

№ ОРД-ПУЛЬМ-21

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

Кафедра фтизиопульмонологии

**УТВЕРЖДЕНО**

Протоколом заседания  
Центрального координа-  
ционного учебно - методи-  
ческого совета  
от «05» февраля 2021 г. № 3

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ  
по ПРОГРАММЕ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ.**

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

по дисциплине: **«Производственная (клиническая) практика».**

для ординаторов 1 года 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 2021г.

## СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
5. Комплект оценочных средств:
  - эталоны тестовых заданий;
  - эталон экзаменационных билетов по практическим навыкам
  - эталон экзаменационных билетов к зачету/экзамену,

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)  
РЕЦЕНЗИЯ**

**НА ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ  
ПО ПРОГРАММЕ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ.**

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

Для ординаторов по специальности 31.08.45 Пульмонология 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 по **«Производственной практики»**. 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 и задачу. 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 по **«Производственной практики»** способствует качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый фонд оценочных средств по **«Производственной практики»** 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 ординаторов.

Рецензент:

Заведующий кафедрой  
внутренних болезней №2  
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

  
М.М. Теблов



**Паспорт фонда оценочных средств по  
Производственная (клиническая) практика**

<b>№п/п</b>	<b>Наименование контролируемого раздела (темы)дисциплины/ модуля</b>	<b>Код формируемой компетенции(этапа)</b>	<b>Наименование оценочного средства</b>
1	2	3	4
<b>Вид контроля</b>	<b>Текущий/Промежуточный</b>		
1	Организация фтизиатрической помощи населению.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
2	Профилактика заболеваний органов дыхания/туберкулеза	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
3	Диспансерное наблюдение больных фтизиатрического профиля	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
4	Диагностика заболеваний органов дыхания	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
5	5. Лечение туберкулеза органов дыхания и внелегочных локализаций	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
6	6. Реабилитация и санаторно-курортное лечение заболеваний органов дыхания	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
7	Медико-санитарная пропаганда и здоровый образ жизни	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.

**Перечень контрольных вопросов по дисциплине «Производственная (клиническая) практика», для проведения зачетного занятия ординаторов по специальности 31.08.51 «Пульмонология»**

1. Возбудитель туберкулеза, морфологическое строение, свойства. Виды микобактерий туберкулеза, формы изменчивости. «Атипичные» микобактерии. Эпидемиологическое и клиническое значение различных видов и форм микобактерий.
2. Источники и пути передачи туберкулезной инфекции, восприимчивость к заболеванию людей и различных животных.
3. Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу в различных возрастных группах. Распространенность туберкулеза в зависимости от экологических и социальных условий. Эпидемиологические особенности туберкулеза в современных условиях.
4. Заражение туберкулезом, пути проникновения и распространения микобактерий в организме человека. Местные и общие реакции организма на туберкулезную инфекцию.
5. Роль наследственных факторов в развитии туберкулеза. Генетические факторы, определяющие восприимчивость организма к туберкулезной инфекции и особенности течения туберкулезного процесса. Значение генетических факторов в прогнозировании исхода первичного инфицирования при туберкулезе. Лечебная тактика при туберкулезе в зависимости от особенностей генотипа.
6. Понятие о гранулематозном процессе. Туберкулезная гранулема. Виды туберкулезных гранулем. Тканевые реакции при туберкулезе. Морфологическая сущность параспецифических реакций при туберкулезе. Морфологические изменения при первичных и вторичных формах туберкулеза. Морфологическая характеристика остаточных изменений после перенесенного туберкулеза. Причины смерти больных туберкулезом.
7. Патоморфоз туберкулеза. Идиопатический и индуцированный патоморфоз.
8. Естественная резистентность к туберкулезу и противотуберкулезный иммунитет. Особенности формирования противотуберкулезного иммунитета.
9. Повышенная чувствительность замедленного типа. Аллергия и иммунитет при туберкулезе.
10. Туберкулиновые пробы, реакция организма на туберкулин, биологическая сущность. Значение иммунологических тестов в диагностике туберкулеза и определении его активности.
11. «Органный» и «изолированный» туберкулез в эксперименте. Изучение различных методов специфической терапии на модели экспериментального туберкулеза. Изучение побочных эффектов противотуберкулезных средств на модели экспериментального туберкулеза: аллергенности, мутагенности, канцерогенности, токсичности.
12. Функциональные методы обследования в диагностике туберкулеза. Функциональное исследование системы внешнего дыхания. Функциональные тесты в диагностике дыхательной недостаточности.
13. Микроскопия мокроты на МБТ, метод флотации, люминисцентная микроскопия.
14. Бактериологическое и биологическое исследование. Исследование МБТ на вирулентность, чувствительность к химиопрепаратам.
15. Современные молекулярно-генетические и ускоренные методы исследования микобактерий туберкулеза.
16. Методы рентгенологического обследования больных туберкулезом органов дыхания (рентгеноскопия, рентгенография, томография, флюорография, компьютерная томография).
17. Использование различных методов лучевой диагностики для дифференциальной диагностики туберкулеза органов дыхания (бронхография, ангиопульмонография, ультразвуковые исследования, радионуклидное исследование).

18. Гемограмма в клинике туберкулеза и ее диагностическое значение. Гематологические пробы и их значение, лабораторные тесты для определения лекарственной непереносимости противотуберкулезных препаратов.
19. Цитологическое исследование мокроты, бронхиолоальвеолярного смыва, экссудата, ликвора. Иммуноферментный метод в диагностике туберкулеза (серологическая верификация диагноза).
20. Биохимические исследования в клинике туберкулеза. Роль биохимических исследований при определении лечебной тактики и вида патогенетической терапии при туберкулезе.
21. Бронхоскопия, показания, методика проведения. Бронхиолоальвеолярный лаваж, показания, методика проведения, клиническая оценка.
22. Показания для эндобронхиальной и трансbronхиальной биопсии. Виды биопсий, сравнительная эффективность. Осложнения при эндобронхиальных исследованиях, их профилактика и лечение.
23. Торакоскопия и видеоторакоскопия. Показания, наложение искусственного пневмоторакса, методика проведения. Показания для торакоскопической биопсии. Осложнения торакоскопии, их профилактика и лечение.
24. Медиастиноскопия, показания, методика проведения и взятия биоптатов. Осложнения медиастиноскопии и пути их устранения.
25. Пункция и эксцизионная биопсия периферических лимфатических узлов. Показания, методика проведения.
26. Клиническая классификация туберкулеза. Международная классификация (МКБ 10). Основные принципы построения современной клинической классификации. Формулировка диагноза и изменение его в результате лечения.
27. Первичный туберкулез. Патогенез первичного туберкулеза у детей и подростков, взрослых. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков. Ранняя и хроническая туберкулезная интоксикация. Клинические признаки, течение, лечение.
28. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Клиническая и рентгенологическая диагностика поражения лимфатических узлов средостения. Особенности дифференциальной диагностики, лечения.
29. Миллиарный туберкулез. Патогенез и патоморфология миллиарного туберкулеза легких. Диагностика, клиника, характер рентгенологических изменений при миллиарном туберкулезе. Варианты клинического течения. Особенности лечения больных миллиарным туберкулезом.
30. Генерализованные формы туберкулеза. Острый туберкулезный сепсис. Исходы, прогноз и трудоспособность при генерализованном туберкулезе легких. Дифференциальная диагностика.
31. Диссеминированные формы туберкулеза. Патогенез гематогенной, лимфогенной и бронхогенной диссеминации. Острый, подострый и хронический диссеминированный туберкулез легких, патологоанатомические и рентгенологические признаки. Диагностика, клиника и лечение диссеминированного туберкулеза легких. Исходы, прогноз и экспертиза трудоспособности при диссеминированном туберкулезе легких. Дифференциальная диагностика.
32. Очаговый туберкулез легких. Патогенез и патоморфология очагового туберкулеза легких. Методы выявления, клиника и течение очаговых форм туберкулеза. Дифференциальная диагностика. Методы определения активности туберкулезных очагов. Лечение и исходы очагового туберкулеза легких.
33. Инфильтративный туберкулез легких. Патогенез и патоморфология инфильтративного туберкулеза. Клинико-рентгенологические варианты, особенности их течения. Дифференциальная диагностика. Лечение, исходы и прогноз инфильтративного туберкулеза.
34. Казеозная пневмония. Патогенез и патоморфология казеозной пневмонии. Клинические, рентгенологические и лабораторные признаки казеозной пневмонии. Дифференциальная

диагностика. Лечение, исходы и прогноз при казеозной пневмонии. Экспертиза трудоспособности при казеозной пневмонии

35. Туберкулема легких. Патогенез и патоморфология туберкулем легкого. Особенности клинической картины туберкулем легкого. Дифференциальная диагностика. Лечение и исходы в зависимости от величины туберкулемы и фазы процесса.

36. Кавернозный туберкулез легких. Патогенез каверны легкого. Морфологическое строение каверны. Дифференциальная диагностика. Клиническая характеристика кавернозного туберкулеза легких. Течение. Лечение. Санитарные каверны. Исходы, прогноз.

37. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Причины формирования фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Морфологические признаки. Клинико-рентгенологическая характеристика фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Клинические варианты. Дифференциальная диагностика. Осложнения фиброзно-кавернозного туберкулеза. Лечение больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. Исходы, прогноз и трудоспособность при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких.

38. Цирротический туберкулез легких. Патогенез и патоморфология цирротического туберкулеза легкого. Основные клинические синдромы, рентгенологические признаки. Дифференциальная диагностика. Течение и особенности лечения. Осложнения цирротического туберкулеза легких. Исходы, прогноз и экспертиза трудоспособности при цирротическом туберкулезе.

39. Разновидность пневмокониозов, частота сочетания с туберкулезом легких. Силикоз: этиология, патогенез, патоморфологические изменения. Особенности клинических проявлений заболеваний при их сочетании. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика силикотуберкулеза. Рентгенологическая характеристика силикотуберкулеза. Лечебная тактика, исходы. Профилактика.

40. Плевриты. Патогенез и классификация туберкулезных плевритов. Фибриновые сухие и экссудативные туберкулезные плевриты. Клиническая, рентгенологическая и цитологическая диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания для пункции плевральной полости и эвакуации плевральной жидкости, методика их проведения. Лечение и исходы плевритов.

41. Туберкулез в/дых. путей, трахеи, бронхов. Патогенез туберкулеза дыхательных путей и полости рта у больных туберкулезом органов дыхания. Симптомы. Показания для эндоскопического исследования дыхательных путей у больных туберкулезом и другими заболеваниями легких. Особенности лечения.

42. Ателектаз. Развития и клинические варианты, ателектазов. Диагностика и лечение, исходы.

43. Легочно-сердечная недостаточность. Хроническое легочное сердце, стадии развития, клинические проявления. Диагностика и лечение.

44. Амилоидоз внутренних органов. Клинические проявления, диагностика и лечение.

45. Легочное кровотечение. Лечение кровотечения, классификация, механизм развития. Дифференциальная диагностика. Профилактика легочных кровотечений.

46. Спонтанный пневмоторакс. Спонтанный пневмоторакс, механизм развития, виды. Методы диагностики спонтанного пневмоторакса. Лечение и исходы спонтанного пневмоторакса. Рецидивирующий спонтанный пневмоторакс. Дифференциальная диагностика.

47. Анафилактический шок. Определение. Варианты течения. Неотложная помощь. Дифференциальная диагностика.

48. Астматический статус. Определение. Варианты течения. Неотложная помощь. Дифференциальная диагностика

49. Отек легких. Определение. Варианты течения. Неотложная помощь. Дифференциальная диагностика

50. Туберкулез костей и суставов. Классификация, формулировка диагноза. Клинические проявления. Методы диагностики. Лечение: антибактериальная терапия и патогенетическая терапия, хирургические методы лечения (показания). Профилактические мероприятия.
51. Туберкулез мочеполовой системы. Классификация, формулировка диагноза. Клинические проявления. Методы диагностики. Лечение: консервативное и хирургическое (показания). Профилактика.
52. Туберкулез глаз. Клинические формы. Методы диагностики. Лечение и профилактика.
53. Туберкулез кожи и подкожной жировой клетчатки. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Осложнения. Лечение и профилактика.
54. Туберкулез мозговых оболочек ЦНС. Классификация. Клинические проявления. Патоморфоз туберкулезного менингита. Диагностика. Лечение. Профилактика.
55. Саркоидоз. Этиология, патогенез, патоморфология, иммунология саркоидоза. Классификация, клиническое течение. Рентгенологическая, бронхологическая, лабораторная диагностика саркоидоза. Особенности лечения саркоидоза. Исходы, прогноз, диспансеризация, экспертиза трудоспособности при саркоидозе.
56. Туберкулез и хронические неспецифические болезни легких. Патогенез заболеваний при их сочетании. Своеобразие клинических проявлений. Особенности рентгенологической характеристики. Бронхоскопическая картина. Лабораторная диагностика. Лечебная тактика. Исходы. Профилактика.
57. Туберкулез и микозы. Разновидность микозов, частота сочетания с туберкулезом легких. Особенности клинических проявлений заболеваний. Лабораторная диагностика. Рентгенологическая диагностика. Лечебная тактика, исходы. Профилактика микозов при туберкулезе легких.
58. Туберкулез легких и сахарный диабет. Патогенетические механизмы сочетания. Особенности клинических проявлений заболеваний при сочетании. Лабораторная диагностика. Рентгенологическая характеристика. Особенности лечебной тактики, исходы. Профилактика.
59. Туберкулез легких и язвенная болезнь. Патогенетическая взаимосвязь. Своеобразие клинического течения заболеваний при их сочетании. Диагностика язвенной болезни при туберкулезе. Рентгенологическая характеристика. Лечебная тактика, исходы. Профилактика.
60. Туберкулез легких и алкоголизм. Особенности клинических проявлений и течения заболеваний при их сочетании. Особенности лечебной тактики, исходы. Профилактика.
61. Туберкулез легких и заболевания почек. Особенности клинического течения, лечебная тактика. Прогноз.
62. Туберкулез и психические заболевания. Выявление туберкулеза в условиях психиатрических учреждений. Диагностика психических нарушений у больных туберкулезом. Особенности клинических проявлений. Лечение и профилактика.
63. Туберкулез и заболевания сердечно-сосудистой системы. Патогенез сочетания. Методы диагностики. Своеобразие клинических проявлений. Лечебная тактика, исходы. Профилактика
64. Туберкулез и пороки развития легких. Патогенетическая взаимосвязь. Методы диагностики. Особенности течения и клинических проявлений. Особенности лечебной тактики.
65. Туберкулез и рак легкого. Патогенез сочетания. Методы диагностики. Особенности клинического течения заболеваний при их сочетании. Лечебная тактика, прогноз. Профилактика.
66. Туберкулез и ВИЧ-инфекция. Туберкулез – маркер СПИДа. Патогенез сочетанного процесса. Особенности туберкулеза у больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных. Лечебная тактика, прогноз. Профилактика.
67. Туберкулез и наркомания. Особенности клинического течения заболеваний при их сочетании. Лечебная тактика, прогноз. Профилактика.

68. Туберкулез и табакокурение. Особенности клинического течения заболеваний при их сочетании. Лечебная тактика, прогноз. Профилактика.
- 69 Туберкулез и беременность. Беременность и роды – фактор риска заболевания туберкулезом. Показания для прерывания беременности при туберкулезе легких. Особенности течения туберкулеза легких во время беременности. Диагностика туберкулеза во время беременности и в послеродовом периоде, особенности лечебной тактики. Профилактика туберкулеза.
70. Противотуберкулезные антибактериальные препараты. Характеристика, методы введения, побочные реакции. Контроль за эффективностью антибактериальной химиотерапии.
71. Основные принципы и виды патогенетической терапии. Антиоксиданты, иммуномодуляторы и иммунокорректоры, патогенетические средства анаболического действия: показания, методика применения. Контроль эффективности патогенетической терапии.
72. Хирургическое лечение туберкулеза легких. Виды хирургических вмешательств. Показания к различным видам хирургического лечения. Осложнения при различных видах хирургического лечения, профилактика.
73. Санаторное лечение. Показания для санаторного лечения. Организация химиотерапии в условиях санатория. Оценка эффективности санаторного лечения.
74. Противотуберкулезный диспансер, структура, организация работы. Диспансерный метод наблюдения. Диспансерная группировка. Характеристика наблюдаемых контингентов.
75. Методы раннего выявления туберкулеза у детей, подростков и взрослых. Понятие о своевременном, несвоевременном и позднем выявлении туберкулеза.
76. Вакцинация БЦЖ. Техника введения вакцины, сроки, показания, противопоказания. Осложнения вакцинации и их лечение. Химиопрофилактика, показания и методика.
77. Санитарная профилактика туберкулеза. Бытовые эпидочаги туберкулеза. Классификация. Проведение оздоровительных мероприятий в очагах туберкулезной инфекции. Мероприятия по изоляции бактериовыделителей. Средства и методы дезинфекции.
78. Экспертиза трудоспособности больных туберкулезом. Временная нетрудоспособность, сроки, показания для направления больных туберкулезом на МРЭК. Клинический и трудовой прогноз и стойкая утрата трудоспособности. Группы инвалидности.
79. Реабилитация при туберкулезе. Медицинская, социальная и профессиональная реабилитация больных туберкулезом. Ограничения профессиональной деятельности в связи перенесенным туберкулезом. Трудоустройство больных туберкулезом.
80. Методы и формы санитарно-просветительной работы среди больных туберкулезом и населения. Формирование принципов здорового образа жизни.

**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 № 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°С 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°С 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 110/60 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 ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ**

**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 голеней — 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 ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ**

**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 транссудат 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?

**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.  $91 \times 10^9$ /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 С<sub>2</sub> на фоне размытого легочного рисунка полиморфные очаги диаметром 5–9 мм с нерезкими контурами выражена склонность 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 ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ**

**Ситуационная задача № 6**

**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 голени. 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-120x10<sup>9</sup> 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.  $36 \times 10^{12}$  г/л Нв-115 г/л э-3 п-9 л-14 м-11 Л- $91 \times 10^9$  г/л СОЭ – 29 мм/час. Общий анализ мочи без особенностей.

Рентгенологически: справа в С<sub>1</sub> С<sub>2</sub> С<sub>6</sub> 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 ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ**

**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.  $328 \times 10^{12}$  г/л Нв -106 г/л лейкоциты  $115 \times 10^9$  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  $46 \times 10^9$ /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 негетерогенное 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 голеней —

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 бронхопупмональной 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 С<sub>2</sub> 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 С<sub>1</sub>С<sub>2</sub>С<sub>6</sub> правого легкого.
5. Изониазид рифампицин стрептомицин.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 9**

1. Снижение уровня гемоглобина лейкоцитоз сдвиг лейкоформулы влево моноцитоз увеличение СОЭ.
2. О милиарном 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.

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

**Кафедра фтизиопульмонологии**

**Эталоны тестовых заданий**

**по ПРОГРАММЕ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ.**

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

по дисциплине: **«Производственная (клиническая) практика».**

для ординаторов 1года обучения

уровень подготовки: кадры высшей квалификации

по специальности 31.08.45 «Пульмонология»

**г. Владикавказ 2021 г.**

## Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов (всего)	стр. с __ по __
1	2	3	4
<b>Вид контроля</b>	<b>Текущий /Промежуточный</b>		
1.	Организация фтизиатрической помощи населению.	20	
2.	Профилактика заболеваний органов дыхания/туберкулеза	20	
3.	Диспансерное наблюдение больных фтизиатрического профиля	20	
4.	Диагностика заболеваний органов дыхания	10	
5.	Лечение туберкулеза органов дыхания и внелегочных локализаций	10	
6.	Реабилитация и санаторно-курортное лечение заболеваний органов дыхания	10	
7.	Медико-санитарная пропаганда и здоровый образ жизни	10	

## Эталоны тестовых заданий по дисциплине «Производственная (клиническая) практика»

### Раздел 1

**1. Синуситы, бронхиты и бронхоэктазы возникают в связи с функциональной недо-статочностью клеток мерцательного эпителия воздухоносных путей при синдроме**

- а) Мак-Леода
- б) Картагенера-Зивертав)
- Вильямса-
- Кемпбелла

**2. Ингибиторами протеолитических ферментов бронхиального секрета, предохраняющими опорный аппарат стенки бронха и легкого от разрушения являются**

- а) интерлейкины
- б) α1-антитрипсин и α1-антихимопсинв) простагландины

**3. Препятствует слипанию клеток альвеол**

- а) α1-антитрипсин
- б) простагландин в)
- сурфактант

**4. Перфузия каких зон легких понижена?**

- а) нижних
- б) латеральных
- в) верхних
- г) медиальных

**5. Эластические волокна обнаруживаются в мокроте**

- а) при бронхоэктазах
- б) при туберкулезе
- в) при остром абсцессе легкого
- г) при гангрене легкого
- д) при инфаркте легкого

**6. С чем связаны диффузные нарушения?**

- а) с уменьшением количества альвеол
- б) с утолщением альвеолярно-капиллярной мембраны
- в) с увеличением размера ацинуса при эмфиземе
- г) с увеличением скорости кровотока по легочным капиллярам

**7. Почему в первые дни от начала лечения обострения бронхиальной астмы нет прироста ОФВ-1 в ответ на ингаляцию бронхолитиков?**

- а) наличие блокады  $\beta$ -рецепторов
- б) усиление отека стенки бронхов в ответ на введение  $\beta$ -стимуляторов
- в) преобладание обтурационного механизма

**8. К генетическим детерминированным заболеваниям относятся**

- а) саркоидоз и коллагенозы
- б) муковисцидоз и дефицит  $\alpha_1$ -антитрипсина
- в) гамартохондрома
- г) все перечисленные

**9. К наследственно предрасположенным относятся все перечисленное, кроме**

- а) сахарного диабета
- б) пневмонии
- в) бронхиальной астмы
- г) легочного протеиноза
- д) туберкулеза

**10. Об осложнении острого бронхита бронхопневмонией свидетельствует все перечисленное, кроме**

- а) появления гнойной мокроты
- б) появления “второй волны” интоксикации (повышение  $t^{\circ}$ , лейкоцитов и др.)
- в) очагового укорочения перкуторного звука
- г) появления локальных мелкопузырчатых хрипов

**11. В каком случае доза теофиллина, необходимая для достижения бронхолитического эффекта должна быть больше?**

- а) у курящего больного с хроническим бронхитом
- б) у некурящего больного с хроническим бронхитом

**12. У молодых людей причиной хронического бронхита чаще бывает**

- а) врожденная функциональная недостаточность мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей
- б) рецидивирующая вирусная инфекция дыхательных путей
- в) рецидивирующая или хроническая бактериальная инфекция ВДП
- г) курение
- д) хроническое раздражение слизистой дыхательных путей поллютантами (аэрозоли промышленных выбросов, табачный дым и т.д.)

**13. Хронические бронхиты осложняются**

- а) эмфиземой легких
- б) диффузным и очаговым пневмосклерозом
- в) распространенными бронхоэктазиями и бронхоэктазами
- г) облитерацией просвета мелких бронхов и мелких сосудов малого круга кровообращения
- д) всем перечисленным

**14. Показания к назначению антибиотиков при хроническом бронхите**

- а) плохие погодные условия
- б) выделение слизистой мокроты
- в) выделение гнойной мокроты
- г) усиление одышки
- д) антибиотики применять не следует

**15. Какой препарат противопоказан больному с острым назофарингитом на фоне обструктивного бронхита?**

- а) иодид калия
- б) термопсис
- в) ипекакуана

**16. Хронический бронхит с признаками бронхоспазма отличается от бронхиальной астмы тем, что**

- а) приступы удушья не провоцируются внешними причинами
- б) приступы удушья появляются после контакта с некоторыми веществами
- в) приступы удушья возникают после продолжительного и, обычно, малопродуктивного кашля

**17. Наиболее частой причиной бронхолита у взрослых является**

- а) бактериальная инфекция
- б) вирусная инфекция
- в) тотальное переохлаждение в сочетании с вирусной агрессией
- г) токсическое
- д) гемодинамические расстройства

**18. Для начального периода крупозной пневмонии (1-2 сутки) характерно все перечисленное, кроме**

- а) притупленного тимпанита
- б) ослабленного дыхания
- в) шума трения плевры
- г) звучных влажных хрипов

**19. Какие осложнения могут возникнуть при крупозной пневмонии**

- а) спонтанный пневмоторакс
- б) экссудативный плеврит
- в) карнификация легких
- г) острая эмфизема легких

**20. У больного крупозной пневмонией противопоказанием для назначения глюкокортикоидов будет**

- а) сахарный диабет
- б) язвенная болезнь
- в) артериальная гипертензия
- г) генерализованный остеопороз
- д) все перечисленное

### **Раздел 3**

**21. Острые пневмонии при СПИДе вызывают**

- а) пневмококки
- б) стафилококки
- в) клебсиеллы
- г) пневмоцисты
- д) кишечные палочки

**22. Укажите, к каким осложнениям может привести стафилококковая пневмония**

- а) сепсису

- б) гнойному перикардиту
- в) пневмотораксу
- г) медиастиниту
- д) ко всем перечисленным

**23. Стафилококковую деструкцию легких следует дифференцировать со всем перечисленным, кроме**

- а) абсцесса легких
- б) туберкулезных каверн
- в) распадающихся форм рака легкого
- г) эхинококка легкого

**24. Острая дыхательная недостаточность при острой пневмонии вызывается**

- а) дистресс-синдромом
- б) перфузионным нарушением
- в) диффузным нарушением
- г) рестриктивным нарушением
- д) обструктивным нарушением

**25. При каком осложнении острой пневмонии остро развивается тяжелая гиперкапния с  $PaCO_2 > 80$  мм.рт.ст.?**

- а) шоковое легкое
- б) острая сердечно-сосудистая недостаточность
- в) ДВС-синдром
- г) пневмоторакс

**26. Какие иммунологические клетки поражает вирус иммунодефицита?**

- а) В-лимфоциты
- б) Т-киллеры
- в) Т-хелперы
- г) Т-супрессоры

**27. Наиболее часто встречаются оппортунистические заболевания при СПИДе, кроме**

- а) саркомы Капоши
- б) туберкулеза легких
- в) пневмококковой пневмонии
- г) пневмоцистной пневмонии

**28. Среди каких пульмонологических больных встречается пневмоцистная пневмония?**

- а) у больных СПИДом
- б) у больных злокачественными опухолями, получивших цитостатики
- в) у детей с врожденным иммунодефицитом
- г) у реципиентов трансплантационных органов, получивших иммуносупрессивную терапию
- д) у всех перечисленных

**29. Причина смерти от массивного кровотечения при остром абсцессе легкого**

- а) потеря крови
- б) коллапс
- в) сердечная слабость
- г) асфиксия
- д) интоксикация

**30. Гематогенное проникновение стафилококка в легкие приводит к развитию**

- а) единичного абсцесса
- б) множественных абсцессов
- в) пневмосклероза
- г) гнойного плеврита

**31. Каковы характерные признаки перехода абсцесса в гангрену**

- а) более тяжелое течение с признаками интоксикации
- б) появление грязно-серой зловонной мокроты
- в) анаэробная микрофлора в мокроте
- г) все перечисленные

**32. Гангрена легких отличается от абсцесса**

- а) обширным неотграниченным расплавлением легкого
- б) обширным отграниченным расплавлением легкого
- в) нерапространенным расплавлением легкого
- г) нерапространенным отграниченным расплавлением легкого
- д) наличием абсцедирующей пневмонии

**33. Плеврит диагностируется с трудом**

- а) при паракостальной локализации
- б) при диафрагмальной локализации
- в) при парамедиастинальной локализации
- г) при междолевой локализации
- д) при верхушечной локализации
- е) при костнодиафрагмальной локализации

**34. При плеврите боль может отсутствовать**

- а) при диафрагмальной локализации
- б) при междолевой локализации
- в) при верхушечной висцеральной локализации
- г) при парамедиастинальной локализации
- д) при паракостальной локализации

**35. О чем свидетельствует нарастание в плевральной жидкости нейтрофильных лейкоцитов, появление их дегенеративных форм?**

- а) о затухании плеврита
- б) об угрозе нагноения
- в) о переходе в хроническое течение

**36. Наличие холестерина в плевральном говорит**

- а) о длительном осумкованном плеврите
- б) о хилотораксе
- в) о трансудате
- г) о холестеринемии

**37. Все нижеследующее может развиваться в результате хронической эмпиемы плевры, кроме**

- а) анемии
- б) миокардита
- в) первичного амилоидоза
- г) вторичного амилоидоза
- д) абсцесса легких

**38. В клинической практике чаще всего наблюдаются**

- а) аэрогенный путь заражения

- б) алиментарный путь заражения
- в) трансплацентарный путь заражения
- г) контактный путь заражения

**39. Заражение туберкулезом в случае ошибки при вакцинации или заражения нестерильными инструментами**

- а) возможно
- б) невозможно
- в) возможно лишь при особых условиях

**40. Следующая патология эндокринной системы отрицательно влияет на течение туберкулезного процесса**

- а) тиреотоксикоз
- б) микседема
- в) кортико-адреналовая недостаточность - аддисонизм
- г) диабет
- д) акромегалия

### **Раздел 3**

**41. Эпителиоидно- и гигантоклеточная гранулема с клетками Лангханса наблюдается**

- а) только при туберкулезе
- б) при туберкулезе и саркоидозе
- в) при туберкулезе, саркоидозе, раке, бериллиозе и некоторых других заболеваниях

**42. Туберкулез главного, долевого и промежуточного бронха при неосложненном течении требует дифференциации**

- а) с бронхитом
- б) с бронхоэктатической болезнью
- в) с хронической пневмонией

**43. Туберкулез главного, долевого и промежуточного бронха, протекающий с легочными осложнениями (диссеминацией, воспалительно-ателектатическими изменениями в легких) необходимо дифференцировать**

- а) с очаговой пневмонией
- б) с хронической пневмонией
- в) с параканкротической пневмонией
- г) с центральным раком, осложненным ателектазом легкого
- д) со всем перечисленным

**44. Туберкулому легкого обычно приходится дифференцировать**

- а) с периферическим раком
- б) с аспергилломой
- в) с ретенционной кистой
- г) с гепартохондромой
- д) все ответы правильные

**45. На фоне глюкокортикоидной терапии чаще возникают**

- а) очаговый туберкулез легких
- б) инфильтративный туберкулез легких
- в) диссеминированный туберкулез легких
- г) туберкулома легких
- д) туберкулезный плеврит

**46. У женщин, больных туберкулезом, при беременности следует избегать, в первую очередь, применения**

- а) изониазида

- б) стрептомицина
- в) рифампицина
- г) этамбутола

**47. Для пневмоцистоза характерно**

- а) острое начало ( высокая лихорадка, ознобы, кашель с гнойной мокротой)
- б) постепенное начало ( субфебрильная температура, небольшая одышка, кашель сухой или с пенистой мокротой)
- в) бессимптомное начало

**48. В развитой стадии пневмоцистоза на рентгенограмме легких видна**

- а) крупноочаговая диссеминация в средних и нижних отделах
- б) участки неоднородного затемнения в нижних отделах легкого
- в) участки неоднородного затемнения в нижне-задних отделах обоих легких, с инфильтрацией прикорневой области, при прогрессировании - тень в виде “бабочки”, “ватное легкое”

**49. При осложненном легочном эхинококкозе могут наблюдаться**

- а) кашель сухой и с гнойной мокротой
- б) боли в груди
- в) кровохарканье
- г) одышка
- д) все перечисленные признаки

**50. Наиболее достоверными признаками эхинококкоза легких при рентгенологическом исследовании являются следующие, кроме**

- а) округлой тени, изменяющей конфигурацию в зависимости от фазы дыхания
- б) симптома Неменова
- в) усиления легочного рисунка
- г) ателектаза
- д) горизонтального уровня жидкости

**51. Развитие эмфиземы в старческом возрасте связано**

- а) с инволюцией тканей легких
- б) с инволюцией тканей бронхов
- в) с перерастяжением легких профессионального характера
- г) с инволюцией альвеолярных перегородок
- д) с хроническим обструктивным бронхитом

**52. К какому морфологическому виду относится буллезная эмфизема**

- а) панлобулярному
- б) парасептальному
- в) центрилобулярному
- г) иррегулярному
- д) самостоятельному

**53. Первичная эмфизема легких развивается в результате**

- а) хронического обструктивного бронхита
- б) дефицита  $\alpha_1$ -антитрипсина
- в) хронической астмы
- г) хронической пневмонии
- д) ни от чего из указанного

**54. Пневмокониозы, возникающие от вдыхания пыли, содержащей асбест, тальк, цемент, относятся к группе**

- а) силикозов
- б) силикатозов
- в) карбокониозов
- г) металлокониозов

**55. При бронхоэктатической болезни полостные образования с инфильтрированной стенкой определяются в случае**

- а) сопутствующей пневмонии
- б) нарушения бронхиальной проходимости
- в) ателектаза легочной ткани
- г) абсцедирования

**56. Больному с бронхоэктатической болезнью, лихорадящему и выделяющему при положении на здоровом боку большое количество гнойной мокроты с неприятным запахом, следует в первую очередь назначить**

- а) антибиотики широкого спектра действия, отхаркивающие и бронхолитические средства
- б) лечебную бронхоскопию
- в) наложение микротрахеостомы

**57. Больному с локальными бронхоэктазами в фазе ремиссии следует рекомендовать**

- а) санаторно-курортное лечение 1 раз в год
- б) санаторно-курортное лечение 1 раз в год, постуральный дренаж, закаливания
- в) после бронхографии - хирургическое лечение

**58. Клиническим признаком гипертрофии правого желудочка у больных с компенсированным легочным сердцем является**

- а) пальпаторно определяемый усиленный 2-й тон на легочной артерии
- б) пульсация в 3-4 межреберьях слева от грудины
- в) усиленный разлитой толчок в прекардиальной области
- г) смещение границы абсолютной тупости сердца вправо
- д) втяжение 6-го, 5-го межреберий на вдохе

**59. Наиболее частая форма легочного сердца**

- а) васкулярная
- б) торакодифрагмальная
- в) бронхолегочная
- г) кардиогенная

**60. Основной патогенетический фактор легочной гипертензии у больных васкулярной формой хронического легочного сердца**

- а) вазоконстрикторное действие серотонина
- б) рефлекс Китаева
- в) альвеоло-капиллярный рефлекс Эйлера-Лильестранде
- г) анатомическое сокращение русла легочной артерии
- д) рефлекторный спазм сосудов

#### **Раздел 4**

**61. Основной причиной развития миокардиодистрофии при хроническом легочном сердце на фоне ХНЗЛ является**

- а) хроническая дыхательная недостаточность
- б) хроническая инфекционная недостаточность
- в) хроническая перегрузка правых отделов сердца
- г) гипокалиемия

**62. Для снятия диффузного рефлекторного сосудистого спазма при остром легочном сердце в первую очередь применяют внутривенное введение**

- а) папаверина
- б) никотиновой кислоты
- в) эуфиллина
- г) глюкозо-новокаиновой смеси
- д) анаприлина

**63. Паранеопластический синдром - это**

- а) перифокальные изменения в легких вокруг опухолевого узла
- б) изменение в анализах периферической крови, биохимических анализах, а также иммунологические сдвиги в организме, вызванные раковой болезнью
- в) патология со стороны ряда органов и систем, вызванная раковой болезнью

**64. Рак типа “Пэнкост” - это**

- а) периферический рак, характеризующийся ранним метастазированием в регионарные и медиастинальные лимфатические узлы
- б) периферический рак, склонный к раннему распаду
- в) периферический рак верхушки легкого, склонный к прорастанию грудной стенки, с разрушением ребер и инфильтрацией тканей грудной стенки и шеи

**65. Мелкоклеточная карцинома легкого в отличие от аденокарциномы легкого характеризуется**

- а) быстрым ростом опухолевого узла
- б) ранним и обширным лимфогематогенным метастазированием
- в) быстрым ростом опухолевого узла и ранним лимфогематогенным метастазированием
- г) более медленным ростом опухолевого узла и поздним, преимущественно лимфогенным метастазированием

**66. Поражение легких при бронхиоло-альвеолярном раке следует дифференцировать**

- а) с очаговым туберкулезом в фазе инфильтрации
- б) с инфильтративным туберкулезом
- в) с туберкулемой легкого
- г) с диссеминированным туберкулезом
- д) со всеми перечисленными формами туберкулеза

**67. Ранним клиническим симптомом центрального рака легкого является**

- а) сухой кашель или кашель со слизистой мокротой, в части случаев, с прожилками крови
- б) легочное кровотечение
- в) одышка и потеря массы тела
- г) лихорадка
- д) все перечисленное

**68. Косвенными бронхоскопическими признаками рака бронха являются**

- а) разрастания опухоли по стенке бронха
- б) утолщение и шероховатость слизистой, сдавление стенки бронха извне и его деформация, а также сужение просвета, легкая ранимость слизистой
- в) диффузная гиперемия слизистой

**69. Самая частая “маска” аденом бронха - это**

- а) хронический бронхит
- б) острая пневмония

в) рецидивирующая пневмония

**70. На флюорограмме при опухолях и кистах средостения раньше всего обнаруживается**

а) смещение органов средостения

б) расширение тени средостения и деформация одного или обоих ее контуров

в) нарушение структуры и изменение контуров одного или обоих корней легкого

**Раздел 5**

**71. К легочным эозинофилиям с системными проявлениями относятся**

а) гиперэозинофильный миелопролиферативный синдром (синдром Леффлера II)

б) склеродермия

в) системная красная волчанка

г) все перечисленные

**72. Для гиперэозинофильного миелопролиферативного синдрома (синдром Леффлера II) характерно**

а) легочные инфильтраты

б) высокая эозинофилия крови

в) лихорадка

г) артралгии

д) поражение сердца в виде пристеночного фибропластического эндокардита

е) гепатолиенальный синдром

ж) поражение ЦНС

з) поражение почек

и) все перечисленные

**73. В патогенезе экзогенного аллергического альвеолита принимают участие преимущественно иммуноглобулины класса**

а) IgE

б) IgG, IgM

в) IgA

г) все перечисленные

**74. Базисными препаратами для лечения хронической формы экзогенного аллергического альвеолита являются**

а) иммуносупрессанты

б) глюкокортикостероиды

в) купренил ( комплексон)

г) все перечисленные

**75. Прогноз при экзогенном аллергическом альвеолите зависит**

а) от своевременной диагностики

б) от назначения адекватного лечения

в) от элиминации аллергена

г) от всего перечисленного

**76. Основными причинами развития токсических фиброзирующих альвеолитов является**

а) применение ряда лекарственных препаратов

б) контакт с пестицидами

в) контакт с инсектицидами

г) контакт с некоторыми химическими соединениями на производстве и в быту

д) контакт с перечисленными веществами

**77. Наиболее характерными признаками нарушения функции легких при фиброзирующем альвеолите является**

- а) увеличение ЖЕЛ
- б) нарушение бронхиальной проходимости
- в) снижение диффузионной способности легких, гипоксемия
- г) нарушение соотношения вентиляции к кровотоку
- д) гиперкапния

**78. Основным в лечении синдрома Гудпасчера является**

- а) санация бронхиального дерева
- б) стероидные гормоны
- в) протеолитические гормоны
- г) мочегонные
- д) интерферон

**79. Раздражение  $\alpha$ -адренорецепторов вызывает**

- а) спазм сосудов
- б) расширение сосудов
- в) расширение бронхов

**80. Бронхиальную астму от других форм обструктивных легочных заболеваний отличает**

- а) IgE эозинофилах стенки бронхов
- б) утолщение базальной мембраны бронхов
- в) гипертрофия и гиперплазия желез подслизистого слоя
- г) гипертрофия гладких мышц бронхов

## **Раздел 6**

**81. Спонтанные ремиссии с период полового созревания наиболее характерны**

- а) для “аспириновой” бронхиальной астмы
- б) для атопической бронхиальной астмы
- в) для IgE и IgG клинко-патогенетического варианта бронхиальной астмы
- г) для бронхиальной астмы, вызванной аллергией к плесневым грибам
- д) для всех перечисленных форм бронхиальной астмы

**82. Неэффективность преднизолона при астматическом статусе объясняется**

- а) индивидуальной непереносимостью
- б) избыточным приемом преднизолона в прошлом
- в) снижением функции коры надпочечников
- г) наличием системной артериальной гипертензии
- д) наличием слизистых пробок в бронхах

**83. В аллергическом воспалении участвуют все клетки, за исключением**

- а) тучных клеток
- б) базофилов
- в) макрофагов
- г) фибробластов
- д) эпителиальных клеток слизистой бронхов

**84. Причиной тахикардии при астматическом статусе может быть**

- а) Увеличение  $PCO_2$  в крови
- б) передозировка сердечных гликозидов
- в) недостаточная доза эуфиллина
- г) нарушение кислотно-щелочного состояния
- д) избыточное назначение  $\beta$ -адреностимуляторов

**85. Интенсивная терапия астматического статуса включает:**

- 1) введение адреналина 0,3 мл
  - 2) кортикостероиды - 240 мг гидрокортизона на 5% растворе глюкозы
  - 3) оксигенотерапию
  - 4) бикарбонат натрия
  - 5) ИВЛ
  - 6) интенсионную бронхоскопию с лаважем бронхиального дерева
  - 7) регидратацию
  - 8) ганглиолитики
  - 9) подавление кашля
- а) все правильные ответы  
б) правильные ответы все, кроме 9  
в) правильные ответы 1,2,3,5  
г) правильные ответы 6,7,8,9  
д) правильный ответ только 6

**86. С какого препарата начинают лечение отека Квинке**

- а) с адреналина
- б) с сердечных гликозидов
- в) с  $\beta_2$ -адреностимуляторов

**87. Основной клинический критерий, отличающий асфиктический вариант анафилактического шока от астматического статуса**

- а) тяжесть удушья
- а) выраженность цианоза
- в) величина артериального давления

**88. Какие клетки разрушающе действуют на легочную паренхиму при шоковом легком**

- а) альвеолярные макрофаги
- б) нейтрофилы
- в) эозинофилы
- г) тучные клетки
- д) лимфоциты

**89. Самые частые причины возникновения идиопатического спонтанного пневмоторакса - это**

- а) пороки развития легкого и плевры
- б) буллезная дистрофия и эмфизема легкого ( первичные, вторичные)
- в) активные и перенесенный туберкулез легких
- г) бронхоэктатическая болезнь

**90. Дыхательная недостаточность отличается от хронического легочного сердца**

- а) малой эффективностью сердечных гликозидов
- б) нарушением вентиляции по обструктивному и рестриктивному типу
- в) отсутствием ЭКГ- и рентгенологических признаков гипертрофии правого желудочка сердца
- г) преобладанием гипертрофии левого желудочка над правым
- д) характером одышки

**Раздел 7**

**91. Кардинальный клинический симптом дыхательной недостаточности 2-й степени**

- а) появление одышки при доступных ранее усилиях



**100. Особенности клинического течения общесоматических заболеваний у человека, ранее подвергшегося облучению в малых дозах**

- а) никаких
- б) утяжеление клинического течения
- в) большой процент выхода на инвалидность по общему заболеванию
- г) переход острых форм в хронические
- д) устойчивость к обычной терапии

**Ответы на тесты по пульмонологии**

1 - б	21-г	41-в	91-б	81-б
2 - б	22-д	42-а	62-в	92-д
3 - в	23-г	43-д	63-в	83-г
4 - в	24-г	44-д	64-в	84-д
5- б,в	25-г	45-в	65-в	85-б
6 - б	26-в	46-б	66-г	86-а
7 - в	27-в	47-б	67-а	87-в
8 -б	28-д	48-в	68-б	88-б
9 -б	29-г	49-д	69-в	89-б
10 - в	30-б	50-в,г,д	70-б	90-в
11 - б	31-г	51-а	71-а	91-г
12 - г	32-а	52-д	72-и	92-г
13 - д	33-в	53-б	73-а	93-г
14 - в	34-г	54-б	74-г	94-а
15 - а	35-б	55-г	75-г	95-б
16 - в	36-а	56-б	76-д	96-д
17 - в	37-д	57-в	77-в	97-д
18 - г	38-а	58-г	78-б	98-в
19 - б	39-а	59-в	79-а	99-г
20 - д	40-г	60-г	80-г	100-а