

**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 «22» марта 2022 г. № 4

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности **31.08.45 «Пульмонология»** утвержденной 30.03.2022 г

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

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры  
от «14» марта 2022 г. протокол № 8.

**Заведующая кафедрой**

доцент



О.З. Басиева

г. Владикавказ 2022 г.

## СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
4. Комплект оценочных средств:
  - перечень контрольных вопросов
  - эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением)
  - эталоны ситуационных задач с ответами

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

**РЕЦЕНЗИЯ**

**на фонд оценочных средств по дисциплине 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 дисциплине «**Пульмонология**». 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 составляет 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. 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 дисциплине 31.08.45 «**Пульмонология**» 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 ординаторов.

**Рецензент:**

Заведующий кафедрой  
внутренних болезней №2  
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

  
М.М. Теблов



**Паспорт фонда оценочных средств**  
по дисциплине «Пульмонология»  
для специальности 31.08.45 Пульмонология

<b>№ п/п</b>	<b>Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля</b>	<b>Код формируемой компетенции (этапа)</b>	<b>Наименование оценочного средства</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Вид контроля</b>	<b>Текущий, промежуточный</b>		
1.	Общая пульмонология	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 ПК-9	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
2.	Частная пульмонология	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 ПК-9	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
3.	Дифференциальная диагностика легочных синдромов	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 ПК-9	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
4	Неотложные состояния в пульмонологии	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 ПК-9	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
5	Фтизиатрия для пульмонологов	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8 ПК-9	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.

## Вопросы для текущего контроля знаний

### Раздел 1. Общая пульмонология

1. Роль отечественных ученых в разработке различных областей в пульмонологии.
2. Деонтология и медицинская этика врача.
3. Классификация заболеваний и патологических состояний бронхолегочной системы.
4. Эпидемиология заболеваний легких. Организация специализированной
5. пульмонологической помощи в РФ.
6. Методы и методология доказательной медицины.
7. Патоморфология и патогенез основных нозологических форм: пороки и аномалии
8. развития, инфекционные поражения легких и бронхов, аллергические и аутоиммунные
9. поражения легких, неспецифические воспалительные заболевания.
10. Патофизиология заболеваний органов дыхания. Методы оценки вентилизации, диффузии
11. и перфузии. Газовый состав альвеолярного, капиллярного и артериального звеньев.
12. Нереспираторные функции легких.
13. Роль лабораторной диагностики ведущих синдромов при патологии легких.
14. Роль рентгенологических и радиоизотопных методов обследования в
15. диагностике патологии легких.
16. Эндоскопические методы обследования в пульмонологии.
17. Микробиологические и иммунологические методы диагностики инфекционных
18. поражений легких.

### Раздел 2. Частная пульмонология

1. Пороки и аномалии развития трахеи, бронхов, легких: аплазия и агенезия легких,
2. простая и кистозная гипоплазия, трахеобронхомегалия, дизонтогенетические
3. бронхоэктазы, и др.
4. Наследственно-детерминированные заболевания легких: синдром Зиверта-Картагенера
5. и другие варианты дискинезии ресничек, муковисцидоз, дефицит альфа-1-
6. антитрипсина, первичные иммунодефициты.
7. Острые респираторные инфекции. Острый бронхит.
8. Пневмония. Этиология, клиника, классификация, принципы лечения.
9. Хроническая обструктивная болезнь легких. Этиология, патогенез, классификация,
10. клиника, лечение.
11. Бронхиальная астма. Этиология, патогенез, классификация, диагностика клиникопатогенетических вариантов. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение,
12. лечение приступа бронхиальной астмы.
13. Рак легкого. Классификация, ранняя диагностика, клиника.
14. Абсцесс и гангрена легких. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение.
15. Экссудативный плеврит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение.
16. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
17. Тромбоэмболия легочной артерии. Причина, клиника,

дифференциальная диагностика,  
18. лечение, профилактика

### **Раздел 3. Дифференциальная диагностика легочных синдромов**

1. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при заболеваниях при легочном
2. инфильтрате.
3. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при очаговых изменениях в легких
4. полости легком.
5. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при бронхообструктивном синдроме.
  
6. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при ХОБЛ и БА, отличие
7. обструктивного синдрома и лечебной стратегии.
8. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при синдроме выпота в плевральную
9. полость.
10. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при кровохарканье.
11. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при синдроме легочной
12. диссеминации (диффузные поражения легких).
13. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при острой и хронической
14. дыхательной недостаточности.
15. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при ТЭЛА.

### **Раздел 4. Неотложные состояния в пульмонологии.**

1. Синдром дыхательной недостаточности. Основные причины ДН, клинические и функциональные критерии. Классификации различных видов ДН. Принципы лечения и контроля за состоянием больных со средне-тяжелой и тяжелой степенью ДН.
2. Рестриктивный тип дыхательной недостаточности. Клинические и функциональные признаки, характерные для ДН рестриктивного типа. Типичные заболевания, протекающие с рестриктивной ДН.
3. Обструктивный тип дыхательной недостаточности. Клинические и функциональные признаки, характерные для ДН обструктивного типа. Типичные заболевания, протекающие с обструктивной ДН.
4. Дыхательная недостаточность по смешанному типу. Клинические и функциональные признаки, характерные для ДН смешанного типа. Типичные заболевания, протекающие с ДН смешанного типа.
5. Тяжелое течение острой дыхательной недостаточности: острый респираторный дистресс-синдром взрослых (ОРДСВ). Причины ОРДСВ. Принципы диагностики и лечения.
6. Тяжелое течение острой дыхательной недостаточности. Кардиогенный отек легких. Патогенетические и клинико-функциональные различия кардиогенного и некардиогенного отека легких. Причины кардиогенного отека легких. Принципы диагностики и лечения.
7. Легочное кровотечение. Этиология, патогенез, лечение.
8. Астматический статус. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, лечение, исходы, прогноз.

### **Раздел 5. Фтизиатрия для пульмонологов.**

1. . Этиология туберкулеза, микобактерия - морфологическое строение, свойства. Виды микобактерий туберкулеза, формы изменчивости.
2. «Атипичные» микобактерии. Эпидемиологическое и клиническое значение

различных видов и форм микобактерий.

3. Источники и пути передачи туберкулезной инфекции, восприимчивость к заболеванию людей и различных животных.
4. Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу в различных возрастных группах. Распространенность туберкулеза в зависимости от экологических и социальных условий.
5. Эпидемиологические особенности туберкулеза в современных условиях.
6. Заражение туберкулезом, пути проникновения и распространения микобактерий в организме человека. Местные и общие реакции организма на туберкулезную инфекцию.
  
7. 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.
8. Функциональные методы обследования в диагностике туберкулеза. Функциональное исследование системы внешнего дыхания. Функциональные тесты в диагностике дыхательной недостаточности.
9. Микроскопия мокроты на МБТ, метод флотации, люминисцентная микроскопия.
10. Бактериологическое и биологическое исследование. Исследование МБТ на вирулентность, чувствительность к химиопрепаратам.
11. Современные молекулярно-генетические и ускоренные методы исследования микобактерий туберкулеза.
12. Методы рентгенологического обследования больных туберкулезом органов дыхания (рентгеноскопия, рентгенография, томография, флюорография, компьютерная томография).
13. Использование различных методов лучевой диагностики для дифференциальной диагностики туберкулеза органов дыхания (бронхография, ангиопульмонография, ультразвуковые исследования, радионуклидное исследование).
14. Цитологическое исследование мокроты, бронхиолоальвеолярного смыва, экссудата, ликвора. Иммуноферментный метод в диагностике туберкулеза (серологическая верификация диагноза).
15. Клиническая классификация туберкулеза. Международная классификация (МКБ 10). Основные принципы построения современной клинической классификации. Формулировка диагноза и изменение его в результате лечения.
16. Первичный туберкулез легких.
17. 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.
18. Инфильтративный туберкулез легких. Патогенез и патоморфология инфильтративного туберкулеза. Клинико-рентгенологические варианты, особенности их течения. Дифференциальная диагностика. Лечение, исходы и прогноз инфильтративного туберкулеза.
19. 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

**20.** 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.

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

**22.** 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.

**23.** 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.

**24.** 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.

**25.** Плевриты. Патогенез и классификация туберкулезных плевритов. Фибринозные 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.

## Вопросы для проведения зачета

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. Грануломатоз 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.
90. Дифференциальная диагностика внебольничной пневмонии.

**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, доцент

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 ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ**

**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, доцент

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 № 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°С. 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, доцент

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 № 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, доцент

О.З.Басиева

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

## КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

### 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.  $91 \times 10^9 / \text{л}$  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 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, доцент

О.З.Басиева

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

## КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

### 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, доцент

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 № 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, доцент

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 № 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°C в вечернее время утром нормальная. Кашель к этому моменту усиливается слабость нарастает появляется чувство разбитости появляется головная боль.

Объективно: температура тела 38,3°C. 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, доцент

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 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.  $328 \times 10^{12}$  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, доцент

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 ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ**

**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, доцент

О.З.Басиева

### 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 Леффрена.
  - 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 бронхопупьмональной 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 прогрессирующее.

№ ОРД-ПУЛЬМ-22

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

**Кафедра фтизиопульмонологии**

### **Эталоны тестовых заданий**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности **31.08.45 «Пульмонология»** утвержденной 30.03.2022 г

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

г. Владикавказ, 2022 г.

## Оглавление

№ п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов (всего)	Страницы по _____
1	2	3	4
<b>Вид контроля</b>	<b>Текущий, промежуточный</b>		
1.	Общая пульмонология	10	
2.	Частная пульмонология	10	
3.	Дифференциальная диагностика легочных синдромов	20	
4.	Неотложные состояния в пульмонологии	10	
5.	Фтизиатрия для пульмонологов	10	

## Эталоны тестовых заданий по дисциплине «Пульмонология»

### Раздел 1. Общая пульмонология

*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

*Бронхи 1-6 (9) порядка от последующих их генераций отличаются*

- А) наличием фиброзно-хрящевого слоя
- Б) тесной анатомо-функциональной связью с паренхимой легкого
- В) внелегочной их локализацией
- Г) отсутствием фиброзно-хрящевого слоя и заменой его мышечным

*Воспалительный процесс в бронхах 1-2 порядка непосредственно не распространяется на паренхиму легкого*

- А) из-за наличия фиброзно-хрящевого слоя
- Б) из-за их внелегочной локализации
- В) из-за тесной анатомо-функциональной их связи с паренхимой легкого

*Воспалительный процесс в стенке бронхов 4-9-го порядка редко, только в случае гнойно-деструктивного их поражения, переходит на окружающую паренхиму легкого*

- А) из-за наличия фиброзно-хрящевого слоя и перибронхиальной ткани
- Б) из-за их внелегочной локализации
- В) из-за тесной анатомо-функциональной их связи с паренхимой легкого

*Инфекционный воспалительный процесс в стенке мембранного бронха легко переходит на паренхиму легкого*

- А) из-за наличия фиброзно-хрящевого слоя и перибронхиальной ткани
- Б) из-за внелегочной его локализации
- В) из-за тесной анатомо-функциональной связи бронха с паренхимой легкого

*Одноклеточные слизистые железы (бокаловидные клетки) отсутствуют в стенке бронхов*

- А) 1-3-го порядка
- Б) 1-6-го порядка
- В) 7-го (10) порядка и более мелких порядков

*Лимфоидная ткань в органах дыхания у здоровых людей локализуется*

- 1) в паренхиме легкого
- 2) в лимфатических узлах корня легкого
- 3) в слизистой оболочке бронхов

- 4) в плевре  
А) правильно 1 и 2  
Б) правильно 1 и 3  
В) правильно 1 и 4  
Г) правильно 2 и 3  
Д) правильно 2 и 4

*Ацинус дренируется*

- А) бронхом 12-го порядка  
Б) мембранным бронхом  
В) терминальной бронхиолой  
Г) респираторной бронхиолой

*Стенка респираторной бронхиолы отличается от стенки терминальной бронхиолы*

- А) наличием входов в альвеолы  
Б) отсутствием входов в альвеолы  
В) отсутствием выводных протоков слизистых желез

*Тромбоэмболия легочной артерии чаще является осложнением*

- А) флеботромбоза глубоких вен голени  
Б) тромбофлебита поверхностных вен голени  
В) тромбофлебита варикозного расширения поверхностных вен голени  
Г) рожистым воспалением

*Судьба больного при тромбоэмболии легочной артерии определяется, в первую очередь*

- А) площадью окклюзированных сосудов малого круга (массивностью эмболии)  
Б) темпами перекрытия сосудистого русла (мгновенное, постепенное, медленное)  
В) возникающими патофизиологическими расстройствами и реакцией со стороны различных органов (сердечная, легочная, мозговая, почечная, печеночная)

*У больных с факторами риска тромбоэмболии легочной артерии эта патология должна быть исключена при подозрении на все перечисленные ниже заболевания, кроме*

- А) очаговой пневмонии  
Б) затяжной и рецидивирующей пневмонии  
В) плеврита  
Г) инфаркта миокарда  
Д) крупозной пневмонии

*Подъем давления в малом круге кровообращения при эмболии сегментарных ветвей легочной артерии связан преимущественно*

- А) с площадью перекрытых сосудов  
Б) с рефлекторно-спастической реакцией

В) с выбросом в ток крови кининов и простагландинов

## Раздел 2. Частная пульмонология

**001.** В лечении больных декомпенсированным легочным сердцем оправдано применение следующих методов и средств: а) инфузии растворов нитроглицерина; б) блокаторов кальциевых каналов; в) сердечных гликозидов;

г) [антагонистов](#) альдостерона; д) кровопускания с последующим введением реополиглюкина. Выберите правильную комбинацию ответов

1) а, б, г, д

2) в, д

3) г, д

4) а, б, в

5) б, в, г

**002.** У больного, находящегося трое суток на ИВЛ по поводу усугубления дыхательной недостаточности на фоне обострения хронического гнойно-обструктивного [бронхита](#), через интубационную трубку выделяется большое количество вязкой гнойной мокроты. Лечебная тактика

1) введение больших доз эуфиллина

2) санационная бронхоскопия

3) терапия стероидными гормонами

**003.** Нозокомиальные госпитальные пневмонии чаще вызываются: а) пневмококком; б) стафилококком; в) легионеллой; г) микоплазмой; д) грамотрицательной флорой.

Выберите правильную комбинацию ответов

1) б, в, г

2) г, д

3) б, д

4) а, д

5) в, д

**004.** Лечение пневмонии, вызванной легионеллой, проводится

1) пенициллином

2) кефзолем

3) эритромицином

4) тетрациклином

5) гентамицином

**005.** Пневмония считается нозокомиальной (госпитальной), если она диагностирована

1) при поступлении в стационар

2) через 2-3 дня и более после госпитализации

3) после выписки из стационара

**006.** У служащей крупной гостиницы, оснащенной кондиционерами, остро повысилась температура до 40°C, появились 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 больной был госпитализирован с пневмонией. Укажите наиболее вероятную причину пневмонии

1) клебсиелла

2) легионелла

3) микоплазма пневмонии

4) палочка Пфейффера

5) золотистый стафилококк

**007.** Назовите возбудителей, вызывающих интерстициальные пневмонии: а) пневмококк; б) [вирусы](#); в) микоплазма; г) стафилококк; д) риккетсии. Выберите правильную комбинацию ответов

1) а, б, г

2) б, г

- 3) а, г
- 4) в, д
- 5) б, в, д

**008.** У больного со СПИДом, жалующегося на сухой кашель, одышку и повышение температуры тела, на рентгенограммах выявлены усиление легочного рисунка и двусторонние мелкоочаговые тени, преимущественно в центральных отделах легких. Какие препараты следует назначить больному? а) пенициллин; б) ампициллин; в) триметоприм; г) сульфаметоксазол; д) стрептомицин. Выберите правильную комбинацию ответов

- 1) б, в, д
- 2) в, г
- 3) г, д
- 4) а, б, в, г, д
- 5) б, в, г, д

**009.** В каких случаях возможно развитие пневмоцистной пневмонии: а) состояние после пересадки почки; б) хронический алкоголизм; в) СПИД; г) первичный иммунодефицит; д) острый лейкоз с нейтропенией. Выберите правильную комбинацию ответов

- 1) все варианты правильные
- 2) а, б, в
- 3) г,
- 4) а, в, г
- 5) а, д

**010.** Какие состояния предрасполагают к развитию абсцесса легкого? а) злоупотребление алкоголем; б) СПИД; в) наркомания; г) инородное тело в бронхе; д) нейтропения при гемобластозах. Выберите правильную комбинацию ответов

- 1) все ответы правильные
- 2) а, в, г
- 4) а, в, д
- 3) а, д
- 5) а, г

### Раздел 3

**011.** 40-летнему больному с абсцессом легких при неэффективности оксациллина следует назначить антибиотик

- 1) пенициллин
- 2) гентамицин
- 3) ампициллин
- 4) амфотерицин
- 5) стрептомицин

**012.** Развитие абсцесса легкого вызывают микроорганизмы: а) пневмококк; б) золотистый стафилококк; в) клебсиелла; г) палочка Пфейффера; д) бактероиды. Выберите правильную комбинацию ответов

- 1) б, в, д
- 2) а, б, в, г, д
- 3) г, д
- 4) в, г, д
- 5) б, д

**013.** Наиболее частым возбудителем нозокомиальной (госпитальной) пневмонии у пожилых больных является

- 1) клебсиелла
- 2) хламидия
- 3) микоплазма
- 4) пневмококк
- 5) вирус простого герпеса

**014.** Из перечисленных спирографических и пневмотахометрических показателей, как правило, снижаются при бронхиальной астме: а) жизненная емкость легких; б) форсированная жизненная емкость легких; в) максимальная вентиляция легких; г) мощность вдоха; д) мощность выдоха. Выберите правильную комбинацию ответов

- 1) а, б, д
- 2) б, д
- 3) б, в, д
- 4) в, д
- 5) а, б, в, д

**015.** Из перечисленных клинических признаков для больных с синдромом бронхиальной обструкции характерны: а) нарушение вдоха; б) нарушение выдоха; в) одышка; г) акроцианоз; д) диффузный цианоз. Выберите правильную комбинацию ответов

- 1) б, в, г
- 2) б, в, г, д
- 3) а, б
- 4) б, в, д
- 5) б, д

**016.** Каков характер одышки у больных с синдромом бронхиальной обструкции

- 1) экспираторная
- 2) инспираторная
- 3) смешанная

**017.** Какие бронхорасширяющие препараты действуют преимущественно на  $\beta_2$  - адренорецепторы легких? а) адреналин; б) эфедрин; в) изадрин (изопротеренол); г) сальбутамол; д) еротек. Выберите правильную комбинацию ответов

- 1) а, в, г, д
- 2) б, г, д
- 3) а, г, д
- 4) б, г
- 5) г, д

**018.** Какие из перечисленных препаратов относятся к антихолинергическим средствам?

а) эуфиллин; б) платифиллин; в) адреналин; г) атропин; д) ипратропиум бромид.

Выберите правильную комбинацию ответов

- 1) а, г, д
- 2) б, г, д
- 3) а, б
- 4) а, б, г
- 5) г, д

**019.** Назовите  $\beta_2$  - агонисты, которые обладают пролонгированным действием

- 1) сальбутамол
- 2) беротек
- 3) сальметерол

**020.** Беродуал - это

- 1) адреномиметик
- 2) холинолитик
- 3) комбинация адреномиметика и холинолитика

**021.** Для каких из перечисленных заболеваний характерен обратимый характер синдрома бронхиальной обструкции? а) хронический обструктивный бронхит; б) бронхиальная астма; в) сердечная астма; г) обструктивная эмфизема легких; д) тромбоэмболия легочной артерии. Выберите правильную комбинацию

- 1) б, в
- 2) а, б, г, д
- 3) все ответы правильные
- 4) а, б, в

5) а, б, в, г

022. Какие положения, касающиеся атопической формы бронхиальной астмы, правильные? а) часто развивается в пожилом возрасте; б) сочетается с другими атопическими заболеваниями; в) повышен уровень IgE в крови; г) понижен уровень IgE в крови; д) характерна эозинофилия крови. Выберите правильную комбинацию

1) б, в, г, д

2) в, д

3) а, д

4) а, в, д

5) б, в, д

023. Какие препараты оказывают бронхоспастическое действие? а) пропранолол; б) гистамин; в) гидрокортизон; г) простагландины F<sub>2a</sub>; д) лейкотриены C, D, E. Выберите правильную комбинацию ответов

1) а, д

2) а, б

3) а, г, д

4) а, б, г, д

5) г, д

024. В терапии, каких из перечисленных заболеваний может использоваться α<sub>1</sub>-антитрипсин

1) сердечная астма

2) синдром бронхиальной обструкции токсического генеза

3) эмфизема легких

4) лимфогранулематоз

5) эхинококкоз легких

025. С целью уменьшения легочной гипертензии у больного, длительное время страдающего инфекционнозависимой бронхиальной астмой, могут использоваться препараты: а) изосорбида динитрат; б) нифедипин; в) пропранолол; г) каптоприл; д) эуфиллин. Выберите правильную комбинацию

1) г, д

2) а, б, г, д

3) а, г, д

4) б, д

5) а, д

026. Какие положения, касающиеся астмы физического усилия, верны? а) возникает во время физической нагрузки; б) возникает после физической нагрузки; в) чаще развивается при вдыхании сухого воздуха; г) чаще развивается при вдыхании влажного воздуха; д) в режиме больного следует ограничить физическую нагрузку. Выберите правильную комбинацию

1) а, г

2) а, б, д

3) б, в

4) а, д

5) а, г, д

027. Занятия, какими видами спорта чаще провоцируют приступы астмы физического усилия? а) бег на длинные дистанции; б) плавание; в) велосипедный спорт; г) бег на лыжах; д) водное поло. Выберите правильную комбинацию

1) а, в, г

2) а, б, в, г

3) б, д

4) а, г

5) а, б

028. Какие лекарственные препараты могут ухудшить состояние больного с аспириновой формой бронхиальной астмы? а) беродуал; б) теофиллин; в) теофедрин; г) дитэк; д) антастман. Выберите правильную комбинацию

- 1) а, б
- 2) а, б, г
- 3) а, в, д
- 4) б, в, д
- 5) в, д

029. Какой антиангинальный препарат следует назначить больному стенокардией напряжения, страдающему бронхиальной астмой и гипертонической болезнью

- 1) нитросорбид
- 2) пропранолол
- 3) метопролол
- 4) иедипин
- 5) ринитролонг

030. Какие лекарственные препараты являются основными противовоспалительными средствами для лечения больных бронхиальной астмой? а) антибиотики; б) глюкокортикоиды; в) кромогликат натрия; г) недокромил натрия; д) теофиллин.

Выберите правильную комбинацию

- 1) б, в, г
- 2) а, б
- 3) б, д
- 4) в, г
- 5) а, б, д

#### **Раздел 4**

031. Какая терапия используется для лечения больных с нетяжелой бронхиальной астмой

- 1) ежедневное введение противовоспалительных препаратов
- 2) нерегулярные ингаляции  $\beta_2$  - агонистов короткого действия
- 3) ежедневное введение бронходилататоров пролонгированного действия
- 4) частое применение системных глюкокортикоидов

032. Какая терапия используется для лечения больных с бронхиальной астмой средней тяжести течения? а) ежедневное введение противовоспалительных препаратов; б) нерегулярные ингаляции  $\beta_2$  - агонистов короткого действия; в) ежедневное введение бронходилататоров пролонгированного действия. Выберите правильную комбинацию

- 1) а, б
- 2) а, б, в
- 3) б
- 4) б, в
- 5) а, в

033. Какая терапия используется для течения больных с бронхиальной астмой тяжелого течения? а) ежедневное введение противовоспалительных препаратов; б) нерегулярные ингаляции  $\beta_2$  - агонистов короткого действия; в) ежедневное введение бронходилататоров пролонгированного действия; г) частое применение системных глюкокортикоидов. Выберите правильную комбинацию ответов

- 1) а, в
- 2) б, г
- 3) в, г
- 4) а, в, г
- 5) а, б

034. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) - это

- 1) максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе
- 2) максимальный объем воздуха, который выходит из легких при выдохе

3) максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе и выходит при выдохе

035. Какое изменение индекса Тиффно характерно для обструктивных заболеваний легких

- 1) снижение
- 2) увеличение

036. Какое изменение индекса Тиффно характерно для рестриктивных заболеваний легких

- 1) снижение
- 2) увеличение

037. Какие побочные явления развиваются при использовании ингаляционными глюкокортикоидами в обычных дозах? а) кандидоз ротоглотки; б) язвы желудочно-кишечного тракта; в) дисфония; г) стероидный диабет; д) частые инфекции носоглотки. Выберите правильную комбинацию ответов

- 1) а, в
- 2) а, б, г, д
- 3) все ответы правильные
- 4) а, д
- 5) а, б, д

038. Какие симптомы характерны для бронхоэктатической болезни? а) артралгии; б) "барабанные палочки"; в) кашель с гнойной мокротой; г) сухой кашель; д) кровохарканье. Выберите правильную комбинацию

- 1) а, в, д
- 2) в, д
- 3) все ответы правильные
- 4) в, г, д
- 5) б, в, д

039. При каком заболевании наиболее эффективно проведение бронхоскопического лаважа с лечебной целью

- 1) бронхиальная астма с высоким уровнем IgE в крови
- 2) хронический гнойный бронхит
- 3) прогрессирующая эмфизема легких при дефиците ингибитора агантитрипсина
- 4) экзогенный фиброзирующий альвеолит
- 5) бронхолегочный аспергиллез

040. При каких заболеваниях наблюдается кровохарканье? а) тромбоэмболия легочной артерии; б) бронхоэктатическая болезнь; в) рак легкого; г) митральный стеноз; д) эмфизема легких. Выберите правильную комбинацию

- 1) а, в
- 2) б, в
- 3) а, б, в
- 4) а, в, г, д
- 5) а, б, в, г

## **Раздел 5**

041. Какие препараты следует назначить больному с хроническим бронхитом и легочной гипертензией? а) нитросорбид; б) каптоприл; в) нифедипин; г) сердечные гликозиды; д) длительная кислородотерапия. Выберите правильную комбинацию

- 1) б, г
- 2) б, в, г
- 3) а, в, д
- 4) все ответы правильные
- 5) г, д

042. Какой препарат нежелателен в лечении 50-летнего больного хроническим гнойно-обструктивным бронхитом в фазе обострения, эмфиземой легких, ДН II

- 1) антибиотики пенициллинового ряда

- 2) содовые ингаляции
- 3) ингаляции трипсина
- 4) ацетилцистеин внутрь

5) препарат полимикробной [вакцины](#) - бронхомунал

043. Какие положения, касающиеся хронического бронхита, являются верными? а) диффузное заболевание дыхательных путей; б) характеризуется обратимой обструкцией; в) характеризуется необратимой обструкцией; г) наличие кашля с мокротой на протяжении по крайней мере 3 месяцев в году в течение 2 лет и более; д) приступы удушья. Выберите правильную комбинацию

- 1) а, в, г
- 2) а, б, г
- 3) а, в, д
- 4) в, г, д
- 5) а, в, г, д

044. Наиболее информативными критериями гипертрофии правого желудочка являются: а) выраженное отклонение оси ORS вправо; б) смещение переходной зоны вправо; в) смещение переходной зоны влево; г) S-тип ЭКГ. Выберите правильную комбинацию

- 1) а, б, г
- 2) а, в, г
- 3) б, г
- 4) а, г
- 5) а, в

045. При каких заболеваниях, протекающих с поражением легких, эффективен плазмаферез? а) идиопатический фиброзирующий альвеолит; б) саркоидоз; в) синдром Гудпасчера; г) системная красная волчанка; д) первичный амилоидоз. Выберите правильную комбинацию

- 1) б, д
- 2) все ответы правильные
- 3) в, д
- 4) б, в, д
- 5) а, в, г

046. Какие факторы могут быть причиной гиперэозинофилии крови и эозинофильных инфильтратов в легких? а) лечение антибиотиками; б) паразиты; в) экзема; г) [аллергический](#) бронхолегочный аспергиллез. Выберите правильную комбинацию

- 1) а, б, г
- 2) б, в, г
- 3) а, б, в, г
- 4) б, г
- 5) б, в

047. Какие паранеопластические проявления наблюдаются при бронхогенном раке? а) увеличение шейных лимфоузлов; б) синдром Иценко-Кушинга; в) лихорадка; г) гипертрофическая остеоартропатия; д) дисфония. Выберите правильную комбинацию

- 1) б, г
- 2) все ответы правильные
- 3) а, в, г, д
- 4) а, б, г, д
- 5) в, г, д

048. При опухолях каких органов наиболее часто наблюдается лимфогенный канцероматоз? а) почки; б) щитовидной железы; в) кости; г) молочной железы; д) предстательной железы. Выберите правильную комбинацию

- 1) все ответы правильные
- 2) б, г, д
- 3) б, в, г, д

4) г, д

5) а, б, д

049. При каких состояниях может появиться плевральный выпот?

а) деструктивный панкреатит; б) цирроз печени с портальной гипертензией; в) поддиафрагмальный абсцесс; г) дивертикулез тонкого кишечника; д) опухоль яичников. Выберите правильную комбинацию

1) а, б, в, д

2) в, д

3) а, в, д

4) все ответы правильные

5) г, д

050. При каких заболеваниях чаще всего обнаруживают геморрагический плеврит? а) туберкулез; б) опухоль; в) травма грудной клетки; г) тромбоэмболия легочной артерии.

Выберите правильную комбинацию

1) а, б, в, г

2) а, б

3) а, б, г

4) а, г

5) б, в, г

Ответы

001. - 1

002. - 2

003. - 3

004. - 3

005. - 2

006. - 2

007. - 5

008. - 2

009. - 4

010. - 2

011. - 2

012. - 1

013. - 1

014. - 3

015. - 4

016. - 1

017. - 5

018. - 2

019. - 3

020. - 3

021. - 1

022. - 5

023. - 4

024. - 3

025. - 2

026. - 3

027. - 5

028. - 5

029. - 4

030. - 1

031. - 2

032. - 5

033. - 4

034. - 3

035. - 1  
036. - 2  
037. - 1  
038. - 5  
039. - 2  
040. - 5  
041. - 3  
042. - 3  
043. - 1  
044. - 2  
045. - 5  
046. - 1  
047. - 1  
048. - 2  
049. - 1  
050. - 5