

№ ОРД-ПУЛЬМ-22

**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 **«Врачебные манипуляции в пульмонологии»**  
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 «Врачебные манипуляции в пульмонологии»**

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 «**Врачебные манипуляции в пульмонологии**». 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 «**Врачебные манипуляции в пульмонологии**»

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. Теблоев



**Паспорт фонда оценочных средств**  
 По дисциплине «**Врачебные манипуляции в пульмонологии**»  
 для специальности **31.08.45 Пульмонология**

№ п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
<b>Вид контроля</b>	<b>Текущий, промежуточный</b>		
1.	Манипуляции на мягких тканях и сосудах. Манипуляции на трахее	УК-1 ПК-1; ПК-2;ПК-5; ПК-6;ПК-8	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
2.	Манипуляции на органах грудной полости Манипуляции на органах плевральных полостей	УК-1 ПК-1; ПК-2;ПК-5; ПК-6;ПК-8	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
3.	Манипуляции на органах брюшной полости	УК-1 ПК-1; ПК-2;ПК-5; ПК-6;ПК-8	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
4.	Манипуляции для проведения функционального мониторинга	УК-1 ПК-1; ПК-2;ПК-5; ПК-6;ПК-8	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.

## **Вопросы для текущего контроля знаний**

### **Раздел 1. Манипуляции на мягких тканях и сосудах.**

#### **Манипуляции на трахее.**

1. Оценка признаков гипоксии мягких тканей.
2. Пальпация поверхностных лимфатических узлов
3. Пальпация грудной клетки
4. Определение голосового дрожания.
5. Оценка состояния дыхательной мускулатуры.
6. Пальпация пульса.
7. Пальпация проекции трахеи, определение патологической подвижности.

### **Раздел 2. Манипуляции на органах грудной полости .Манипуляции на органах плевральных полостей.**

1. Осмотр и оценка грудной клетки.
2. Сравнительная перкуссия грудной клетки.
3. Аускультация легких.
4. Перкуссия сердца.
5. Аускультация сердца.
6. Перкуссия плевральных полостей.

### **Раздел 3. Манипуляции на органах брюшной полости.**

1. Осмотр живота
2. Пальпация передней брюшной стенки повехностная
3. Пальпация апоневроза.
4. Глубокая пальпация живота.
- 5.Определение нижней границы желудка
6. Пальпация печени
7. Определение границ печени.
8. Пальпация селезенки.
9. Аускультация живота
10. Аускультация брюшной аорты.

### **Раздел 4. Манипуляции для проведения функционального мониторинга**

1. Подсчет ЧСС
2. Подсчет ЧДД.
3. Пульсоксиметрия
4. Пикфлуометрия.

## Вопросы для проведения зачета

1. Оценка признаков гипоксии мягких тканей.
2. Пальпация поверхностных лимфатических узлов
3. Пальпация грудной клетки
4. Определение голосового дрожания.
5. Оценка состояния дыхательной мускулатуры.
6. Пальпация пульса.
7. Пальпация проекции трахеи, определение патологической подвижности.
8. Осмотр и оценка грудной клетки.
9. Сравнительная перкуссия грудной клетки.
10. Аускультация легких.
11. Перкуссия сердца.
12. Аускультация сердца.
13. Осмотр живота
14. Пальпация передней брюшной стенки поверхностная
15. Пальпация апоневроза.
16. Глубокая пальпация живота.
17. Определение нижней границы желудка
18. Пальпация печени
19. Определение границ печени.
8. Пальпация селезенки.
9. Аускультация живота
20. Аускультация брюшной аорты.
21. Подсчет ЧСС
22. Подсчет ЧДД.
23. Пульсоксиметрия
24. Пикфлоуметрия.

**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**

Задача №1.1 Пациентка Н., 28 лет предъявляет жалобы на: периодически возникающие, преимущественно в дневное время, приступы одышки с затрудненным выдохом, сопровождающиеся сначала покашливанием, затем появлением свистящих хрипов. Из анамнеза: впервые отметила появление приступов 4 месяца назад, после перенесенного острого вирусного заболевания. Ранее подобных симптомов не было, хотя часто болела респираторными инфекциями (более четырех раз в год). Первые приступы появились в период работы в парикмахерской. С тех пор они повторялись не чаще одного раза в неделю в рабочее время. Ночных эпизодов затруднения дыхания не отмечает. При изучении сопутствующих заболеваний установлено, что в детском возрасте страдала диатезом, с 14-летнего возраста в период цветения тополей отмечала появление зуда в глазах и слизистые выделения из носа, чихание. К врачу ранее по поводу лечения аллергии не обращалась. Самостоятельно принимала супрастин при необходимости. Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. Объективно: пациентка эмоционально лабильна. Рост 174, вес 66 кг, обхват талии 76 см. Кожные покровы обычной окраски, теплые и влажные на ощупь. Тургор кожи в норме, запаха ацетона изо рта нет. ЧДД 20 в минуту. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс 70 в минуту, ритмичный, умеренного наполнения и напряжения. Границы относительной тупости сердца в норме. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 70 в минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отмечается урчание во всех отделах при пальпации кишечника. Печень у края реберной дуги, край печени закруглен, мягкий. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Видимой деформации со стороны опорно – двигательного аппарата не выявлено, в суставах полная подвижность. Щитовидная железа не видна на глаз, не пальпируется. Глазные симптомы отрицательны. Тремора рук, отпечатков зубов на языке, сухости локтей нет.

Вопросы: 1. Выделите и обоснуйте синдромы, выявите ведущий.

2. Укажите возможные причины возникновения приступов.

3. Опишите механизм появления жалоб.

4. Перечислите анамнестические данные, подтверждающие возможность появления у данной пациентки приступов одышки и их происхождение.

5. Назначьте дополнительные обследования.

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 № 2**

Пациент Н., 42 года предъявляет жалобы на: одышку с затруднённым выдохом при ходьбе по ровной местности (отмечает, что идет медленнее, чем лица его возрастной группы), кашель в утренние часы после подъема с кровати, периодическое выделение слизистой мокроты, а также слабость, вялость, снижение работоспособности. Из анамнеза: кашель в утренние часы отмечает на протяжении последних пяти лет. К врачу обращался однократно по поводу появления кашля с гнойной мокротой на фоне острой респираторной инфекции. Был выставлен диагноз острый бронхит. Получал лечение антибиотиками, после чего отметил улучшение самочувствия. Однако продолжал беспокоить кашель в утренние часы и выделение небольшого количества мокроты. Пациент курит с 16 лет, в последние десять лет до 20-30 сигарет в день. Сердечно-сосудистые заболевания отрицает. Контакты с больными туберкулезом отрицает. Работает менеджером в крупной строительной компании, профессиональных вредностей не имеет. Проживает в квартире с централизованным отоплением. Аллергию на медикаменты, пищевые продукты, шерсть животных отрицает. Объективно: астенического телосложения. Рост 184, вес 82 кг, обхват талии 88 см. Кожные покровы обычной окраски, теплые на ощупь. При 7 осмотре выявлено утолщение концевых фаланг пальцев кистей и уплощение ногтевой пластины. Тургор кожи в норме, запаха ацетона изо рта нет. ЧДД 22 в минуту. В легких жёсткое дыхание, сухие хрипы высокого и низкого тембра. Пульс 65 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Левая граница относительной тупости на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 65 в минуту. АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. При пальпации кишечника отмечается урчание во всех отделах. Печень у края реберной дуги, край печени закруглен, мягкий. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Видимой деформации со стороны опорно-двигательного аппарата не выявлено, в суставах полная подвижность. Щитовидная железа не видна на глаз, не пальпируется. Глазные симптомы отрицательны. Тремора рук, отпечатков зубов на языке, сухости локтей нет.

- Вопросы:
1. Выделите и обоснуйте синдромы, выявите ведущий.
  2. Опишите механизм появления жалоб
  3. Укажите ключевые факторы анамнеза, в развитии описанной клинической ситуации.
  4. Укажите ведущий метод диагностики и данные, необходимые для подтверждения гипотезы о природе заболевания.
  5. Сформулируйте предварительный диагноз и укажите диагностические критерии.

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 № 3**

Пациент Н., 32-х лет предъявляет жалобы на: боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, кашле и уменьшающиеся в положении на больном боку, невозможность глубокого вдоха из-за болей, а также на слабость, снижение работоспособности, сухой кашель и повышение температуры до 37,8 0С. Из анамнеза: две недели назад перенес острое респираторное заболевание. Первыми симптомами была лихорадка, заложенность носа. К врачу не обращался. Самостоятельно принимал парацетамол при повышении температуры, пил чай с малиной и при заложенности носа употреблял сосудосуживающие капли – нафтизин. Улучшения состояния не отметил, появился сухой кашель, одышка и боли в правой половине грудной клетки, которые и стали причиной обращения к врачу. Сердечно–сосудистые заболевания отрицает. Контакты с больными туберкулезом отрицает. Аллергию на медикаменты, пищевые продукты, шерсть животных отрицает. Не курит. Объективно: во времени и пространстве ориентирован. Рост 164, вес 72 кг, обхват талии 82 см. Кожные покровы обычной окраски, теплые на ощупь. Тurgор кожи снижен, запаха ацетона изо рта нет. При осмотре выявлено отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. ЧДД 24 в минуту. В нижних отделах легких справа выявляется шум, который выслушивается на вдохе и на выдохе, не меняет локализацию при покашливании и сохраняется при пробе с имитацией дыхания. Пульс 65 в минуту, ритмичный, полный, напряженный. Левая граница относительной тупости на 1,5 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 65 в минуту. АД 120/85 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, край печени закруглен, мягкий. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Видимой деформации со стороны опорно–двигательного аппарата не выявлено, в суставах полная подвижность. Щитовидная железа не видна при глотании, смещается, безболезненна, эластична. Вопросы: 1. Выделите и обоснуйте синдромы, выявите ведущий.

2. Укажите физикальные данные, которые подтверждают предположение о причине болевого синдрома у пациента.

3. Назначьте дополнительные обследования. Укажите ведущий метод диагностики.

4. Сформулируйте предварительный диагноз и укажите диагностические критерии.

**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 Н., 67 лет, обратился с жалобами на кашель с отхождением мокроты желто-зеленого цвета, повышение температуры тела до 38,7°C, одышку при физической нагрузке, болевые ощущения в правой половине грудной клетки, возникающие при кашле и глубоком вдохе, потливость, общую слабость и головную боль. Заболел остро 3 дня назад, после переохлаждения. При обращении в поликлинику по месту жительства врач назначил антибиотик гентамицин по 80 мг в/м 2 раза в день, мукалтин 3 таблетки в день, парацетамол. На фоне лечения существенной положительной динамики не отмечено. Из анамнеза: бывший военнослужащий, в настоящее время работает вахтером. Курит в течение 22 лет по 1,5 – 2 пачки сигарет в день. Периодически (несколько раз в год) после переохлаждения отмечает появление кашля с отхождением желто-зеленой мокроты, в течение последних 2 лет появилась одышка при умеренной физической нагрузке. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы без особенностей, отмечается гиперемия кожи лица. Температура тела – 37,6°C. Подкожно-жировой слой развит умеренно, отеков нет, периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧД в покое – 22 в мин. Грудная клетка эмфизематозная, при осмотре - отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно на фоне коробочного звука отмечается участок притупления справа ниже угла лопатки, в этой же области – усиление голосового дрожания. При аускультации выслушиваются рассеянные сухие жужжащие хрипы, справа ниже угла лопатки – зона крепитации. Тоны сердца приглушены, шумов нет. ЧСС – 107 в мин., АД – 120/70 мм рт. ст. Живот 10 мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования: Общий анализ крови: эр. - 4,3 x 10<sup>12</sup>, лейкоц. - 12,7 x 10<sup>9</sup>, п. - 6, сегм. - 66, л. - 23, м. - 5, СОЭ - 32 мм/ час. Общий анализ мокроты: характер слизисто-гнойный, лейкоциты густо покрывают поле зрения; эозинофилы, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, БК – отсутствуют; определяются грам-положительные диплококки. Рентгенограмма органов грудной клетки в двух проекциях: определяется участок инфильтрации легочной ткани в нижней доле правого легкого, эмфизема легких, усиление легочного рисунка за счет интерстициального компонента. Вопросы: 1. Выделите и обоснуйте ведущий синдром 2. Назовите предварительный диагноз и укажите диагностические критерии? 3. Какие дополнительные методы обследования целесообразно использовать? 4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии

**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 № 5**

Пациент И., 45 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на кашель с небольшим количеством вязкой, трудноотделяемой мокроты, на одышку при физической нагрузке. Из анамнеза: кашель беспокоит в течение последних 7 лет, усиливается преимущественно после частых ОРВИ, назначались антибиотики с положительным эффектом. В течение последних 2 лет стал отмечать одышку при умеренной физической нагрузке. Пациент курит с 17-летнего возраста по 1 пачке сигарет в день. По профессии слесарь, работа связана с частыми переохлаждениями. Ухудшение состояния в течение последних 3 дней, когда 11 усилился кашель с отхождением небольшого количества слизисто-гноной мокроты, появилась субфебрильная температура тела. Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5 С. Над легкими при перкуссии - коробочный звук, при аускультации - жесткое дыхание, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 22 в мин. Пульс - 80 в мин. АД – 130/80 мм рт. ст. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования: Общий анализ крови: эр. - 4,5 x 10<sup>12</sup>, лейкоц. - 12,9 x 10<sup>9</sup>, п. - 5, сегм. - 65, л. - 23, м. - 7, СОЭ - 23 мм/ час. Общий анализ мокроты: лейкоциты - 60-80 в п/зр., макрофаги - много, спираль Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена и эозинофилы - не найдены, БК и атипичные клетки не обнаружены. Рентгенография органов грудной клетки: свежих очаговых и инфильтративных изменений нет, легочные поля повышенной прозрачности, стенки бронхов уплотнены, корни расширены. ФВД: ЖЕЛ - 57%, ОФВ1 - 64%, МОС 25 - 53%, МОС 50 - 49%, МОС 75 - 58%; после ингаляции беротека: ЖЕЛ - 60%, ОФВ1 - 68%, МОС 25 - 56%, МОС 50 - 54%, МОС 75 - 62%. Вопросы: 1. Выделите и обоснуйте синдромы, выявите ведущий. 2. Опишите механизм появления жалоб. 3. Сформулируйте предварительный диагноз и укажите диагностические критерии. 4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.

**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 № 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°С. 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, 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**

Больная Л., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой (единичные плевки), 12 приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие ежедневно в дневное и в ночное время, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа. Из анамнеза: сестра пациентки страдает полипозным риносинуситом, у матери больной пищевая аллергия в виде крапивницы. Пациентка работает вязальщицей на текстильном предприятии, имеет постоянный контакт с шерстью. В течение последних лет отмечает частые ОРВИ – 2-3 раза в год. В анамнезе отмечены аллергические реакции на прием ампициллина – заложенность носа, слезотечение; цитрусовые и клубника – крапивница. В течение многих лет беспокоит практически постоянная заложенность носа, 2 года назад диагностирован полипозный риносинусит, проведена полипотомия носа. Год назад после перенесенного ОРВИ длительно сохранялся приступообразный кашель. Состояние ухудшилось весной, когда впервые развился приступ удушья, купированный в/в введением эуфиллина. В последующем больная самостоятельно принимала антигистаминные препараты, эуфиллин с эффектом. Последнее ухудшение после ОРВИ, резко возросла частота приступов удушья в дневное время, появились ночные приступы. Для обследования и коррекции терапии больная поступила в клинику. Объективно: состояние относительно удовлетворительное, ЧД 22 в мин., на коже кистей – экзематозные бляшки. Носовое дыхание резко затруднено. Отмечается диффузный «теплый» цианоз. При перкуссии легких – коробочный звук, при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования: : Общий анализ крови: эр. -  $4,5 \times 10^{12}$ , лейкоц. -  $12,9 \times 10^9$ , эоз. – 7, п. – 3, сегм. - 63, л. - 20, м. - 7, СОЭ - 10 мм/ час 13. Общий анализ мокроты: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты 1-5 в п/зр; эозинофилы 20-40-60 в п/зр; эритроцитов нет; спирали Куршмана – 1-3 в препарате, кристаллы Шарко-Лейдена – 5-7 в препарате; атипичные клетки, эластичные волокна, БК не найдены. ФВД: ЖЕЛ 84%; ОФВ1 55%; МОС25 66%; МОС50 42%; МОС75 38%;. После ингаляции 400 мкг сальбутамола: ОФВ1 84%; МОС25 68%; МОС50 59%; МОС75 58%. Рентгенограмма органов грудной клетки – очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены, определяется уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани, утолщение стенок бронхов. Вопросы: 1. Выделите и обоснуйте синдромы, выявите ведущий. 2. Опишите механизм появления жалоб. 3. Определите тип нарушения функции внешнего дыхания 4. Сформулируйте предварительный диагноз и укажите диагностические критерии. 5. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.

**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**

Больной Д., 27 лет, по профессии маляр, поступил в приемное отделение с жалобами на резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, кашель с отделением вязкой стекловидной мокроты, чаще в ранние утренние часы. Из анамнеза: сестра больного страдает аллергическим дерматитом. Сын больного (3 года) страдает экссудативным диатезом. Пациент курит по 1 пачке сигарет в день в течение 10 лет. В анамнезе отмечает аллергическую реакцию в виде отека Квинке на лидокаин, пищевую аллергию – крапивница при употреблении в пищу цитрусовых. Ухудшение состояния в течение недели, когда после ОРВИ появился кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, больной самостоятельно начал принимать амоксициллин. На 2 день приема препарата ночью развился приступ удушья, купированный бригадой СМП внутривенным введением преднизолона и эуфиллина. С этого времени 15 беспокоит резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, сохраняется приступообразный кашель. Объективно: состояние средней тяжести. Дистанционные свистящие хрипы. Грудная клетка бочкообразной формы. ЧД 24 в мин. Перкуторный звук над легочными полями коробочный. В легких дыхание резко ослаблено, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 100 в мин, АД 120/80 мм рт.ст., Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования: Общий анализ крови: эр. - 4,5 x 10<sup>12</sup>, лейкоц. – 8,6 x 10<sup>9</sup>, эоз. – 11, п. – 2, сегм. - 62, лф - 17, мон - 8, СОЭ - 10 мм/ час. Общий анализ мокроты: характер слизистый, консистенция вязкая, лейкоц. 5-10 в п/зр., эозинофилы 50-60 в препарате. Спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена – единичные в препарате. Эластичные волокна, атипичные клетки, БК не найдены. Рентгенологическое исследование легких: свежие очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены. Отмечается уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани. ФВД: ЖЕЛ – 87%; ОФВ1 – 53%; МОС25 – 68%; МОС50 – 54%; МОС75 – 24%; ОФВ1/ФЖЕЛ – 82%. Вопросы: 1. Выделите и обоснуйте синдромы, выявите ведущий. 2. Определите тип нарушения функции внешнего дыхания. 3. Проведите диагностический поиск. 4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.

**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 № 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 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, доцент**

**О.З.Басиева**

## Ответы

### Задача №1.

Согласно жалобам выделен во время приступа синдром бронхиальной обструкции.

2. Контакт с аллергенами окружающей среды (тополиный пух, профессиональные аллергены – аэрозоли (лаки и краски в парикмахерской) провоцирует развитие бронхиальной обструкции.

3. Указанные жалобы связаны с бронхоспазмом, гиперсекрецией слизи и воспалительным отеком слизистой бронхов.

4. Приступы периодической бронхиальной обструкции свидетельствуют об аллергической природе у лиц, склонных к атопии. О генетической предрасположенности к атопии свидетельствует наличие в анамнезе диатеза, поллиноза в период цветения тополя.

5. Скарификационные внутрикожные тесты с возможными аллергенами (пыльца растений, чье цветение приходится на май месяц–время цветения тополя). С целью выявления гиперреактивности бронхов проведение исследования функции внешнего дыхания (определение ОФВ1 (объема форсированного выдоха за первую секунду) и изменение ФЖЕЛ (форсированной жизненной емкости легких)) и пикфлоуметрии (определением пиковой скорости выхода (ПСВ) и разницы ПСВ в утренние и вечерние часы). Комментарии Указанные жалобы связаны с наличием у пациентки эпизодов бронхиальной обструкции на фоне генетической предрасположенности к атопии. Возможный диагноз: Бронхиальная астма, персистирующее течение.

**Задача №2.** Согласно жалобам выделены следующие синдромы: астенический, бронхиальной обструкции, дыхательной недостаточности. Ведущий синдром – бронхиальной обструкции.

2. Частично необратимое ограничение воздушного потока.

3. Пациент имеет длительный стаж курения с употреблением большого количества сигарет, также имеет значение, возраст пациента (старше 40 лет) и медленное прогрессирование симптомов в анамнезе от кашля до одышки. Ключевым фактором является курение.

4. Спирометрия является золотым стандартом и ведущим методом диагностики для оценки степени бронхиальной обструкции. Для подтверждения гипотезы об ограничении воздушного потока имеет значение снижение ОФВ1, и соотношения ОФВ1/ФЖЗЛ менее 70%

5. Учитывая наличие одышки, медленное прогрессирование симптомов, зрелый возраст пациента и наличие фактора риска – курения, можно предположить наличие у пациента хронической обструктивной болезни легких. Уточнение степени тяжести заболевания возможно на основании данных спирометрии.

**Задача №3.** Согласно жалобам выделены следующие синдромы: астенический, болевой, лихорадки. Ведущий – боли в правой половине грудной клетки, которые могут быть связаны с поражением плевры.

2. Поражение плевры, подтверждает наличие шума, (шум трения плевры) который выслушивается на вдохе и на выдохе и сохраняется при пробе с имитацией дыхания.

3. Пациенту показано выполнение рентгенографии легких в прямой и боковой проекции, спирометрии, ОАК, консультация фтизиатра (для исключения туберкулезной этиологии поражения плевры).

4. Сухой правосторонний плеврит является наиболее вероятным диагнозом, поскольку характеристика болевого синдрома отражает поражение плевры, что подтверждают данные аускультации.

**Задача №4.** Синдром уплотнения лёгочной ткани 2. На первом этапе диагностического поиска анализ жалоб пациента позволяет заподозрить острое воспалительное заболевание дыхательных путей, вероятнее всего, пневмонию.

3. ФВД для оценки бронхиальной проходимости.

4. Внебольничная пневмококковая правосторонняя нижнедолевая пневмония, среднетяжелого течения.

**Задача №5.** Синдром повышенной воздушности лёгких (синдром эмфиземы), синдром бронхиальной обструкции, синдром дыхательной недостаточности. Ведущий синдром – бронхиальной обструкции 2. Указанные жалобы связаны с бронхоспазмом, гиперсекрецией слизи и воспалительным отеком слизистой бронхов.

3. Предварительный диагноз: хроническая обструктивная болезнь лёгких. Диагноз можно поставить на основании жалоб, данных анамнеза, объективных данных

4. Клинический диагноз: Обструктивная болезнь лёгких, среднетяжелого течения, в фазе обострения. Дыхательная недостаточность II ст. Диагноз можно поставить на основании жалоб, данных анамнеза, объективных данных, данных дополнительных методов обследования  
**Задача №.6** . Синдром повышенной воздушности лёгких (синдром эмфиземы), синдром бронхиальной обструкции, синдром дыхательной недостаточности. Ведущий синдром – бронхиальной обструкции 2. Указанные жалобы связаны с бронхоспазмом, гиперсекрецией слизи и воспалительным отеком слизистой бронхов.

3. Обструктивный тип нарушения функции внешнего дыхания

4. Предварительный диагноз: Бронхиальная астма. Диагноз можно поставить на основании жалоб, данных анамнеза, объективных данных

5. Бронхиальная астма, тяжелого течения, в фазе обострения. Эмфизема легких. Дыхательная недостаточность II ст.

**Задача №.7** 1. Синдром поражения плевры, воспалительный синдром, ведущий – синдром поражения плевры

2. Симптом боли связан с развитием воспаления плевры и с раздражением при дыхании нервных рецепторов листков плевры

3. Острый правосторонний сухой плеврит вирусной этиологии

4. Воспалительный синдром (лихорадка, признаки интоксикации) и признаки поражения органов дыхания (кашель, боли в грудной клетке, связанные с кашлем и дыханием), острое начало, болевой синдром, четко связанный с дыханием, шум трения плевры при аускультации, отставание половины грудной клетки при дыхании могут свидетельствовать о развитии сухого плеврита, о вирусной этиологии свидетельствует высокий уровень лимфоцитов в ОАК, отсутствие свежих очагов и инфильтративных очагов на рентгенограмме.

**Задача 8.** Синдром повышенной воздушности лёгких (синдром эмфиземы), синдром бронхиальной обструкции, синдром дыхательной недостаточности. Ведущий синдром – бронхиальной обструкции 2. Обструктивный тип нарушения функции внешнего дыхания

3. Наличие приступов удушья, сопровождающихся появлением свистящих хрипов; генерализованная обратимая бронхиальная обструкция (по данным ФВД); наличие эозинофилов в мокроте, а также отсутствие других заболеваний, имеющих схожую клиническую симптоматику, кроме того отягощенный аллергологический анамнез, эозинофилия крови свидетельствуют о бронхиальной астме. 4. Бронхиальная астма, тяжелого течения в фазе обострения. Эмфизема легких. Дыхательная Недостаточность II

**Задача 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.

**Задача 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 **«Врачебные манипуляции в пульмонологии»**

для ординаторов 1 года обучения

уровень подготовки: кадры высшей квалификации

по специальности **31.08.45 Пульмонология**

г. Владикавказ, 2022 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.	Манипуляции на мягких тканях и сосудах. Манипуляции на трахее	12	
2.	Манипуляции на органах грудной полости Манипуляции на органах плевральных полостей	20	
3.	Манипуляции на органах брюшной полости	20	
4.	Манипуляции для проведения функционального мониторинга	10	

## Эталоны тестовых заданий по дисциплине «Врачебные манипуляции в пульмонологии»

### Раздел 1

1. При аускультации легких у больных с острым бронхитом чаще всего встречается

Варианты ответов

1 шум трения плевры (балл - 0)

2 влажные хрипы (балл - 0)

3 сухие хрипы (балл - 9)

4 крепитация (балл - 0)

2 Для больных муковисцидозом с поражением легких характерен

Варианты ответов

1 сухой кашель (балл - 0)

2 кашель со свободно отделяющейся мокротой (балл - 0)

3 кашель с вязкой мокротой (балл - 9)

3. К селективным адреномиметикам (с преимущественным влиянием на  $\beta_2$ -рецепторы) относятся

Варианты ответов

1 бриканил (балл - 0)

2 изадрин (балл - 0)

3 сальбутамол (балл - 0)

4 эуспиран (балл - 0)

5 беротек (балл - 0)

6 астмопент (балл - 0)

7 в), д) вместе (балл - 9)

8 в), д), е) вместе (балл - 0)

9 все перечисленное (балл - 0)

4. Наиболее информативным объективным клиническим признаком для диагностики локализованной формы бронхоэктатической болезни является

Варианты ответов

1 укорочение перкуторного тона (балл - 0)

2 жесткое дыхание (балл - 0)

3 сухие хрипы (балл - 0)

4 мелкопузырчатые влажные хрипы (балл - 0)

5 локализованные влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы (балл - 9)

6 усиление голосового дрожания (балл - 0)

5. Асбестоз относится к группе

Варианты ответов

1 силикатозов (балл - 9)

2 силикозов (балл - 0)

3 металлоконииозов (балл - 0)

4 карбокониозов (балл - 0)

5 пневмокониозов, возникающих от вдыхания органической пыли (балл - 0)

6. Для крупозной пневмонии (в отличие от очаговой) характерны

Варианты ответов

- 1 крошковатость мазка крови (из-за обилия фибриногена) (балл - 0)
- 2 выраженный лейкоцитоз (балл - 0)
- 3 редкое обнаружение токсической зернистости нейтрофилов (балл - 0)
- 4 признаки перегрузки правых камер сердца на ЭКГ (балл - 0)
- 5 односторонний румянец на щеке на стороне поражения (балл - 0)
- 6 а,б,г,д (балл - 9)

7. Из перечисленных противокашлевых средств при сопутствующем бронхоспазме предпочтительнее назначать

Варианты ответов

- 1 либексин (балл - 9)
- 2 глауцин (балл - 0)
- 3 глаувент (балл - 0)
- 4 тусупрекс (балл - 0)

8. Синдром бронхиальной обструкции характерен

Варианты ответов

- 1 для дистального острого бронхита (балл - 0)
- 2 для проксимального острого бронхита (балл - 0)
- 3 для острого бронхиолита (балл - 0)
- 4 а), в) вместе (балл - 9)
- 5 б), в), вместе (балл - 0)
- 6 ни для чего из перечисленного (балл - 0)

9. При исследовании функции внешнего дыхания у больных бронхоэктатической болезнью преобладают

Варианты ответов

- 1 обструктивные нарушения (балл - 0)
- 2 рестриктивные нарушения (балл - 9)
- 3 нарушения функции внешнего дыхания не характерны (балл - 0)

10. Самым частым возбудителем легочного нагноения является

Варианты ответов

- 1 пневмококк (балл - 0)
- 2 стафилококк (балл - 9)
- 3 клебсиелла (балл - 0)
- 4 микоплазма (балл - 0)

11. Кортикостероиды при идиопатическом фиброзирующем альвеолите

Варианты ответов

- 1 назначаются на поздней стадии болезни (балл - 0)
- 3 назначаются на ранней стадии болезни (балл - 9)
- 3 не рекомендуются вообще (балл - 0)
- 4 рекомендуются на стадии фиброзирования (балл - 0)

12. Из перечисленных отхаркивающих средств чаще дает побочные явления в виде насморка и кожных высыпаний

Варианты ответов

- 1 трава багульника (балл - 0)
- 2 корень ипекакуаны (балл - 0)
- 3 йодид калия (балл - 9)
- 4 бромгексин (балл - 0)

## Раздел 2

13. Субплевральные буллы, способствующие развитию спонтанного пневмоторакса

Варианты ответов

1 являются только врожденными (балл - 0)

2 являются только приобретенными (балл - 0)

3 могут быть как врожденными, так и приобретенными (балл - 9)

14. Ведущей первоначальной жалобой больных с острым бронхитом является

Варианты ответов

1 кашель с мокротой (балл - 0)2

сухой кашель (балл - 9)

3 боли в грудной клетке (балл - 0)

15. Синдром апноэ во время сна у больных с хронической дыхательной недостаточностью приводит

Варианты ответов

1 к снижению гипоксемии (балл - 0)

2 к нарастанию гипоксемии (балл - 0)

3 к повышению давления в легочной артерии

(балл - 0)4 к снижению давления в легочной артерии (балл - 0) 5 верно а), г) (балл - 0)

6 верно б), в) (балл - 9)

7 верно а), в) (балл - 0)

16. Пневмосклероз развивается в

результатеВарианты ответов

1 воспаления (балл - 0)

2 дистрофических процессов (балл - 0)

3 застоя крови (балл - 0)

4 застоя лимфы (балл - 0)

5 всего перечисленного (балл - 9)

6 ничего из перечисленного (балл - 0)

17. Из перечисленных антибактериальных препаратов запивать щелочным раствором рекомендуется

Варианты ответов

1 бисептол (балл - 0)

2 олеандомицин (балл - 0)

3 левомецетин (балл - 0)

4 рифампицин (балл - 0)

5 эритромицин (балл

- 0)6 верно а), б)

(балл - 0)

7 верно б), д) (балл - 9)

8 верно а), б), д) (балл - 0)

18. Обычная доза пенициллина для ингаляций при обострении хронического бронхита составляет

Варианты ответов

1 50 тыс ЕД (балл - 0)

2 250 тыс ЕД (балл - 9)

3 500 тыс ЕД (балл - 0)

4 1 млн ЕД (балл - 0)

19. У женщины 30 лет, занимавшейся до последнего времени любительским теннисом, во время игры стали возникать приступы экспираторного удушья, свистящие хрипы. Приступы купируются после отдыха и ингаляции сальбутамола.

Данной больной можно рекомендовать

Варианты ответов

1 регулярные ингаляции дитека (балл - 0)

2 прием антагониста кальция (коринфара) (балл - 0)

3 назначение бекотида (по 2 вдоха 4 раза в день) (балл - 0)

4 резкое ограничение физической нагрузки (балл - 0)

5 на фоне лечения - включение физических тренировок

(балл - 0) 6 верно а), б) (балл - 0)

7 верно а), б), в) (балл - 0)

8 верно а), б), д) (балл - 9)

20 К характерным признакам эмфиземы легких относится

Варианты ответов

1 ограничение подвижности нижних легочных краев

(балл - 0) 2 ослабление дыхания (балл - 0)

3 коробочный перкуторный звук

(балл - 0) 4 бочкообразная грудная

клетка (балл - 0) 5 усиление

бронхофонии (балл - 0)

6 а,б,в,г (балл - 9)

21 В состав препарата бронхолитин входит противокашлевое средство

Варианты ответов

1 кодеин (балл - 0)

2 дионин (балл - 0)

3 тусупрекс (балл - 0)

4 глауцин (балл - 9)

5 либексин (балл - 0)

22. Бронхоскопия при хроническом бронхите позволяет

Варианты ответов

1 оценить интенсивность воспаления слизистой бронхов

(балл - 0) 2 выявить трахео-бронхиальную дискинезию

(балл - 0)

3 получить материал для цитологического исследования

(балл - 0) 4 выявить обструкцию периферических бронхов

(балл - 0)

5 получить материал для микробиологического исследования

(балл - 0) 6 а,б,в,д, (балл - 9)

23. Плевральная пункция

проводится

Варианты ответов

1 по нижнему краю вышележащего ребра (балл - 0)

2 по верхнему краю нижележащего ребра

(балл - 9) 3 Шум трения плевры

Варианты ответов

1 прослушивается чаще на высоте вдоха (балл - 0)

2 выслушивается на протяжении вдоха и выдоха

- (балл - 0)
- 3 ослабевает после кашля (балл - 0)
- 4 не изменяется после кашля (балл - 0)
- 5 может ощущаться пальпаторно (балл - 0)
- 6 б верно б), г) (балл - 0)
- 7 верно б), г), д) (балл - 9)
- 8 верно б), в) (балл - 0)
24. Для острой эмпиемы плевры характерно  
Варианты ответов
- 1 острое начало (балл - 0)
- 2 симптомы гнойной интоксикации (балл - 0)
- 3 одышка (балл - 0)
25. Для острой эмпиемы плевры характерно  
Варианты ответов
- 1 острое начало (балл - 0)
- 2 симптомы гнойной интоксикации (балл - 0)
- 3 одышка (балл - 0)
- 3 похудание (балл - 0)
- 5 верно в), г) (балл - 0)
- 6 верно а), б), в), г) (балл - 9)
- 7 верно все перечисленное (балл - 0)
26. Противопоказаниями к назначению ипратропиума бромида являются  
Варианты ответов
- 1 глаукома (балл - 0)
- 2 брадикардия (балл - 0)
- 3 аденома предстательной железы (балл - 0)
- 4 а, в (балл - 9)
27. Бромгексин обладает  
Варианты ответов
- 1 противовоспалительным действием (балл - 0)
- 2 способностью улучшать мукоцилиарный клиренс (балл - 0)
- 3 бронхолитическим действием (балл - 0)
- 3 способностью усиливать продукцию сурфактанта (балл - 0)
- 5 способностью разжижать мокроту (балл - 0)
- 6 б), г) вместе (балл - 0)
- 7 б), г), д) вместе (балл - 9)
- 8 все вышеперечисленное (балл - 0)
28. Для пневмоцистной пневмонии у больных СПИДом характерно  
Варианты ответов
- 1 острое начало (балл - 0)
- 2 постепенное начало (балл - 0)
- 3 кровохарканье (балл - 0)
- 4 обильное выделение мокроты (балл - 0)
- 5 сухой кашель (балл - 0)
- 6 выраженная одышка (балл -

0)7 верно б), в),д) (балл - 0)

9 верно б), д), е) (балл - 9)

29.Оптимальная температура аэрозоля, способствующая лучшему его всасыванию, составляет

Варианты ответов

1 36-38град.С (балл - 9)

2 30-32град.С (балл - 0)

3 40-44град.С (балл - 0)

5 22-24град.С (балл - 0)

30.Влажные хрипы при хроническом

бронхитеВарианты ответов

1 не встречаются (балл - 0)

2 являются признаком бронхиальной гиперсекреции (балл - 9)

3 указывают на наличие диффузного перибронхиального склероза (балл - 0)

30 У молодой женщины с atopической бронхиальной астмой приступы возникают в весеннее время в периодцветения злаков. Сенсibiliзация к - злакам доказана при аллергологическом обследовании. В качестве мо- нотерапии в опасный период ей можно рекомендовать

Варианты ответов1

теопек (балл - 0)

2 интал (балл - 0)

3 беродуал (балл - 0)

4 дитек (балл - 0)

5 бекломет (балл - 0)

6 кетотифен (балл - 0) 7

верно б), г) (балл - 0)

8 верно б), г), е) (балл - 9)

9 верно г), е) (балл - 0)

### Раздел 3

31 Основным методом лечения хронической эмпиемы плевры

являетсяВарианты ответов

1 При эмболии легочной артерии на ЭКГ могут возникнуть (балл - 0)

42 При эмболии легочной артерии на ЭКГ могут

возникнутьВарианты ответов

1 появление S в I-м стандартном отведении (балл - 0)

2 появление Q в III-м стандартном отведении

(балл - 0)3 блокада правой ножки пучка Гиса

(балл - 0)

4 подъем интервала ST в правых грудных отведениях

(балл - 0)5 появление "P-pulmonale" (балл - 0)

6 все перечисленное (балл - 9)

32. Для лечения больных с декомпенсированным легочным сердцем на почве обструктивной болезни легкихследует применять

Варианты ответов

1 б-адреноблокаторы (балл - 0)

2 нитраты (балл - 0)

3 антагонисты кальция (балл - 0)

4 холинолитики (балл - 0)5

верно б), в) (балл - 9)

6 верно б), г) (балл - 0)

7 верно все перечисленное (балл - 0)

33 Затяжной считается пневмония, если клинико-рентгенологическая симптоматика сохраняется

Варианты ответов

1 более 3-х недель (балл - 0)

2.более 4-х недель (балл - 9)

3 более 2-х недель (балл - 0)

34. Вторичная эмфизема легких может быть

Варианты ответов

1 только диффузной (балл - 0)

2 как диффузной, так и очаговой (балл - 9)

3 только очаговой (балл - 0)

35 Бронхоэктатическая болезнь чаще встречается

Варианты ответов

1 у мужчин (балл - 9)

2 у женщин (балл - 0)

36 К характерным осложнениям спонтанного пневмоторакса

относятся

Варианты ответов

1 плеврит (балл - 0)

2 легочное кровотечение (балл - 0)

3 гемоторакс (балл - 0)

4 коллапс (балл - 0)

5 подкожная эмфизема (балл - 0)

6 медиастинальная эмфизема (балл - 0)

7 острая дыхательная недостаточность

(балл - 0)8 а,в,г,д,е (балл - 9)

37. У больного бронхиальной астмой анамнестически выявляется аллергическая

непереносимость новокаина. В этой ситуации ему противопоказаны

Варианты ответов

1 теофедрин (балл - 0)

2 антастман (балл - 0)

3 солутан (балл - 0)

4 эфатин (балл - 0)

5 теопек (балл - 0)

6 верно а), в) (балл - 0)

7 верно а), в), г) (балл - 0)

8 верно в), г) (балл - 9)

38. При исследовании функции внешнего дыхания об обструкции бронхов свидетельствуют

Варианты ответов

1 повышение МВЛ (балл - 0)

2 снижение МВЛ (балл - 0)

3 повышение жизненной емкости легких (балл - 0)

4 снижение индекса Тиффно (балл - 0)

5 повышение индекса Тиффно (балл - 0)

6 б), г) вместе (балл - 9)

7 а), г) вместе (балл - 0)8 а), в) вместе (балл - 0)

39. При лечении пневмонии у беременной в 1-м триместре можно использовать

Варианты ответов

1 тетрациклин (балл - 0)

2 пенициллин (балл - 0)

3 левомицетин (балл - 0)

4 верно б), в) (балл - 9)

5 верно в), г) (балл - 0)

6 верно все перечисленное (балл - 0)

40. Основным методом лечения эмпиемы плевры

является

Варианты ответов

1 введение антибиотиков внутривенно (балл - 0)

2 иммунотерапия (балл - 0)

3 эвакуация экссудата (балл - 9)

41. Проявления синдрома апноэ во время сна

усугубляются

1 алкоголем (балл - 0)

2 снотворными (балл - 0)

3 седативными средствами (балл - 0)

4 дыхательными analeптиками (балл - 0)

5 симпатомиметиками (балл - 0)

6 метилксантинами (балл - 0)

7 верно а), б), г) (балл - 0)

8 верно а), б), в) (балл - 9)

9 верно а), б), в), г) (балл - 0)

42. Характерным признаком крупозной пневмонии в стадии "прилива" является

Варианты ответов

1 бронхиальное дыхание (балл - 0)

2 жесткое дыхание (балл - 0)

3 крепитация (балл - 9)

4 звучные влажные хрипы (балл - 0)

43. Для преимущественно дистального бронхита

характерны

1 упорный надсадный кашель (балл -

0) 2 ранняя одышка (балл - 0)

3 легкое отхождение мокроты (балл - 0)

4 снижение ОФВ1 (балл - 0)

5 повышение МВЛ (балл - 0)

6 сухие свистящие хрипы (балл - 0)

7 7 б), г) вместе (балл - 0)

8 б), г), е) вместе (балл - 9)

9 б), д), е) вместе (балл - 0)

44. В препарате бронхолитин в качестве бронхолитического средства используется

Варианты ответов 1

атропин (балл - 0)

2 эуфиллин (балл - 0)

3 эфедрин (балл - 9)

4 беротек (балл - 0)

5 ипратропиум бромид (балл - 0)

45 В норме за сутки выделяется слизистого секрета

бронхов

1 до 10 мл (балл - 0)

2 30-50 мл (балл - 0)

3 примерно 100 мл (балл - 9)

4 примерно 200 мл (балл - 0)

5 около 1 л (балл - 0)

46. Применение ипратропиум бромида

целесообразно

1 для лечения молодых больных (балл - 0)

2 для лечения пожилых больных (балл - 0)

3 при обильной мокроте (бронхорее) (балл - 0)

4 при скудной мокроте или ее отсутствии

(балл - 0) 5 при симпатикотонии (балл - 0)

6 при ваготонии (балл - 0)

7 верно б), в) (балл - 0)

8 верно б), в), г) (балл - 0)

9 верно б), в), е) (балл - 9)

47. Эффективность назначенного при острой пневмонии антибиотика оценивается клинически

Варианты ответов

1 через 1 сутки (балл - 0)

2 через 2-3 дня (балл - 9)

3 через 4-5 дней (балл - 0)

4 через 6-7 дней (балл - 0)

49. Острым бронхитом с затяжным течением считается заболевание продолжительностью

Варианты ответов

1 более 2 недель (балл - 0)

2 более 1 месяца (балл - 9)

3 более 2 месяцев (балл - 0)

50 Самой частой патогенетической группой острых абсцессов легких является

Варианты ответов

1 гематогенно-эмболическая (балл - 0)

2 постпневмоническая (балл - 9)

3 травматическая (балл - 0)

4 аспирационная (балл - 0)

#### **Раздел 4**

51 Самой частой причиной хронического легочного сердца

является

Варианты ответов

1 рак легкого (балл - 0)

2 деформация грудной клетки (балл - 0)

3 первичная легочная гипертензия (балл - 0)

4 обструктивная болезнь легких (балл - 9)

4 рецидивирующая эмболия ветвей легочной артерии

(балл - 0)

52 Вторичные бронхоэктазы могут развиваться

Варианты ответов

1 при туберкулезе (балл - 0)

2 при хронической пневмонии (балл - 0)

3 при массивном адгезивном плеврите (балл - 0)

4 при хроническом обструктивном бронхите (балл - 0)

5 при раке легкого (балл - 0)

6 при синдроме Хамман - Рича

(балл - 0)7 верно а), б) (балл - 0)

8 верно а), б), г) (балл - 9)

9 верно все перечисленное (балл - 0)

53. Укажите три заболевания, с которыми приходится наиболее часто дифференцировать абсцесс легкого

Варианты ответов

1 туберкулезная каверна (балл - 0)

2 полостные формы бронхогенного рака (балл - 0)3

нагноительные кисты легкого (балл - 0)

4 бронхоэктазии (балл - 0)

5 гнойный бронхит (балл - 0)б

верно а), б), г) (балл - 0)

7 верно б), в) (балл - 0)

8 верно а), б), в) (балл - 9)

54. Синонимами эмфиземы типа В являются

Варианты ответов

1 обструктивная эмфизема (балл - 0)

2 вторичная эмфизема (балл - 0)

3 викарная эмфизема (балл - 0)

4 буллезная эмфизема (балл

- 0)5 верно а), б) (балл - 9)

6 верно а), в) (балл - 0)

7 верно все перечисленное (балл - 0)

55. Кислотоустойчивыми препаратами, применяемыми внутрь,

являются

Варианты ответов

1 метициллин (балл - 0)

2 оксациллин (балл - 0)

3 ампициллин (балл - 0)

4 пенициллин (балл - 0)

5 карбенициллин (балл - 0)

6 верно а), б) (балл - 0)

7 верно б), в) (балл - 9)

8 верно все перечисленное (балл - 0)

56. Наиболее эффективным путем введения антибиотиков при бронхоэктатической болезни является

Варианты ответов

1 пероральный (балл - 0)

2 ингаляционный (балл - 0)

3 внутримышечный (балл - 0)

4 эндобронхиальный (балл - 9)

57. У больного с острой пневмонией в анамнезе аллергическая реакция на внутримышечное введение пенициллина. В этой ситуации можно использовать

Варианты ответов

1 ампиокс (балл - 0)

2 диклоксациллин (балл - 0)

3 феноксиметилпенициллин (балл - 0)

4 линкомицин (балл - 0)

5 эритромицин (балл - 0)

6 доксицилин (балл - 0)

7 верно г), е) (балл - 0)

8 верно г), д), е) (балл - 9)

9 верно в), г), д) (балл - 0)

58 Двумя основными причинами очагового пневмосклероза являются

Варианты ответов

1 нагноительные заболевания легких

(балл - 0)

2 сердечная недостаточность (балл - 0)

3 ателектаз одного или нескольких сегментов легких (балл - 0)

4 бронхиальная астма (балл - 0)

5 фиброзирующий альвеолит (балл - 0)

6 верно а), б) (балл - 0)

7 верно а), в) (балл - 9)

8 верно а), г) (балл - 0)

59 К признакам эмфиземы легких при осмотре больного

относятся

1 горизонтальный ход ребер (балл - 0)

2 уменьшение дыхательных экскурсий (балл - 0)

3 выбухание надключичных ямок (балл - 0)

4 втяжение межреберных промежутков (балл - 0)

5 преобладание бокового размера грудной клетки над передне-задним (балл - 0)

6 верно а), б) (балл - 0)

7 верно а), б), в) (балл - 9)

8 верно в), г), д) (балл - 0)

70. При абсцедирующей пневмонии у алкоголиков прорыв гнойника в бронхах по сравнению с общей популяцией больных наблюдается

Варианты ответов 1

1.раньше (балл - 0)

2 позже (балл - 9)

3 примерно в те же сроки (балл - 0)



