



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета  
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Пульмонология»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа ординатуры по специальности 31.08.45 Пульмонология
Квалификация (специальность)	врач-пульмонолог
Форма обучения	очная

Разработчик (и): кафедра факультетской терапии имени профессора В.Я. Гармаша

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Урясьев Олег Михайлович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Коршунова Людмила Владимировна	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доцент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Филимонова Любовь Борисовна	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Якушин Сергей Степанович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой

Одобрено учебно-методической комиссией по программам ординатуры и аспирантуры  
Протокол № 7 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.  
Протокол № 10 от 27.06.2023г.

## Нормативная справка.

<b>ФГОС ВО</b>	Приказ Минобрнауки России от 02.02.2022 № 101 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.45 Пульмонология»
<b>Порядком организации и осуществления образовательной деятельности</b>	Приказ Министерства образования и науки РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры"

**Фонды оценочных средств  
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)  
по итогам освоения дисциплины**

Текущий контроль успеваемости проводится по окончании каждого семестра в форме устного опроса у постели больного, ординатор демонстрирует способность работать с больным, делая доклад по одному из курируемых больных и показывая один из элементов физикального обследования больного.

Примерный алгоритм доклада больного:

1. ФИО, возраст
2. Отделение, палата
3. Оценка жалоб, особенностей анамнеза
4. Оценка проведенного ранее физикального осмотра
5. Назначение дополнительного лабораторного, инструментального обследования с обоснованием каждого, интерпретация полученных результатов.
6. Диагноз (структурированный) с обоснованием (по каждому пункту)
7. Назначение лечения с обоснованием каждого пункта.

Демонстрация проведения одного элемента из осмотра, аускультации, перкуссии, пальпации больного по органам и системам.

Критерии оценки при собеседовании:

- Оценка "отлично" выставляется ординатору, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
- Оценка "хорошо" выставляется ординатору, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется ординатору, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится ординаторам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

**2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

**Форма промежуточной аттестации во 2 семестре – экзамен**

**Порядок проведения промежуточной аттестации**

**Процедура проведения и оценивания экзамена**

Экзамен проводится по билетам в форме устного собеседования. Ординатору достается экзаменационный билет путем собственного случайного выбора и предоставляется 45 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 20 минут. Экзаменационный билет содержит один вопрос и тестовое задание вопроса.

Критерии оценки экзамена:

- Оценка «отлично» выставляется, если ординатор показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.
- Оценки «хорошо» заслуживает ординатор, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.
- Оценки «удовлетворительно» заслуживает ординатор, показавший при ответе на экзамене знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях ординатора основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

**Фонды оценочных средств  
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)  
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

**УК-1.** Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

**УК-2.** Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им

**УК-3.** Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

**УК-4.** Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

**УК-5.** Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

**ОПК-1.** Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

**ОПК-2.** Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья с использованием основных медико-статистических показателей

**ОПК-3.** Способен осуществлять педагогическую деятельность

**ОПК-4.** Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

**ОПК-5.** Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

**ОПК-6.** Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

**ОПК-7.** Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

**ОПК-8.** Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

**ОПК-9.** Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

**ОПК-10.** Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

В процессе обучения в ординатуре происходит комплексное освоение компетенций.

**Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать»** (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты).

Перечень вопросов для тестирования:

1. Классификация, рекомендованная Европейским обществом пульмонологов и Американским торакальным обществом врачей, выделяет перечисленные формы пневмонии, кроме:
  - а) приобретенная («домашняя»);
  - б) вторичная (госпитальная, больничная);
  - в) крупозная;
  - г) у иммунокомпроментированных больных;
  - д) атипичная.
2. Международная классификация (МКБ-10) разделяет пневмонии по:
  - а) клинико-морфологическим показателям;
  - б) этиологии;
  - в) патогенезу;
  - г) локализации и протяженности;
  - д) тяжести и течению.
3. Наиболее частый возбудитель приобретенной пневмонии:
  - А) вирус;
  - Б) клебсиелла пневмонии;
  - В) стафилококк;
  - Г) стрептококк пневмонии (пневмококк);
  - Д) гемофильная палочка.
4. Методы педагогического исследования - это
  - А) способы формирования личностных качеств
  - Б) способы усвоения новых знаний
  - В) способы решения проблемных задач
  - Г) способы познания объективной реальности
  - Д) способы закрепления изученного материала
5. Укажите основной рентгенологический признак пневмонии, вызванной стрептококком пневмонии (пневмококком):
  - А) множественные очаговые тени;
  - Б) усиленный легочный рисунок;
  - В) затемнение доли или сегмента с уменьшением их размера;
  - Г) затемнение доли или сегмента без уменьшения их размера;
  - д) затемнение в нижнем отделе легкого с косой верхней границей.
6. Какой из перечисленных ниже возбудителей не является причиной атипичной пневмонии?
  - А) вирус;
  - б) микопlasма;
  - в) легионелла;
  - г) хламидия.
7. Тонкостенные полости, не содержащие выпота, выявляемые рентгенологически на фоне инфильтрата, характерны для пневмонии, вызванной:

- А) гемофильной палочкой;
  - Б) стрептококком зеленым;
  - В) микоплазмой;
  - Г) стрептококком пневмонии (пневмококком);
  - Д) стафилококком.
8. Укажите признак, не соответствующий долевой пневмонии, вызванной стрептококком пневмонии (пневмококком) в стадии разгара болезни (анатомически-стадии опеченения):
- А) притупление перкуторного звука;
  - Б) шум трения плевры;
  - В) мелкопузырчатые звонкие хрипы
  - Г) бронхиальное дыхание;
  - Д) усиление голосового дрожания.
9. Укажите наиболее вероятную причину пневмонии у служащей, убирающей номера гостиницы, снабженные кондиционерами: острое начало, озноб, повышение температуры до 40°C., кашель с мокротой, кровохарканье, боль в грудной клетке при дыхании, миалгии, понос. Рентгенологически выявляются инфильтраты в обоих легких:
- А) микоплазма;
  - Б) легионелла;
  - В) вирус;
  - Г) клебсиелла пневмонии;
  - Д) стрептококк пневмонии (пневмококк);
10. При подозрении на пневмонию обязательны все перечисленные исследования, кроме:
- А) рентгенографии легких в двух проекциях;
  - Б) бронхоскопии;
  - В) общего анализа крови;
  - Г) общего анализа мочи;
  - Д) бактериоскопии мазка мокроты, окрашенного по Грамму.
11. При пневмонии, вызванной стрептококком пневмонии (пневмококком), а) антибиотиком 1 -го ряда является:
- б) гентамицин;
  - в) доксициклин (вибрамицин);
  - г) перфоксацин (абактал);
  - д) аминопенициллины (ампициллин);
  - д) цефобид.
12. При атипичной пневмонии препаратами 1 -го ряда являются:
- А) макролиды;
  - Б) аминогликозиды;
  - В) цефалоспорины III - IV поколений;
  - Г) хинолоны II поколения;
  - Д) пенициллины III - IV поколений.
13. Лечение антибиотиками при пневмонии, возникшей в домашних условиях, прекращается:
- А) через 1 сутки после нормализации температуры;
  - Б) при нормализации лейкоцитной формулы;
  - В) при полном рассасывании легочного инфильтрата;
  - Г) при нормализации СОЭ;
  - Д) через 4-5 суток после нормализации температуры.
14. Какому антибиотику следует отдать предпочтение при пневмонии у больного хроническим бронхитом:
- А) гентамицину;
  - Б) пенициллину;

- В) ампициллину;  
Г) кларитромицину;  
Д) метациклину.
15. Множество взаимосвязанных структурных компонентов, объединенных единой образовательной целью развития личности и функционирующих в целостном педагогическом процессе – это...
- 1) дидактика
  - 2) педагогическая система
  - 3) педагогический процесс
  - 4) обучение
16. Какое осложнение пневмонии в стадии бактериальной агрессии наиболее опасно для жизни:
- А) массивный экссудат в полости плевры;
  - Б) деструкция легочной ткани с исходом в абсцесс;
  - В) миокардит;
  - Г) перикардит;
  - Д) инфекционно-токсический шок.
17. Укажите правильное определение общественного здоровья и здравоохранения как науки:
- а) это наука о стратегии и тактике системы здравоохранения, направленная на улучшение общественного здоровья населения
  - б) это наука, изучающая влияние факторов среды обитания на человека и разрабатывающая оптимальные требования к условиям жизнедеятельности человека
  - в) это система мероприятий по охране здоровья населения
  - г) это наука о населении
18. Назовите микроорганизмы, наиболее часто вызывающие пневмонию у больного хроническим бронхитом:
- А) микоплазма;
  - Б) вирус+стрептококк;
  - В) стрептококк пневмонии (пневмококк) + гемофильная палочка;
  - Г) стафилококк;
  - Д) синегнойная палочка.
19. Застойные явления в легких в отличие от пневмонии характеризуются:
- А) незвонкими влажными хрипами в нижних отделах легких с обеих сторон;
  - Б) звонкими влажными хрипами с одной стороны;
  - В) болью при дыхании, сопровождающейся шумом трения плевры;
  - Г) кашлем с выделением слизистой мокроты;
  - Д) очаговыми тенями с двух сторон, выделяемыми на рентгенограмме легких.
20. Какой метод физиотерапии следует предпочесть при пневмонии в стадии разрешения:
- А) УВЧ;
  - Б) микроволны дециметрового диапазона (ДМВ);
  - В) микроволны сантиметрового диапазона (СМВ);
  - Г) гальванизацию на область поражения;
  - Д) эритемные дозы ультрафиолетовых лучей на зону поражения.
21. Основной из перечисленных причин развития хронического бронхита является:
- А) затяжные и рецидивирующие респираторные инфекции;
  - Б) климатопогодные факторы (влажность, температура воздуха);
  - В) курение табака
  - Г) загрязнение воздуха отходами современного производства;
  - Д) отягощенная наследственность.
22. Общепринятым клиническим критерием хронического бронхита является:



- А) регулярно повторяющиеся приступы сухого кашля;
  - Б) кашель с мокротой в течение 3 месяцев подряд в году на протяжении 2 лет и более при наличии признаков диффузного воспаления слизистых оболочек бронхов;
  - В) кашель с мокротой в течение 3 месяцев подряд в году на протяжении 2 лет и более при наличии признаков ограниченного воспалительного процесса в легких;
  - Г) постоянный кашель с выделением не менее 100 мл гнойной мокроты на протяжении 2-х лет и более;
  - Д) стойкая крепитация по всем легочным полям, не обязательно сопровождающаяся кашлем.
23. В мокроте больного, страдающего хроническим бронхитом, выявляются:
- А) нейтрофилы и альвеолярные макрофаги;
  - Б) большое количество эозинофилов;
  - В) эластические волокна;
  - Г) спирали Куршмана;
  - Д) все перечисленное.
24. Хронический бронхит, протекающий с прогрессирующим ухудшением бронхиальной проходимости вне зависимости от механизма ее нарушения и участия инфекции, называют:
- А) простым;
  - Б) гнойным;
  - В) функционально нестабильным;
  - Г) обструктивной болезнью легких;
  - Д) гнойно-обструктивным.
25. Хронический бронхит, протекающий без обструкции бронхов, но с периодическими обострениями, во время которых усиливается кашель и увеличивается количество слизистой мокроты, называют:
- А) простым;
  - Б) гнойным;
  - В) функционально нестабильным;
  - Г) обструктивной болезнью легких;
  - Д) гнойно-обструктивным.
26. Хронический бронхит, протекающий с участием вторичной инфекции, выделением мокроты с большим количеством нейтрофильных лейкоцитов в стадии распада, обилием разнокалиберных хрипов в легких, называют:
- А) простым;
  - Б) гнойным;
  - В) функционально нестабильным;
  - Г) обструктивной болезнью легких;
  - Д) гнойно-обструктивным.
27. Клиническая симптоматика при хроническом бронхите определяется:
- А) формой заболевания;
  - Б) фазой течения заболевания (обострение, ремиссия);
  - В) дыхательной недостаточностью;
  - Г) локализацией поражения бронхиального дерева (крупные, средние, мелкие бронхи);
  - Д) всем перечисленным.
28. Бронхиальная обструкция выявляется с помощью:
- А) рентгенологического исследования легких;
  - Б) бронхоскопии;
  - В) исследования ФЖЕЛ и ОФВ-1;
  - Г) исследования газового состава крови;
  - Д) определения ЖЕЛ.

29. К обратимым компонентам бронхиальной обструкции относят все перечисленное, кроме:
- спазма бронхов;
  - воспалительного отека слизистой оболочки;
  - скопления слизи в пространстве бронхов;
  - фиброзных изменений стенки бронхов;
  - изменений реологических свойств мокроты.
30. Признаком бронхиальной обструкции является изменение любого из перечисленных показателей функции внешнего дыхания, кроме изолированного снижения:
- ЖЕЛ;
  - ОФВ-1;
  - МОС-25;
  - МОС-50;
  - МОС-75.
31. Из мокроты больных с обострением хронического бронхита наиболее часто высевают:
- зеленящий стрептококк;
  - гемолитический стрептококк;
  - стрептококк пневмонии (пневмококк), гемофильную палочку;
  - стрептококк пневмонии + стафилококк, клебсиеллу пневмонии;
  - синегнойную палочку + анаэробы.
32. Больные хроническим бронхитом чаще всего умирают от присоединившихся:
- пневмонии, осложненной деструкцией и легочным нагноением;
  - пневмонии, осложненной деструкцией и легочным кровотечением;
  - пневмонии и легочно-сердечной недостаточности;
  - множественных тромбозов в системе легочной артерии;
  - нарастающей бронхиальной обструкции с исходом в острую дыхательную недостаточность.
33. Базисную терапию больного с обструктивной болезнью легких стабильного течения следует начинать с применения:
- ингаляций бэта-2-агонистов;
  - ингаляций холинолитика (ипратропиум);
  - препарата теофиллина пролонгированного действия;
  - ингаляций глюкокортикоидов;
  - системных глюкокортикоидов.
34. К бронхорасширяющим препаратам (из перечисленных) группы бэта-2-агонистов пролонгированного действия относят:
- орципrenaлин (астмопент);
  - изадрин (новодрин);
  - сальбутамол (вентолин);
  - формотерол (форадил).
  - атропин
35. Прогноз при хронической обструктивной болезни легких:
- благоприятный, продолжительность жизни такая же, как в популяции, качество жизни не нарушено;
  - в отношении продолжительности жизни благоприятный, но снижено качество жизни;
  - неопределенный, зависит от течения инфекционных легочных осложнений;
  - неопределенный, зависит от реакции на бронхорасширяющую терапию, профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития хронического легочного сердца;

- Д) неблагоприятный из-за прогрессирующего, несмотря на лечение течения заболевания.
36. Прогноз при хроническом гнойном бронхите:  
А) благоприятный, продолжительность жизни такая же, как в популяции, качество жизни не нарушено;  
Б) в отношении продолжительности жизни благоприятный, но снижено качество жизни;  
В) неопределенный, зависит от течения инфекционных легочных осложнений;  
Г) неопределенный, зависит от реакции на бронхорасширяющую терапию, профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития хронической дыхательной недостаточности;  
Д) неблагоприятный из-за прогрессирующего, несмотря на лечение течения заболевания.
37. Назовите звено патогенеза не характерное для хронического бронхита:  
а) нарушение мукоцилиарного клиренса  
б) отек бронхиального дерева  
в) бронхоспазм  
г) утолщение базальной мембраны  
д) склероз стенки бронхов
38. Для муколитической терапии при хроническом бронхите в настоящее время не используется:  
А) ацетилцистеин;  
Б) трипсин;  
В) бромгексин;  
Г) амброксол;  
Д) мукалтин.
39. Поддерживающее лечение глюкокортикоидами больных ХОБЛ проводится:  
А) ОФВ - 80%;  
Б) ОФВ - 70%;  
В) ОФВ - 55%;  
Г) ОФВ - 60%;  
Д) ОФВ - 50%.
40. Какой метод физиотерапии следует использовать при обострении хронического бронхита?  
А) УВЧЧ на грудную клетку;  
Б) микроволны дециметрового диапазона (ДМВ);  
В) ультрафиолетовое облучение грудной клетки эритемными дозами;  
Г) электрофорез кальция на грудную клетку;  
Д) все перечисленное.
41. Бронхоэктазы могут формироваться в любом из перечисленных случаев, кроме:  
А) первичной эмфиземы легких;  
Б) хронического гнойного бронхита;  
В) ограниченного метапневмотического пневмосклероза;  
Г) метатуберкулезных изменений;  
Д) последствий ателектаза участка легкого, связанного с ингаляцией инородного тела.
42. По клиническим проявлениям бронхоэктатическая болезнь напоминает:  
А) хронический простой бронхит;  
Б) бронхиальную астму;  
В) хронический обструктивный бронхит;  
Г) хронический гнойный бронхит;  
Д) затянувшуюся пневмонию.
43. Наиболее типичной жалобой больных бронхоэктатической болезнью является:

- а) приступообразный сухой кашель;
  - б) приступообразный кашель с вязкой трудноотделяемой мокротой, иногда кровохарканье;
  - в) кашель с выделением обильной (до 400 мл в сутки) светлой жидкой пенистой мокроты;
  - г) кашель с выделением обильной (до 100 мл в сутки и более) гнойной мокроты;
  - д) кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты до 30 мл в сутки.
44. Наиболее типичным аускультативным признаком бронхоэктазов является:
- а) бронхиальное дыхание;
  - б) очаг стойко удерживающихся влажных звучных хрипов различного калибра;
  - в) шум трения плевры на ограниченном участке;
  - г) резко ослабленное дыхание на ограниченном участке;
  - д) очаг сухих свистящих хрипов, определяемых на вдохе и выдохе.
45. Признаком обострения бронхоэктатической болезни может быть все перечисленное, кроме:
- а) увеличения количества гнойной мокроты;
  - б) высокой лихорадки;
  - в) развития периферической пневмонии;
  - г) утолщения концевых фаланг пальцев и выпуклости ногтей;
  - д) синдрома интоксикации.
46. Бронхоэктатическая болезнь может осложняться всем перечисленным, кроме:
- а) острой дыхательной недостаточности;
  - б) абсцесса легкого;
  - в) эмпиемы плевры;
  - г) амилоидоза внутренних органов;
  - д) легочного кровотечения.
47. Наиболее информативным методом диагностики бронхоэктазов является:
- а) рентгенокопия с многоосевым просвечиванием;
  - б) рентгенография в трех проекциях;
  - в) КТ;
  - г) бронхоскопия;
  - д) сцинтиграфия.
48. Какой показатель функции внешнего дыхания может измениться в первую очередь при бронхоэктатической болезни?
- а) ЖЕЛ;
  - б) ОФВ-1;
  - в) МОС 25;
  - г) МОС 50;
  - д) МОС 75.
49. При появлении стойкой протеинурии у больного, длительное время страдающего бронхоэктатической болезнью, следует прежде всего заподозрить:
- а) хронический гломерулонефрит;
  - б) амилоидоз почек;
  - в) туберкулез почек;
  - г) хронический пиелонефрит;
  - д) хронический интерстициальный нефрит.
50. При исследовании мокроты больного бронхоэктатической болезнью можно обнаружить все перечисленное, кроме:
- а) нейтрофильных лейкоцитов;
  - б) эритроцитов;
  - в) эластических волокон;
  - г) альвеолярных макрофагов;
  - д) смешанной флоры (при окраске по Граму);

51. Приоритетное значение службы медицины катастроф заключается в:
- а) Сохранении жизни и здоровья населения в ЧС
  - б) Снижении тяжести возможных чрезвычайных ситуаций
  - в) Ликвидации последствий ЧС
  - г) Снабжении медицинским имуществом
52. В фазе ремиссии бронхоэктатической болезни может быть все перечисленное, кроме:
- значительного уменьшения количества выделяемой мокроты;
  - трансформации гнойной мокроты в слизистую;
  - нормализации температуры тела;
  - исчезновения утолщения концевых фаланг пальцев и выпуклости ногтей;
  - исчезновение аускультативных признаков бронхоэктазов.
53. Методы санации бронхиального дерева принято делить на активные и пассивные. Что из перечисленного относится к пассивному методу?
- а) постуральный дренаж;
  - б) аспирация содержимого бронхов и промывание их через бронхоскоп;
  - в) применение отхаркивающих препаратов;
  - г) введение средств, разжижающих мокроту, через катетор с последующим откашливанием;
  - д) вибрационный массаж грудной клетки.
54. Наиболее предпочтительным методом введения антибактериальных препаратов при бронхоэктатической болезни является:
- а) ингаляционный;
  - б) эндобронхиально через бронхоскоп;
  - в) внутривенный;
  - г) внутримышечный;
  - д) энтеральный.
55. При обострении бронхоэктатической болезни, сопровождающимся выраженным синдромом интоксикации, в качестве дезинтоксикационного средства предпочтителен:
- а) раствор Рингера;
  - б) гемодез;
  - в) реополиглюкин;
  - г) желатиноль;
  - д) полиглюкин.
56. Хирургическое лечение бронхоэктазов показано при:
- а) появлении признаков амилоидоза внутренних органов;
  - б) присоединении диффузного бронхита, особенно обструктивного;
  - в) наличии конкурирующих заболеваний;
  - г) бронхоэктазах, ограниченных в пределах отдельных сегментов или долей;
  - д) появлении дыхательной и сердечной недостаточности.
57. Средством из индивидуальной аптечки (АИ), купирующим первичную реакцию на облучение, является:
- а) Церукал
  - б) Янтарная кислота
  - в) Этаперазин
  - г) Диметкарб
58. Какое из представленных определений бронхиальной астмы признано в настоящее время правильным?
- а) это скорее синдром, а не заболевание, в связи с чем общепринятого определения не имеет;
  - б) это клинический синдром, характеризующийся повышенной чувствительностью бронхиального дерева к различным стимулам;
  - в) это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором участвуют различные виды клеток, включая тучные клетки и эозинофилы;

- г) это самостоятельное хроническое заболевание инфекционной или неинфекционной (атопической) этиологии;
- д) это хроническое заболевание, характеризующееся рецидивирующим бронхоспазмом в ответ на стимулы такой интенсивности, которые у большинства людей не вызывают сужения дыхательных путей.
59. Чрезвычайное событие техногенного характера, заключающееся в повреждении, выходе из строя, разрушении технических устройств или сооружений – это ...
- А) авария
  - Б) катастрофа
  - В) опасное природное явление
  - Г) стихийное бедствие
60. Критерием степени тяжести бронхиальной астмы является:
- а) степень выраженности бронхиальной обструкции во время приступа, определяемая по величине ОФВ<sub>1</sub> или МПВ;
  - б) частота симптомов бронхиальной обструкции, процент отклонений от нормы ОФВ<sub>1</sub> и МПВ с учетом базисной терапии.
  - в) уровень IgE в крови;
  - г) доза бронходилататора, необходимая для купирования приступа;
  - д) количество аллергенов и факторов неаллергической природы, к которым чувствителен больной.
61. Какой из перечисленных показателей отражает наличие и степень выраженности бронхиальной обструкции?
- а) объемная скорость форсированного выдоха;
  - б) объемная скорость форсированного вдоха;
  - в) жизненная емкость легких (ЖЕЛ);
  - г) форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ);
  - д) остаточный объем легких.
62. Какие изменения показателей ОФВ<sub>1</sub> или МПВ при ингаляционной пробе с метахолином свидетельствуют о гиперактивности бронхов?
- а) отсутствие реакции;
  - б) прирост на 5-10%;
  - в) уменьшение на 5-10%;
  - г) прирост на 12% и более;
  - д) уменьшение на 12% и более.
63. Провокационная проба на гиперактивность бронхов может проводиться:
- а) физической нагрузкой;
  - б) ингаляцией холодного воздуха;
  - в) ингаляцией гипертонического раствора хлорида натрия;
  - г) ингаляцией гистамина;
  - д) любым из перечисленных способов.
64. Какое положение, касающееся атопической бронхиальной астмы правильно:
- а) обычно развивается в пожилом возрасте;
  - б) характерно повышение уровня IgE и эозинофилов в крови;
  - в) постепенное начало;
  - г) неуклонное прогрессирование с развитием необратимой бронхиальной обструкции;
  - д) все перечисленное.
65. Основная цель лечение при бронхиальной астме:
- а) предотвращение летального исхода заболевания;
  - б) предотвращение развития необратимой бронхиальной обструкции;
  - в) предупреждение обострения заболевания;
  - г) поддержание функции внешнего дыхания на нормальном или близком к нормальному уровню;

- д) все перечисленное.
66. Препаратами 1-го ряда при купировании приступа бронхиальной астмы являются:
- а) ингаляционные глюкокортикоиды;
  - б) системные глюкокортикоиды;
  - в) симпатомиметики (бэ́та-2-агонисты короткого действия);
  - г) антихолинэргические;
  - д) метилксантины.
67. В качестве базисной терапии бронхиальной астмы используются препараты:
- а) противовосполительные;
  - б) бронхорасширяющие;
  - в) антибактериальные;
  - г) десенсибилизирующие;
  - д) все перечисленное.
68. К бронхорасширяющим препаратам относятся все перечисленные, кроме:
- а) сальбутамола (вентолина);
  - б) фенотерола (беротека);
  - в) ипратропиума бромид (атровента);
  - г) недокромила натрия (тайледа);
  - д) теофиллина.
69. Как изменяются показатели ОФВ<sub>1</sub> и МПВ у больных бронхиальной астмой при пробе с бэ́та-2-агонистом?
- а) не изменяются;
  - б) увеличиваются на 12% и более;
  - в) уменьшаются на 12% и более;
  - г) увеличиваются на 5-10%;
  - д) уменьшаются на 5-10%.
70. Назовите препарат, не являющийся базисным в лечении бронхиальной астмы:
- А) кромгликат натрия (интал);
  - Б) недокрамил натрия (тайлед);
  - В) теопек;
  - Г) беклометазона дипропионат (бекломет);
  - Д) преднизолон.
71. Основной эффект кромгликата натрия (интала):
- а) стабилизация мембран тучных клеток;
  - б) антигистаминный;
  - в) бронхорасширяющий;
  - г) муколитический;
  - д) противоотечный (в отношении слизистой оболочки бронхов);
72. Укажите побочное действие ингаляционных глюкокортикоидов:
- а) остеопороз;
  - б) гипергликемия;
  - в) недостаточность коры надпочечников;
  - г) активация очагов хронической инфекции;
  - д) кандидоз полости рта.
73. Для астматического статуса характерны все указанные признаки, кроме:
- а) снижение или отсутствие реакции на бронходилататоры;
  - б) обильного количества мокроты;
  - в) уменьшения дыхательных шумов;
  - г) резкого снижения ОФВ<sub>1</sub> и МПВ;
  - д) признаков острого легочного сердца.
74. При астматическом статусе первой стадии проводится следующее лечение, кроме:
- а) внутривенного введения глюкокортикоидов;
  - б) ингаляционного введения глюкокортикоидов;

- в) введения эуфеллина;
  - г) введения жидкости;
  - д) коррекции кислото-щелочного равновесия.
75. Какой метод физиотерапии следует использовать при бронхиальной астме?
- а) УВЧ на грудную клетку;
  - б) электрофорез интала интраназально;
  - в) микроволны дециметрового диапазона на грудную клетку;
  - г) ультрафиолетовое облучение грудной клетки эритемными дозами;
  - д) все перечисленное.
76. К препаратам, контролирующим симптомы динамической бронхиальной обструкции, относятся все перечисленные, кроме:
- а) бэта-2-агонисты длительного действия (сальметерол, флотерол);
  - б) теофиллины пролонгированного действия (теопак, теотард и т.п.)
  - в) антагонисты лейкотриеновых рецепторов (зафирлукаст, пранлукаст).
77. Успешное лечение бронхиальной астмы зависит прежде всего от:
- а) местожительства больного;
  - б) наличия терапевтического сотрудничества больного и врача;
  - в) дозы глюкокортикоидов;
  - г) возраста больного;
  - д) частоты ингаляций бета-2-агонистов.
78. Самостоятельным заболеванием плевры из перечисленного является:
- а) эмпиема плевры;
  - б) мезотелиома плевры;
  - в) экссудативный плеврит;
  - г) фибриозный плеврит;
  - д) геморрагический плеврит.
79. Боли на ограниченном участке грудной клетки, связанные с дыханием и кашлем, характерны для:
- а) гидроторакса;
  - б) пневмоторакса;
  - в) фибринозного плеврита;
  - г) экссудативного плеврита;
  - д) рака бронха.
80. Наиболее достоверным методом выявления жидкости в плевральной полости является:
- а) физикальный;
  - б) рентгенологический;
  - в) ультразвуковой;
  - г) бронхоскопический;
  - д) лабораторный.
81. Дифференциальная диагностика экссудата и транссудата в плевральной полости основана из перечисленного прежде всего на:
- а) количестве белка в плевральной жидкости;
  - б) количестве белка в сыворотке крови;
  - в) удельном весе жидкости;
  - г) клеточном составе жидкости;
  - д) клеточном составе крови.
82. Основные группы высокого риска на участке обслуживания составляют лица:
- а) мигранты
  - б) с уровнем дохода ниже прожиточного минимума
  - в) БОМЖ
  - г) дети, пожилые, беременные
83. Методом, верифицирующим диагноз мезотелиомы плевры, является:
- а) рентгенологический;



- б) цитологическое исследование плеврального выпота;
  - в) биопсия и гистологическое исследование плевры;
  - г) ЯМР – томография;
  - д) бронхоскопия.
84. Дифференциальная диагностика экссудата и транссудата в плевральной полости основана на повышении активности:
- а) ЛДГ;
  - б) АсАТ;
  - в) АлАТ;
  - г) КФК;
  - д) гамма-ГТП.
85. Наиболее часто из опухолей в легких встречается:
- а) саркома;
  - б) невринома;
  - в) тератома;
  - г) аденокарцинома;
  - д) меланома.
86. Наиболее значимым фактором риска рака легких является:
- а) курение табака;
  - б) курение гашиша;
  - в) употребление алкоголя;
  - г) пристрастие к сауне;
  - д) наличие в атмосфере поллютантов.
87. В основе педагогического проектирования учебных занятий лежит
- 1) осознание организации процесса логики изложения содержания занятия;
  - 2) структурирование схемы основных смысловых единиц учебного материала;
  - 3) анализ проблемы темы учебного занятия;
  - 4) корригирование имеющихся учебных материалов с учетом уровнем подготовки обучающихся;
  - 5) ни одно из перечисленных выше утверждений.
88. Источником ТЭЛА чаще всего являются:
- а) правые полости сердца;
  - б) вены таза и глубокие вены нижних конечностей;
  - в) варикозно расширенные вены голеней;
  - г) нижняя полая вена;
  - д) верхняя полая вена.
89. Тяжесть клинических проявлений ТЭЛА определяется прежде всего:
- а) возрастом больного;
  - б) калибром пораженного легочного сосуда;
  - в) массой тела больного;
  - г) уровнем артериального давления;
  - д) состоянием свертывающей и противосвертывающей систем крови.
90. Для ТЭЛА характерны все перечисленные симптомы, кроме:
- а) болей в грудной клетке;
  - б) кашля и кровохарканья;
  - в) внезапно появившейся одышки;
  - г) повышения температуры тела;
  - д) нарастающей интоксикации.
91. ЭКГ-признаками массивной ТЭЛА являются:
- а) отклонение электрической оси вправо, «легочный» зубец Р, глубокий S1, патологический Q3,
  - б) отклонение электрической оси влево, высокие зубцы R в левых грудных отведениях;

- в) блокада левой ножки пучка Гиса;
  - г) депрессия сегмента ST и инверсия зубца T в отведениях I, II, aVL и левых грудных;
  - д) пароксизмальные нарушения ритма сердца.
92. Для острого абсцесса легких характерно все перечисленное, кроме:
- а) гектической лихорадки;
  - б) тонкостенной полости без уровня жидкости;
  - в) нейтрофильного лейкоцитоза;
  - г) эластических волокон в мокроте;
  - д) кровохарканья.
93. В районах с неблагополучным или чрезвычайным санитарно-эпидемическим состоянием, т.е. при появлении групповых неконтагиозных заболеваний или единичных случаев контагиозных инфекций вводят ...
- а) карантин
  - б) обсервацию
  - в) режимно-ограничительные мероприятия
94. Укажите признаки фиброзирующего альвеолита:
- а) притупление, ослабление везикулярного дыхания, смещение средостения в сторону притупления;
  - б) притупление, ослабление везикулярного дыхания, смещение средостения в сторону, противоположную притупления;
  - в) амфорическое дыхание, крупнопузырчатые влажные хрипы;
  - г) притупление, усиление голосового дрожания, бронхиальное дыхание;
  - д) одышка инспираторная или смешанная, крепитация, высокое стояние куполов диафрагмы.
95. Достоверным диагностическим признаком муковисцидоза является:
- А) нейтрофильный лейкоцитоз и увеличение СОЭ;
  - Б) повышенное содержание ионов натрия и хлора в потовой жидкости;
  - В) гипергликемия;
  - Г) уменьшенное содержание иммуноглобулина в крови.
96. При пиквикском синдроме к развитию легочного сердца приводит:
- а) эмфизема легких;
  - б) пневмосклероз;
  - в) поражение легочных сосудов;
  - г) альвеолярная гиповентиляция;
  - д) ателектаз.
97. Нарушения вентиляции по рестриктивному типу могут быть названы всем перечисленным, кроме:
- а) стеноза гортани;
  - б) кифосколиоза;
  - в) ожирения;
  - г) фиброзирующего альвеолита;
  - д) анкилозирующего спондилита.
98. Хроническое легочное сердце развивается при:
- а) хронической обструктивной болезни легких;
  - б) силикозе;
  - в) фиброзирующем альвеолите;
  - г) ожирении;
  - д) всей перечисленной патологии.
99. Длительное кровохарканье при сухом кашле заставляет подозревать прежде всего:
- а) бронхоэктатическую болезнь;
  - б) хронический бронхит;
  - в) рак бронха;

- г) пневмокониоз;
- д) кавернозную форму туберкулеза легких.

100. Табельным средством частичной санитарной обработки является:

- а) Индивидуальный противохимический пакет (ИПП)
- б) Индивидуальный дегазационный пакет (ИДП)
- в) Индивидуальный перевязочный пакет
- г) Индивидуальный комплект для спецобработки техники (ИДК-1).

**Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь»** (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения) и **«Владеть»** (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

**Ситуационные задачи:**

**Ситуационная задача 1.** Пациент поступил с жалобами на одышку экспираторного характера при незначительной физической нагрузке, кашель с гнойной мокротой в утренние часы, повышение температуры до субфебрильных цифр;

Из анамнеза: кашель беспокоит 20 лет, 10 лет – экспираторная одышка, курит 30 лет по 1,5 пачки в день, работает на стройке (строительная пыль, переохлаждения), ухудшение состояния последний год (усиление одышки, 2 обострения);

Данных объективного обследования: при осмотре – эмфизематозная грудная клетка, диффузный цианоз, перкуторно – коробочный звук, аускультативно - ослабленное везикулярное дыхание с сухими свистящими хрипами с обеих сторон.

Данных дополнительного обследования: 4 балла по шкале Mmrs, при спирографии – смешанные нарушения ФВД с преобладанием обструкции, индекс ОФВ1/ЖЕЛ менее 0,7, проба с сальбутамолом отрицательная, при пульсоксиметрии - сатурации до 88%, в анализах крови и мокроты данные за воспалительный процесс - повышение СОЭ, небольшой левый сдвиг (8 пал.) - в анализе крови, мокрота – гнойная, L100 в п/зр.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.
4. Состояние пациента через 20 дней улучшилось: уменьшилась одышка. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Ситуационная задача 2.** Пациент А. 45 лет, инженер обратился с жалобами на озноб, повышение температуры тела до 39°C, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую слабость, утомляемость, потливость в ночное время. Из анамнеза: заболел остро, три дня назад, после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом. Обратился к участковому терапевту в поликлинику. Им был направлен в приёмный покой стационара. В анамнезе: работает 15 лет инженером на машиностроительном заводе. Не курит. Ранее у врача не наблюдался.

При объективном обследовании: общее состояние тяжёлое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39°C. Грудная клетка нормостеническая.

При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука.

При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову -  $9 \times 8 \times 7$  см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочевыделение свободное, безболезненное.

Из обследований: общий анализ крови: эритроциты -  $4,08 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты -  $13,2 \times 10^9/л$ , юные - 2%, палочки - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч.

На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрата.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор. Назовите критерии адекватности терапии.
5. Через 72 часа на фоне лечения сохраняются признаки интоксикации, лихорадка (температура  $37,9^{\circ}C$ ), ЧДД - 22 в мин., имеется гнойная мокрота.

В общем анализе крови: лейкоциты -  $11 \times 10^9/л$ , нейтрофилы - 82%, юных форм - 7%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Ситуационная задача 3.** Больная 22 лет. После переохлаждения появились насморк, першение в горле, субфебрильная температура. Через 3 дня общее самочувствие улучшилось, но появились приступы сухого кашля, особенно ночью. Периодически стало появляться затрудненное дыхание, обильные водянистые выделения из носа, многократное чихание, зуд век. Отметила, что при выходе на улицу кашель прекращается, улучшается самочувствие.

В детстве при употреблении в пищу клубники и цитрусовых возникали крапивница, зуд век, слезотечение. В связи с этим указанные продукты давно не употребляет.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура  $36,7$  град. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. На рентгенограмме патологии легких не выявлено. По остальным органам и системам патологии не выявлено.

Анализ крови: эрит.  $4,2 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин 132 г/л, цв. показатель 0,9, лейкоц.  $5,3 \cdot 10^9/л$ , эоз. 12%, нейтр. п/я 2%, с/я 60%, лимф. 21%, мон. 5%, СОЭ - 12 мм/час.

ЖЕЛ = 92 % должной величины, ОФВ<sub>1</sub> = 87% должной величины.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Какие медикаментозные средства следует назначить:
  - А) для купирования кашля и дыхательного дискомфорта?
  - Б) для предупреждения прогрессирования болезни?

**Ситуационная задача 4.** Больная 19 лет, доставлена бригадой «скорой помощи». У больной впервые в жизни возник приступ удушья. Со слов больной, до настоящего времени считала себя практически здоровым человеком. В связи с тем, что в детстве у больной отмечались аллергические реакции в виде кожной сыпи при контакте с животными - кошка, собака, лошадь и реакция в виде вазомоторного ринита на пыль, больная наблюдалась у аллерголога. 3 месяца назад больная устроилась на новую работу администратором в косметический салон. Через месяц у больной появился сухой кашель, который стал постоянным и постепенно усиливался. Накануне возникновения приступа удушья больная была в гостях, где держат собаку. Вечером после возвращения домой, усилился кашель, появилось затрудненное дыхание, одышка. В течение ночи указанные симптомы усилились, появилось чувство нехватки воздуха, чувство неполного выдоха из-за удушья. Больная вызвала «скорую помощь» и была госпитализирована.

Семейный анамнез: у отца больной - бронхиальная астма, мать здорова. При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела  $36,7$  град С. Кожные покровы чистые, влажные, незначительный акроцианоз. ЧД - 26 уд/мин, при сравнительной перкуссии - ясный легочный звук с коробочным оттенком. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии  $\pm 2,5$  см, по среднеключичной и по

лопаточной линиям  $\pm 2$  см. При аускультации легких – выдох почти в 2 раза продолжительнее вдоха. Дыхание проводится во все отделы, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов.

Пульс – 90 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, лейкоц. 7800, эоз. – 10%, п/я – 3%, с/я – 65%, лимф. -20%, мон. -2%, СОЭ – 5 мм/час.

Рентгенография органов грудной полости: легочные поля прозрачны, повышенной воздушности, корни структурны. Очаговых и инфильтративных теней в легких нет. Диафрагма подвижна. Синусы свободны.

1. Сформулируйте предварительный диагноз?
2. Причины приступа удушья?
3. Составьте план обследования больной.
4. Лечение.

**Ситуационная задача 5.** Больной 48 лет длительное время был на постельном режиме в связи с переломом бедра. При вставании с кровати внезапно почувствовал одышку, боль за грудиной с распространением в правый боковой отдел грудной клетки. Появился сухой кашель. Вновь принял горизонтальное положение. Боль постепенно утихла, одышка стала умеренной, оставался кашель. Через 2 суток при кашле стала отделяться вязкая мокрота, в отдельных плевках примесь крови. Продолжала беспокоить небольшая одышка, повысилась температура до 38-38,6°, ознобов не отмечал.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. При перкуссии грудной клетки справа в нижних отделах притупление, выслушивается жесткое дыхание, влажные хрипы, на ограниченном участке шум трения плевры. Сердце: границы не изменены, ритм правильный, тоны ясные, усиление и раздвоение II тона над легочной артерией. Пульс – 96/мин, АД – 110/70 мм.рт.ст.

Рентгенограмма легких: справа в нижнем легочном поле гомогенное затемнение в виде груши основанием к плевре, в плевральной полости небольшое количество жидкости.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Дополнительные исследования?
3. Лечебные мероприятия?