

федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Института НМФО
Н.И. Свиридова
«27» июня 2024 г.

ПРИНЯТО
на заседании ученого совета Института
НМФО
№18 от «27» июня 2024 г.

**Фонд оценочных средств для итоговой (государственной итоговой)
аттестации**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.45**
Пульмонология

Квалификация (степень) выпускника: **врач-пульмонолог**

Кафедра внутренних болезней Института непрерывного медицинского и
фармацевтического образования

Для обучающихся 2023, 2024 года поступления (актуализированная версия)

Форма обучения – очная

Волгоград, 2024

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Недогода С.В.	Зав. кафедрой	д.м.н./профессор	Внутренних болезней Института НМФО
2.	Цома В.В.	доцент	к.м.н.	Внутренних болезней Института НМФО
3.	Ледяева А.А.	доцент	к.м.н.	Внутренних болезней Института НМФО

Фонд оценочных средств для итоговой (государственной итоговой) аттестации обучающихся по ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.45 Пульмонология

Рассмотрена и одобрена на заседании кафедры внутренних болезней ИНМФО протокол №4 от 20.05.2024

Заведующий кафедрой внутренних ~~болезней~~ Института НМФО,
д.м.н., профессор _____ С. В. Недогода

Рецензент: заведующий кафедрой внутренних болезней ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, д.м.н, профессор М.Е. Стаценко

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолГМУ, протокол № 12 от 27.06.2024 года

Председатель УМК _____ М.М. Королева

Начальник отдела ~~учебно-методического~~ сопровождения и производственной практики
_____ М.Л. Науменко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 18 от 27.06.2024 года

Секретарь Ученого совета _____ М.В. Кабытова

Тестовые задания для итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.45 Пульмонология

Раздел 1. Методы обследования терапевтических больных

1. Везикулярное дыхание выслушивается на:

вдохе и первой трети выдоха;
вдохе;
выдохе;
вдохе и первых двух третях выдоха;
протяжении всего вдоха и всего выдоха.

2. При эмфиземе легких дыхание:

везикулярное ослабленное
везикулярное;
везикулярное усиленное;
бронхиальное;
саккадированное.

3. Крепитация характерна для:

крупозной пневмонии;
эмфиземы легких;
абсцесса легких;
бронхиальной астмы;
застоя крови в малом круге кровообращения.

4. Для крупозной пневмонии в разгар болезни характерен перкуторный звук:

тупой;
притуплённый тимпанит;
коробочный;
тимпанический;
металлический.

5. Бронхиальное дыхание выслушивается на:

протяжении всего вдоха и всего выдоха;
вдохе;
выдохе;
вдохе и одной трети выдоха;
вдохе и первых двух третях выдоха.

6. Амфорическое дыхание наблюдается при:

абсцессе легкого
очаговой пневмонии;
бронхите;
бронхиальной астме;
эмфиземе легких.

7. Ослабление голосового дрожания характерно для:

экссудативного плеврита;
бронхоэктазов;
абсцесса легкого в стадии полости;
очаговой пневмонии;

крупозной пневмонии.

8. Усиление голосового дрожания типично для:
абсцесса легкого в стадии полости
гидроторакса;
закрытого пневмоторакса;
эмфиземы легких;
бронхиальной астмы.

9. Показания к диагностической плановой бронхофиброскопии: нагноительные
заболевания легких;
центральные и периферические опухоли легких;
астматическое состояние;
стеноз гортани;
профузное легочное кровотечение.

10. Абсолютным противопоказанием к бронхоскопии:
инсульт
крупозная пневмония;
бронхогенный рак с отдаленными метастазами;
инородное тело бронхов.

11. Гнилостный, зловонный запах мокроты появляется при:
гангрене легкого;
бронхоэктазах;
абсцессе легкого;
крупозной пневмонии;
раке легкого.

12. Эластические волокна в мокроте обнаруживаются при:
абсцессе легкого;
раке легкого в стадии распада;
туберкулезе легкого;
хроническом бронхите;
крупозной пневмонии.

13. Из перечисленных заболеваний слизисто-кровянистая мокрота характерна для:
бронхогенного рака легкого
острого трахеобронхита;
бронхопневмонии;
хронического бронхита;
туберкулеза легкого.

1.14. По клиническим данным заподозрен спонтанный не специфический пневмоторакс. В этом случае наиболее простым диагностическим методом является:
рентгеноскопия и рентгенография легких;
торакоскопия
плевральная пункция;

сканирование легких;
бронхоскопия.

15. В легком выявлено небольшое периферическое образование, прилегающее к грудной клетке. Для определения характера этого образования следует произвести:
трансторакальную игловую биопсию

бронхоскопию;

катетеризационную биопсию при бронхоскопии;

повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки;

исследование промывных вод при бронхоскопии.

16. Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при наличии гладкостенной полости, соединяющейся с бронхом (диаметром более 5 см)?

бронхиальное дыхание

ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание

амфорическое дыхание

жесткое дыхание

смешанное бронховезикулярное дыхание

17. Чем обусловлено появление влажных крупнопузырчатых хрипов?

вязкая мокрота в мелких бронхах и/или их спазм

вязкая мокрота в крупных бронхах

жидкая мокрота в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом

жидкая мокрота в мелких бронхах при сохраненной воздушности окружающей легочной ткани

жидкая мокрота в мелких бронхах и воспалительное уплотнение окружающей легочной ткани

18. Чем обусловлено появление влажных мелкопузырчатых звонких хрипов?

вязкая мокрота в мелких бронхах и/или их спазм

вязкая мокрота в крупных бронхах

жидкая мокрота в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом

жидкая мокрота в мелких бронхах и воспалительное уплотнение окружающей легочной ткани

19. Чем обусловлено появление сухих свистящих (дискантовых) хрипов?

вязкая мокрота в мелких бронхах и/или их спазм

вязкая мокрота в крупных бронхах

жидкая мокрота в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом

жидкая мокрота в мелких бронхах при сохраненной воздушности окружающей легочной ткани

жидкая мокрота в мелких бронхах и воспалительное уплотнение окружающей легочной ткани

20. Чем обусловлено появление крепитации?

наличие в альвеолах (пристеночно) небольшого количества экссудата или трансудата

воспаление листков плевры («сухой» плеврит)

альвеолы полностью заполнены экссудатом или трансудатом

вязкая мокрота в крупных бронхах
вязкая мокрота в мелких бронхах и/или их спазм

21. Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при долевом воспалительном уплотнении?

бронхиальное дыхание
ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание
амфорическое дыхание
жесткое дыхание
смешанное бронховезикулярное дыхание

22. Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при начальной стадии воспаления?

ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание
амфорическое дыхание
бронхиальное дыхание
жесткое дыхание
смешанное бронховезикулярное дыхание

Раздел 2. Функциональные методы исследования

23. Дыхательный объем - это:

объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха
максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха;
максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха;
объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
максимальный объем выдоха в течение первой секунды.

24 Резервный объем вдоха - это:

максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха
максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха;
объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха;
объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
максимальный объем выдоха в течение первой секунды.

25. Резервный объем выдоха - это:

максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха
максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха
объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха
объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха
максимальный объем выдоха в течение первой секунды

26. Остаточный объем легких - это:

объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха
максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха
максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха
объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха
максимальный объем выдоха в течение первой секунды

27. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) - это:
максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха
максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 минуты
объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха;
максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха
объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха

28. Емкость вдоха (Евд) - это:
максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха
максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 минуты
объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха;
максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха
объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха

29. Функциональная остаточная емкость (ФОЕ) легких - это:
объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха;
максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 минуты
максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха
максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха
объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха

30. Резерв легочной вентиляции (РЛВ) - это:
максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 минуты
объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха;
максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха
максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха
объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха

31. Жизненная емкость легких зависит от:
роста;
площади поверхности тела;
массы тела;
пола
возраста

32. Уменьшение жизненной емкости легких наблюдается при:
воспалительных процессах в органах грудной полости;
беременности (вторая половина);
асците;
грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

33. Абсолютным противопоказанием к проведению тестов с физической нагрузкой является:
нестабильная стенокардия;
тромбоэмболия;
артериальная гипертензия с высокими цифрами АД (выше 220/110 мм рт. ст.);
флеботромбоз глубоких вен голени.

тошнота

34. Наиболее информативным методом выявления бронхоэктазов является:

Бронхография
рентгенография
томография
ангиопульмонография
флюорография

35. Наиболее эффективным методом выявления небольшого количества жидкости в плевральной полости является:

латероскопия (рентгеноскопия в латеропозиции)
рентгеноскопия (в обычном положении - ортопозиции)
рентгенография
томография
флюорография

36. Бронхоскопию необходимо проводить при:

ателектазе доли, сегмента легкого;
остром абсцессе легкого
острой долевой, сегментарной пневмонии;
экссудативном плеврите

37. "Легочное сердце" может возникнуть при:

хронической обструктивной болезни легких
гипертонической болезни
гипертиреозе
миокардите
ишемической болезни сердца

38. Для диагностики хронической обструктивной болезни (ХОБЛ) используют:
постбронходилатационное отношение ОФВ1/ФЖЕЛ
постбронходилатационное отношение ОФВ1/ЖЕЛ

пребронходилатационное отношение ОФВ1/ЖЕЛ
пребронходилатационное отношение ОФВ1/ФЖЕЛ
постбронходилатационное отношение ОФВ1

Раздел 3. КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

39. Больным гипертонической болезнью при наличии признаков обострения хронического обструктивного бронхита противопоказан:

Обзидан
допегит
гемитон
гипотиазид
амлодипин

40. Частота нефротоксических осложнений увеличивается при сочетании "петлевых" диуретиков с:

Цефалоспоридами
аминогликозидами
пенициллинами;
макролидами;
фторхинолонами.

41. К группе бронхолитиков длительного действия относится:

сальметерол;
формотерол;
салметерол
фенотерол

42. Механизмы действия селективных β_2 -агонистов включают:

устранение бронхоспазма;
улучшение мукоцилиарного клиренса;
угнетение дегрануляции тучных клеток и базофилов;
устранение отека слизистой бронхов

43. Для лечения бронхиальной астмы не применяют:

протеолитические рецепторы
кромогликат натрия
ингаляционные глюкокортикоиды (ИГК)
антагонисты лейкотриеновых рецепторов
 β_2 -адреномиметики короткого действия

44. Наиболее удобным в амбулаторных условиях методом введения бронхоспазмолитических средств, позволяющим подобрать оптимальную дозировку препарата, является:

ингаляционный;
парентеральный;
пероральный;
небулайзерный;
ректальный.

45. Среди холинолитиков эффективнее всего устраняет бронхоспазм, воздействуя на рецепторы бронхиального дерева, и вызывает наименьшее число побочных реакций:

ипратропиум бромид;
атропин;
апрофен;
метацин;
пропантелин бромид.

46. К бронхорасширяющим препаратам группы производных пурина (метилксантины) пролонгированного действия относят:

теопек, теодур, ретафил, дуофиллин.
теофиллин;

теофедрин;
эуфиллин;
вентолин.

47. Показанием к назначению кортикостероидной терапии при хроническом обструктивном бронхите является:

тяжелое клиническое течение заболевания;
неэффективность лечения бронхоспазмолитическими средствами;
непереносимость бронхоспазмолитических средств;
выраженность одышки.

48. Лекарственные средства, обладающие симпатомиметическим эффектом, способствуют откашливанию мокроты благодаря: 1. снятию спазма мелких бронхов и снижению тонуса мускулатуры крупных бронхов;
стимуляции функции реснитчатого аппарата эпителия бронхиальной стенки;
разжижению мокроты;
уменьшению прилипания мокроты к стенке бронха.

49. Препараты холинергического действия ухудшают откашливание мокроты, что обусловлено:

повышением тонуса гладкой мускулатуры бронхов;
торможением функции клеток реснитчатого эпителия бронхов;
повышением секреции трахеобронхиальной слизи;
снижением тонуса гладкой мускулатуры бронхов.

50. Затрудненное отделение мокроты может быть обусловлено:

дегидратацией мокроты при обезвоживании организма, приеме мочегонных средств;
усиление вязкости мокроты;
усиления прилипания мокроты к стенке воздухоносных путей;
замещения клеток призматического эпителия слизистой оболочки бронхов бокаловидными;
головокружением.

51. Гидратации мокроты и в связи с этим улучшения ее откашливания способствует:

обильное питье;
ингаляции щелочных растворов;
прием мукалтина;
назначение антибиотика.

52. Вязкость мокроты уменьшается при назначении следующих препаратов:

разрушающих пептидные связи белков бронхиальной слизи;
разрушающих сульфидные связи муцинов бронхиальной слизи;
стимулирующих сурфактантную систему легких;
усиливающих пептидные связи белков бронхиальной слизи.

53. К муколитическим средствам, разрушающим пептидные связи белков бронхиальной слизи, относят:

препараты бактериальных ферментов

трипсин, химопсин.

стимуляторы сурфактантной системы легких (бромгексин, амброксол);
производные тиолов - ацетилцистеин (мукосольвин и др.).

54. К средствам, разрушающим мокроту путем разрушения сульфидных связей, относят:
производные тиолов - ацетилцистеин (мукосольвин и др.), мукодин.

трипсин, химопсин;
производных пурина (метилксантины);
амброксол

55. К средствам улучшающим откашливание мокроты путем повышения ее текучести
(уменьшения прилипания) вследствие стимуляции сурфактантной системы легких,
относят:

амброксол
трипсин, химопсин;
производные тиолов - ацетилцистеин, мукодин;
препараты бактериальных ферментов.

56. Основными лекарственными препаратами применяемыми при бронхиальной астме,
являются все перечисленные, кроме:

блокаторов β_2 -адренорецепторов;
 β_2 -агонистов;
метилксантинов;
ингалируемых глюкокортикоидных гормонов;
мембраностабилизирующих препаратов.

57. Сальбутамол расширяет бронхи путем:

почти селективного возбуждения β_2 -адренорецепторов бронхов;
блокирования α -рецепторов бронхиального дерева;
непосредственного влияния на гладкую мускулатуру бронхов;
снижение тонуса блуждающего нерва;
блокирования гистамина.

58. Показанием к ингаляции кромогликата натрия является:

профилактика приступа бронхиальной астмы
лечение астматического статуса;
лечение острого приступа бронхиальной астмы;
лечение острых инфекций дыхательных путей.

59. Адреномиметики, стимулирующие β_2 -адренорецепторы короткого действия,
назначаются с целью:

купирования острого приступа удушья
уменьшения гиперсекреции;
длительной профилактики приступов бронхиальной астмы;
лечения астматического состояния.

60. Ингаляции глюкокортикостероидов при бронхиальной астме показаны:
для профилактики приступов удушья

для купирования острого приступа удушья
лечение острых инфекций верхних дыхательных путей
для лечения астматического состояния.

61. Дитек может быть использован для:
профилактики приступов бронхиальной астмы
терапии астматического состояния;
терапии приступа бронхиальной астмы средней тяжести;
терапии хронического бронхита

62. К лекарственным препаратам, которые необходимо ввести в/в при анафилактическом шоке, сопровождающимся явлениями бронхоспазма, относятся:
раствор эуфиллина 2,4% - 10,0 на 40% растворе глюкозы;
раствор тавегила 2,0;
раствор кордиамина 10% - 1,0;
раствор промедола 1% - 1,0;
раствор глюкозы 20% - 5,0.

63. К антибиотикам, которые не вызывают острой нейросенсорной тугоухости, относятся:
оксациллин;
ципрофлоксацин
гентамицин;
стрептомицин;
мономицин.

64. После инъекции пенициллина в/м у больного развился анафилактический шок. Выше места инъекции необходимо:
приложить лед;
сделать инъекцию 1% раствора димедрола;
сделать инъекцию 0,5% раствора новокаина;
наложить повязку;
сделать инъекцию преднизолона.

65. К антигистаминным препаратам прямого действия относятся:
диазолин;
фенкарол;
тавегил;
Кромоликат натрия.

66. К антигистаминным препаратам непрямого действия относятся:
гистаглобулин;
Кромоликат натрия;
задитен;
димедрол.

67. К побочным действиям антибиотиков относятся:
тошнота;
рвота;

сыпь на коже и слизистых оболочках;
анафилактический шок.
головокружение

68. К бронхолитикам не относятся:
блокаторы лейкотриеновых рецепторов
метилксантины
холинолитики
симпатомиметики

69. В терапии каких из перечисленных заболеваний может использоваться α_1 -
антитрипсин?
эмфизема легких сердечная астма
синдром бронхиальной обструкции токсического генеза
лимфогранулематоз

70. Беродуал - это:
комбинация адреномиметика и холинолитика адреномиметик
холинолитик
спазмолитик

Раздел 4. Физические методы лечения

71. При внебольничной пневмонии целесообразно применять лазерное излучение на:
проекцию очага;
внутривенно;
надвенно;
сегментарно.

72. При внебольничной пневмонии на 3-5-й день болезни можно назначить:
УВЧ-терапию
индуктотермию
франклинизацию
радоновые ванны
диадинамическую терапию

73. При ХОБЛ вне обострения назначают:
Индуктотермию
сульфидные ванны
УФ-излучение
циркулярный душ
электросон

74. При остром трахеобронхите (на 3-й день) назначают:
УФ-излучение
сульфидные ванны
ультразвуковую терапию

циркулярный душ
электросон

75. При бронхиальной астме с легким течением в период ремиссии назначают:
электрофорез кальция
сульфидные ванны
подводный душ-массаж
УВЧ-терапию
циркулярный душ

76. При неаллергической бронхиальной астме средней тяжести в период ремиссии назначают:
ультразвуковую терапию
сульфидные ванны
амплипульстерапию
циркулярный душ
углекислые ванны

77. При неаллергической бронхиальной астме средней тяжести в период обострения назначают:
УВЧ-терапию
диадинамотерапию
дарсонвализацию
радоновые ванны
индуктотермию

78. Лечебная физкультура показана:
при крупозной пневмонии - через 7 дней от начала заболевания;
при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки - через 2 месяца после кровотечения;
при крупноочаговом инфаркте миокарда - через 3 недели от начала заболевания;
при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки - через 2 недели после кровотечения.

79. Санаторно-курортное лечение больных хроническим бронхитом следует проводить с учетом периода заболевания и климатических факторов. Оно показано в:
период обострения заболевания;
условиях среднегорья и в равнинной местности;
условиях морского сухого или континентального климата;
условиях высокогорья.

80. При ХОБЛ показано:
диспансерное наблюдение пациентов, лечение простого и гнойного бронхита лишь в фазе обострения;
диспансерное наблюдение пациентов при всех формах заболевания, непрерывное лечение только при обструктивном бронхите;
диспансерное наблюдение пациента, непрерывное лечение лишь в случае обструктивного бронхита;
наблюдение пациентов и непрерывное лечение вне зависимости от формы заболевания и фазы его течения.

Раздел 5. Острый бронхит

81. К генетически детерминированным заболеваниям легких относится:

муковисцидоз и дефицит $\alpha 1$ -антитрипсина;саркоидоз;
гамартохондрома;
бронхиальная астма;
рак легкого.

82. К заболеваниям с наследственным предрасположением относятся: легочный

простоиноз;
туберкулез;
бронхиальная астма;
пневмония.

83. Основной причиной возникновения острого бронхита у пациентов общей лечебной сети является:

вирусно-бактериальная инфекция;
вдыхание газов и аэрозолей, раздражающих слизистую оболочку воздухоносных путей;
переохлаждение;
курение;
переутомление.

84. Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки

крупных бронхов, обычно сочетается с трахеитом (трахеобронхитом) и характеризуется:
отсутствием или незначительно выраженными признаками интоксикации;
болями за грудиной, чувством саднения в груди;
вначале сухим надсадным, а затем с незначительным количеством мокроты, кашлем;
жестким дыханием, отсутствием хрипов в легких
везикулярным дыханием.

85. Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов, характеризуется:

вначале преимущественным сухим, а затем влажным кашлем;
умеренно выраженными признаками интоксикации;
одышкой;
жестким дыханием, нередко с единичными сухими хрипами;
крепитацией.

86. Тактика лечения острого бронхита определяется с учетом:

этиологии и патогенеза заболевания;
преимущественной локализации воспалительного процесса;
фазы воспалительного процесса, наличия или отсутствия вторичной инфекции;
возраста больного.

87. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки

крупных бронхов (трахеобронхит) в первой фазе течения (до появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств:

обезболивающих;
подавляющих кашель;
противовоспалительных;
разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы).

88. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит) во второй фазе течения (после начала отхождения мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств:
разжижающих мокроту (муколитики);
антибактериальных и антисептических;
противовоспалительных;
подавляющих кашель.

89. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов в первой фазе (до появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств:
бронхоспазмолитиков;
подавляющих кашель;
противовоспалительных;
разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы).

90. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов во второй фазе (после появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств:
бронхоспазмолитиков;
антибактериальных и антисептических;
противовоспалительных;
разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы).

91. Показанием к общей антибактериальной терапии при остром бронхите служит:
тяжелое клиническое течение заболевания;
появление гнойной мокроты;
повышение температуры;
появление одышки.

92. Прогноз при остром бронхите, протекающем с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит):
благоприятный;
благоприятный в большинстве случаев, возможно осложнение пневмонией;
благоприятный в большинстве случаев, имеется риск затяжного течения;
благоприятный в большинстве случаев, возможен переход в хронический бронхит;
благоприятный в большинстве случаев, возможна трансформация в бронхоэктатическую болезнь.

93. Прогноз при остром бронхите, протекающем с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов, как правило:
благоприятный, но иногда заболевание осложняется пневмонией;
благоприятный;

благоприятный, но возможно затяжное течение и переход в хронический бронхит; благоприятный, но имеется риск трансформации заболевания в бронхоэктатическую болезнь;

неблагоприятный.

94. При остром бронхите:

проходимость воздухоносных путей долгое время не нарушается, обструкция проявляется главным образом, нарастанием признаков эмфиземы легких.

обструкция воздухоносных путей не выявляется ни клинически, ни при спирографии (пневмотахиграфии) как в период обострения, так и в период ремиссии заболевания;

обструкция воздухоносных путей выявляется при спирографии (пневмотахиграфии) в период обострения;

обструкция воздухоносных путей выявляется только клинически.

Раздел 6. Хронический бронхит

95. У молодых людей (до 30-35 лет) более частой причиной хронических бронхитов является:

врожденная функциональная недостаточность мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей.

повторная вирусно-бактериальная инфекция;

воздействие промышленных газов и аэрозолей;

курение.

96. У людей старше 30-35 лет, в том числе и у пожилых, возникновение хронического бронхита чаще обусловлено:

воздействием промышленных газов и аэрозолей;

курением;

повторной вирусно-бактериальной инфекцией;

врожденной функциональной недостаточностью мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей.

97. Острое раздражение слизистой оболочки бронхов характеризуется:

сильным сухим кашлем;

кашлем с трудноотделяемой вязкой мокротой;

рассеянными сухими хрипами в легких;

кратковременностью проявления симптомов, исчезновением их после прекращения контакта с раздражителем;

тошнота.

98. Хроническое раздражение слизистой оболочки бронхов (при курении и т.д.), сопровождающееся кашлем с отделением мокроты, нельзя отождествлять с хроническим бронхитом из-за:

монотонности симптоматики и отсутствия признаков волнообразного течения заболевания;

отсутствия признаков нарастания (быстрого или медленного) обструкции воздухоносных путей;

отсутствия, несмотря на многолетнее проявление, осложнений;

исчезновения симптоматики после устранения раздражителя, проведения лечебных и профилактических мероприятий;
кашля.

99. Возникновению хронического бронхита способствует:
курение, воздействие промышленных поллютантов, неблагоприятных климатических факторов;
патология опорно-двигательного аппарата (сколиоз позвоночника, болезнь Бехтерева);
хроническое заболевание верхних дыхательных путей;
наследственное предрасположение к заболеванию легких;
гастрит.

100. Клиническая симптоматика при хроническом бронхите определяется:
формой заболевания;
фазой течения заболевания (обострение, ремиссия);
осложнениями;
преимущественной локализацией поражения;
частотой обострений.

101. Ведущим симптомом хронического бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов является:
кашель с мокротой;
сильный сухой кашель;
постоянная одышка;
приступообразный сухой кашель;
приступообразная одышка.

102. Основным симптом хронического бронхита, протекающего с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов - это:
одышка;
сильный надсадный сухой кашель;
кашель с мокротой;
лейкоцитоз и ускорение СОЭ;
цианоз слизистых губ.

103. Сухой кашель при хроническом бронхите обусловлен:
повышенной чувствительностью рефлексогенных зон слизистой оболочки крупных бронхов;
воспалением слизистой оболочки крупных бронхов;
воспалением слизистой оболочки мелких бронхов;
гипотрофией слизистой оболочки бронхов;
атрофией слизистой оболочки бронхов.

104. Кашель с мокротой при хроническом бронхите свидетельствует о нарушении мукоцилиарного транспорта, зависящего от следующих факторов:
количества и функциональной активности клеток реснитчатого эпителия слизистой оболочки бронхов;
количественных и качественных характеристик секрета слизистых желез бронхов;

функции сурфактантной системы легкого;
возраст пациента;
вес пациента.

105. Эффективность мукоцилиарного транспорта зависит от следующих характеристик трахеобронхиальной слизи:

количества;
эластичности;
вязкости;
цвета.

д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

106. При хроническом бронхите соотношение геля и золя в мокроте: меняется в сторону увеличения слоя золя.

меняется в сторону увеличения слоя геля;
зависит от функции сурфактантной системы;
не меняется

107. Бронхиальная обструкция выявляется с помощью:

спирографии, пневмотахографии;
бронхоскопии;
исследования газов крови;
рентгенография легких;
ангиопульмонографии.

108. Укажите необратимые компоненты бронхиальной обструкции:

стеноз и облитерация просвета бронхов, а также экспираторный их коллапс.
спазм бронхов;
воспалительный отек слизистой оболочки бронхов;
нарушение функции мукоцилиарного аппарата бронхов.

109. Степень обструкции воздухоносных путей коррелирует с:

интенсивностью дыхательных шумов над легкими и сухих хрипов;
данными спирографии;
интенсивностью кашля;
количеством выделяемой мокроты.

6.16.110. При необструктивном хроническом бронхите в клинической картине заболевания на первый план выступают признаки:

воспаления слизистой оболочки бронхов и нарушение мукоцилиарного транспорта.
бронхоспазма;
бронхиальной дискинезии и экспираторного коллапса стенки мелких бронхов;
инфекционного процесса.

111. При хроническом бронхите с преимущественным поражением мелких (мембранных) бронхов возникновение дыхательной недостаточности связано с:

бронхоспазмом;
воспаление слизистой оболочки бронхов и нарушением мукоцилиарного транспорта;

облитерацией просвета мелких бронхов и синдромом хлопающего клапана; инфекционным процессом.

112. Экспираторный коллапс стенки мембранных бронхов и бронхиол приводит:
к развитию центриацинарной эмфиземе и буллезной дистрофии легкого
к появлению сухих хрипов в легких;
к возникновению приступов удушья;
к появлению влажных хрипов в легких.

113. При гнойном бронхите клиническая симптоматика определяется:
воспалением слизистой оболочки бронхов и нарушением мукоцилиарного транспорта
инфекцией
бронхоспазмом;
симптомами интоксикации.

114. Осложнениями хронического бронхита являются:
расширение и деформация бронхиол и мелких бронхов;
очаговый и диффузный пневмоторакс;
центриацинарная и буллезная эмфиземы легких;
облитерация мелких сосудов малого круга кровообращения и гипертрофия стенки правого желудочка сердца;
гастрит.

115. Осложнениями хронического бронхита являются:
кровохарканье;
легочное кровотечение;
дыхательная недостаточность и хроническое легочное сердце;
спонтанный пневмоторакс и тромбоэмболия легочной артерии;
артериальная гипертензия.

116. Показанием к антибактериальной терапии при хроническом бронхите является:
обострение заболевания, сопровождающееся признаками развития инфекционного процесса.
обострение заболевания, сопровождающееся появлением хрипов в легких;
обострение заболевания, сопровождающееся усилением кашля и увеличением количества выделяемой мокроты;
обострение заболевания, сопровождающееся сильным кашлем и признаками бронхоспазма.

117. При назначении больному хроническим бронхитом антибактериальных средств, выборе их дозы и метода введения следует учитывать:
характер микрофлоры трахеобронхиального секрета и ее чувствительность к химиотерапевтическим препаратам;
концентрацию избранного средства, которую необходимо создать в бронхиальной слизи;
переносимость препарата больным;
характер лихорадки.

118. Препараты для устранения бронхоспазма у больных хроническим обструктивным бронхитом подбираются:
путем последовательного исследования эффективности препаратов, основанного на сравнении показателей ОФВ1 до и после введения препарата;
путем пробного 2-3 дневного лечения с последующим контролем состояния больного;
путем пробного 2-3 дневного лечения с последующим контролем клиническим и определением показателей функции внешнего дыхания;
на основании показателей спирометрии;
на основании предшествующего лечения.

Раздел 7. ХОБЛ

119. Возможные варианты ХОБЛ:

эмфизематозный
бронхитический
смешанный (эмфизематозно-бронхитический)
буллезный
бронхоэктатический

120. «Золотым стандартом» для диагностики и оценки ХОБЛ является:

спирометрия
бронхоскопия
компьютерная томография высокого разрешения
пикфлоуметрия
пульсоксиметрия

121. Для ХОБЛ средней тяжести характерно:

ОФВ1/ФЖЕЛ <70%, ОФВ1=50-80%
ОФВ1/ФЖЕЛ <70%, ОФВ1>80%
ОФВ1/ФЖЕЛ <70%, ОФВ1=30-50%
ОФВ1/ФЖЕЛ <70%, ОФВ1 < 80%
д) ОФВ1/ФЖЕЛ <70%, ОФВ1 < 30%

122. Показанием для длительной терапии ингаляционными глюкокортикоидами больных ХОБЛ является:

тяжелое течение заболевания ХОБЛ частые обострения
крайне тяжелое течение заболевания ХОБЛ частые обострения
тяжелое течение заболевания ХОБЛ
крайне тяжелое течение ХОБЛ

123. Терапия короткодействующими бронходилататорами при ХОБЛ проводят с целью:

уменьшения бронхиальной обструкции
улучшения переносимости физической нагрузки
подавление хронического воспаления
улучшения эластической тяги легких
предупреждения дальнейшего снижения функции легких

124. Санитарно-гигиеническая работа по профилактике табакокурения должна быть адресована:

- к детям и подросткам;
- к лицам, пробуящим табак;
- к недавно курящим;
- к давно курящим;
- людям преклонного возраста.

Раздел 8. Бронхиальная астма

125. Основными патогенетическими механизмами формирования бронхообструктивного синдрома при бронхиальной астме являются:

- спазм гладкой мускулатуры бронхов
- отек слизистой оболочки бронхов
- увеличение продукции бронхиального секрета
- интерстициальный отек легких
- тромбоэмболия ветвей легочной артерии

126. Какой критерий не является основным в постановке диагноза бронхиальной астмы: эозинофилия крови

- выявление обратимой генерализованной бронхиальной обструкции
- наличие эозинофилов при цитологическом исследовании мокроты
- наличие приступов удушья или их эквивалентов
- отсутствие других заболеваний, сопровождающихся бронхообструктивным синдромом

127. Для бронхиальной астмы не справедливо следующее утверждение:

- при приступе удушья выслушиваются влажные мелкопузырчатые звонкие хрипы
- приступ купируется ингаляцией сальбутамола
- в мокроте могут быть обнаружены кристаллы Шарко-Лейдена
- при аускультации выслушиваются сухие свистящие хрипы
- болезнь развивается в любом возрасте

128. Бронхиальная обструкция при бронхиальной астме обусловлена:

- бронхоспазмом;
- воспалительным отеком слизистой оболочки бронхов;
- закрытием просвета бронхов вязким секретом;
- спадением мелких бронхов на выдохе;
- спазмом коронарных сосудов.

8.5. 129. Основу лечения бронхиальной астмы составляет: 1. элиминация причиннозначимого аллергена; 2. гипосенсибилизация; 3. предупреждение и лечение инфекций; 4. использование лекарственных препаратов.

- а) если правильный ответ 1,2 и 3;
- б) если правильный ответ 1 и 3;
- в) если правильный ответ 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильные все ответы.

130. Основная причина гибели больных на высоте приступа бронхиальной астмы - это:
отек легких
острое вздутие легких;
генерализованный отек слизистой оболочки бронхов;
генерализованный бронхоспазм;
генерализованная закупорка просвета бронхов вязким секретом;

131. Наиболее достоверным признаком, отличающим первую стадию астматического статуса от приступа бронхиальной астмы, является:
рефрактерность к β_2 -агонистам;
тяжесть экспираторного удушья;
выраженный цианоз;
неэффективность внутривенного вливания эуфиллина;
вынужденное положение больного.

132. Наиболее достоверным клиническим признаком, указывающим на переход астматического статуса из первой во вторую стадию, является:
исчезновение ранее выслушиваемых сухих хрипов в легких;
прогрессирование одышки;
нарастание цианоза;
повышение артериального давления;
тахикардия.

133. При возникновении в результате прогрессирующего течения астматического статуса синдрома "немного легкого" следует:
увеличить дозировку вводимых перорально и внутривенно глюкокортикоидных гормонов;
использовать инфузионную терапию с введением гидрокарбоната натрия;
провести бронхоскопию и бронхоальвеолярный лаваж;
увеличить дозировку бета-2-агониста.

134. Иммунологическим механизмом атопической бронхиальной астмы является:
аллергическая реакция немедленного типа
аллергическая реакция замедленного типа
аллергическая реакция немедленного и замедленного типа
аутоиммунный механизм
иммунокомплексные реакции

135. В инфильтрате стенки бронха при бронхиальной астме преобладают:
эозинофилы
альвеолярные макрофаги
лимфоциты
плазматические клетки
гранулоциты

136. Из перечисленных основных патологических процессов для ранней фазы приступа бронхиальной астмы характерно:

гиперсекреция
бронхоспазм;
отек стенки бронха;
острое вздутие легких

137. Причиной нарушения дыхания при бронхиальной астме является:
бронхоспазм;
отек слизистой оболочки бронхиального дерева;
гиперсекреция;
усиленная вентиляция легких.

138. Для атопической бронхиальной астмы характерно:
эффект элиминации
непереносимость препаратов пиразолонового ряда
рецидивирующий полипоз носа
постепенное развитие приступа
для лечения острого приступа бронхиальной астмы

139. К медленно действующим биологически активным веществам при аллергии немедленного типа относятся:
лейкотриены
ацетилхолин
гистамин
серотонин
брадикинин

140. Из перечисленных аллергенов наиболее частой причиной атопической бронхиальной астмы является:
домашняя пыль
споры плесневых грибов
продукты жизнедеятельности бактерий, находящихся в воздухе
гельминты
хламидии

141. Механизм действия антигистаминных препаратов состоит в:
связывании свободного гистамина
высвобождении гистамина
конкурентном действии с гистамином за h_1 -рецепторы
торможении образования гистамина
усиленном выведении гистамина

142. Среди перечисленных классов иммуноглобулинов реагинам соответствует:
Ig E
Ig D
Ig M
Ig A
Ig G

143. Для поллиноза наиболее характерно сочетание с лекарственной аллергией к:
лекарствам растительного происхождения.
аспирину и пиразолоновым производным;
сульфаниламидным препаратам;
препаратам фенотизинового ряда.

144. При поллинозах нередко развивается сопутствующая пищевая аллергия к:
меду
молоку и молочным продуктам
мясу птицы
рыбе
шоколаду

145. Для пыльцевой бронхиальной астмы характерно:
обострение в весенне-летнее время года
обострение в зимнее время года
круглогодичное течение процесса
обострение при уборке квартиры
обострение в осеннее время года

146. При пыльцевой бронхиальной астме после полной элиминации аллергена:
все функциональные легочные нарушения полностью нормализуются
сохраняется незначительный скрытый бронхоспазм в течение года
сохраняется выраженный бронхоспазм в течение полугода
сохраняются нарушения вентиляции по рестриктивному типу
по обструктивному типу

147. Наиболее эффективным методом профилактики обострения поллиноза является:
специфическая иммунотерапия
иглорефлексотерапия
назначение антимедиаторных препаратов
назначение глюкокортикостероидов
физиотерапия

148. К атопии относится:
аллергическая астма;
атопический дерматит;
аллергический ринит и конъюнктивит;
аллергическая крапивница;
ХОБЛ

149. Для диагностики аллергии используют:
кожно-аллергические пробы;
количественное определение IgE;
радиоаллергосорбентный тест;
реакцию связывания комплемента.

150. Больной 16 лет перенёс ОРВИ, после чего появились в утренние часы приступы экспираторного удушья, при обследовании аллергии к инфекционным и неинфекционным аллергенам не обнаружено. Ваше заключение:

имеется бронхиальная астма, обусловленная гиперреактивностью бронхов
предастма;

имеется бронхиальная астма физического усилия;

сформировалась астма физического усилия;

у больного аспириновая бронхиальная астма;

151. При астматическом статусе необходимо:

реоксигенация подогретым и увлажненным чистым кислородом;

внутривенное введение раствора бикарбоната натрия;

внутривенное введение гидрокортизона;

отсасывание слизи;

ингаляции с амброксолом

152. Какая терапия используется для лечения больных с нетяжелой (интермиттирующей) бронхиальной астмой?

нерегулярные ингаляции β 2-агонистов короткого действия

ежедневное введение противовоспалительных препаратов

ежедневное введение β 2-агонистов пролонгированного действия

частое применение системных глюкокортикоидов

Раздел 9. Пневмония

153. Для пневмонии, осложнившей течение хронического бронхита, характерно:

возникновение вслед за обострением бронхита;

частое отсутствие локальной физикальной симптоматики;

поражение нескольких сегментов в глубине легкого;

склонность к затяжному течению и рецидивам;

возникает чаще у пациентов с ХСН.

154. При пневмонии поражается:

интерстиция легких;

дыхательные бронхиолы;

альвеолы;

крупные бронхи.

д) если правильный ответ 1,2,3 и 4.

155. При аускультации легких у больных пневмонией можно выявить:

ослабленное дыхание при отсутствии хрипов;

сухие хрипы;

крупнопузырчатые влажные хрипы;

мелкопузырчатые влажные хрипы и крепитирующие хрипы

жесткое дыхание

156. Диагноз пневмонии устанавливается на основании:

клинических симптомов заболевания;

данных физикального исследования;
результатов рентгенологического исследования легких;
показателей лабораторных анализов
данных бактериального посева. мокроты

157. Возбудителем внебольничной пневмонии чаще всего является:

пневмококк;
стрептококк;
стафилококк;
кишечная палочка;
клебсиелла.

158. Возбудителями госпитальной (внутрибольничной) пневмонии наиболее часто бывают:

стафилококка;
пневмококка;
клебсиеллы;
хламидии;
микоплазма.

159. Наиболее часто возбудителем госпитальной (внутрибольничной) пневмонии у больных пожилого возраста является:

клебсиелла;
пневмококк;
микоплазма;
протей;
хламидия.

160. У лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, возрастает частота пневмоний, вызванных:

клебсиеллой;
пневмококком;
стрептококком;
кишечной палочкой;
стафилококком.

161. У лиц с синдромом приобретенного иммунодефицита наиболее частым возбудителем пневмонии является:

пнеумоциста;
пневмококк;
клебсиелла;
микоплазма;
кишечная палочка.

162. Во время эпидемии гриппа возрастает частота пневмоний, вызванных:

микоплазмой;
пневмококком;
клебсиеллой;

пневмоцистой;
кишечной палочкой.

163. Течение пневмонии определяется:
возбудителем пневмонии;
временем начала этиотропной терапии;
состоянием бронхов;
наличием или отсутствием болезней, снижающих реактивность организма;
возрастом пациента.

164. При пневмонии назначают все перечисленные лекарственные средства:
этиотропные;
отхаркивающие;
бронхоспазмолитические;
иммуномодулирующие.

165. При выборе антибиотика для лечения пневмонии в первую очередь надо учитывать:
природу возбудителя инфекции, вызвавшего пневмонию
давность заболевания;
индивидуальную непереносимость антибактериальных препаратов;
сопутствующие заболевания.

166. Показанием для комбинированной антибиотикотерапии при пневмонии служит:
тяжелое течение пневмонии при отсутствии информации о природе возбудителя
инфекции;
смешанный характер инфекции;
необходимость усиления антибактериального эффекта;
отсутствие сведений о природе возбудителя инфекции при косвенных указаниях на
возможность участия грамм-отрицательных бактерий;
вес пациента

167. При подозрении на пневмококковую пневмонию следует назначить:
пенициллин;
олететрин;
стрептомицин;
эритромицин;
левомицитин.

168. При подозрении на микоплазменную пневмонию следует назначить:
эритромицин;
пенициллины;
левомицитин;
стрептомицин;
цепорин.

169. Стафилококковые пневмонии чаще развиваются:
у пациентов стационаров
при гриппе;
при сахарном диабете;
у лиц пожилого возраста;

при хроническом бронхите.

170. При двусторонней стафилококковой пневмонии с множественными очагами деструкции легочной ткани лечение антибиотиками целесообразно сочетать с патогенетической терапией, включающей все перечисленное, кроме:
парентерального введения глюкокортикоидных гормонов;
трансфузий свежзамороженной плазмы;
внутривенного введения препаратов иммуноглобулинов;
инфузии гепарина;
плазмафереза.

171. Лечение антибиотиками пневмонии следует прекратить:
через 2 дня после нормализации температуры тела;
через 1 неделю после начала лечения;
после исчезновения хрипов в легких;
после устранения клинических и рентгенологических признаков заболевания;
после нормализации СОЭ.

172. При лечении пневмонии у беременной нельзя применять:
Тетрациклин
пенициллин;
цефалоридин;
ампициллин.

173. У больного 16 лет в тяжёлом состоянии с температурой 39,1 С, отхаркивающего гнойно-кровянистую мокроту, на рентгенограмме лёгких справа несколько тонкостенных полостей с уровнем жидкости, выраженным лейкоцитозом со сдвигом формулы влево. Следует думать о:
стафилококковой пневмонии;
микоплазменной пневмонии;
пневмококковой пневмонии;
казеозной пневмонии;
поликистозе лёгких с абсцедированием.

174. Для инфекционно-токсического шока характерно:
малый частый пульс;
снижение диуреза;
лихорадка, озноб, диарея;
бледность и похолодание кожных покровов;
тошнота

175. При пневмококковой пневмонии наиболее частым неврологическим осложнением является:
менингит;
полинейропатия;
миелопатия;
энцефалопатия;

судорожный синдром.

175. Наиболее частым возбудителем нозокомиальной (госпитальной) пневмонии у пожилых больных является:

клебсиелла
хламидия
микоплазма
пневмококк

176. Пневмония считается нозокомиальной (госпитальной), если она диагностирована: через 2-3 дня и более после госпитализации при поступлении в стационар после выписки из стационара

177. Под «медленно разрешающейся» (затяжной) пневмонией понимают: медленное обратное развитие рентгенологических изменений (уменьшение размеров инфильтрации менее 50% в течение четырех недель) отсутствие полного рентгенологического выздоровления к 18 нед. отсутствие улучшения клинической картины в течение 7 суток приема антибактериальных препаратов резистентность к многокомпонентной антимикробной терапии рецидивирующая пневмония

178. Рентгенологическими признаками долевой пневмонии являются: пораженные участки в виде неомогенных, очаговых затемнений, захватывающих одну или несколько долей легких «воздушная бронхограмма» мелкие, многофокусные, двусторонние затемнения с нечеткими контурами линии Керли В перибронхиальное утолщение

179. При выборе эмпирической антимикробной терапии внебольничной пневмонии не учитывается следующий фактор: амеханизм действия антибактериального препарата (бактерицидный или бактериостатический) активность антибактериального препарата в отношении пневмококка активность антибактериального препарата в отношении «атипичных» возбудителей индивидуальный профиль риска пациента (аллергия, состояние функции печени и почек) предшествующая антимикробная терапия в течение последних трех месяцев

Раздел 10. Саркоидоз

180. Саркоидоз наиболее часто наблюдается: в возрасте 20-50; у детей и подростков; в пожилом возрасте; в старческом возрасте; у женщин в климактерическом периоде.

181. Морфологической основой саркоидной гранулемы являются:
эпителиоидные клетки и гигантские клетки типа Пирогова-Лангханса;
клетки Березовского-Штернберга;
гистиоциты;
макрофаги;
эозинофилы.

182. Клинически саркоидоз может протекать:
бессимптомно;
малосимптомно;
с признаками интоксикации, кашлем, одышкой;
с частыми рецидивами.

183. Синдром Лефгрена при саркоидозе проявляется:
лихорадкой, узловатой эритемой, полиартралгией;
одышкой, кашлем, лихорадкой;
одышкой, кашлем, увеличением периферических лимфатических узлов;
лихорадкой, одышкой, увеличением внутригрудных лимфатических узлов;
одышкой, кашлем, увеличением разных групп лимфатических узлов.

184. При генерализованной форме саркоидоза могут вовлекаться в процесс:
периферические лимфатические узлы, легкие, кожа, кости;
печень, почки, селезенка, сердце;
слюнные железы, глаза;
центральная и периферическая нервная система
ЖКТ

185. При поражении саркоидозом мышцы сердца чаще наблюдаются следующие симптомы:
боли в области сердца, признаки нарушения внутрижелудочковой проводимости на электрокардиограмме.
боли в области сердца, повышение артериального давления;
боли в области сердца, понижение артериального давления;
боли в области сердца, изменение артериального давления, углубление зубца Q на электрокардиограмме;

186. При саркоидозе органов дыхания на рентгенограмме легких могут выявляться следующие изменения:
одно- или двустороннее увеличение разных групп внутригрудных лимфатических узлов при отсутствии изменений в легких;
одно- или двустороннее увеличение внутригрудных лимфатических узлов и диссеминированные изменения в легких;
диссеминированные изменения в легких при отсутствии увеличенных лимфатических узлов;
округлые тени.

187. В зависимости от клинико-рентгенологической формы и стадии саркоидоза для верификации диагноза можно применять в той или иной последовательности:

биопсии периферических лимфатических узлов, кожи, слюнных желез и других органов;
медиастиноскопию и медиастонотомию;
трансбронхиальную биопсию внутригрудных лимфатических узлов, слизистой оболочки бронхов, легочной ткани;
открытую биопсию легких
измерение АД

Раздел 11. Плевральный выпот

188. Плевральный выпот можно наблюдать при:

Пневмонии
системной красной волчанке
туберкулезе
компенсированном стенозе устья аорты
гипертонической форме хронического гломерулонефрита

189. Транссудат в плевральной полости характерен для:

нефротического синдрома
хронической сердечной недостаточности
системной красной волчанки
мезотелиомы плевры
пневмонии

190. На экссудативный характер выпота указывают:

мутный характер жидкости
содержание белка 4%
наличие мезотелиальных клеток
удельный вес 1018
отрицательная проба Ривальта

191. Для клинической картины плеврита характерно:

исчезновение пространства Траубе при левостороннем плевральном выпоте
уменьшение болей в грудной клетке при трансформации сухого плеврита в экссудативный
усиление бронхофонии при наличии экссудата
выслушивание шума трения плевры при массивном плевральном выпоте
смещение средостения в здоровую сторону

192. При проведении плевральной пункции следует помнить, что:

за один раз не рекомендуется эвакуировать более 1500 мл жидкости
пункционную иглу вводят по верхнему краю ребра
вмешательство выполняют в положении больного на боку
вмешательство всегда проводят под ультразвуковым наведением
наиболее частым осложнением при пункции правой плевральной полости является повреждение печени

193. Установить этиологию плеврита чаще всего помогает:

исследование плеврального экссудата;

биопсия плевры
изучение гематологических показателей;
рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

194. Основными признаками экссудативного плеврита являются:
притупление перкуторного легочного звука в области, соответствующей локализации плеврального экссудата;
ослабление дыхательных шумов при аускультации легких в зоне притупления перкуторного звука;
смещение органов средостения в сторону, противоположную пораженному легкому;
усиление дыхательных шумов при аускультации легких в зоне притупления перкуторного звука.

195. Туберкулезная этиология плеврита доказывается:
обнаружением микобактерий туберкулеза в плевральном экссудате и мокроте;
обнаружением клеток туберкулезной гранулемы в биоптате плевры;
обнаружением признаков туберкулеза легких, бронхов или внутригрудных лимфатических узлов;
наличием контакта с больным туберкулезом.

196. Сухой плеврит сопровождается:
болью в груди;
сухим кашлем;
потливостью;
субфебрилитетом
подъемом АД

197. Транссудат от экссудата в плевральной полости отличается:
содержанием белка
количеством жидкости;
клеточным составом;
наличием включений (холестериновых кристаллов и т.п.);
д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

198. Быстрое повторное накопление жидкости в плевральной полости после ее эвакуации является типичным признаком:
опухоли плевры;
хронической недостаточности кровообращения;
аденокарциномы бронха;
туберкулеза легких;
системной красной волчанки.

199. На дому диагностирован экссудативный плеврит, этиология которого не вполне ясна. Общее состояние больного относительно удовлетворительное. Ваша тактика:
немедленная госпитализация пациента в пульмонологическое отделение;
проведение лечения на дому антибиотиками широкого спектра действия и кортикостероидными гормонами:

госпитализация пациента в терапевтическое отделение в порядке очередности;
амбулаторное лечение плевральными пункциями с введением антибиотиков в плевральную полость;
проведение лечения на дому антибиотиками широкого спектра действия и наблюдение за больным.

200. На дому диагностирован экссудативный плеврит, этиология которого не вполне ясна. Общее состояние больного относительно удовлетворительное. Ваш предварительный диагноз:

пиопневмоторакс;
пневмоторакс;
инфаркт миокарда;
эмпиема плевры;
тромбоэмболия легочной артерии.

201. На дому диагностирован экссудативный плеврит, этиология которого не вполне ясна. Общее состояние больного относительно удовлетворительное. В поликлинике для подтверждения диагноза больному необходимо провести:

рентгеноскопию органов грудной клетки;
электрокардиографию;
плевральную пункцию;
общие анализы крови и мочи;
биохимическое исследование крови.

Раздел 12. Легочное сердце

202. Причиной развития хронического легочного сердца не может быть:

митральный стеноз
ХОБЛ
ТЭЛА рецидивирующего течения
болезнь Бехтерева
первичная легочная гипертензия

203. В развитии хронического легочного сердца верны следующие механизмы, кроме:
активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы генерализованная гипоксическая вазоконстрикция в легких вследствие альвеолярной гиповентиляции (генерализованный рефлекс Эйлера-Лильестранда)

повышение выработки вазодилатирующих субстанций (простациклин, эндотелиальный расслабляющий фактор и др.)

увеличение минутного объема кровообращения вследствие гиперкатехоламинемии, вызванной гипоксемией

увеличение вязкости крови вследствие эритроцитоза, развивающегося в ответ на хроническую гипоксемию

204. Не характерные для хронического легочного сердца изменения на ЭКГ:

SV1RV5,V6>35 мм

увеличение амплитуды зубца Р, наиболее выраженные в отведениях II, III, aVF (Р-пульмонале)

отклонение электрической оси сердца (ЭОС) вправо

признаки блокады правой ножки пучка Гиса

$RV1SV5, V6 \geq 10,5$ мм

205. Рентгенологическими признаками легочной гипертензии могут служить:

расширение правой нисходящей ветви легочной артерии

усиление пульсации сосудов в корне легкого и ослабление – на периферии

увеличение правых отделов сердца

выбухание конуса легочной артерии

повышение воздушности легочной ткани

206. Для уменьшения выраженности легочной гипертензии при лечении больных легочным сердцем не применяют:

сердечные гликозиды

оксигенотерапию

антагонисты кальция

простагландины и антагонисты рецепторов эндотелина

ингибиторы фосфодиэстеразы типа А

207. Самой частой причиной острого легочного сердца является:

тромбоэмболия легочной артерии;

пневмония;

астматическое состояние;

спонтанный пневмоторакс;

легочное сердце наблюдается примерно с одинаковой частотой при всех перечисленных состояниях.

208. Самой частой причиной острого легочного сердца является:

тромбоэмболия легочной артерии;

пневмония;

астматическое состояние;

спонтанный пневмоторакс;

обострение хронического обструктивного бронхита.

209. Главным в формировании легочного сердца у больных ХОБЛ является:

облитерация капилляров малого круга кровообращения

пассивная, посткапиллярная легочная гипертензия

активная, прекапиллярная легочная гипертензия

ремоделирование средних и крупных бронхов

рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)

210. Лечение и профилактика послеоперационных и послеродовых тромбозов и эмболий включает:

раннюю физическую активизацию в послеоперационном и послеродовом периодах;

профилактику респираторного дистресс-синдрома;

рациональную антибиотикотерапию при септических осложнениях;

длительный постельный режим.

Раздел 13. Острый и хронический абсцесс легкого, гангрена легкого

211. Решающую роль в возникновении острого абсцесса легкого играют следующие факторы:

нарушение бронхиального дренажа;
гноеродная инфекция и неспорообразующие анаэробы;
образование противолегочных антител;
стафилококк и стрептококк.

212. Возбудители инфекции, вызывающие острый абсцесс и гангрену легкого, проникают в легочную ткань преимущественно:

по бронхам
при ранении легкого;
по лимфатическим сосудам;
по кровеносным сосудам.

213. Предрасполагает к развитию острого абсцесса легкого:

хроническая гнойная и анаэробная инфекция полости рта и глотки (кариес зубов, пародонтоз, тонзиллит), среднего уха, придаточных пазух носа;
аспирации содержимого полости рта и глотки при эпилепсии, алкогольном опьянении, наркомании, отравлениях и др.;
систематического переохлаждения, хронического бронхита;
септикопиемии
артериальная гипертензия

214. Основными и наиболее результативными методами лечения острого абсцесса легкого являются:

санационная бронхоскопия с местным применением антибактериальных и антисептических средств;
катетеризация гнойника через трахею или грудную стенку;
трансторакальная пункция гнойника с промыванием полости и введением в нее лекарственных средств;
внутривенное введение антибиотика
иммуностимуляторы

215. Излечение острого абсцесса легкого происходит:

путем освобождения гнойной полости в легком от возбудителей инфекции и полного восстановления легочной ткани
путем освобождения гнойной полости в легком от возбудителей инфекции и образования на ее месте рубца;
путем образования на месте гнойной полости очага уплотнения легочной ткани;
путем освобождения полости в легком от возбудителей инфекции, эпителизации ее стенки и формирования вторичной кисты легкого.

216. Хронический абсцесс легкого может осложняться:

кровохарканьем и легочным кровотечением;

сепсисом и метастатическими абсцессами;
легочно-сердечной недостаточностью;
амилоидозом внутренних органов

ТЭЛА

217. Гангрену легкого от острого абсцесса отличает все перечисленное, кроме:
возбудителей заболевания;

более тяжелого течения заболевания с прогрессированием гнойно-некротического процесса в легких;

преобладания воспалительно-некротических изменений в легких над деструктивными;

частого присоединения осложнений - кровохарканья и легочного кровотечения, острого пиопневмоторакса, сердечно-сосудистой недостаточности;

отсутствия клинических и рентгенологических признаков отграничения воспалительно-некротического процесса в легких.

Раздел 14. Бронхоэктатическая болезнь, рак легкого

218. Пациенты, страдающие бронхоэктатической болезнью, обычно предъявляют следующие жалобы:

лихорадка, боли в груди;

кашель с легко отделяющейся мокротой, чаще по утрам;

кровохарканье, легочное кровотечение;

одышка

тошнота

219. При аускультации легких у пациента с бронхоэктатической болезнью обычно выявляются:

локальные крупно- и среднепузырчатые хрипы, иногда в сочетании с сухими.

непостоянные сухие хрипы в зоне поражения;

рассеянные сухие и влажные хрипы;

локальные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы.

220. Решающее значение в диагностике бронхоэктатической болезни принадлежит:

Бронхографии

клинико-рентгенологическому методу;

бронхоскопии;

ангиопульмонографии.

221. Осложнениями бронхоэктатической болезни могут быть:

легочно-сердечная недостаточность;

кровохарканье и легочное кровотечение;

амилоидоз внутренних органов;

метастатические абсцессы и сепсис

ХСН

222. К раку легкого предрасполагает:

курение;

алкоголизм и бытовое пьянство;

наркомания и токсикомания;

хроническое переохлаждение;
психоэмоциональная нагрузка.

223. Рак легкого чаще всего наблюдается у больных, страдающих:
хроническими неспецифическими заболеваниями легких; сахарным диабетом;
язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки;
бронхиальной астмой;
хроническим алкоголизмом.

224. У мужчин старше 40 лет с бессимптомно протекающим затемнением в легких врач обязан в первую очередь исключить:
периферический рак легкого;
туберкулому легкого;
очаговую пневмонию;
пневмоцирроз.

225. Ранним клиническим симптомом центрального рака легкого является:
сухой кашель или кашель со слизистой мокротой, содержащей иногда прожилки крови;
легочное кровотечение;
одышка и потеря массы тела;
лихорадка;
кровохарканье.

226. Осложнением центрального рака легкого может быть:
гиповентиляция легкого;
ателектаз легкого;
пневмония (возможно с абсцедированием);
образование острого абсцесса легкого
туберкулез легких

227. Наиболее простой и достаточно информативный метод ранней диагностики центрального рака легкого - это:
цитологическое исследование мокроты
флюорография органов грудной полости
бронхоскопия;
рентгеноскопия органов грудной клетки

228. Длительное кровохарканье при сухом кашле заставляет, прежде всего, подозревать:
рак бронха
пневмокониоз;
кавернозный туберкулез легких;
бронхоэктатическую болезнь

229. Основными методами диагностики аденомы главного и долевого бронха являются:
аускультация легких и исследование мокроты на клетки опухоли;
рентгеномографическое исследование (со срезами через корень легкого);
бронхоскопия;

ангиопульмонография.

230. Появление венозного застоя в области головы, шеи и верхних конечностей у больного прикорневым раком правого легкого обусловлено: сдавливанием верхней полой вены

сдавливанием правой легочной артерии;
прорастанием опухоли в непарную вену;
сдавливанием верхней легочной вены справа.

231. К генетическим факторам риска возникновения рака легкого относятся:

Первичная множественность злокачественного новообразования

3 и более наблюдений рака легких у родственников

Возраст старше 45 лет

Курение

232. Для ракового пульмонита при раке легкого характерны следующие клинико-рентгенологические признаки:

Легко излечивается

Легко рецидивирует

Локализуется строго в зоне вентиляции пораженного бронха

часто обостряется

233. Риск возникновения рака легкого по мере увеличения возраста обследуемых пациентов значительно возрастает:

У мужчин

У женщин

У мужчин и у женщин

Риск возникновения рака легкого не связан с возрастом

234. В каких отделах легкого чаще всего локализуются бронхоэктазы:

любая доля

нижняя доля левого легкого

верхняя доля левого легкого

верхняя доля обоих легких

верхняя доля правого легкого

Раздел 15. Дифференциальная диагностика с туберкулезом легких

235. Риск заболевания туберкулезом увеличивается:

при тесном контакте с больным туберкулезом;

при приеме кортикостероидов и других препаратов, оказывающих иммунодепрессивное действие;

при алкоголизме, наркомании, психических заболеваниях;

при сахарном диабете.

При приеме ИАПФ

236. Диагноз очагового туберкулеза легких у взрослых и подростков ставится на основании:

бессимптомного течения заболевания или скудных его проявлений - повышенной утомляемости, периодического субфебрилитета, редкого кашля с единичными плевками слизистой или слизисто-гнойной мокроты;
отсутствия физикальной симптоматики легочного поражения;
обнаружения при рентгенологическом исследовании легких единичных или множественных разного характера очаговых теней, чаще в 1-м, 2-м и 6-м бронхолегочных сегментах;
непостоянного и скудного бактериовыделения (микобактерии туберкулеза чаще выявляются при посеве на питательную среду)
частого сухого кашля

237. Для инфильтративного туберкулеза легких характерны следующие признаки:
подострое начало заболевания;
непостоянные влажные хрипы в зоне поражения, чаще прослушиваемые после покашливания;
умеренные токсические изменения в гемограмме и частое обнаружение микобактерий туберкулеза в мокроте;
выявление на рентгенограмме легких связанного "дорожкой" с корнем легкого однородного с размытыми границами участка затемнения, на фоне которого нередко определяются единичные очаговые тени, признаки распада легочной ткани "пневмониогенная каверна", а вокруг - очаги-отсевы
температура выше 38°C

238. Решающее значение в дифференциальной диагностике инфильтративного туберкулеза легких и параканкротной пневмонии принадлежит:
обнаружению микобактерий туберкулеза в мокроте.
клинической симптоматике;
данным рентгенологического исследования легких;
результатам пробного лечения.

239. Характерными клиническими признаками милиарного туберкулеза являются:
лихорадка неправильного типа, хорошо переносимая больным;
умеренно выраженные одышка и тахикардия;
небольшой нейтрофильный лейкоцитоз и умеренное повышение СОЭ;
частое увеличение печени и селезенки
сухой кашель

240. При милиарном туберкулезе отсутствует поражение:
опорно-двигательного аппарата;
легких;
печени;
селезенки;
центральной нервной системы.

241. Основными методами выявления милиарного туберкулеза с поражением легких и печени являются:
рентгенография органов грудной клетки;
биопсия печени

функциональные печеночные пробы;
гематологические исследования;
исследование мокроты на микобактерии туберкулеза.

242. Взаимосвязь между алкоголизмом и туберкулезом легких обусловлена: снижением местной защиты лёгких в связи с алкогольной интоксикацией;
развитием функциональных и органических изменений в ЦНС и внутренних органах, иммунной системе;
неполноценным питанием, нарушением обмена веществ;
снижением общей резистентности организма
наличием частой аспирацией

243. Наличие полости распада в шаровидном новообразовании легкого может наблюдаться:

При туберкуломе
При абсцессе легкого
При кисте легкого
При метастазе в легкое
При первичном раке легкого
При аспергиллезе

Раздел 16. Паразитарные поражения легких, профессиональные заболевания

244. У пациента, прибывшего из Приморского края, в течение 2 лет наблюдается кашель, одышка, кровохаркание, иногда выделение мокроты шоколадного цвета. У него следует исключить:

парагонимоз
аскаридоз;
стронгилоидоз;
токсокароз;
трихинеллез.

245. Поражения легких могут вызываться:

токсокарой;
аскаридой;
эхинококком;
парагонимусом
сальмонеллой

246. Из перечисленных заболеваний к профессиональным могут быть отнесены:

бронхиальная астма;
бруцеллез;
туберкулез;
ревматизм;
язвенная болезнь желудка.

247. Основными локализациями профессионального рака являются:
легкие;

кожа;
мочевой пузырь;
молочная железа;
почки.

248. Пневмокониоз может развиваться при:

бурении;
дроблении;
шлифовке изделий;
обрубке литья
малярных работах

249. К основным профессиям, при которых может встретиться силикоз, относятся:

бурильщики;
пескоструйщики;
проходчики;
обрубщики
маляры

250. При неосложненных пневмокониозах применяют:

витаминотерапию;
дыхательную гимнастику;
физиотерапию
адаптогены;

251. Наиболее характерными симптомами пылевых бронхитов являются:

кашель со скудной мокротой;
острое начало;
постепенное начало;
кашель со значительным количеством мокроты;
субфебрилитет
приступообразный кашель

Раздел 17. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19).

252. Алгоритм действий медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, предписывает

Незамедлительно выставить посты у кабинета, в котором выявлен пациент, у входа в медицинскую организацию и на этажах здания. Организовать передаточный пункт на этаже, на котором выявлен пациент, для передачи необходимого имущества, лекарственных препаратов и медицинских изделий. Ответственный главный врач и главная медицинская сестра

Незамедлительно выставить посты у кабинета, в котором выявлен пациент, у входа в медицинскую организацию и на этажах здания. Организовать передаточный пункт на этаже, на котором выявлен пациент, для передачи необходимого имущества, лекарственных препаратов и медицинских изделий. Ответственный главная медицинская сестра

Незамедлительно выставить пост у кабинета, в котором выявлен пациент. Организовать передаточный пункт на этаже, на котором выявлен пациент, для передачи необходимого имущества, лекарственных препаратов и медицинских изделий. Ответственный главный врач.

253. В одной машине скорой помощи можно одновременно транспортировать ____ инфекционных больных из разных очагов

- Одного
- Двух
- Трех
- Четырех

254. В перепрофилированной многопрофильной медицинской организации для оказания медицинской помощи больным, вызванными новой коронавирусной инфекцией (COVID 19), расчет потребности в средствах индивидуальной защиты осуществляется по формуле
Суточная потребность в средствах индивидуальной защиты=(2,5*количество медицинских работников в смену)+15% от количества работников административно-хозяйственной части

Суточная потребность в средствах индивидуальной защиты=(2,5*количество медицинских работников в смену)+от количества работников административно-хозяйственной части

Суточная потребность в средствах индивидуальной защиты=количество медицинских работников в смену+15% от количества работников административно-хозяйственной части

255. В случае получения положительного или сомнительного результата на COVID 19 руководитель лаборатории медицинской организации обязан передать исследуемый материал в

- Ближайший территориальный орган Роспотребнадзора
- ФГБУ «Центр стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью» МЗ РФ
- Центр гигиены и эпидемиологии в субъекте РФ
- Медицинскую организацию, предоставившую образец для лабораторного исследования

256. В случае получения положительного или сомнительного результата на COVID 19 руководитель лаборатории медицинской организации обязан проинформировать об этом ближайший территориальный орган Роспотребнадзора

- Немедленно
- В течение недели
- В течение суток
- В течение 6 часов

257. В случае, если вызов скорой помощи поступил от пациента, прибывшего из эндемичных по новой коронавирусной инфекции стран, необходимо

- Информировать старшего врача или руководителя станции скорой медицинской помощи для принятия решения направления специализированной бригады
- Выдать противочумный костюм бригаде
- Заполнить бланки на лабораторное исследование

Транспортировать пациента в стационар

258. Выписка из стационара проводится для продолжения лечения в амбулаторных условиях, до получения результатов на наличие РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР при $T < 37,5$, SpO_2 на воздухе $\geq 95\%$, уровень СРБ < 10 г/л, уровень лейкоцитов в крови $> 3,0 \cdot 10^9$ /л,

Двухкратном отрицательном результате лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР

Однократном отрицательном результате лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР

Трехкратном отрицательном результате лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР

259. Где проходит дезинфекционную обработку автомобиля специализированной бригады скорой помощи после передачи больного в стационар?

На специальной площадке инфекционного стационара, оборудованной стоком и ямой
В закрытом помещении

На специальной стоянке

На улице

260. Дезинфекционную обработку персонал специализированной бригады скорой помощи после передачи больного в стационар происходит

В специально выделенном помещении инфекционного стационара

На улице

На специальной площадке инфекционного стационара, оборудованной стоком и ямой
В автомобиле скорой медицинской помощи

261. Для лабораторной диагностики инфекции, вызванной SARS-CoV-2, применяют

Метод амплификации нуклеиновых кислот

Иммуноферментный анализ

Метод иммунофлюоресценции

Реакцию торможения гемагглютинации

262. Для лабораторной диагностики новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2

Полимеразной цепной реакции (ПЦР) амплификации нуклеиновых кислот

Иммунофлуоресцентного анализа (МФА – метод флуоресцирующих антител)

Микрочипирования

Флуоресцентной гибридизации (FISH)

263. Для обеспечения инфекционной безопасности бригада скорой медицинской помощи необходимо

Использовать средства индивидуальной защиты и менять их после каждого больного

Перед началом рабочей смены принять противовирусные препараты

Провести профилактическую вакцинацию

Пройти внеочередной медицинский осмотр

264. Для снижения рисков заражения медицинских работников новой коронавирусной инфекцией руководителям медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, необходимо

Обеспечить персонал средствами индивидуальной защиты
Осуществить вакцинацию против гриппа
Провести витаминотерапию медицинским работникам
Провести рентгенологическое обследование работников

265. Для специфической профилактики коронавирусной инфекции COVID -19 в Российской Федерации зарегистрированы следующие вакцина
«Гамк-КОВИД-Вак», «Гамк-КОВИД-Вак-Лио», «ЭпиВакКорона», «КовиВак», «Спутник М»
«AstraZeneca»
«BioNTech»
«Pfiser»

266. Естественными хозяевами коронавирусов являются
Млекопитающие
Клещи
Комары
Птицы

267. исследование газов артериальной крови с определением PaO_2 , $PaCO_2$, pH, бикарбонатов, лактата рекомендуется
Пациентам с SpO_2 менее 90% по данным пульсоксиметрии
Пациентам с SpO_2 менее 95% по данным пульсоксиметрии
Всем пациентам, подозрительным на инфицирование SARS-CoV-2
Всем пациентам с лабораторно подтвержденным диагнозом SARS-CoV-2

268. Медицинская помощи пациенту с положительным результатом теста на COVID-19 может оказываться в амбулаторных условиях в случае
Отсутствия клинических проявлений заболевания или при легком течении заболевания у пациента 25-60 лет
Легкого течения у пациента старше 65 лет
Легкого течения у ребенка старше 3 лет
Легкого течения у беременной

269. Медицинские отходы, в том числе биологическими выделениями пациентов (мокрота, моча, кал и др) с COVID -19 утилизируют
Как отходы группы В
Как отходы класса А
Согласно локальным нормативным актом

270. Медицинские работники бригады скорой медицинской помощи надевают средства индивидуальной защиты
Непосредственно перед выездом на вызов
Непосредственно перед контактом с больным

По приезду на вызов в машине скорой помощи
Сразу перед началом рабочей смены

271. Мероприятия в отношении источника инфекции COVID -19 включают
Обязательную изоляцию
Изоляцию на усмотрение медицинского работника
Изоляцию на усмотрение пациента

272. Наиболее тяжелое течение при заболевании COVID-19 наблюдается у лиц
Старше 60 лет
0-14 лет
15-17 лет
21-40 лет

273. Наиболее универсальными антибиотиками для лечения тяжелой бактериальной пневмонии являются
Цефтаролин, линезилод, ванкомицин, фосамил
Амоксициллин/клавулоновая кислота и левофлоксацин
Амоксициллин/клавулоновая кислота и цефотаксим
Цефтриаксон и моксифлоксацин

274. Наиболее чувствительным методом для диагностики пневмонии, вызванной новой коронавирусной инфекцией COVID-19, является
КТ органов грудной клетки
МРТ легких
Обзорная рентгенография органов грудной клетки в передней прямой и боковых проекциях
Флюорография органов грудной клетки в прямой передней и прямой задней проекциях

275. Начальным этапом заражения COVID-19 является
Проникновение вируса в клетки-мишени, имеющие рецепторы ангиотензинпревращающего фермента II типа
Абсорбция вируса на слизистой верхних дыхательных путей, развитие контактного воспаления
Соединение вирусной частицы с мембранными рецепторами gp120
Соединение вирусных частиц с белками плазмы крови, распространение по кровеносным путям.

276. Новая коронавирусная инфекция добавлена в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, наряду с ООИ (чума, холера, оспа) как
COVID -19, код МКБ-10 – В34.2 «Коронавирусная инфекция неуточненная»
COVID -19, код МКБ-10 – В33.0 «Коронавирусная инфекция неуточненная»
COVID -19, код МКБ-10 – В32.1 «Коронавирусная инфекция неуточненная»
COVID -19, код МКБ-10 – В38.6 «Коронавирусная инфекция неуточненная»

277. Новую коронавирусную инфекцию вызывают коронавирусы
SARS-CoV-2
NL65
HCoV-234
OC48

278. Основной вид биоматериала для лабораторного исследования на наличии новой коронавирусной инфекции COVID-19
Материалы, полученный при заборе мазок из носоглотки и/или ротоглотки
Мокрота
Цельная кровь
Аспират из пазух носа

279. осмотр врачом скорой медицинской помощи в первую очередь подлежат
Беременные
Лица старше 50 лет
Все пациенты с симптомами ОРВИ
Лица, моложе 40 лет

280. Основным рентгенологическим синдромом пневмонии, вызванной новой коронавирусной инфекцией COVID-19, являются
Участки уплотнения легочной ткани описание формы и интенсивности
Наличие одностороннего изолированного лобарного инфильтрата
Плевральный выпот
Расширение и потеря структурности корней легких

281. Оформление письменного согласия пациента на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях и обеспечение режима изоляции на дому при лечении новой коронавирусной инфекции COVID -19
Обязательно по рекомендованной форме
Возможно в любой форме по усмотрению медицинского работника
Возможно в любой форме по усмотрению пациента
Не обязательно, достаточно устного заявления

282. Парентеральное при ИФН-α при тяжелой острой респираторной инфекции (ТОРИ) может быть связано с риском развития ОРДС вследствие
Повышения экспрессии провоспалительных факторов
Понижения экспрессии воспалительных факторов
Понижения экспрессии воспалительных факторов
Понижения экспрессии провоспалительных факторов

283. пересылка учреждения образцов для лабораторного исследования на наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19 в лабораторию медицинского учреждения осуществляется с соблюдением требований
СП 1.2.036-95
СП 1.3.547-95
СП 2.1.57-47
СП 2.1.7.895-85

284. По завершении проверки лист контрольных вопросов подписывается
Главным врачом медицинской организации и уполномоченным лицом, проводившим
проверку
Уполномоченным лицом органа государственной власти субъекта РФ в сфере охраны
здоровья
Уполномоченным лицом органа государственной власти субъекта РФ в сфере санитарно-
эпидемиологического надзора

285. По результатам проверки готовности медицинских организаций к
перепрофилированию для оказания медицинской помощи больным пневмониями,
вызванными новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), заполняется
Лист контрольных вопросов
Приказ о перепрофилировании медицинской организации
Заключение о готовности медицинской организации к перепрофилированию

286. повторное взятие биологического материала для лабораторных исследований у лиц с
новой коронавирусной инфекцией осуществляется в сроки
По клиническим показаниям
На 14 день
На 2,5, 14 день
На 3 и 14 день

287. подготовить и утвердить схему маршрутизации пациентов с ОРВИ и внебольничной
пневмонией в медицинские организации, специально для данного контингента пациентов
в субъекте РФ, должен
Руководитель органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения
субъекта РФ
Глава субъекта РФ
Руководитель территориального органа Росздравнадзора субъекта РФ

288. Подтвержденным случаем COVID-19 является случай, при котором установлен
Положительный результат лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2
методом амплификации нуклеиновых кислот вне зависимости от клинических проявлений
Двухкратный положительный результат лабораторного исследования на наличие РНК
SARS-CoV-2 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) при наличии клинических
проявлений и отягощенного анамнеза
Двухкратный положительный результат лабораторного исследования на наличие РНК
SARS-CoV-2 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) при наличии
эпидемиологического анамнеза, клинических проявлений, изменений функции внешнего
дыхания
Положительный результат лабораторного на наличие РНК SARS-CoV-2 методом
полимеразной цепной реакции (ПЦР) при наличии клинических проявлений

289. Показанием госпитализацией больного с новой коронавирусной инфекцией является
Температура более 38°C, частота дыхательных движений 22 и более в минуту, наличие
признаков пневмонии более 25%
Температура 37,5°C, SpO2 95%

Температура до 38 °С, SpO2 96%
Температура до 36,5°С, SpO2 95%

290. Показанием для телемедицинской консультации специалистов федерального дистанционного консультативного центра анестезиологии-реаниматологии для беременных является

Подтвержденный диагноз новой коронавирусной инфекцией наличие пневмонии с дыхательной недостаточностью

Лихорадка более 5 дней

Контакт с человеком, прибывшим из эндемичного по коронавирусной инфекции региона

291. Показанием для телемедицинской консультации специалистов федерального дистанционного консультативного центра анестезиологии-реаниматологии для взрослых является

Коронавирусная инфекция и пневмония, осложненная острой дыхательной недостаточностью

Деструктивная пневмония без признаков дыхательной недостаточностью

Наличие симптомов поражения легких

Полисегментарная пневмония

292. Показанием для телемедицинской консультации специалистов федерального дистанционного консультативного центра анестезиологии-реаниматологии для детей является

Подтвержденный диагноз COVID-19 с наличием пневмонии, осложненной острой дыхательной недостаточностью

Наличие деструктивной пневмонии без признаков

Наличие полисегментарной пневмонии

Наличие симптомов ОРВИ

293. Полный комплект средств индивидуальной защиты работников скорой медицинской помощи при работе с новой коронавирусной инфекцией включает в себя

Очки, шапочку, респиратор, противочумный костюм или одноразовый халат, перчатки, бахилы

Защитный костюм, противогаз

Одноразовый халат, одноразовая медицинская маска

Шапочку, резиновые сапоги

294. После завершения транспортировки больного с подозрением на коронавирусную инфекцию необходимо

Провести обеззараживание автомобиля и предметов, использованных при транспортировке

Проветрить салон автомобиля (санитарная обработка не требуется)

Продолжить работу в прежнем режиме

295. После проведения дезинфекции в салоне автомобиля скорой медицинской помощи при возвращении специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи на станцию (подстанцию, отделение) скорой медицинской помощи проводится обеззараживание воздуха

Не менее 20 минут

15 минут

5 минут

30 минут

296. При выявлении пациента новой коронавирусной инфекцией в стационаре необходимо Составить списки контактных лиц с указанием места жительства. Сроков контакта, номера телефонов

Произвести внеочередной флюорографический осмотр медицинским работникам отделения

Произвести генеральную уборку и кварцевание помещения

297. При выявлении пациента с подозрением на новую коронавирусную инфекцию в соматическом стационаре необходимо

Обеспечить госпитализацию пациента в специализированное инфекционное отделение/стационар, вызвав специализированную бригаду скорой медицинской помощи

Выдать пациенту противочумный костюм

Назначить пациенту кислородотерапию

Пригласить пациента в кабинет к врачу-эпидемиологу

298. При выявлении пациента с подозрением на новую коронавирусную инфекцию в соматическом стационаре необходимо

Прекратить сообщение между палатами/кабинетами, изолировать пациента по месту пребывания

Назначить пациента антибактериальные препараты

Выдать пациенту дезсредства

299. При комнатной температуре вирус сохраняет жизнеспособность на объектах окружающей среды в течении

3 суток

10 суток

70 часов

1 месяц

300. При перепрофилировании многопрофильной медицинской организации для оказания медицинской помощи больным пневмониями, вызванной новой коронавирусной инфекцией

Врачей-пульмонологов (врачей-терапевтов, врачей-педиатров) для обеспечения круглосуточных дежурств

Врачей кардиологов для обеспечения круглосуточных дежурств

Врачей-оториноларингологов, семейных врачей для обеспечения круглосуточных дежурств

Перечень вопросов для II этапа государственной итоговой аттестации в ординатуре по специальности 31.08.45 Пульмонология

1. Оказание неотложной помощи при астматическом статусе.
2. Оказание неотложной помощи при аллергических реакциях: ангионевротическом отёке Квинке, крапивнице.
3. Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке.
4. Оказание неотложной помощи при отеке легких.
5. Оказание неотложной помощи больному при кровохарканье и легочном кровотечении.
6. Оказание неотложной помощи при спонтанном пневмотораксе.
7. Оказание неотложной помощи при приступе бронхиальной астмы.
8. Оказание неотложной помощи при ТЭЛА.
9. Оказание неотложной помощи при респираторном дистресс синдроме.
10. Оказание неотложной помощи при обструкции воздухоносных путей.
11. Оказание помощи и реанимационные мероприятия при острой дыхательной недостаточности, остановке дыхания.
12. Неотложная помощь при инфекционно- токсическом шоке.
13. Неотложная помощь при аспирационном синдроме.
14. Неотложная помощь при гипертермии.
15. Неотложная помощь при синкопальных состояниях.
16. Оказание неотложной помощи при судорожном синдроме.
17. Оказание неотложной помощи при острой правожелудочковой недостаточности.
18. Оказание неотложной помощи при гиповолемическом шоке.
19. Исследование функции внешнего дыхания. Основные показатели спирограммы (ЧДД, ОФВ1, максимальной скорости выдоха, ЖЕЛ, функциональные пробы).
20. Методика проведения плевральной пункции. Показания. Анализ плевральной жидкости.
21. Понятие вариабельности пиковой скорости выдоха. Методика проведения и оценка результатов показателей пиковой флуометрии при патологии бронхолегочной системы (ХОБЛ, БА).
22. Оценка общего и бактериологического анализа мокроты при различных заболеваниях бронхолегочной системы.
23. Туберкулинодиагностика. Методика проведения и применение туберкулиновых проб.

24. Методика проведения бронхоскопии. Показания. Оценка результатов исследования.
25. Небулайзерная терапия. Виды небулайзеров. Показания. Методика.
26. Современные средства доставки лекарственных средств в дыхательные пути (порошковые ингаляторы - хандихалер, турбухалер, рапихалер, бризхалер, дискхалер, спинхалер, эллипта; ДАИ; спейсеры).
27. Методы обследования пульмонологического больного (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
28. Методика проведения, показания к проведению радиоизотопного обследования легких. Оценка результатов.
29. Проведение постурального и позиционного дренажа бронхов.
30. Оценка кислотно-щелочного и газового состояния крови.
31. Показания к проведению КТ органов грудной клетки. Интерпретация рентгенограмм, томограмм и компьютерных томограмм органов грудной клетки.
32. Показания и методика проведения ангиопульмонографии. Оценка данных ангиопульмонографии.
33. Дифференциальная диагностика бронхиальной и сердечной астмы.
34. Изменения данных аускультации, перкуссии и инструментальных показателей при пневмонии.
35. Структура нормальной ЭКГ. ЭКГ изменения при ТЭЛА.
36. Бронхография. Показания к проведению. Методика. Интерпретация результатов.
37. Показания и методика проведения оксигенотерапии.
38. Трахеостомия. Показания. Методика.
39. Гипербарическая оксигенация. ИВЛ. Показания. Методика проведения.
40. Методика проведения искусственного дыхания и непрямого массажа сердца.

Перечень вопросов для III этапа государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.49 Терапия

1. Социальная гигиена и общественное здравоохранение. Санитарные и эпидемиологические аспекты здравоохранения в пульмонологии. Разработка социально-экономических и медицинских мероприятий профилактики пульмонологических заболеваний. Реализация комплекса программ снижения и ликвидации наиболее распространенных и тяжелых заболеваний. Реализация мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, гигиеническому обучению и воспитанию.
2. Организация пульмонологической помощи в Российской Федерации. Разработка вопросов планирования и управления лечебно-профилактической помощью населения. Оценка утраты трудоспособности при болезнях органов дыхания.
3. Анатомия и физиология бронхо-легочной системы. Респираторная функция легких: вентиляция, газообмен и кровообращение. Механика дыхания. Альвеолярный эпителий и легочный сурфактант. Эпителий дыхательных путей и образование секрета. Иммунологические аспекты респираторной медицины.
4. Инструментальные методы исследования в пульмонологии.
5. Эндоскопические методы диагностики. Диагностическая бронхоскопия. Аутофлюоресцентная бронхоскопия. Современные методы уточняющей диагностики в бронхологии: эндобронхиальная ультрасонография, конфокальная эндомикроскопическая система Pentax ICS-100. Торакоскопия.
6. Исследование функции внешнего дыхания. Основные показатели, характеризующие обструктивные и рестриктивные нарушения вентиляционной функции легких
7. Методы визуализации в диагностике бронхо-легочных заболеваний.
8. Вакцинация. Вакцинация против гриппа. Вакцинация против пневмококковой инфекции. Схемы вакцинации. Показания и противопоказания к вакцинации. Профилактика поствакцинальных осложнений
9. Острые респираторные заболевания. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, диагностика. Лечение, профилактика
10. Грипп. Оценка степени тяжести. Клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Особенности лечения гриппа у беременных женщин.
11. COVID-19. Алгоритм обследования пациента с подозрением на COVID-19. Оценка степени тяжести. Клиника, инструментальная и лабораторная диагностика, прогностические лабораторные маркеры. Лечение легких форм COVID-19.
12. Особенности течения, клиника, диагностика, лечение среднетяжелых форм COVID 19.
13. Особенности течения, клиника, диагностика, лечение тяжелых форм COVID 19.
14. Современные особенности микробиологического исследования биологического материала при пневмонии. Критерии воспалительного характера мокроты. Экспресс-диагностика при бактериальных пневмониях, атипичных пневмониях и при подозрении на вирусную пневмонию.
15. Пневмония. Современные представления об этиологии, патогенезе. Классификация. Шкала оценки степени тяжести пневмонии. Критерии диагноза пневмонии.
16. Внебольничная пневмония. Этиология. Диагностика. Диагностические критерии. Лечение. Показания к госпитализации. Профилактика.
17. Внутрибольничные пневмонии. Этиология. Клинические особенности. Фармакотерапия с позиций доказательной медицины. Тяжелая пневмония.

- Критерии эффективности терапии. Осложнения пневмонии, классификация. Терапия осложнений
18. Патогенетические аспекты лечения пневмонии в зависимости от возбудителя и степени тяжести заболевания. Критерии эффективности терапии. Показания к госпитализации больных с пневмонией. Критерии и сроки временной нетрудоспособности. Профилактика.
 19. Дифференциальная диагностика внебольничных и госпитальных пневмоний. Клинические особенности. Фармакотерапия с позиций доказательной медицины. Критерии эффективности терапии. Осложнения пневмонии, классификация. Терапия осложнений.
 20. Острый и хронический бронхит. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Особенности клиники, диагностические обследования. Патогенетические аспекты терапии, критерии эффективности. Профилактика.
 21. Бронхиолиты. Этиология, патогенез заболевания. Современная классификация. Критерии диагностики. Оценка степени тяжести заболевания. Современный к терапии.
 22. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Критерии диагностики, необходимый минимум исследований. Течение заболевания.
 23. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные подходы к терапии. Базисная терапия ХОБЛ, терапия обострений ХОБЛ. Показания к госпитализации. Критерии эффективности терапии. Показания к проведению антибактериальной терапии. Профилактика, диспансерное наблюдение.
 24. Современная стратификация пациентов с ХОБЛ на основе модели оценки симптомов и риска. Группы А, В, С и D.
 25. Бронхиальная астма. Этиология, патогенез заболевания. Современная классификация бронхиальной астмы. Критерии диагностики. Роль пикфлоуметрии и спирографии в диагностике бронхиальной астмы. Оценка степени тяжести заболевания. Дифференциальный диагноз бронхообструктивного синдрома.
 26. Бронхиальная астма, современный ступенчатый подход к терапии. Проведение базисной терапии заболевания. Лечение обострений заболевания бронхиальной астмы. Показания для назначения ингаляционных и системных глюкокортикостероидов. Диспансерное наблюдение больных бронхиальной астмой, показания для госпитализации пациентов. Определение временной и стойкой нетрудоспособности.
 27. Тяжелая бронхиальная астма. Осложнения бронхиальной астмы (астматический статус). Этиология, патогенез, классификация, клинические особенности лечения, интенсивная терапия на разных стадиях астматического статуса
 28. Легкая бронхиальная астма: диагностика, особенности ведения.
 29. Моноклональные антитела, применяемые в лечении тяжелой БА. Особенности назначения препаратов биологической терапии при тяжелой БА.
 30. Неаллергическая бронхиальная астма. Бронхиальная астма и ГЭРБ. Бронхиальная астма и ожирение. Этиология, патогенез заболевания.
 31. Особенности ведения коморбидных пациентов.
 32. Инфекционные заболевания плевры. Этиология, патогенез и патофизиология. Клинические проявления и течение инфекционного заболевания плевры. Диагностика. Диф. диагноз. Медикаментозное и хирургическое лечение.
 33. Экссудативный плеврит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, Показания к проведению плевральной пункции. Интенсивная терапия.
 34. Тромбоэмболия легочной артерии. Факторы риска, патогенез, классификация, клиника. Основные принципы профилактики у больных хирургического и терапевтического профиля

35. Тромбоэмболия легочной артерии. Дифференциально-диагностический алгоритм. ЭКГ-диагностика. Общие принципы интенсивной терапии ТЭЛА.
36. Легочное сердце. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Стадии формирования хронического легочного сердца. Ранняя диагностика легочного сердца. Диспансерное наблюдение. Экспертиза нетрудоспособности. Показания к направлению на МСЭК.
37. Первичная легочная гипертензия. Определение. Классификация. Клиника. Диагностика, Лечение.
38. Легочное кровотечение. Этиология, патогенез, клиника, показания к бронхоскопии и ангиографии легких. Дифференциальная диагностика. Лечение. Интенсивная терапия и реанимация.
39. Наследственная патология органов дыхания. Синдром Картагенера. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, диагностика. Лечение.
40. Абсцесс легкого и гангрена легких. Этиология, патогенез, морфология, классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика, лечение. Показания к хирургическому лечению.
41. Рак легкого. Значение хронических бронхолегочных заболеваний в развитии рака. Классификация рака легкого по стадиям. Центральный и периферический рак. Клиника. Метастазы и их локализация. Симптомы нарушения бронхиальной проводимости. Диагностика. Роль бронхоскопии и бронхографии. Возможности хирургического лечения
42. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология, патогенез, морфология. Классификация. Осложнения. Лабораторная, рентгенологическая диагностика. Лечение, показания к хирургическому лечению, прогноз, диспансеризация, МСЭ.
43. Эмпиема плевры. Этиология, патогенез, морфология, классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика, лечение. Показания к хирургическому лечению.
44. Муковисцидоз. Этиология, патогенез, клинические формы. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
45. Профессиональные заболевания легких. Классификация. Пневмокониозы, этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
46. Пневмоторакс. Классификация. Этиология, патогенез, клиника. Показания к оперативному лечению. Интенсивная терапия и реанимация.
47. Дыхательная недостаточность: обструктивная, рестриктивная, смешанная. Этиология, патогенез, клиника, показатели функциональных проб. Инструментальная лабораторная и клиническая диагностика. Интенсивная терапия.
48. Эмфизема легких, ее виды (первичная и вторичная). Роль генетического фактора в ее развитии.
49. Интерстициальные заболевания легких. Этиология, патогенез. Современные принципы классификации. Дифференциальная диагностика. Подходы к терапии.
50. Саркоидоз. Этиология, патогенез, морфология, клиника, диагностика, лечение, прогноз, реабилитация
51. Поражение легких при гистиоцитозе. Этиология. Патогенез. Морфология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение
52. Легочная эозинофилия. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
53. Поражения легких при системных заболеваниях соединительной ткани. Алгоритм диагностики и дифференциальной диагностики. Тактика ведения.
54. Легочные васкулиты: классификация и диагностические алгоритмы.

55. Идиопатический легочный фиброз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Современные возможности противofiбротической терапии. Обострения ИЛФ.
56. Экзогенные аллергические альвеолиты (гиперчувствительные пневмониты). Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. диагностика. Лечение. Профилактика.
57. Дефицит альфа-1-антитрипсина. Этиология. Патогенез поражения легочной ткани. Клинические проявления. лабораторная диагностика. Инструментальная диагностика. функциональная диагностика. Лечение. Профилактика.
58. Лекарственно-индуцированные поражения легких. Пневмотоксичные препараты. Механизмы развития нежелательных побочных эффектов. Клинические проявления медикаментозного проявления легких. Диагностика. Тактика. Основные группы лекарственных препаратов и средств медицинского применения, вызывающие повреждения легких
59. Идиопатические интерстициальные пневмонии. Патогенез. Классификация. Морфологическая картина. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы терапии.
60. Грибковые поражения легких. Этиология, патогенез. Классификация, Аспергиллез легких. клиника, диагностика. Лечение, профилактика.
61. Паразитарные поражения легких. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, диагностика. Лечение, профилактика.
62. Туберкулез легких. Этиология, патогенез, диагностика. Клинические формы туберкулеза легких.
63. Дифференциальная диагностика пневмонии и туберкулеза легких. Туберкулинодиагностика. Диаскин-тест.
64. Анафилактический шок и анафилактические реакции. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия и реанимация. Отек Квинке. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Интенсивная терапия.
65. Респираторный дистресс-синдром у взрослых. Причины развития. Клиника. Диагностика. Лечение.
66. Отек легких. Этиология, патогенез, клиническая картина. Дифференциальная диагностика кардиогенного и некардиогенного отека легких. Общие принципы интенсивной терапии.
67. Аспирационный синдром. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Интенсивная терапия.
68. Бронхообструктивный синдром. Диагностика и дифференциальная диагностика.
69. Дифференциальная диагностика болей в грудной клетке.
70. Беттолепсия. Причины. Диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы терапии.
71. Дифференциальная диагностика одышки.
72. Лихорадка неясного генеза. Дифференциальный диагноз.
73. Дифференциальная диагностика при кровохарканьи и при легочном кровотечении.
74. Обструкция воздухоносных путей. Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика ведения.
75. Дифференциальная диагностика инфильтративных процессов в пульмонологии.
76. Дифференциальная диагностика округлых и полостных образований в легких.
77. Синдром кашля: дифференциальная диагностика
78. Гипервентиляционный синдром. Критерии диагностики. Дифференциальная диагностика
79. Неинвазивная вентиляция легких. Особенности неинвазивной вентиляции легких. Преимущества и недостатки. Показания.

80. Механическая вентиляция легких. Режимы искусственной вентиляции легких. Параметры вентиляции. Показания. Контроль пациентов, находящихся на искусственной вентиляции легких. Прекращение ИВЛ.
81. Экстракорпоральная мембранная оксигенация. Принципы работы, газообмен и гемодинамика при экстракорпоральной мембранной оксигенации. Виды экстракорпоральной мембранной оксигенации. Показания и противопоказания. Осложнения.
82. Особенности ведения пульмонологического пациента с ХБП.
83. Особенности лечения беременных с пневмонией.
84. Особенности фармакотерапии обструктивных заболеваний легких у лиц с сердечно-сосудистой патологией.
85. Поражение легких при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Особенности ведения.
86. Легочные осложнения при эндокринных заболеваниях. Особенности ведения.
87. Особенности лечения патологии легких у беременных.
88. Патология дыхания во сне. Синдром ночного апноэ. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
89. Глюкокортикоиды при заболеваниях легких: «топические» и системные. Показания для местного и системного применения глюкокортикоидов при заболеваниях легких. Противопоказания, нежелательные эффекты терапии, меры по их предупреждению.
90. Современные муколитические препараты. Классификация, механизм действия, показания к применению.
91. Современные бронхолитические препараты. Классификация, механизм действия, показания к применению.
92. Легочная реабилитация. Цели реабилитации. Подходы легочной реабилитации в зависимости от патологии. Тренирующие программы. Методы улучшения нутритивного статуса.
93. Закрытые травмы грудной клетки. Патогенез торакальной травмы. Классификация повреждений грудной клетки. Клиническая картина. Формулировка диагноза. диагностика. Общие принципы лечения повреждений грудной клетки. Показания к торакотомии.
94. Токсическое повреждение легких. Общая характеристика поражений отравляющими веществами. Фосфорорганические отравляющие вещества. Отравляющие и высокотоксичные вещества пульмонотоксического действия. Отравляющие и высокотоксичные вещества раздражающего действия. Патогенез. Клиническая картина. Первая врачебная и специализированная медицинская помощь.

Ситуационные задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

Пациент К. 63 года предъявляет жалобы на усиление одышки экспираторного характера при незначительной физической нагрузке (умывании, одевании), сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с увеличением мокроты до 20 мл в сутки в утренние часы, повышение температуры до 37,8 °С.

Анамнез заболевания: сухой кашель в течение последних 20 лет. Последние 10 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъеме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, появилась густая, скудная мокрота желто-зеленого цвета. Обострения 2 раза за прошедший год. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8 °С, усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объем, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома Ампициллин по 250 мг 3 раза в день, Беродуал по 2 вдоха 4 раза в день без улучшения. Обратился в приёмный покой городской больницы.

Анамнез жизни: курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки, употребляет 1 раз в месяц 200 мл водки. Работает прорабом на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективно: кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура 37,5°С. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук – коробочный. Подвижность нижнего лёгочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Отёков нет. По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния mMRSquestoinnaire - 4 балла.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,42 \times 10^{12}$ /л, Нв -165 г/л, Нт - 50%, лейкоциты - $8,4 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мокроты – вязкая, зеленого цвета. Лейкоциты – 100 в поле зрения, эритроцитов – нет. По пульсоксиметрии сатурация кислорода - 88%.

ФВД-ОФВ1 – 29%, ЖЕЛ – 52%, индекс ОФВ1/ФЖЕЛ – 57%. При пробе с Сальбутамолом 4 дозы Δ ОФВ1 – 2,12%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. .
3. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

Женщина 50 лет, швея, обратилась в поликлинику с жалобами на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди. Впервые заболела после тяжелой пневмонии 11 лет назад. Затем приступы повторялись после физической нагрузки и во время простудных заболеваний. Приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки). В анамнезе: внебольничная 2-сторонняя бронхопневмония, острый аппендицит. Наличие аллергических заболеваний у себя и родственников отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и слизистые чистые, физиологической окраски. Язык влажный. Лимфоузлы не увеличены. В лёгких: перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жесткое, сухие хрипы по всем лёгочным полям, свистящие при форсированном выдохе. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 140/90 мм рт. ст. Пульс – 69 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены.

Анализ крови: гемоглобин – 12,6 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $9,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 5%, моноциты – 6%, лимфоциты – 13%; СОЭ - 19 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 5,3 мкм/л; общий белок - 82 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л.

Анализ мочи: удельный вес - 1028, белок - отриц., эпителий - 1-3 в поле зрения.

Анализ мокроты: слизистая, без запаха. При микроскопии: лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эозинофилы - 10-12 в поле зрения, клетки эпителия бронхов, ед. альвеолярные макрофаги. ВК - отриц. (3-кратно).

Ро-графия грудной клетки: повышена прозрачность лёгочных полей, уплощение и низкое стояние диафрагмы. Лёгочный рисунок усилен. Корни лёгких увеличены, тень усилена. Тень сердца увеличена в поперечнике.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Пациент 28 лет обратился с жалобами на головокружение, обмороки при физической нагрузке или быстрой перемене положения тела, быструю утомляемость, слабость при физической нагрузке, приступы удушья.

Считает себя больным в течение последних нескольких месяцев, когда появились вышеуказанные жалобы.

Из анамнеза известно, что еще в школе при проведении профилактических осмотров было подозрение на порок сердца, однако более точной информации сообщить не может.

При осмотре: Правильного телосложения, нормального физического развития. Костно-мышечная система хорошо развита. Кожные покровы бледные. Умеренная одышка в покое с затруднённой фазой вдоха. ЧД 20 в мин. В лёгких при аускультации рассеянные влажные хрипы. Пальпация области сердца - резко усиленный, приподнимающий “двойной” верхушечный толчок, в V межреберье по срединно-ключичной линии. При перкуссии границы относительной тупости сердца смещены влево. При аускультации сердца I и II тоны ослаблены; выслушивается грубый интенсивный ромбовидный систолический шум в точке Боткина и во II межреберье справа. ЧСС-88 уд в мин. АД-128/74 мм рт.ст. Пульсация на периферических артериях: pulsus parvus, tardus et rarus. Двойной тон Траубе. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Неврологическая симптоматика без особенностей.

ЭКГ: Больной К. 39 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухой кашель, повышение температуры до 37,5 °С, общую слабость, боль в грудной клетке при дыхании. В анамнезе – переохлаждение.

Объективно: бледность кожных покровов, небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии лёгких ясный лёгочный звук над всей поверхностью лёгких. При аускультации: ослабленное дыхание и шум трения плевры с правой стороны ниже угла лопатки.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки – без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите объём дообследования, необходимый для уточнения диагноза.
4. С какими заболеваниями требуется провести дифференциальную диагностику данного состояния?
5. При прогрессировании заболевания уменьшились кашель и боль в грудной клетке, появилась выраженная одышка, при клиническом осмотре появились притупление перкуторного тона, ослабление везикулярного дыхания и голосового дрожания в нижних отделах правого лёгкого. Какое инструментальное исследование следует выполнить повторно и с какой целью?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Больной М, 21 год, студент, проходит курс инъекционной АСИТ клещевыми аллергенами по поводу бронхиальной астмы и персистирующего аллергического ринита. Сегодня явился на очередную инъекцию аллергена. Самочувствие хорошее, жалоб нет, температура тела 36,6. Бронхиальную астму контролирует низкими дозами ГКС (пульмикорт 200мкг/сут). Аллерген введен из нового флакона в прежней дозе. На месте инъекции выделилась капля крови. При выходе из поликлиники почувствовал резкое ухудшение самочувствия - появились чувство стеснения в груди, слабость, сердцебиение, чувство жара во всем теле, беспокойство, головная боль, затрудненное дыхание, одышка, кашель, свист в груди. Объективно: Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные с холодным липким потом. ЧДД - 30 в минуту, АД -60/40, Ps-120 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. В легких дыхание поверхностное, ослабленное, с затрудненным выдохом, свистящие хрипы. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Тактика ведения больного.
3. Неотложная терапия

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Пациент 45 лет обратился к терапевту с жалобами на одышку при интенсивной физической нагрузке(бег, подъем тяжестей), по шкале mMRC=1 балл).

Кашель с отхождением небольшого количества мокроты, преимущественно по утрам(по тесту САТ=8 б).

Из анамнеза известно, что продуктивный кашель появился более 10 лет назад. Пациент не обследовался. Причиной обращения стала одышка при ранее удовлетворительно переносимой физической нагрузке(занятия спортом), которую стал замечать в течение последнего года. В течение года перенес 1 обострение, не потребовавшее госпитализации. Амбулаторно принимал амоксициллин. Наследственность по atopическим, респираторным и сердечно-сосудистым заболеваниям не отягощена. Курит по 1.5 пачки сигарет в день в течение 27 лет.

Объективно :температура тела-36.6 С, ЧСС 68 в минуту. ЧДД 16 в минуту, АД 130\80 мм.рт. ст. Физикально: по органам и системам -без клинически значимых отклонений.

Проведена обзорная рентгенография ОГК : легочные поля повышенной прозрачности, очаговых и инфильтративных изменений не выявлено, срединная тень не расширена. Общий анализ крови: лейкоциты- $4,7 \times 10^9$ /л, эритроциты- $3,9 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 141 г/л, гематокрит 39.6%, тромбоциты- 241×10^9 /л, СОЭ 12 мм\ч, базофилы-0%. эозинофилы-35, моноциты - 9%, нейтрофилы- 62%, лимфоциты-28%. Сывороточный уровень IgE-27 МЕ\л (норма до 100).

На электрокардиограмме: ритм синусовый. ЧСС74 уд. в минуту, нормальное положение ЭОС.

ЭХО-КГ: фракция выброса ЛЖ-70%. Локальных нарушений сократимости не выявлено., стенки миокарда не утолщены, диастолическая функция не нарушена, камеры не расширены, выпота в полости перикарда нет.

По данным исследования функция внешнего дыхания: ОФВ1=69%, ФЖЕЛ=75%, ОФВ1\ФЖЕЛ=64%, после проведения пробы с бронхолитиком (4 вдоха сальбутамола): ОФВ1=80%, ОФВ1\ФЖЕЛ=68%. SpO2= 96%. 6-минутная шаговая ходьба-480 м, SpO2=95%.

Сформулируйте диагноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 37,6°C в течение пяти дней, кашель с желтоватой мокротой.

Анамнез заболевания. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. Другие лекарства не принимал. За десять дней до этого перенёс ОРВИ. Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет.

Объективно: Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 19 в минуту. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается умеренное количество влажных крепитирующих хрипов в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, 82 удара в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Рентгенография органов грудной клетки прямой и боковой проекции: справа в 9-10 сегментах нижней доли определяется инфильтрация.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.
5. Пациенту назначена явка через два дня для оценки действия назначенных лекарственных препаратов и возможной коррекции терапии. Выберите дальнейшую тактику лечения больного и объясните Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

Больной Л. 37 лет находится в стационаре, диагноз «внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле правого легкого, средне-тяжёлое течение, ДН I». Заболел остро 4 марта: появился озноб, повышение температуры тела до 38,8 °С. В течение последующих 3 дней появились жалобы на сухой кашель, боли и тяжесть в правой половине грудной клетки, температура в пределах 38-38,7 °С. Самостоятельно принимал противовирусные препараты (Арбидол, Ингавирин), жаропонижающие средства, врача-терапевта участкового на дом не вызывал. В связи с отсутствием улучшения состояния, сохранением кашля, болей в грудной клетке и повышения

температуры тела 7.03, вызвал скорую помощь и был госпитализирован в терапевтическое отделение.

Рентгенография лёгких (7 марта): признаки пневмонии нижней доли правого лёгкого.

Общий анализ крови (7.03): Нб – 145 г/л, лейкоциты – 18×10^9 /л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 240×10^9 /л, палочкоядерные – 12%, лимфоциты – 20%, нейтрофилы – 74%, эозинофилы – 1%, моноциты – 3%, СОЭ – 25 мм/ч. Лист назначения: цефазолин 2.0 в\в 3 раза в день, амикацин 1.0 в\в 1 раз в сутки. Амброксол 30 мг 3 раза в день.

Вопросы:

1. Оцените рациональность стартовой эмпирической антимикробной терапии с учётом спектра действия препарата.
2. Оцените рациональность проведённой смены антибактериального препарата с учётом спектра действия препарата и наиболее частых возбудителей внебольничной пневмонии.
3. Предложите методы и время контроля эффективности антибактериальной терапии.
4. Сочетание каких из назначенных препаратов повышает риск развития нефротоксического побочного действия? (Ответ обоснуйте).
5. Предложите рекомендации по оптимизации антибактериальной терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8

Мужчина, 65 лет, курильщик (40 пачка/лет) на приеме у пульмонолога. 4 мес назад находился на госпитализации в пульмонологическом отделении с жалобами на одышку при физической нагрузке, которая появилась около 2 лет назад, медленно прогрессирует, сухой кашель.

Профессиональный анамнез без особенностей.

Пациент был полностью обследован, поставлен диагноз "идиопатический легочный фиброз", также была диагностирована гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Назначена медикаментозная терапия: антифибротические препараты + ингибиторы протонной помпы. Пациент обеспокоен своим состоянием, около месяца назад бросил курить, в настоящий момент отмечает улучшение общего самочувствия.

Вопрос:

1. Возможно ли, что гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь - осложнение ИЛФ?
2. Какие осложнения наиболее типичны для ИЛФ?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

Мужчина, 57 лет, курильщик (33 пачка/лет), находится в пульмонологическом отделении. Поступил 7 дней назад с жалобами на одышку при незначительной нагрузке, сухой кашель, слабость, снижение массы тела. Обследован, поставлен диагноз "идиопатический легочный фиброз". Назначена терапия ингибитором тирозинкиназы (нинтеданиб) в дозе 150 мг 2 раза в сутки. На фоне приема препарата отмечает появление диареи и тошноты.

Вопросы:

1. Какова тактика лечащего врача?
2. Являются ли вышеперечисленные симптомы побочными эффектами антифибротической терапии или у пациента возникло другое заболевание.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10

Мужчина 56 лет, жалуется на выраженную одышку при минимальной физической нагрузке, кашель с мокротой. Из анамнеза: кашель с мокротой более 10 лет, одышка при физической нагрузке около 5 лет. Курил 40 лет по 20—30 сигарет в день, в течение года не курит. Использует комбинированные короткодействующие бронхолитики (ипратерол/фенотерол) до 12 доз в сутки. Данные по опросникам и шкалам: САТ – тест – 32 балла. MRC – 4 .

При аускультации в легких выслушивается ослабленное дыхание, небольшое количество рассеянных сухих свистящих хрипов на выдохе. Перкуторный звук с коробочным оттенком по всем полям. Частота дыхания 16 в 1 мин. SpO₂ при дыхании атмосферным воздухом 95% в покое. В тесте с 6-минутной ходьбой - SpO₂ 92%.

При функциональном исследовании получены следующие результаты : Кривая поток – объем: ОФВ1- 14% от д.в. , ОФВ1/ФЖЕЛ - 19%, ФЖЕЛ - 56% от д.в.
ПОСТДИЛАТАЦИОННЫЙ ТЕСТ – ОФВ1 – 20%, ОФВ1/ФЖЕЛ - 21%, ФЖЕЛ - 59% от д.в.

При компьютерной томографии в легочном «окне» определяются выраженные и распространенные буллезные эмфизематозные изменения . Газовый состав артериальной крови: у данного пациента выявлены гипоксемия (PaO₂ 64,6 мм рт. ст.), гиперкапния (PaCO₂ 46,9 мм рт. ст.), снижение рН до 7,37. ОАК – Эритроциты – 5.0 x10¹², Нв-152 г/л, Лейкоциты – 6,8x 10⁹, эозинофилы 1%, СОЭ- 5 мм/ч

ВОПРОС:

1. Поставьте диагноз,
2. Определите тактику ведения пациента, немедикаментозную и медикаментозную терапию, диспансерное наблюдение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 11

Больной С. 25 лет поступил в стационар с жалобами на кашель с большим количеством слизисто-гнойной мокроты (до 300 мл/сут) с неприятным запахом; кровохарканьем, повышением температуры до 39 °С, недомоганием, одышкой. Известно, что около 2

недель назад лечился по поводу пневмонии, но самостоятельно покинул отделение и продолжил лечение амбулаторно. Ухудшение около 2 дней назад.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные. Пульс - 94 в минуту, ритмичный, АД - 100/70 мм рт. ст. Границы сердца смещены вправо на 1,5 см, тоны сердца приглушены, акцент II тона над лёгочной артерией. Над лёгкими слева перкуторно определяется коробочный звук. Дыхание везикулярное, ослабленное. Слева в нижних отделах выслушиваются звучные влажные средне- и мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 24 в минуту.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Обоснуйте тактику лечения пациента.
4. Есть ли показания у больного к хирургическому лечению? Обоснуйте.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12

Мужчина 51 года, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, кашель с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, повышение температуры до 38,5 °С. Заболел 2 дня назад, когда после переохлаждения появилась слабость, сухой кашель, повысилась температура до 38 °С.

В анамнезе с 48 лет сахарный диабет 2 типа, контролируется только диетой. Другие хронические заболевания отрицает. Контакта с больными туберкулёзом не было. Курит до 1 пачки сигарет в день около 30 лет.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ - 28 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, влажные. Температура 38,5 °С. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧД – 18 в минуту. В лёгких перкуторно справа ниже угла лопатки незначительное укорочение звука. Аускультативно везикулярное дыхание, справа ниже угла лопатки дыхание ослабленное, там же выслушивается звучная крепитация. Пульс - 95 в минуту, ритмичный. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Периферических отёков нет.

Общий анализ крови: эритроциты - $5,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $10,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 71%, лимфоциты - 22%, моноциты - 3%. СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии. Анализ мокроты: слизисто-гнойная, без запаха, лейкоциты – 30-40 в поле зрения, эритроциты – не обнаружены, эпителий плоский – 10-25 в поле зрения, эластических волокон нет, ВК не обнаружено.

Рентгенография органов грудной клетки: справа в нижнем лёгочном поле (S9) участок инфильтрации лёгочной ткани неоднородной структуры, с нечёткими контурами. Сердце без патологии. Врач-терапевт участковый поставил диагноз «пневмония». Назначил лечение в амбулаторных условиях: Азитромицин 500 мг 1 раз в день – 3 дня, Ацетилцистеин 600 мг 1 раз в день, Парацетамол 500 мг 3 раза в день.

Вопросы:

1. Правильно ли врач-терапевт участковый поставил и сформулировал диагноз? Обоснуйте свой ответ.
2. Правильно ли врач-терапевт участковый выбрал место лечения пациента? Обоснуйте свой ответ, используя шкалу CRB-65.
3. Правильно ли врач-терапевт участковый выбрал антибактериальный препарат для лечения пневмонии? Обоснуйте свой ответ.
4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.
5. Показано ли пациенту после выздоровления диспансерное наблюдение? Обоснуйте свой ответ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13

Мужчина М. 34 лет, грузчик, при госпитализации в пульмонологическое отделение предъявляет жалобы на слабость, похудание в течение последнего месяца, одышку, боли в грудной клетке.

Объективно: состояние больного средней степени тяжести, температура 37,6 °С, справа отмечается сглаживание межрёберных промежутков, там же резко снижено голосовое дрожание и значительно укорочен перкуторный звук от 5 ребра по лопаточной и подмышечным линиям. Дыхание в верхних отделах правого лёгкого несколько ослаблено, в нижних - не проводится. Слева по всем легочным полям – везикулярное. Пульс ритмичный, 82 удара в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, тоны ясные, шумов нет.

Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты - $9,9 \times 10^9$ /л; эозинофилы - 1%; палочкоядерные нейтрофилы - 3%; сегментоядерные нейтрофилы - 76%; лимфоциты - 15%; моноциты - 5%; СОЭ - 35 мм/час. Общий анализ промывных вод бронхов: лейкоциты - 2-3 в поле зрения, единичные альвеолярные и эпителиальные клетки. Промывные воды бронхов (3 анализа) на микобактерии туберкулёза методом микроскопии – КУМ отриц. Посев промывных вод бронхов на неспецифическую микрофлору – роста патогенной микрофлоры нет.

Общий анализ мочи: норма.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: справа ниже V ребра до диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение с чёткой косой верхней границей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14

Больная, 45 лет. В анамнезе - приступообразный кашель со слизистой мокротой после интенсивной физической нагрузки, особенно в зимнее время года, с 20–25-летнего возраста, продолжающийся от 3 до 10 мин, проходящий самостоятельно или после приема симптоматических средств.

Анамнез заболевания: Около 10 лет беспокоит приступообразный "надсадный" кашель со слизистой и слизисто-гнойной мокротой на фоне и после острой респираторной вирусной инфекции продолжительностью до 10-12 дней, а также в ответ на физическую нагрузку.

Острые респираторные вирусные инфекции повторяются 1 раз в 2-3 года. С этого времени

- применение комбинации салметерол + флутиказон 250 мкг/50,0 мкг на регулярной основе 2 дозы в сутки и ингаляции сальбутамола 100 мкг по 2 дозы до 10-12 раз в сутки "по требованию" при указанных симптомах до 10-14 дней.

Исследование функции внешнего дыхания выявило нарушение бронхиальной проходимости на уровне мелких бронхов средней степени. ОФВ1 = 70% должной величины, отношение ОФВ1 к форсированной жизненной емкости легких составляет 75%, ПСвд 380 л в минуту, насыщение крови кислородом 95%.

Сопутствующее заболевание: интермиттирующий аллергический ринит. Очередная острая респираторная вирусная инфекция вызвала подобные симптомы. Интенсивный приступообразный кашель со слизистой и слизисто-гнойной мокротой беспокоил каждые 2-3 ч. Начата терапия будесонидом + формотеролом 160 мкг/4,5 мкг 1 ингаляция 2 раза в день и "по требованию" по 1-2 дозы препарата. Число доз достигало в первые 3 сут до 10-12, побочных эффектов не было. В последующие 3-4 сут больная применяла ингаляции будесонида + формотерола 160 мкг/4,5 мкг 1 ингаляция 2 раза в день и "по требованию" до 4-6 доз препарата в сутки, на 5-е сутки только плановая будесонид + формотеролом 160 мкг/4,5 мкг 1 ингаляция 2 раза в сутки в течение последних 2 нед. В течение этого времени беспокоил приступообразный кашель с ощущением свистящих хрипов в грудной клетке до 2-3 раз в неделю, проходящий после ингаляций будесонида + формотерола. Ограничений физической активности и ночных симптомов БА не отмечено.

Вопрос:

1. Сформулируйте диагноз
2. Какой вариант базисной (постоянной) терапии БА наиболее предпочтителен для данной пациентки в дальнейшем?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 15

Пациент, 60 лет, поступил в стационар с жалобами на остро возникшую боль в левой половине грудной клетке после приступа кашля с иррадиацией в левую руку и шею, усиливающуюся при кашле, дыхании, движении, внезапное резкое усиление одышки. Чувство нехватки воздуха, страх.

В анамнезе: гипертоническая болезнь 3 стадии, 3 степени, риск 4, ИБС: Стенокардия напряжения ФК III, ХОБЛ, тяжелое течение., язвенная болезнь 12-ти перстной кишки. Более 30 лет работал химиком—лаборантом, контактировал с летучими кислотами, щелочами, галогенами. На постоянной основе получает лозартан 50 мг, метопролол 50 мг 2 раза в день, индапамид 1,5 мг, АСК 100 мг, симвастатин 40 мг, тиотропия бромид 18 мкг в сутки, будесонид\формотерол по 320\9.0 мкг 1 доза 2 раза. На фоне получаемой терапии адаптирован к АД 130-140\80 мм.рт. ст. ЧСС обычно в пределах 65-75 в минуту. Последнее обострение ХОБЛ полгода назад.

Объективно: общее состояние тяжелое, отмечается диффузный цианоз, набухание яремных вен, отставание при дыхании левой половины грудной клетки -тимпанический перкуторный звук, участие дополнительной мускулатуры в акте дыхания. ЧСС 130 в минуту, ЧДД 28 в минуту, АД 85\45 мм. рт. ст. При аускультации легких справа выслушивается ослабленное везикулярное дыхание и определяется коробочный перкуторный звук, дыхание и голосовое дрожание не проводится. Тоны сердца глухие, ритм правильный, шумы не выслушиваются.

Вопросы:

1. Какова наиболее вероятная причина настоящего ухудшения?
2. Сформулируйте диагноз

3. Определите стратегию терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 16

Больной Ф. 35 лет на приёме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на слабость, повышенную утомляемость, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, потливость по ночам в течение 1,5-2 месяцев. Сегодня во время приступа кашля больной почувствовал острую боль в правой половине грудной клетки, усиление одышки, учащение сердцебиения.

Из анамнеза: 3 года назад перенёс правосторонний сухой плеврит, лечился у врача-терапевта участкового. Контакт с больными туберкулёзом отрицает. ФЛГ проходит регулярно, последняя - год назад (без патологии).

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура - 37,5 °С. Больной пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфатические узлы не увеличены. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. ЧДД - 24 в минуту. Перкуторно справа – тимпанический звук, слева – в верхних отделах укорочение лёгочного звука. Аускультативно справа – дыхание резко ослаблено, слева в межлопаточной области выслушиваются единичные влажные хрипы. Тоны сердца ясные, ритм правильный, тахикардия. Пульс - 120 ударов в минуту, АД - 90/50. Лабораторные данные.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 143 г/л; лейкоциты – $9,6 \times 10^9 /л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 69%, лимфоциты - 19%, моноциты - 5%; СОЭ – 25 мм/час. Общий анализ мочи: без патологических изменений. Анализ мокроты на МБТ: м/копия – КУМ не найдены.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции: справа лёгкое коллабировано на 1/5 гемиторакса за счёт прослойки воздуха. В лёгочной ткани в верхних и средних полях определяются очаговые тени разных размеров, малой и средней интенсивности, склонные к слиянию. В С1, С2 с обеих сторон – полости распада 1-2,5 см в диаметре. Корни плохо дифференцируются. Сердце без особенностей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите тактику ведения пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 17

Мужчина, 72 года, курильщик (59 пачка/лет). Находится в отделении пульмонологии с диагнозом "идиопатический легочный фиброз".

Из анамнеза известно, что одышка появилась около 2 лет назад, медленно прогрессирует, настоящая госпитализация связана с ухудшением общего самочувствия в течение последних 3 мес, появлением одышки в покое и при минимальной физической нагрузке, сухого мучительного кашля, общей слабости. Диагноз верифицирован год назад, тогда же была назначена терапия пирфенидоном.

Профессиональный анамнез без особенностей, контакта с птицами не было.

При поступлении обращали на себя внимание появление центрального цианоза при небольшой физической нагрузке, пастозность голеней и стоп, одышка в покое. В отделении пациенту проводилась медикаментозная терапия пирфенидоном, кислородотерапия, коррекция сопутствующих заболеваний и осложнений (легочной гипертензии, ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии). Уровень парциального давления кислорода в артериальной крови на момент выписки - 53 мм рт.ст. Пациенту рекомендовано продолжить прием медикаментозной терапии в полном объеме, также рекомендована длительная оксигенотерапия в домашних условиях.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз данному пациенту.
2. Какие показания для назначения длительной оксигенотерапии в данном случае?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 18

Мужчина, 28 лет, предъявляет жалобы на затруднение дыхания, кашель и хрипы при дыхании, повторяющиеся до 3-4 раз в неделю в дневное время и почти еженедельно ночью в течение последних 6 мес, которые купируются после ингаляций сальбутамола.

В анамнезе астма, которая протекала бессимптомно с 10 лет. Данные жалобы появились после перенесенной острой респираторно-вирусной инфекции, их появление связывает с вдыханием холодного воздуха, отмечает кашель в ночное время.

При общем осмотре - без особенностей. Аускультативно выслушиваются рассеянные свистящие хрипы. ОФВ1 = 75% от возрастной нормы, положительная проба с сальбутамолом.

Рентгенография органов грудной клетки без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз пациенту
2. Какова адекватная терапия в данном случае?
3. Каковы стратегии терапии
4. Нуждается ли пациент в антибактериальной или противовирусной терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 19

Больной Т. 48 лет. при обращении к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на слабость, повышенную утомляемость, температуру (утрами не выше 37 °С, вечерами до 38,5 °С), одышку при движении, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, боли в животе, жидкий стул до 4 раз в день.

Анамнез жизни: язвенная болезнь желудка в течение 7 лет с частыми обострениями. Курит по 1 пачке в день. Алкоголем не злоупотребляет. Ранее туберкулёзом не болел. Контакт с больным туберкулёзом отрицает. ФЛГ регулярно. Последняя ФЛГ 1 год назад без патологии.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, перкуторно – укорочение лёгочного звука паравертебрально с обеих сторон, аускультативно – дыхание везикулярное, при форсированном дыхании паравертебрально выслушиваются влажные хрипы, больше справа. ЧДД - 21 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, при пальпации некоторое напряжение мышц и болезненность в околопупочной области, симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

Лабораторные данные. Общий анализ крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты - $11,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 15%, моноциты - 14%; СОЭ – 38 мм/час. Общий анализ мочи: без патологических изменений.

Общий анализ мокроты: вязкая, слизистого характера, лейкоциты – небольшое количество. Анализ мокроты микроскопия на КУМ (3 анализа) – КУМ не найдены.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции: с обеих сторон тотально, но гуще в верхних полях, определяются очаговые тени средней интенсивности, разных размеров, с нечёткими контурами, местами склонные к слиянию. На уровне I-II ребра в обоих лёгких – полости распада от 1,5 до 3 см в диаметре. Корни структурны. Синусы свободны. Сердце без особенностей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какова адекватная терапия в данном случае?
3. Нуждается ли пациент в антибактериальной или противовирусной терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 20

Больной Д, 46 лет в течение 20 лет работал проходчиком в шахте, контактировал со свободной двуокисью кремния с превышением ПДК в 9 раз.

Последние 6 лет работает шофером. С производственными вредностями не контактирует. Во время работы на шахте регулярно проходил мед. осмотры, ФЛГ грудной клетки, патологии не находили, признавался годным в своей профессии. Последние 5 лет-ФЛГ не проходил-при устройстве на работу шофером-ФЛГ-бнз патологии.

При устройстве на работу шофером в другую автоколонну, в связи с переездом- в другой город была сделана ФЛГ. Выявлены узелковые тени до 1.5 мм в диаметре в средне-нижних отделах легких, усиление легочного рисунка.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Экспертиза трудоспособности. Решение вопроса о возможности трудоустройства по месту обращения в автоколонну

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 21

У роженицы М. 35 лет, повара, во время первых родов появились боли в грудной клетке, резкая одышка, потеряла сознание. Ранее регулярно принимала гормональные противозачаточные препараты.

Объективно: Общее состояние тяжелое, сознание присутствует, отмечается сине-багровый цианоз верхней части тела. Дыхание поверхностное до 30 в одну минуту. При аускультации дыхание ослаблено, средне- и мелкопузырчатые незвучные хрипы над всей поверхностью легких. Шейные вены набухшие, пульс нитевидный 100 в одну минуту, тоны сердца глухие. Артериальное давление 90/40 мм рт.ст. Живот увеличен, пальпации не доступен.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз
2. Определите тактику терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 22

У студента, навестившего больного товарища, на 2 сутки появились озноб, температура тела 39,1 °С, сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, тошнота, слабость, отсутствие аппетита. К концу 1 дня болезни появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной. При объективном осмотре выявлены гиперемия и одутловатость лица, заложенность носа, в зеве разлитая умеренная гиперемия задней стенки глотки и её зернистость. В лёгких – жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 ударов в минуту, ритмичный, АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Укажите план лечения данного пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 23

Больная И., 38 лет. Направлена на консультацию терапевтом. Беспокоит постепенное в течение более полугода ухудшение самочувствия. Прогрессирует одышка при небольшой физической нагрузке, кашель постоянный с отхождением небольшого количества слизистой мокроты, периодически субфебрильная температура тела, слабость, потеря аппетита, похудела на 5 кг. Приступы удушья/кашля отрицает. Работает учителем математики в средней школе. Курение – отрицает. Аллергологический анамнез

спокойный. Дома около одного года живут 2 попугая. Наследственность – у сына 10 лет в раннем детстве легкие проявления атопического дерматита, у дяди (по материнской линии) бронхиальная астма, ХОБЛ. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 37,2. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД -110/60, Ps-70 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Над легкими перкуторный тон с коробочным оттенком. В легких дыхание жесткое, рассеянные крепитирующие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. На рентгенограмме легких: снижение прозрачности легочных полей («матовое стекло»), диффузные узелково-сетчатые инфильтраты диаметром до 5 мм. По данным ФВД – преимущественно рестриктивные изменения- умеренное снижение ОЕЛ, ЖЕЛ, ФОЕ. Снижение диффузионной способности легких (ДСЛ). Умеренная гипоксемия.

Клинический анализ крови: эр- 3,5 *10¹²/л, Нв-140г/л, лейкоц- 8*10⁹/л, п-1, с-50, э-2, м-8, л-39, СОЭ-35мм/ч.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Какие исследования необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. План лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24

Больная И., 38 лет. Направлена на консультацию терапевтом. Беспокоит постепенное в течение более полугода ухудшение самочувствия. Прогрессирует одышка при небольшой физической нагрузке, кашель постоянный с отхождением небольшого количества слизистой мокроты, периодически субфебрильная температура тела, слабость, потеря аппетита, похудела на 5 кг. Приступы удушья/кашля отрицает. Работает учителем математики в средней школе. Курение – отрицает. Аллергологический анамнез спокойный. Дома около одного года живут 2 попугая. Наследственность – у сына 10 лет в раннем детстве легкие проявления атопического дерматита, у дяди (по материнской линии) бронхиальная астма, ХОБЛ. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 37,2. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД -110/60, Ps-70 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Над легкими перкуторный тон с коробочным оттенком. В легких дыхание жесткое, рассеянные крепитирующие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. На рентгенограмме легких: снижение прозрачности легочных полей («матовое стекло»), диффузные узелково-сетчатые инфильтраты диаметром до 5 мм. По данным ФВД – преимущественно рестриктивные изменения- умеренное снижение ОЕЛ, ЖЕЛ, ФОЕ. Снижение диффузионной способности легких (ДСЛ). Умеренная гипоксемия.

Клинический анализ крови: эр- 3,5 *10¹²/л, Нв-140г/л, лейкоц- 8*10⁹/л, п-1, с-50, э-2, м-8, л-39, СОЭ-35мм/ч.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Какие исследования необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. План лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25

Мужчина 30 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на приступы удушья, возникающие 1-2 раза в месяц, с затрудненным выдохом, сопровождающиеся свистящими хрипами и тяжестью в груди, приступообразным кашлем с трудноотделяемой мокротой. В последнее время приступы участились до 2 раз в неделю, возникают и ночью.

Из анамнеза известно, что приступы появились около года назад, отмечаются в течение всего года, появляются при контакте с домашней пылью, пылью растений, шерстью животных, резких запахах, прекращаются самостоятельно или после приёма таблетки Эуфиллина. У бабушки больного также были подобные приступы удушья. В течение трёх лет в мае-июне отмечает слезотечение, заложенность носа, чихание. Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 24 в мин. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих рассеянных хрипов на выдохе. Тоны сердца ритмичные, ясные, 90 ударов в минуту, АД –

110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

В анализах крови: лейкоциты – $6,0 \times 10^9$ /л; сегментоядерные нейтрофилы – 63%; лимфоциты – 23%; эозинофилы – 10%; моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/ч. Общий анализ мокроты: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты – 1– 5 в поле зрения, эозинофилы – 20–30 в поле зрения, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена. IgE сыворотки крови повышен в три раза. Спирометрия: прирост ОФВ1 после ингаляции Сальбутамола – 25%. Рентгенография органов грудной клетки - очаговых или инфильтративных теней не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26

Пациент П. 40 лет, водитель, предъявляет жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39 °С, 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. Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы.

В анамнезе: работает 15 лет водителем. Не курит. Ранее у врача не наблюдался.

Объективно: 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 °С. 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 - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

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.

Вопросы:

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?
5. Через 72 часа на фоне лечения сохраняются признаки интоксикации, лихорадка (температура 37,9 °С), ЧДД - 22 в минуту, 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 №27

Больной 25 лет, водитель, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на появление эпизодов удушья с затруднённым выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 месяцев. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет. При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела 36,7 °С. Кожные покровы чистые, влажные. Рост - 175 см, вес - 81 кг. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 80 ударов в минуту удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10×9×7 см. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте проведение врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28

Женщина 37 лет, фотограф, поступила в пульмонологическое отделение с жалобами на повышение температуры до 39 °С, одышку, малопродуктивный кашель. За последние 3 месяца второй раз болеет пневмонией, периодически возникает жидкий стул. После первой госпитализации одышка сохраняется постоянно. При осмотре: питание пониженное (за полгода потеряла в весе 10 кг). При осмотре полости рта — кандидоз

слизистой. На латеральных поверхностях языка — белесоватые, выступающие над поверхностью складки, перемежающиеся с участками неизменной розовой слизистой оболочки. При аускультации в легких дыхание ослабленное, хрипы не выслушиваются. В общем анализе крови: лейкоциты — $2,1 \times 10^9$ /л; лимфоциты — 12 %; Hb — 94 г/л; СОЭ — 30 мм/ч. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки признаки двусторонней полисегментарной пневмонии. В связи с отсутствием эффекта от проводимой антибактериальной терапии, сохраняющейся лихорадкой и прогрессирующей одышкой (ЧД — 32 в 1 мин, SpO₂ — 78 %) пациентка была переведена в отделение реанимации.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Какие данные, с вашей точки зрения, могут стать основополагающими в постановке диагноза?
2. Наиболее вероятная этиология пневмонии?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какое антибактериальное средство является препаратом выбора в данном случае?

Пациент 24 лет, работник торговли, направлен участковым терапевтом с домашнего визита на экстренную госпитализацию с диагнозом «Двусторонняя пневмония. Плеврит». При поступлении предъявлял жалобы на повышение температуры тела до 38,8 °С, одышку, кашель с мокротой желтого цвета, боль по бокам грудной клетки с обеих сторон при глубоком вдохе, слабость. Причину заболевания ни с чем не связывает. При аускультации с обеих сторон по задним подмышечным линиям почти на всем протяжении выслушивается грубый шум трения плевры. На обзорной рентгенограмме в прямой и боковой проекции определяются диффузное усиление и деформация легочного рисунка со сгущением в нижних долях с множеством полостных образований. Корни фиброзно изменены. Синусы облитерированы с обеих сторон за счет массивных плевральных наложений, плевродиафрагмальные и плеврокостальные спайки. В общем анализе крови: лейкоциты — $10,0 \times 10^9$ /л, эозинофилы — 26 %, СОЭ — 8 мм/ч. Из анамнеза заболевания выяснилось, что полгода назад был эпизод повышения температуры до 39 °С с кашлем, но к врачу пациент не обращался, поскольку был в отпуске в Приморском крае, и лечился самостоятельно антибиотиками. До настоящего момента считал себя здоровым.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Какие данные, с вашей точки зрения, могут стать основополагающими в постановке диагноза?
2. Какое дополнение к анамнезу необходимо для уточнения диагноза?
3. Каков предположительный диагноз?
4. Какие дополнительные обследования следует провести?
5. Дальнейшая тактика пульмонолога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30

Пациент 65 лет, курильщик, обратился с жалобами на кашель и одышку в течение месяца. На обзорной рентгенограмме в верхнем поле левого легкого определяется ограниченное гомогенное затенение, верхняя доля левого легкого уменьшена в объеме. Трахея смещена влево, левый купол диафрагмы приподнят «в форме палатки».

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные обследования следует провести?

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Свиридова Наталия Ивановна

09.09.24 14:24 (MSK)

Сертификат 0475ADC000A0B0E2824A08502DAA023B6C