

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

«УТВЕРЖДАЮ»

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

ПРИНЯТО

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

**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по  
дисциплинам**

Наименование дисциплины: **Пульмонология**

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:**

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
1.	Недогода Сергей Владимирович	Зав. кафедрой	д.м.н., профессор	Кафедра внутренних болезней Института НМФО
2.	Цома Веры Владимировна	доцент кафедры	к.м.н.	Кафедра внутренних болезней Института НМФО
3.	Ледяева Алла Александровна	доцент кафедры	к.м.н.	Кафедра внутренних болезней Института НМФО

**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.45 Пульмонология** рассмотрен на заседании кафедры на заседании кафедры протокол №4 от 20.05.2024  
Заведующий кафедрой внутренних болезней Института НМФО,  
д.м.н., профессор

С.В. Недогода

**Рецензент:**

профессор кафедры общей врачебной практики  
(семейной медицины)

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России,

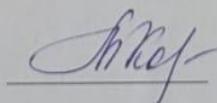
профессор, д.м.н.

О.Ю.Позднякова

гвс пульмонолог Ставропольского края

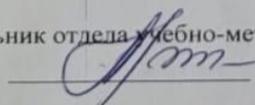
**ФОС согласован** с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 12 от 27.06.2024 года

Председатель УМК



М.М. Королева

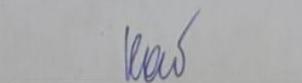
Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики



М.Л. Науменко

**ФОС утвержден** на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 18 от 27.06.2024 года

Секретарь Ученого совета



М.В. Кабытова

# ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

## Перечень вопросов для устного собеседования:

<b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука, изучающая воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения, ее место в системе медицинского образования и практической деятельности врача.</li> <li>2. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан.</li> <li>3. Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения.</li> <li>4. Особенности изучения общей заболеваемости и её видов.</li> <li>5. Профилактика как основа сохранения и укрепления здоровья населения (первичная, вторичная и третичная профилактика). Порядок проведения диспансеризации населения.</li> <li>6. Гигиеническое воспитание и образование населения.</li> <li>7. Роль поведенческих факторов в формировании здорового образа жизни.</li> <li>8. Система обязательного социального страхования в России.</li> <li>9. Обязательное медицинское страхование граждан РФ.</li> <li>10. Учет, отчетность и показатели работы лечебных учреждений. Годовой отчет лечебно-профилактических учреждений.</li> <li>11. Понятие о временной и стойкой нетрудоспособности.</li> <li>12. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях.</li> <li>13. Качество медицинской помощи, основные понятия.</li> <li>14. Структурный, процессуальный и результативный подходы в обеспечении качества медицинской помощи.</li> <li>15. Организация экспертизы качества медицинской помощи.</li> </ol>
--	--

## Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение	<p>Здоровье населения; его социальные и биологические закономерности.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Основные методы исследований при изучении социально-гигиенических аспектов общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения.</li> <li>2. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.</li> <li>3. Особенности изучения общей заболеваемости</li> <li>4. Особенности изучения заболеваемости по нозологическим формам.</li> <li>5. Закон Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.</li> <li>6. Диспансеризация и диспансерный метод в работе лечебных учреждений.</li> <li>7. Санитарное просвещение: его место и роль в охране здоровья населения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы.</li> <li>8. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях.</li> <li>9. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах.</li> <li>10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах.</li> <li>11. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.</li> <li>12. Правила направления пациента на медико-социальную экспертизу.</li> <li>13. Критерии ВОЗ для оценки качества медицинской помощи.</li> <li>14. Формы контроля качества и безопасности медицинской помощи в Российской Федерации.</li> </ol>
--	--

## Банк тестовых заданий (с ответами):

<b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Общественное здоровье – это ...  <b>а) важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей;</b>  <b>б) научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических</b> </li> </ol>
--	---

вопросов медицины, охраны и восстановления здоровья населения;  
в) область практической деятельности государственных и частных учреждений в сфере медицины и здравоохранения

2. Под собственно заболеваемостью (первичной заболеваемостью) понимают:  
**а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний;**  
б) частоту патологии среди населения, выявленную при медицинских осмотрах;  
в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;  
г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью

3. Болезненность - это:  
а) заболеваемость по данным обращаемости;  
б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации;  
**в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;**  
г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью

4. Какое влияние (в %) оказывают факторы, характеризующие образ жизни людей, на показатели здоровья населения:  
**а) 50–55 %;**  
б) 20–25 %;  
в) 15–20 %;  
г) 10–15 %

5. При проведении социально-гигиенических исследований применяют следующие методы:  
а) исторический;  
б) статистический;  
в) экспериментальный;  
г) экономический;  
д) социологический;  
**е) все вышеперечисленные**

6. Укажите, какие группы населения должны проходить предварительные медосмотры:  
а) все население с целью выявления туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний и работающие подростки;  
**б) рабочие предприятий, работники пищевых, детских, медицинских учреждений и работающие подростки;**  
в) все лица перед проведением профилактических прививок

7. Задачами гигиенического обучения и воспитания являются:  
**а) обеспечение всех социальных и возрастных групп населения необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни;**  
б) стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения;  
в) вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу и воспитательную деятельность;  
г) организация и проведение всеобщей диспансеризации населения;  
д) организация общественного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах

8. Система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая получение денежного дохода в старости, в случае болезни,

	<p>инвалидности и других установленных законом случаях, а также медицинское обслуживание – это ...</p> <p><b>а) государственное социальное страхование;</b>  б) имущественное страхование граждан Российской Федерации;  в) менеджмент здравоохранения;  г) экономика здравоохранения</p> <p>9. Базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС)– это ...  а) пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов и условий предоставления и финансирования медицинских услуг населению за счет бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений;  <b>б) составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории РФ;</b>  в) составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации</p> <p>10. Временная нетрудоспособность – это ...  а) потеря трудоспособности, которая не более чем через год будет восстановлена;  б) состояние здоровья человека, обусловленное заболеванием, травмой или другими причинами, когда невозможность полного или частичного выполнения профессиональной деятельности может быть обратимой;  в) нетрудоспособность вследствие заболевания, при которой человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме</p> <p>11. Лечащий врач в амбулаторно-поликлиническом учреждении самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности на срок:  а) до 10 дней;  <b>б) до 15 дней;</b>  в) до 4 месяцев;  г) до 6 месяцев</p> <p>12. При наступлении временной нетрудоспособности гражданина, находящегося в отпуске без сохранения заработной платы, листок нетрудоспособности ...  а) оформляется по общим правилам со дня заболевания;  <b>б) выдается со дня завершения отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности;</b>  в) не выдается</p> <p>13. К характеристикам качества медицинской помощи относится:  а) своевременность оказания медицинской помощи;  б) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;  в) степень достижения запланированного результата;  <b>г) совокупность вышеуказанных характеристик</b></p> <p>14. Виды контроля качества медицинской помощи:  а) государственный контроль;  б) ведомственный контроль;  г) внутренний контроль;  <b>д) все вышеперечисленное верно</b></p> <p>15. Для обеспечения единой системы учета, кодирования и группировки заболеваний применяется ...  а) листок нетрудоспособности;  б) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;  в) статистический отчет о числе зарегистрированных заболеваний;  г) врачебное свидетельство о смерти</p>
--	---

## Банк ситуационных клинических задач

<p><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p><b>Задача № 1.</b>                  Пациентка К., 70 лет., находясь в тяжелом состоянии в общей палате государственной больницы, пригласила священнослужителя и потребовала у администрации предоставить ей возможность остаться с ним наедине.                  Какой нормативный акт регламентирует права пациента в сфере охраны здоровья?                  В медицинских организациях какой правовой формы возможно предоставление условий для отправления религиозных обрядов.                  Укажите условия оказания медицинской помощи, при которых предоставляется возможность для отправления религиозных обрядов.</p> <p><b>Задача № 2.</b>                  В городе S проживет 116179 детей. В детских поликлиниках города имеется 358 врачей всех специальностей, в том числе 119 врачей-педиатров участковых. За год число посещений ко всем специалистам составило 941056, из них к врачам-педиатрам участковым – 615752.                  Назовите основной первичный учетный медицинский документ, который оформляется в детской поликлинике. Какие показатели деятельности медицинской организации можно рассчитать из представленных данных?</p> <p><b>Задача № 3.</b>                  При проведении маммографического исследования в рамках профилактического медицинского осмотра у работницы С. выявили новообразование в правой молочной железе. Дальнейшее обследование у онколога подтвердило диагноз «Рак молочной железы».                  О каком методе изучения заболеваемости следует говорить в данном случае?                  Перечислите основные источники изучения заболеваемости. Назовите учетный документ.                  Перечислите виды медицинских осмотров.</p> <p><b>Задача № 4.</b>                  Работница В., 35 лет, с 10 по 22 марта болела ангиной, по поводу чего лечилась в поликлинике у врача-терапевта участкового.                  О каком виде нетрудоспособности идет речь?                  Каким документом удостоверяется временная нетрудоспособность?                  Кем и когда выдается листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении?                  На сколько дней лечащий врач самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности в поликлинике?</p> <p><b>Задача №5.</b>                  По данным отчетной формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» за 2016 год рассчитайте и оцените качество медицинской помощи по показателю летальности по больнице в целом и по отделениям.                  Какие критерии оценки качества медицинской помощи рекомендует ВОЗ? Перечислите виды контроля качества медицинской помощи согласно ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».</p>
---	---

## Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

### 1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b>
<b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90%	
<b>Хорошо (4)</b> -91-100	
	61 – 75
	76– 90
	91 – 100

<b>Отлично (5)</b>	
--------------------	--

## 2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

## 3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

## 4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа,	ЗС – решение ситуационных задач,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Задачи	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	2	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	3	1-15	1-15	1-5	1-15	-
ОПК	1	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	2	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	4	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	5	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	7	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	8	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	9	1-15	1-15	1-5	1-15	-

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»

Уровни освоения компетенций, планируемые результаты обучения и критерии их оценки.

Уровень освоения компетенции	Планируемые результаты обучения	Критерии оценивания результатов обучения				
		1	2	3	4	5
Первый уровень (УК-1) -1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<b>Владеть:</b> абстрактным мышлением, методами анализа, синтеза В (УК-2) -1 <b>Уметь:</b> применять методы анализа, синтеза У (УК-2) -1 <b>Знать:</b> теоретико-методологические основы анализа, синтеза и абстрактного мышления 3 (УК-2) -1			+		
Второй уровень (УК-1) - II готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<b>Владеть:</b> навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов анализа и синтеза В (УК-5) - II <b>Уметь:</b> применять методы анализа и синтеза У (УК-5) – II <b>Знать:</b> теоретические основы Анализа и синтеза 3 (УК-5) - II			+		
Третий уровень (УК-1) - III готовность к абстрактному	<b>Владеть:</b> навыками использования современных методик анализа и синтеза			+		

мышлению, анализу, синтезу	<p><b>Уметь:</b> анализировать и мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья</p> <p><b>Знать:</b> анализировать характер заболевания, назначать лечение;</p>			+		
<p>Первый уровень (УК-2) -1</p> <p>готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	<p><b>Владеть:</b> методами воспитания гармоничной, креативной и гуманной личности</p> <p>В (УК-2) -1</p> <p><b>Уметь:</b> толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p> <p>У (УК-2) -1</p> <p><b>Знать:</b> теоретико-методологические основы психологии личности и ее профессионального развития</p> <p>3 (УК-2) -1</p>			+		
<p>Второй уровень (УК-2) - II</p> <p>готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	<p><b>Владеть:</b> навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов сплочения коллектива</p> <p>В (УК-5) - II</p> <p><b>Уметь:</b> применять методы сплочения коллектива</p> <p>У (УК-5) – II</p> <p><b>Знать:</b> теоретические основы управления коллективом</p> <p>3 (УК-5) - II</p>			+	+	
<p>Третий уровень (УК-2) - III</p> <p>готовность к управлению</p>	<p><b>Владеть:</b> навыками выбора оптимальных воспитательных технологий при обучении</p>			+	+	+

<p>коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	<p>пациентов, среднего медперсонала, коллег, студентов. В (УК-5) - III <b>Уметь:</b> анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-5) - III <b>Знать:</b> отечественные и зарубежные теории воспитания и личностного развития. 3 (УК-5) - III</p>			+	+	+
<p>Первый уровень (УК-3) - I Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p><b>Владеть:</b> методами обучения и воспитания обучающегося В (УК-3) - I <b>Уметь:</b> работать с теоретическим содержанием учебной дисциплины У(УК-3) - I <b>Знать:</b> теоретико-методологические основы педагогики 3 (УК-3) - I</p>			+	+	
<p>Второй уровень (УК-3) - II Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p><b>Владеть:</b> навыками самостоятельной работы с основными образовательными программами среднего, высшего образования, ДПО В (УК-3) - II <b>Уметь:</b> осуществлять категориальный анализ психолого-педагогических знаний о системе высшего образования; У (УК-3) - II <b>Знать:</b> основы медицинской</p>			+	+	

	дидактики, структуру педагогической деятельности педагога, ее содержание и технологии обучения в вузе 3 (УК-3) - П					
Третий уровень (УК-3) - III Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО	<b>Владеть:</b> интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе В (УК-3) - III <b>Уметь:</b> анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-3) - III <b>Знать:</b> психолого-педагогические основы формирования профессионального системного мышления 3(УК-3) - III			+	+	+
Первый уровень (ОПК-9)-1 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	<b>Владеть:</b> санологическим мышлением <b>Уметь:</b> осуществлять укрепление своего здоровья и информировать окружающих о методиках здоровьe сбережения <b>Знать:</b> современные педагогические технологии обучения врачебной коммуникации			+		
Второй уровень (ОПК-9)- II готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации,	<b>Владеть:</b> навыками использования современных методик мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и			+	+	

направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	здоровья окружающих <b>Уметь:</b> мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья <b>Знать:</b> техники слушания и информирования пациентов о характере заболевания и лечения;			+	+	
Третий уровень (ОПК-9) - III готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	<b>Владеть:</b> навыками формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих <b>Уметь:</b> приобщать население, пациентов и членов их семей к приобретению осознанных умений укрепления здоровья <b>Знать:</b> особенности мотивации в сфере здоровьесбережения у разных групп населения, пациентов, членов их семей			+	+	+
				+	+	+
				+	+	+

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### конспект

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

<p>При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень</p> <p>- пяти критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень</p> <p>- шести или семи критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень</p>	1. Краткость (конспект ориентировочно не должен превышать
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуальной обработки материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов)
	7. Оформление в соответствии с требованиями

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень</p> <p>- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень</p> <p>- пяти критериям <b>Отлично (5)</b></p>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

Продуктивный уровень	
----------------------	--

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### эссе

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Продуктивный уровень -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	1. Содержание
	2. Аргументация
	3. Новизна
	4. Стиль
	5. Оформление
	6. Источники

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Продуктивный уровень -пяти критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### Творческие задания (синквейн, кроссворд, глоссарий и т.д.)

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень - пяти критериям  <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	1. Соответствие учебному материалу темы
	2. Создание новой информации собственными силами
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Логичность изложения
	5. Оформление

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### Доклад

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень -пяти критериям  <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность
	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90%	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b>  61 – 75 76– 90

<p><b>Хорошо (4)</b> -91-100 <b>Отлично (5)</b></p>	<p>91 – 100</p>
---	-----------------

## Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b></p>	<p>1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>

## Критерии оценки уровня усвоения материала дисциплины и сформированности компетенций

Характеристика ответа	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по дисциплине	Оценка
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в</p>	<p>A</p>	<p>100–96</p>	<p><b>ВЫСОКИЙ</b> (продуктивный)</p>	<p>5  (5+)</p>

<p>системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Студент демонстрирует продвинутый высокий</p> <p>уровень сформированности компетентности</p>				
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа. Студент демонстрирует продвинутый уровень сформированности компетенций.</p>	В	95–91		5
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные обучающимся с помощью преподавателя. Студент демонстрирует достаточный уровень сформированности компетентности.</p>	С	90–81	СРЕДНИЙ (репродуктивный)	4

<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные обучающимся с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. Студент демонстрирует средний уровень сформированности компетенций.</p>	D	80-76		4 (4-)
<p>Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые обучающийся затрудняется исправить самостоятельно. Студент демонстрирует низкий уровень сформированности компетентности.</p>	E	75-71	<b>НИЗКИЙ (ознакомительный)</b>	3 (3+)
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Студент демонстрирует пороговый уровень сформированности</p>	E	70-66		3 (3-)

компетентности.				
<p>Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания обучающимся их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p> <p>Студент демонстрирует крайне низкий уровень сформированности компетенций.</p>	Е	65-61	КРАЙНЕ НИЗКИЙ (ознакомительный, либо компетенция не сформирована)	9 3 (3-)
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Студент демонстрирует недостаточный уровень сформированности компетенций.</p>	Fx	60-41		2

Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины. Студент не демонстрирует индикаторов достижения формирования компетенций.  Компетентность отсутствует.	F	40-0	<b>КОМПЕТЕНТНОСТЬ ОТСУТСТВУЕТ</b>	2
---	---	------	---------------------------------------	---

#### 4. Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине

Формируемая компетенция	Наименование оценочного средства					
	текущий контроль					промежуточная/ итоговая аттестация
	Реферат (доклад, эссе)	Дискуссия	Тест	Творческое задание (индивидуальное / групповое)	Проект	Зачёт
<b>УК-1</b>	+	+	+	+	+	+
<b>УК-2</b>	+	+	+	+	+	+
<b>УК-3</b>		+	+	+	+	+
<b>ОПК-9</b>	+	+	+	+	+	+

#### 12.1. Представление оценочных средств в фонде

##### Тематика рефератов

1. Принципы взаимодействия с членами семьи и ближайшим окружением инкурабельного больного.
2. Правила профессионального поведения врача при общении с родственниками пациента
3. Эффективное общение.
4. Управление конфликтными ситуациями.
5. Функции педагогической деятельности врача-педагога
6. Современные подходы к пониманию педагогической технологии.
7. Классификации педагогических технологий.
8. Выбор педагогических технологий.
9. Особенности диалоговых технологий обучения.
10. Теоретические основы игровой технологии.
11. Педагогические условия эффективности использования педагогических технологий.
12. Андрагогика в контексте непрерывного образования.
13. Принципы и правила самостоятельной продуктивной работы по созданию индивидуальной самообразовательной траектории.
14. Подходы к оцениванию и коррекции процесса профессионального саморазвития.
15. Педагогическая и андрагогическая модели обучения и обучение человека на протяжении всей его жизни: возможности, ограничения, перспективы.

## **5.2 Вопросы и задания для самостоятельной работы, в том числе групповой самостоятельной работы обучающихся:**

Вопросы и задания для самоконтроля при подготовке ординаторов к занятиям

Задания для самостоятельной работы

Творческие задания

Тестовые задания для самоконтроля знаний

представлены в пособии: Артюхина А.И., Чумаков В.И. **Педагогика**: учебно-методическое пособие для клинических ординаторов/ А.И. Артюхина, В.И. Чумаков.- Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2017.- 168с.

**Тестовые задания**

**Выберите один или несколько правильных ответов**

01. ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ УСВОЕНИЯ ОПРЕДЕЛЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗНАНИЙ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ НА ЭТОЙ ОСНОВЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

- 1) воспитание
- 2) образование
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

02. МНОЖЕСТВО ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТОВ, ОБЪЕДИНЕННЫХ ЕДИНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛЮ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ В ЦЕЛОСТНОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ –

- 1) дидактика
- 2) педагогическая система
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

03. К ПОСТОЯННЫМ ЗАДАЧАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) выявление межличностных отношений в коллективе
- 2) изучение причин неуспеваемости
- 3) прогнозирование образования
- 4) обобщение практического опыта
- 5) вскрытие закономерностей обучения и воспитания

04. ДИАГНОСТИЧНАЯ ПОСТАНОВКА ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЦЕЛИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) установление явного противоречия
- 2) описание действий учащихся, которые можно измерить и оценить
- 3) подбор диагностического инструментария
- 4) учет особенностей учащихся

05. ЛЮБАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДОЛЖНА ОТВЕЧАТЬ ТРЕБОВАНИЯМ

- 1) доступности, прочности
- 2) концептуальности, системности
- 3) наглядности, научности
- 4) мобильности, вариативности

06. АЛГОРИТМ ПРОЦЕССА ДОСТИЖЕНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ (-ИМ) системой

- 1) процессом

- 2) концепций
- 3) технологией

#### 07. АНДРАГОГИКА

- 1) образование мужчин
- 2) образование взрослых
- 3) образование дошкольников
- 4) образование пожилых людей

#### 08. МЕТОДОЛОГИЯ

- 1) учение о научном методе познания
- 2) совокупность методов, применяемых в отдельных науках
- 3) синоним методики
- 4) учение о структуре, логике организации, методах и средствах деятельности в разных областях науки, ее теории и практики

**Установите правильную последовательность**

#### 09. СТРУКТУРА ТЕХНОЛОГИИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

- 1) проверка достижений (текущий контроль)
- 2) выходной контроль
- 3) представление материала модуля в виде учебных элементов
- 4) четкая формулировка целей
- 5) предварительный тест
- 6) входной контроль

**Установите соответствие**

#### 10. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ:

- |                    |  |
|--------------------|--|
| 1. описательном    | А. выявление состояния педагогических явлений и процессов  |
| 2. диагностическом | Б. экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности |

3. прогностическом В. изучение передового и новаторского педагогического опыта

#### 11. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ

- 1. проективном А. разработка методических материалов, воплощающих теоретические концепции
- 2. преобразовательном Б. оценка влияния результатов научных исследований на практику обучения и воспитания
- 3. рефлексивном В. внедрение достижений педагогической науки в образовательную практику с целью ее совершенствования и реконструкции

**Выберите один или несколько правильных ответов**

#### 12. УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ РЕФЛЕКСИИ ИССЛЕДОВАТЕЛЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕТОДОЛОГИЧЕСКУЮ (-ОЕ)

- 1) культуру
- 2) творчество
- 3) мастерство
- 4) умение

#### 14. ПРЕДМЕТ ПЕДАГОГИКИ

- 1) технологии воспитательного процесса
- 2) личность воспитанника
- 3) содержание воспитания
- 4) развитие человека
- 5) закономерности процесса воспитания

#### 15. ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ДЕБАТОВ

- 1) судьи
- 2) команда утверждения
- 3) команда отрицания
- 4) таймкипер
- 5) тьюторы
- 6) аналитик

16. МЕТОДИКИ «ШЕСТЬ ШЛЯП», «ПЯТЬ ПАЛЬЦЕВ» ОТНОСЯТ К ТЕХНОЛОГИЯМ

- 1) рефлексивным
- 2) контекстного обучения
- 3) модульного обучения
- 4) экспертно-оценочным

17. К СОВРЕМЕННЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) здоровьесберегающие
- 2) информационно-коммуникационные
- 3) обучение в сотрудничестве
- 4) объяснительно-иллюстративную
- 5) проекты и кейс- технологии
- 6) развитие «критического мышления»

18. ПРЕДМЕТНАЯ ПОДДЕРЖКА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА (ГОЛОС (РЕЧЬ) ПЕДАГОГА, ЕГО МАСТЕРСТВО, УЧЕБНИКИ, ОБОРУДОВАНИЕ)

- 1) задача обучения
- 2) форма обучения
- 3) цель обучения
- 4) средства обучения

19. УМЕНИЯ, ДОВЕДЁННЫЕ ДО АВТОМАТИЗМА, ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СОВЕРШЕНСТВА:

- 1) Навыки
- 2) Знания
- 3) Умения
- 4) Мотивы

20. СПЕЦИАЛЬНАЯ КОНСТРУКЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ, ХАРАКТЕР КОТОРОЙ ОБУСЛОВЛЕН ЕГО СОДЕРЖАНИЕМ, МЕТОДАМИ, ПРИЕМАМИ, СРЕДСТВАМИ, ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАЩИХСЯ

- 1) Форма обучения
- 2) Средство обучения
- 3) Метод обучения
- 4) Технология обучения

21. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПЕДАГОГИКЕ -

- 1) Правила

- 2) Принципы
- 3) Законы
- 4) Установки

## 22. КАК ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ДИДАКТИКА РАЗРАБАТЫВАЕТ

- 1) Основы методологии педагогических исследований
- 2) Сущность, закономерности и принципы обучения
- 3) Сущность, закономерности и принципы воспитания
- 4) История педагогики

## 23. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК СИСТЕМЫ

- 1) Целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения
- 2) Гуманистичность и толерантность
- 3) Плюралистичность
- 4) Статичность

## 24. КАЖДЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

- 1) Методические приемы
- 2) Операции
- 3) Правила
- 4) Законы

## 25. ИССЛЕДОВАНИЕ – ЭТО

- 1) сфера человеческой деятельности, направленная на выработку и теоретическую систематизацию объективных знаний о действительности.
- 2) процесс и результат научной деятельности, направленной на получение новых знаний о закономерностях образования, его структуре и механизмах, содержании, принципах и технологиях.
- 3) проблемы, определение объекта и предмета, целей и задач исследования, формулировка основных понятий (категориального аппарата), предварительный системный анализ объекта исследования и выдвижение рабочей гипотезы
- 4) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологии), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

## 26. ЭКСПЕРИМЕНТ – ЭТО

- 1) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологии), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

2) метод аргументации в философии, а также форма и способ рефлексивного теоретического мышления, имеющего своим предметом противоречие мыслимого содержания этого мышления.

3) специально организованная проверка того или иного метода, приема работы для выявления его педагогической эффективности.

4) учение о методах, методиках, способах и средствах познания

27. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА НАУЧНОМ ПОНИМАНИИ ЕСТЕСТВЕННЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ, СОГЛАСОВЫВАТЬСЯ С ОБЩИМИ ЗАКОНАМИ РАЗВИТИЯ ПРИРОДЫ И ЧЕЛОВЕКА СОГЛАСНО

1) принципу природосообразности

2) принципу культуросообразности

3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания

4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

28. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЦЕННОСТЯХ И СТРОИТЬСЯ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭТНИЧЕСКОЙ И РЕГИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУР СОГЛАСНО

1) принципу природосообразности

2) принципу культуросообразности

3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания

4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

29. СПОСОБЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА И УЧАЩИХСЯ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ ЗАДАЧ ЭТО

1) методы воспитания

2) средства воспитания

3) методические приемы воспитания

30. ПРОЦЕДУРУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА МЕТОДОВ И ПРИЕМОВ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛИ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

1) методикой воспитания

2) воспитательной технологией

3) воспитательной системой

31. РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ИГРОВАЯ, УЧЕБНАЯ, ТРУДОВАЯ И ДР.), А С ДРУГОЙ - СОВОКУПНОСТЬ ПРЕДМЕТОВ И ПРОИЗВЕДЕНИЙ МАТЕРИАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРЫ, ПРИВЛЕКАЕМЫХ ДЛЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЭТО

1) методы воспитания

2) средства воспитания

3) методические приемы воспитания

32. К МЕТОДАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПОВЕДЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) наказание
- 2) создание воспитывающих ситуаций
- 3) педагогическое требование
- 4) соревнование
- 5) поощрение

33. К УСЛОВИЯМ ВЫБОРА СИСТЕМООБРАЗУЮЩЕГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) индивидуальные особенности педагога
- 2) обеспечение целостности всех видов деятельности
- 3) учет этнических характеристик среды
- 4) престижность
- 5) соответствие главной цели и задачам системы

34. К ОСНОВНЫМ УСЛОВИЯМ ДЕЙСТВЕННОСТИ ПРИМЕРА В ВОСПИТАНИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) обстоятельное выяснение причин проступка
- 2) постоянный контроль и оценка результатов деятельности
- 3) авторитетность воспитателя
- 4) реальность достижения целей в определенных обстоятельствах
- 5) близость или совпадения с интересами воспитуемых

35. ПРИНЦИП СВЯЗИ ВОСПИТАНИЯ С ЖИЗНЬЮ ПРЕДПОЛАГАЕТ (один верный ответ)

- 1) формирование общеучебных умений
- 2) соединение воспитания и дополнительного образования
- 3) соединение воспитания с практической деятельностью
- 4) учет индивидуальных особенностей воспитанников

36. ПРОЦЕСС ТЕСТИРОВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗДЕЛЕН НА ТАКИЕ ЭТАПЫ, КАК

- 1) выбор теста
- 2) проведение тестирования
- 3) интерпретация результатов
- 4) корректировка
- 5) самоанализ

37. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ – ЭТО (один верный ответ)

- 1) направление работы учителя
- 2) основное положение деятельности учителя
- 3) представление учителя о своей педагогической деятельности
- 4) идеальная модель ожидаемого результата педагогического процесса

38. УЧЕБНЫЙ ПЛАН – ЭТО НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ

- 1) перечень предметов, изучаемых в данном учебном заведении
- 2) количество времени на изучение тем курса
- 3) максимальную недельную нагрузку учащихся
- 4) перечень наглядных пособий
- 5) количество часов в неделю на изучение каждого предмета

39. ВИДАМИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) самоконтроль
- 2) текущий
- 3) итоговый
- 4) фронтальный
  
- 5) предварительный

40. ОТМЕТКОЙ В ДИДАКТИКЕ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) количественный показатель оценки знаний
- 2) обеспечение обратной связи с учащимися
- 3) качественный показатель уровня и глубины знаний учащихся
- 4) метод устного контроля

41. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ЗА ОСНОВАНИЕ БЕРЁТСЯ ИСТОЧНИК ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ И ХАРАКТЕР ЕЁ ВОСПРИЯТИЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

42. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, В КАЧЕСТВЕ ОСНОВАНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЛОГИКУ ИЗЛОЖЕНИЯ МАТЕРИАЛА УЧИТЕЛЕМ И ЛОГИКУ ВОСПРИЯТИЯ ЕГО УЧАЩИМИСЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

43. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ОСНОВАНИЕМ ВЫСТУПАЕТ СПОСОБ УПРАВЛЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И ХАРАКТЕР УСТАНОВЛЕНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, ПРЕДЛАГАЕТ ВЫДЕЛЕНИЕ МЕТОДОВ АЛГОРИТМИЗАЦИИ И ПРОГРАММИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ (Т.А.ИЛЬИНА, Л. Н.ЛАНДА) (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

44. ЦЕЛЯМИ ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) внедрение новшеств
- 2) развитие обучаемых
- 3) использование диалоговых форм
- 4) усвоение знаний, умений, навыков
- 5) формирование мировоззрения

45. УЧЕБНИК ВЫПОЛНЯЕТ ТАКИЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ

- 1) материализованная
- 2) мотивационная
- 3) контролирующая
- 4) информационная
- 5) альтернативная

**Дополните высказывание**

46. . РЕЧЬ И ДЕЙСТВИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ, А ТАКЖЕ ЛЮБЫЕ МАТЕРИАЛЬНЫЕ ОБЪЕКТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ И СУБЪЕКТОМ УЧЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ- \_\_\_\_\_ ОБУЧЕНИЯ

47. ИЗБРАННАЯ СОВОКУПНОСТЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ *МЕТОДОВ, СРЕДСТВ, ФОРМ ОБУЧЕНИЯ*, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ДОСТИЖЕНИЕ ЯВНО СФОРМУЛИРОВАННОЙ ЦЕЛИ- \_\_\_\_\_ ОБУЧЕНИЯ

48. ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ОПЕРАЦИИ, КОТОРАЯ НЕОБХОДИМО ДОЛЖНА ПРИСУТСТВОВАТЬ В ОБУЧЕНИИ, НО МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ПО-РАЗНОМУ- \_\_\_\_\_ ОБУЧЕНИЯ

49. СПЕЦИАЛЬНО ОТОБРАННАЯ И ПРИЗНАННАЯ ОБЩЕСТВОМ (ГОСУДАРСТВОМ) СИСТЕМА ЭЛЕМЕНТОВ *ОБЪЕКТИВНОГО ОПЫТА ЧЕЛОВЕЧЕСТВА*, УСВОЕНИЕ КОТОРОЙ НЕОБХОДИМО ДЛЯ УСПЕШНОЙ *ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДА* В ИЗБРАННОЙ ИМ СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛЕЗНОЙ ПРАКТИКИ - \_\_\_\_\_ ОБРАЗОВАНИЯ

50. ФРАГМЕНТ *СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ*, ВЫДЕЛЕННЫЙ С УЧЕТОМ ЕГО НАУЧНОЙ, МЕТОДИЧЕСКОЙ ИЛИ ПРАГМАТИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИКИ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБОЗНАЧЕННЫЙ В УЧЕБНОМ ПЛАНЕ - \_\_\_\_\_

### Тестовые задания самоконтроля по модулю II.

**Выберите один или несколько правильных ответов**

01. ВОСПИТЫВАЮЩЕЕ И ОБУЧАЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПЕДАГОГА НА СТУДЕНТА, НАПРАВЛЕННОЕ НА ЕГО ЛИЧНОСТНОЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТНОЕ РАЗВИТИЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) преподаванием
- 2) педагогической деятельностью
- 3) образованием
- 4) научением

02. ПРИЗНАНИЕ САМОЦЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, РЕАЛИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ И ВНЕШНЕЙ СВОБОДЫ – ЭТО ПРИНЦИП

- 1) гуманизма
- 2) непрерывности
- 3) демократизации
- 4) целостности

03. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

04. ЗНАНИЕ ПОЛОЖЕНИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ, УМЕНИЕ АНАЛИЗИРОВАТЬ СОБСТВЕННУЮ НАУЧНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВХОДЯТ В СОСТАВ

- 1) базовой культуры личности
- 2) методологической культуры учителя
- 3) педагогической культуры
- 4) культуры личности

05. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФЕССИЯ ОТНОСИТСЯ К \_\_\_\_\_ ТИПУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. артономическому
2. биономическому
3. технономическому
4. социономическому

06. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ – ЭТО СИСТЕМА ТАКИХ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ КОМПОНЕНТОВ, КАК

- 1) профдиагностика
- 2) самообразование
- 3) профессиональное просвещение
- 4) профессиональный отбор
- 5) развитие общей культуры

07. ЕСЛИ ПЕДАГОГ ПРИСПОСАБЛИВАЕТ СВОЕ ОБЩЕНИЕ К ОСОБЕННОСТЯМ АУДИТОРИИ, ТО ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МОЖНО ОТНЕСТИ К \_\_\_\_\_ УРОВНЮ

- 1) адаптивному
- 2) локально-моделирующему
- 3) продуктивному
- 4) творческому

08. ФОРМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ, ПРЕДПОЛАГАЮЩАЯ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ УЧАЩИМСЯ В ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ, НАЗЫВАЕТСЯ (один верный ответ)

- 1) собеседование
- 2) консультацией
- 3) просвещением
- 4) диагностикой

09. АСПИРАНТ ГОТОВИТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) педагогическая
- 2) культурно-просветительская
- 3) коммуникативно-рефлексивная
- 4) научно- методическая

10. ПРОФЕССИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОТНОСИТСЯ К СИСТЕМЕ (один верный ответ)

- 1) человек-техника
- 2) человек-человек
- 3) человек-природа
- 4) человек-знаковая система

11. РОД ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА, ПРЕДМЕТ ЕГО ПОСТОЯННЫХ ЗАНЯТИЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) профессией
- 2) творчеством
- 3) специализацией
- 4) мастерством

12. В ГРУППУ ОБЩЕПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВХОДЯТ ТАКИЕ УМЕНИЯ, КАК

- 1) конструктивные
- 2) организаторские
- 3) общеучебные
- 4) коммуникативные
- 5) двигательные

13. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) профессиональные намерения и склонности
- 2) коммуникативные возможности
- 3) педагогическое призвание
- 4) общеучебные умения и навыки
- 5) интерес к профессии учителя

14. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности

- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

15. ОПИСАНИЕ СИСТЕМЫ ПРИЗНАКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ТУ ИЛИ ИНУЮ ПРОФЕССИЮ, ПЕРЕЧЕНЬ НОРМ И ТРЕБОВАНИЙ К РАБОТНИКУ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) должностной инструкцией
- 2) государственным образовательным стандартом
- 3) технологией
- 4) профессиограммой

16. ПЕДАГОГ, СТРЕМЯЩИЙСЯ К РАВНОПРАВНОМУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ В ВОСПИТАННИКАМИ И ПРИЗНАЮЩИЙ ИХ ПРАВО НА СОБСТВЕННОЕ МНЕНИЕ, ИМЕЕТ \_\_ СТИЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) либеральный
- 2) авторитарный
- 3) демократический
- 4) конструктивный

17. ДЕМОКРАТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) сочетание коллегиальности и единоначалия
- 2) ведущую роль администрации
- 3) представление полной свободы подчиненным
- 4) использование административных методов

18. С УЧЁТОМ ХАРАКТЕРА УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СТУДЕНТОВ ВЫДЕЛЯЮТ СТИЛИ (один верный ответ)

- 1) авторитарный, демократический, либеральный
- 2) эмоционально-импровизационный, эмоционально-методический, рассуждающе-методический
- 3) индивидуалистический стиль, амбивалентный
- 4) копирующий стиль, ориентированный на результат

19. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН КАК НА *ПРОЦЕСС* ТАК И НА *РЕЗУЛЬТАТ* ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающе-импровизационный
- 4) эмоционально- методический

20. В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ СТОЛКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТНАЯ СИТУАЦИЯ ВСЕГДА

- 1) возникает в процессе разрешения конфликта
- 2) предшествует конфликту, но не является его основой
- 3) предшествует конфликту, является его основой
- 4) возникает только при скрытом конфликте

21. КОНФЛИКТ, ПРИ КОТОРОМ ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА СТРЕМЯТСЯ РЕАЛИЗОВАТЬ В СВОЕЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЗАИМОИСКЛЮЧАЮЩИЕ ЦЕЛИ

- 1) внутриличностный
- 2) межличностный
- 3) межгрупповой
- 4) личностно-групповой

22. ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ВЫСТУПАЕТ КАК ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ПОДРАЖАНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЙ БЕЗУСЛОВНОМУ КОПИРОВАНИЮ, ЕГО СТИЛЬ (один верный ответ)

- 1) «Сократ»
- 2) «Генерал»
- 3) « Менеджер»
- 4) «Мастер»

23. НИЗКАЯ ВНУТРЕННЯЯ КОНФЛИКТНОСТЬ И САМООБВИНЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ СО СТИЛЕМ (один верный ответ)

- 1) авторитарным
- 2) демократическим
- 3) либеральным

4) анархическим

24. К СИГНАЛАМ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМ КОНФЛИКТ ОТНОСЯТ

- 1) кризис, недоразумение
- 2) инциденты, напряжение, дискомфорт
- 3) переутомление, неудовлетворённость
- 4) плохое настроение, ощущение ненужности

25. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН В ОСНОВНОМ НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающее- импровизационный
- 4) эмоционально- методический

26. СИСТЕМА ПРИЁМОВ И СПОСОБОВ ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЯ ЧЕЛОВЕКОМ СВОЕЙ РАБОТЫ (один верный ответ)

- 1) стиль педагогической деятельности
- 2) стиль деятельности
- 3) управление общением
- 4) управление педагогическим общением

27. СОСТОЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПОБУЖДАЕТ К “АТАКЕ” ИЛИ К “ОТСТУПЛЕНИЮ” ОТ ИСТОЧНИКА НЕПРИЯТНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ И НАБЛЮДАЕТСЯ В СТАДИИ (один верный ответ)

- 1) зарождения конфликта
- 2) созревания конфликта
- 3) осознания конфликта
- 4) разрешения конфликта

28. КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ХОДА КОНФЛИКТА ЯВЛЯЮТСЯ КОНФЛИКТОГЕННЫМИ

- 1) отложить решение конфликтной ситуации
- 2) компромиссные
- 3) репрессивные

- 4) агрессивные

29. ПРЕДНАМЕРЕННЫЙ КОНТАКТ (ДЛИТЕЛЬНЫЙ ИЛИ ВРЕМЕННЫЙ) ПЕДАГОГА И ВОСПИТАННИКОВ (ВОСПИТАННИКА), СЛЕДСТВИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ВЗАИМНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ИХ ПОВЕДЕНИИ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОТНОШЕНИЯХ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогическое влияние
- 3) педагогическое воздействие
- 4) конфликт

30. ТРАДИЦИОННЫЙ ПОДХОД ОТОЖДЕСТВЛЯЕТ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПЕДАГОГА И ЗАКРЕПЛЯЕТ

- 1) субъект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 2) объект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 3) субъект-объектные отношения педагога и учащегося
- 4) объект-объектные отношения педагога и учащегося

31. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ, ВЗАИМОУСЛОВЛЕННАЯ СИСТЕМА ДЕЙСТВИЙ ПЕДАГОГА, СВЯЗАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ СОВОКУПНОСТИ МЕТОДОВ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогический процесс
- 3) педагогическая технология
- 4) педагогическая система

**Установите соответствие**

32. ГРУППЫ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| 1. умения управлять собой   | А. владение своим телом                         |
|                             | Б. владение эмоциональным состоянием            |
| 2. умения взаимодействовать | В. организаторские                              |
|                             | Г. владение техникой контактного взаимодействия |
|                             | Д. дидактические                                |

Е. владение техникой речи

### 33. УРОВНИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

- |                    |   |
|--------------------|---|
| 1. внегуманитарный | А. включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития                    |
| 2. нормативный     | Б. создание системы своих взаимодействий с воспитанниками   |
| 3. технологический | В. поиск новых форм организации обучения и воспитания, технологий   |
| 4. системный       | Г. принятие норм педагогической деятельности, не задумываясь о собственном отношении к ним                                  |
| 5. концептуальный  | Д. отрицание необходимости и возможности профессиональных смыслов своей деятельности, отстаивая только функции передачи ЗУН |

### 34. ГРУППЫ ФУНКЦИЙ

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| 1. присущие многим сферам<br>человеческой деятельности | А. информационная            |
|  | Б. конструктивная            |
|  | В. организаторская           |
|  | Г. коммуникативная           |
|  | Д. гностическая              |
| 2. специфические<br>педагогические                     | Е. воспитательно-развивающая |
|  | Ж. ориентационная            |
|  | З. мобилизационная           |
|  | И. исследовательская         |

**Дополните высказывание**

35. ПОБУЖДЕНИЕ К ДЕЙСТВИЮ, СВЯЗАННОЕ С УДОВЛЕТВОРЕНИЕМ ОСОЗНАВАЕМОЙ ПОТРЕБНОСТИ СУБЪЕКТА И ВЫЗЫВАЮЩЕЕ ЕГО АКТИВНОСТЬ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИИ, ОБЩЕНИИ - \_\_\_\_\_
36. СИСТЕМА САМОРЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИЯ И ОБЩЕНИЯ СУБЪЕКТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ, ЦЕЛЬ \_\_\_\_\_
37. ОТНОСИТЕЛЬНО ЦЕЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ И ЦЕЛИ ВЗАИМОСВЯЗАНЫ И ВЗАИМОУСЛОВЛЕННЫ - \_\_\_\_\_
38. СПОСОБНОСТЬ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СВОИХ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ И ПРЕОДОЛЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ НАЗЫВАЮТ \_\_\_\_\_
39. ТА ГРАНЬ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРАЯ ОТЛИЧАЕТ ЕГО ОТ ЖИВОТНОГО И СОЦИАЛЬНОГО МИРА, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ ЕГО СУБЪЕКТИВНЫЙ МИР - \_\_\_\_\_
40. ПОЗНАЮЩИЙ И ДЕЙСТВУЮЩИЙ ЧЕЛОВЕК, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО АКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СО СРЕДОЙ, ОБМЕН ВЛИЯНИЯМИ: НЕ ТОЛЬКО ПРИНЯТИЕ ЦЕННОСТЕЙ СРЕДЫ, НО И УТВЕРЖДЕНИЕ В НЕЙ СВОИХ ВЗГЛЯДОВ, СВОЕГО ЗНАЧЕНИЯ - \_\_\_\_\_
41. ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЕ ОТРАЖЕНИЕ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ К ТЕМ ОБЪЕКТАМ, РАДИ КОТОРЫХ РАЗВЕРТЫВАЕТСЯ ЕЁ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОСОЗНАВАЕМОЕ КАК «ЗНАЧЕНИЕ-ДЛЯ-МЕНЯ» \_\_\_\_\_
42. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОБУЧАЕМЫХ - \_\_\_\_\_
43. ПРОЦЕСС КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ СФЕРЕ ЧЕЛОВЕКА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВЛИЯНИЕМ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ, УПРАВЛЯЕМЫХ И НЕУПРАВЛЯЕМЫХ ФАКТОРОВ - \_\_\_\_\_
44. СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ В ОБРАЩЕНИИ СОЗНАНИЯ НА САМОЁ СЕБЯ; ПРОЦЕСС САМОПОЗНАНИЯ СУБЪЕКТОМ ВНУТРЕННИХ ПСИХИЧЕСКИХ АКТОВ И СОСТОЯНИЙ - \_\_\_\_\_
45. ОЦЕНКА ЛИЧНОСТЬЮ САМОЙ СЕБЯ, СВОИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ, КАЧЕСТВ И МЕСТА СРЕДИ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ - \_\_\_\_\_

**Выберите один или несколько правильных ответов**

46. В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

- 1) учебная
- 2) воспитательная
- 3) вожатская
- 4) административная
- 5) организаторская
- 6) методическая
- 7) внешкольная
- 8) научно-исследовательская

#### 47. К ПСИХОТЕХНИЧЕСКИМ УМЕНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) владение собой, своим телом
- 2) владение способами релаксации для снятия физического и психического напряжения
- 3) владение способами эмоциональной саморегуляции
- 4) владение языковой грамотностью

#### 48. К УМЕНИЯМ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ В ПРОЦЕССЕ РЕШЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ОТНОСЯТ

- 1) диагностические умения
- 2) владение мимикой
- 3) умения целеполагания
  
- 4) отбор и конструирование содержания, форм и методов обучения и воспитания
- 5) организация педагогического взаимодействия
- 6) умения обратной связи

#### 49. СПОСОБНОСТИ, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) способность вести за собой
- 2) возможность «заражать» и «заряжать» других своей энергией
- 3) образованность
- 4) организаторское чутьё
- 5) способность учитывать психологические особенности обучаемого

#### 50. ОСНОВУ КОМПЕТЕНЦИИ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) знания как когнитивный компонент
- 2) умения
- 3) навыки
- 4) эмоции
- 5) ценностно-смысловое отношение к профессии

### ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ:

**Проверяемые компетенции: УК-2, УК-3, ПК-9**

№	Вопросы для промежуточной аттестации	Проверяемые компетенции
1	1. Педагогика. Медицинская педагогика. Цели и задачи дисциплины.	УК-2, УК-3, ОПК-9
2	Основные базовые категории медицинской дидактики.	УК-2, УК-3, ОПК-9
3	Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности врача	УК-2, УК-3, ОПК-9
4	Формирование коммуникативной компетентности современного врача	УК-2, УК-3, ОПК-9
5	. Общее представление о процессе общения, его участниках	УК-2, УК-3, ОПК-9
6	Конфликтные и бесконфликтные коммуникации	УК-2, УК-3, ОПК-9
7	Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения	УК-2, УК-3, ОПК-9
8	Конфликты	УК-2, УК-3, ОПК-9
9	Взаимоотношения врача, пациента и его родственников	УК-2, УК-3, ОПК-9
10	Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала	УК-2, УК-3, ОПК-9
11	Социальная и профилактическая педагогика в работе врача	УК-2, УК-3, ОПК-9
12.	Значение в медицинской практике навыков и умения общения врача с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
13	Понятие «педагогическое проектирование», принципы, этапы.	УК-2, УК-3

14	Педагогическое проектирование систем разного уровня (занятие, модуль, школа).	УК-2, УК-3, ОПК-9
15	Требования к учебно-методическому обеспечению учебного процесса в ЛПУ (Школа ....).	УК-2, УК-3, ОПК-9
16	Подготовка врача-педагога к лекции	УК-2, УК-3, ОПК-9
17	Подготовка врача-педагога к семинару, практическому занятию.	УК-2, УК-3, ОПК-9
18	Организация и проведение занятий с пациентами.	УК-2, УК-3, ОПК-9
19	Организация и проведение занятий со средним медицинским персоналом.	УК-2, УК-3, ОПК-9
20	Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом.	УК-2, УК-3, ОПК-9
21	Мотивирование населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ОПК-9
22	Мотивирование пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ОПК-9
23	Мотивирование членов семей пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ОПК-9
24	Эффективное общение. Критерии и техники.	УК-2, УК-3, ОПК-9

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

### «МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

#### Перечень вопросов для устного собеседования

1. Определение и задачи Всероссийской службы медицины катастроф.
2. Организация Всероссийской службы медицины катастроф.
3. Служба медицины катастроф Министерства здравоохранения РФ.
4. Формирования и учреждения ВСМК.
5. Задачи и структура полевого многопрофильного госпиталя
6. Врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи.
7. Врачебно-сестринские бригады.

8. Понятие о лечебно-эвакуационном обеспечении в чрезвычайных ситуациях.
9. Понятие об этапе медицинской эвакуации.
10. Взаимодействие службы медицины катастроф с службой скорой медицинской помощи при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.
11. Понятие о медицинской сортировке.
12. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика и современные подходы к лечению миоренального синдрома на этапах медицинской эвакуации.
13. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения минно-взрывной патологии на этапах медицинской эвакуации.
14. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения огнестрельных ранений на этапах медицинской эвакуации .
15. Повреждения внутренних органов при минно-взрывной патологии.
16. Минно-взрывная травма как причина политравмы.
17. Виды ионизирующих излучений. Биологическое действие ионизирующих излучений. Классификация радиационных поражений.
18. Классификация, клинические проявления, диагностика острой лучевой болезни от внешнего облучения. Медицинская помощь на этапах медицинской эвакуации.
19. Особенности острой лучевой болезни при внешнем неравномерном облучении.
20. Особенности радиационных поражений при воздействии нейтронного облучения.
21. Определение индивидуальных доз лучевого поражения.
22. Основные направления лечения острой лучевой болезни.
23. Классификация токсичных химических веществ и краткая характеристика групп.
24. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
25. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами пульмонотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
26. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами цитотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
27. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами общетоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
28. Принципы оказания медицинской помощи пораженным токсичными химическими веществами в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
29. Основные группы и схемы применения антидотов.
30. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.

#### **Банк тестовых заданий (с ответами)**

1. Всероссийская служба медицины катастроф – это:

- а. функциональная подсистема РСЧС;**
- б. территориальная подсистема РСЧС;
- в. структурное подразделение МЧС;
- г. структурное подразделение Министерства здравоохранения РФ.

2. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» при работе в зоне ЧС предназначен:

- а. для оказания первой помощи;
- б. для оказания первой врачебной помощи;
- в. для оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи;**
- г. для оказания специализированной медицинской помощи.

3. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:

- а. хирургическое отделение;**
- б. травматологическое отделение;
- в. неврологическое отделение;
- г. нейрохирургическое отделение.

4. Переменная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:

- а. бригады доврачебной помощи;
- б. врачебно-сестринские бригады;
- в. бригады специализированной медицинской помощи;**
- г. бригады экстренного реагирования.

5. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:

- а. бригады доврачебной помощи;
- б. врачебно-сестринские бригады;
- в. бригады специализированной медицинской помощи;
- г. бригады экстренного реагирования.**

6. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания пораженным первой врачебной помощи, относятся:

- а. фельдшерские линейные бригады скорой медицинской помощи;
- б. врачебно-сестринские бригады;**
- в. бригады специализированной медицинской помощи.

7. К формированиям службы медицины катастроф относятся:

- а. «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России»;
- б. «Территориальный центр медицины катастроф» субъекта РФ;

**в. бригады специализированной медицинской помощи;**

г. областная клиническая больница

8. Основной принцип организации лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС:

а. централизация и децентрализация управления ЛЭО;

**б. максимальное приближение сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь;**

в. использование только стационарных многопрофильных лечебных учреждений.

9. Под этапом медицинской эвакуации понимают:

а. лечебные учреждения для оказания пораженным амбулаторной медицинской помощи;

**б. медицинские учреждения, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема пораженных, медицинской сортировки, оказания им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации;**

в. перевалочные транспортные базы, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для погрузки и транспортировки пораженных

10. В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС принята:

**а. двухэтапная система ЛЭО;**

б. трехэтапная система ЛЭО;

в. четырехэтапная система ЛЭО;

г. одноэтапная система ЛЭО.

11. «Сокращение» объема того или иного вида медицинской помощи возможно:

**а. при подготовке этапа медицинской эвакуации к перемещению;**

б. при придании этапу медицинской эвакуации дополнительных сил и средств;

в. при нарушении или невозможности эвакуации пострадавших.

г. все вышеперечисленное верно.

12. Объем первой врачебной помощи при огнестрельном ранении бедра:

а. первичная хирургическая обработка раны, противошоковая терапия;

**б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения, серопротекция столбняка;**

в. обязательная замена защитной повязки, транспортная иммобилизация;

г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

13. Объем квалифицированной помощи при огнестрельном ранении бедра:

**а. первичная хирургическая обработка, рыхлое тампонирование раны, противошоковая терапия;**

б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения;

в. временная остановка кровотечения, обезболивание, транспортная иммобилизация;

г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

14. Наиболее частое осложнение при переломе грудины:

- а. повреждение легких;
- б. пневмоторакс;
- в. гемоторакс;
- г. **повреждение сердца.**

15. Для первичной хирургической обработки ран с продолжающимся кровотечением при оказании квалифицированной помощи пострадавших направляют:

- а. в операционную;
- б. **в перевязочную в первую очередь;**
- в. в перевязочную во вторую очередь;
- г. в госпитальное отделение для подготовки к эвакуации.

16. Пострадавших с наложенным жгутом при оказании квалифицированной помощи направляют:

- а. в операционную;
- б. **в перевязочную в первую очередь;**
- в. в перевязочную во вторую очередь;
- г. в госпитальное отделение для подготовки к экстренной эвакуации.

17. Куда следует направить пострадавшего с огнестрельной раной бедра без повреждения магистральных сосудов в декомпенсированной обратной фазе шока при оказании квалифицированной помощи?

- а. в операционную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- б. в перевязочную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- в. **в противошоковую для проведения противошоковой терапии, а затем в перевязочную для первичной хирургической обработки;**
- г. в госпитальное отделение для проведения противошоковой терапии и последующей эвакуации.

18. Симптом, характерный для перелома костей таза:

- а. гематома в области промежности;
- б. крепитация в области верхней трети бедра;
- в. императивный позыв на мочеиспускание;
- г. **симптом «прилипшей пятки».**

19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:

- а. снижение синтеза ацетилхолина;

- б. инактивация холинэстеразы;**
- в. активация холинэстеразы;
- г. повышение синтеза ацетилхолина.

20. Какое действие оказывает ФОС на рецепторы в начальных стадиях интоксикации:

- а. адреномиметическое;
- б. адренолитическое;
- в. холиномиметическое;**
- г. холинолитическое.

21. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. прямое возбуждающее действие на холинорецепторы;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. инактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

22. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. замедляет освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. реактивация холинэстеразы;
- г. повышение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.**

23. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. усиленное освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. реактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

24. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
- б. ингибируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);**
- в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- г. иммуностимулирующее.

25. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- б. иммунодепрессивное;**

- в. тормозят перекисное окисление липидов;
- г. уменьшают проницаемость мембран.

26. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
- б. активируют перекисное окисление липидов;**
- в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- г. иммуностимулирующее.

27. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- б. иммуностимулирующее;
- в. тормозят перекисное окисление липидов;
- г. повышают проницаемость мембран.**

28. Отравление ФОС может возникнуть при поступлении токсиканта:

- а. через кожу и слизистые оболочки;
- б. ингаляционно;
- в. через желудочно-кишечный тракт;
- г. при любом пути поступления.**

29. Реактиватором холинэстеразы является:

- а. атропин;
- б. метацин;
- в. унитиол;
- г. дипироксим.**

30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:

1. легкой степени поражения;
- 2. средней тяжести;**
3. тяжелой;
4. крайне-тяжелой.

31. К корпускулярным относятся излучения:

- а. рентгеновское, гамма-излучение;
- б. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны, ядра легких элементов, мезоны;**
- в. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны рентгеновское, гамма-излучение;

г. гамма-излучение, протоны, альфа-частицы, нейтроны.

32. Бета-частицы ( $\beta^-$ ,  $\beta^+$ ) – это:

а. поток нейтральных частиц с массой, равной массе протона (масса покоя 1,009 аеи), обладающих большой проникающей способностью;

б. коротковолновое электромагнитное излучение, аналогичное рентгеновским лучам, состоящее из потока элементарных частиц электрически нейтральных, не имеющих массы покоя и обладающих большой проникающей способностью в различные материалы и биологические ткани;

**в. поток электронов, имеющих отрицательный заряд -1 или положительный +1 и очень небольшую массу покоя, в 1840 раз меньше массы протона и способных проникать в биологические ткани на глубину 5-7 см;**

г. поток ядер атома гелия, состоящих из двух протонов и двух нейтронов, имеющих массу покоя 4 аеи и положительный заряд +2

33. Доза гамма- или гамма-нейтронного облучения, вызывающая при кратковременном облучении ОЛБ:

а. 1 рад;

б. 25 рад;

**в. 100 рад;**

г. 50 рад.

34. К плотноионизирующим излучениям относят излучения ЛПЭ (линейная передача энергии) которых составляет:

а.  $> 10$  МэВ/мкм;

б.  $< 10$  кэВ/мкм;

в.  $< 10$  МэВ/мкм;

**г.  $> 10$  кэВ/мкм.**

35. I степень ожога в результате действия светового излучения характеризуется:

**а. болезненными ощущениями, гиперемией, незначительным повышением температуры тела;**

б. резкими болезненными ощущениями, выраженной гиперемией, наличием язв и некротических изменений кожных покровов, значительным повышением температуры тела;

в. сильными болезненными ощущениями, гиперемией, наличием пузырей на коже, повышением температуры тела;

г. поражением не только кожи, но глубжележащих тканей.

36. Последовательность стадий развития радиационного биологического эффекта:

а. физическая, химическая, физико-химическая, стадия биологических реакций;

**б. физическая, физико-химическая, химическая, стадия биологических реакций;**

в. стадия биологических реакций, физическая, физико-химическая, химическая;

г. химическая, физико-химическая, физическая, стадия биологических реакций.

37. Для III стадии пострadiационных изменений костного мозга характерно:

- а. системная регенерация костного мозга;
- б. короткий abortивный подъем миелокариоцитов;**
- в. ранний некробиоз кроветворных клеток;
- г. опустошение костного мозга.

38. Ранние изменения в миокарде определяются только при облучении в дозе:

- а. 10 Гр и выше;**
- б. 5 Гр и выше;
- в. 1 Гр и выше;
- г. 30 Гр и выше.

39. Церебральная форма ОЛБ развивается при поглощенной дозе:

- а. 10-20 Гр;
- б. 1-10 Гр;
- в. 20-80 Гр;
- г. свыше 80 Гр.**

40. Токсемическая форма ОЛБ характеризуется:

- а. гемодинамическими нарушениями;**
- б. коллапсом непосредственно после облучения;
- в. признаками отека мозга;
- г. неврологическими нарушениями.

#### **Банк ситуационных клинических задач**

**Задача №1.** Во время ДТП бортом перевернувшегося автомобиля была придавлена левая голень средней трети. Извлечен через 5 часов. Определяется деформация и патологическая подвижность голени на уровне сдавления. Тактильная и болевая чувствительность ниже места сдавления сохранена. Возможны активные движения стопы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача №2.** Пострадавшая находится под обрушенным перекрытием здания 4 часа. Жалуется на чувство распирания и жжения в правой руке. Под балкой находится правая рука чуть выше уровня локтя. Кожные покровы бледные, дыхание учащенное, пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт.ст.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача №3.** В результате автомобильной аварии нижние конечности водителя автомобиля оказались придавлены двигателем машины. В течение 4 часов освободить конечности не представлялось возможным. Кожные покровы больного бледные. Жалобы на слабость, тошноту. Пульс 100 уд в минуту. Артериальное давление 100/60 мм рт.ст. На передней поверхности бедер видны продольные вмятины от сдавливающих деталей двигателя.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 4.** Пострадавший доставлен через 2 часа после ранения осколком снаряда в левую подлопаточную область. Положение на носилках вынужденное - полусидя. Беспокоем. Дыхание затрудненное, поверхностное - 32 в мин. Выраженная одутловатость верхней половины туловища, шеи и головы, при пальпации определяется крепитация. Над левой половиной грудной клетки определяется тимпанит. Средостение резко смещено вправо. Губы цианотичны. Кровохарканье. Из-под сбившейся в левой подлопаточной области повязки видна рана 3х2 см, присасывания воздуха нет. Пульс 110 в мин., АД - 90/50 мм рт.ст.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 5.** Подорвался на mine. Доставлен через 2 часа после ранения. Сознание сохранено, стонет. Кожные покровы бледные. На лбу капли пота. Левая стопа оторвана. В нижней трети левой голени наложен кровоостанавливающий жгут, ниже которого повязка умеренно пропитанная кровью. Пульс 110 в мин, слабого наполнения. АД - 90/50 мм рт.ст.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 6.** Пострадавший А доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Жалуется на общую слабость, тошноту, головную боль, жажду.

Непосредственно после взрыва возникла многократная рвота, затем потерял сознание на 20-30 мин. При осмотре заторможен, адинамичен, гиперемия лица, речь затруднена, частые позывы на рвоту. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, тоны сердца приглушены. АД – 90/60 мм рт.ст., дыхание везикулярное.

- 1.Сформулируйте диагноз.

- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 7.** Пострадавший В доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Жалуется на общую слабость, головокружение, тошноту. Примерно через 1 час после облучения отмечалась повторная рвота, в очаге принял внутрь 2 таблетки этаперазина. При осмотре в сознании, незначительная гиперемия лица. Пульс 94 уд/мин, удовлетворительного наполнения, тоны сердца звучные, АД – 105/70 мм рт. Ст., дыхание везикулярное. Показания индивидуального дозиметра 2,7 Гр.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 8.** Во время аварии на заводе с выбросом ТХВ с опозданием надел противогаз. Растерян, пассивен, не способен выполнить свои обязанности. На вопросы отвечает односложно. Жалуется на чувство тяжести в груди. Движения вялые, медленные.  
1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Сонлив, безучастен, отвечает только на громкие вопросы. На лице выражение растерянности и недоумения. Зрачки узкие, саливация, чувство тяжести в груди.  
КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. К окружающему безразличен, на вопросы отвечает только при настойчивом их повторении. Лежит без движения, затем внезапно пытается подняться. Спросил: «Куда меня привезли?». Зрачки узкие, чувство тяжести в груди, саливация.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 9.** Находясь в зараженной ТХВ зоне, с опозданием надел противогаз. Вскоре появились беспокойство, чувство сдавления грудной клетки и нехватки воздуха, затрудненное дыхание, перешедшее в удушье. Присоединились судороги клонического и тонического характера. Рвота, понос.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Цианоз. Дыхание затрудненное с удлиненным выдохом и хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические клонические и тонические судороги. Зрачки узкие. Изо рта и носа слизистые выделения. Пульс 84 в минуту, мягкий, отмечаются нерегулярные экстрасистолы.  
КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Арефлексия. Миоз. Цианоз. Обильные слизистые выделения изо рта и носа. Дыхание затруднено, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Пульс 76 уд. в минуту, легко сжимаем, аритмичный. Тоны сердца ослаблены, выслушиваются экстрасистолы. Артериальное давление 95/55 мм.рт.ст.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 10.** ОЧАГ. В химическом очаге появились беспокойство, чувство нехватки воздуха, а затем удушье. Присоединились судороги, потеря сознания. В противогазе. Маска разорвана.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Резкий цианоз. Дыхание судорожное, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические тонико-клонические судороги. Зрачки сужены, изо рта обильное выделение слизи.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Рвота, понос. Дыхание затруднено, периодически - удушье. Схваткообразные боли в животе. Кожа влажная. Зрачки узкие. Цианоз. Изо рта - обильное выделение пенистой жидкости, (пульс 68 в минуту, аритмичный, артериальное давление 85/50 мм.рт.ст.)

1.Сформулируйте диагноз.

2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.

3.Эвакуационное предназначения пораженного.

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 5. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ  61 – 75 76– 90 91 – 100
- 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b>	
-91-100 <b>Отлично (5)</b>	

#### 6. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	12. Знание алгоритма решения
	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

#### 7. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-40	1-10	1-30
ОПК	1	19-27, 29-40	6-10	18-30
	6	12-40	1-10	12-16, 18-20, 22,24-30
	8			
	10	1-11,16,17	1-10	1-11

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ»**

**БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

**ВОПРОС N 1. Назовите признаки, характерные для вторичного абсолютного эритроцитоза:**

- Увеличение числа эритроцитов
- Увеличение числа ретикулоцитов
- Увеличение содержания гемоглобина
- Повышение гематокрита
- Повышение вязкости крови
- Гиперплазия эритроидных элементов костного мозга
- Лимфоцитоз
- Моноцитоз

**ВОПРОС N 2. Укажите состояния, сопровождающиеся эритроцитозом, не связанным с увеличением уровня эритропоэтина в плазме крови:**

- Болезнь Вакеза-Ослера
- Горная болезнь.
- Неукротимая рвота
- Альвеолярная гиповентиляция
- Карбоксигемоглобинемия
- Тетрада Фалло

**ВОПРОС N 3. У носителей аномального гемоглобина с повышенным сродством к кислороду развивается:**

- Анемия вследствие гемолиза эритроцитов
- Эритропения
- Эритроцитоз
- Содержание эритроцитов в крови не изменяется
- Анизоцитоз, пойкилоцитоз

**ВОПРОС N 4. Назовите изменения, возникающие сразу после кровопотери:**

- **Гематокрит в норме**
- Гематокрит увеличен
- Гематокрит снижен
- Количество эритроцитов в единице объема крови снижено
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- **Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови снижено
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено**
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**

**ВОПРОС N 5. Назовите изменения, возникающие через 2-3 дня после кровопотери:**

- Гематокрит в норме
- Гематокрит увеличен
- **Гематокрит снижен**
- **Количество эритроцитов в единице объема крови снижено**
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови снижено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**
- Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов в норме

**ВОПРОС N 6. Укажите нарушения, которые лежат в основе развития талассемии**

- Нарушение синтеза порфиринов
- Дефицит железа.

- Нарушение синтеза гема
- **Нарушение синтеза цепей глобина**
- Все перечисленное верно

**ВОПРОС N 7. Перечислите признаки, характерные для альфа-талассемии**

- Анемия приобретенная
- **Анемия наследственная**
- **Анемия гипохромная**
- Анемия гиперхромная
- **Количество ретикулоцитов увеличено**
- **Селезенка увеличена**

**ВОПРОС N 8. Верно ли утверждение, что гетерозиготные носители гена гемо глобина S легче переносят тропическую малярию, чем люди с нормальным содержанием гемоглобина:**

- Да
- Нет

**ВОПРОС N 9. Назовите причины метгемоглобинемии:**

- Гемоглобинопатия S
- Гемоглобинопатия E
- **Гемоглобинопатия M**
- Гемоглобинопатия C
- **Дефицит цитохром альфа-редуктазы**
- Воздействие нитратов или нитритов
- **Воздействие анилиновых красителей**
- **Воздействие сульфаниламидов**

**ВОПРОС N 10. Патология, каких отделов пищеварительного тракта приводит к нарушению всасывания железа и снижению его содержания в крови?**

- **Желудок**
- Пищевод

- Ротовая полость
- Двенадцатиперстная кишка
- Толстая кишка
- **Проксимальный отдел тонкой кишки**

**ВОПРОС N 11. Перечислите клинические признаки, которые могут наблюдаться при железодефицитной анемии:**

- Слабость
- **Повышенная утомляемость.**
- Адинамия
- Миалгия
- **Головокружение**
- **Глоссит**
- Кариез
- **Ангулярный стоматит**
- **Клойнихия (койлонихия)**
- **Снижение умственной и физической трудоспособности**
- Тахикардия
- **Нарушение глотания**
- Гепатомегалия
- **Ахлоргидрия**
- Панкреатическая ахилия
- Спленомегалия
- **Извращение вкуса и запаха**

**ВОПРОС N 12. Какой является железодефицитная анемия?**

- **Гипохромной**
- Гиперхромной
- **Микроцитарной**
- Макроцитарной
- Гиперрегенераторной
- Гипорегенераторной

- Мегалобластической
- **Нормобластической**
- Гемолитической
- **Дисэритропоэтической**

**ВОПРОС N 13. Высокий уровень железа в сыворотке крови характерен**

- для талассемии
- для анемии при уремии
- **для железорефрактерной анемии**
- для аутоиммунной гемолитической анемии

**ВОПРОС N 14. При B12-дефицитной анемии, наиболее выраженные изменения наблюдаются в следующих системах:**

- **В системе пищеварения**
- **В нервной системе**
- В мочеполовой системе
- В эндокринной системе
- В выделительной системе
- **В системе крови**

**ВОПРОС N 15. Перечислите основные изменения в периферической крови, характерные для B22-дефицитной анемии:**

- **Макроцитоз**
- Микроцитоз
- **Анизоцитоз**
- **Мегалоцитоз**
- **Пойкилоцитоз**
- **Базофильная пунктация эритроцитов**
- **Наличие в эритроцитах колец Кебота-Клайпа и телец Говел-Жолли.**
- Гиперсегментация нейтрофилов.
- Лейкоцитоз
- **Лейкопения**
- Тромбоцитоз

- **Тромбоцитопения**
- Эритроцитоз
- Появление в крови эритробластов.
- Появление в крови миелобластов
- Сидеробластоз
- Мишеневидные эритроциты
- **Появление в крови мегалобластов**

**ВОПРОС N 16. Назовите причины абсолютного эритроцитоза:**

- Кессонная болезнь
- **Высотная болезнь**
- Несахарный диабет
- **Хронические обструктивные заболевания легких**
- Инфаркт печени
- **Синдром Пикквика**
- Эксикоз
- Хроническая надпочечниковая недостаточность
- **Свищи между ветвями легочной артерии и легочных вен**
- **Болезнь Иценко-Кушинга**
- **Врожденная метгемоглобинемия**
- **Локальная ишемия почки (поликистоз)**
- **Внутрисердечный сброс крови справа налево**
- **Гемангиобластома**

**ВОПРОС N 17. Какой параметр необходимо использовать для дифференцировки относительных и абсолютных эритроцитозов:**

- Количество ретикулоцитов в крови
- **Массу циркулирующих эритроцитов**
- Содержание эритропоэтина

**ВОПРОС N 18. Какой фактор играет доминирующую роль в развитии анемии при раке желудка:**

- **Хроническое кровотечение**

- Гемолиз эритроцитов
- Снижение всасывания железа
- Подавление эритропоэза факторами, выделяемыми опухолевыми клетками

**ВОПРОС N 19. Для внутрисосудистого гемолиза эритроцитов характерны следующие признаки:**

- Повышение уровня прямого билирубина в сыворотке крови
- **Повышение уровня непрямого билирубина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания стеркобилиногена в кале**
- Снижение содержания стеркобилиногена в кале
- **Гемоглобинурия**
- Гематурия
- Увеличение селезенки
- **Анемия**
- Эритроцитоз
- **Ретикулоцитоз**
- Снижение количества ретикулоцитов в крови
- **Эритроидная гиперплазия костного мозга**

**ВОПРОС N 20. Укажите изменения в периферической крови при анемии Минковского-Шафара:**

- **Микросфероцитоз**
- **Цветовой показатель в норме**
- **Ретикулоцитоз**
- **Увеличено содержание непрямого билирубина**
- **Спленомегалия**
- **Понижение осмотической и кислотной резистентности эритроцитов**
- Верного нет

**ВОПРОС N 21. Назовите изменения в крови, возникающие при гемоглобинопатиях, обусловленных носительством гемоглобинов со сниженным сродством к кислороду:**

- $P_{O_2}$  снижено
- $P_{O_2}$  повышено

- **Po2 в норме**
- SO2 увеличено
- **SO2 снижено**
- SO2 в норме
- **Содержание дезоксигемоглобина повышено**
- Содержание гемоглобина снижено
- **Содержание гемоглобина в норме**

**ВОПРОС N 22. Перечислите основные критерии наличия железодефицитной анемии:**

- **Снижение цветового показателя**
- Повышение цветового показателя
- **Микроцитоз**
- Макроцитоз
- **Уменьшение количества сидеробластов в пунктате костного мозга**
- Увеличение количества сидеробластов в пунктате костного мозга
- **Уменьшение содержания железа в сыворотке крови**
- Содержание железа в сыворотке крови не изменено
- **Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови**
- Снижение железосвязывающей способности сыворотки крови
- **Снижение выделения железа с мочой**
- Увеличение выделения железа с мочой
- Увеличение содержания ферритина в сыворотке крови
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания протопорфиринов в эритроцитах**
- Снижение содержания протопорфиринов в эритроцитах

**ВОПРОС N 23. Укажите последовательность изменений, происходящих при железодефицитной анемии:**

- **Снижение содержания гемоглобина и количества эритроцитов в крови**
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови и макрофагах**
- **Снижение уровня сывороточного железа**
- **Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови**

**Банк ситуационных задач**  
**Задача №1**  
**«Патология Гемостаза»**

Больная З., 13 лет, поступила в отделение гематологии с жалобами на носовое кровотечение, продолжающееся в течение 2 часов. Из анамнеза известно, что с 2-летнего возраста редко, не чаще 2-3 раз в год, отмечаются интенсивные носовые кровотечения. После начала менструаций, в возрасте 12 лет, стали отмечаться меноррагии. Девочка родилась от первой, нормально протекавшей беременности. Родители считают себя здоровыми, однако при подробном расспросе удалось выяснить, что отец в детстве страдал носовыми кровотечениями. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. В обоих носовых ходах пропитанные кровью тампоны. Кожные покровы бледные, многочисленные экстрavasаты различной давности на нижних и верхних конечностях, туловище, встречаются петехии. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Слизистые полости рта чистые, по задней стенке глотки стекает кровь. Печень, селезенка не пальпируются. Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты –  $3,1 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты –  $380 \times 10^9$ /л, лейкоциты –  $4,5 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 69%, э – 2%, л – 13%, м – 13%, СОЭ – 12 мм/час. Время кровотечения по Дьюку – 6 минут 30 секунд. Время свёртывания по Ли-Уайту – 9 мин. Реакция кровяного сгустка: после 24 часов резко ослаблена, индекс ретракции 0,2. Агрегация тромбоцитов: под влиянием АДФ, адреналина, коллагена – ослаблена.

1. *О каком заболевании можно думать? По какому типу наследования передаётся это заболевание?*
2. *Патогенез данного заболевания.*
3. *Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.*
4. *Виды тромбоцитопатий.*
5. *Принципы лечения тромбоцитопатий.*

**Задача №2**  
**«Патология Гемостаза»**

Больная А., 12 лет. Основные жалобы на носовые кровотечения. Данные анамнеза: в последнее время часто болела с повышением температуры до субфебрильных цифр, снизился аппетит, отмечалась быстрая утомляемость. При поступлении состояние тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечаются незначительная кровоточивость десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум. Общий анализ крови: Hb-72 г/л (N125-135 г/л), эритроциты-  $2,8 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты- 0,2% (N2,3- 6,6%), тромбоциты- единичные (N-228-275  $\times 10^9$ /л), лейкоциты-  $1,3 \times 10^9$ /л (N6-  $8 \times 10^9$ /л), п/я - 1% (N1,3-2,6%), с-4% (N-53,5-61,6%), л-95% (N-27,5-38%), СОЭ- 35мм/ч (N-5-13,7мм/ч). Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, мегакарициты не найдены.

1. *Какая форма патологии гемостаза у больной?*
2. *Приведите классификацию данного типа патологии по происхождению.*
3. *Укажите нарушения в системе гемостаза при данной патологии.*
4. *Укажите типы кровоточивости при геморрагических диатезах.*
5. *Терапия тромбоцитопений.*

### **Задача №3** **«Патология Гемостаза»**

Больной О., 5 лет, доставлен в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстрavasаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте.

Общий анализ крови: Нв – 100 г/л, эритроциты –  $3,0 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 3%, тромбоциты –  $300 \times 10^9$ /л, лейкоциты –  $8,3 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 63%, э – 3%, л – 22%, м – 9%, СОЭ – 12 мм/час. Длительность кровотечения по Дьюку – 2 мин 30 сек. Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин.

1. *О каком заболевании у данного больного можно думать?*
2. *Какая фаза коагуляционного гемостаза страдает при данной патологии?*
3. *Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.*
4. *Укажите лабораторные данные характерные для данной патологии.*
5. *Принципы терапии.*

### **Задача №4**

Больной Н. 35 лет доставлен в клинику с диагнозом: Термический ожог IIIА-Б степени 25%. Травма получена в быту 4 дня назад. При поступлении состояние больного тяжелое. В сознании, отмечаются проявления энцефалопатии (больной возбужден, суетлив), температура тела  $38,8^{\circ}\text{C}$ , кожные покровы бледные, прохладные, влажные. Дыхание поверхностное с ЧДД 28 в минуту, ослаблено в нижних отделах слева. АД 90/60 мм.рт.ст., ЧСС 118 в минуту. В анализе крови отмечается лейкоцитоз до  $24 \times 10^9$ /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, а также анемия и тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка повышен.

1. На основании перечисленных признаков о присоединении каких патологических синдромов можно говорить?
2. Критерии диагностики данного патологического процесса?
3. В силу каких причин произошло присоединение осложнений ожоговой болезни и усугубление тяжелого состояния пациента?

### Клинический случай (ИП)

*Девочка Ш., 8 лет*, поступила в I отделение Республиканской детской инфекционной больницы города С. 23.11.12 г. с жалобами на повышение температуры тела до 40 °С в течение 2 недель, появление вялости, снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: заболела остро 09.11.12 г., когда впервые температура тела повысилась до 39 °С, появились боль в горле, головная боль. Участковым врачом был поставлен диагноз: фолликулярная ангина, назначено симптоматическое лечение. Однако больная попрежнему продолжала лихорадить в пределах 39–40 °С, в связи с чем была госпитализирована в ЦРБ по месту жительства с диагнозом: лихорадка неясного генеза. Получила лечение: инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, антибактериальную и симптоматическую терапию. Однако на фоне лечения сохранялась фебрильная лихорадка (38–38,5 °С), и 23.11.12 г. ребенок был переведен в Республиканскую детскую инфекционную больницу города С..

Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными не была. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Привита по возрасту. Реакции Манту: 2005 г. — гиперемия 12 мм, 2006 г. — гиперемия 10 мм, 2007 г. — гиперемия 10 мм, в 2008–2009 гг. — не проводились, 2010 г. — гиперемия 12 мм, 2011 г. — гиперемия 12 мм, в 2012 г. — не проводилась.

Анамнез жизни без особенностей. Из перенесенных заболеваний отмечены нечастые эпизоды ОРВИ.

При поступлении общее состояние больной расценено как тяжелое, обусловленное интоксикационным синдромом. Температура тела 38,2 °С, частота дыхания 28/мин, частота сердечных сокращений 100/мин.

Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные.

Со стороны черепной иннервации без особенностей. Телосложение правильное, питание понижено. Костно-мышечная система без видимых деформаций. Тургор мягких тканей и эластичность кожи снижены. Периферические лимфоузлы: пальпируются все группы, размером 0,3 ´ 0,5 см в диаметре, эластической консистенции, подвижные, безболезненные.

Кожные покровы бледные, сыпи нет. Отмечается выраженная бледность носогубного треугольника. При осмотре ротоглотки отмечалась яркая гиперемия небных дужек, задней стенки глотки, налетов на миндалинах нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно — жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформлен. Мочеиспускание свободное.

Диагноз при поступлении: лихорадка неустановленной этиологии, реконвалесцент после фолликулярной ангины.

Что касается оценки состояния как тяжелое, то оно было обусловлено не интоксикационным синдромом, основным проявлением которого была только лихорадка. Однако ее величина в пределах 38,2 °С для 8-летней девочки, при отсутствии других признаков, является не жизнеугрожающей, а скорее платой за неизвестность причины, вызвавшей такую температурную реакцию.

Лабораторное обследование представлено в табл. 1–3.

Таблица 1. Общий анализ крови в динамике

Дата	Нв	Эр.	Ц.п.	Тромб.	L	СОЭ	П.	С.	Л.	М.	Плазмат.	Эозинофилы
23.11	123	4,1	0,9		10,8	32	21	57	14	6	2	
29.11	124	4,0	0,9	245	9,7	37	7	65	20	6	2	
07.12	123	4,1	0,9		7,3	15	6	44	44	5		1
17.12	124	4,0	0,9		9,4	6	8	41	49	2		

Таблица 2. Биохимические исследования крови

Дата	Общий билирубин	Прямой	Непрямой	АЛТ	АСТ	Тимоловая проба	Мочевина	Креатинин
23.11	10	3	7	0,76	0,41	7,8	1,9	0,045
07.12	8	3	5	0,29	0,19	6,1		

Таблица 3. Оценка субпопуляции лимфоцитов в крови (%)

Показатели	У больной	Показатели у здоровых
Т-лимфоциты (CD3 <sup>+</sup> CD19 <sup>-</sup> )	86,2	Дети 5–10 лет: 57–80
Т-хелперы/Т-индукторы (CD4 <sup>+</sup> CD8 <sup>-</sup> )	44,1	Дети 5–10 лет: 24–47
Т-супрессоры/Т-цитотоксические (CD4 <sup>-</sup> CD8 <sup>+</sup> )	25,5	Дети 5–10 лет: 19–47
Иммунорегуляторный индекс	1,7	Дети: 0,05–2,25
Цитотоксические клетки (CD3 <sup>+</sup> CD56 <sup>+</sup> )	12,5	3–8
NK-клетки	4,8	Дети 5–10 лет: 4–26
В-лимфоциты (CD3 <sup>-</sup> CD 19 <sup>+</sup> )		Дети 5–10 лет: 10–26
Моноциты/макрофаги (CD14)	3,3	Дети 5–10 лет: 6–13
Общий лейкоцитарный антиген (CD45)	99,7	95–100

1. Бактериоскопия крови 23.11.12 и 24.11.12 — обнаружены грамположительные кокки.

2. Биохимические исследования крови представлены в табл. 2.

Ревмопробы: повышенные показатели Среактивного белка — 16,76 мг/л (норма для детей — до 10 мг/л).

Антистрептолизин О — менее 20 МЕ/мл (норма для детей — до 150,0 МЕ/мл).

Ревматоидный фактор — менее 10 МЕ/мл (норма для детей — до 14,0 МЕ/мл).

3. Толстая капля крови на малярию 23.11.12 г. — паразиты не обнаружены.

4. Бактериологические исследования: посев крови на стерильность 23.11.12 г. — стерилен; посев крови на гемокультуру 23.11.12. г. — стерилен.

5. Посев материала из зева на флору: выделен бетагемолитический стрептококк.

6. Бактериоскопия мокроты: КСП не обнаружены.

7. ИФА крови на ВИЧ от 26.11.12 г. — антитела к ВИЧ не обнаружены. ИФА крови на цитомегаловирус, герпетические вирусы 1-го и 2-го типа обнаружил повышенный титр IgM к цитомегаловирусу — 1,8 (положительный результат — более 1,1) и к герпетическим вирусам 1-го и 2-го типа — 2,77 (положительный результат — более 1,1).

ПЦР к вирусу Эпштейна — Барр положительная.

8. Общий анализ мочи: с/ж, прозрачная, плотность 1012, эритроциты 1–2 в п/зр, лейкоциты 0–1 в п/зр.

9. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты —  $1,5 \cdot 10^6$ /л, эритроциты — 0.

10. Копроцитограмма: коричневый, оформленный, патологических примесей нет.

11. Анализ кала на яйца глистов — отрицательный.

12. Соскоб на энтеробиоз — отрицательный.

13. Посев кала на Д-группу — отрицательный.

14. Инструментальные обследования:

— R-грамма ОГК — без особенностей;

— эхокардиограмма — без патологии;

— УЗИ органов брюшной полости и почек: в паренхиме печени обнаружены гипэхогенные очаги с максимальным размером в диаметре до 12 мм. В воротах печени — лимфоузлы диаметром 12 мм. В паренхиме селезенки гипэхогенные очаги с максимальным размером до 12 мм в диаметре;

— КТ органов брюшной полости с в/в усилением: в селезенке на фоне паренхимы отмечается накопление контраста до 9,0 ед. Н, определяются гиподенсивные очаги плотностью около 60 ед. Н, без четких контуров, от 5 до 7 мм в диаметре, в количестве около 5.

Заключение: изменения в селезенке можно расценивать как абсцедирование.

Ребенок консультирован:

— лор-врачом: патология не выявлена;

— фтизиатром: инфицирование МБТ 5,4 Бк, что свидетельствует о наличии микобактерий туберкулеза в организме, лечения это состояние не требует, только наблюдения.

— кардиологом: данных о бактериальном эндокардите и миокардите нет;

— хирургом: данных об острой хирургической патологии нет;

— иммунологом: перенесен острый инфекционный мононуклеоз;

— гематологом: данных о лимфопролиферативном процессе нет.

#### Задание:

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Назначить дополнительное обследование.
3. Определить (предположить) этиологию заболевания.
4. Объяснить патогенез развития данного заболевания.

#### Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления

- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### Банк тем рефератов для самостоятельной работы

1. Патогенез травматического шока.
2. Патогенез геморрагического шока.
3. Патогенез хронического воспаления.
4. Современные представления о гипертонической болезни.
5. Алкоголизм, патогенез соматических расстройств.
6. Общие молекулярно-клеточные механизмы развития алкоголизма и наркомании.
7. Белки острофазного ответа в диагностике послеоперационных осложнений.
8. Лейкемоидные реакции, патогенез.
9. Лейкопении врожденные, приобретенные их патогенез.
10. Агранулоцитоз, механизмы развития.
11. Раневой процесс, механизмы развития.
12. Тромбоцитопении, патогенез.
13. Механизмы развития острой почечной недостаточности.
14. Механизмы развития мочевого синдрома.
15. Метаболический синдром, этиопатогенез.
16. Иммунодефицит. Классификация, патогенез В-клеточных иммунодефицитных заболеваний.
17. Острый панкреатит, Этиопатогенез.
18. Виды дискинезий желчных путей у детей. Аномалии развития желчных путей.
19. Желчекаменная болезнь. Этиопатогенез.
20. Цирроз печени, его стадии, показания к оперативному лечению
21. Острый живот у детей (аппендицит, перитонит, инвагинация кишки, спаечная болезнь).
22. Мочекаменная болезнь. Гемолитико-уремический синдром.
23. Дефект фагоцитоза, механизмы развития.
24. Геморрагический синдром. Патогенез.

### Шкала и критерии оценивания рефератов

Шкала оценивания	Критерий оценивания
	1.Новизна реферированного текста

При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

### ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

#### Ситуационные задачи

#### Ситуационная задача № 1.

Больной М., 78 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивные боли за грудиной, иррадиирущими в левую руку, слабость, головокружение. При осмотре: состояние больного тяжелое, АД 90/60 мм рт.ст., Ps 115-128 уд/мин, аритмичный, в легких множественные влажные разнокалиберные хрипы, на ЭКГ признаки мерцательной аритмии, острого трансмурального передне-бокового инфаркта миокарда. В анамнезе у больного: хронический бронхит, хронический калькулезный холецистит. На протяжении 6 сут. пребывания в стационаре отмечались рецидивирующие боли за грудиной, рецидивы отека легкого. На 7-е сутки внезапно появилась резкая слабость, интенсивные боли за грудиной, больной потерял сознание. При осмотре АД и Ps не определялись, реанимационные мероприятия - без эффекта, через 30 минут - констатирована биологическая смерть.

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС. Острый трансмуральный передне-боковой инфаркт миокарда. Кардиосклероз.

Осложнения: Мерцательная аритмия. Рецидивирующий отек легких. НИ.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Данные вскрытия:

Мягкие мозговые оболочки и вещество мозга отечны, полнокровны. В плевральных полостях по 200 мл прозрачной, слегка желтоватой жидкости. Легкие: мягкой консистенции, на разрезах темно-красного цвета с бледно-розовыми, повышенной воздушности участками легочной ткани в передне-верхушечных отделах, с поверхностей разрезов стекает умеренное количество темной, слегка пенистой крови, стенки бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, в просветах - незначительное количество прозрачной слизи. В полости перикарда около 600 мл темно-красных желеподобных свертков крови и жидкой темной крови. Сердце массой 480 г, на передней поверхности сердца имеется разрыв, проникающий в полость левого желудочка, имеющее линейную форму, длиной до 1 см, с неровными, пропитанными кровью краями. Толщина передней и боковой стенок левого

желудочка - 1,8 см. Задняя стенка левого желудочка истончена до 0,4 см, выбухает, на разрезах представлена белесоватой слоистой тканью на всю толщину стенки. Миокард передне-перегородочной области левого желудочка резко дряблый, желто-серого цвета с очаговыми кровоизлияниями темно-вишневого цвета, в области передней стенки - разрыв. Венечные артерии: на интима множество атеросклеротических бляшек, до 1/2-2/3 стенозирующих просвет артерий, в просвете межжелудочковой ветви левой венечной артерии - темно-красный, плотный сверток крови, полностью обтурирующий просвет артерии. На интима аорты множественные атеросклеротические бляшки с явлениями атероматоза и кальциноза. Печень: плотноватая, на разрезах ткань с рисунком типа мускатного ореха. Желчный пузырь: в просвете 6 плотных, темно-зеленых камней, стенка мягкая, толщиной до 0,7 см, на слизистой - желтоватые, шероховатые наложения. Почки: консистенция плотная, поверхность мелкозернистая, ткань на разрезах вишнево-синюшного цвета, граница между слоями выражена четко. Селезенка 380 г, плотная, на разрезах ткань темно-вишневого цвета, в соскобе - незначительное количество темной крови и пульпы.

### **Вопросы**

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите возможные осложнения острого инфаркта миокарда.

### **Ситуационная задача № 2.**

Больная К., 56 лет, утром чувствовала себя удовлетворительно. В середине дня стала жаловаться на зубную боль, правая щека распухла. Вечером обратилась к стоматологу поликлиники, был удален верхний 6-й зуб справа. После экстракции зуба больная ушла домой. В 3 часа ночи КСП доставлена в отделение лицевой хирургии с распухшей правой половиной лица и шеи, с температурой 40,1°C. К утру отечные ткани щеки и шеи обрели бескровно-синий оттенок, к вечеру - почти черный цвет, появился резко неприятный гнилостный запах. Анализ крови - умеренный лейкоцитоз, анализ мочи - протеинурия. Через 1,5 суток больная умерла.

Клинический диагноз: Саркома правой верхней челюсти? Гангрена мягких тканей правой щеки.

На вскрытии: Гнойный остеомиелит верхней челюсти. Множественные мелкие гнойники в легких, миокарде, почках, печени. Селезенка увеличена в 4 раза, дряблая, дает обильный соскоб. При бактериологическом исследовании крови из сердца обнаружен стафилококк.

### **Вопросы**

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите клинко-морфологические формы смертельного осложнения.

### **Ситуационная задача № 3.**

Больная Х., 63 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с умеренным количеством вязкой, прозрачной мокроты, отеки нижних конечностей. В отделении прогрессировали явления тотальной сердечной недостаточности. За несколько часов до смерти стала резко нарастать дыхательная недостаточность, больная посинела, гемодинамика - с тенденцией к гипотонии, впоследствии - снижении АД до 0, исчезновение пульса, потеря сознания, расширение зрачков. Реанимационные мероприятия - без эффекта.

Клинический диагноз: Рак нижней доли левого легкого. Правосторонняя бронхопневмония. Пневмосклероз. Фиброзно-очаговый туберкулез легких. ХИБС. Коронаросклероз. Недостаточность кровообращения III ст. Фибромиома матки.

На вскрытии: Диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, стенки мелких и средних бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезом, слизистая бронхов гиперемирована, в просветах - вязкая слизь. В левой плевральной полости - 350 мл, в правой - 420 мл прозрачной бесцветной жидкости. В полости сердечной сумки - 200 мл прозрачной бесцветной жидкости, в брюшной полости 600 мл аналогичной жидкости. Печень: плотная, поверхность мелкобугристая, на разрезах ткань мелкоузлового строения с рисунком типа мускатного ореха. Сердце: толщина стенки правого желудочка - 0,9 см (N - 0,3-0,4 см), полости правого и левого сердца резко расширены, в области передней стенки левого желудочка обширный участок серо-желтого цвета, окруженный геморрагическим венчиком, в остальных отделах миокарда - множественные мелкие участки белесоватой соединительной ткани. В просветах долевых ветвей легочной артерии - свободно лежащие и обтурирующие просвет темно-красные, червеобразные, плотные, слоистые свертки крови. В просвете правой подколенной вены - плотные, слоистые, серо-красные свертки крови. В почках - множественные полости диаметром 0,3-0,7 см, заполненные прозрачной жидкостью. В матке - множественные миоматозные узлы.

#### **Вопросы**

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

### **Ситуационная задача №4.**

Больная С., 48 лет, доставлена в неврологическое отделение без сознания, в тяжелом состоянии, с правосторонней гемиплегией. АД 140/80 мм рт.ст. При люмбальной пункции получен ликвор, окрашенный кровью. Через сутки больная скончалась при падении сердечной деятельности.

Клинический диагноз: Ишемический инсульт в области подкорковых ядер левого полушария головного мозга. Атеросклероз аорты, сосудов головного мозга.

На вскрытии: Некоторое напряжение твердой мозговой оболочки головного мозга. Извилины мозга уплощены, борозды сглажены. Ткань мозга на разрезах полнокровная, набухшая. В области подкорковых узлов левого полушария опухоль 3х3 см, мягкая, без четких границ (гистологически - дедифференцированная астроцитома). Вокруг опухоли и в ее ткани кровоизлияние, с прорывом

крови в желудочки мозга. Миокард буроватый, с мелкими прослойками соединительной ткани. Печень, селезенка, почки цианотичны, легкие - отечны.

### **Вопросы**

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

### **Ситуационная задача № 5**

Больная М., 28 лет, поступила в стационар с явлениями нарастающей хронической почечной недостаточности, в течение 15 лет страдает сахарным диабетом 1-го типа. В последние 2 недели периодически отмечалась рвота «кофейной гущей», черный стул, одышка, кашель, повышение температуры до 37-38°С. Через 3-е суток пребывания в стационаре больная умерла.

На вскрытии: поджелудочная железа резко уменьшена в размерах, ткань ее в хвостовой части практически полностью замещена жировой и соединительной тканью, гистологически: атрофия ткани поджелудочной железы, значительные поля соединительной и жировой ткани, значительное количество островков Лангерганса склерозировано, оставшиеся островки - с признаками гипертрофии. Почки: резко уменьшены в размерах, поверхность мелкозернистая, ткань дряловатая, на разрезах серо-розового цвета, граница между слоями не определяется. В пищеводе и желудке - явлениями эрозивно-язвенного гастроэзофагита, в легких - отек, отечная жидкость резко пахнет мочой, ткань легких плотная, серо-розовая на разрезах (гистологически - фибринозно-гнойная пневмония), головной мозг и мягкие мозговые оболочки - выраженный отек. Миокард и печень - явления белковой и жировой дистрофии.

### **Вопросы**

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

### **Ситуационная задача № 6**

Больной Н., 42 лет поступил в стационар с жалобами на сильную головную боль, головокружение, боли в сердце, «мелькание мушек» перед глазами, отмечал кратковременную потерю сознания, повышение температуры тела до 38 °С. В течение 20 лет страдает хроническим гломерулонефритом, характерно: повышение артериального давления, белок и эритроциты в моче (периодически), отеки, в анамнезе - хронический бронхит, язва желудка. Через 3 сут больной у больного развились: правосторонний паралич, афазия, в последующем - мозговая кома и смерть больного.

На вскрытии: ткань левой височной доли обильно пропитана кровью, размягчена, в желудочка мозга - жидкая кровь. Сердце увеличено: масса до 550 г, толщина стенки левого желудочка - 2,5 см. Почки: резко уменьшены в размерах, плотные, поверхность мелкозернистая, на разрезах серовато-красного цвета, с легким крапом по поверхности разрезах коркового слоя (гистологически: хронический гломерулонефрит, склероз клубочков и стромы - нефросклероз). В желудке - хроническая язва вне обострения. В легких -

явления хронического бронхита вне обострения, умеренно выраженный пневмосклероз, эмфизема легких.

### Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

### Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### Перечень вопросов к зачету по дисциплине «Патологическая анатомия»

1. Задачи, методы клинической патологической анатомии.
2. Структура патолого-анатомической службы.
3. Методы патологической анатомии.
4. История развития прозекторской службы в России.
5. Организация работы и документация патологоанатомического отделения.
6. Порядок вскрытия трупов в стационарах ЛПУ. Приказ о порядке проведения патолого-анатомических вскрытий.
7. Контингенты трупов лиц, подлежащих судебно-медицинскому и патолого-анатомическому вскрытию.
8. Техника патолого-анатомического вскрытия.
9. Первоначальная причина смерти.
10. Общие принципы заполнения "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» в соответствии с МКБ-10.
11. Правила оформления и выдачи "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти».
12. Порядок оформления протокола патолого-анатомического вскрытия.
13. Учение о диагнозе. Принципы построения диагноза. Принципы формулирования заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
14. Основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания – определение, место в структуре диагноза. "Вторые болезни".
15. Влияние на танатогенез осложнения основного заболевания и сопутствующих болезней.

16. Комбинированное основное заболевание: конкурирующие, сочетанные заболевания, фоновые заболевания.
17. Патолого-анатомический эпикриз.
18. Принципы клинко-морфологических сопоставлений в аспекте оценки качества прижизненной диагностики и лечения (основы патолого-анатомической экспертизы).
19. Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.
20. Определение, категории и основные причины расхождений заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
21. Положения о клинко-анатомических конференциях, комиссии по изучению летальных исходов и лечебно-контрольной комиссии.
22. Биопсии: виды, значение, место в современной патологической анатомии. Методы взятия биоптатов.
23. Методы фиксации биопсийного и операционного материала. Правила заполнения направления на патогистологическое исследование.
24. Принципы и методы исследования биоптатов, операционного материала, последов, правила направления этих материалов в патогистологическую лабораторию.
25. СВО, признаки. Сравнительная патоморфологическая характеристика различных форм сепсиса.
26. Морфологическая характеристика заболеваний терапевтического профиля

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1.Краткость 2.Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3.Содержательная точность, то есть научная корректность 4.Полнота раскрытия вопроса 5.Наличие образных или символических опорных компонентов 6.Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

#### **САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»**

**Объем самостоятельной работы по дисциплине – 12 часов**

**Формы контроля – рефераты.**

Модуль ОПОП	Объем СР
Тема1 « Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	3

Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов.Исследование биопсийного и операционного материала».	3
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	3
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	3

### **Темы рефератов**

Тема1 « Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	<p>1 Значение современных морфологических методов исследования.</p> <p>1. Роль патолого-анатомической службы в обеспечении качества диагностики и улучшения лечебно-диагностической работы.</p> <p>2. Повышение роли патолого-анатомических вскрытий на современном этапе развития здравоохранения.</p>
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов. Исследование биопсийного и операционного материала».	<p>1. Принципы формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.</p> <p>2. Сличение диагнозов. Причины и категории расхождения диагнозов.</p> <p>3. Международная классификация болезней и ее применение при оформлении диагноза</p> <p>4. Современные методы изучения биоптата.</p>
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	<p>1. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Побочные эффекты лекарственной терапии.</p> <p>2. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Инструментально - диагностические ятрогении.</p> <p>3. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Хирургические и наркозно - анестезиологические ятрогении. Особенности формулировки диагноза в случаях смерти при операционном вмешательстве.</p>
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	<p>1. Патоморфоз острого инфаркта миокарда при стандартной консервативной терапии.</p> <p>2. Патологическая анатомия изменений в сердце при хронической сердечной недостаточности.</p> <p>3. Сравнительная характеристика слизистой оболочки желудка при различных вариантах хронического гастрита.</p> <p>4. Сравнительная характеристика слизистой оболочки бронхов при различных типах воспаления дыхательных путей.</p> <p>5. Структурно - функциональные изменения сердца при хронической обструктивной болезни легких.</p> <p>6. Сепсис и его формы. Патоморфологические изменения при различных формах сепсиса.</p>

### **Критерии и шкала оценивания**

## 1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

### ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

#### «КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

#### Перечень вопросов для устного собеседования:

<b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы клинической фармакологии»	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Значение фармакокинетики для выбора препаратов и определения режима их дозирования: путь введения, всасываемость, биодоступность, биоэквивалентность, связь с белками, объем распределения, метаболизм, период полувыведения, клиренс, пути и скорость выведения.</li><li>2. Основные фармакокинетические параметры: биодоступность, период полувыведения, равновесная концентрация, клиническое значение. Терапевтический лекарственный мониторинг: его значение.</li><li>3. Понятие о фармакодинамике. Спектр и широта терапевтического действия, терапевтический индекс.</li><li>4. Особенности клинической фармакологии у пациентов категории риска (период новорожденности, дети, беременные и лактирующие женщины, пожилые люди, люди с тяжелыми сопутствующими заболеваниями).</li><li>5. Современная номенклатура лекарственных препаратов, типы названий, примеры. Типовая фармакологическая статья: содержание, практическое значение.</li><li>6. Оригинальные и генерические лекарственные препараты.</li><li>7. Индукторы и ингибиторы цитохрома Р-450, значение для рационального назначения ЛС.</li><li>8. Фармакогенетика и фармакогеномика, роль генетических факторов в развитии фармакологического ответа. Показания к фармакогенетическому тестированию.</li><li>9. Понятие о фармакологическом (фармакокинетическом и фармакодинамическом) и фармацевтическом взаимодействии лекарственных средств. Принципы рационального комбинирования ЛС.</li><li>10. Нежелательные лекарственные реакции. Методы их выявления, профилактика и коррекция. Зависимость НЛР от показаний, пути введения, дозы, длительности применения лекарств, возраста больных.</li></ol>
---	---

	<p>11. Общие принципы оценки эффективности и безопасности применения ЛС у больных.</p> <p>12. Фармаконадзор. Выявление и регистрация НЛР. Показания для заполнения карты экстренного извещения.</p> <p>13. Алгоритм выбора рациональной фармакотерапии в нефрологии.</p> <p>14. Понятие о доказательной медицине, ее принципы, уровни доказательности, практическое значение.</p> <p>15. Клинические испытания, виды и фазы клинических испытаний. Понятие о «качественной клинической практике» (GCP).</p> <p>16. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ, использование их результатов в клинической практике.</p> <p>17. Рациональные подходы к работе с источниками медицинской информации.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>18. Механизм действия ненаркотических анальгетиков, особенности их фармакологических эффектов.</p> <p>19. Классификация НПВС в зависимости от химической структуры, длительности и селективности действия. Анальгетики - антипиретики.</p> <p>20. Препараты и особенности эффектов каждой группы НПВС. Показания к назначению ненаркотических анальгетиков.</p> <p>21. Противопоказания для применения и побочные эффекты ненаркотических анальгетиков.</p> <p>22. Механизм действия, применение, побочные эффекты наркотических анальгетиков. Принципы выбора данных средств.</p> <p>23. Выбор обезболивающих средств, режима их дозирования, способа введения в нефрологии.</p> <p>24. Методы оценки эффективности и безопасности обезболивающих препаратов. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных реакций.</p> <p>25. Возможные взаимодействия обезболивающих препаратов при комбинированном их назначении с препаратами других групп.</p> <p>26. Фармакодинамика и фармакокинетика глюкокортикоидов, геномное и негеномное действие глюкокортикоидов.</p> <p>27. Классификация глюкокортикоидов для системного и местного применения.</p> <p>28. Лекарственные взаимодействия глюкокортикоидов.</p> <p>29. Показания и противопоказания к применению глюкокортикоидов в нефрологии. Глюкокортикоиды при неотложных состояниях.</p> <p>30. Нежелательные лекарственные реакции при системном и местном применении глюкокортикоидов; меры профилактики и контроля нежелательных лекарственных реакций, вызываемых глюкокортикоидами.</p> <p>31. Понятие об эмпирической антимикробной терапии (АМТ). Правила эмпирического назначения антимикробных препаратов (АМП), выбор дозы, кратности и пути введения.</p> <p>32. Понятие об этиотропной АМТ, выбор АМП, дозы и пути введения.</p> <p>33. Сроки и методы клинической и параклинической оценки эффективности АМТ, возможные причины ее неэффективности.</p> <p>34. Последствия нерационального применения АМП</p> <p>35. Классификация АМП. Основы фармакокинетики и фармакодинамики АМП, активных в отношении</p>

грамм(+)-кокков и грамм(-) бактерий.

36. Активность АМП в отношении основных возбудителей инфекций в нефрологической практике с учетом текущих тенденций антибиотикорезистентности.
37. Общие подходы к стартовой эмпирической АМТ инфекций полости рта.
38. Общие подходы к смене АМТ при неэффективности стартовой.
39. Особенности АМТ у детей, беременных, пациентов с нарушениями функции почек.
40. Общие подходы к антимикробной профилактике в нефрологии.
41. Принципы выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови в нефрологической практике.
42. Методы оценки эффективности и безопасности, основные методы лабораторного контроля при применении антикоагулянтов, антиагрегантов.
43. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных лекарственных реакций антикоагулянтов, антиагрегантов.
44. Принципы рационального выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови для профилактики тромбозов и тромбэмболий.
45. Выбор гемостатических препаратов в нефрологии.
46. Рациональная фармакотерапия коллапса, гипертонического криза, приступа стенокардии.
47. Выбор препаратов в лечении судорожного синдрома.
48. Анафилактический шок, этиология, диагностика, неотложная помощь, профилактика.
49. Классификация противогриппозных препаратов, фармакодинамика, фармакокинетика, особенности применения, побочные эффекты. Рациональная фармакотерапия гриппа.
50. Герпес. Классификация. Клиника. Клиническая фармакология противогерпетических препаратов. Применение в практике врача акушера-гинеколога.
51. Вирус иммунодефицита человека. Патогенез, эпидемиология СПИДа. Классификация антиретровирусных препаратов. Особенности профилактики и лечения ВИЧ инфекции.
52. Системные и местные противогрибковые препараты: особенности фармакокинетики и фармакодинамики, НЛР. Межлекарственные взаимодействия, выбор противогрибковых препаратов в нефрологической практике.
53. Клиническая фармакология вакцин. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Прелицензионная стадия испытания вакцин. Постлицензионный контроль качества вакцин. Мониторинг побочного действия вакцин. Общие и местные побочные реакции вакцин. Поствакцинальные осложнения.
54. Классификация иммунофармакологических средств. Основные фармакологические эффекты и механизм действия иммуномодуляторов микробного, растительного и синтетического происхождения, иммунорегуляторных пептидов, препаратов цитокинов и нуклеиновых кислот. Применение в практике врача-нефролога.
55. Клиническая фармакология интерферонов и их индукторов. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Побочные эффекты. Взаимодействие с другими лекарственными

	<p>средствами. Доказательная база применения данной группы препаратов в нефрологической практике. Общие принципы фармакотерапии болевого синдрома. Клиническая фармакология средств для местной и общей анестезии.</p> <p>56. Современные принципы и стандарты лечения болевого синдрома. Клиническая фармакология ЛС, применяемых при болевых синдромах.</p> <p>57. Боль, определение, ее защитная роль. Возможные направления купирования боли.</p>
--	---

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите предмет изучения каждого раздела клинической фармакологии.</li> <li>2. Дайте определение перечню ЖНВЛП, место в современной фармакотерапии.</li> <li>3. Перечислите методы фармакоэпидемиологического анализа.</li> <li>4. Дайте характеристику методам фармакоэкономического анализа.</li> <li>5. Дайте определение понятию фармакогенетики и фармакогеномики.</li> <li>6. Что представляют собой генетические факторы, влияющие на фармакологический ответ.</li> <li>7. Что такое фармакогенетический тест и его практическое применение.</li> <li>8. Основные фармакокинетические процессы и их механизмы.</li> <li>9. Основные фармакокинетические параметры и их клиническое значение.</li> <li>10. Принципы расчета и выбора доз лекарственных средств, факторы, влияющие на выведение лекарственных средств.</li> <li>11. Методы определения лекарственных средств в биологических жидкостях, принципы организации деятельности лаборатории клинической фармакокинетики в многопрофильном стационаре.</li> <li>12. Особенности фармакокинетики при применении ЛП с модифицированным высвобождением, принципы выбора ЛП с модифицированным высвобождением.</li> <li>13. Представление о биоэквивалентности, ее значение для экспертизы генерических ЛС, принципы их выбора.</li> <li>14. Методологию проведения терапевтического лекарственного мониторинга (показания, клиническое значение, интерпретация результатов).</li> <li>15. Дайте определение понятия фармакодинамика.</li> <li>16. Перечислите мишени, на которые действуют ЛС, типы связей, а также виды взаимодействия мишени с лигандом.</li> <li>17. Охарактеризуйте виды рецепторов, дайте определение понятиям агонист, антагонист, частичный агонист, приведите примеры.</li> <li>18. Перечислите виды фармакологического ответа, приведите примеры.</li> <li>19. Дайте определение понятия взаимодействие ЛС.</li> <li>20. Перечислите виды межлекарственного взаимодействия.</li> <li>21. Укажите механизмы фармацевтического взаимодействия, приведите примеры.</li> </ol>
---	---

	<p>22. Укажите механизмы фармакокинетического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>23. Укажите механизмы фармакодинамического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>24. Определите механизмы лекарственных средств с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма, фитопрепаратами, приведите примеры.</p> <p>25. Дайте определение понятию НЛР и нежелательное явление, серьезная побочная реакция.</p> <p>26. Дайте характеристику типам НЛР, приведите примеры.</p> <p>27. Укажите факторы риска развития НЛР.</p> <p>28. Что такое фармаконадзор, определите его задачи и органы оповещения о НЛР.</p> <p>29. Показания и правила заполнения карты экстренного извещения о развившейся НЛР.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>30. КФ глюкокортикостероидов. Основные фармакодинамические эффекты СКС, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции СКС, контроль безопасности.</p> <p>31. Правила назначения и выбор дозы СКС, варианты фармакодинамической терапии.</p> <p>32. КФ НПВС. Основные фармакодинамические эффекты, особенности фармакокинетики, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции, профилактика развития, контроль безопасности.</p> <p>33. Правила назначения и выбор НПВС, варианты фармакодинамической терапии.</p> <p>34. Клиническая фармакология наркотических анальгетиков, показания, побочные эффекты и их профилактика.</p> <p>35. Классификация химиотерапевтических средств. Антибиотики. Механизмы действия антибиотиков. Понятие о бактерицидном и бактериостатическом действии. Понятие об основных и резервных антибиотиках. Осложнения при антибиотикотерапии, профилактика, лечение.</p> <p>36. Механизмы антибиотикорезистентности. Мероприятия по предупреждению развития антибиотикорезистентности.</p> <p>37. Бета-лактамы. Антибиотики. Классификация. Антибиотики группы пенициллина. Классификация. Спектр действия различных групп. Механизмы действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>38. Комбинированные препараты полусинтетических пенициллинов с ингибиторами <math>\beta</math>-лактамаз, показания к применению.</p> <p>39. Цефалоспорины. Классификация. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>40. Карбапенемы. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия. Сочетание с ингибиторами дипептидаз.</p> <p>41. Макролиды и азалиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>42. Аминогликозиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению.</p>

- Побочные действия.
43. Гликопептиды. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
  44. Сульфаниламидные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия. Комбинированное применение сульфаниламидов с триметопримом.
  45. Производные 8-оксихинолина, нитрофурана, хиноксалина. Спектры антимикробной активности. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
  46. Производные хинолона. Классификация. Фторхинолоны. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
  47. Противогриппозные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
  48. Противогерпетические препараты, классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
  49. Противогрибковые препараты системного действия: классификация показаний к применению, побочные эффекты, межлекарственные взаимодействия.
  50. Цели фармакотерапии при коррекции нарушений гемостаза. Оценка эффективности и безопасности терапии.
  51. Выбор препаратов с целью профилактики развития и лечения артериальных и венозных тромбозов.
  52. Выбор препаратов с целью профилактики и лечения кровотечений в нефрологии.
  53. Специфические антидоты при передозировке препаратов, влияющих на гемостаз, и принципы коррекции возникших НЛР.
  54. Алгоритм оказания помощи при тромбоэмболиях различных локализаций.
  55. Антигистаминные препараты: классификация, показания к назначению. Побочные эффекты.
  56. Значимые патогены для инфекции полости рта, выбор эмпирической терапии.
  57. Клиническая фармакология гипотензивных средств: классификация, механизм действия, показания к применению, выбор препаратов.
  58. Препараты, влияющие на афферентное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.
  59. Местноанестезирующие средства. Виды местной анестезии (терминальная, инфильтрационная, проводниковая). Классификация местноанестезирующих средств по особенностям их применения и действия. Механизмы местноанестезирующего эффекта.
  60. Препараты, воздействующие на центральное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

**Б 1.Б.6.1** «Общие вопросы  
клинической фармакологии»

1. Областью изучения клинической фармакологии являются:
  - A) **Фармакокинетика и фармакодинамика у здорового и больного человека.**
  - B) Фармакокинетика и фармакодинамика у больного человека.
  - C) Фармакокинетика и фармакодинамика у интактных животных и в условиях экспериментальных моделей заболевания.
  - D) Клинические испытания лекарственных средств.
  
2. Основной целью фармакоэкономического анализа является:
  - A) Выбор наиболее дешевого вида терапии.
  - B) **Выбор оптимального вида терапии в отношении стоимости и результата.**
  - C) Выбор наиболее эффективного вида терапии.
  - D) Получение максимальной прибыли от продажи лекарств.
  
3. Лекарственная форма это:
  - A) **Придаваемое лекарственному средству удобное для применения состояние, при котором достигается необходимый лечебный эффект.**
  - B) Лекарственное средство в виде определённой лекарственной формы.
  - C) Фармакологическое средство, разрешённое соответствующим органом страны в установленном порядке для применения с целью лечения, профилактики и диагностики заболеваний у человека или животного.
  
4. К методам фармакоэкономического анализа не относятся:
  - A) Метод затраты-эффективность.
  - B) **Метод затраты-прибыль.**
  - C) Метод затраты-полезность.
  - D) Метод затраты-выгода
  
5. Фармакогеномика отличается от фармакогенетики тем, что :
  - A) Изучает влияние носительства отдельных аллелей на фармакологический ответ больного.
  - B) Изучает влияние всего генома больного на фармакологический ответ.
  - C) Для внедрения в практику требует ДНК-чипов.
  - D) Не требует изучения генотипа больного.
  
6. В основе генетических особенностей пациентов, влияющих на фармакологический ответ, чаще всего лежит:
  - A) **Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих ферменты биотрансформации и транспортеров.**

- В) Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих молекулы-мишени.**  
С) Хромосомные aberrации.  
D) Хромосомные транслокации.
7. Клиническое значение для индивидуализации фармакотерапии имеют исследования генетического полиморфизма:  
A) **CYP2D6.**  
B) CYP3A4  
C) **CYP2C9**  
D) **CYP2C19**
8. Полиморфизм генов системы биотрансформации и транспортеров у больного можно определить методом :  
A) Иммуноферментного анализа.  
B) Иммунофлюоресцентного анализа.  
C) **ПЦР.**  
D) Высокоэффективной жидкостной хроматографии.
9. У носителей (гомозиготных или гетерозиготных) полиморфного маркера CYP2C9\*3 активность изофермента цитохрома P450 2C9:  
A) Высокая  
B) Нормальная  
C) **Низкая**
10. Биодоступность ЛС это:  
A) Доля препарата, попавшая в кровоток при внесосудистом введении, к его количеству после внутривенного введения.  
B) **Часть дозы ЛС, поступившая в системный кровоток из места введения.**  
C) Доля испытуемого генерического препарата, попавшая в кровоток из места введения по отношению к оригинальному препарату сравнения.
11. Нагрузочная доза препарата (LD) необходима:  
A) Для сохранения максимально допустимой концентрации в плазме крови.  
B) Для постепенного достижения равновесной концентрации препарата.  
C) Для уменьшения риска развития побочных эффектов препарата.  
D) **Для быстрого достижения равновесной концентрации препарата.**

12. При фармакокинетическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:

- A) всасывание;
- B) распределение;
- C) метаболизм (биотрансформация);
- D) выведение;
- E) все вышеперечисленные.**

13. При фармакодинамическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:

- A) всасывание;
- B) распределение;
- C) метаболизм (биотрансформация);
- D) выведение;
- E) механизм действия.**

14. Не всасывающиеся комплексные соединения образуют с препаратами кальция, магния, железа, цинка, висмута следующие лекарственные средства:

- A) макролиды;
- B) фторхинолоны;
- C) тетрациклины;
- D) все вышеперечисленные.**

15. Межлекарственного взаимодействия при всасывании, развивающегося по механизму образования не всасывающихся соединений, можно полностью избежать при назначении лекарственных средств с интервалом в:

- A) 30 мин;
- B) 1 час;
- C) 2 ч и более;**
- D) избежать нельзя.

16. Всасывание лекарственных средств, метаболизирующихся под действием нормальной микрофлоры кишечника, при их совместном применении с антибиотиками:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

17. Всасывание лекарственных средств, при их совместном применении препаратами, повышающими

моторику ЖКТ:

- A) угнетается;**
- B) усиливается;
- C) не изменяется.

18. Всасывание лекарственных средств, являющихся субстратами гликопротеина-P при их совместном применении с препаратами-ингибиторами гликопротеина-P:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

19. Метаболизм лекарственного средства, являющегося субстратом определенного фермента биотрансформации, при их совместном применении с препаратами-ингибиторами:

- A) угнетается;**
- B) усиливается;
- C) не изменяется.

20. Выведение лекарственных средств, являющихся слабыми кислотами, при их совместном применении с препаратами, повышающими рН мочи:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

21. При одновременном применении с молоком угнетается всасывание, вследствие образования не всасывающихся хелатных соединений следующих лекарственных средств:

- A) пенициллины;
- B) тетрациклины;
- C) фторхинолоны;
- D) макролиды;
- д) правильно B и C.**

22. Агонисты рецепторов это:

- A) Вещества, прямо возбуждающие или повышающие функциональную активность рецепторов.**
- B) Вещества, препятствующие действию специфических стимуляторов, или блокирующие рецептор.
- C) Вещества, которые вызывают развитие неспецифического эффекта.
- D) Вещества, которые изменяют величину эффекта, вызванного другими препаратами.

23. Антагонизм не является конкурентным, если:
- A) Вещества конкурируют с агонистами за одни и те же специфические рецепторы.
  - B) Вещества препятствуют действию специфических стимуляторов или блокируют рецептор.
  - C) Вещества имеют отличные от агонистов места связывания с рецепторами.**
  - D) Вещества вызывают эффекты, которые конкурируют с эффектами других препаратов.
24. Лекарственная зависимость и синдром отмены относятся к нежелательным лекарственным реакциям:
- A) типа А;
  - B) типа В;
  - C) типа С;**
  - D) типа D;
  - E) типа E
25. Фактором риска развития нежелательных лекарственных реакций является:
- A) пожилой возраст;
  - B) тяжелое состояние больного;
  - C) одновременное назначение нескольких лекарственных средств;
  - D) генетическая предрасположенность;
  - E) все вышеперечисленное**
26. К серьезным относятся нежелательные лекарственные реакции:
- A) приводящие к смерти;
  - B) требующие госпитализации или ее продления;
  - C) приводящие к стойкой потере трудоспособности (инвалидности);
  - D) приводящие стойкому снижению трудоспособности;
  - E) все вышеперечисленное верно.**
27. Синдром Лайелла и синдром Стивенса-Джонсона относятся к нежелательным лекарственным реакциям:
- A) типа А;
  - B) типа В;**
  - C) типа С;
  - D) типа D;
  - E) типа E.
28. Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением нежелательных лекарственных реакций называются:
- A) комплаенсом;

	<p><b>В) фармаконадзором;</b> С) фармакоэпидемиологией; D) фармакоинспекцией.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>29. <u>Выберите НПВС с наименьшей противовоспалительной активностью:</u> а) диклофенак; b) индометацин; с) целекоксиб; <b>d) ибупрофен;</b></p> <p>30. <u>Выберите ЦОГ-2 специфический НПВС:</u> а) аспирин; b) лорноксикам; <b>с) целекоксиб;</b> d) индометацин;</p> <p>31. <u>При проведении пульс-терапии более предпочтителен:</u> А) преднизолон <b>В) метилпреднизолон</b> С) дексаметазон А) Гидрокортизон</p> <p>32. <u>Выберите НПВС с наибольшей селективностью в отношении ЦОГ-1:</u> <b>А) аспирин;</b> В) нимесулид; С) целекоксиб; D) лорноксикам;</p> <p>33. <u>Оценка противовоспалительного эффекта применения НПВС проводится не менее чем:</u> а) через 2 суток; b) через 5-7 суток; с) через 7-10 суток; <b>d) через 10-14 суток;</b></p>

34. Укажите системный глюкокортикостероид длительного действия:
- A) преднизон
  - B) бетаметазон**
  - C) беклометазона дипропионат
  - D) метилпреднизолон
35. Механизм действия НПВС связан с блокадой фермента:
- A) циклооксигеназа**
  - B) фосфодиэстераза
  - C) 5-липооксигеназа
  - D) фосфолипаза A2
36. Обязательным условием назначения альтернирующей терапии системными глюкокортикостероидами является:
- A) отсутствие эффекта от ежедневного назначения глюкокортикостероидов
  - B) неэффективность пульс-терапии
  - C) стабилизация общего состояния больного**
  - D) декомпенсированное состояние больного
37. Системные глюкокортикостероиды проявляют иммуносупрессивный эффект и воздействуют на:
- A) Т-лимфоциты
  - B) В-лимфоциты
  - C) преимущественно на Т-лимфоциты, в высоких дозах - на В-лимфоциты**
  - D) преимущественно на В-лимфоциты, в высоких дозах - на Т-лимфоциты
38. Заместительная терапия подразумевает применение природных глюкокортикостероидов:
- A) 2/3 дозы утром и 1/3 дозы вечером**
  - B) 1/3 дозы утром и 2/3 вечером
  - C) однократно утром
  - D) 3 раза в день в равных дозах
39. Противовоспалительная и менералокортикоидная активность данного препарата приняты за «единицу»:
- A) Преднизолон.
  - B) Метилпреднизолон.
  - C) Дексаметазон.
  - D) Гидрокортизон.**

40. К побочным эффектам системных глюкокортикостероидов не относят:

- A) Вторичная надпочечниковая недостаточность.
- B) Истончение кожи, образование стрий.
- C) Остеопороз, асептические некрозы костей.
- D) Учащение и утяжеление инфекций.
- E) Артериальная гипотензия.**
- F) Задержка роста у детей.

41. При выборе антимикробных препаратов для лечения инфекционного заболевания необходимо учитывать:

- A) Этиологию заболевания (или предположение о его этиологии)
- B) Данные о чувствительности к препарату возбудителей инфекционного заболевания (или прогнозируемой чувствительности)
- C) Характеристики пациента
- D) Все вышеуказанное**

42. Оценка эффективности антимикробной терапии, как правило, проводится через:

- A) 24 часа
- B) 3 дня**
- C) 7 дней

43. Перекрестная аллергия на цефалоспорины у пациентов с гиперчувствительностью немедленного типа на пенициллин отмечается в:

- A) 5-10% случаев**
- B) 20-30% случаев
- C) в > 50% случаев

44. Антибиотики в малых дозах (выберите ПРАВИЛЬНОЕ утверждение):

- A) обладают иммуностимулирующим действием
- B) это способ профилактики осложнений при вирусных инфекциях
- C) способствуют развитию резистентности бактерий**

45. Самолечене антибиотиками

- A) Возможно

В) Рационально, если ранее применялось при таких же симптомах

**С) Недопустимо**

46. Главная причина озабоченности Всемирной Организации Здравоохранения массовым и бесконтрольным применением антибиотиков обосновывается тем, что

А) это приводит к стремительному росту количества бактерий, устойчивых к антибиотикам

В) имеется существенный риск того, что антибиотики, уничтожив большинство «вредных» бактерий, примутся за бактерии «полезные»

**С) возникает неоправданная финансовая нагрузка на общественное здравоохранение**

47. Бета-лактамы, обладающие наибольшей активностью в отношении синегнойной палочки:

А) Ампициллин.

В) Оксациллин.

С) Цефтриаксон.

Д) Амоксицилина клавуланат

**Е) Цефалерон.**

**Ф) Меропенем.**

48. Указать препарат, ингибирующий вирусную нейраминидазу:

**А) осельтамивир**

В) ганцикловир

С) идоксуридин

Д) азидотимидин

49. Отметить препарат, подавляющий вирусную протеазу ВИЧ:

**А) ритонавир**

В) арбидол

С) диданозин

Д) ламивудин

50. Определить рекомбинантный интерферон:

А) ферон

**В) реферон**

С) виллферон

Д) Эгиферон

51. Нагрузочная антиагрегантная доза аспирина составляет:

- A) 75-160 мг/сут.
- B) 500-1000 мг/сут.
- C) **160-325 мг/сут.**

52. Антикоагулянты прямого действия:

- A) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- B) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.
- C) **Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.**
- D) Растворяют фибриновый тромб.

53. Антикоагулянты непрямого действия:

- A) **Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- D) Растворяют фибриновый тромб.

54. Наиболее чувствительны к инактивации комплексом гепарин/антитромбин III факторы:

- A) **IIa, Xa.**
- B) IIa, IXa.
- C) Xa, IXa.
- D) XIa, XIIa.

55. Эффективным методом борьбы с развившимся кровотечением на фоне терапии непрямыми антикоагулянтами является:

- A) Свежезамороженная плазма.
- B) Викасол.
- C) **Протамина сульфат.**
- D) Аминокапроновая кислота.

56. Контролируемый параметр терапии антикоагулянтами непрямого действия:

- A) **Международное нормализационное отношение (МНО).**
- B) Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).

- C) Время свёртывания крови.
- D) Протромбиновый индекс (ПТИ).

57. Фибринолитические средства:

- A) Растворяют фибриновый тромб.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- D) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

58. Обозначьте АМП, действующий на пенициллинрезистентные и метициллинрезистентные штаммы микроорганизмов:

- A) ванкомицин**
- B) пиперациллин
- C) кларитромицин
- D) цефтриаксон

59. Укажите АМП выбора при пневмонии у беременных:

- A) пефлоксацин
- B) линкомицин
- C) ровамицин**
- D) гентамицин
- E) доксициклин

60. Укажите АМП, обладающий наибольшей активностью в отношении синегной палочки, при этом свободно проходящий через гематоэнцефалический барьер:

- A) ципрофлоксацин
- B) меропенем**
- C) цефтриаксон
- D) ванкомицин

61. Укажите противовирусный препарат, обладающих этиотропной противовирусной активностью из представленных:

- A) рекомбинантные  $\alpha$ /  $\gamma$  интерфероны
- B) кагоцел

**С) ингавирин**

D) циклоферон

62. При герпесе, вызванном вирусом простого герпеса, показан:

A) арбидол

B) озельтамивир

**С) фамцикловир**

D) ингавирин

63. Чем валацикловир отличается от ацикловира:

A) меньшей токсичностью

**B) лучшей биодоступностью**

C) более широким спектром антивирусного действия

64. При беременности противопоказан:

A) амоксициллин

B) дорипенем

C) цефтаролин

**D) моксифлоксацин**

65. Активный препарат против атипичных возбудителей (хламидии, микоплазмы, легионеллы):

**A) Азитромицин**

B) левомицетин

C) имипенем

D) амокициллин-клавунат

66. Какой эффект бензодиазепинов связан с их воздействием на мозго-специфические бензодиазепиновые рецепторы?

A) гипнотический

**B) анксиолитический**

C) вегетотропный

D) противосудорожный

E) миорелаксирующий

67. Какие побочные эффекты антидепрессантов обусловлены их холинолитической активностью?

1. потливость

A. верно 1, 2, 3

2. сердцебиение В. верно 1, 4, 5  
3. сухость во рту С. **верно 3, 4, 5**  
4. нарушение аккомодации D. верно 1, 2, 5  
5. задержка мочеиспускания E. верно 2, 3, 4

68. Для купирования эпилептических судорог можно применить внутривенное и/или внутримышечное введение следующих препаратов:

- A) аминофиллин  
D) верапамил  
C) омепразол  
D) **диазепам**  
E) все ответы правильные

69. Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зубов:

- A) **местное**  
B) общее (наркоз)  
C) комбинированное  
D) нейрелептоанальгезия

70. Общим обезболиванием является:

- A) вагосимпатическая блокада  
B) спинальная анестезия  
C) стволовая анестезия  
D) **внутривенный наркоз**

71. При общем обезболивании происходит:

- A) **обратимое торможение нервной ЦНС**  
B) необратимое торможение ЦНС  
C) блокада основного нервного ствола  
D) возбуждение ЦНС

72. Местным осложнением при обезболивании в челюстно-лицевой хирургии является:

- A) обморок  
B) **контрактура нижней челюсти**  
C) анафилактический шок  
D) коллапс

73. Общим осложнением при обезболивании является:

- A) **контрактура**

	<p><b>В) коллапс</b>  С) некроз  D) гематома</p> <p>74. <u>Непосредственным осложнением местной анестезии является:</u>  <b>А) обморок</b>  В) гематома  С) контрактура  D) кровотечение  Е) пародонтит</p> <p>75. <u>При передозировке адреналина больному необходимо ввести:</u>  А) внутривенно 1 мл мезатона  В) внутримышечно 1 мл норадреналин  С) внутримышечно метамезон  <b>D) внутривенно 1 мл атропина</b></p>
--	---

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**

**8. Тест**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ:	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b>
-61 – 75%	61 – 75
<b>Удовлетворительно (3)</b>	76– 90
- 76 – 90%	91 – 100
<b>Хорошо (4)</b>	
-91-100	
<b>Отлично (5)</b>	

**9. Контрольная работа**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

## 10. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Клиническая фармакология»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам.
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК-1		1-28;41-47	1-29;35,36	1-17;31-38
ОПК	1	1,25,26	1,2,18	4,11
	4	1 - 75	1-60	1-57
	10	1- 28	1-29, 50-52	1-17, 42,44,45,47,49, 54-55

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПУЛЬМОНОЛОГИЯ»**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

## 2. Приложения

### 12.1 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПУЛЬМОНОЛОГИЯ»

#### Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 <b>«Общие вопросы клинической пульмонологии»</b></p>	<p>58. Организация амбулаторной специализированной помощи больным пульмонологического профиля</p> <p>59. Организация стационарной специализированной помощи больным пульмонологическим профилем.</p> <p>60. Разработка социально-экономических и медицинских мероприятий по профилактике пульмонологических заболеваний.</p> <p>61. Бронхообструктивный синдром. Диагностика и дифференциальная диагностика.</p> <p>62. Дифференциальная диагностика болей в грудной клетке.</p> <p>63. 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.</p> <p>64. Дифференциальная диагностика инфильтративных процессов в пульмонологии, округлых и полостных образований в легких.</p> <p>65. Эндоскопические методы диагностики. Диагностическая бронхоскопия. Современные методы уточняющей диагностики в бронхологии.</p> <p>66. Методы визуализации в диагностике бронхо-легочных заболеваний: КТ-паттерны при дифференциальной диагностике интерстициальных заболеваний легких</p> <p>67. Функциональная диагностика обструктивных и рестриктивных нарушений вентиляционной способности легких в пульмонологии. Спирометрия: методические рекомендации. Бодиплетизмография, диффузионная способность легких.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 <b>«Частные вопросы клинической пульмонологии»</b></p>	<p>68. Пневмония. Современные представления об этиологии, патогенезе. Классификация. Шкала оценки степени тяжести пневмонии. Критерии диагноза пневмонии.</p> <p>69. Хронический бронхит. Этиология. Диагностические критерии. Лечение. Федеральные клинические</p>

рекомендации, критерии оказания качества медицинской помощи.

70. Внебольничная пневмония. Этиология. Диагностические критерии. Лечение. Показания к госпитализации. Федеральные клинические рекомендации, критерии оказания качества медицинской помощи.
71. Фармакотерапия нозокомиальной пневмонии с позиций доказательной медицины. Критерии эффективности терапии.
72. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Критерии диагностики. Алгоритм ведения. Федеральные клинические рекомендации, критерии качества оказания медицинской помощи.
73. Эмфизема легких. Этиология. Диагностические критерии. Лечение. Федеральные клинические рекомендации, критерии оказания качества медицинской помощи.
74. Вирусные инфекции дыхательных путей. Классификация, клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Федеральные клинические рекомендации, критерии качества медицинской помощи.
75. Клинические особенности абсцесса и гангрены легкого Дифференциальный диагноз при гнойно- деструктивных поражениях легких.
76. Паразитарные заболевания легких: диагностика, патогенетические аспекты терапии, критерии эффективности. Профилактика.
77. Диагностика грибковых поражений легких. Особенности терапии микозов легких. Критерии эффективности. Профилактика.
78. Вакцинация против гриппа, COVID-19, антипневмококковая. Схемы вакцинации. Показания и противопоказания к вакцинации. Профилактика поствакцинальных осложнений.
79. Обострения ХОБЛ: классификация, лечение. Показания к госпитализации. Критерии эффективности терапии. Профилактика, диспансерное наблюдение. Федеральные клинические рекомендации, критерии оказания качества медицинской помощи.
80. Бронхиальная астма. Современная классификация бронхиальной астмы. Оценка степени тяжести заболевания. Критерии диагностики. Ступенчатая терапия. Федеральные клинические рекомендации, критерии оказания качества медицинской помощи.
81. Тяжелая бронхиальная астма. Формулировка диагноза. Фенотипы. Таргетная терапия в рамках 5 ступени терапии БА.
82. Обострение бронхиальной астмы. Причины обострений. Факторы риска обострений. Клиническая оценка

пациента при обострении тяжелой БА.

83. Гиперчувствительный пневмонит. Этиопатогенез, диагностика. Лечение. Федеральные клинические рекомендации, критерии качества оказания медицинской помощи. Профилактика.
84. Саркоидоз. Этиология. Внешние и генетические факторы. Патогенез. Классификация. Федеральные клинические рекомендации, критерии оказания качества медицинской помощи.
85. Лекарственное повреждение легких. Механизмы развития нежелательных побочных эффектов. Основные группы лекарственных препаратов и средств медицинского применения, вызывающие повреждения легких.
86. Идиопатические интерстициальные пневмонии. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы терапии.
87. Поражения легких при системных заболеваниях соединительной ткани: критерии диагноза, тактика ведения.
88. Идиопатический легочный фиброз. Федеральные клинические рекомендации, критерии качества медицинской помощи.
89. Прогрессирующий легочный фиброз: критерии прогрессирования, нозологии, показания и схемы антифибротической терапии, критерии эффективности и безопасности.
90. Легочная артериальная гипертензия: критерии диагноза, диагностика, ЛАГ специфичная терапия. Федеральные клинические рекомендации, критерии качества медицинской помощи.
91. Тромбоэмболия легочной артерии: критерии диагноза, неотложная тактика и терапия. Профилактика, диспансерное наблюдение.
92. Легочная гипертензия: классификация, критерии диагноза, терапия.
93. Легочные васкулиты. Особенности поражения легких. Алгоритм диагностики и дифференциальной диагностики.
94. Синдром Гудпасчера. Особенности поражения легких. Алгоритм диагностики и дифференциальной диагностики. Тактика ведения.
95. Метастатические опухоли легких. Патогенез. Клинические особенности. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
96. Аденокарцинома легкого: ранняя диагностика, методы лечения.
97. Дефицит альфа-1-антитрипсина. Лабораторная, инструментальная, функциональная диагностика. Лечение.

Федеральные клинические рекомендации, критерии оказания качества медицинской помощи.

98. Микобактериозы органов дыхания. Федеральные клинические рекомендации, критерии качества медицинской помощи.
99. Заболевания плевры. Синдром плеврального выпота, дифференциальная диагностика. Экссудативный плеврит: дифференциальная диагностика, тактика ведения.
100. Заболевания плевры. Сухой плеврит: дифференциальная диагностика, тактика ведения.
101. Неинвазивная вентиляция легких. Особенности. Преимущества и недостатки. Показания.
102. Особенности лечения патологии легких у беременных.
103. Легочная реабилитация. Цели реабилитации. Подходы легочной реабилитации в зависимости от патологии. Тренирующие программы.
104. Респираторный дистресс-синдром у взрослых. Причины развития. Клиника. Алгоритм обследования и оказания неотложной помощи.
105. Анафилактический шок, отек Квинке. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия и реанимация. Федеральные клинические рекомендации, критерии оказания качества медицинской помощи.
106. Закрытые травмы грудной клетки. Классификация повреждений грудной клетки. Клиническая картина. Общие принципы лечения повреждений грудной клетки. Показания к торакотомии.
107. Токсическое повреждение легких. Общая характеристика поражений отравляющими веществами. Патогенез. Клиническая картина. Первая врачебная и специализированная медицинская помощь.
108. Экстракорпоральная мембранная оксигенация. Принципы работы. Газообмен и гемодинамика. Виды. Показания и противопоказания. Осложнения.
109. Особенности ведения пациентов с заболеваниями легких, требующих длительной терапии ГКС. Профилактика осложнений лекарственной терапии.
110. Особенности ведения пациентов с поражением легких и сердечно-сосудистой патологией.
111. Хроническая дыхательная недостаточность: критерии, классификация, показания для кислородотерапии, виды респираторной поддержки.

--	--

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1</p> <p><b>«Общие вопросы клинической пульмонологии»</b></p>	<p>1. В процессе эмбриогенеза органы дыхания плода в основном сформировываются</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) к 4-му месяцу</li><li><b>б) к 6-му месяцу</b></li><li>в) к 7-му месяцу</li><li>г) к 9-му месяцу</li><li>д) к 5-му месяцу</li></ul> <p>2. За сутки слизистой оболочки продуцируется и выводится в ротоглотку</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) до 50 мл слизи</li><li><b>б) 150-200 мл слизи</b></li><li>в) 200-300 мл слизи</li></ul> <p>3. В слизи дыхательных путей преобладают иммуноглобулины</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) <b>класса А</b></li><li>б) класса Е</li><li>в) класса G</li><li>г) класса М</li></ul> <p>4. Препятствует слипанию стенок альвеол</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) а1-антитрипсин</li><li>б) простагландин</li><li><b>в) сурфактант</b></li></ul> <p>5. Иммунную систему составляют клетки</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) лимфоциты</li><li>б) нейтрофилы</li><li>в) макрофаги</li><li>г) дендритные клетки селезенки</li><li>д) эпителиальные клетки Лангерганса</li><li>е) эпителиальные клетки тимуса и лимфатических узлов</li><li><b>ж) все перечисленные клетки</b></li></ul> <p>6. Шум "треснувшего горшка" часто определяется</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) <b>над каверной, сообщающейся с бронхом</b></li><li>б) у верхней границы пневмоплеврита</li><li>в) над инфильтратом в легочной ткани</li><li>г) в грудной клетке плачущего ребенка или разговаривающего астеника</li></ul>
--	--

7. Нижнюю границу левого легкого начинают определять по следующей линии

- а) парастернальной
- б) медиоклавикулярной
- в) подмышечной (передней, средней, задней)**
- г) лопаточной
- д) паравертебральной

8. При обструктивных вентиляционных нарушениях проба Тиффно

- а) увеличена
- б) снижена**
- в) нормальная

9. Везикулярное дыхание выслушивается

- а) на вдохе
- б) на выдохе
- в) на вдохе и первую треть выдоха**
- г) на вдохе и в первые две трети выдоха
- д) на протяжении всего вдоха и всего выдоха

10. При эмфиземе легких дыхание

- а) везикулярное
- б) везикулярное ослабленное**
- в) везикулярное усиленное
- г) бронхиальное
- д) саккадированное

11. Облегчает обнаружение хрипов в легких

- а) форсированное дыхание больного
- б) кашель
- в) покашливание с последующим резким вдохом**

12.. Для крупозной пневмонии в разгар болезни характерен перкуторный звук

- а) притупленный тимпанит
- б) коробочный
- в) тимпанический
- г) тупой**
- д) металлический

13. Бронхиальное дыхание выслушивается

- а) на вдохе
- б) на выдохе
- в) на вдохе и одной трети выдоха
- г) на протяжении всего вдоха и всего выдоха**
- д) на вдохе и в первые 2/3 выдоха

14. Амфорическое дыхание может наблюдаться

- а) при очаговой пневмонии
- б) при бронхите
- в) при бронхиальной астме
- г) при абсцессе легкого**
- д) при эмфиземе легких

15. Ослабление голосового дрожания характерно

- а) для бронхоэктатической болезни
- б) для экссудативного плеврита**
- в) для абсцесса легкого
- г) для очаговой пневмонии
- д) для крупозной пневмонии

16. Сцинтиграфия легких с изотопами позволяет уточнить

- а) состояние мелких сосудов легких
- б) состояние крупных сосудов легких
- в) состояние мелких и крупных сосудов легких
- г) состояние капиллярного кровотока легких**

17. Уменьшение лучевой нагрузки на пациента при рентгенологическом исследовании в первую очередь способствует

- а) правильный выбор метода исследования
- б) широкое применение различных защитных приспособлений
- в) рациональное использование сложных рентгенологических методик, применение которых увеличивает лучевую нагрузку
- г) все ответы правильные**

18. При описании тенеобразований в легких, не относящихся к их анатомическим структурам, следует отобразить

- а) локализацию и характер тени
- б) количество теней, их величину и форму
- в) контур тени, ее интенсивность и структуру
- г) состояние окружающего фона

**д) все перечисленные**

19. Томография и зонография дают возможность определить

- а) смещение органов средостения
- б) подвижность диафрагмы
- в) пульсацию сердца

**г) состояние легочной паренхимы и бронхов**

20. Наиболее информативна для выявления бронхоэктазов

- а) рентгенография
- б) томография
- в) бронхография**
- г) ангиопульмонография

21. Среди показаний к лечебно-диагностической бронхоскопии первое место из перечисленных занимает

- а) бронхиальная астма
- б) острая пневмония
- в) нагноительное заболевание легких**
- г) хронический бронхит

22. При проведении фибробронхоскопии могут наблюдаться все перечисленные осложнения, кроме

- а) ларингоспазма
- б) бронхоспазма
- в) нарушения сердечного ритма в результате применения релаксантов**
- г) кровотечения после биопсии

23. Для мокроты при абсцессе легкого характерны

- а) обызвествленные эластические волокна
- б) частицы некротической ткани**
- в) кристаллы Шарко - Лейдена
- г) все перечисленное

24. Эластические волокна в мокроте обнаруживают при всех следующих заболеваниях, кроме

- а) туберкулеза
- б) рака
- в) бронхиальной астмы
- г) бронхопневмонии**
- д) ни при одном из перечисленных

25. При актиномикозе легких в мокроте обнаруживают
- а) кристаллы гематоидина
  - б) обызвествленные эластические волокна
  - в) казеозный некроз
  - г) друзы актиномицетов**
  - д) все перечисленное
26. Для мокроты при крупозной пневмонии характерны все следующие элементы, кроме
- а) эластических волокон
  - б) альвеолярных макрофагов с жировой инфильтрацией
  - в) казеозного некроза
  - г) кристаллов холестерина
  - д) всего перечисленного**
27. Основными объектами исследования на микобактерии туберкулеза служат все перечисленные, кроме
- а) мокроты
  - б) промывных вод бронхов
  - в) пунктата из закрытых полостей
  - г) мочи
  - д) крови**
28. При аспергиллезе в мокроте характерны
- а) псевдомицелий
  - б) тонкий, несептированный мицелий
  - в) септированный мицелий
  - г) кондиальное спороношение в виде кисточки**
  - д) все перечисленное
29. При фибринозно-кавернозном туберкулезе в мокроте обнаруживают
- а) казеозный некроз
  - б) коралловидные эластические волокна
  - в) частицы некротической ткани с угольным пигментом
  - г) микобактерии туберкулеза
  - д) все перечисленное**

**Б 1.Б.6.2** Раздел 2 «**Частные вопросы клинической пульмонология**»

30. Агенезия - это

**а) врожденное отсутствие целого органа или его части**

б) врожденное отсутствие органа, но с наличием его начального зачатка, функция органа отсутствует

в) резкое недоразвитие органа с нарушением формирования воздухоносных путей, сосудистой системы и респираторного отдела

31. Аплазия - это

а) врожденное отсутствие целого органа или его части

**б) врожденное отсутствие органа, но с наличием его начального зачатка, функция органа отсутствует**

в) резкое недоразвитие органа с нарушением формирования воздухоносных путей, сосудистой системы и респираторного отдела

32. К генетическим детерминированным заболеваниям относятся

а) саркоидоз и коллагенозы

**б) муковисцидоз и дефицит альфа 1-антитрипсина**

в) гамартохондрома

г) все перечисленные

33. К наследственно предрасположенным относятся все перечисленные ниже заболевания, кроме

а) сахарного диабета

**б) пневмонии**

в) бронхиальной астмы

г) легочного протеиноза

д) туберкулеза

34. Какие из перечисленных признаков характерны для муковисцидоза?

а) длительный, часто развивающийся с детства диффузный хронический гнойнообструктивный бронхит, с затрудненным отделением мокроты

б) частое поражение придаточных пазух носа и носоглотки

в) инфантильное телосложение с выраженным дефицитом веса, деформацией грудной клетки и одутловатым лицом

г) склонность к гипотонии, резкая слабость, сонливость в утренние часы, указания в анамнезе на обморочные состояния при перегреве

д) сочетанное заболевание органов дыхания и желудочно-кишечного тракта

е) отягощенный семейный анамнез, особенно случаи смерти в раннем детском возрасте или доказанные случаи муковисцидоза в семье

**ж) все перечисленные**

35. Какое содержание хлоридов в потовой жидкости является достоверным признаком муковисцидоза?

- а) 30-40 ммоль/л
- б) 45-60 ммоль/л
- в) свыше 60 ммоль/л**

36. При каком легочном заболевании развивается калькулезный холецистит в детском возрасте?

- а) хроническом бронхите
- б) бронхиальной астме
- в) первичной легочной эмфиземе
- г) муковисцидозе**

37. Назовите основные патогенетические механизмы муковисцидоза

- а) нарушение электролитного обмена
- б) поражение эндокринных желез
- в) поражение соединительной ткани
- г) все перечисленное**

38. Выберите характерные изменения крови при острой бактериальной пневмонии

- а) лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево**
- б) сдвиг лейкоформулы вправо
- в) лимфоцитоз
- г) анемия
- д) эозинофилия

39. Наиболее достоверный аускультативный признак в 1 и 3 стадиях при крупозной пневмонии

- а) крупнопузырчатые влажные хрипы, меняющие локализацию при кашле
- б) крепитация**
- в) бронхиальное дыхание
- г) усиленное везикулярное дыхание с удлинненным выдохом
- д) ослабленное везикулярное дыхание

40. Какие осложнения могут возникнуть при крупозной пневмонии?

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

41. Абсцесс легкого от гангрены отличается

- а) гнойным характером мокроты

- б) отграничением процесса
- в) длительностью течения болезни
- г) **всем перечисленным**

42. Горизонтальный уровень жидкости в полости абсцесса связан

- а) с рубцовым изменением стенок полости
- б) с фиброзом вокруг полости
- в) с сопутствующей пневмонией
- г) **с нарушением проходимости дренирующего бронха**
- д) с особенностями течения заболевания

43. Основной метод лечения острого абсцесса легкого

- а) хирургический
- б) **антибиотики**
- в) гепаринотерапия
- г) бронхолитики
- д) переливание крови

44. Наиболее частая локализация абсцесса легкого

- а) 1-й сегмент
- б) 2-й сегмент
- в) 5-й сегмент
- г) 6-й сегмент
- д) 10-й сегмент
- е) **правильные ответы б, в, г**

45. Мокрота при абсцессе легкого

- а) гомогенная
- б) **трехслойная**
- в) без запаха
- г) пенистая
- д) плотная

46. При прорыве абсцесса легкого в бронх температура тела

- а) повышается
- б) **снижается**
- в) становится гектической
- г) становится ремиттирующей
- д) становится субфебрильной

47. Над полостью абсцесса прослушиваются хрипы

- а) сухие
- б) влажные мелкопузырчатые
- в) звучные мелкопузырчатые**
- г) незвучные мелкопузырчатые
- д) влажные крупнопузырчатые

48. Над полостью абсцесса выслушивается дыхание

- а) везикулярное
- б) неопределенное
- в) амфорическое
- г) бронхиальное
- д) ослабленное
- е) правильные ответы в, г**

49. Характер воспалительной реакции плевры может быть

- а) фибринозный
- б) серозно-фибринозный
- в) гнойный
- г) геморрагический
- д) хилезный
- е) все перечисленное**

50. Течение плеврита может быть

- а) острое
- б) подострое
- в) рецидивирующее
- г) хроническое
- д) все перечисленное**

51. Плеврит диагностируется с трудом

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

52. Какие из симптомов характерны для плеврита туберкулезной этиологии?

- а) боли в груди, особенно мучительные по ночам

- б) кашель с отхождением ржавой мокроты
- в) сухой кашель, усиливающийся ночью
- г) преимущественно ночная потливость

53. Каков приблизительно объем жидкости в плевральной полости, если граница притупления определяется на уровне 4-го ребра спереди?

- а) 0.5 л
- б) 1.5 л
- в) 2 л
- г) 3 л

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

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

55. Подтверждение диагноза аскаридоза легких дают следующие исследования, кроме

- а) рентгенологического
- б) исследования периферической крови
- в) копрологического
- г) исследования мокроты
- д) функционального исследования легких

56. Выберите характерное в изменении крови при аскаридозе легких

- а) лейкопения
- б) анемия
- в) эозинофилия
- г) все вышеуказанное
- д) лимфоцитоз

57. Возникновение легочного эозинофильного инфильтрата наблюдается чаще

- а) при кандидозе легких
- б) при аскаридозе легких
- в) при острых респираторных вирусных заболеваниях
- г) при лимфогранулематозе
- д) при идиопатическом фиброзирующем альвеолите

58. Кокцидиоидоз относится к заболеваниям

- а) паразитарным
- б) грибковым
- в) вирусным
- г) бактериальной инфекции

59. При кокцидиоидозе на рентгенограмме легких обнаруживаются
- а) округлые тени
  - б) мелкоочаговая равномерная двухсторонняя диссеминация
  - в) множественные участки затемнения, расположенные в нижних и средних отделах легких с полостями распада**
60. Легочный пневмоцистоз чаще всего осложняет
- а) сахарный диабет
  - б) язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки
  - в) алиментарную дистрофию
  - г) первичную и вторичную иммунологическую недостаточность (при СПИДе, кортикостероидной терапии, цитостатической лучевой терапии и т.д.)**
61. При начальных проявлениях пневмоцистоза на рентгенограмме обнаруживают
- а) мелкоочаговую равномерную диссеминацию
  - б) крупноочаговую диссеминацию в средних и нижних отделах
  - в) усиление интерстициального рисунка в зоне корней и нижних отделов легких**
62. Токсоплазмоз относится
- а) к бактериальным инфекциям
  - б) к вирусным инфекциям
  - в) к грибковым заболеваниям
  - г) к паразитарным заболеваниям**
63. Подозрение на острый токсоплазмоз возникает у врача вследствие
- а) специфики течения заболевания
  - б) одновременного поражения разных органов и систем**
  - в) специфики рентгенологических изменений в легких
64. Неосложненный легочный эхинококкоз характеризуется
- а) лихорадкой
  - б) сухим кашлем
  - в) болями в груди
  - г) отсутствием симптомов заболевания**
65. При осложненном легочном эхинококкозе могут наблюдаться
- а) кашель сухой и с гнойной мокротой
  - б) боли в груди
  - в) кровохарканье
  - г) одышка
  - д) все перечисленные признаки**
- 66.. Признаками правожелудочковой недостаточности при хроническом легочном сердце являются

- а) увеличение печени
- б) блокада сердца
- в) тахикардия
- г) отеки
- д) мерцательная аритмия
- е) правильные ответы а, г**

67. При наличии ЭКГ-признаков перегрузки правых отделов сердца необходимо исключить

- а) пороки сердца**
- б) ТЭЛА
- в) карциноматоз
- г) узелковый периартериит

68. Сократительная способность правого желудочка в начальных стадиях хронического легочного сердца

- а) повышена**
- б) снижена
- в) не изменена

69. Давление в легочной артерии более 120 мм рт. ст. говорит

- а) о ХНЗЛ
- б) о рецидивирующей ТЭЛА
- в) о первичном тромбозе легочной артерии
- г) о первичной легочной гипертензии**

70. В комплекс лечения декомпенсированного хронического сердца обязательно входит все, кроме

- а) сердечных гликозидов**
- б) артериальных вазодилататоров
- в) мочегонных
- г) антагонистов альдостерона
- д) антикоагулянтов

71. Непрерывная оксигенотерапия при декомпенсированном легочном сердце проводится с использованием

- а) 20% O<sub>2</sub>
- б) 40% O<sub>2</sub>**
- в) 60% O<sub>2</sub>

72. При первичном раке легкого чаще встречаются следующие морфологические варианты опухолевого процесса

- а) аденокарциномы и гигантоклеточные карциномы
- б) плоскоклеточные и мелкоклеточные карциномы**
- в) мукоэпидермоидные и цилиндromы

73. В России первичным раком легкого заболевают

- а) 3 на 100 000 населения
- б) 30 на 100 000 населения**
- в) 300 на 100 000 населения
- г) 500 на 100 000 населения

74. В индустриально развитых странах мира имеет место

- а) стабилизация заболеваемости раком легкого за последние годы
- б) снижение заболеваемости раком легкого за последние годы на 2-3% в год
- в) рост заболеваемости раком легкого ежегодно на 4-5%**

75. Паранеопластический синдром появляется

- а) обычно одновременно с выявлением рака легкого
- б) часто предшествует обнаружению рака легкого**
- в) обычно возникает в терминальном периоде течения болезни

76. Рак легкого протекает с паранеопластическим синдромом

- а) в 3-5% случаев
- б) в 10-20% случаев**
- в) в 40-50% случаев
- г) более, чем в 60% случаев

77. Опухоль, обнаруженная на рентгенограмме в виде шаровидного затемнения, относится

- а) к периферическому раку легкого**
- б) к центральному раку легкого
- в) к атипичной форме рака легкого

78. Начальные проявления периферического рака легкого на рентгенограмме отображаются

- а) полигональной формой единичной очаговой тени
- б) группой очаговых теней
- в) изменениями легочного рисунка в периферическом отделе в виде тяжелой
- г) неопределенной формой небольшим участком затемнения
- д) всем перечисленным**

79. У мужчин старше 40 лет с бессимптомно протекающим фокусным затемнением в легких с четкими или нечетко сочтанными контурами врач обязан в первую очередь исключить

- а) туберкулому легкого
- б) периферический рак легкого**
- в) очаговую пневмонию

80. Легочную эозинофилию

могут вызвать следующие лекарственные препараты

- а) антибиотики**
- б) антигистаминовые

- в) глюкокортикостероидные
- г) нитраты

81. Легочную эозинофилию способны вызывать следующие заболевания

- а) заболевания сердца
- б) опухолевые заболевания**
- в) заболевания почек
- г) заболевания печени

82. В патогенезе легочной эозинофилии ведущую роль играют следующие механизмы

- а) реактивный (I тип) + иммунокомплексный (III тип)
- б) цитотоксический (II тип)**
- в) реакция замедленного типа (IV тип)
- г) все перечисленные

83. Важную роль в патогенезе легочной эозинофилии отводят

- а) плазматическим клеткам
- б) альвеолярным макрофагам
- в) тучным клеткам
- г) эозинофилам**

84. В патогенезе легочной эозинофилии принимают участие преимущественно иммуноглобулины класса

- а) IgE**
- б) IgG
- в) IgM
- г) IgA

85. К легочным эозинофилиям с системными проявлениями относятся

- а) гиперэозинофильный миелопролиферативный синдром (синдром Леффлера II)**
- б) склеродермия
- в) системная красная волчанка
- г) все перечисленные

86. Для простой легочной эозинофилии характерны следующие рентгенологические изменения

- а) интерстициальные инфильтраты
- б) признаки фиброза легких
- в) жидкость в плевральной полости
- г) инфильтративные изменения, занимающие несколько сегментов**

87. Для бронхиальной астмы, вызванной физическим усилением, характерны следующие симптомы, за исключением

- а) уменьшения бронхоспазма при повторяющихся нагрузках
- б) влияния факторов окружающей среды (температуры воздуха, влажности и др.)
- в) высокой чувствительности среди больных бронхиальной астмой**

88. Наиболее достоверным методом специфической диагностики atopической бронхиальной астмы является

- а) кожные аллергические пробы
- б) провокационный назальный тест
- в) **провокационный ингаляционный тест**
- г) РАСТ

89. Кристаллы Шарко - Лейдена представляют

- а) слепки мелких бронхов
- б) **гранулярный материал эозинофилов**
- в) скопление клеток десквамированного эпителия дыхательных путей
- г) ничего из перечисленного

90. Реагиновый механизм atopической бронхиальной астмы подтверждается всем, кроме

- а) кожных аллергических проб
- б) провокационных аллергических тестов
- в) реакции преципитации
- г) **реакции Прауснитца - Кюстнера**
- д) радиоаллергосорбентного теста

91. Спонтанные ремиссии в период полового созревания наиболее характерны

- а) для "аспириновой" бронхиальной астмы
- б) **для atopической бронхиальной астмы**
- в) для IgE и IgG клинко-патогенетического варианта бронхиальной астмы
- г) для бронхиальной астмы, вызванной аллергией к плесневым грибам
- д) для всех перечисленных форм бронхиальной астмы.

92.. Какой метод оказания неотложной помощи при легочном массивном кровотечении?

- а) интубация
- б) введение кровоостанавливающих средств
- в) переливание крови
- г) дача противокашлевых средств
- д) хирургическое вмешательство
- е) **правильный ответ б, в**

93. При острой дыхательной недостаточности какие мероприятия надо провести в первую очередь?

- а) введение любелина
- б) введение строфантина
- в) искусственную вентиляцию легких
- г) коррекцию КЩР
- д) **интубацию трахеи**

94. Первым реанимационным мероприятием у больного с начинающимся отеком легкого будет

- а) интубация и управляемое дыхание
- б) наложение трахеостомы
- в) дыхание через маску под повышенным давлением смесью воздуха с кислородом, обогащенным парами спирта**

95. При ингаляционном методе через мундштук или носовые катетеры следует подавать

- а) около 1 литра кислорода в минуту
- б) 1.5-2 литра кислорода в минуту**
- в) 3-5 литров кислорода в минуту

96. Причинами пневмонии у обожженных являются

- а) аутоинфекция
- б) нарушение дренажной функции бронхов
- в) нарушение легочной вентиляции
- г) нарушение гемодинамики малого круга кровообращения
- д) все перечисленное**

97. Отек легкого развивается:

- 1) при увеличении отрицательного внутрилегочного давления
- 2) при повышении гидродинамического давления в легочных капиллярах
- 3) при повышении коллоидно-осмотического давления крови
- 4) при снижении лимфатической реабсорбции жидкости в легких
- 5) при снижении проницаемости мембран
- а) все ответы правильные
- б) правильные все ответы, кроме 1, 2, 3
- в) правильные все ответы, кроме 1, 2, 4
- г) правильные все ответы, кроме 3, 4, 5
- д) правильно только 1, 2 и 4**

98. Показанием к переводу больного с отеком легкого на искусственную вентиляцию легких являются:

- 1) гипоксическая кома
- 2)  $PO_2$  ниже 60 мм рт. ст.
- 3)  $PCO_2$  выше 60 мм рт. ст.
- 4) снижение АД до 80 мм рт. ст.
- 5) тахикардия 110 в минуту
- 6) одышка с частотой дыхания 40 в минуту
- а) все ответы правильные**
- б) правильные ответы 1, 2, 3
- в) правильные ответы 4, 5, 6
- г) правильные ответы 1, 3, 5
- д) правильные ответы 6

99.. Этиологическими факторами анафилактического шока являются

- а) лекарственные аллергены**
- б) пыльцевые аллергены

- в) бытовые аллергены
- г) грибковые аллергены

100. Чаще всего анафилактический шок вызывают следующие лекарственные препараты

- а) пенициллин**
- б) физиологический раствор
- в) глюкоза
- г) хлористый кальций

101. Чаще всего анафилактический шок развивается после употребления следующих пищевых продуктов, особенно у детей

- а) молока**
- б) моркови
- в) капусты
- г) репы

Дополнительные тестовые задания:

1. Дыхательный объем - это:

- А) максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха;
- Б) максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха;
- В) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха;
- Г) объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
- Д) максимальный объем выдоха в течение первой секунды

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

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

3. Жизненная емкость легких зависит от:

1) роста; 2) площади поверхности тела; 3) массы тела; 4) пола.

А) если правильны ответы 1,2 и 3

Б) если правильны ответы 1 и 3

В) если правильны ответы 2 и 4

Г) если правильный ответ 4

Д) если правильны ответы 1,2,3,4

4. Одноклеточные слизистые железы (бокаловидные клетки) отсутствуют в стенке бронхов:

А) 1-3-го порядка

Б) 1-6-го порядка

В) 7-го (10) порядка и более мелких порядков

5. Уменьшение жизненной емкости легких наблюдается при: 1. воспалительных процессах в органах грудной полости; 2. беременности (вторая половина); 3. асцитом; 4. грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

А) если правильны ответы 1,2 и 3

Б) если правильны ответы 1 и 3

В) если правильны ответы 2 и 4

Г) если правильный ответ 4

Д) если правильны ответы 1,2,3,4

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

А) интерлейкин

Б) альфа-1-антитрипсин и альфа-1-антихимопсин

В) простагландины

7. Какие из приведенных факторов будут верны для бронхиальной астмы:

А) если болеют оба родителя, риск заболевания ребенка более 50%

Б) конкордантность у монозиготных близнецов 100%

В) у сельских жителей возникает чаще, чем у городских

Г) если болен только отец – риска для ребенка практически нет

Д) заболевание передается воздушно-капельным путем

8. Диагностический критерий длительности кашля при хроническом бронхите составляет:

А) 3 месяца в течение 1 года

- Б) 2 месяца в течение 2 лет подряд
- В) 3 месяца в течение 2 лет подряд
- Г) 1 месяц в течение 1 года

9. Какие препараты относятся к базисной противовоспалительной терапии при бронхиальной астме:

- А) ингаляционные глюкокортикостероиды
- Б) антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- В)  $\beta_2$ -агонисты длительного действия
- Г) антагонисты кальция

10. Ацинус дренируется:

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

11. Амфорическое дыхание наблюдается при:

А) очаговой пневмонии;

Б) бронхите;

В) бронхиальной астме;

Г) абсцессе легкого;

Д) эмфиземе легких.

12. Мокрота при хроническом катаральном бронхите бывает:

А) слизистая

Б) «ржавая»

В) розовая пеннистая

Г) стекловидная

13. Факторы риска для потенциально смертельной астмы включают:

А) наличие выраженного аллергического компонента

Б) приступы провоцируются физической нагрузкой

В) «стероидная» зависимость

Г) наличие астматических статусов в анамнезе

Д) сочетание БА с тяжелым аллергическим дерматитом

14. Parietalный листок плевры выполняет все следующие функции, кроме:

А) секреции жидкости

Б) резорбции воды и кристаллов

В) резорбции белковых продуктов

15. Газообмен в легком осуществляется:

А) в паренхиме легкого

Б) в дольке легкого

В) в ацинусе легкого

16. Эффективность антибактериального лечения при внебольничной пневмонии следует клинически оценивать через:

А) 72 часа

Б) 12 часов

В) 24 часа

Г) 5 дней

17. К источникам инфекции при гриппе относят:

А) больного человека в первые 5 дней болезни

Б) вирусоносителя

В) домашних животных

Г) птиц

18. Основным методом раннего выявления туберкулеза легких среди взрослого населения является:

А) микроскопия мокроты на микобактерии туберкулеза

Б) посев мокроты на микобактерии туберкулеза

В) флюорография

Г) клинический анализ крови

19. Сурфактант в альвеоле синтезируют:

А) альвеолоциты 1-го порядка

Б) альвеолоциты 2-го порядка

В) клетки Клара

20. У беременных пациенток противопоказано назначение:

- А) Пенициллина
- Б) Эритромицина
- В) Тетрациклина
- Г) Левофлоксацина

**2 вариант**

1. Лимфоидная ткань в органах дыхания у здоровых людей локализуется:

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

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

2. Защита альвеолы от повреждающих ее агентов осуществляется

- А) удалением их с фазами дыхательных движений
- Б) удалением ресничками мерцательного эпителия
- В) фагоцитоз нейтрофилами
- Г) фагоцитоз альвеолярными макрофагами

3. Хронический бронхит у беременных проявляется в виде:

- А) влажных мелкопузырчатых хрипов
- Б) сухих хрипов
- В) крепитации
- Г) шума трения плевры

4. Заражение туберкулезом во время беременности чаще происходит:

- А) алиментарным путем
- Б) контактным путем
- В) аэрогенным путем
- Г) внутриутробным путем

5. К заболеваниям с наследственным предрасположением относятся:

1) легочный протеиноз; 2) туберкулез; 3) бронхиальная астма; 4) пневмония.

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 правильный ответ 1,2,3 и 4;

6. Для диагностики микобактерий используются:

А. Селективные обогащенные среды

Б. Селективные среды

7. Клинические признаки, ассоциированные с астмой:

А) аспирин может вызывать или усиливать проявления

Б) единственным внешним проявлением может быть кашель

В) во время приступа хрипов может не быть

Г) отсутствие хрипов в легких во время приступа – хороший прогностический признак

Д) приступы удушья обычно сопровождаются субфебрилитетом

8. В какие сроки необходимо проводить бактериальное исследование крови:

А. В первые 3-4 дня от начала заболевания или обострения

Б. В первые 1-2 недели после начала антибактериальной терапии

В. В первые 3-4 дня от начала антибактериальной терапии

9. Нарастание одышки, боли в груди, односторонний тимпанит или коробочный перкуторный звук, исчезновение дыхательных шумов при аускультации характеризуют:

А) клапанный пневмоторакс

Б) закрытый пневмоторакс

В) открытый пневмоторакс

10. Первичное обследование для выявления туберкулеза должны проводить:

А) все лечебно-диагностические учреждения общей лечебной сети

Б) противотуберкулезные учреждения

В) родильные дома

Г) учреждения Роспотребнадзора

11. Бронхоальвеолярный смыв можно использовать для культуральной диагностики:

А. Легионеллезной инфекции

- Б. Хламидийной инфекции
- В. Вирусной инфекции
- Г. Микобактериальной инфекции
- Д. Всего перечисленного.

12. Признаки тяжелого астматического приступа:

- А) цианоз
- Б) боли при глотании
- В) PCO<sub>2</sub> более 40 мм рт ст
- Г) величина максимальной скорости выдоха менее 50% от должной
- Д) заложенность носа и слезотечение

13. Возбудителем внебольничной пневмонии во время беременности чаще всего является:

- А) пневмококк;
- Б) стрептококк;
- В) стафилококк;
- Г) кишечная палочка;
- Д) клебсиелла.

14. В терапии каких из перечисленных заболеваний может использоваться  $\alpha$ 1-антитрипсин?

- А) сердечная астма
- Б) синдром бронхиальной обструкции токсического генеза
- В) эмфизема легких
- Г) лимфогранулематоз

15. Основными видами нарушения функции внешнего дыхания являются все перечисленные, кроме:

- А) вентиляционных
- Б) диффузных
- В) перфузионных
- Г) нарушение транспорта O<sub>2</sub> и CO<sub>2</sub>

16. В слизи дыхательных путей преобладают иммуноглобулины:

- А) класса А
- Б) класса Е
- В) класса G
- Г) класса М

17. Повышают риск развития бронхиальной астмы:

- А) семейный анамнез БА
- Б) атопический дерматит в первые годы жизни
- В) проживание в сельской местности
- Г) курение
- Д) преждевременное половое созревание

18. Мониторинговым показателем контроля бронхиальной астмы может выступать:

- А) пиковая скорость выдоха
- Б) сатурация O<sub>2</sub> капиллярной крови
- В) частота дыхания
- Г) эозинофилы периферической крови

19. У каких пациентов чаще наблюдается значительное увеличение концентрации грамотрицательной флоры в ротоглотке?

- А. У пациентов, длительно получавших антибактериальные препараты
- Б. Хронических алкоголиков
- В. У больных с сахарным диабетом
- Г. У больных с острой лейкемией
- Д. У всех перечисленных

20. В организации и проведении прививок при плановой вакцинации участвует:

- А) врач-терапевт (врач-педиатр)
- Б) врач-лаборант
- В) врач-эпидемиолог
- Г) врач-бактериолог

### **3 вариант**

1. Препятствует слипанию стенок альвеол:

- А) альфа 1-антитрипсин
- Б) простагландин

В) сурфактант

2. Важнейшей функцией верхних отделов воздухоносных путей является:

- А) проведение воздуха
- Б) кондиционирование воздуха (согревание, увлажнение, очищение)
- В) распределение воздуха

3. Висцеральный листок плевры выполняет все следующие функции, кроме

- А) участие в эластической тяге легкого:
- Б) резорбции воды и кристаллоидов
- В) резорбция белковых продуктов
- Г) барьера

4. Показания к назначению системных глюкокортикостероидов при бронхиальной астме:

- А) длительность заболевания более 5 лет
- Б) астматический статус
- В) отсутствие эффекта от применения ингаляционных глюкокортикостероидов
- Г) отсутствие эффекта от применения ингаляционных адреномиметиков

5. К бронхолитикам не относятся:

- А) метилксантины

Б) холинолитики

В) симпатомиметики

Г) блокаторы лейкотриеновых рецепторов

6. На чем базируется основная диагностика пневмококковых инфекций:

- А. На бактериоскопии
- Б. Бактериологии
- В. Серологическая диагностика
- Г. Иммунологическая диагностика

7. Очагом туберкулезной инфекции является:

- а) больной туберкулезом, выделяющий МБТ
- б) жилище больного туберкулезом
- в) домашнее животное, выделяющее МБТ
- г) верно А и В
- д) все ответы верны

8. При применении ингаляционных глюкокортикостероидов при бронхиальной астме следует помнить:

- А) максимальный эффект развивается через 2-3 минуты
- Б) частым осложнением является кандидоз слизистой оболочки полости рта

- В) нельзя сочетать с адреномimetиками
- Г) нельзя сочетать со стабилизаторами мембран тучных клеток

9. Показанием к назначению антибактериальных препаратов при остром бронхите во время беременности служит:

- 1) тяжелое клиническое течение заболевания;
- 2) появление гнойной мокроты;
- 3) повышение температуры;
- 4) появление одышки.

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 правильный ответ 1,2,3 и 4;

10. Бактериовыделителем называют:

- А) больного туберкулезом, у которого МБТ обнаружена один раз
- Б) больного, выделявшего МБТ не менее 2 раз
- В) больного, постоянно выделяющего МБТ
- Г) все ответы верны

11. Человек инфицируется туберкулезом от:

- А) больного туберкулезом человека
- Б) инфицированных туберкулезом продуктов питания
- В) инфицированных туберкулезом предметов окружающей среды
- Г) все ответы верны

12. Акушерские осложнения при внебольничной пневмонии у беременных:

- А) преждевременное излитие околоплодных вод
- Б) преждевременные роды
- В) синдром задержки развития плода
- Г) перинатальная смертность
- Д) преэклампсия

Е) все перечисленное

13. Основным клиническим синдромом при БА у беременных является:

- А) синдром инфильтрации в легочной ткани
- Б) синдром бронхиальной обструкции
- В) астенический синдром
- Г) интоксикационный синдром

14. Что называют «поздним» выявлением туберкулеза?

- А) при фиброзно-кавернозном туберкулезе
- Б) при кавернозном
- В) при казеозной пневмонии
- Г) при диссеминированном процессе
- Д) при цирротическом
- Е) все перечисленное

15. Самым достоверным признаком активности туберкулезных изменений во время беременности является:

- А) бацилловыделение
- Б) интоксикация
- В) изменения гемограммы
- Г) динамика рентгенологической картины в процессе наблюдения
- Д) все ответы правильны

16. Для аспириновой БА характерно:

- А) частое сочетание с полипозными риносинуситами
- Б) частое сочетание с язвенной болезнью
- В) преимущественно ночные приступы
- Г) непереносимость НПВС
- Д) приступы удушья могут провоцироваться употреблением в пищу малины, слив, винограда

17. К заболеваниям с наследственной предрасположенностью относятся все перечисленные, кроме:

- А) пневмонии
- Б) бронхиальной астмы
- В) бронхоэктатической болезни
- Г) муковисцидоза
- Д) туберкулеза

18. Внебольничная пневмония у беременных -

- А) воспалительные процессы в легких
- Б) инфекционные воспалительные процессы в легких
- В) различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в легких
- Г) различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в мелких бронхах и интерстиции легких

Д) различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в различных структурах легкого с обязательным поражением респираторного отдела, развивающиеся во время беременности

19. Возбудителями внебольничной пневмонии во время беременности у заболевшего вне стационара являются все перечисленные микроорганизмы, кроме:

- А) пневмококка
- Б) синегнойной палочки
- В) микоплазмы
- Г) клебсиеллы

20. Наиболее частым гранулематозным поражением легких неинфекционной природы во время беременности является:

- А) силикоз
- Б) саркоидоз
- В) гистиоцитоз Х

#### 4 вариант

1. Острый абсцесс легкого переходит в хронический:

- А) через 3-4 недели
- Б) через 2 месяца
- В) через 4-6 месяцев
- Г) через 12 месяцев

2. Во время беременности острый абсцесс легкого отличается от пневмонии, протекающей с абсцедированием:

- А) более тяжелым клиническим течением
- Б) выделением гнойной мокроты полным ртом и неприятным запахом
- В) одномоментным отхождением большого количества гнойной мокроты, чаще с неприятным запахом
- Г) преобладанием некротических изменений в легких над воспалительными

3. Как изменяется содержание общего белка при острых инфекционных заболеваниях во время беременности?

- А. Повышается в первые 1-2 месяца
- Б. Понижается в первые 1-2 месяца

4. При каких заболеваниях понижается содержание  $\alpha_1$  –антитрипсина?

- А. Пневмония
- Б. Туберкулез
- В. Ранней эмфиземе
- Г. Респираторном дистресс-синдроме
- Д. Раке легких

5. Какие иммуноглобулины первыми вырабатываются в ответ на острую инфекцию?

- А. IgA

- Б. IgM
- В. IgG
- Г. IgE

6. Антагонисты лейкотриенов во время беременности используются в качестве:

- А) при аспириновой астме и как дополнение к ингаляционным стероидам
- Б) как монотерапия при легкой астме

7. Обладает ли фенотерол противовоспалительным действием на слизистую бронхов?

- А) да
- Б) нет

8. Разрешен ли будесонид к применению во время беременности?

- А) да
- Б) нет

9. Усиление голосового дрожания у беременных возникает при:

- А. Долевой пневмонии
- Б. Абсцессе сообщающимся с бронхом
- В. Абсцессе не сообщающимся с бронхом
- Г. Эмфиземе
- Д. При обтурации опухолью

10. Какой из элементов мокроты с достоверностью свидетельствует о деструкции ткани легкого?

- А. Кристаллы Шарко - Лейдена
- Б. Лейкоциты
- В. Спирали Куршмана
- Г. Эластические волокна
- Д. Эритроциты

11. Наиболее информативным методом исследования при тромбоэмболии легочной артерии является:

- А) рентгенологический
- Б) электрокардиографический
- В) сканирование легких с помощью радионуклидов
- Г) зондирование малого круга кровообращения

12. Главным мероприятием в лечении спонтанного пневмоторакса при беременности являются:

- А) плевральная пункция, активный дренаж и аспирация
- Б) наблюдение и лечение основного заболевания
- В) кардиотропная терапия и аналептики
- Г) динамическое наблюдение

13. Какие дыхательные шумы являются патологическими?

- А. Везикулярное дыхание

- Б. Ослабленное везикулярное дыхание
- В. Ларинго-трахеальное
- Г. Жесткое
- Д. Бронхиальное

14. Критерии активности воспалительного процесса во время беременности:

- А. Нейтрофильный лейкоцитоз
- Б. Лейкопения
- В. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- Г. Токсическая зернистость нейтрофилов
- Д. Увеличение СОЭ
- Е. Лейкемоидные реакции

15. Эффект стероидов, введенных парентерально при астматическом статусе, проявится немедленно?

- А) да
- Б) нет

16. Механизм действия омализумаба:

- А) блокирует рецепторы для специфического IgE на тучных клетках и базофилах
- Б) является антителом против ИЛ-4
- В) связывается с циркулирующим IgE

17. Тромбоэмболия легочной артерии во время беременности чаще является осложнением:

- А) флеботромбоза глубоких вен голени
- Б) тромбоза поверхностных вен голени
- В) тромбоза варикозного расширения поверхностных вен голени с рожистым воспалением

18. Тактика ведения пациента при тромбоэмболии легочной артерии определяется, в первую очередь:

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

19. Показаниями для назначения омализумаба являются:

- А) тяжелая неконтролируемая БА на 4-5 ступени терапии
- Б) хроническая спонтанная крапивница
- В) рецидивирующие отеки Квинке
- Г) генерализованный атопический дерматит
- Д) гиперэозинофильный синдром

20. Признаками тромбоэмболии легочной артерии во время беременности на ЭКГ является:

- А) резкая перегрузка правого предсердия
- Б) острая блокада правой ножки пучка Гисса
- В) глубокие зубцы SI, QIII

Г) резко отрицательный ТШ  
Д) все перечисленное

Ответы:

1 вариант.	2 вариант	3 вариант	4 вариант
1. В	1. Г.	1. В.	1. Б.
2. Б	2. Г.	2. Б.	2. Г.
3. Д	3. Б.	3. В.	3. А.
4. В	4. Б,В.	4. Б, В.	4. В,Г.
5. А	5. Б.	5. Г	5. Б.
6. Б	6. Б.	6. Б	6. А.
7. А	7. А,Б,В	7. Г	7. Б.
8. В	8. А.	8. Б	8. А.
9. А, Б, В	9. В	9. Д	9. А,Б
10. Б	10. А,Б,В.	10. Г	10. Г
11. Г	11. Д.	11. Г	11. Г
12. А, Г	12. А,Б,В.	12. Е	12. А
13. В,Г	13. А.	13. Б	13. Б,Г,Д.
14. Б	14. В.	14. Е	14. А,В,Г,Д
15. В	15. Г.	15. А	15. Б
16. А	16. А.	16. А,Г,Д	16. В.
17. А, Б	17. А. Б. Г.	17. А	17. А.
18. В	18. А.	18. Д	18. А.
19. Б	19. Д.	19. Б	19. А,Б
20. В,Г.	20. А	20. Б	20. Д

**Банк ситуационных клинических задач**

**Б 1.Б.6.1**

Задача 1 (Синдром «матового стекла»)

<p><b>Раздел 1</b></p> <p><b>Общие вопросы клинической пульмонологии</b></p>	<p>Мужчина, 57 лет, с длительным стажем курения (40 пачка/лет), госпитализирован в пульмонологическое отделение с жалобами на выраженную одышку, возникающую во время физических нагрузок, сухой кашель, общую слабость, снижение массы тела. Объективно: обращает на себя внимание изменение ногтевых фаланг в виде "барабанных палочек", при проведении аускультации: выслушивается негромкая крепитация на высоте вдоха, усиление II тона над легочной артерией, частота сердечных сокращений 95 в минуту, умеренные периферические отеки. По данным функции внешнего дыхания выявлены рестриктивные изменения и снижение диффузной способности легких. В целях уточнения диагноза пациент направлен на КТВР. Какой признак НЕ характерен для постановки диагноза "идиопатический легочный фиброз"?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Варианты: Преобладание в базальных, кортикальных отделах легких</li> <li>• Диффузные ретикулярные изменения</li> <li>• Сотовое легкое"</li> <li>• Синдром "матового стекла"</li> </ul> <p>Синдром "матового стекла" нетипичен для ИЛФ. "Матовое стекло" - сканирующий феномен при КТВР (КТ высокого разрешения), который характеризуется повышением плотности легочной ткани, на его фоне видны просветы и стенки бронхов, внутрилегочные сосуды, а также ретикулярные изменения, если они присутствуют. Морфологическая основа симптома "матового стекла" - изменения анатомических структур за пределами разрешающей способности КТ при сохранении воздушности легочной ткани. К ним относятся: утолщение межальвеолярных перегородок любой природы, частичное заполнение просветов альвеол содержимым, уменьшение объема альвеол за счет гиповентиляции, повышение перфузии легочной ткани при избыточном количестве крови в капиллярах. При отсутствии "сотового легкого" и тракционных бронхоэктазов "матовое стекло" может быть одним из признаков активного воспалительного процесса.</p> <p>Задача 2(Суточное мониторирование пикфлоуметрии)</p> <p>Девушка, 19 лет, предъявляет жалобы на кашель и хрипы при дыхании. Из анамнеза известно, что недавно пациентка устроилась на столярную фабрику. Отмечает, что выраженность симптомов возрастает в течение недели. Во время недельного отпуска жалобы не беспокоили. По данным пикфлоуметрии отмечено снижение объема форсированного выдоха до 450 л/мин (норма 510 л/мин). Вы предположили профессиональную БА. Каковы ваши дальнейшие действия? Варианты: 1. Назначить преднизолон. 2. Суточное мониторирование пикфлоуметрии. 3. Назначить сальбутамол. 4. Выполнить кожно-аллергические пробы</p> <p>Данной пациентке необходимо выполнить мониторирование пикфлоуметрии (утром и вечером в течение 1-2 недель, включая выходные дни) с целью установить взаимосвязь между бронхиальной обструкцией и профессиональными вредностями, обратив внимание на показатели ПС<sub>выд</sub> в рабочие и выходные дни. Древесная пыль, пластмассы, растворители, аллергены животных и грибов - экзогенные факторы, провоцирующие астму. Лечение в данном случае заключается в удалении провоцирующего экзогенного фактора. Для идентификации аллергена возможно использовать кожные аппликационные пробы.</p>
--	--

Задача № 3.(Синдром дыхательной недостаточности, синдром острого лёгочного сердца, болевой синдром в грудной клетке, синдром венозной недостаточности, интоксикационный синдром. Ведущий – синдром острого лёгочного сердца)

Диагноз: Острый тромбоз общей бедренной вены справа. Массивная тромбоэмболия лёгочной артерии. Острое лёгочное сердце)

Больная Т. 35 лет, офис-менеджер, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение городской больницы в связи с внезапным начавшимся приступом одышки смешанного характера, сердцебиением, колющей болью в прекардиальной области, головокружением и общей слабостью. В анамнезе отмечено, что за 5 суток до приступа одышки у больной появились мягкий отёк правой нижней конечности от стопы до паховой складки, незначительный цианоз и умеренная болезненность конечности. В последующем указанные симптомы сохранялись, пыталась лечиться самостоятельно, используя различные мази с антибиотиками и спиртовые компрессы. Настоящий приступ одышки возник впервые в конце продолжительного рабочего дня на фоне полного благополучия. Из анамнеза жизни известно, что пациентка работает в офисе и проводит большую часть времени в положении сидя, ведёт малоподвижный образ жизни, курит, применяет комбинированные оральные контрацептивы. Объективно: состояние тяжёлое. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, видимая пульсация шейных вен. Отмечается отёк правой нижней конечности, мягкий и тёплый наощупь, распространяющийся от уровня стопы до верхней трети бедра со слабо выраженным цианозом, умеренной болезненностью при пальпации сохранённой пульсацией на артериях стопы, подколенной и общей бедренной артериях. Суставы без патологии. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания - 25 в минуту. Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях, слабого наполнения, 110 в минуту, АД - 90/65 мм рт. ст. Акцент II-тона в точке выслушивания клапана лёгочной артерии. Шумов нет. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень выступает из-под рёберной дуги на 1 см. Симптом поколачивания отрицательный. Индекс массы тела более 31 кг/м<sup>2</sup>. Субфебрилитет. При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты -  $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $5,7 \times 10^9$  /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 50%, лимфоциты - 35%, моноциты - 4%; СОЭ - 24 мм/ч. Общий анализ мочи соломенно-жёлтая, прозрачная, pH кислая, удельный вес - 1010, эпителий - 2-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли не определяются. Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,8 мкмоль/л, креатинин - 0,093 ммоль/л, глюкоза - 6,9 ммоль/л, холестерин - 6,2 ммоль/л, калий - 3,7 ммоль/л, общий белок - 75 г/л, фибриноген - 8,2 г/л, СРБ - 25 мг/л.ЭКГ: Ритм синусовый, тахикардия, острая перегрузка правых отделов сердца, симптом SI-QIII-TIII, неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Выделите ведущие синдромы. Поставьте диагноз.

Задача 4. (Неаллергическая бронхиальная астма, среднетяжёлое течение, впервые выявленная, неконтролируемая. Дыхательная недостаточность I ст. Временно нетрудоспособен. Выдать ЛН на 3-4 дня. Нетрудоспособность при среднетяжёлом течении бронхиальной астмы продолжается до стабилизации процесса. Противопоказан тяжёлый физический труд, контакт с токсическими веществами, работа в неблагоприятных метеорологических условиях, длительные командировки, работа в горячих цехах, длительная ходьба, профессиональная речевая нагрузка. Рациональное трудоустройство через ВК).

Больной 25 лет, водитель, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на появление эпизодов удушья с затруднённым выдохом, кашель трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 месяцев. 3 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. Температур

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. Границ 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.

Задача № 5 (Внебольничная пневмония бактериальная (возбудитель не уточнён), полисегментарная с локализацией в средней и нижней долях правого лёгкого, тяжелое течение, осложненная ОДНІ. )

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 - 4,08×10<sup>12</sup>/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 13,2×10<sup>9</sup> /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 - 11×10<sup>9</sup> /л, нейтрофилы - 82%, юных форм - 7%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача №6. (Бронхиальная астма, персистирующая, атопическая форма, лёгкое течение, обострение. Дыхательная недостаточность (ДН) I степени. Поллиноз с проявлениями аллергического риноконъюнктивита)

Мужчина 30 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на приступы удушья, возникающие 1-2 раза в месяц, с затруднённым 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 селезенка 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.

Задача №7 (Экзогенный аллергический альвеолит).

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-  $3,5 \times 10^{12}$ /л, Hb-140г/л, лейкоц-  $8 \times 10^9$ /л, п-1, с-50, э-2, м-8, л-39, СОЭ-35мм/ч.

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

Задача № 8 (Хроническая обструктивная болезнь лёгких, крайне тяжёлого течения, 4 степени, с выраженными симптомами, высокий риск, в фазе инфекционного обострения. Индекс курения 45 пачка/лет. ДН 2 ст.)

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, подъёме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, появилась густая, скудная мокрота желто-зелёного 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 объём, 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 неотягощен. Объективно: кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура 37,5°C. 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 - 4,42×10<sup>12</sup>/л, Нв -165 г/л, Нт - 50%, лейкоциты - 8,4×10<sup>9</sup> /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мокроты – вязкая, зелёного 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.

Задача №9 ( Бронхиальная астма, среднетяжёлое недостаточно контролируемое течение. ДН0.)

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 тяжёлой 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 жёсткое, 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 – 3,9×10<sup>12</sup>/л, лейкоциты - 9,5×10<sup>9</sup> /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).

Задача №10 (Правосторонний сухой плеврит.)

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?

Задача №11 (Нинтеданиб или Пирфенидон)

Женщина, 70 лет, с длительным анамнезом курения (30 пачка/лет), находится в пульмонологическом отделении с диагнозом "идиопатический легочный фиброз". Какова тактика лечащего врача по назначению медикаментозной терапии?

Ответ : В настоящее время рекомендованные препараты для терапии ИЛФ -антифибротические препараты: нинтеданиб и пирфенидон. Терапия нинтеданибом (или пирфенидоном) позволяет снизить скорость снижения показателя FVC в течение 1 года, т.е. приводит к замедлению прогрессирования ИЛФ.

Задача №12 (Анафилактический шок).

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 (пальмикорт 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, затруднённое 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.

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

Задача №13 (ХОБЛ, легкое течение, с невыраженными симптомами и редкими обострениями(группа А),ДНО) 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 x10<sup>9</sup> \л, эритроциты-3,9 x10<sup>12</sup>\л, гемоглобин 141 г\л, гематокрит 39.6%, тромбоциты-241x10<sup>9</sup>\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.

Задача 14 (Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, лёгкое течение. Дыхательная недостаточность (ДН) 0 ст.)

Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 37,6°С в течение пяти дней, кашель с желтоватой мокротой. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. Другие лекарства не принимал. За десять дней до этого перенёс ОРВИ. Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет. 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.

**Б 1.Б.6.2** Раздел  
2

**«Частные  
вопросы  
клинической  
пульмонология  
»**

Задача 15. ( Стартовая терапия нерациональна из-за низкой активности Цефазолина против основных возбудителей внебольничной пневмонии. 2. Смена Цефазолина на Амикацин не может обеспечить эффект из-за отсутствия активности Амикацина против наиболее частых возбудителей внебольничной пневмонии (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, атипичная микрофлора). 3. Для контроля эффективности антибактериальной терапии через 48-72 часа необходимо оценить клиническое состояние пациента – уменьшение признаков интоксикации, снижение температуры, а также динамику лабораторных показателей (уменьшение лейкоцитоза, уменьшение количества палочкоядерных нейтрофилов). 4. Отменить Амикацин, возможно назначение: - ингибитор/защищенные пенициллины ± макролиды (Спирамицин, Джозамицин, Азитромицин, Кларитромицин) или - цефалоспорины III поколения (Цефотаксим, Цефтриаксон) ± макролиды (Спирамицин, Джозамицин, Азитромицин, Кларитромицин) или - «респираторные» фторхинолоны III-IV поколения (Левифлоксацин, Моксифлоксацин, Спарфлоксацин, Гемифлоксацин)

Больной Л. 37 лет находится в стационаре, диагноз «внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле правого легкого, средне-тяжелое 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): Hb – 145 г/л, лейкоциты –  $18 \times 10^9$  /л, эритроциты –  $4,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты –  $240 \times 10^9$  /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.

Задача 16.( Да, возможно. Наиболее типичны: частые обострения, эмфизема легких, дыхательная недостаточность, легочная гипертензия, рак легких)

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. Возможно ли, что гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь - осложнение ИЛФ? Какие осложнения наиболее типичны для ИЛФ? Варианты: 1. Да, возможно. Наиболее типичны: легочная гипертензия, частые обострения, дыхательная недостаточность. 2. Да, возможно. Наиболее типичны: частые обострения, эмфизема легких, дыхательная недостаточность, легочная гипертензия, рак легких. 3. Нет, не возможно. Наиболее типичны: частые обострения, рак легких, дыхательная недостаточность, пневмоторакс. 4. Нет, не возможно. Наиболее типичны: частые обострения, эмфизема легких, дыхательная недостаточность, легочная гипертензия, рак легких.

Ответ: Среди наиболее вероятных осложнений ИЛФ следует отметить вторичную ЛГ, формирование "легочного" сердца, гастроэзофагеальный рефлюкс, эмфизему легких. Течение ИЛФ могут ухудшать и такие внешние стимулы, как курение, вирусная инфекция и др. Наличие у пациента гастроэзофагеальной рефлюксной болезни сопровождается микроаспирацией и может рассматриваться как фактор, ухудшающий течение болезни.

Рак легкого встречается у больных ИЛФ приблизительно в 3-12%.

Особого внимания заслуживает сочетание ИЛФ и эмфиземы, получившее в англоязычной литературе название отдельного синдрома сочетания легочного фиброза и эмфиземы CPFE. Одним из наиболее частых осложнений синдрома CPFE бывает легочная гипертензия, которая определяется почти в половине случаев (47%), т.е. чаще, чем при ИЛФ, и протекает тяжелее. У больных с синдромом CPFE отмечен также высокий риск развития рака легкого (около 33%), что резко ухудшает прогноз. Не исключено, что синдром CPFE -независимый фактор риска развития рака легкого.

Пневмоторакс возможен у пациентов ИЛФ, но не относится к типичным осложнениям.

Задача 17:( Уменьшить дозу нинтеданиба до 100 мг 2 раза в сутки, назначить симптоматическую терапию лоперамидом, метоклопрамидом, дать рекомендации по режиму питания)

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. Какова тактика лечащего врача? Варианты: 1. Отменить препарат, назначить преднизолон 40 мг/сут. 2. Уменьшить дозу нинтеданиба до 100 мг 2 раза в сутки, назначить симптоматическую терапию лоперамидом, метоклопрамидом, дать рекомендации по режиму питания. 3. Отменить препарат, назначить комбинированную терапию преднизолоном в дозе 40 мг/сут, циклофосфамидом 25 мг/сут. 4. Отменить препарат, назначить комбинированную терапию преднизолоном 60 мг/сут, циклофосфамидом 25 мг/сут и ацетилцистеином.

Ответ: Рекомендации при возникновении побочных эффектов при приеме нинтеданиба - уменьшение дозы и прерывание курса терапии для устранения неблагоприятных явлений: временное прекращение (остановка) терапии препаратом, затем повторное начало с сокращенной дозой 100 мг 2 раза в день и при удовлетворительной переносимости вернуться к дозе 150 мг 2 раза в день; 2. уменьшение дозы до 100 мг 2 раза в день без предварительного прерывания лечения. 3. симптоматическая терапия (лоперамид в случае диареи, метоклопрамид или ондансетрон в случае тошноты и/или рвоты); 4. рекомендации по режиму питания.

По данным многоцентровых рандомизированных исследований, к препаратам с доказанной эффективностью при лечении ИЛФ относятся только 2 препарата: пирфенидон и нинтеданиб.

Задача 18.

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 .

П 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. SpO<sub>2</sub> при дыхании атмосферным воздухом 95% в покое. В тесте с 6-минутной ходьбой - SpO<sub>2</sub> 92%

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

2- 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 (PaO<sub>2</sub> 64,6 мм рт. ст.), гиперкапния (PaCO<sub>2</sub> 46,9 мм рт. ст.), снижение pH до 7,37. ОАК – Эритроциты – 5.0 x10<sup>12</sup>, Нв-152 г/л, Лейкоциты – 6,8x 10<sup>9</sup>, эозинофилы 1%, СОЭ- 5 мм/ч

ВОПРОС: Поставьте диагноз, определите тактику ведения пациента, немедикаментозную и медикаментозную терапию, диспансерное наблюдение.

Задача 19. (Левосторонняя пневмония. Туберкулёз лёгких. Абсцесс лёгкого. 2. Анамнестически установлено, что больной начал лечение по поводу левосторонней пневмонии, но лечение было прервано, после чего через несколько дней отметил ухудшение. В данной ситуации возможно развитие осложнений (например, абсцесса лёгкого – имеется отхождение гнойной мокроты) или прогрессирование основного заболевания. Кроме того, необходимо думать о социально значимых заболеваниях, например, туберкулёзе. 3. Пациенту показана антибактериальная и симптоматическая терапия. Данные анамнеза и результаты обследования не позволяют исключить в данном случае абсцесс лёгкого. При диагностике абсцесса лёгкого показаны хирургические методы лечения. 5. При диагностике абсцесса лёгкого показаны хирургические методы лечения: вскрытие и дренирование гнойника. Продолжить антибактериальную терапию)

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. 5. Есть ли показания у больного к хирургическому лечению? Обоснуйте.

Задача 20.

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. Контакты с больными туберкулёзом не было. Курит до 1 пачки сигарет в день около 30 лет. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ - 28 кг/м<sup>2</sup>. 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 - 5,4×10<sup>12</sup>/л, лейкоциты - 10,2×10<sup>9</sup>/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.

Ответ: Врач-терапевт участковый правильно установил нозологию: о наличии пневмонии свидетельствуют характерные симптомы (кашель, лихорадка), признаки синдрома уплотнения лёгочной ткани (локальное притупление лёгочного звука, ослабленное дыхание, крепитация; рентгенологические данные), но формулировка диагноза неполная: не указаны локализация пневмонии, степень тяжести и условия развития, а также сопутствующие заболевания. Тяжесть пневмонии оценивается по витальным показателям, которые у данного пациента в пределах нормы (ЧДД 18 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 95 в минуту), следовательно, пневмония имеет нетяжёлое течение. Следует указать сахарный диабет 2 типа, для пациента в возрасте 40–65 лет без тяжёлых макрососудистых осложнений и с низким риском гипогликемии, целевой уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) < 7%. Правильная формулировка диагноза «внебольничная пневмония в нижней доле правого лёгкого (S9), нетяжёлого течения. Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень HbA1c < 7%». 2. Выбор врача-терапевта участкового правильный, пациенту показано лечение в амбулаторных условиях, так как по шкале CRB-65 он набирает 0 баллов: пациент в сознании, ЧД и АД в норме, возраст - 51 год. 3. Препарат выбран неверно, так как пациент имеет сопутствующее заболевание (сахарный диабет), поэтому относится ко 2 группе пациентов, которые могут лечиться в амбулаторных условиях. Наиболее вероятными возбудителями пневмонии у этих пациентов являются пневмококк, гемофильная палочка, хламидия, золотистый стафилококк, энтеробактерии. Пациентам 2 группы рекомендовано назначение ингибиторо-защищённых аминопенициллинов (Амоксициллин + Клавулонат или Амоксициллин + Сульбактам) ± макролид (в том числе Азитромицин), либо респираторных фторхинолонов (Левифлоксацин, Моксифлоксацин). 4. Пациент временно нетрудоспособен. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности (ВН) при нетяжёлой пневмонии 20–21 день. )

Задача 21.(Экссудативный правосторонний плеврит туберкулёзной этиологии. МБТ (-). I А группа ДУ. ДН0-1.)

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 косою верхней границей. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Ответ: Экссудативный правосторонний плеврит туберкулёзной этиологии. МБТ (-). I А группа ДУ. ДН0-1. 2. Постепенное развитие заболевания - 1 месяц, жалобы на слабость, похудание, одышку, боли в грудной клетке, тяжесть в боку, объективно - сглаживание межрёберных промежутков, там же снижение голосового дрожания, притупление перкуторного звука, дыхание не проводится. В анализе крови – незначительный лейкоцитоз, нет п-я

сдвига, лимфопения, умеренное ускорение СОЭ, в промывных водах бронхов нет патогенной флоры. Рентгенологически: справа ниже 5 ребра до диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение с четкой косой верхней границей. 3. Пациенту рекомендовано: анализ плевральной жидкости для уточнения её характера – трансудат или экссудат (количество белка, удельный вес, проба Ривальта), клеточного состава (гнойный нейтрофильный или серозный лимфоцитарный); исследование на микрофлору и микобактерии; эвакуация плевральной жидкости; повторная аускультация лёгких и рентгенограмма ОГК (МСКТ) после эвакуации плевральной жидкости для уточнения наличия воспалительных изменений в лёгких.

Задача 22. (Низкие суточные дозы будесонида + формотерола в режиме SMART-терапии)

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. 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.  $ОФВ_1 = 70\%$  должной величины, отношение  $ОФВ_1$  к форсированной жизненной емкости легких составляет 75%,  $ПС_{выд}$  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. Какой вариант базисной (постоянной) терапии БА наиболее предпочтителен для данной пациентки в дальнейшем?

Варианты: 1. Монотерапия низкими суточными дозами ИГК

2. Монотерапия антилейкотриеновыми препаратами

3. Низкие суточные дозы ИГК + длительнодействующие  $\beta_2$ -агонисты

4. Средние суточные дозы ИГК + длительнодействующие  $\beta_2$ -агонисты

5. Низкие суточные дозы будесонида + формотерола в режиме SMART-терапии

Ответ: У больной не полностью контролируемое течение БА средней тяжести. При очередном ухудшении течения БА на фоне острой респираторной вирусной инфекции возникла угроза развития обострения заболевания. В результате применения в качестве постоянной терапии и "по требованию" ингаляций будесонида + формотерола 160 мкг/4,5 мкг удалось предотвратить развитие обострения БА. Однако симптомы БА сохранялись. Больной

следует рекомендовать в качестве постоянной базисной терапии ингаляции будесонида + формотерола 160 мкг/4,5 мкг 2 раза в день и дополнительно эти же ингаляции "по требованию" (режим SMART-терапии). Краткосрочное увеличение объема лечения за счет увеличения количества дополнительных ингаляций будесонида + формотерола с дозой и кратностью базисной терапии без изменений позволяет предупредить развитие обострений БА, что и составляет сущность SMART-терапии. Режим SMART обеспечивает достижение лучшего контроля заболевания, снижая риск обострений БА, улучшая качество жизни пациентов и их приверженность терапии на фоне более низких среднесуточных доз ИГК по сравнению с постоянной терапией ИГК + длительнодействующими  $\beta_2$ -агонистами и применением короткодействующих бронходилататоров "по требованию". Режим SMART-терапии позволяет с каждой ингаляцией получить пациенту дополнительно противовоспалительную терапию и реализовать возможность ежедневной коррекции терапии.

#### Задача 23.(Пневмоторакс)

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, титропия 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. Какова наиболее вероятная причина настоящего ухудшения?

#### Задача 24. ( Диссеминированный туберкулёз лёгких в фазе инфильтрации и распада, МБТ (-). I A группа ДУ. Спонтанный пневмоторакс справа. ДН1-2)

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/скопия – 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.

Ответ: 1. Диссеминированный туберкулёз лёгких в фазе инфильтрации и распада, МБТ (-). I А группа ДУ. Спонтанный пневмоторакс справа. ДН1-2. 2. 3 года назад перенёс правосторонний сухой плеврит, постепенное развитие заболевания – 1,5-2 месяца, жалобы на слабость, повышенную утомляемость, потливость по ночам, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, во время приступа кашля больной почувствовал острую боль в правой половине грудной клетки, усиление одышки, учащение сердцебиения; объективно справа сглаживание межрёберных промежутков, там же снижение голосового дрожания, тимпанит перкуторно, дыхание не проводится, слева – в верхних отделах укорочение лёгочного звука, в межлопаточной области перкуторный звук укорочен, выслушиваются единичные влажные хрипы. В анализе крови - незначительный лейкоцитоз, нет п-я сдвига, умеренное ускорение СОЭ, в мокроте нет КУМ. 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. 3. Томография ОГК, посев мокроты на МБТ, МГМ. Исследования мокроты с определением чувствительности. 4. Госпитализация в хирургическое отделение (разрешение СП), консультация врача-фтизиатра, перевод в противотуберкулёзный стационар, лечение 4 противотуберкулёзными препаратами, патогенетическая терапия.

Задача 25.( Назначается при выраженной гипоксемии в покое: парциальное давление кислорода в артериальной крови 55 мм рт.ст)

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. Какие показания для назначения длительной оксигенотерапии в данном случае? Варианты: 1. Назначается всем пациентам с диагнозом: "Идиопатический легочный фиброз". 2. Назначается всем пациентам с выраженной одышкой. 3. Назначается при появлении центрального цианоза при физических нагрузках. 4. Назначается при выраженной гипоксемии в покое: парциальное давление кислорода в артериальной крови 55 мм рт.ст.

Ответ: Показания к назначению длительной кислородотерапии в домашних условиях такие же, как и при других респираторных заболеваниях (например, хроническая обструктивная болезнь легких): выраженная гипоксемия в покое (парциальное давление кислорода в артериальной крови <55

мм рт.ст.). Доказательства о пользе кислородотерапии при ИЛФ основаны на данных, полученных в 2 крупных рандомизированных исследованиях у больных хронической обструктивной болезнью легких с гипоксемией (парциальное давление кислорода в артериальной крови 55-60 мм рт.ст.), где было показано достоверное улучшение выживаемости на фоне длительной кислородотерапии.

Задача 26. (Ингаляционные глюкокортикостероиды +  $\beta_2$ -агонисты длительного действия). 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.  $ОФВ_1 = 75\%$  от возрастной нормы, положительная проба с сальбутамолом. Рентгенография органов грудной клетки без особенностей. Какова адекватная терапия в данном случае? Вы варианты: 1. Сальбутамол "по требованию" 2.  $\beta_2$ -агонисты длительного действия + сальбутамол "по требованию" 3. Ингаляционные глюкокортикостероиды + сальбутамол "по требованию". 4. Ингаляционные глюкокортикостероиды +  $\beta_2$ -агонисты длительного действия 5. Антибактериальная терапия длительным курсом

Ответ: В случаях, когда симптомы повторяются более 3-4 раз в неделю (или 2 ночи в течение месяца), тогда речь идет о персистирующей БА не контролируемого течения. Препараты выбора в данном случае - ингаляционные кортикостероиды +  $\beta_2$ -агонисты длительного действия (объем терапии соответствующий III ступени). Сальбутамол может быть включен в схему лечения как препарат скорой помощи, но он не служит базисной терапией, так как не влияет на воспалительный процесс дыхательных путей, характерной для данного заболевания. Монотерапия агонистами  $\beta_2$ -адренорецепторов длительного действия также не проводится, в связи с увеличением частоты обострений астмы. Роль антибиотиков в лечении БА на данный момент не доказана, хотя роль атипичных возбудителей, таких как хламидии и микоплазмы, в патогенезе заболевания изучается. Несмотря на результаты недавних исследований о возможности использования макролидов для лечения БА, последние также не рекомендуются, если нет данных за острый воспалительный процесс в легких.

Задача 27: (Диссеминированный туберкулёз лёгких в фазе инфильтрации и распада, МБТ(-). Туберкулёз кишечника. 1А группа ДУ. ДН1-2)

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 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.

Задача 28: (Силикоз, поздняя форма. Трудоспособен в профессии шофера)

Больной Д, 46 лет в течение 20 лет работал проходчиком в шахте, контактировал с 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 - без 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. Предварительный диагноз? Экспертиза трудоспособности. Решение вопроса о возможности трудоустройства по месту обращения в автоколонну.

Задача 29. (Массивная ТЭЛА)

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. Установите предварительный диагноз.

Задача 30. (Грипп, средней тяжести)

У студента, навесившего 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.

Дополнительные ситуационные задачи:

### 1. Ситуационные задачи.

#### Задача №1

Больная С., 23 лет, беременность 16 недель, поступила в клинику с жалобами на приступы удушья. Приступы появились 8 лет назад,

чаще возникают весной и осенью, при резкой перемене погоды, провоцируются вдыханием пыли, приемом термопсиса. В аллергологической лаборатории у больной выявлена положительная кожная реакция на домашнюю пыль. Больная отмечает появление кожного зуда при контакте с пищевой содой. Воспалительными заболеваниями легких не болела. При осмотре: над легкими коробочный перкуторный звук, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца ритмичные, 86 уд в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите план обследования и необходимость использования дополнительных методов исследования с учетом срока беременности.
3. Определите лечебную тактику и выбор препаратов с учётом срока беременности.

**Задача №2**

Больная Б., 35 лет, беременность 20 недель, обратилась с жалобами на общую слабость, недомогание, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, повышение температуры, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышку. Ухудшение состояния наступило 5 дней назад. Беременность третья, предыдущие роды закончились кесаревым сечением в срок. Больна в течение 5 лет, обострения возникают периодически в осенне-весенний период и часто связаны с переохлаждением. Слизисто-гнойная мокрота выделяется при обострениях несколько месяцев подряд в умеренном количестве. Больная курит в течение 17 лет по 1 пачке сигарет в день. Объективно: температура 37,5°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание ослабленное, везикулярное, с обеих сторон определяются разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

**Вопросы:**

4. Сформулируйте предварительный диагноз.
5. Определите план обследования и необходимость использования дополнительных методов исследования с учетом срока беременности.
6. Определите лечебную тактику и выбор препаратов с учётом срока беременности.

**Задача №3**

Больная М., 38 лет, беременность 8 недель, поступила в клинику с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой (единичные плевки), приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие как в дневное, так и в ночное время ежедневно, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа.

Сестра пациентки страдает полипозным риносинуситом, у матери больной пищевая аллергия в виде крапивницы на цитрусовые. Пациентка

работает вязальщицей на текстильном предприятии, имеет постоянный контакт с шерстью. В течение последних лет отмечает частые ОРЗ - 2-3 раза в год. В анамнезе отмечены аллергические реакции на прием ампициллина - заложенность носа, слезотечение; цитрусовые и клубника - крапивница. Из анамнеза заболевания известно, что в течение многих лет женщину беспокоит практически постоянная заложенность носа, два года назад диагностирован полипозный риносинусит, проведена полипотомия носа. Год назад после перенесенного ОРЗ длительно сохранялся приступообразный кашель. Состояние ухудшилось весной, в апреле впервые развился приступ удушья, купированный в/в введением эуфиллина. В последующем пациентка самостоятельно принимала антигистаминные препараты, эуфиллин, при этом эффект достигался. Последнее ухудшение вновь после ОРЗ. Резко возросла частота приступов удушья в дневное время, появились ночные приступы. Для обследования и подбора терапии больная поступила в клинику.

При поступлении состояние относительно удовлетворительное. ЧД - 22 в минуту, на коже кистей - экзематозные бляшки. Носовое дыхание резко затруднено. Отмечается диффузный «теплый» цианоз. При перкуссии легких - коробочный звук, при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС - 96 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

**В общем анализе крови:** гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,5 млн, ЦП - 0,79, лейкоциты - 8,0 тыс. (с/я - 63%), лимфоциты - 21%, эозинофилы - 13%, моноциты - 3%, СОЭ - 10 мм/ч.

**В анализе мокроты:** консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты - 1-5 в поле зрения, эозинофилы - 20-40-60 в поле зрения, эритроцитов нет, спирали Куршмана - 1-3 в препарате, кристаллы Шарко-Лейдена - 5-7 в препарате; атипичные клетки, эластичные волокна, БК не найдены.

**ФВД:** ЖЕЛ - 84%, ОФВ<sub>1</sub> - 55%, МОС 25 - 66%, МОС 50 - 42%, МОС 75 - 38%. После ингаляции 400 мкг сальбутамола: ОФВ<sub>1</sub> - 84%, МОС 25 - 68%, МОС 50 - 59%, МОС 75 - 58%.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Определит план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований
3. Лечебная тактика, выбор препаратов.

#### **Задача №4**

Больная Г., 27 лет, беременность 36 недель, обратилась с жалобами на общую слабость, повышение температуры, кашель со слизисто-гноющей мокротой, одышку. Заболела 10 дней назад: появился насморк, кашель, болела голова, лечилась сама. Хуже стало вчера - вновь поднялась температура до 38,4 С. Объективно: температура - 38,6 С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, гиперемия лица.

Число дыханий 30 в мин. При осмотре грудной клетки и при пальпации изменений нет. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание более жесткое, выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 98 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Абдоминальной патологии не выявлено.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Определит план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований
3. Лечебная тактика, выбор препаратов.

**Задача №5**

Пациентка К., 27 лет, маляр, беременность 15 недель. Поступила в клинику с жалобами на резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, кашель с отделением вязкой стекловидной мокроты, чаще в ранние утренние часы.

Известно, что у сестры больной имеется аллергический дерматит. Трехлетний сын пациентки страдает экссудативным диатезом. Пациентка в течение 10 лет курит по пачке сигарет в день. В анамнезе отмечены аллергическая реакция в виде отека Квинке на новокаин, пищевая аллергия - крапивница при употреблении морепродуктов. Ухудшение состояния в течение недели, когда после ОРВИ появился кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой. Больная самостоятельно начала принимать ампициллин. На второй день приема препарата ночью развился приступ удушья, купированный преднизолоном и эуфиллином внутривенно бригадой СМП. С этого времени беспокоит резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, сохраняется приступообразный кашель.

При поступлении состояние средней тяжести. Дистанционные свистящие хрипы. ЧД -24 в минуту. Перкуторный звук над легочными полями коробочный. В легких дыхание резко ослаблено, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 100 в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

**В общем анализе крови:** гемоглобин - 120 г/л, эритроциты -4,3 млн, ЦП - 0,9, лейкоциты - 4,5 млн (п/я - 3%, с/я - 64%), эозинофилы - 13%, лимфоциты - 20%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч.

**В анализе мокроты:** характер слизистый, консистенция вязкая, лейкоциты - 5-10 в поле зрения, эозинофилы - 50-60 в препарате. Спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена - единичные в препарате. Эластичные волокна, атипичные клетки, БК не найдены.

**ФВД:** ЖЕЛ - 87%, ОФВ<sub>1</sub> - 53%, МОС 25 - 68%, МОС 50 - 54%, МОС 75 - 24%, ОФВ/ФЖЕЛ - 82%.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
3. Назначьте лечение и обоснуйте выбор лекарственных препаратов с учетом срока беременности.

**Ответы к ситуационным задачам:**

**Задача.№1**

1. Предварительный диагноз: Бронхиальная астма, аллергическая форма.
2. С целью уточнения диагноза необходимо проведение дополнительных методов исследования: общеклинический анализ крови с подсчетом количества эозинофилов, биохимический анализ крови, уровень общего IgE. Также необходимо определение функции внешнего дыхания с пробой с бронхолитиком (400 мкг сальбутамола).
3. Препаратом выбора для лечения БА во время беременности является будесонид, т.к. он единственный относится к В классу безопасности (FDA). С целью купирования приступов удушья у беременных женщин, страдающих БА, рекомендован сальбутамол или фенотерол.

**Задача.№2**

1. Предварительный диагноз: учитывая наличие факта курения, наиболее вероятный предварительный диагноз – хронический бронхит, обострение.
2. С целью уточнения диагноза необходимо проведение общеклинического анализа крови, биохимического анализа крови с определением уровня СРБ. Для исключения/подтверждения наличия внебольничной пневмонии требуется выполнение рентгенографического исследования с использованием средств защиты плода от лучевого воздействия – прорезиненный фартук.
3. Учитывая наличие мокроты слизистого-гнойного характера, имеются показания для назначения антибактериальных препаратов – препаратом выбора стартовой терапии является амоксицилин внутрь. Пациентке показано назначение мукоактивных препаратов – наиболее безопасными являются амброксол или эрдостеин, которые можно применять во II и III триместрах беременности.

**Задача.№3**

1. Предварительный диагноз: Бронхиальная астма, аллергическая форма, впервые выявленная. Полипозный риносинусит.
2. С целью дообследования – определение уровня общего IgE.
3. Препаратом выбора для лечения БА во время беременности является будесонид, т.к. он единственный относится к В классу безопасности (FDA). С целью купирования приступов удушья у беременных женщин, страдающих БА, рекомендован сальбутамол или фенотерол. Учитывая тяжесть состояния пациентки, возможно назначение фиксированной комбинации будесонид/формотерол для поддерживающей терапии + использование по потребности для купирования приступов удушья.

#### **Задача.№4.**

1. Предварительный диагноз: учитывая выраженный интоксикационный синдром, продуктивный кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, наличие одышки и длительность заболевания (10 дней), наиболее вероятным предварительным диагнозом является внебольничная пневмония.
2. С целью уточнения диагноза необходимо проведение общеклинического анализа крови, биохимического анализа крови с определением уровня СРБ. Для исключения/подтверждения наличия внебольничной пневмонии требуется выполнение рентгенографического исследования с использованием средств защиты плода от лучевого воздействия – прорезиненный фартук.
3. Всем беременным с диагнозом внебольничная пневмония показана госпитализация в круглосуточный стационар и ведение совместно врачом терапевтом или пульмонологом и акушером-гинекологом.
4. Учитывая наличие мокроты слизистого-гнойного характера, имеются показания для назначения антибактериальных препаратов – препаратом выбора стартовой терапии является амоксицилин внутрь. Пациентке показано назначение мукоактивных препаратов – наиболее безопасными являются амброксол или эрдостеин, которые можно применять во II и III триместрах беременности.

#### **Задача.№5**

1. Предварительный диагноз: Бронхиальная астма, аллергическая форма, впервые выявленная. Полипозный риносинусит.
2. С целью дообследования – определение уровня общего IgE.
3. Препаратом выбора для лечения БА во время беременности является будесонид, т.к. он единственный относится к В классу безопасности (FDA). С целью купирования приступов удушья у беременных женщин, страдающих БА, рекомендован сальбутамол или фенотерол. Учитывая тяжесть состояния пациентки, возможно назначение фиксированной комбинации будесонид/формотерол для поддерживающей терапии + использование по потребности для купирования приступов удушья.

--	--

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**

**11. Тест**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b> -91-100 <b>Отлично (5)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b>  61 – 75 76– 90 91 – 100

**12. Ситуационная задача**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	12. Знание алгоритма решения
	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

--	--

### 13.Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b></p> <p>- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b></p> <p>-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b></p>	<p>1. Краткость</p> <p>2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала</p> <p>3. Содержательная точность, то есть научная корректность</p> <p>4. Полнота раскрытия вопроса</p> <p>5. Наличие образных или символических опорных компонентов</p> <p>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>

### 14.Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям</p>	<p>1. Краткость</p> <p>2. Ясная, четкая структуризация материала,</p>

<p><b>Удовлетворительно (3)</b></p> <p>- четырем критериям</p> <p><b>Хорошо (4)</b></p> <p>-пяти или шести критериям</p> <p><b>Отлично (5)</b></p>	<p>логическая последовательность в изложении материала</p> <p>3. Содержательная точность, то есть научная корректность</p> <p>4. Полнота раскрытия вопроса</p> <p>5. Наличие образных или символических опорных компонентов</p> <p>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>
--	--

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины**  
**«Пульмонология»**

<b>Формируемые компетенции по ФГОС</b>	<b>Т – тестирование</b>	<b>ЗС – решение ситуационных задач,</b>	<b>КР – контрольная работа,</b>	<b>С – собеседование по контрольным вопросам.</b>	<b>Пр – оценка освоения практических навыков (умений)</b>
	<b>Тесты</b>	<b>Задачи</b>	<b>Вопросы для контрольной работы</b>	<b>Вопросы для собеседования</b>	<b>Практические навыки из перечня</b>

<b>УК</b>	<b>1</b>	1-101	1-30	1-39	1-40	
<b>ПК</b>	<b>1</b>	7-9, 11,13,16,17,19	4,28	1,7,12,16	1,3,19,33	
	<b>2</b>	73,74	20,28	1,7,18	1,2	
	<b>3</b>			12,15,16	17-18, 36, 37	
	<b>4</b>	73, 74		1,2	1	
	<b>5</b>	6-29, 34-36, 38-42, 44-69, 72, 75-79, 81, 83, 85-89, 91, 96	1-10,12,13,14,16, 18-21.23,24,27-30.	3-10,14,17-18,24 -34, 36-39	4-12,14-16, 21-23, 25-30, 34-37	
	<b>6</b>	43,71,92,93,94,95,98	5-9,11,12,14.15.17,18,19,21.22,24-26,30.	11-15, 17 -26, 28, 29, 31, 32, 33-39	6,12,13,15.17,18,20,23,26,27,28-31,33-40	
	<b>7</b>				36, 37	
	<b>8</b>				3,20,23,30	33
	<b>9</b>				1	3
	<b>10</b>				1	1,2,3





## 12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПУЛЬМОНОЛОГИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 324 часа

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.Б.6.1</i>	Раздел 1 «Общие вопросы клинической пульмонологии»	84
<i>Б 1.Б.6.2</i>	Раздел 2 «Частные вопросы клинической пульмонология »	204

Вопросы и задания для самоконтроля:

<i>Б 1.Б.6.1</i> Раздел 1 «Общие вопросы клинической пульмонологии »	<ol style="list-style-type: none"><li>1.Анатомия и физиология бронхо-легочной системы. Респираторная функция легких: вентиляция, газообмен и кровообращение. Механика дыхания.</li><li>2. Альвеолярный эпителий и легочный сурфактант. Эпителий дыхательных путей и образование секрета.</li><li>3. Реализация мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, гигиеническому обучению и воспитанию.</li><li>4. Физикальное обследование пульмонологического больного.</li></ol>
---	--

	5. Лихорадка неясного генеза: дифференциально - диагностический алгоритм.
--	---

**Б 1.Б.6.2**

Раздел 2 «Частные  
вопросы клинической  
пульмонология»

6. Роль вирусной инфекции в заболеваниях дыхательных путей.
7. Адьювантная (неантимикробная) терапия внебольничной пневмонии.
8. Характеристика основных клинических форм туберкулеза органов дыхания. Лечение туберкулеза органов дыхания
9. Особенности ведения пациентов с диффузным поражением легких и сердечно-сосудистой патологией.
10. Терапия идиопатической легочной гипертензии
11. Эмпиема плевры. Диагностика. Тактика ведения.
12. Профессиональная бронхиальная астма. Факторы риска. Патогенез. Клинические варианты профессиональной бронхиальной астмы.
13. Обструктивное апноэ сна. Патогенез. Эпидемиология. Клинические проявления. Диагностика.
14. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и патология бронхолегочной системы
15. Анафилаксия. Этиология и пусковые факторы (триггеры) анафилаксии. Механизмы развития. Классификация.
16. Медицинская помощь при анафилаксии.

17. Системное воспаление и хроническая обструктивная  
болезнь легких.

18. Трансплантация легких. Показания. противопоказания

**Перечень дискуссионных тем :**

<p><b><i>Б 1.Б.6.1</i></b> Раздел 1 «Общие вопросы клинической пульмонологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Разработка вопросов планирования и управления лечебно-профилактической помощью населения</li><li>2. Разработка и реализация мероприятий и действий при стихийных бедствиях и других экстремальных ситуациях.</li><li>3. Табакокурение — фактор риска бронхолегочных заболеваний.</li><li>4. Вакцинация беременных с заболеваниями органов дыхания.</li><li>5. Особенности ведения пациентов с заболеваниями легких, требующих длительной терапии ГКС. Профилактика осложнений лекарственной терапии.</li><li>6. Оценка утраты трудоспособности при болезнях органов дыхания.</li><li>7. Этапы развития трансплантации легких в мире. Вклад российских ученых в мировую трансплантологию</li></ol>
---	--

**Б 1.Б.6.2** Раздел 2  
«Частные вопросы  
клинической  
пульмонология»

8. Медиастинит. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Тактика ведения.
9. Внебольничная пневмония, «не отвечающая» на лечение.
10. Туберкулез у больных с ВИЧ-инфекцией
11. Проблемы диагностики синдрома перекреста БА-ХОБЛ
12. Молекулярные механизмы канцерогенеза рака легких (геномика, протеомика и эпигенетика).
13. Аномалии бронхиальных артерий. Большие аортолегочные коллатерали  
Аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочной артерии.
14. Некардиогенный отек легких. Этиология. Патогенез. Диагностика.  
дифференциальная диагностика. лечение.
15. Ведение беременных, больных бронхиальной астмой.
16. Острая интерстициальная пневмония. Диагностика. Диф. диагноз. Терапия.  
Прогноз.
17. Гистиоцитоз. Патогенез. Морфология. Клиническая картина. Диагностика. Диф.

диагностика. Лечение.

18. Таргетная терапия в пульмонологии

19. Амидароновый пневмонит. Диагностика. Тактика ведения.

20. Болезни легких, возникающие, при восхождении на большие высоты.  
Высокогорный острый отек легких. Патогенез. Клиника. Лечение. Профилактика.

21. Лечение и профилактика баротравмы легких

22. Легочные осложнения при эндокринных заболеваниях

23. Воспалительные заболевания кишечника и патология  
bronхолегочной системы.

24. Кардиоваскулярные осложнения обструктивного апноэ сна. Ишемическая болезнь сердца, аритмии, застойная сердечная недостаточность и обструктивное апноэ сна.

25. Особенности поражения легких при системных аутоиммунных воспалительных заболеваниях

## Темы рефератов

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы клинической пульмонологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1.Эпидемиология заболеваний органов дыхания в России и за рубежом.</li><li>2. Иммунологические аспекты респираторной медицины.</li><li>3.Загрязнение воздуха. Механизмы защиты респираторной системы. Механизмы повреждения дыхательных путей и условия для развития заболеваний. Оксидативный стресс. 4.Методы изучения влияния загрязнения воздуха на здоровье. Негативное влияние специфических поллютантов на дыхательную систему.</li><li>5. Физиология дыхания во время сна. Регуляция дыхания во время сна. Гипокапния и центральные нарушения дыхания во время сна.</li></ol>
--	---

**Б 1.Б.6.2** Раздел 2  
«Частные вопросы  
клинической  
пульмонологии»

6. Злокачественные опухоли лимфоидной ткани.
7. Аллергический бронхолегочный аспергиллез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.
8. Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом. Диагностика. лечение.
9. Муковисцидоз и беременность.
10. Микабактериозы. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Тактика ведения.
11. Диффузная злокачественная мезотелиома плевры. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
12. Антифибротические и антипролиферативные препараты. Показания. Противопоказания побочные эффекты.
13. Альвеолярный протеиноз. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Тактика ведения.
14. Диагностика профессиональной бронхиальной астмы . Дифференциальная диагностика фенотипов профессиональной бронхиальной астмы. Тактика ведения больного и экспертиза трудоспособность
15. Болезни легких и высокогорье. Влияние экзогенной (высокогорной) гипоксии на респираторную, циркуляторную и гемическую системы. Особенности клинических проявлений хронической обструктивной болезни легких у горцев.
16. Баротравма легких. Механизм. Баротравматическая эмфизема легких. Клиническая картина диагностика.
17. Заболевания легких у пациентов с ВИЧ-инфекцией

18. Нейромышечные заболевания и респираторные осложнения. Нарушения дыхательной функции при нейромышечных заболеваниях. Характеристика дыхательных нарушений при нейромышечных заболеваниях.

19. Особенности легочной гипертензии, ассоциированной с системными иммуновоспалительными ревматическими

Заболеваниями

20. Типы трансплантации легких. Выбор процедуры. Особенности операции.

## Критерии и шкала оценивания

### 2. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

### 3. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность
	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

# 1 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФТИЗИАТРИЯ»

## Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><b>Б 1.В.ОД.1.1</b> Раздел 1 «Теоретические основы фтизиатрии»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Возбудитель туберкулёза и его свойства.</li><li>2. Источники, пути заражения туберкулёзом.</li><li>3. Патогенез туберкулеза. Первичный и вторичный периоды туберкулёзной инфекции.</li><li>4. Роль социальных и медико-биологических факторов в развитии туберкулеза. Группы риска по заболеванию туберкулезом.</li><li>5. Классификация туберкулёза. Основные принципы и разделы классификации, построение диагноза.</li></ol>
<p><b>Б 1.В.ОД.1.2</b> Раздел 2 «Диагностика туберкулеза»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>6. Диагностика туберкулеза в условиях общей лечебной сети.</li><li>7. Особенности анализа жалоб и анамнестических данных больного туберкулезом.</li><li>8. Объективное обследование больного туберкулезом легких.</li><li>9. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Показания, противопоказания, техника проведения, осложнения, оценка результатов.</li><li>10. Диаскинтест. Показания, противопоказания, техника проведения, осложнения, оценка результатов.</li><li>11. Методы рентгенологического исследования органов грудной клетки, их информативность для диагностики туберкулёза легких.</li><li>12. Определение микобактерий туберкулёза в патологическом материале.</li><li>13. Значение инструментальных и инвазивных методов исследования при туберкулезе различных локализаций.</li><li>14. Особенности общего анализа крови и мочи в зависимости от клинической формы и фазы туберкулезного процесса.</li></ol>
<p><b>Б 1.В.ОД.1.3</b> Раздел 3 «Клиника туберкулеза»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>15. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика диссеминированного и милиарного туберкулеза легких.</li><li>16. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика очагового туберкулеза легких.</li><li>17. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза легких.</li><li>18. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика казеозной пневмонии.</li><li>19. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика туберкуломы легкого.</li><li>20. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика кавернозного и фиброзно-кавернозного туберкулеза легких.</li><li>21. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика цирротического туберкулеза легких.</li><li>22. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика туберкулезного плеврита.</li><li>23. Туберкулез ЦНС. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика.</li></ol>

<p><b>Б 1.В.ОД.1.4</b> Раздел 4 «Лечение туберкулеза»</p>	<p>24. Основные методы и принципы комплексного лечения туберкулёза. 25. Этиотропная терапия туберкулеза. 26. Санаторно-курортное лечение туберкулёза органов дыхания. 27. Критерии клинического излечения и исходы при туберкулезе органов дыхания.</p>
---	---

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б 1.В.ОД.1.1</b> Раздел 1 «Теоретические основы фтизиатрии»</p>	<p>1. К основным группам детей, подверженных риску заразиться туберкулезом, относятся все перечисленные, кроме 1) невакцинированных БЦЖ 2) недоношенных, часто и длительно болеющих детей 3) живущих в очагах туберкулезной инфекции 4) не имеющих послевакцинального знака 5) <b>перенесших туберкулез</b></p> <p>2. Группами "риска" по туберкулезу для подростков являются все перечисленные, кроме 1) перенесших ранее локальный туберкулез 2) давно инфицированных 3) из очагов туберкулезной инфекции 4) курящих 5) <b>работающих и занимающихся спортом</b></p> <p>3. "Суперинфекция" при туберкулеза - это 1) <b>заболевание вследствие поступления инфекции извне в уже инфицированный организм</b> 2) заболевание, возникшее вследствие экзогенного инфицирования 3) заболевание, наступившее вследствие длительного контакта с бактериовыделителем</p> <p>4. "Эндогенная реинфекция" - это 1) <b>активация ранее скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции</b> 2) возникновение очага туберкулезной инфекции во внутренних органах вследствие поступления инфекции в организм 3) активация скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции вследствие нового поступления инфекции</p> <p>5. Причинами несвоевременного выявления туберкулеза являются 1) дефекты в профилактической работе 2) неполноценное обследование в поликлинике и стационаре 3) небрежное отношение больного к своему здоровью 4) незнание врачами общей сети "масок" туберкулеза (врачебные ошибки) 5) <b>все перечисленное</b></p> <p>6. "Случай туберкулеза", по критериям ВОЗ - это 1) хроническое заболевание, сопровождающееся</p>
---	--

	<p>рецидивирующими кашлем с выделением мокроты и изменениями на рентгенограмме, специфичными для него</p> <p>2) заболевание, сопровождающееся изменениями на рентгенограмме в области верхних отделов легких, а также в прикорневых лимфоузлах</p> <p>3) заболевание, подтвержденное специфическими изменениями на рентгенограмме или морфологическими изменениями в виде гигантоклеточной гранулемы с казеозным некрозом</p> <p>4) <b>заболевание, подтвержденное обнаружением микобактерий туберкулеза, выделенных из очага поражения (с мокротой, мочой и т.д.) или полученных из тканей путем биопсии</b></p> <p>7. Бактериовыделитель - это</p> <p>1) <b>больной активным туберкулезом, у которого микобактерии туберкулеза были обнаружены хотя бы один раз любым методом</b></p> <p>2) больной, выделявший микобактерии туберкулеза не менее 2 раз</p> <p>3) больной туберкулезом, выделяющий микобактерии всеми лабораторными методами исследования</p> <p>4) все перечисленные варианты</p>
<p><b>Б 1.В.ОД.1.2</b> Раздел 2 «Диагностика туберкулеза»</p>	<p>8. Жалобы больного туберкулезом</p> <p>1) специфичны для этого заболевания и позволяют по ним провести дифференциальную диагностику с другой легочной патологией</p> <p>2) <b>имеют черты специфичности и позволяют заподозрить туберкулез органов дыхания</b></p> <p>3) неспецифичны и не позволяют с уверенностью судить о природе заболевания</p> <p>9. Условия жизни больного</p> <p>1) не оказывают существенного влияния на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса</p> <p>2) <b>оказывают существенное влияние на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса</b></p> <p>3) оказывают только некоторое влияние на риск заболеть туберкулезом и совсем мало влияют на его течение</p> <p>10. Семейный анамнез представляет для фтизиатра интерес с точки зрения</p> <p>1) наличия или отсутствия контакта с родственниками, больными заразной формой туберкулеза</p> <p>2) семейной предрасположенностью к данному инфекционному заболеванию</p> <p>3) <b>как контакта с родственником, больным туберкулезом, так и семейной предрасположенностью к бронхолегочным заболеваниям</b></p> <p>11. Формы туберкулеза легких, протекающие с массивным размножением микобактерий туберкулеза в тканях и выраженной экссудативной реакцией в очаге (очагах) поражения выявляются с помощью</p>

	<p>1) <b>клинических методов исследования</b></p> <p>2) флюорографических методов исследования</p> <p>3) лабораторных методов исследования</p> <p>12. Формы туберкулеза, протекающие с малым накоплением микобактерий туберкулеза в очаге (очагах) поражения и характеризующиеся преимущественно продуктивной воспалительной реакцией выявляются обычно</p> <p>1) клиническим методом исследования</p> <p>2) <b>флюорографическим методом исследования</b></p> <p>3) лабораторным методом исследования</p> <p>13. Туберкулезу органов дыхания более свойственно</p> <p>1) острое начало заболевания</p> <p>2) <b>подострое начало заболевания</b></p> <p>3) бессимптомное начало заболевания</p> <p>14. Флюорографическое обследование подростков должно проводиться</p> <p>1) <b>1 раз в 1 год</b></p> <p>2) 1 раз в 2 года</p> <p>3) 2 раза в 1 год</p> <p>4) в зависимости от эпидситуации и профориентации подростка</p> <p>15. Систематическое флюорографическое обследование населения на туберкулез проводится</p> <p>1) с 10-летнего возраста</p> <p>2) с 12-летнего возраста</p> <p>3) <b>с 15-летнего возраста</b></p> <p>4) с 18-летнего возраста</p> <p>5) выбор возраста определяется эпидемической ситуацией</p>
<p><b>Б 1.В.ОД.1.3</b> Раздел 3 «Клиника туберкулеза»</p>	<p>16. Диссеминированный туберкулез легких - это</p> <p>1) гематогенный туберкулез с преимущественным поражением легких</p> <p>2) распространенное двустороннее поражение легких</p> <p>3) <b>распространенное, чаще двустороннее, тотальное или ограниченное поражение легких с преобладанием очаговых или интерстициальных изменений в легких гематогенного, лимфогенного или бронхогенного происхождения</b></p> <p>17. Пути распространения туберкулезной инфекции при диссеминированном туберкулезе легких могут быть все перечисленные, кроме</p> <p>1) гематогенного</p> <p>2) лимфогенного</p> <p>3) бронхогенного</p> <p>4) <b>капельно-аэрогенного</b></p> <p>18. Рентгенологически очаг в легких определяется</p> <p>1) <b>как любая пятнистая тень диаметром до 1 см</b></p> <p>2) как патологическая тень в легком, являющаяся отображением</p>

патологического процесса, не выходящего за пределы доли легкого  
3) любое патологическое образование размером поражения не более 1 см<sup>3</sup>

19. Наружные контуры очаговых теней в легких при наличии активности туберкулезного процесса являются

- 1) четкими
- 2) **размытыми**
- 3) закономерности не выявляется

20. Инфильтративный туберкулез легких - это

- 1) туберкулез легких, характеризующийся участком затемнения
- 2) туберкулез легких, проявляющийся клиникой пневмонии
- 3) **туберкулез легких, характеризующийся воспалительными изменениями с преобладанием экссудативного компонента и казеозным некрозом в центре**

21. Основным морфологическим отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является

- 1) большой объем поражения
- 2) **преобладание казеозного некроза**
- 3) более частый распад
- 4) склонность к бронхогенной диссеминации
- 5) поражение крупных бронхов

22. Туберкулема легкого представляет собой

- 1) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфической грануляционной ткани
- 2) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфического и неспецифического воспаления
- 3) **очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный соединительнотканной капсулой с включением клеточных элементов туберкулезной гранулемы**

23. Прямыми рентгенологическими признаками наличия полости в легком являются все перечисленные, кроме

- 1) кольцевидной тени с непрерывным замкнутом контуром
- 2) отсутствия легочного рисунка в просвете кольцевидной замкнутой тени на томографическом срезе
- 3) замкнутой кольцевидной тени в двух взаимно-перпендикулярных проекциях
- 4) **наличия горизонтального уровня и тени дренирующего бронха**

24. При кавернозном туберкулезе наиболее частым морфологическим вариантом является каверна со следующей характеристикой ее стенки

- 1) скопление форменных элементов неспецифического воспаления, клетки эпителиоидной и гигантоклеточной гранулемы, казеоз
- 2) **отдельные соединительнотканые волокна в наружных отделах стенки полости, скопления эпителиоидных и гигантских клеток Ланганса, а также отдельные участки казеозного некроза**

	<p><b>на внутренней поверхности стенки полости</b></p> <p>3) разрастания грубой соединительнотканной ткани с тяжами, уходящими в интерстиций легкого, скопление эпителиоидных и гигантских клеток Ланганса, казеозный некроз</p> <p>25. Наиболее достоверным критерием, позволяющим отличить каверну от вторичной кисты легкого, является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) длительное стабильное состояние процесса (2-5 лет) без обострений туберкулеза и рецидива бактериовыделения</li> <li>2) комплекс клинико-рентгенологических и лабораторных признаков, позволяющих исключить сохраненную активность туберкулеза</li> <li>3) <b>данные биопсии с цитологическим и бактериологическим исследованием материала</b></li> </ol> <p>26. Наиболее достоверными методами верификации кавернозной формы туберкулеза и полостной формы рака являются</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рентгенологический и бронхологический</li> <li>2) биохимический и иммунологический</li> <li>3) пробное лечение и динамическое наблюдение</li> <li>4) бактериологический и цито-гистологический</li> </ol> <p>27. При фиброзно-кавернозном туберкулезе легкого стенка каверны имеет</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>слой казеозного некроза, слой специфических грануляций и фиброзной ткани</b></li> <li>2) слой казеозного некроза, слой специфических грануляций и неспецифической инфильтрации</li> <li>3) слой казеозного некроза и слой грубой рубцовой ткани с вращением последней в интерстиций легкого</li> </ol>
<p><b>Б 1.В.ОД.1.4</b> Раздел 4 «Лечение туберкулеза»</p>	<p>28. Под комплексным лечением больного туберкулезом понимают</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) одновременное использование ряда лечебных средств и методов</li> <li>2) использование лечебных средств и методов, направленных на одни и те же звенья патологического процесса</li> <li>3) <b>использование лечебных средств и методов, направленных как на возбудителя заболевания, так и на различные звенья и механизмы возникшего патологического процесса</b></li> </ol> <p>29. Химиотерапия туберкулеза - это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) метод лечения туберкулеза с помощью различных химических веществ</li> <li>2) метод воздействия на возбудителя заболевания</li> <li>3) <b>метод этиотропной терапии туберкулеза с помощью различных химических веществ</b></li> <li>4) ведущий метод лечения туберкулеза</li> </ol> <p>30. Климатические факторы у больных туберкулезом</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) повышают сопротивляемость организма</li> <li>2) нормализуют обмен веществ</li> <li>3) улучшают функцию нервной системы</li> <li>4) <b>определяют все перечисленное</b></li> </ol>

	<p>31. Горно-климатические курорты показаны больным</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) всеми формами туберкулеза легких в фазе инфильтрации</li> <li>2) всеми деструктивными формами туберкулеза легких</li> <li>3) <b>ограниченными торпидно текущими формами туберкулеза легких</b></li> <li>4) всеми формами туберкулеза легких с признаками легочно-сердечной недостаточности</li> </ol> <p>32. Направление на горно-климатические курорты противопоказано больным</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) всеми формами туберкулеза в фазе выраженной вспышки</li> <li>2) туберкулезом в сочетании с сердечно-сосудистой недостаточностью</li> <li>3) туберкулезом в сочетании с выраженной дыхательной недостаточностью</li> <li>4) туберкулезом в сочетании с почечной недостаточностью</li> <li>5) <b>с наличием всех перечисленных состояний</b></li> </ol> <p>33. Приморские курорты Южного берега Крыма и Кавказского побережья Черного моря показаны больным туберкулезом</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>с затяжным течением процесса</b></li> <li>2) нуждающимся в хирургическом лечении</li> <li>3) с побочными реакциями на химиопрепараты</li> <li>4) с наличием некоторых сопутствующих заболеваний</li> <li>5) все перечисленные показания</li> </ol>
--	--

### Банк ситуационных клинических задач

<p><b>Б 1.В.ОД.1.3</b> Раздел 3 «Клиника туберкулеза»</p> <p><b>Б 1.В.ОД.1.4</b> Раздел 4 «Лечение туберкулеза»</p>	<p style="text-align: center;"><b>1. Задача 1.</b></p> <p>Мужчина, 32 года, подсобный рабочий в зернохранилище. С детства частые простудные заболевания. Травм, операций не было. Аллергологический анамнез не отягощен. Страдает хроническим бронхитом, обострения 1-2 раза в год. Гормонами не лечился. Сахарный диабет, венерические заболевания, вирусный гепатит отрицает. Последнее флюорографическое обследование примерно 4 года назад (без патологии). Туберкулезный контакт возможен с друзьями. Курит, алкоголь употребляет умеренно.</p> <p>Заболел остро 2 месяца назад – резко повысилась температура до 39°C, озноб, головная боль, сухой кашель. Госпитализирован в терапевтическое отделение ЦРБ с диагнозом: Внебольничная двусторонняя пневмония. Получал антибактериальную терапию (цефотаксим 1,0 3 р/д в/м, кларитромицин 0,5 2 р/д перорально), дезинтоксикационную терапию, муколитическую терапию.</p> <p>На фоне проводимой терапии состояние больного ухудшалось. Лихорадка с температурной кривой неправильного типа, нарастала одышка, появилось кровохарканье, отсутствие аппетита, разлитая головная боль, на фоне подъема температуры до 40-41°C, наблюдалась рвота. Рентгенологически в легких с двух сторон отмечалось усиление легочного рисунка. Через 2 недели после начала заболевания с подозрением на токсико-аллергическое поражение</p>
---	---

легочной ткани больной переведен в пульмонологическое отделение ОКБ. Назначен преднизолон 30 мг per os ежедневно, симптоматическая терапия. Нарастала легочно-сердечная недостаточность, больной похудел на 20 кг, крайне ослаб, беспокоил сухой упорный кашель, периодически кровохарканье.

Объективно. Пониженного питания, ослаблен, истощен. Рост 186 см Вес 50 кг. Занимает положение ортопное. Кожные покровы влажные, горячие на ощупь, чистые, акроцианоз. Температура 38,8°C, ЧД 48 в 1 мин. Перкуторно определяется легочный звук с тимпаническим оттенком. Аускультативно на фоне усиленного везикулярного дыхания выслушиваются сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы, особенно в паравертебральных отделах. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 140 в 1 мин., АД 140/90 мм рт.ст. Печень по краю реберной дуги, эластичная, безболезненная.

Общий анализ крови. Гемоглобин 110 г/л, эритроциты  $3,2 \cdot 10^{12}$ , лейкоциты  $14,2 \cdot 10^9$ , палочкоядерные 8%, сегментоядерные 72%, эозинофилы 0%, лимфоциты 4%, моноциты 16%, СОЭ 54 мм/ч

Общий анализ мочи. Белок 0,33 г/л, клетки плоского эпителия – 6-10 в п/з, цилиндры гиалиновые единичные в поле зрения.

Общий анализ мокроты. Слизистая, жидкая, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты 10-12 в поле зрения, эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения.

Бактериоскопия мокроты. КУБ не обнаружены.

Посев мокроты на МБТ. МБТ не обнаружены.

При ПЦР исследовании мокроты выявлены МБТ

Трахеобронхоскопия. Без патологии.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 5 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 5 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

#### Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

#### **2. Задача 2.**

Женщина, 37 лет, воспитатель детского сада. Заболевание выявлено при флюорографическом осмотре по поводу контакта с мужем, больным открытой формой туберкулеза. Активных жалоб не предъявляла, хотя отметила, что в последний месяц появилась слабость, потливость, понизилась трудоспособность. Туберкулезом ранее не болела.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Грудная клетка правильной формы. При перкуссии грудной клетки над легочными полями определяется легочный звук, при аускультации выслушивается везикулярное дыхание по всем легочным полям, хрипы не прослушиваются ЧД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 72 в 1 мин. Ритмичный, удовлетворительного качества. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови. Гемоглобин 130 г/л, эритроциты

$4,2 \cdot 10^{12}$ , лейкоциты  $5,2 \cdot 10^9$ , палочкоядерные 4%, сегментоядерные 56%, эозинофилы 4%, лимфоциты 30%, моноциты 6%, СОЭ 18 мм/ч

Общий анализ мочи. Без патологии.

Общий анализ мокроты. Слизистая, жидкая, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты не обнаружены, эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения.

Бактериоскопия мокроты. КУБ не обнаружены.

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (1+).

Трахеобронхоскопия – без патологии.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 21 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 18 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

#### Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

### **3. Задача 3.**

Женщина, 41 год. Страдает язвенной болезнью желудка с 36 лет, последнее обострение 1 год назад. Флюорографию органов грудной клетки последний раз проходила 2 года назад, при этом изменений со стороны органов дыхания не было обнаружено. Kontakta с больным туберкулезом не установлено. Проживает в сельской местности. Работает на животноводческой ферме. Больной себя считает с января текущего года, когда появились утомляемость, повышение температуры тела до  $37,5 - 38,0^{\circ}\text{C}$ , потливость, кашель с выделением мокроты гнойного характера, имело место кровохарканье.

Обратилась в поликлинику по месту жительства, где при физикальном исследовании отмечались: бледность кожных покровов, понижение массы тела на 5 кг. Грудная клетка астенической конституции, при перкуссии укорочение перкуторного тона справа в надлопаточной области, дыхание здесь бронховезикулярное, после покашливания прослушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 18 в 1 мин. Со стороны сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. Живот мягкий безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови. Гемоглобин 120 г/л, эритроциты  $4,8 \cdot 10^{12}$ , лейкоциты  $9,0 \cdot 10^9$ , палочкоядерные 10%, сегментоядерные 61%, эозинофилы 1%, лимфоциты 21%, моноциты 7%, СОЭ 35 мм/ч

Общий анализ мочи. Без патологии.

Общий анализ мокроты. Слизисто-гнойная с примесью крови, жидкая, лейкоциты 20-23 в поле зрения, эритроциты до 30 в поле зрения, эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения, эластические волокна.

Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (2+)

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (2+).

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 18 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 15 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.
4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.

**4. Задача 4.**

Женщина 28 лет. Страдает хроническим вирусным гепатитом «С» в неактивной фазе. Последнее флюорографическое обследование 4 года назад. Вернулась из мест лишения свободы 4 месяца назад, где находилась 3 года. Около последних 3х месяцев отмечает похудание на 4-5 кг, общую слабость, снижение аппетита, потливость по ночам, кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты иногда с прожилками крови, нарастающую одышку. В течение 2х месяцев беспокоит субфебрильная температура в вечерние часы. При глубоком вдохе беспокоят боли в правой половине грудной клетки.

Объективно. Пониженного питания (рост 172 см, вес 50 кг), кожные покровы чистые, бледные. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. При перкуссии определяется укорочение легочного звука верхних и средних отделов справа, при аускультации на фоне везикулярного дыхания прослушиваются мелко- и среднепузырчатые хрипы. Слева по легочным полям определяется тимпанический звук, дыхание везикулярное ослабленное. ЧД 24 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс 100 в 1 мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Край печени выступает из-под реберной дуги на 5 см, печень эластичная, чувствительная. Стул, диурез в норме.

Общий анализ крови. Гемоглобин 105 г/л, эритроциты  $3,2 \cdot 10^{12}$ , лейкоциты  $10,2 \cdot 10^9$ , палочкоядерные 12%, сегментоядерные 61%, эозинофилы 2%, лимфоциты 14%, моноциты 11%, СОЭ 56 мм/ч

Общий анализ мочи. Цвет соломенно-желтый, реакция кислая, плотность 1016, белок 0,033 г/л, эпителий плоский 10-12 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 1-2 в поле зрения.

Общий анализ мокроты. Слизисто-гнойная, лейкоциты 24-26 в поле зрения, эритроциты не обнаружены.

Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (4+)

Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (4+).

Трахеобронхоскопия. Заключение: туберкулез правого верхедолевого бронха, инфильтративный, продуктивный.

Электрокардиография. Ритм синусовый, правильный. ЧСС 100 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Диффузные дистрофические изменения миокарда.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 6 мм через 72 часа.

Диаскин-тест. Папула 12 мм через 72 часа.

Рентгенологические данные прилагаются.

Задания.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

	<p>3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.</p> <p>4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.</p> <p><b>5. Задача 5.</b></p> <p>Женщина, 27 лет. Изменения в легких выявлены впервые. Находилась на стационарном лечении в пульмонологическом отделении туберкулезной больницы с диагнозом: Инфильтративный туберкулез верхних долей легких в фазе распада, обсеменения МБТ (+). Спустя месяц после госпитализации при физической нагрузке у больной резко ухудшилось состояние – появились резкие боли в левой половине грудной клетки, выраженная одышка.</p> <p>Объективно. Общее состояние средней степени тяжести. ЧД 28-30 в 1 мин. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Перкуторно справа легочный звук, слева с коробочным оттенком. Аускультативно справа дыхание везикулярное, слева ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца чистые, ритм правильный. Пульс 120 в 1 мин., АД 140/90 мм. рт. ст.</p> <p>Общий анализ крови. Гемоглобин 120 г/л, эритроциты <math>4,2 \cdot 10^{12}</math>, лейкоциты <math>7,8 \cdot 10^9</math>, палочкоядерные 9%, сегментоядерные 66%, эозинофилы 0%, лимфоциты 15%, моноциты 10%, СОЭ 35 мм/ч</p> <p>Общий анализ мочи. Без патологии.</p> <p>Бактериоскопия мокроты. КУБ обнаружены (1+)</p> <p>Посев мокроты на МБТ. МБТ обнаружены (2+).</p> <p>Электрокардиография. Ритм синусовый, правильный. ЧСС 120 в мин. Горизонтальное положение ЭОС.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Папула 12 мм через 72 часа.</p> <p>Диаскин-тест. Папула 14 мм через 72 часа.</p> <p>Манометрия плевральной полости -2/+2 см. водного столба</p> <p>Рентгенологические данные прилагаются.</p> <p><u>Задания.</u></p> <p>1. Опишите рентгенограмму.</p> <p>2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.</p> <p>3. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.</p> <p>4. Укажите и обоснуйте режим химиотерапии.</p>
--	---

### Эталон ответа к задаче №1

1	Опишите рентгенограмму.
-	На обзорной рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции с двух сторон симметрично по всем легочным полям определяются милиарные (1-2 мм) очаговые тени. Сосудистый рисунок с двух сторон деформирован по типу мелкой ячеистости.
-	Описание рентгенограммы полностью верно
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса.
-	Описание рентгенограммы неверно
2	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
-	Клинический диагноз: Милиарный туберкулез легких МБТ (+) Кровохарканье. Диагноз поставлен на основании: жалоб (сухой кашель, повышение температуры тела)

	до фебрильных цифр), отсутствия клинической динамики на фоне антибактериальной терапии, выявлении в анализе мокроты методом ПЦР МБТ, изменений на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки (наличие милиарных очаговых теней по всем легочным полям), изменении в ОАК (нейтрофильный сдвиг влево, лимфопения и моноцитоз).
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражено бактериовыделение и/или не указано осложнение
-	Диагноз поставлен неверно.
3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
-	Дифференциальную диагностику необходимо проводить с: брюшным тифом, метастатическим поражением легких, саркоидозом.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии
-	I режим химиотерапии (как впервые выявленный туберкулез с бактериовыделением)
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован
-	Режим химиотерапии указан неверно

### Эталон ответа к задаче №2

1	Опишите рентгенограмму.
-	На обзорной рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции в верхней доле правого легкого определяется единичный очаг затемнения округлой формы в диаметре около 1 см с нечеткими контурами средней интенсивности.
-	Описание рентгенограммы полностью верно
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса.
-	Описание рентгенограммы неверно
2	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
	Клинический диагноз: Очаговый туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации МБТ (+). Диагноз поставлен на основании: появлении в последний месяц интоксикационного синдрома (слабость, потливость, понижение трудоспособности); наличие контакта с бактериовыделителем, изменений на рентгенограмме органов грудной клетки (в верхней доле правого легкого определяется единичный очаг затемнения округлой формы в диаметре около 1 см с нечеткими контурами средней интенсивности.), гиперергических проб Манту и Диаскин-теста, обнаружении в промывных водах бронхов МБТ.
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражено бактериовыделение и/или не указано осложнение
-	Диагноз поставлен неверно.
3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
-	Дифференциальную диагностику необходимо проводить с: неспецифической очаговой пневмонией, периферическими доброкачественными опухолями легких, периферическим

	раком легкого.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте длительность пребывания больной на больничном листе
-	Длительность пребывания пациентки на больничном листе до 12 месяцев, т.к. она относится к декретированным категориям населения (работник дошкольного учреждения).
-	Длительность пребывания на больничном листе указана и обоснован верно.
-	Длительность пребывания на больничном листе указана верно, но не обоснована
-	Длительность пребывания на больничном листе указана и обоснован неверно

### Эталон ответа к задаче №3

1	Опишите рентгенограмму.
-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. В верхней доле правого легкого определяется субтотальное затемнение треугольной формы с четким нижним контуром и с размытой верхней границей, с участками просветления в центре и очаговыми тенями в пределах верхней доли, имеется широкая инфильтративная дорожка к корню легкого.
-	Описание рентгенограммы полностью верно
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса.
-	Описание рентгенограммы неверно
2	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
-	Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого (по типу периссиссурита) в фазе распада и обсеменения. МБТ (+). Кровохарканье. Язвенная болезнь желудка, ремиссия. Диагноз поставлен на основании: больная относится к группе повышенного риска заболевания туберкулезом; имеются признаки интоксикации, бронхолегочного синдрома (кашель с выделением мокроты гнойного характера, кровохарканье, утомляемость, потливость, повышение температуры тела); выявлении в анализе мокроты методом микроскопии КУБ; изменений на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки (в верхней доле правого легкого определяется субтотальное затемнение треугольной формы с четким нижним контуром и с размытой верхней границей, с участками просветления в центре и очаговыми тенями в пределах верхней доли, имеется широкая инфильтративная дорожка к корню легкого), перкуторной и аускультативной картины в легких (при перкуссии укорочение перкуторного тона слева в надлопаточной области, аускультативно дыхание в этой области бронховезикулярное, после покашливания прослушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы); изменении в ОАК (нейтрофильный сдвиг влево, ускорено СОЭ).
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражено бактериовыделение и/или не указано осложнение
-	Диагноз поставлен неверно.
3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
-	Необходимо провести дифференциальную диагностику с неспецифической пневмонией, раком легкого, грибковым поражением легкого.

-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии
-	I режим химиотерапии (как впервые выявленный туберкулез с бактериовыделением)
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован
-	Режим химиотерапии указан неверно

#### Эталон ответа к задаче №4

1	Опишите рентгенограмму.
-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Справа верхняя доля понижена в прозрачности за счет инфильтрации неомогенного характера с полостями распада. Междолевая плевра справа подчеркнута. В нижней доле правого легкого очаги бронхогенного обсеменения.
-	Описание рентгенограммы полностью верно
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса.
-	Описание рентгенограммы неверно
2	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
-	Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого (по типу лобита) в фазе распада и обсеменения, МБТ (+). Осложнение: Туберкулез правого верхнедолевого бронха инфильтративный, продуктивный. ДН I степени. Кахексия. Интоксикационный синдром. Хронический гепатит «С», неактивная фаза. Диагноз поставлен на основании: жалоб (кашель с небольшим количеством слизисто-гноной мокроты иногда с прожилками крови, нарастающую одышку, боли в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе, снижение масс тела на 4-5 кг, общую слабость, снижение аппетита, потливость по ночам, субфебрильную температура в вечерние часы); выявление в анализе мокроты МБТ, изменений на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки (справа верхняя доля понижена в прозрачности за счет инфильтрации неомогенного характера с полостями распада. Междолевая плевра справа подчеркнута. В нижней доле правого легкого очаги бронхогенного обсеменения.); положительной пробы Манту и Диаскин-теста; изменения в ОАК (нейтрофильный сдвиг влево, лейкоцитоз, анемия, ускорено СОЭ).
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражено бактериовыделение и/или не указано осложнение
-	Диагноз поставлен неверно.
3	Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
-	Заболевание следует дифференцировать с деструктивной верхнедолевой пневмонией, абсцессом верхней доли правого легкого.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с одним заболеванием
-	Дифференциальная диагностика не проведена

4	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии
-	I режим химиотерапии (как впервые выявленный туберкулез с бактериовыделением)
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован
-	Режим химиотерапии указан неверно

### Эталон ответа к задаче №5

1	Опишите рентгенограмму.
-	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Слева легкое поджато на 1/3 объема. Справа в верхней доле очаги полиморфного характера, участки деструкции.
-	Описание рентгенограммы полностью верно.
-	Рентгенограмма описана частично: неверно указана локализация процесса и/или фаза процесса и/или не указаны изменения в правом легком.
-	Описание рентгенограммы неверно.
2	Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
-	Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез верхних долей легких в фазе распада, обсеменения МБТ (+) Осложнения: Спонтанный пневмоторакс слева.
-	Диагноз поставлен на основании указания на активный деструктивный туберкулез легких, острое начало после физической нагрузки, жалоб (резкие боли в левой половине грудной клетки, выраженная одышка), показателей манометрии левой плевральной полости.
-	Диагноз поставлен верно, обоснование полное.
-	Диагноз поставлен не полностью: не отражена фаза туберкулезного процесса и/или не указано бактериовыделение и/или не указаны осложнения и/или диагноз не обоснован.
-	Диагноз поставлен и обоснован неверно.
3	С какими видами пневмоторакса необходимо проводить дифференциальную диагностику.
-	Дифференциальная диагностика проводится между открытым, закрытым и клапанным спонтанным пневмотораксом. По показаниям манометрии плевральной полости у больного открытый спонтанный пневмоторакс.
-	Дифференциальная диагностика проведена полностью
-	Дифференциальная диагностика проведена частично: проведена только с двумя видами пневмоторакса.
-	Дифференциальная диагностика не проведена
4	Укажите и обоснуйте режим химиотерапии, определите тактику ведения при возникновении данного осложнения.
-	Показано лечение по I режиму химиотерапии, интенсивная фаза, т.к. туберкулез легких сопровождается бактериовыделением. Показано дренирование левой плевральной полости (постановка дренажа по Бюлау или активная аспирация). При неэффективности (легкое не расправляется) торакотомия с ушиванием дефекта висцеральной плеврой.
-	Режим химиотерапии указан и обоснован верно, тактика ведения спонтанного пневмоторакса выбрана верно.
-	Режим химиотерапии указан верно, но не обоснован и/или тактика ведения спонтанного пневмоторакса выбрана неверно.

-	Режим химиотерапии указан и обоснован неверно, тактика ведения спонтанного пневмоторакса выбрана неверно.
---	---

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 15. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: - 61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90%	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b> 61 – 75 76– 90 91 – 100
<b>Хорошо (4)</b> - 91-100%	
<b>Отлично (5)</b>	

#### 16. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	16. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	17. Знание алгоритма решения
	18. Уровень самостоятельного мышления
	19. Аргументированность решения
	20. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

#### 17. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - <b>пяти</b> или <b>шести</b> критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций  
рабочей программы дисциплины «Фтизиатрия»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-33	1-5, вопрос 1,2,3,4	1-27
ОПК	1	1-27	-	1-4,6-11,15-23
	2	8-27	-	6,9-11,15-23
	4,5	1-27	1-5, вопрос 1,2,3	3,5,7-23
	6	28-33	1-5, вопрос 4	24-27

## 12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ФТИЗИАТРИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часов

Формы контроля – рефераты.

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
Б 1.В.ОД.1.1	Раздел 1 «Теоретические основы фтизиатрии»	6
Б 1.В.ОД.1.2	Раздел 2 «Диагностика туберкулеза»	12
Б 1.В.ОД.1.3	Раздел 3 «Клиника туберкулеза»	12
Б 1.В.ОД.1.4	Раздел 4 «Лечение туберкулеза»	6

### Вопросы и задания для самоконтроля:

Б 1.В.ОД.1.1 Раздел 1 «Теоретические основы фтизиатрии»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Морфологические изменения при туберкулезе.</li> <li>2. Наследственность и туберкулез.</li> <li>3. Патоморфоз туберкулеза.</li> </ol>
Б 1.В.ОД.1.2 Раздел 2 «Диагностика туберкулеза»	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Современные серологические методы диагностики туберкулеза.</li> <li>5. Диагностика и дифференциальная диагностика микобактериозов.</li> <li>6. Организация раннего выявления туберкулеза.</li> <li>7. Диаскин – тест.</li> </ol>
Б 1.В.ОД.1.3 Раздел 3 «Клиника туберкулеза легких»	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Дифференциальная диагностика первичных форм туберкулеза.</li> <li>9. Туберкулез в сочетании с сопутствующими заболеваниями и состояниями (беременность, ВИЧ-инфекция, алкоголизм, сахарный диабет, язвенное поражение ЖКТ, вирусные гепатиты, ХНЗЛ, психические заболевания).</li> <li>10. Редкие локализации туберкулеза.</li> <li>11. Туберкулома головного мозга.</li> </ol>
Б 1.В.ОД.1.4 Раздел 4 «Лечение туберкулеза легких»	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Особенности санаторно-курортного лечения больных туберкулезом легких и внелегочной локализации.</li> <li>13. Основные физиотерапевтические методы лечения, используемые во фтизиатрии.</li> </ol>

### Темы рефератов

Б 1.В.ОД.1.1 Раздел 1 «Теоретические основы фтизиатрии»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Морфологическая сущность параспецифических реакций при туберкулезе. Изменения при долокальных формах туберкулеза. Морфологические изменения при локальных формах первичного туберкулеза.</li> <li>2. Морфологическая характеристика остаточных изменений после перенесенного туберкулеза.</li> </ol>
---	--

	3. Особенности морфологических проявлений туберкулеза у лиц пожилого и старческого возраста.
<b>Б 1.В.ОД.1.2</b> Раздел 2 «Диагностика туберкулеза»	4. Особенности клинико – рентгенологической диагностики туберкулеза в период беременности. 5. Особенности клинико – рентгенологического течения туберкулезного процесса при сахарном диабете. 6. Особенности клинико – рентгенологического течения туберкулезного процесса при ВИЧ-инфекции. 7. Особенности клинико – рентгенологического течения туберкулезного процесса при вирусных гепатитах. 8. Организация раннего выявления туберкулеза.
<b>Б 1.В.ОД.1.3</b> Раздел 3 «Клиника туберкулеза легких»	9. Дифференциальная диагностика вторичных форм туберкулеза легких. 10. Туберкулез и беременность. Особенности течения послеродового туберкулеза. Противопоказания к прерыванию беременности. 11. Туберкулома как проявление туберкулеза ЦНС
<b>Б 1.В.ОД.1.4</b> Раздел 4 «Лечение туберкулеза легких»	12. Основные побочные реакции при использовании противотуберкулезных препаратов. Борьба с побочными реакциями на противотуберкулезные препараты. 13. Туберкулез и беременность. Особенности этиотропной терапии. 14. Туберкулез, ВИЧ и СПИД. Особенности применения иммуностимулирующих препаратов у ВИЧ – инфицированных больных. 15. Немедикаментозные методы лечения туберкулеза. Климатотерапия. 16. Показания для направления взрослых, больных туберкулезом органов дыхания, и лиц из групп риска в санатории федерального подчинения. 17. Показания для направления взрослых, больных туберкулезом органов дыхания, и лиц из групп риска в санатории местного подчинения.

### Критерии и шкала оценивания

#### 4. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность



# ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ»

## Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы клинической аллергологии- иммунологии»</p>	<p>112. Организация амбулаторной специализированной помощи больным аллергическими заболеваниями и иммунодефицитами. 113. Организация стационарной специализированной помощи больным аллергическими заболеваниями и иммунодефицитами. 114. Организация работы аллергологического кабинета в амбулаторной сети и в стационаре. 115. Иммунный ответ - первая линия иммунной защиты. 116. Адаптивный иммунитет – вторая линия защиты. 117. Фазы адаптивного иммунного ответа. 118. Современные представления об аллергии; определение понятия "аллергия", взаимоотношения аллергии и иммунитета. 119. Аллергические реакции немедленного типа. 120. Аллергическое воспаление. Реакции типа феномена Артюса 121. Аллергические реакции замедленного типа (Т-зависимые)</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Клиническая аллергология»</p>	<p>122. Алгоритм постановки диагноза, элиминация аллергена, специфическая терапия аллергического ринита 123. Распространенность пищевой аллергии. Этиология пищевой аллергии. Наиболее распространенные пищевые аллергены. Антигенные свойства наиболее распространенных пищевых аллергенов. 124. Этиология и патогенез анафилаксии. Профилактика анафилактического шока. 125. Тяжелые токсико-аллергические реакции: этиология, патогенез 126. Группы риска развития латексной аллергии. Медицинские состояния, имеющие высокий риск развития латексной аллергии. Аллергены латекса. 127. Этиология инсектной аллергии. Пути сенсибилизации. Механизмы инсектной аллергии. IgE-опосредованные реакции. Не IgE-опосредованные реакции. 128. Классификация, основные клинические проявления, диагностические критерии бронхиальной астмы 129. Классификация, диагностические критерии атопического дерматита 130. Классификация, диагностические критерии крапивницы 131. Понятие об аллергических и неаллергических осложнениях при иммунизации. Пути профилактики аллергических осложнений при вакцинации.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Клиническая иммунология»</p>	<p>132. Первичные иммунодефициты: иммунопатогенез, диагностика 133. Первичные иммунодефициты: классификация, клинические проявления 134. Приобретенные иммунодефициты: формы вторичных иммунодефицитов, клинические проявления; 135. Приобретенные иммунодефициты: иммунопатогенез, диагностика. 136. Возрастные особенности иммунной системы. 137. Синдром приобретенного иммунодефицита. 138. Основы иммунотерапии иммуномодуляторы – определение, классификация. 139. Оценка иммунной системы человека (иммунодиагностика) 140. Гуморальное звено врожденного иммунитета: система комплимента, цитокиновая сеть</p>

## Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы клинической аллергологии- иммунологии»</p>	<p>61. Основные положения организации аллергологической и иммунологической службы. 62. Типы иммунного ответа: клеточный иммунный ответ (клеточная цитотоксичность, воспалительный иммунный ответ) и гуморальный ответ. 63. Классификация аллергических реакций (типы - I, II, III, IV, V типов (по Gell. Coombs) 64. Аллергены и их классификация.</p>
--	--

	<p>65. Классификации и патогенез аллергических реакций.</p> <p>66. Клетки-мишени 1-го и 2-го порядка; ранняя и поздняя фаза аллергических реакции</p> <p>67. Клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика аллергических болезней</p> <p>68. Анализ и интерпретация результатов современных диагностических технологий</p> <p>69. Роль генетических факторов в формировании аллергии</p> <p>70. Основные синдромы и симптомы аллергических болезней</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Клиническая аллергология»</p>	<p>71. Клиника. Диагностика. Фармакотерапия аллергического ринита.</p> <p>72. Основные клинические проявления, диагностика и дифференциальная диагностика пищевой аллергии. Фармакотерапия.</p> <p>73. Варианты клинического течения анафилактического шока в зависимости от тяжести и основных симптомов; осложнения. Неотложная терапия</p> <p>74. Тяжелые токсико-аллергические реакции: клинические проявления, терапия.</p> <p>75. Алгоритм лечебных и профилактических мероприятий при аллергии на латекс.</p> <p>76. Клинические проявления инсектной аллергии. Лечение и профилактика инсектной аллергии, специфическая терапия.</p> <p>77. Алгоритм лечебных и профилактических мероприятий; показания для госпитализации больного с бронхиальной астмой.</p> <p>78. Основные клинические проявления, тактика терапии атопического дерматита</p> <p>79. Основные клинические проявления, тактика терапии крапивницы</p> <p>80. Виды аллергических реакций при вакцинации. Особенности вакцинации больных аллергическими заболеваниями</p>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Клиническая иммунология»</p>	<p>81. Наследственный ангионевротический отёк диагностические критерии и тактика терапии</p> <p>82. Синдром тяжелого комбинированного иммунодефицита, иммунопатогенез, клиника, диагностика</p> <p>83. Синдром Вискотта-Олдрича и синдром атаксии-телеангиэктазии, иммунопатогенез, клиника, диагностика</p> <p>84. Синдром Ди Джорджи, иммунопатогенез, клиника, диагностика</p> <p>85. Синдром аутоиммунной полиэндокринопатии, иммунопатогенез, клиника, диагностика</p> <p>86. Общая переменная иммунная недостаточность, диагностические критерии и тактика терапии</p> <p>87. Селективный дефицит иммуноглобулина А, диагностические критерии и тактика терапии</p> <p>88. Гипер-IgE синдром (синдром Иова), диагностические критерии и тактика терапии</p> <p>89. Аутовоспалительные синдромы, клинические формы</p>

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

**Б 1.Б.6.1**  
Раздел 1  
«Общие  
вопросы  
клинической  
аллергологии-  
иммунологии  
»

1. Задачами врача аллергологического кабинета являются все перечисленные, за исключением
  - а. консультаций больных аллергическими заболеваниями
  - б. специфической диагностики
  - в. специфической иммунотерапии
  - г. **вакцинопрофилактики**
2. Организация оказания помощи пациентам с иммунологическими заболеваниями осуществляется на основании:
  - а. **Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"**
  - б. **Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 606н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "аллергология и иммунология"**
  - в. Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 N 326-ФЗ
  - г. **Федеральный закон от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)"**
3. К центральным органам иммунной системы человека относятся:
  - а. селезенка
  - б. **вилочковая железа**
  - в. лимфатические узлы
  - г. **костный мозг**
  - д. миндалины
4. Антиген – это вещество, обладающее следующими свойствами: (ПК5)
  - а. **чужеродность**
  - б. **антигенность**
  - в. **иммуногенность**
  - г. **специфичность**
5. В аллергических реакциях немедленного типа наибольшее значение имеет: (ПК1,5)
  - а. **сенсibilизация к аллергенам**
  - б. **наличие Ig E – антител**
  - в. наличие IgG- антител
  - г. повышение эозинофилов
6. Антитела одной специфичности принадлежат
  - а. к одному классу иммуноглобулинов
  - б. к разным классам иммуноглобулинов
  - в. не принадлежат к белкам глобулиновой фракции
7. Роль иммуноглобулина E в развитии аллергических реакций
  - а. **формирует немедленные аллергические реакции**
  - б. участвует в формировании иммунокомплексных аллергических реакций
  - в. участвует в формировании реакций гиперчувствительности замедленного типа г) участвует в цитотоксических иммунных реакциях
8. Гиперглобулинемия E характерна
  - а. **для атопии**
  - б. **для гельминтозов**
  - в. для некоторых вирусных заболеваний

- г. для гипоплазии тимуса
- д. для аллергических заболеваний
- е. для хронических гранулематозов у детей

9. Роль системы комплемента

- а. не участвует в аллергических реакциях
- б. участвует в немедленных аллергических реакциях
- в. участвует в иммунокомплексных аллергических реакциях**
- г. участвует в замедленных аллергических реакциях

10. К собственно аллергическим заболеваниям относятся:

- а. поллиноз**
- б. инфекционно-аллергический миокардит
- в. идиопатический фиброзирующий альвеолит
- г. миастения
- д. наследственный ангиоотек

11. Для псевдоаллергических заболеваний характерно:

- а. отсутствие специфических иммуноглобулинов класса Е**
- б. проявление реакций непереносимости после приема различных по химической структуре веществ
- в. возникновение реакций после первого приема препарата**
- г. наличие периода сенсибилизации

12. Минимальная продолжительность периода активной сенсибилизации у человека составляет:

- а. 2-3 часа
- б. 24 часа**
- в. 4 дня
- г. 7-8 дней
- д. 30-50 дней

13. Реагиновый механизм лежит в основе следующих заболеваний:

- а. сывороточной болезни
- б. атопический бронхиальной астмы**
- в. контактного дерматита
- г. экзогенного аллергического альвеолита**

14. Максимальное содержание IgE наблюдается в возрасте:

- а. до 4 лет
- б. от 5 до 6 лет**
- в. от 12 до 14 лет
- г. от 20 до 40 лет
- д. от 60 до 80 лет

15. Реагинам присущи биологические свойства

- а. пассивно сенсибилизировать плод
- б. проникать через гематоплацентарный барьер
- в. пассивно сенсибилизировать кожу здорового человека
- г. все перечисленное**

16. К клеткам-мишеням аллергии 1 порядка относятся:

- а. **эозинофилы**
- б. **тучные клетки**
- в. нейтрофилы
- г. гладкомышечные клетки
- д. базофилы
- е. тромбоциты

17. Примерами клеток-мишеней аллергии 2 порядка являются:

- а. тучные клетки
- б. базофилы
- в. эозинофилы
- г. тромбоциты
- д. **нейтрофилы**

18. Участие гистамина в аллергических реакциях обусловлено:

- а. способностью повышать сосудистую проницаемость и сокращать гладкую мускулатуру
- б. способностью привлекать в зону аллергической реакции клетки-мишени 2 порядка
- в. способностью понижать сосудистую проницаемость и расслаблять гладкую мускулатуру
- г. **всем перечисленным**

19. Сколько известно типов гистаминовых рецепторов

- а. 1 тип
- б. 2 типа
- в. 3 типа
- г. **4 типа**

20. Из основных патогенетических механизмов при персистирующей форме бронхиальной астмы ведущая роль принадлежит:

- а. бронхиальной гиперреактивности
- б. **бронхиальному воспалению**
- в. рефлексу через n.vagus.
- г. обструкции, связанной с необратимой перестройкой стенки бронхов

21. Оценить активность воспалительного процесса у больных БА позволяет все, за исключением:

- а. бронхоальвеолярного лаважа
- б. **спирографического исследования**
- в. биопсии слизистой бронхов
- г. цитологического исследования мокроты

22. Механизмом действия теofilлина является:

- а. стимуляция  $\beta$  2- адренорецепторов
- б. **ингибирование фосфодиэстеразы**
- в. ингибирование фосфолипазы A2

23. Особенности иммунной системы следующие:
- а. она строго ограничена от других органов и систем
  - б. она генерализована по всему телу**
  - в. ее клетки постоянно рециркулируют через кровоток по всему телу**
  - г. она обладает уникальной способностью вырабатывать специфические антитела
24. Цитотоксические Т-лимфоциты (CD8+):
- а. играют ключевую роль в реакциях гиперчувствительности замедленного типа**
  - б. участвуют в реакциях контактной гиперчувствительности
  - в. осуществляют реакции трансплантационного иммунитета**
  - г. осуществляют противовирусный иммунитет
  - д. осуществляют противоопухолевый иммунитет**
  - е. осуществляют реакции немедленного типа
25. Т-лимфоциты помощники (CD4+):
- а. обеспечивают реакции гиперчувствительности немедленного типа**
  - б. стимулируют В-лимфоциты к пролиферации и дифференцировке в антителообразующие клетки
  - в. тормозят выработку антител
  - г. обеспечивают стремление и поддержание иммунологической толерантности
26. Макрофаг:
- а. обеспечивает защиту от облигатных и внутриклеточных микроорганизмов
  - б. разрушает и удаляет неметаболизируемые органические материалы
  - в. является активно секретирующей клеткой
  - г. является антитело-продуцирующей клеткой
  - д. является антиген-презентирующей клеткой**
  - е. участвует в противоопухолевом и противовирусном иммунитете
27. Т-зависимые реакции вызываются
- а. корпускулярными антигенами
  - б. растворимыми антигенами**
  - в. внутриклеточно-расположенными антигенами
  - г. комплексными антигенами
28. Функция Т-системы иммунитета связана с:
- а. синтезом иммуноглобулинов
  - б. фагоцитозом
  - в. цитотоксической функцией**
  - г. всем перечисленным
29. Иммуноглобулины синтезируются и секретируются:
- а. Т-лимфоцитами
  - б. нейтрофилами
  - в. плазматическими клетками**
  - г. макрофагами
  - д. всеми перечисленными клетками
30. IgG способны:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>а. связывать комплемент</li> <li>б. связывать токсины</li> <li>в. проходить через плаценту</li> <li>г. участвовать в противоинфекционной защите</li> <li>д. <b>все перечисленное верно</b></li> </ul> <p>31. IgM участвуют в:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. первичном иммунном ответе</li> <li>б. связывании комплемента</li> <li>в. нейтрализации бактерий</li> <li>г. <b>все перечисленное верно</b></li> <li>д. все перечисленное неверно</li> </ul> <p>32. IgA участвуют в:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. местном иммунитете</li> <li>б. нейтрализации бактерий</li> <li>в. <b>местном иммунитете и нейтрализации бактерий</b></li> <li>г. все перечисленное верно</li> </ul>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Клиническая аллергология »</p>	<p>33. Какие антигистаминные препараты относятся к первому поколению (ПК5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>Клемастин (Тавегил)</b></li> <li>б. Лоратадин (Кларитин, Кларотадин)</li> <li>в. Цетиризин (Зиртек)</li> <li>г. <b>Хлоропирамин (Супрастин)</b></li> <li>д. Фексофенадин (Телфаст)</li> </ul> <p>34. Преимущества антигистаминных препаратов 2-го поколения (ПК5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>Высокое сродство к H1 рецепторам</b></li> <li>б. Высокая проходимость через гемато-энцефалический барьер</li> <li>в. <b>Отсутствие седативного эффекта</b></li> <li>г. <b>Отсутствие тахифилаксии</b></li> <li>д. Блокада других типов рецепторов</li> <li>е. Все из перечисленного</li> </ul> <p>35. Основными аллергенами у больных аллергическим ринитом является (ПК6)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>Домашняя пыль</b></li> <li>б. <b>Клещ домашней пыли</b></li> <li>в. Пыльца комнатных растений</li> <li>г. Пищевые продукты</li> </ul> <p>36. Какова тактика врача при возникновении анафилактического шока у ребенка после подкожного введения лекарств на дому? (ПК 1,6)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <b>Поручить кому-либо из присутствующих позвонить по 03 и вызвать спец. мед. бригаду.</b></li> <li>б. <b>Начать повторные инъекции адреналина (под контролем показателей АД).</b></li> <li>в. <b>Ввести в/м преднизолон или гидрокортизон.</b></li> <li>г. Ввести в/м мочегонные препараты для предупреждения отека мозга.</li> <li>д. <b>Положить ребенка с опущенным головным концом, голову повернуть на бок, очистить дыхательные пути, ингаляции кислорода, массаж живота и конечностей. Согреть ребенка.</b></li> </ul> <p>37. Укажите симптомы, характеризующие острый экзогенный аллергический</p>

альвеолит: (ПК5)

- а. Кашель.**
- б. Одышка.**
- в. Рассеянные сухие хрипы.
- г. Лихорадка.**
- д. Крепитирующие («целлофановые») хрипы в легких.**

38. Какая срочная мед. помощь должна быть оказана больному с асфиктическим синдромом при бронхиальной астме? (ПК6)

- а. Парентеральное введение селективного адrenomиметика короткого действия.
- б. В/в капельное введение эуфиллина**
- в. Парентеральное введение преднизолона.**
- г. Назначение антигистаминных препаратов II-го поколения.
- д. Антибактериальная терапия.**

39. Какие растения имеют пыление в середине лета? (ПК5)

- а. Берёза, орешник
- б. Полынь, Амброзия
- в. Овсяница, Мятлик**

40. Какие элементы сыпи характерны для крапивницы? (ПК5)

- а. папула**
- б. пустула
- в. волдырь**
- г. отек**

41. Причины атопического дерматита: (ПК5)

- а. Пищевая сенсibilизация**
- б. Кишечный дисбиоз**
- в. Контактная аллергия**
- г. Пиодермия

42. Какие специальные исследования необходимы для диагностики пищевой аллергии? (ПК5)

- а. Кожные пробы с пищевыми аллергенами.**
- б. Определение содержания общего IgE в крови.**
- в. Определение специфических IgE-антител к пищевым аллергенам.**
- г. Определения уровня IgM.
- д. Аллергоanamнез.**

43. Назовите наиболее тяжелые формы аллергодерматозов: (ПК5)

- а. Синдром Стивенса-Джонсона.**
- б. Токсидермия.**
- в. Дерматит Дюринга.
- г. Синдром Лайела.**
- д. Строфулюс.

44. Какие мероприятия стоит проводить при анафилактическом шоке лекарственного генеза? (ПК6)

- а. Прекратить введение лекарства, наложить жгут выше места инъекции.**
- б. Немедленно ввести 0,1% р-р адреналина 0,3-0,5 мл п/к.**
- в. В/м ввести глюкокортикостероиды.**

- г. В/в ввести хлористый кальций.
- д. В/м ввести тавегил.

45. Кожные прик-тесты оптимально поставить с:

- а. 3-4 аллергенами**
- б. с 18-20 аллергенами
- в. с 10-12 аллергенами
- г. количество аллергенов не имеет значения

46. Кожное тестирование с неинфекционными аллергенами можно проводить:

- а. на фоне приема антигистаминных препаратов
- б. в первый день после отмены антигистаминных препаратов
- в. \_\_\_\_\_ на второй день после отмены антигистаминных препаратов
- г. через 3 дня после отмены антигистаминных препаратов**

47. Какое из нижеследующих исследований позволяет оценить степень тяжести течения астмы:

- а. клинический анализ крови
- б. степень изменений ОФВ1**
- в. рентгенография органов грудной клетки
- г. анализ мокроты

48. Причиной развития астматического статуса могут быть:

- а. обострение воспалительного процесса в бронхолегочной системе
- б. отмена длительно применявшихся глюкокортикоидов
- в. \_\_\_\_\_ прием препаратов, к которым имеется аллергия
- г. все перечисленное**

49. Комбинированными препаратами для лечения БА и ХОБЛ являются:

- а. салбутамол, сальметерол, формотерол.
- б. будесонид, фликсотид,
- в. Спирива, атровент
- г. Симбикорт, серетид, фостер**

50. Клиническими показаниями для применения H<sub>1</sub>-антигистаминных препаратов является наличие у больных

- а. поллиноза**
- б. неаллергической (неатопической) формы бронхиальной астмы
- в. астматического состояния
- г. всего перечисленного

51. Оптимальная продолжительность применения ингаляционных глюкокортикостероидов составляет:

- а. 2 недели
- б. 1 месяц
- в. 2 месяца
- г. 3-4 месяца**

52. Побочными эффектами для  $\beta_2$ -агонистов являются:

- а. кардиостимуляция
- б. токсическое действие на миокард
- в. синдром "рикошета"
- г. расширение сосудов подслизистого слоя бронхов
- д. **все перечисленные**

53. К  $\beta_2$ -агонистам длительного действия относятся:

- а. бриканил
- б. **салметерол**
- в. вентолин
- г. орципреналин
- д. **формотерол**

54. Ингаляционные глюкокортикоиды показаны для базисной терапии астмы при:

- а. неэффективности препаратов кромогликата и недокромила натрия
- б. легком персистирующем течении (II ступень терапии)
- в. средней тяжести персистирующем течении (III ступень терапии)
- г. тяжелом персистирующем течении (IV ступень терапии)
- д. **все перечисленное**

55. Характерными признаками для алергизации пыльцевыми алергенами являются:

- а. высокая эозинофилия
- б. **сезонность с частыми обострениями весной и летом**
- в. **аллергия чаще всего проявляется в виде риноконъюнктивального синдрома**
- г. аллергия чаще всего проявляется в виде дерматитов
- д. обострения провоцируются гипервентиляцией

56. Алергический ринит чаще бывает обусловлен сенсублизацией:

- а. **пыльцой растений**
- б. солями тяжелых металлов
- в. антигенами бактериальных капсул
- г. **бытовой пылью**
- д. пищевыми алергенами

57. Показания к назначению местных глюкокортикоидов при алергическом рините:

- а. легкое течение
- б. **среднетяжелое течение**
- в. **тяжелое течение**
- г. отсутствие сезонности

58. Показания для СИТ при алергическом рините:

- а. **круглогодичном течении**
- б. **сезонном течении при наличии поливалентной сенсублизации**
- в. **совпадении алергических проб и клинических данных**
- г. длительности заболевания не более 6 лет
- д. отсутствию сопутствующего контактного дерматита или бронхиальной астмы

59. Проявления пищевой алергии:

- а. **не зависят от количества продукта**
- б. зависят от количества продукта
- в. зависят от сочетания продуктов

**г. зависят от вида кулинарной обработки**

60. Типичными появлениями кожной аллергии являются:

- а. кожный зуд
- б. крапивница
- в. дерматит
- г. все перечисленное**
- д. кожный зуд и крапивница

61. Для синдрома Леффлера характерно:

- а. умеренная интоксикация
- б. кашель с отделением мокроты канареечного цвета
- в. субфебрильная температура тела
- г. все перечисленное**

62. Характерными клиническими признаками ангиоотека в области гортани являются

- а. осиплость голоса**
- б. отек губ
- в. “лающий” кашель
- г. затрудненное, стридорозное дыхание**
- д. отек лица

63. Признаки тяжелого астматического приступа:

- а. цианоз**
- б. боли при глотании**
- в. PCO<sub>2</sub> более 40**
- г. величина максимальной скорости выдоха менее 50% от должной**
- д. заложенность носа и слезотечение

64. При астматическом статусе обязательно назначается:

- а. внутривенное введение зуфиллина**
- б. оксигенотерапия**
- в. блокаторы H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов
- г. седативные препараты
- д. гормоны парентерально**

65. Вирус иммунодефицита человека поражает: (ПК1,5)

- а. Т-хелперы**
- б. Т-супрессоры
- в. В-лимфоциты

66. Какие классы иммуноглобулинов обладают способностью фиксировать комплемент? (ПК1)

- а. IgM**
- б. IgG**
- в. IgA
- г. IgE
- д. IgD

67. Какой основной класс иммуноглобулинов человека обладает цитотоксичностью и обеспечивает реакцию гиперчувствительности немедленного типа? (ПК5)

- а. IgM
- б. IgG
- в. IgA
- г. IgE**

д. IgD

68. Клинические проявления общей вариабельной иммунной недостаточности: (ПК5)

- а. Желтуха.
- б. Хронический гнойный бронхит.**
- в. Гнойные синуситы.**
- г. Диарея.
- д. Приступы удушья.

69. При наследственном ангионевротическом отеке имеется дефицит: (ПК5)

- а. C3 компонента комплемента
- б. C1 ингибитора**
- в. C9 компонента комплемента
- г. C5 конвертазы

70. К иммуномодуляторам бактериального происхождения относятся: (ПК5)

- а. имунофан
- б. биостим**
- в. тактивин
- г. **рибомунил**
- д. **ИРС-19**
- е. полиоксидоний

71. К препаратам иммуноглобулина для парентерального введения относят: (ПК5)

- а. пентаглобин**
- б. октагам**
- в. биавен**
- г. лейкинферон
- д. ронколейкин
- е. галавит

72. Клиническими масками ИДС являются: (ПК5)

- а. Повторные пневмонии**
- б. Диарейный синдром**
- в. Протозойные инфекции**
- г. Генерализованный кандидоз**
- д. Бронхиальная астма

73. Увеличение IgG в сыворотке крови наблюдается при:

- а. хронических воспалительных заболеваниях
- б. подостром и хроническом вирусном гепатите
- в. СПИД г) коллагенозах
- г. все перечисленное верно**

74. Увеличение IgM в сыворотке крови наблюдается в следующих случаях, кроме:

- а. острые воспаления
- б. паразитарные заболевания
- в. муковисцидоз
- г. после удаления селезенки**

75. Увеличение IgA в сыворотке крови наблюдается в следующих случаях, кроме:

- а. хроническое воспаление
- б. бронхиальная астма
- в. алкоголизм

**г. лечение иммунодепрессантами, цитостатиками**

76. Вторичный иммунодефицит может характеризоваться следующими признаками:
- а. дисфункция Т- системы
  - б. дисфункция В- системы
  - в. дисфункция моноцитарно-макрофагальной системы
  - г. **все перечисленное верно**
77. Какие клетки продуцируют антитела?
- а. мастоциты
  - б. В-лимфоциты
  - в. Т-лимфоциты
  - г. **плазматические клетки**
  - д. эозинофилы
78. Образование антител в организме угнетается при:
- а. дефиците натуральных киллеров
  - б. дефиците CD8+ лимфоцитов
  - в. дефиците Т-хелперов 1 типа
  - г. **дефиците Т-хелперов 2 типа**
  - д. **В-иммунодефицитах**
79. В диагностике каких заболеваний наиболее важно определить количество Т и В лимфоцитов в крови?
- а. острые инфекционные заболевания
  - б. **иммунодефицитные состояния**
  - в. **лимфопролиферативные заболевания**
  - г. аллергические заболевания
  - д. **СПИД**
80. Укажите время появления первых признаков ВИЧ-инфекции при внутриутробном заражении:
- а. уже внутриутробно
  - б. сразу после рождения
  - в. через 1 месяц после рождения
  - г. **через 6 месяцев после рождения**
  - д. через 1 год после рождения
81. Укажите ВИЧ-индикаторные болезни у детей:
- а. **цитомегаловирусная инфекция**
  - б. иерсиниоз
  - в. риккетсиоз
  - г. **кандидоз слизистых**
  - д. саркома Капоши
82. Причиной наследственного ангиоотека является
- а. дефицит С1-эстеразы
  - б. **дефицит ингибитора С1-эстеразы**
  - в. дефицит С5
  - г. дефицит С3
83. В терапии наследственного ангиоотека эффективны
- а. нативная плазма

- б. антигистаминные препараты
- в. лиофилизированный С1-ингибитор**
- г. е-аминокапроновая к-та
- д. ингибиторы протеиназ
- е. стероиды с низкой андрогенной активностью (даназол)
- ж. глюкокортикоиды

84. Какие патологические процессы могут приводить к развитию вторичных иммунодефицитных состояний?

- а. дистрофии**
- б. авитаминозы**
- в. нефротический синдром**
- г. экссудативная энтеропатия**
- д. атопический дерматит

85. К каким инфекциям более чувствительны больные иммунодефицитом с преимущественной недостаточностью антител:

- а. снижена устойчивость к токсоплазменной инфекции
- б. снижена устойчивость к стафилококкам и пневмококкам**
- в. снижена устойчивость к стрептококкам и инфлюэнце**
- г. снижена устойчивость к синегнойной палочке**
- д. снижена устойчивость к рикетсиям

86. Какие из перечисленных заболеваний характерны для иммунодефицита с преимущественной недостаточностью антител:

- а. возможны аутоиммунные синдромы**
- б. рецидивирующие заболевания ЛОР органов**
- в. склонность к вирусным заболеваниям
- г. рецидивирующие заболевания органов дыхания**

87. Какие клинические проявления характерны для иммунодефицита с преимущественной недостаточностью антител:

- а. чаще болеют девочки
- б. гипоплазия тимуса
- в. гнойничковые поражения кожи**
- г. склонность к гипертермическим реакциям**
- д. панцитопения

88. Какие из перечисленных клинических проявлений более характерны для болезни Брутона:

- а. болеют мальчики**
- б. болеют девочки
- в. гипоплазия лимфатических узлов и миндалин**
- г. гипоплазия тимуса
- д. Витилиго

89. Какие из перечисленных заболеваний характерны для болезни Брутона:

- а. склонность к вирусному гепатиту**
- б. склонность к грибковым заболеваниям
- в. часто развивается волчаночный синдром**
- г. частые лимфомы и лейкозы**
- д. высокий риск заболевания туберкулезом

90. Что из перечисленного характерно для синдрома «избирательного дефицита Ig A»:

- а. склонность к инфекционным поражениям оболочек мозга
- б. склонность к рецидивирующим инфекциям верхних дыхательных**

путей

- в. склонность к бронхиальной обструкции**
- г. склонность к инфекционным поносам**
- д. склонность к инфекционным заболеваниям мочеполовой системы**

91. Какие из перечисленных проявлений более характерны для тяжелых комбинированных иммунодефицитов:

- а. склонность к острому тяжелому течению условно-патогенных инфекций**
- б. склонность к хроническому прогрессирующему течению условно-патогенных инфекций**
- в. склонность к гипертермическим реакциям
- г. склонность к онкопатологии**
- д. склонность к ожирению

92. Что характерно для больных с тяжелыми комбинированными иммунодефицитами:

- а. анергия при кожных аллерготестах**
- б. гиперэргические местные реакции при введении антигена**
- в. повышенный риск реакции «трансплантат против хозяина»
- г. вакцинация БЦЖ может вызывать заболевание**
- д. вакцинация полиомиелита может вызывать поражение мозга

93. Какие из перечисленных лабораторных проявлений более характерны для болезни Брутона:

- а. повышен уровень плазматических клеток
- б. повышен уровень Ig E и Ig M
- в. снижено содержание Ig всех классов**
- г. снижен уровень Т-хелперов 1-го типа
- д. практически отсутствуют В-лимфоциты**

94. Какие из перечисленных проявлений более характерны для синдрома Вискотта-Олдрича:

- а. склонность к грибковым заболеваниям
- б. экзематозный дерматит**
- в. склонность к системной герпетической инфекции**
- г. склонность к лимфопролиферативной неоплазии**
- д. склонность к гноеродной инфекции

95. Какие из перечисленных проявлений более характерны для синдрома Ди Джорджи (гипоплазия тимуса):

- а. декстрапозиция сердца**
- б. тетания**
- в. снижение эозинофилов
- г. снижение Т-лимфоцитов**
- д. снижение Ig M и повышение Ig A

96. Какие из перечисленных проявлений более характерны для синдрома Луи-Бар:

- а. атаксия**
- б. тетания
- в. кожно-глазные формы телеангиоэктазии**
- г. ускоренное половое созревание
- д. склонность к онкопатологии**

## Банк ситуационных клинических задач

**Б 1.Б.6.2** Раздел 2  
«Клиническая  
аллергология»

1. **Задача № 1.**

Больной К, 43 года, поступил с жалобами на кашель, одышку с затрудненным выдохом, приступы повторялись 2-3 раза в неделю, ночные приступы 3 раза в месяц. Больной страдает бронхиальной астмой в течение 5 лет. Постоянно лекарственные препараты не применяет, пользуется «по требованию» ингаляционными ГКС (сальметерол), небулайзером (ингаляции с беродуалом). Объективно: со стороны органов дыхания: в легких дыхание жесткое, в нижних отделах сухие свистящие хрипы. Со стороны других органов и систем патологии не обнаружено. Лабораторные данные: эритроциты –  $4,9 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин – 148 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты –  $9,8 \cdot 10^9/л$ , тромбоциты –  $236 \cdot 10^9/л$ , эозинофилы – 7%, СОЭ – 10 мм/ч. Аллергологическая проба: положительная к клещу домашней пыли, пыльцевым аллергенам.

  1. Ваш предварительный диагноз
  2. Какие исследования необходимо провести для установки окончательного диагноза (предполагаемые результаты)
  3. Какую терапию необходимо провести
  
2. **Задача № 2.**

Больная М поступила в стационар с жалобами на приступы удушья 1-2 раза в месяц с дистанционными свистящими хрипами, на заложенность носа, общую слабость. Из анамнеза заболевания известно, что болеет с 7 лет, когда впервые на фоне ОРВИ развился приступ бронхиальной астмы - одышка, затруднение выдоха, сухой приступообразный кашель, свистящие хрипы, выслушиваемые на расстоянии. После чего обратились в стационар, было проведено лечение (препараты не помнит), в результате лечения наступило улучшение. Приступы возникают 1-2 раза в месяц, которые купируются Сальбутамолом, в межприступный период принимает будесонид. Аллергоанамнез: в ходе обследования путем постановки кожных проб была обнаружена аллергия на домашнюю пыль, домашнего клеща, шерсть кошек. Аллергические реакции на пищевые продукты, различные медикаменты, вакцины, сыворотки и другое отрицает. Настоящее ухудшение самочувствия связано с проводимым ремонтом в квартире. Госпитализирована для снятия обострения. Из лабораторных и инструментальных данных известно повышение уровня Ig E до 356,0 МЕ/мл.

  1. Ваш предварительный диагноз
  2. Какие исследования необходимо провести для установки окончательного диагноза (предполагаемые результаты)
  3. Какую терапию необходимо провести
  
3. **Задача № 3 (аллергический ринит).**

Больной Д., 20 лет. Обратился к аллергологу в мае в связи с появлением (симптомы сохраняются уже 1,5 недели) насморка, заложенности носа, назального зуда и чихания. Не простужался, температура тела не повышалась, болей в горле, кашля не отмечал. При опросе выяснилось, что подобные явления беспокоили также в мае - июне прошлого года, течение 3-4 недель, однако были менее выражены, связал их с простудой, к врачам не обращался. В анамнезе в раннем детстве отмечалась пищевая аллергия – сыпь на куриный белок. У матери- постоянный насморк, по поводу которого не обследовалась. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,2. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности, сыпи нет. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД - 110/60, Рс-70 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, чистые, В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

  1. Предположительный диагноз.
  2. Тактика ведения больного на данном этапе.
  3. Дальнейшие диагностические мероприятия, принципы лечения.
  
4. **Задача № 4 (экзогенный аллергический альвеолит).**

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 \*10<sup>12</sup>/л, Hb-140г/л, лейко- 8\*10<sup>9</sup>/л, п-1, с-50, э-2, м-8, л-39, СОЭ-35мм/ч.

5. Предположительный диагноз.
6. Какие исследования необходимы для постановки окончательного диагноза?
7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
8. План лечения.

5. Задача № 5 крапивница, вероятнее реакция на иАПФ).

Больная З., 62 года, пенсионерка. Поступила в аллергологическое отделение планово с жалобами на регулярное появление чаще вечером и ночью волдырных распространенных сливных высыпаний, сопровождающихся выраженным зудом, иногда (1-2 раза в месяц) отеки лица – губы, веки, подбородок. Принимает кестин 10 мг без выраженного эффекта. Периодически боли ноющего характера в верхних отделах живота, голодные, изжога, запоры, похудание на 3 кг за полгода. Высыпания появились около 8 месяцев назад (весной), без четкой связи с чем-либо. Аллергологический анамнез спокойный, непереносимости лекарственных препаратов и пищи не отмечает. Вредные привычки – отрицает. Из сопутствующих заболеваний: Гипертоническая болезнь, ИБС, стенокардия 2ф.кл., регулярно принимает эналаприл 10 мг в день, тромбо-асс 75 мг в день. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,4. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности, волдыри сливного характера разного размера, местами сливные на спине, животе, бедрах. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД -130/80, Ps-60 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Перитонийных симптомов нет. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

1. Предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм диагностического поиска
3. Укажите возможные причины заболевания

6. Задача № 6 (синдром Лайелла).

Больная Э., 18 лет, на фоне приема анальгина по поводу головных болей почувствовала резкое ухудшения самочувствия. Усилились головные боли, возникли насморк, слезотечение, светобоязнь поднялась t- до 38,0 С, появились высыпания на коже пятнисто-папулезного характера, отмечалось поражение слизистых носа, ротовой полости, глаз. На второй день от появления симптомов – сонливость, спутанность сознания, жажда, отечность лица, t- до 40,0 С, кожные изменения быстро трансформировались в большие пузыри с вскрытием и образованием эрозивных поверхностей.

Объективно: Состояние тяжелое, температура 38,5. Кожа и слизистые с желтоватым оттенком. На коже спины в подмышечных впадинах, в паховых областях, на животе, бедрах множественные болезненные эритемы, пузыри, эрозии.

Пораженная кожа имеет вид ошпаренной кипятком. Слизистая оболочка полости рта, носа, конъюнктивы глаз, резко гиперемирована, местами имеются эрозии. ЧДД - 26 в минуту, АД -100/60, Ps-110 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, чистые, В легких дыхание везикулярное, без локальных изменений. Живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье, печень у края реберной дуги. Пастозность лица.

1. Предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления

7. Задача № 7 (анафилактический шок).

Больной Р, 22 года, 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. Больной очень торопился и сразу же был отпущен на занятия. 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.

4. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
5. Тактика ведения больного.
6. Неотложная терапия
7. Какие ошибки были допущены при проведении АСИТ?

8. Задача № 8 (бронхиальная астма атопическая пыльцевая сенсibilизация).

Больной В., 30 лет, предъявляет жалобы на приступы удушья, с затрудненным выдохом с откашливанием небольшого количества вязкой стекловидной мокроты, чихание, заложенность носа, общую слабость, недомогание. Настоящее ухудшение с конца мая в течение 2 недель. Болен 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в мае-июне, в июле все симптомы исчезают. К врачам не обращался, но в этот раз приступы значительно сильнее, чаще, эффект от салбутамола (ДАИ) минимальный, последние два дня делал более 10-15 вдохов в день. Дочери 3 года – атопический дерматит. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больного имеется аллергия на клубнику (зуд кожи, насморк), пенициллин (сыпь). Объективно: состояние средней тяжести. Больной сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. ЧДД - 26 в мин. Дыхание громкое, со свистом на выдохе. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по среднеподмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. На фоне жесткого с удлинением выдохом дыхания выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 60% от должной.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.

9. Задача № 9 (атопический дерматит).

На прием к дерматологу обратилась девушка, 22 лет, с жалобами на незначительный зуд, шелушение, чувство стягивания и сухости кожи, потемнение ее в области локтей. Симптомы возникли и прогрессируют около 2 месяцев. Из анамнеза известно, что в детстве наблюдались явления экземы (лицо, кисти рук) на пищевые аллергены (молоко). Свое состояние связывает с нервным перенапряжением во время сессии. Объективно: процесс распространенный,

локализуется преимущественно на коже сгибательных поверхностей локтевых и коленных суставов, затылочной области и области декольте. Представлен в виде, слившихся в очаги, папул с экскориациями и геморрагическими корочками на поверхности. Очаги гиперпигментированы, инфильтрированы с элементами лихенификации и выраженным белым дермографизмом. Кожа сухая. На коже нижних век гиперпигментация и дополнительная складка Денни-Моргана. ЧДД - 16 в минуту, АД -120/80мм.рт.ст., Ps-60 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

1. Предположительный диагноз.
2. Укажите возможные причины заболевания
3. Составьте план обследования.
4. Назовите принципы лечения.

10. Задача № 10 (холинергическая крапивница).

Больной А., 18 лет, студент, обратился к врачу в связи с появлением в течение последнего года высыпаний. Сыпь обычно возникает через 5-7 минут после физической нагрузки (бег, ходьба по лестнице, занятия в спортзале и пр.), в виде красных пятен и мелких волдырей, локализуется на лице, верхней половине груди и спины, иногда распространяется на живот, ягодицы, бедра, сопровождается сильным зудом и проходит через 1-3 часа после прекращения нагрузки. Накануне обращался к врачам скорой помощи в связи с впервые возникшим эпизодом головокружения с сильным слюнотечением, тошнотой, однократной рвотой, болями в животе, на фоне вышеописанных высыпаний. Связывает это состояние с сильными эмоциональными и физическими нагрузками (опаздывал на важный экзамен). Самочувствие улучшилось после внутривенного введения глюкокортикостероидов. На момент осмотра жалоб нет. Аллергологический анамнез спокойный, непереносимости лекарственных препаратов и пищи не отмечает. Признаков бытовой, пыльцевой, эпидермальной сенсibilизации нет. Вредные привычки – отрицает. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,4. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности. Дермографизм красный, нестойкий. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД -120/80мм.рт.ст., Ps-56 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

1. Предположительный диагноз. Что за эпизод ухудшения самочувствия имел место накануне?
2. Составьте план обследования.
3. Какие тесты являются основными для подтверждения диагноза.
4. Укажите факторы, способствующие обострению заболевания.
5. Назовите принципы лечения.

11. Задача № 11 (холодовая крапивница).

Больная С., 37 лет, предъявляет жалобы на высыпания в виде зудящих волдырей, появляющихся на лице, кистях после контакта с холодом (холодный ветер, дождь, снег) при согревании, несколько раз в течение последнего месяца (февраль) отмечала ангиоотёки лица (веки, губы), что значительно ограничивало работоспособность. Однократно - через 15-20 минут после употребления холодной колы (в гостях у подруги) появилась осиплость голоса, кашель, затрудненное дыхание, в связи с чем обращалась в «скорую помощь». Врач диагностировал начинающийся отек гортани, от госпитализации отказалась, после проведенного лечения отек постепенно прошел. Аллергологический анамнез спокойный, непереносимости лекарственных препаратов и пищи не отмечает. Признаков бытовой, пыльцевой, эпидермальной сенсibilизации нет. Вредные привычки – отрицает. На момент осмотра высыпаний нет (на холоде не была, приехала на консультацию на такси). Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,4. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности. Дермографизм красный, нестойкий. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД -120/80мм.рт.ст., Ps-60 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Дункан-тест – положительный.

1. Предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования.

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Опишите методику постановки дункан- теста.</li> <li>4. Какие еще тесты могут быть использованы для подтверждения диагноза, если дункан-тест отрицательный.</li> <li>5. Назовите принципы лечения.</li> </ol> <p>12. Задача 12 (синдром Стивенса – Джонсона с поражением кожи и слизистой ротовой полости, вероятно медикаментозной этиологии (пенициллин, ибупрофен). Ребенок 12 лет заболел лакунарным тонзиллитом, лечился пенициллином, ибупрофеном с положительным эффектом. На 5 сутки лечения на красной кайме губ, слизистой оболочке преддверия полости рта появились мелкие эрозии, покрытые налетом желтоватого цвета. На различных участках кожи появились пятна гиперемии округлой формы, в области некоторых из них образовались пузыри, заполненные мутноватым содержимым.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте диагноз.</li> <li>2. Определите тактику лечения.</li> </ol> <p>13. Задача 13 (пищевая аллергия к белкам куриного яйца (вероятно в леветину желтка). Атопический дерматит, локализованная форма, легкого течения, обострение) Ребенок 4 года, жалобы на высыпания на щеках после употребления в пищу яйца всмятку. Из анамнеза известно, что ребенок часто ест яйца. Высыпания у него периодические в заушных областях в виде мокнутия (используют бепантен). Ребенок готовится к посещению детского дошкольного учреждения, необходимо решить вопрос о проведении вакцинации против гриппа, привит по возрасту, без осложнений.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. 1. Сформулируйте предварительный диагноз.</li> <li>4. 2. Назначьте необходимое обследование.</li> <li>5. 3. Рекомендации по лечению и вакцинации.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Клиническая иммунология»</p>	<p>14. Задача № 14 (наследственный ангиоотек). Больная В., 18 лет, госпитализирована экстренно с отеком лица (губы, подбородок), с распространением на шею и нарастающими явлениями затрудненного дыхания, осиплостью голоса, лающим кашлем. Кожного зуда и высыпаний не отмечает. Отек появился и постепенно прогрессировал после стоматологического вмешательства (удаления зуба мудрости), после чего прошло около 36 часов. Бригадой «СКОРОЙ ПОМОЩИ» введены преднизолон 90 мг, супрастин 1% - 2 мл – без эффекта. В прошлом аллергических реакций не отмечала, в том числе на местные анестетики. Среди родственников аллергиков нет, но у бабушки были похожие острые отеки, умерла от отека гортани в 45 лет. Объективно: Состояние тяжелое, температура 37,2 . Кожа и слизистые обычного цвета и влажности. Отек нижней части лица – губы, подбородок и шеи, неотличимый по цвету от здоровых участков кожи, высыпаний, расчесов нет. Слизистая оболочка полости рта, неба, язычка отечные, обычного цвета, без налетов и высыпаний. ЧДД - 26 в минуту, АД - 110/60, Ps-100 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, чистые, в легких дыхание поверхностное, с затрудненным вдохом, везикулярное, без локальных изменений. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположительный диагноз.</li> <li>2. Тактика ведения больной на данном этапе.</li> <li>3. Дальнейшие диагностические мероприятия, принципы лечения.</li> </ol> <p>15. Задача № 15 Больная В., 37 лет, поступила в Институт иммунологии г. Москвы для уточнения диагноза. Жалобы при поступлении: общая слабость, боли в конечностях, спине, мышцах, чувство нехватки воздуха, сердцебиение, непостоянная колющая боль в области сердца, постоянный субфебрилитет. В анамнезе: наблюдение у ревматолога и нерегулярные курсы бициллинотерапии. Ухудшение самочувствия в течение последних двух лет выражалось выше указанными симптомами. В этот же период отмечалось ускорение СОЭ до 30 мм/ч, повышение <math>\gamma</math>-глобулинов в крови до 28,5 %. Проводились курсы антибактериальной терапии без эффекта, после чего получала далагил также без существенного эффекта. Диагноз ревматизма или заболевания из группы системных ревматологических при консультации и Институте ревматологии был снят. В период пребывания в отделении характер жалоб больной</p>

не менялся. При обследовании: кожные покровы чистые, пальпируются мягкие безболезненные подчелюстные лимфатические узлы, другие группы лимфатических узлов не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Со стороны других внутренних органов при осмотре также без патологии. ЧСС 108 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки и почек патологических изменений не выявлено. Общий анализ крови, мочи, мокроты, биохимический анализ крови – без особенностей. Со стороны внутренних органов – без особенностей. Мазок из зева – рост гноеродного стрептококка. Посев кала выявил выраженный дисбиоз: снижение общего количества кишечной палочки до  $19 \cdot 10^8$ , увеличение кокковой флоры до 46% в общей сумме микробов (норма до 25%), бифидобактерии на нижней границе нормы 107. При иммунологическом обследовании: Е-РОК 82%, М-РОК 7%; Ig A – не определяется, Ig M – 220 мг%, Ig G – 3300 мг%.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения больной на данном этапе.
3. Дальнейшие диагностические мероприятия, принципы лечения.

16. Задача №16

Больная К., 15 лет поступила в отделение иммунодефицитных состояний у детей. Из анамнеза известно, что девочка в течение жизни часто болеет ОРВИ, бронхитами. Общее состояние при поступлении удовлетворительное, жалоб нет. Общий анализ крови (лимфопения), анализ мочи, биохимический анализ крови – без особенностей. Бактериология кала: снижение общего количества кишечной палочки до 56 млн/г (норма 300 – 400 млн/г). В иммунограмме: Ig A – 45 мг%, Ig M – 125 мг%, Ig G – 420 мг%. Е-РОК 70%, М-РОК 6%. Теоф. резист. – 67%, Теоф. чувств. – 13%. Бронхоскопия: двусторонний катаральный эндобронхит 1-2 ст. Рентгенография органов грудной клетки: явления пневмосклероза н/доли справа. Консультация ЛОР-врача: гипоплазия лимфоидной ткани небных миндалин. Общее состояние девочки за время нахождения в отделении было удовлетворительное. Отмечался редкий влажный кашель, слизистые выделения из носа. Получала 1% диоксидин в нос, гентамицин и кефзол в/м, мукалтин, нистатин, тавегил, колибактерин. Проводилась заместительная терапия иммуноглобулином.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения на данном этапе.

17. Задача №17

Больной Н., 5 лет поступил в отделение иммунодефицитных состояний у детей. Из анамнеза известно, что мальчик с годовалого возраста почти ежемесячно болеет ОРВИ, неоднократно переносил бронхиты. В этом возрасте был выявлен дисбиоз. При иммунологическом обследовании было выявлено снижение уровня иммуноглобулинов (А-50, М-64, G-540 мг%). Общее состояние при поступлении удовлетворительное, жалоб нет. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – без особенностей. В соскобе на энтеробиоз обнаружены яйца остриц. В иммунограмме: Ig A – 60 мг%, Ig M – 68 мг%, Ig G – 760 мг%. Нейтрофильный фагоцитоз – 36%. Е-РОК 68%, М-РОК 17%. Теоф. резист. – 50%, Теоф. чувств. – 8%. Анализ кала на дисбиоз: отсутствие бифидумбактерий, резкое снижение количества кишечной палочки, высеивается кишечная палочка со слабо выраженными ферментативными свойствами (более 90%). Рентгенография органов грудной клетки: ограниченный пневмофиброз н/доли справа. Явления хронического бронхита. Консультация ЛОР-врача: хронический катаральный назофарингит. Общее состояние мальчика за время нахождения в отделении было удовлетворительное. Получал пирантел однократно, 1% диоксидин в нос, тимоген по 50 мкг в/м 1 р/д. Выписан в удовлетворительном состоянии.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения на данном этапе.

18. Задача №18

Больной Р., 1 год 10 месяцев. Роды с наложением щипцов. Масса тела при рождении 3200 г, рост 51 см. С 4 мес гнойный конъюнктивит, пиодермия, гайморит, пневмония, абсцесс. Данные бактериальные процессы плохо поддаются антибактериальной терапии. Не перенес никаких детских инфекций. Вакцинирован АКДС. Вводилась полиомиелитная вакцина. В РСК не обнаружено антител против вводимых при вакцинации антигенов. Ребенок отстаёт в массе и росте, плохо переносит коровье молоко. Семейный анамнез без особенностей. Лабораторные

исследования: количество лимфоцитов в пределах возрастной нормы, Влимфоцитов нет, Т-лимфоциты 60 %, Ig A – 0 мг%, Ig M – 0 мг%, Ig G – 0 мг%. Биопсия лимфатического пахового узла – мало клеток, небольшое количество фолликулов с зародышевыми центрами. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз и принципы терапии. ЗАДАЧА №5 Больной М., 10 лет. Роды обычные, вес при рождении 3500 г, рост 54 см. У матери на 3 месяце беременности тяжелая гриппозная инфекция. С 5 месяцев отмечались простудные заболевания, постоянные бронхиты, синуситы, гнойные конъюнктивиты, энтероколит, остеомиелит правой скуловой кости. Не перенес никаких детских инфекций. На втором году жизни перенес менингококковый менингит, перикардит, неоднократные бронхопневмонии. В последующие годы - бронхиты, бронхопневмонии, хронический гайморит с частыми обострениями. Отмечен выраженный терапевтический эффект от применения антибиотиков и гамма-глобулина. При осмотре кожные покровы бледные, явное отставание в физическом и психическом развитии. Лабораторные исследования: содержание Т- и В-лимфоцитов в пределах возрастной нормы. Иммуноглобулины отсутствуют.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения на данном этапе.

19. Задача №19

Больной М., 10 лет. Роды обычные, вес при рождении 3500 г, рост 54 см. У матери на 3 месяце беременности тяжелая гриппозная инфекция. С 5 месяцев отмечались простудные заболевания, постоянные бронхиты, синуситы, гнойные конъюнктивиты, энтероколит, остеомиелит правой скуловой кости. Не перенес никаких детских инфекций. На втором году жизни перенес менингококковый менингит, перикардит, неоднократные бронхопневмонии. В последующие годы - бронхиты, бронхопневмонии, хронический гайморит с частыми обострениями. Отмечен выраженный терапевтический эффект от применения антибиотиков и гамма-глобулина. При осмотре кожные покровы бледные, явное отставание в физическом и психическом развитии. Лабораторные исследования: содержание Т- и В-лимфоцитов в пределах возрастной нормы. Иммуноглобулины отсутствуют.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения на данном этапе.

20. Задача №20

Больной Д. родился на 3 недели раньше положенного срока. Вес при рождении 2400 г, рост 44 см. С 3 месяцев коклюшеподобный кашель, постоянная пиодермия, ринит, молочница, гнойный конъюнктивит обоих глаз, отиты. Привит БЦЖ. Семейный анамнез: две сестры умерли на первом году жизни от болезней с подобными признаками. Семь дочерей двоюродной бабушки умерли в грудном возрасте. Дочери сводной сестры матери умерли в возрасте 6 месяцев вследствие муковисцедоза. Объективно: возраст 6 месяцев, масса тела 4250 г, рост 54 см, мальчик бледный с большим животом, малым количеством подкожной жировой клетчатки, лицо старца. Язык обложен белым налетом. Хронический гнойный ринит, двусторонний средний отит. Температура тела 39оС. Дефицит массы 2200 г и роста 7 см. Лимфатические узлы не пальпируются, чрезвычайно малые миндалины. Данные лабораторных исследований: количество лейкоцитов  $1,5 \times 10^9$ /л. Абсолютное количество лимфоцитов 127. Т- и В-лимфоциты не дифференцируются. Иммуноглобулины: Ig M, Ig G, Ig E – отсутствуют, Ig A – в следовых количествах. Внутривенная проба с туберкулином отрицательная. Рентгенологическое исследование: тени тимуса и селезенки не обнаружено. Отсутствует лимфатическая ткань в носоглотке. Ребенок умер в возрасте 8 месяцев от пневмонии.

1. Предположительный диагноз.

21. Задача №21

Больной С., 6 месяцев. Родился в установленный срок, масса тела при рождении 3220 г, рост 51 см. В первые дни жизни петехиальные кровоизлияния в кожу на лбу, которые рассматривались в связи с родами. На третьей неделе жизни – частые риниты, отиты, двусторонний конъюнктивит. В конце третьего месяца жизни – экзема, себорейный дерматит на лице, теле и конечностях особенно выражен. Периодически отмечено возникновение крупных синих пятен, кровоизлияний в

кожу при небольших травмах, которые распределялись по всему телу. В возрасте 6 мес проведено стационарное обследование по причине частично мокнущей чешуйчатой экземы. Неоднократно перенес тонзиллиты, синуситы, бронхиты, пневмонии. Нет эффекта от гормонов и антибиотиков. Прививка БЦЖ проведена, на месте прививки рубчика нет. Семейный анамнез без особенностей. Объективно: возраст 6 месяцев, вес 7700, рост 66 см. мальчик беспокойный, сильный зуд. Асимметричные крупные пятнистые высыпания коричнево-красного цвета на лице и конечностях. Выраженный дерматит с чешуйчатыми желтыми корочками на голове. Сильный дерматит в паховой области. Местами петехиальные кровоизлияния в кожу головы и тела. Крупная гематома в области левого коленного сустава. Печень и селезенка не увеличены. Пальпируются лимфатические узлы. Лабораторные исследования: картина крови – гранулоцитопения – 1200, тромбоцитопения – 8000, анемия – гемоглобин 8,5 %, лимфопения. Иммуноглобулины: Ig M - нет, Ig G 295 мг%, Ig A 37 мг%. Клеточный иммунитет: внутрикожные пробы – анергия, резко снижена реакция лимфоцитов на ФГА.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения на данном этапе.

22. Задача №22

Больная А, 12 лет. родилась от нормальной беременности, вес при рождении 3400 г, рост 52 см. С 6 мес – пиодермия, конъюнктивиты, отиты, бронхиты, гастроэнтерит. В 2,5 года перенесла коклюш, осложненный пневмонией. С этого времени – постоянные инфекции: перенесла свыше 30 пневмоний (лобэктомия), 18 гнойных ангин, несколько гнойных отитов. Детские инфекции – корь, краснуха, ветряная оспа протекали без осложнений. Умерла от перитонита при наличии амилоидоза почек. Семейный анамнез собрать не удалось. Лабораторные исследования: общий анализ крови – лейкоцитоз с явлениями лимфопении. В иммунограмме – содержание Т- и В-лимфоцитов в пределах нормы, Ig A, Ig G – следы, Ig M – 50 мг%. Не выявлены антитела к бактериям, вирусам и токсинам после прививок АКДС и полиомиелитной вакциной. Биопсия лимфатических узлов – незрелые плазматические клетки, к кортикальной зоне – мало клеток.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения на данном этапе.

23. Задача № 23 (ПИД с поздним дебютом – ОВИН. Рецидивирующий фурункулез, обострение)

Пациент 26 лет жалуется на появление фурункулов на коже различных анатомических областей. Считает себя больным в течение 3 лет, за этот период отмечалось более 10 фурункулов в области туловища, нижних конечностей, лица, требующих хирургического лечения и антибактериальной терапии. 2 года назад – нагноение гематомы левой голени после травмы; полгода назад – абсцесс ягодичной области после внутримышечной инъекции анальгина. Настоящее ухудшение около недели, появилась болезненная припухлость правой подмышечной области, осмотрен хирургом, 2 дня назад выполнено вскрытие, дренирование правостороннего гидраденита; принимает ципрофлоксацин внутрь. Наследственность, аллергологический анамнез не отягощены; хронические заболевания отрицает. При осмотре: состояние удовлетворительное. Нормотермия. Среднего физического развития, без дефектов. Кожные покровы обычной окраски, множественные рубцы в области ягодиц, спины, ног. Вскрытый абсцесс правой подмышечной области под повязкой. Периферические лимфоузлы не пальпируются. По внутренним органам без особенностей. ОАК: гемоглобин 145 г/л, лейкоциты 10,4 x 10<sup>9</sup>/л, нейтрофилы 78%, лимфоциты 10%, СОЭ 25 мм/ч. Иммунограмма: СД3 50%, СД4 55%, СД8 15%, СД20 6%; ИРИ 3,5; ФАН 40%, ФЧ 6, показатель завершенности фагоцитоза в норме, НСТ тест повышен; IgM 0,1 г/л, IgA 1,8 г/л, IgG 3 г/л.

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Сделайте клинико-иммунологическое заключение.
3. Лечебная тактика.

24. Задача № 24 (ПИД- Атаксия – телеангиоэктазия (синдром Луи-Бар).

Ребенок 5 лет. Жалобы на частые простудные заболевания (отиты, бронхиты, риносинуситы). На момент осмотра переносит внебольничную пневмонию. Наблюдается у невролога с задержкой умственного развития. Мать отмечает у ребенка наличие неустойчивой походки (часто падает, теряя равновесие), перестал кататься на самокате. Объективно: Состояние средней тяжести. На коже лица и

	<p>конъюнктивах сосудистые «звездочки». При аускультации в левых отделах грудной клетки ослабление дыхания, влажные хрипы. В ОАК: лейкоцитоз <math>12 \times 10^9/\text{л}</math>, п/я-10 %, СОЭ-40 мм/ч. Рентгенограмма грудной клетки: левосторонняя нижнедолевая пневмония. Бронхо-альвеолярный лаваж: выявлена <i>Haemophilus influenzae</i>. В иммунограмме: снижение количества Т-лимфоцитов и их функциональной активности, снижение в плазме крови иммуноглобулинов IgA, IgG, IgE.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте предварительный диагноз.</li> <li>2. Какими методами можно подтвердить диагноз?</li> <li>3. Принципы терапии.</li> </ol> <p>25. Задача № 25 (Синдром гиперпродукции IgE (синдром Иова). Ребенок 6 лет впервые на приеме у аллерголога. Направлен на осмотр в связи с выявлением в анализе крови повышения общего IgE до 1050 МЕ/мл. Из анамнеза: ребенок с раннего возраста переносил тяжелые инфекционные заболевания (повторные гнойные отиты, неоднократно внебольничную пневмонию, постинъекционные абсцессы). Объективно: состояние удовлетворительное. Гипотрофия, отставание в нервно- психическом развитии. На коже множественные рубцы (следы после вскрытия абсцессов). Увеличение периферических лимфоузлов (пальпируются до 1 см эластичные, безболезненные подчелюстные, шейные, подмышечные). Гипертрофия небных миндалин до 3 степени. Нарушение прорезывания зубов, множественный кариес. Аускультативно над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧД 18 в 1 мин., ЧСС 88 в 1 мин. Наследственный аллергологический анамнез не отягощен. При лабораторном обследовании атопии не выявлено.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. О каком иммунодефиците можно думать? Какое звено иммунореактивности затронуто?</li> <li>2. План обследования.</li> <li>3. Возможности иммунологической коррекции.</li> </ol> <p>26. Задача № 26 (Наследственный ангиоотек, вызванный дефицитом ингибитора 1 компонента комплемента). Пациент 19 лет поступил на стационарное лечение с жалобами на выраженный отек верхних век обоих глаз. Заболел остро после перенесенной неделю назад ОРВИ легкого течения. При осмотре определялся отек верхних век обоих глаз с почти полным смыканием глазных щелей. Конъюнктивы розового цвета, патологических выделений из глаз нет. Аллергологический и наследственный анамнез не отягощены. Осмотрен аллергологом, диагностирован «ангионевротический отек верхних век», назначено лечение кортикостероидами и антигистаминными препаратами внутрь и парентерально. В общем анализе крови воспалительной реакции и эозинофилии не выявлено, уровень общего IgE 10 МЕ/мл. На фоне проводимого лечения положительной динамики в течение 10 суток не наблюдалось. Через 2 недели отеки верхних век спонтанно разрешились.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте предположительный диагноз, назовите причину и триггеры данного заболевания.</li> <li>2. Укажите характерные клинические проявления заболевания.</li> <li>3. Неотложная помощь.</li> </ol>
--	--

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 18.Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b> 61 – 75
<b>Удовлетворительно (3)</b>	76– 90

- 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b>	91 – 100
-91-100 <b>Отлично (5)</b>	

### 19.Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	21. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	22. Знание алгоритма решения
	23. Уровень самостоятельного мышления
	24. Аргументированность решения
	25. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### 20.Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

### 21.Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная

<p>- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b></p> <p>-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b></p>	<p>корректность</p> <p>4. Полнота раскрытия вопроса</p> <p>5. Наличие образных или символических опорных компонентов</p> <p>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>
--	---

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Аллергология и иммунология»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-96	1-26	1-29	1-29	
ОПК	1	3,5,7,9,11,12,18,20,35-44,55,56,59-62,65-69,72-78,82,84,90-96	1-26	1, 11-29	1-3, 11-24, 26-28	
	2	1,2	1-26	1,11-29	1,3, 11-24	

	<b>5</b>	3-21,23-32,36,37,39-43,45-48,55,56,60-63,65-69,72-82,84-96	1-26	11-29	8-24, 26	
	<b>8</b>	22,33-36,38,44,49-54,57-59,64,70,71,83	1-26	1, 11-29	1-3, 11-24, 26	

## 12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 36 часов

Формы контроля – рефераты, дискуссия

### Вопросы и задания для самоконтроля:

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы клинической аллергологии-иммунологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Особенности строения и функционирования иммунной системы.</li><li>2. Клетки врожденного иммунитета.</li><li>3. Гуморальные компоненты врожденного иммунитета.</li><li>4. Клеточные и гуморальные компоненты приобретенного иммунитета.</li><li>5. Субпопуляции и фенотип Т-клеток.</li><li>6. Виды и характеристика В-клеток.</li><li>7. Характеристика системы цитокинов (ЦК). Классификация цитокинов.</li><li>8. Свойства цитокинов. Роль ЦК в регуляции иммунного ответа.</li></ol>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Клиническая аллергология»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>9. Организационные принципы помощи больным аллергическими заболеваниями и иммунопатологией.</li><li>10. Методы диагностики и лечения аллергических заболеваний.</li><li>11. Аллергенспецифическая иммунотерапия.</li><li>12. Неотложные состояния в аллергологии: анафилактический шок, отек Квинке.</li><li>13. Пищевая аллергия.</li><li>14. Аллергодерматозы. Атопический дерматит.</li><li>15. Лекарственная аллергия.</li><li>16. Принципы ступенчатой терапии бронхиальной астмы.</li></ol>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Клиническая иммунология»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>17. Оценка иммунного статуса, формирование иммунологического диагноза.</li><li>18. Иммунодиагностика заболеваний иммунной системы.</li><li>19. Иммунотерапия. Иммуномодулирующие препараты, иммунодепрессанты, их использование при различных видах патологии.</li><li>20. Врожденные иммунодефициты: этиопатогенез, классификация.</li><li>21. Врожденные иммунодефициты: клинические и лабораторные критерии диагностики.</li></ol>

	<p>22. Приобретённые иммунодефициты: клинические и лабораторные критерии диагностики.</p> <p>23. Роль медико – генетического консультирования в пре- и постнатальной диагностике иммунодефицитных состояний.</p> <p>24. Роль генетических факторов в развитии иммунной патологии.</p>
--	---

**Перечень дискуссионных тем :**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы клинической аллергологии-иммунологии»</p>	<p>8. Современные представления о врожденном иммунитете.</p> <p>9. Современные представления о строении и функционировании цитокиновой сети, её значение в развитии аллергопатологии.</p> <p>10. Вакцинопрофилактика в 21 веке.</p> <p>11. Вакцинация беременных.</p> <p>12. Проблемы иммунотерапии.</p> <p>13. Лихорадка неясного генеза: дифференциально - диагностический алгоритм.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Клиническая аллергология»</p>	<p>14. Особенности терапии аллергопатологии у беременных.</p> <p>15. Проблемы диагностики синдрома перекрёста БА-ХОБЛ.</p> <p>16. Нарушение микробиоты организма при atopическом дерматите.</p> <p>17. Роль элиминационной диеты мамы в пре- и постнатальной профилактики atopического дерматита.</p> <p>18. Принципы выбора молочной смеси для профилактики и лечения пищевой аллергии.</p> <p>19. Инъекционные и пероральные методы АСИТ: преимущества и недостатки.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Клиническая иммунология»</p>	<p>20. Ятрогенные иммунодефициты: проблемы диагностики и лечения.</p> <p>21. Биология ВИЧ.</p> <p>22. Первичные иммунодефициты у взрослых.</p> <p>23. Вторичные иммунодефициты у детей, понятие «часто болеющий ребёнок».</p> <p>24. Оценка иммунного статуса у «часто болеющих детей», возрастные особенности иммунограммы.</p> <p>25. Таргетная терапия: моноклональные антитела в лечении аллергических заболеваний.</p>

**Темы рефератов**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1</p>	<p>1. Эпидемиология аллергических болезней в России и за</p>
----------------------------------	--

<p>«Общие вопросы клинической аллергологии-иммунологии»</p>	<p>рубежом.</p> <p>2. Современные представления о врожденном иммунитете.</p> <p>3. Воспаление как основа патологического процесса различного генеза.</p> <p>4. Система комплемента, методы ее оценки, клиническое значение.</p> <p>5. Цитокины и антицитокиновая терапия в клинической практике.</p> <p>6. Системные и топические глюкокортикостероиды: дифференцированный подход к применению.</p> <p>7. Особенности применения антигистаминных препаратов у детей.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Клиническая аллергология»</p>	<p>8. Подходы к использованию глюкокортикостероидов в терапии аллергопатологии у детей.</p> <p>9. АСИТ как новый шаг в лечении атопического дерматита.</p> <p>10. Пищевая аллергия и пищевая непереносимость.</p> <p>11. Тяжелые токсико-аллергические реакции. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Терапия. Профилактика. Прогноз.</p> <p>12. Варианты клинического течения анафилактического шока в зависимости от тяжести и основных симптомов.</p> <p>13. Аллергический бронхолегочный аспергиллез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.</p> <p>14. Эфферентная терапия аллергических заболеваний (плазмаферез, гемосорбция, специфическая иммуносорбция): показания к их применению, механизм действия, осложнения и их профилактика.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Клиническая иммунология»</p>	<p>15. Иммунопрофилактика: за и против.</p> <p>16. ВИЧ-инфекция: современное состояние проблемы.</p> <p>17. ВИЧ-инфекция: современные достижения в диагностике и лечении.</p> <p>18. Биологическая терапия в иммунологии.</p> <p>19. Возрастные особенности иммунного ответа.</p> <p>20. Молекулярные механизмы активации лимфоцитов. Апоптоз.</p> <p>21. Дефекты продукции антител; комбинированные иммунодефициты; дефекты фагоцитоза; дефекты системы комплемента.</p>

**Критерии и шкала оценивания**

## 5. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

## 6. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность
	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«КЛИНИЧЕСКАЯ БИОХИМИЯ»**

**БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

**Водно-электролитный баланс.**

**1. Нарушения функций организма при гипонатриемии могут проявляться:**

Выберите один или несколько ответов:

- a. Расстройством функции сердечно-сосудистой системы
- b. Мышечной слабостью
- c. Повышенным тонусом мышц
- d. Артериальной гипертензией

**2. При гипоосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:**

Выберите один или несколько ответов:

- a. Осмотическое давление плазмы ниже нормы
- b. Расстройства функций ЦНС
- c. Гиперволемиа
- d. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- e. Осмотическое давление плазмы в норме
- f. Гиповолемиа

**3. Отрицательный водный баланс (гипогидратация) наблюдается при следующих патологических состояниях:**

Выберите один или несколько ответов:

- a. Сахарный диабет
- b. Отеки
- c. Эксикоз
- d. Вторичный гиперальдостеронизм
- e. Несахарный диабет

**4. В палату интенсивной терапии реанимации поступает больной 30 лет, масса тела 70 кг. Диагноз: астматический статус.**

Из данных клинико-лабораторного обследования: жалобы на удушье, сильную жажду, сухость во рту, затруднение вдоха и особенно выдоха; одышка, плохое отхождение мокроты; ЧДД 36 в 1 минуту, в легких аускультативно: сухие хрипы, зоны ослабления и отсутствия дыхания; АД 140/100, пульс 100 ударов, спавшиеся с трудом пунктируемые вены; содержание в крови натрия 160 ммоль/л, калия 5,7 ммоль/л, показатель гематокрита 45%; диурез 400 мл в сутки, относительная плотность мочи 1030.

Установите тип дисгидрии.

**5. Больному N за сутки перелито 783мл физиологического раствора. Сколько Na<sup>+</sup> получил больной в этом объеме.**

**6. Выделение альдостерона наблюдается под действием следующих факторов:**

Выберите один или несколько ответов:

- a. Гипонатриемии
- b. Уменьшения объема циркулирующей крови
- c. Возбуждения симпатического отдела нервной системы
- d. Увеличения артериального давления
- e. Ренина

- f. Увеличения осмотического давления крови
- g. Гипернатриемии

**7. Больному К за сутки перелито 575мл физиологического раствора. Сколько NaCl получил больной в этом объеме.**

**8. Перемещение воды между клеточным и внеклеточным секторами организма определяется изменением осмотического давления внеклеточной жидкости.**

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

**9. При гиперосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:**

Выберите один или несколько ответов:

- a. Гиповолемия вследствие сгущения крови
- b. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- c. Повышение температуры тела
- d. Расстройства кислотно-основного состояния в виде ацидоза
- e. Расстройства кислотно-основного состояния в виде алкалоза
- f. Осмотическое давление плазмы в норме
- g. Расстройства функций ЦНС вплоть до комы
- h. Осмотическое давление плазмы ниже нормы плазмы

**10. Наибольшее количество воды (в % от массы тела) содержится в организме:**

Выберите один ответ:

- a. взрослой женщины
- b. подростка 14 лет
- c. новорожденного
- d. взрослого мужчины
- e. пожилого человека

**11. При гипоосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:**

Выберите один или несколько ответов:

- a. Осмотическое давление плазмы ниже нормы
- b. Расстройства функций ЦНС
- c. Гиперволемиа
- d. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- e. Осмотическое давление плазмы в норме
- f. Гиповолемия

**12. Нарушения функций организма при гипонатриемии могут проявляться:**

Выберите один или несколько ответов:

- a. Расстройством функции сердечно-сосудистой системы
- b. Мышечной слабостью
- c. Повышенным тонусом мышц
- d. Артериальной гипертензией

### **Кислотно-основные состояния**

1. Больной с гломерулонефритом.

Показатели		Реф.интервал
------------	--	--------------

pH	7.23	7,36-7,44
pCO <sub>2</sub>	34 мм.рт.ст.	40± 5мм Hg
SB	16 ммоль/л	20-26 ммоль/л
AB	13 ммоль/л	19-25 ммоль/л
BE	11.0 ммоль/л	±2.3 ммоль/л
Титрационная кислотность мочи	8 мл щелочи	10-30 мл щелочи
Аммиак мочи	8 ммоль/л	20-50 ммоль/л

Выберите наиболее подходящие объяснения изменений лабораторных показателей

Выберите один или несколько ответов:

- Показатель pH (7.23) резко смещен в кислую сторону и находится за пределами нормы (7.36-7.42), что заставляет предполагать наличие у больного некомпенсированного алкалоза
- Данные о показателе BE (-11.0 ммоль/л при норме -3.3 -+2.3) свидетельствует о полном исчерпании щелочных резервов крови.
- Показатели AB и SB ниже нормы. Для правильного решения задачи особенно важно резкое снижение уровня показателя AB, что свидетельствует о неспособности бикарбонатного буфера компенсировать ацидоз.
- Диагноз: некомпенсированный выделительный ацидоз
- Диагноз некомпенсированный смешанный ацидоз
- Показатели ТК и аммиака мочи значительно ниже нормы. При столь выраженном ацидозе это может означать только одно – почки не в состоянии выполнять свою функцию выведения из организма кислых продуктов метаболизма
- Показатель pCO<sub>2</sub> (34 мм.рт.ст.) находится в пределах нормы (32.5-46.6 мм.рт.ст.). Следовательно, оснований предполагать газовый характер ацидоза у нас нет.

## 2. Выберите единственный верный ответ.

**К причинам негазового алкалоза относят:**

Выберите один ответ:

- неукротимую рвоту с большой потерей соляной кислоты, прием диуретиков, хлордиарею.
- сахарный диабет, хлордиарею, неукротимую рвоту с большой потерей соляной кислоты.
- неукротимую рвоту с большой потерей соляной кислоты, прием диуретиков, сахарный диабет.

## 3. Верно ли, что респираторный алкалоз развивается при горной болезни?

Выберите один ответ:

- Верно  
Неверно

## 4. Вычислить pH раствора, содержащего 0,001 М HCl

Ответ:

## 5. Сколько % составляет буферная емкость белкового буфера от общей буферной емкости крови.

**Патохимия обмена пуриновых и пиримидиновых нуклеотидов. Гиперурикемия. Нуклеиновые кислоты. Репликация и репарация ДНК.**

### 1. Глицин является предшественником:

Выберите один или несколько ответов:

- Глутатиона
- Порфиринов
- Холестерина
- Креатина
- Непарных желчных кислот

## 2. Метотрексат:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Не активен в отношении быстро растущих клеток
- b. Ингибитор синтеза пуринов
- c. Ингибитор синтеза тимидилата
- d. Активатор синтеза пуринов
- e. Бактериостатический препарат
- f. Активен в отношении быстро растущих клеток

## 3. Витамины, участвующие в метаболизме Сер и Гли:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Тиамин
- b. Фолиевая Кислота
- c. Рибофлавин
- d. Биотин

## 4. Формальдегид образуется:

Выберите один ответ:

- a. При восстановлении этанола
- b. При окислении метиленового мостика в H<sub>4</sub>-ТГФ
- c. При окислении уксусной кислоты
- d. При окислении этанола
- e. При восстановлении метанола
- f. Пиридоксин

## 5. Соединения, для синтеза которых необходимы одноуглеродные фрагменты:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Адреналин
- b. Глицин
- c. Урацил
- d. Парные желчные кислоты
- e. Норадреналин
- f. Тимин
- g. Глюкоза

## Нарушения обмена и транспорта холестерина. Атеросклероз. Оценка риска осложнений атеросклероза.

1. Первым коммерческим статином был

Ответ:

2. Общепринятая современная классификация гиперлиппротеинемий была предложена в 1965г ....

Ответ:

3. Низкая концентрация холестерина в сыворотке крови может быть проявлением

Выберите один ответ:

- 1. синдрома печеночно-клеточной недостаточности;
  - 2. синдрома цитолиза;
  - 3. синдрома холестаза;
  - 4. мезенхимально-воспалительного синдрома;
  - 5. синдрома портальной гипертензии.
4. Антисмысловые олигонуклеотиды (АСО)

Выберите один или несколько ответов:

- a. представляют собой синтетические одноцепочечные молекулы рибонуклеиновой кислоты

(РНК) длиной от 8 до 50 нуклеотидов;

b. Мипомерсен - препарат на основе АСО блокирует ген апоВ-100 и предотвращает транскрипцию РНК апо-В100;

c. Мипомерсен - препарат на основе АСО специфически связывает мРНК апоВ-100 и предотвращает транслокации мРНК для формирования функционального апо-В100;

d. представляют собой синтетические одноцепочечные молекулы дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) длиной от 8 до 50 нуклеотидов;

e. in vivo подвергаются быстрой деградации под действием нуклеаз;

f. они целиком или частично связываются с рибонуклеиновой кислотой (РНК) и препятствуют дальнейшей трансляции мРНК в белок;

g. в связи с малыми размерами резистентны к действию нуклеаз;

h. они целиком или частично связываются с дезоксирибонуклеиновой кислотой (ДНК) и тем самым препятствуют экспрессии гена;

5. Биологическая роль ненасыщенных жирных кислот

Выберите один ответ:

1. предшественники простагландинов;

2. участие в поддержании кислотно-основного равновесия;

3. иммунный ответ;

4. являются предшественниками кортикостероидов;

5. транспортная функция.

6. Укажите целевой уровень хЛНП у мужчины 42 лет с высоким кардиальным риском

Выберите один ответ:

a. менее 3,5 ммоль/л;

b. не более 1,8 ммоль/л;

c. не более 3,5;

d. менее 2,5 ммоль/л;

e. менее 5,5 ммоль/л.

### **Заключительный тест**

1. **Гипокальциемия приводит к повышению нервно-мышечной возбудимости и развитию судорог?**

Выберите один ответ:

Верно

Неверно

2. **В норме рН артериальной крови колеблется в пределах:**

Выберите один ответ:

a. 7,45-7,55

b. 7,25-7,35

c. 7,35-7,45

3. **Прием одновременно с аторвастатином сока грейпфрута может сказаться на фармакокинетике препарата.**

Выберите один ответ:

Верно

Неверно

4. **Верно ли, что арахидоновая кислота является вторичным посредником в тирозинкиназной системе внутриклеточной передачи сигнала?**

Выберите один ответ:

Верно

Неверно

**5. Верно ли, что арахидоновая кислота является вторичным посредником в тирозинкиназной системе внутриклеточной передачи сигнала?**

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

**6. Гликогенез преобладает над гликогенолизом в печени при:**

Выберите один ответ:

- гепатозах
- гипоксии
- гепатитах
- циррозе печени
- гликогенозах

**7. Больному N за сутки перелито 1482мл физиологического раствора. Сколько Na<sup>+</sup> получил больной в этом объеме.**

**Ответ:**

Выберите единицу измерения

Выберите...

- грамм
- мг

**8. Синтез дезоксирибонуклеотидов происходит путем синтеза de novo из 2 - дезоксианалогов ФРПФ**

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

**9. Назовите эндогенный лиганд рецепторов ORL<sub>1</sub>?**

Ответ:

**10. Болевая чувствительность** - возникает только под действием повреждающего фактора: боли носят острый режущий характер, обладают точной локализацией, но к ней можно приспособиться (явление адаптации). Это более новый путь болевой чувствительности.

**11. цАМФ является вторичным посредником для рецепторов к следующим гормонам:**

Выберите один или несколько ответов:

- a. ТТГ
- b. Кальцитонин
- c. окситоцин
- d. ангиотензин
- e. Глюкагон

**12. Реакцию превращения 3-фосфоглицерата в серин катализирует:**

Выберите один или несколько ответов:

- a. Фосфоорилаза В
- b. Карбонат дегидратаза
- c. Серин гидроксиметилтрансфераза
- d. Серин фосфатаза
- e. Серин аминотрансфераза
- f. Фосфоглицерат киназа

13. Больная А. 58 лет, с массой тела 75 кг, приняла 5 таблеток фуросемида. Жалуется на утомляемость, слабость в ногах, миалгию. Калий сыворотки 3,3 ммоль/л. Рассчитайте дефицит калия.

Ответ:

Выберите единицу измерения

14. Больная А. 58 лет, с массой тела 75 кг, приняла 5 таблеток фуросемида. Жалуется на утомляемость, слабость в ногах, миалгию. Калий сыворотки 3,3 ммоль/л. Рассчитайте дефицит калия.

Ответ:

Выберите единицу измерения

**15. Низкая концентрация холестерина в сыворотке крови может быть проявлением**

Выберите один ответ:

- a. мезенхимально-воспалительного синдрома
- b. синдрома цитолиза
- c. синдрома холестаза
- d. синдрома печеночно-клеточной недостаточности
- e. синдрома портальной гипертензии

**16. Из чего состоят кристаллы, откладывающиеся при хронической подагре в тканях и суставах?**

Выберите один ответ:

- a. Ураты
- b. Оксалаты
- c. Гидроксиапатиты
- d. Карбонат кальция

**17. К экстраренальным путям элиминации электролитов из организма относятся:**

Выберите один или несколько ответов:

- a. Кожа
- b. Ротовая полость (гиперсаливация)
- c. Желудочно-кишечный тракт (диарея)
- d. Органы дыхания
- e. Сосудистое русло (например, острая кровопотеря)

18. Формула расчета значений хЛНП была предложена .....

Ответ:

19. Вычислить рН раствора, содержащего 0,001 М HCl

Ответ:

**20. Верно ли, что при активации опиоидных рецепторов происходит ингибирование аденилатциклазы?**

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

21. Быстрая боль направляется через Ad-волокна, которые заканчиваются в сегменте I заднего рога спинного мозга. Здесь вторые по порядку в этом пути, передаточные нейроны вступают в дальнейший контакт и поднимают сигнал через позвоночные столбы. Эти волокна затем пересылают сигнал в вентролатеральные ядра таламуса. 22. Оттуда третьи нейроны

связываются с соматосенсорными полями коры головного мозга. Быстрая боль легко локализуется, если Аδ-волокна стимулируются совместно с тактильными рецепторами.

23. Больной 3. 26 лет. Жалобы на слабость, утомляемость, апатию. Периодические мышечные параличи и боли в мышцах. Брадикардия. В детстве неоднократно лечился стационарно по поводу рецидивирующего нефрита. Гипертония 1 ст. Постоянно принимает эналаприл и верошпирон. Для уточнения генеза заболевания назначено определение чресканальцевого калиевого градиента. Уровень калия в сыворотке - 6 ммоль/л, в моче - 60,7 ммоль/л. Осмолярность плазмы 297мосм/кг, мочи - 657мосм/кг. Рассчитать чресканальцевый калиевый градиент.

Ответ:

**24. Всасывание липидов происходит преимущественно в**

Выберите один ответ:

- a. полости рта
- b. тонком кишечнике
- c. во всех отделах ЖКТ
- d. толстом кишечнике
- e. желудке

**25. Величина онкотического давления крови определяется:**

Выберите один ответ:

- a. низкомолекулярными азотистыми соединениями
- b. ионами
- c. углеводами
- d. белками
- e. липидами

**26. При гиперосмолярной гипогидратации в организме возникают следующие нарушения:**

Выберите один или несколько ответов:

- a. Повышение температуры тела
- b. Расстройства кислотно-основного состояния в виде алкалоза
- c. Осмотическое давление плазмы в норме
- d. Гиповолемия вследствие сгущения крови
- e. Расстройства кислотно-основного состояния в виде ацидоза
- f. Осмотическое давление плазмы выше нормы
- g. Осмотическое давление плазмы ниже нормы плазмы
- h. Расстройства функций ЦНС вплоть до комы

**27. Под влиянием ПАБК антибактериальное действие сульфаниламидов:**

Выберите один ответ:

- a. Не Влияет
- b. Снизится
- c. Изменяется в зависимости от дозы или концентрации
- d. Усилится

28. Микросомальный триглицерид-переносящий белок – МТТР (Microsomal Triglyceride Transfer Protein):

Выберите один или несколько ответов:

- a. Субъединица М МТТР важнейший компонент ЛВП
- b. блокирует синтез холестерина на уровне образования мевалоната
- c. имеет важное значение для сборки и секреции апоВ-содержащих липопротеинов
- d. Lomitapide активирует МТТР в печени

- e. Субъединица PDI проявляет дисульфид изомеризующую активность
- f. состоит из двух субъединиц (M и PDI)

**29. Выделение альдостерона наблюдается под действием следующих факторов:**

Выберите один или несколько ответов:

- a. Гипернатриемии
- b. Уменьшения объема циркулирующей крови
- c. Увеличения артериального давления
- d. Гипонатриемии
- e. Возбуждения симпатического отдела нервной системы
- f. Ренина
- g. Увеличения осмотического давления крови

**30. Верно ли, что сахарный диабет относят к причинам возникновения негазового алкалоза?**

Выберите один ответ:

- Верно
- Неверно

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Подготовка к  
первичной специализированной аккредитации. Симуляционный цикл»**

**Примеры типовых тестовых заданий для проведения текущей аттестации,  
проверяющих знания и умения в рамках компетенции (УК-1, УК-3, УК-4,  
УК-5, ОПК-9, ОПК-10)**

1. Порядок оказания первичного реанимационного пособия (один врач):
  - a. внутрисердечные инъекции; проведение искусственной вентиляции легких; непрямой массаж сердца; режим - 1 дыхательное движение + 5 компрессий на грудную клетку
  - б. непрямой массаж сердца; режим - 2 дыхательных движения + 30 компрессий на грудную клетку; обеспечение проходимости дыхательных путей; проведение искусственной вентиляции легких;**
  - в. непрямой массаж сердца; проведение искусственной вентиляции легких; внутрисердечные инъекции; режим - 1 дыхательное движение + 10 компрессий на грудную клетку
  - г. искусственная вентиляция легких; внутрисердечное введение адреналина; непрямой массаж сердца;
  - д. режим - 1 дыхательное движение + 15 компрессий на грудную клетку
  - е. непрямой массаж сердца, внутрисердечно 0,1 мл адреналина на 10 мл физиологического раствора; ИВЛ "рот в рот"
2. Перед началом сердечно-легочной реанимации больному следует придать положение
  - а. горизонтальное, на спине с твердой основой**
  - б. на спине с приподнятым головным концом (положение по Фовлеру)
  - в. на спине с опущенным головным концом (положение по Тренделенбургу)
  - г. полусидя с валиком под лопатками
  - д. лежа на спине с повернутой головой в сторону реаниматолога

3. В преагональном состоянии артериальное давление составляет:

- а) **60/20 мм рт.ст.**
- б) 40/0 мм рт.ст.
- в) не определяется
- г) 80/40 мм рт.ст.
- д) 90/45 мм рт.ст.

4. Выполнение коникотомии требуется в случае:

- а) остановки дыхания при электротравме
- б) остановки дыхания при утоплении
- в) отека легких
- г) остановки дыхания вследствие ЧМТ
- д) обтурации верхних дыхательных путей

5. Основными признаками клинической смерти являются:

- А) Нитевидный пульс на сонной артерии
- Б) Расширение зрачков и отсутствие пульса на сонной артерии
- В) Отсутствие пульса на бедренной артерии
- Г) Отсутствие пульса на лучевой артерии

6. Критериями эффективности реанимации являются;

- А) Пульс на сонной артерии во время массажа
- Б) Экскурсии грудной клетки во время массажа
- В) Уменьшение бледности и цианоза, сужение зрачков и пульс на сонной артерии
- Г) Перелом ребер во время массажа

7. Разовая доза адреналина при проведении сердечно-легочной взрослому составляет:

- А) 0,5 мл 0,1 % раствора
- Б) 1,0 мл 0,1% раствора
- В) 3 мл 0,1% раствора
- Г) 5 мл 0,1% раствора

8. При остром инфаркте миокарда чаще всего развивается:

- А) Синусовая брадикардия
- Б) Мерцательная аритмия
- В) Желудочковая экстрасистолия
- Г) Фибрилляция желудочков

9. Самым частым ЭКГ-признаком при внезапной смерти является:

- А) Асистолия
- Б) Фибрилляция желудочков
- В) Полная атриовентрикулярная блокада
- Г) Экстремальная синусовая брадикардия

10. Нажатие на грудину при непрямом массаже сердца проводится:

- А) Всей ладонной поверхностью кисти, не сгибая рук в локтях
- Б) Всей ладонной поверхностью кисти, умеренно руки в локтях
- В) Запястьями, не сгибая рук в локтях
- Г) Запястьями, умеренно сгибая руки в локтях

11. Глубина коматозного состояния определяется:

- А) По выраженности гемодинамических расстройств
- Б) По степени угнетения сознания
- В) По степени угнетения рефлексов
- Г) По глубине дыхания

12. Основным диагностическим критерием типичного острого инфаркта миокарда является:

- А) Артериальная гипотония
- Б) Артериальная гипертензия
- В) Нарушение ритма сердца
- Г) Загрудинная боль продолжительностью более 20 минут
- Д) Холодный пот

13. Противопоказанием для применения морфина у больных с отеком легких является:

- А) Отек легких на фоне инфаркта
- Б) Отек легких на фоне гипертонического криза
- В) Отек легких на фоне порока сердца
- Г) Отек легких у больных старческого возраста

14. При астматическом статусе необходимо:

- А) Прекращение контакта с аллергеном, перорально - антигистаминные препараты
- Б) Повторное введение подкожно адреналина 0,1% 0,2 мл и внутривенное введение эуфиллина 2,4% 10-15 мл
- В) Внутривенное введение эуфиллина 2,4% 10-15 мл, преднизолона 90-120 мг, инфузия 5% глюкозы, ингаляция кислорода
- Г) Внутривенное введение эуфиллина 2,4 % 10-15 мл, эфедрин 5 % 1,0 мл, инфузия физраствора 200 мл

15. Максимальное время, в течение которого может развиваться анафилактический шок составляет:

- А) 3 минуты после введения препарата
- Б) 10 минут после введения препарата
- В) 30 минут после введения препарата
- Г) 1 час после введения препарата

16. Для кетоацидотической комы характерно:

- г. Гипергликемия (более 15 ммоль/л), кетонемия и метаболический ацидоз
- д. Высокая гипергликемия (более 33 ммоль/л), гиперосмолярность крови (более 350 мосмоль/л), выраженная дегидратация
- е. Увеличение продукции и/или снижение клиренса лактата, метаболический ацидоз и тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность
- ж. Гипогликемия, активация вегетативной нервной системы и нейрогликопенические синдромы

17. Лечение тяжелой гипогликемии предусматривает:

- е. В/в струйно 60 мл 40% раствора глюкозы
- ж. 4-5 кусочков или 2-3 чайных ложки сахара
- з. 4-5 таблеток глюкозы
- и. 2 ст.ложки каши или 1 кусок хлеба (1-2ХЕ)

88. При лечении больных с зависимостью от бензодиазепинов нецелесообразно: 1. постепенная отмена бензодиазепинов; 2. назначение финлепсина для предупреждения судорожных припадков; 3. проведение длительной терапии ноотропами для коррекции энцефалопатических

расстройств; 4. назначение в качестве поддерживающего лечения седативных средств.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а. правильны ответы 1, 2 и 3;
- б. правильны ответы 1 и 3;
- в. правильны ответы 2 и 4;
- г. правильный ответ 4;
- д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

20. При проведении дезинтоксикации больным зависимостью от психоактивных веществ назначают: 1. ноотропные средства, витамины; 2. магнезию сернокислую; 3. форсированный диурез; 4. нейролептики.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а. правильны ответы 1, 2 и 3;
- б. правильны ответы 1 и 3;
- в. правильны ответы 2 и 4;
- г. правильный ответ 4;
- д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

21. При состоянии отмены у больных с зависимостью терапия направлена на: 1. коррекцию нарушения сна; 2. купирование адренергического возбуждения; 3. снятие болевого синдрома; 4. купирование диспептических нарушений;

Выберите правильный ответ по схеме:

- а. правильны ответы 1, 2 и 3;
- б. правильны ответы 1 и 3;
- в. правильны ответы 2 и 4;
- г. правильный ответ 4;
- д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

22. Тройной прием Сафара на дыхательных путях включает в себя:

- а. запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и введение воздуховода
- б. выведение нижней челюсти, открытие рта и туалет полости рта
- в. запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и открытие рта
- г. поворот пациента на спину, освобождение дыхательных путей

23. Основным признаком коматозного состояния является:

- а. угнетение гемодинамики
- б. угнетение дыхания
- в. угнетение центральной нервной системы
- г. угнетение периферической нервной системы

24. Наиболее частой причиной кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда является:

- а. тромбоэмболия легочной артерии
- б. обширный некроз миокарда
- в. разрыв межжелудочковой перегородки
- г. тампонада сердца

25. Самым частым ЭКГ-признаком при внезапной смерти является:

- а. асистолия
- б. фибрилляция желудочков
- в. полная атриовентрикулярная блокада
- г. экстремальная синусовая брадикардия

26. Нажатие на грудину при непрямом массаже сердца проводится:
- а. всей ладонной поверхностью кисти, не сгибая рук в локтях
  - б. всей ладонной поверхностью кисти, умеренно руки в локтях
  - в. запястьями, не сгибая рук в локтях
  - г. запястьями, умеренно сгибая руки в локтях

**Критерии оценки тестирования:**

**Оценка «отлично»** - из 10 предложенных заданий в тестовой форме ординатором даны правильные ответы на все задания,

**Оценка «хорошо»** - допущена 1-2 ошибка,

**Оценка «удовлетворительно»** - допущено 3-4 ошибки;

**Оценка «неудовлетворительно»** - допущено более 4 ошибок.

**Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения факультатива (зачет).**

Промежуточная аттестация по программе «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный курс» проходит в виде двухэтапного зачета:

1 этап – оценка теоретических знаний в ходе собеседования.

2 этап – оценка практических навыков и умений на фантомах и муляжах.

**Примеры типовых контрольных вопросов для проведения первого этапа промежуточной аттестации, проверяющих знания в рамках компетенции.**

№	Контрольные вопросы	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
2.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
3.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5

		ОПК-9 ОПК-10
4.	Оказание неотложной помощи при гипергликемии.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
5.	Оказание неотложной помощи при гипогликемии.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
6.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
7.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
8.	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме.	УК-1 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-9 ОПК-10
9.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-10

**Примеры типовых манипуляций для проведения второго этапа промежуточной аттестации, проверяющих умения и навыки в рамках компетенции.**

№	Манипуляции	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной	УК-1

	реанимации на фантоме. Демонстрация.	УК-3 УК-4 ОПК-10
2.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1 ОПК-10
3.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация.	УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-10
4.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация.	УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-10
5.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателями на фантоме. Демонстрация.	УК-1 ОПК-10
6.	Тактика ведения больного при гипогликемии.	УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-10
7.	Тактика ведения больного при гипергликемии.	УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-10
8.	Тактика ведения больного при ЖКК.	УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-10
9.	Тактика ведения больного при ОНМК.	УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-10

### **Критерии оценки освоения компетенций (практических умений и навыков)**

- «зачтено» - ординатор демонстрирует мануальные навыки оказания неотложной помощи в конкретной ситуации при работе в команде; допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет; анализирует результаты собственных действий
- «не зачтено» - ординатор не владеет техникой выполнения неотложных мероприятий в критических ситуациях или делает грубые ошибки при их выполнении, не знает особенностей оказания медицинской помощи пациентам различного возраста, не может самостоятельно исправить ошибки.

## КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ОРДИНАТОРА ПРИ 100-БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЕ.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОТВЕТА	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по факультативу	Оценка
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию ординатора.</p>	А	100-96	<b>ВЫСОКИЙ</b>	5 (5+)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию ординатора.</p>	В	95-91	<b>ВЫСОКИЙ</b>	5
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные ординатором с помощью преподавателя.</p>	С	90-86	<b>СРЕДНИЙ</b>	4 (4+)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.</p>	С	85-81	<b>СРЕДНИЙ</b>	4

<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные ординатором с помощью «наводящих» вопросов преподавателя.</p>	О	80-76	НИЗКИЙ	4 (4-)
<p>Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.</p>	Е	75-71	НИЗКИЙ	3 (3+)
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p>	Е	70-66	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	3
<p>Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания ординатором их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p>	Е	65-61	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	3 (3-)
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа ординатора не</p>	Fx	60-41	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	2

только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.				
Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины.	F	40-0	<b>НЕ СФОРМИР ОВАНА</b>	2

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ  
ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОДГОТОВКА К  
ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ.  
СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС»**

**Объем самостоятельной работы по дисциплине – 24 часа**

<b>№№</b>	<b>Наименование раздела</b>	<b>Содержание самостоятельной работы</b>	<b>Объем в часах</b>
1.	<b>ФТД.2.1 «Экстренная медицинская помощь»</b>		<b>21</b>
	Тема 1. Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в кардиологии	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в кардиологии» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	7
	Тема 2. Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в эндокринологии	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в эндокринологии» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	7
	Тема 2. Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в пульмонологии.	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в пульмонологии.» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	7
2.	<b>ФТД.2.2 Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых</b>		<b>3</b>
	Тема 1. Методика проведения сердечно-легочной реанимации у взрослых	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Расширенная сердечно-легочная реанимация: показания, техника, осложнения, способы их устранения и профилактики» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	3
	<b>ИТОГО:</b>		<b>24 ч</b>

## **Формы контроля выполнения самостоятельной работы:**

- 1) контроль освоения практических навыков на тренажерах и манекенах,
- 2) доклад (сообщение) по избранной теме.

Темы докладов, сообщений даются в контексте тематики конкретного семинарского занятия. Для подготовки доклада, сообщения ординаторам предлагается внеаудиторная работа в библиотеке по избранной теме, работа в электронной информационной базе студента (ЭИОС), образовательном портале и индивидуальные консультации с преподавателем по проблемным и недостаточно понятным вопросам.

## **Требования к оформлению докладов.**

Доклад может быть представлен в визуализационной форме (презентация), либо устно. Выступление должно включать три основные части: введение (отражается план доклада, цель анализа данной проблемы и значение ее решения в теоретическом и практическом планах); содержательная часть (рассматриваются современные представления об особенностях поставленной проблемы в литературе, используемые авторами методы, проводится анализ основных материалов по проблеме, приводятся схемы, графики, рисунки, иллюстрирующие текстовые данные); заключительная часть (подводятся итоги и формулируются вопросы по данной проблеме, которые пока не нашли своего решения в науке).

## **Критерии оценки доклада.**

«5» (отлично) – оценка «отлично» ставится ординатору, показавшему совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрывшему основные положения темы, в докладе которого прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Демонстрируется знание об объекте на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Доклад излагается литературным языком, свободно (не читается) в терминах науки. Активно используется иллюстрационный материал, облегчающий восприятие теоретических данных. Ординатор свободно ориентируется в материале, отвечает

на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, сам может сформулировать вопросы к аудитории по изложенному материалу.

**«4» (хорошо)** – оценка **«хорошо»** ставится ординатору, показавшему умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. При этом ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки, при ответе ординатор пользуется текстом. Доклад сопровождается небольшим количеством иллюстраций. Ординатор ориентируется в материале, отвечает на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, сам может сформулировать вопросы к аудитории по изложенному материалу.

**«3» (удовлетворительно)** – оценка **«удовлетворительно»** ставится ординатору, в докладе которого логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допускаются ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Ординатор не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Ординатор плохо ориентируется в материале, затрудняется при оформлении ответов на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, формулирует вопросы к аудитории по изложенному материалу в лаконичной форме.

**«2» (неудовлетворительно)** – оценка **«неудовлетворительно»** ставится ординатору, не раскрывшему избранную тему в докладе, не ориентирующегося в материале.