федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ПУЛЬМОНОЛОГИЯ**

по направлению специальности

31.08.45 Пульмонология

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.51 Фтизиатрия

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22»июня 2018 г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме \_\_\_\_\_\_\_зачета\_\_\_\_\_\_\_\_.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование компетенции | Индикатор достижения компетенции |
| ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания | Инд.ПК.1.1. Знать факторы риска развития неспецифических болезней органов дыхания |
| Инд.ПК.1.2. Уметь определить наличие неспецифических болезней органов дыхания |
| Инд.ПК.1.2. Владеть методами диагностики неспецифических болезней органов дыхания |
| ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | Инд.ПК.5.1. Знать классификацию неспецифических болезней органов дыхания. |
| Инд.ПК.5.2. Уметь диагностировать неспецифические болезни органов дыхания.  |
| Инд.ПК.5.2. Владеть формулировкой диагноза неспецифических болезней органов дыхания в соответствии с МКБ-10. |

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Модуль *1: Пульмонология***

**Тема 1. Диагностика и терапия ХОБЛ.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: тестирование, устный опрос, собеседование***.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Клинические симптомы, диагностика ХОБЛ.
2. Осложнения ХОБЛ.
3. Медикаментозные средства, используемые в терапии ХОБЛ.
4. Принципы терапии ХОБЛ.

**Тестовые задания:**

1. Из мокроты и бронхиального содержимого больных с обострением ХОБЛ наиболее часто высеваются:
2. золотистый стафилококк;
3. гемолитический стафилококк;
4. пневмококк + гемофильиая палочка;
5. микробные ассоциации из 4 микроорганизмов (стафилококк + пневмококк + гемолитический стрептококк + клебсиелла пневмонии);

е) все перечисленное\*.

1. Важнейшие критерии диагностики ХОБЛ:
2. кашель с мокротой;
3. сухие хрипы;
4. одышка;
5. уменьшение соотношения ОФВ-1/ФЖЕЛ ˂ 70%;
6. наличие факторов риска (курение)
7. все перечисленное\*
8. Для дифференциальной диагностики ХОБЛ с раком легкого необходимо использовать:
9. рентгенологические (рентгенография, компьютерная томография, бронхография) методы;
10. бронхофиброскопию;
11. цитологические и гистологические методы;
12. лабораторные методы;
13. все перечисленные\*.
14. При гнойном обострении ХОБЛ наиболее целесообразно антибактериальную терапию проводить путем:
15. приема антибактериальных препаратов внутрь;
16. введения их внутримышечно или внутривенно;
17. введения эндобронхиально с предварительной эвакуацией гнойной мокроты;
18. ингаляционно\*.
19. Важнейшим из нижеперечисленных дифференциально-диагностических признаков ХОБЛ является:

а) экспираторное диспноэ;

b) кашель с отделением мокроты;

1. ослабленное везикулярное дыхание с удлиненным выдохом, сухими дискантовыми и влажными мелкопузырчатыми хрипами;
2. необратимая или малообратимая бронхиальная обструкция, в том числе после терапии\*.
3. Индекс Тиффно — это:
4. ОФВ,сек/ЖЕЛх100%\*;
5. МОД/ЖЕЛх100%;
6. ЖЕЛ/ФЖЕЛх 100%.
7. Для дифференциальной диагностики катарального и гнойного бронхита наиболее информативным является:
8. общий анализ крови;
9. острофазовые показатели биохимии крови\*;
10. общий анализ мокроты.
11. В качестве препарата для муколитической терапии не используется:
12. бромгексии;
13. амброксол;
14. атропин\*;

 d) мукалтин;

 е) ацетилцистеин.

1. Антибактериальная терапия ХОБЛ проводится:
2. во всех случаях;
3. после перенесенной вирусной инфекции;
4. при обострении заболевания\*.
5. Ранним функциональным признаком бронхиальной обструкции является:
6. снижение ОФВ 1сек
7. уменьшение индекса Тиффно;
8. уменьшение ПОСвыд;
9. уменьшение всех перечисленных показателей\*.

**Тема 2: Диагностика и терапия пневмоний.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: тестирование, устный опрос, собеседование***.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

**Вопросы для устного опроса:**

5. Определение пневмонии, этиология и патогенез, классификация.

6. Диагностика пневмоний.

7. Терапия пневмоний.

**Тестовые задания:**

1. Наиболее частый возбудитель пневмонии:
2. стафилококк;
3. стрептококк зеленящий;
4. стрептококк пневмонии (пневмококк) \*;
5. гемофильная палочка;
6. вирус;
7. микоплазма;
8. клебсиелла пневмонии;

д) ни один из перечисленных.

1. Фактор, способствующий развитию пневмонии:
2. переутомление;
3. эмоциональный стресс;
4. травма;
5. охлаждение;

е) употребление алкоголя;
f) все перечисленные\*.

1. Все нижеперечисленные формы пневмонии относятся к современной ее классификации (Американская легочная ассоциация Американского торакального общества), кроме:
2. коммунальной (приобретенной вне стационара, «в обществе», обычно «домашней»);
3. нозокомиальной (госпитальной, или больничной, возникшей через 2 суток и более после пребывания в стационаре);
4. у иммунокомпроментированных больных;
5. атипичной;
6. интерстициальной\*.
7. Основной принцип классификации пневмоний по МКБ-10:
8. по этиологии\*;
9. по патогенезу;
10. по клинико-морфологическим характеристикам;
11. по локализации и протяженности;
12. по тяжести;
13. по течению.
14. Основной патогенетический механизм пневмоний:
15. бронхогенный\*;
16. гематогенный;
17. лимфогенный.
18. Самое опасное для жизни осложнение пневмоний:
19. абсцесс легких;
20. плеврит;
21. миокардит;
22. перикардит;
23. инфекционно-токсический шок\*.
24. Какой антибиотик является средством выбора при лечении госпитальной пневмонии, по клиническим и бактериологическим исследованиям определяемой как пневмококковая:
25. ампициллин;
26. цефалоспорин III поколения;
27. пенициллин;
28. эритромицин;
29. гентамицин.
30. Какой антибиотик является средством выбора при эмпирической антибактериальной терапии госпитальной пневмонии до верификации патогенеза:
31. тетрациклин;
32. стрептомицин;
33. пенициллин + азитромицин\*;
34. цефалоспорин;
35. гентамицин.
36. При пневмонии, вызванной микоплазмой, следует назначать:
37. тетрациклин;
38. азитромицин;
39. пенициллин;
40. цефалоспорин III поколения;
41. бисептол\*;
42. гентамицин.
43. Ориентировочные сроки назначения антибиотиков при пневмонии:
44. до нормализации температуры;
45. до полного рассасывания инфильтрата в легком;
46. до нормализации СОЭ;
47. до 3 - 4 дней стойко нормальной температуры тела\*;
48. до момента исчезновения кашля.

**Тема 3: Диагностика и терапия нагноительных болезней легких.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: тестирование, устный опрос, решение ситуационных задач***.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

**Вопросы для устного опроса:**

8. Определение нагноительных болезней легких, этиология и патогенез, классификация.

9. Диагностика нагноительных болезней легких.

10. Терапия нагноительных болезней легких.

**Тестовые задания:**

1. Какой метод лучевой диагностики является наиболее информативным для диагностики очаговых теней в легких?

1) Флюорография

2) Рентгеноскопия

3) Электрорентгенография

4) Латерография

5) Рентгенография с томографией\*

1. Какой способ рентгенологического исследования подтверждает наличие свободной жидкости в плевральной полости?

1) Обзорная рентгенограмма в боковой проекции

2) Исследование больного на трохоскопе

3) Обзорная рентгенограмма грудной клетки в прямой проекции

4) Рентгенограмма в латеропозиции\*

1. Какие основные критерии учитываются при характеристике рентгенологических симптомов при легочной патологии?

1) Локализация, количество, форма, размеры, интенсивность, структура, контуры\*

2) Отношение к соседним анатомическим образованиям, множественность, величина, плотность, распространенность, четкость контуров

3) Расположение, величина, плотность, количество

1. Какому процессу из перечисленных свойственны толстые стенки внутрилегочной полости?

1) Эмфизематозной булле

2) Воздушной кисте

3) Туберкулезной каверне\*

1. Какое определение рентгенологического синдрома полостного образования легких наиболее правильное?

1) Округлое просветление, окруженное замкнутой кольцевидной тенью\*

2) Деструкция легочной ткани

3) Объемное образование, содержащее воздух

4) Кольцевидная тень, соединенная дорожкой с корнем легкого

1. При каких процессах наиболее вероятна стабильность полостей рентгенологически свыше 6-8 месяцев?

1) Туберкулез

2) Острый абсцесс легкого

3) Злокачественные опухоли

4) Во всех перечисленных случаях

5) Кисты\*

1. При каком патологическом процессе, из перечисленных, внутренние и внешние контуры полости обычно неконгруэнтны?

1) При туберкулезе\*

2) При эмфизематозной булле

3) При воздушной кисте

4) При всех перечисленных процессах

1. При каком патологическом процессе внутренние контуры полости гладкие и закруглены в верхнем и нижних отделах?

1) При туберкулезе

2) При остром абсцессе легкого

3) При воздушной кисте\*

4) При хроническом абсцессе легкого

1. Для какого заболевания более характерно выделение большого количества (около 1л)

жидкой, водянистой мокроты?

1) Аденоматоз легких\*

2) Хронический абсцесс

3) Цирротический туберкулез

4) Бронхоэктатическая болезнь

1. Для какого заболевания более характерно выделение мокроты при положении больного на боку с опущенной вниз головой?

1) Деструктивный туберкулез легких

2) Бронхоэктатическая болезнь

3) Эмпиема с бронхиальным свищем\*

1. Для какого заболевания, из перечисленных, более характерно выделение около 200мл мокроты в сутки с еприятным запахом?

1) Туберкулез легких в фазе распада

2) Бронхоэктатическая болезнь

3) Абсцедирующая пневмония\*

1. Для каких патологических процессов наиболее характерно наличие пневмониогенной полости?

1) Кавернозный туберкулез, порок развития легкого

2) Хронический абсцесс, распадающаяся опухоль

3) Абсцедирующая пневмония, инфильтративный туберкулез\*

1. Какой рентгенологический признак является косвенным для подтверждения каверны в легких?

1) Замкнутая кольцевидная тень, видимая в двух проекциях

2) Внутренний контур кольцевидной тени не повторяет очертания наружного

3) Полоска "дренирующего" бронха\*

1. При какой каверне можно определить амфорическое дыхание?

1) У больных с фазой распада при наличии полости свыше 6 см в диаметре

2) У больных с полостями до 4 см в диаметре, сообщающимися с бронхом

3) При каверне свыше 6 см в диаметре с гладкими стенками, с блокированным дренирующим бронхом

4) При каверне свыше 6 см в диаметре с гладкими внутренними стенками и удовлетворительным бронхиальным дренажом\*

**Тема 4: Диагностика и терапия бронхиальной астмы (БА).**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: тестирование, устный опрос, решение ситуационных задач***.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

**Вопросы для устного опроса:**

11. Определение БА, этиология, патогенез, классификация.

12. Диагностика БА.

13. Терапия БА.

**Тестовые задания:**

1. Обладает ли атровент противовоспалительным действием на слизистую бронхов?

А) да\*

Б) нет

1. Обладает ли кромогликат натрия противовоспалительным действием на слизистую бронхов?

А) да\*

Б) нет

1. Обладают ли системные стероиды противовоспалительным действием на слизистую бронхов?

А) да\*

Б) нет

1. Обладают ли ингаляционные стероиды противовоспалительным действием на слизистую бронхов?

А) да\*

Б) нет

1. Клиренс теофиллина у взрослых..., чем у детей:

А) больше

Б) меньше

1. Какие мероприятия следует немедленно провести 20-летней больной БА, которая постоянно принимает теопэк и у которой усилилась одышка, ч.д.д. 28, АД 130/80, пульс 105, Т тела -37,1С?

А) назначить интал

Б) Р-графию легких\*

Г) определить ФВД

Д) регулирование дозы теопэка

Е) кожные пробы

1. С какого мероприятия следует начать немедленное лечение у 20-летней больной БА, у которой внезапно усилилась одышка, повысилась Т до 38С, появился кашель с темной вязкой мокротой, в которой найдены гифы грибка?

A) введение амфотерицина В

Б) введение кортикостероидов\*

B) лаваж легкого

Г) иммунотерапия экстрактом аспергилл

1. Больной с БА и выявленной беременностью следует сказать, что беременность при БА:

A) противопоказана

Б) не связана с каким-либо вредом для матери и плода

B) может ухудшить течение БА у 1/3 случаев

Г) связана с более вероятным появлением пороков развития у ребенка\*

1. Какие медикаменты противопоказаны для беременных с БА?

A) иммунотерапия

Б) кортикостероиды

B) теофиллин

Г) лекарственные средства, содержащие йод\*

1. Астма, вызываемая физическим усилием, может быть предотвращена предупредительным приемом:

А) интала

Б) симатомиметиков

В) теофиллина

Г) всем из перечисленного\*

**Тема 5: Диагностика болезней верхних дыхательных путей (ВДП).**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: тестирование, устный опрос, решение ситуационных задач***.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

Вопросы для устного опроса:

14. Определение, этиология и патогенез, классификация болезней ВДП.

15. Диагностика болезней ВДП.

16. Терапия болезней ВДП.

**Тестовые задания:**

1. Где в основном расположена глубокая коллекторная лимфатическая сеть легкого?

1) В кортикальных отделах легкого и висцеральной плевре

2) В корне легкого

3) В средостении

4) В стенке бронхов, адвентиции артерий и вен\*

1. Какую основную функцию несут бокаловидные клетки слизистой бронхов?

1) Эскалаторную

2) Инкреторную

3) Все перечисленное

4) Нейроэндокринную

5) Медиаторную

6) Секреторную\*

1. Какие морфо-функциональные структуры обеспечивают мукоцилиарный клиренс бронхов?

1) Вегетативная нервная система и кашлевой рефлекс

2) Клетки Клара, сурфактант, альвеолоциты второго порядка

3) Реснитчатый эпителий, кашлевой рефлекс и сурфактант

4) Бронхиальные железы, бокаловидные клетки и реснитчатый эпителий\*

1. Какова физиологическая роль секреторного иммуноглобулина А?

1) Образование иммунных комплексов в базальной мембране слизистой бронхов

2) Усиление фагоцитирующих свойств макрофагов в бронхиальном секрете

3) Предотвращение цитоадгезивного действия бактерий и вирусов на эпителий бронхов\*

4) Инициация возникновения аутоаллергических реакций

1. Какие отделы бронхиального дерева лишены мерцательного эпителия

1) Долевые бронхи

2) Сегментарные бронхи

3) Бронхи 3-4 порядка

4) Респираторные бронхиолы\*

5) Дольковые бронхи и бронхиолы

1. Какой симптом наиболее патогномоничен для воспаления в бронхах?

1) Откашливание петрификатов

2) Выделение гнойной мокроты по утрам "полным ртом"

3) Раздутая каверна

4) Боли в груди, одышка

5) Кашель\*

1. Роль клапана, закрывающего вход в гортань при глотании, составляет хрящ:
2. щитовидный
3. надгортанник \*
4. перстневидный
5. черпаловидный

**Тема 6: Диагностика и терапия респираторных аллергозов.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: тестирование, устный опрос, решение ситуационных задач***.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

Вопросы для устного опроса:

17. Определение, этиология и патогенез, классификация болезней РА.

18. Диагностика РА.

19. Терапия РА.

**Тестовые задания:**

1. Какой иммуноглобулин не содержится в бронхиальном секрете в норме, то есть при отсутствии патологии бронхо-легочного аппарата?

1) Иммуноглобулин А

2) Иммуноглобулин D

3) Иммуноглобулин E

4) Иммуноглобулин G

5) Иммуноглобулин M\*

1. Какова физиологическая роль иммуноглобулина G?

1) Образование иммуных комплексов в базальной мембране слизистой бронхов\*

2) Усиление фагоцитирующих свойств макрофагов в бронхиальном секрете

3) Предотвращение цитоадгезивного действия бактерий и вирусов на эпителий бронхов

4) Инициация возникновения аутоаллергических реакций

1. Какой пневмокониоз относится к пневмокониозам растительного происхождения?

1) Силикоз

2) Каолиноз

3) Антракоз

4) Бисиноз\*

5) Станиоз

1. Какой из компонентов легочного дыхания наиболее часто и в большей мере страдает при идиопатическом фиброзирующем альвеолите Хаммена-Рича?

1) Диффузия\*

2) Перфузия

3) Вентиляция

4) Страдают все компоненты

1. На что указывают элементы тетрады Эрлиха в мокроте?

1) Обсемение

2) Распад легочной ткани

3) Раковая опухоль

4) Обострение старых тубочагов\*

5) Бронхоэктазы

6) Аллергия

1. 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

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

 А) из-за наличия фиброзно-хрящевого слоя и перибронхиальной ткани\*

 Б) из-за их внелегочной локализации

 В) из-за тесной анатомо-функциональной их связи с паренхимой легкого

1. Основная функция иммуноглобулина Е:

А) отвественен за аллергию немедленного типа

Б) обеспечивает гуморальный иммунитет к инфекциям

В) активирует комплемент по альтернативному пути

Г) обеспечивает первичный иммунный ответ

Д) все перечисленное верно\*

1. В развитии реакции гиперчувствительности немедленного типа участвуют:

А) Т-лимфоциты

Б) иммуноглобулины Е\*

В) натуральные киллеры

Г) интерлейкины

1. Показателем неинформативности мокроты служит обнаружение в материале большого количества:

А) макрофагов

Б) плоского эпителия\*

В) цилиндрического эпителия

Г) коралловых волокон

**Тема 7: Современные методы диагностики болезней органов дыхания (БОД).**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: тестирование, устный опрос, решение ситуационных задач***.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

Вопросы для устного опроса:

20. Клинические методы диагностики.

21. Рентгенологические методы.

22. Функциональные методы.

23. Лабораторные методы.

24. Микробиологические методы.

25. Инвазивные (специальные) методы.

**Тестовые задания:**

1. Что необходимо произвести для оценки чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам?

1) Флотацию мокроты

2) Окраску мокроты специальным методом

3) Автоклавирование взятого материала

4) Назначение туберкулостатиков больному

5) Посев мокроты на специализированную среду\*

1. Для какой степени лёгочно-артериальной гипертензии по классификации Весельникова (1973) характерно повышение давления в малом круге до 76-100 мм. рт.ст.?

1) 1 степень

2) 2 степень.

3) 3 степень\*

4) 4 степень

1. Какие элементы корня легкого дифференцируются на рентгенограммах в норме?

1) Сосуды легочной артерии, внутригрудные лимфоузлы

2) Аорта, верхняя полая вена

3) Сосуды легочной артерии, крупные вены, бронхи\*

1. Как называется регистрация легочных объемов?

1) Тонометрия

2) Зонография

3) Пневмотахометрия

4) Спирография\*

1. Что подразумевается под симптомом Воробьева-Поттенджера?

1) Онемение пальцев рук, особенно в холодную погоду

2) Телеангиоэктазии на передней поверхности грудной клетки

3) Выслушивание свистящих хрипов на выдохе

4) Амфорическое дыхание

5) Ригидность и болезненность мышц верхнего плечевого пояса\*\*

1. При какой форме коллагеноза чаще развивается гипертензия в малом круге кровообращения?

1) Склеродермия

2) Системная красная волчанка

3) Дерматомиозит

4) Узелковый периартериит\*

1. Как называется рентгенологическое исследование легочной артерии и ее ветвей?

1) Спирографией

2) Фистулографией

3) Реопульмонографией

4) Ангиопульмонографией\*

1. Наиболее часто встречающийся симптом бронхо-плевро-легочного синдрома?

1) Незначительный малопродуктивный кашель

2) Кровохарканье

3) Слабость

4) Снижение аппетита

5) Боли в грудной клетке, кашель\*

1. Какие основные критерии учитываются при характеристике рентгенологических симптомов при легочной патологии?

1) Локализация, количество, форма, размеры, интенсивность, структура, контуры\*

2) Отношение к соседним анатомическим образованиям, множественность, величина, плотность, распространенность, четкость контуров

3) Расположение, величина, плотность, количество

1. Какие термины правильно использовать для характеристики формы патологических теней?

1) Округлые, овальные, треугольные, неправильные, линейные\*

2) Очаги, фокусы, инфильтраты, полости

3) Очагоподобные образования, участок затенения

4) Затемнение сравнивается с различными фруктами (грушевидная и др.)

1. Какие размеры позволяют отнести фокусы затенения к мелким?

1) До 10 мм

2) 2 - 4 см

3) Сегментарные

4) Долевые

5) 1,5 - 2 см\*

1. В каких случаях показана трансторакальная игловая аспирационная биопсия легкого?

1) При патологических процессах, расположенных в кортикальных слоях легких\*

2) При патологических процессах, расположенных на уровне бронхов третьего порядка

3) При патологических процессах в прикорневых отделах легкого

1. Какие осложнения медиастиноскопии из перечисленных наиболее частые и значимые?

1) Трахеит, глоссит, воздушная эмболия

2) Пневмония, парез диафрагмального нерва, бронхоспазм, спонтанный пневмоторакс

3) Плеврит, ларингит, перикардит, парез диафрагмального нерва

4) Пневмоторакс, медиастинит, кровотечения, парез возвратного нерва\*

1. В каких случаях, из перечисленных, бронхоскопия проводится по жизненным показаниям?

1) При прорыве и опорожнении в бронхи содержимого гигантских кист, абсцессов, каверн, лимфоузлов с угрозой асфиксии

2) При попадании инородных тел, профузных легочных кровотечениях, при которых может быть выполнена операция по жизненным показаниям

3) Ателектазе или разрыве бронха, развившихся во время операции, гиповентиляции единственного легкого в послеоперационном периоде

4) При реканализации культи бронха в послеоперационном периоде

5) Во всех приведенных случаях\*

1. Какие функциональные пробы, применяемые для выявления скрытых форм дыхательной недостаточности наиболее физиологичны?

1) С применением различных фармакологических средств

2) Искусственное затруднение дыхания

3) Пробы с задержкой дыхания на выдохе и на вдохе (Генча-Саабразе и Штанге)

4) Дозированная физическая нагрузка\*

1. Изменения каких спирографических показателей в наибольшей мере свидетельствует о наличии обструктивных изменений в легких и бронхах?

1) Минутный объем дыхания (МОД)

2) ЖЕЛ

3) Максимальная вентиляция легких (МВЛ)

4) Форсированная ЖЕЛ, индекс Тиффно\*

1. Изменения каких спирографических показателей в большей мере свидетельствуют о наличии рестриктивных изменений в легких?

1) Форсированная ЖЕЛ

2) МОД

3) Индекс Тиффно

4) ЖЕЛ\*

**Тема 8: Работа по раннему выявлению туберкулеза в ЛПУ общей сети.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: тестирование, устный опрос, решение ситуационных задач***.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

Вопросы для устного опроса:

1. Определение понятия раннего выявления туберкулеза.

2. Принципы организации раннего выявления туберкулеза.

3. Методы раннего выявления туберкулеза.

4. Обязанности врача общей сети в работе по раннему выявлению туберкулеза.

Тестовые задания:

1. В каком случае из перечисленных туберкулез органов дыхания выявлен своевременно?

1) Первичный тубкомплекс в фазе распада, БК-

2) Цирротический туберкулез первого сегмента правой верхней доли, БК-

3) Туберкулема в фазе распада, БК-

4) Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого, БК-\*

1. С какого возраста должны проводиться массовые флюорографические профосмотры населения в благополучных по туберкулезу регионах?

1) С семилетнего возраста

2) С десятилетнего возраста

3) С двенадцатилетнего возраста

4) С пятнадцатилетнего возраста\*

1. Какие методы приняты для массового профосмотра с целью своевременного выявления туберкулеза среди населения?

1) Флюорографический, иммунологический, термометрия

2) Флюорографический, туберкулинодиагностика \*

3) Клинический, рентгеноскопический и рентгенографический

4) Туберкулинодиагностика, исследование мокроты на МБТ методом флотации и посева

1. Какая форма туберкулеза наиболее опасна в эпидемиологическом отношении?

1) Казеозная пневмония

2) Милиарный туберкулез

3) Цирротический туберкулез

4) Кавернозный туберкулез

5) Фиброзно-кавернозный туберкулез\*

1. Какая проба используется для массовой туберкулинодиагностики в России?

1) Проба Коха с 10 ТЕ ППД-Л

2) Проба Квейма

3) Проба Пирке в модификации Карпиловского-Гринчара

4) Проба Манту в 2 ТЕ ППД-Л \*

5) Проба Манту со вторым разведением АТК

1. Какая форма первичного туберкулеза самая ранняя?

1) Первичный туберкулезный комплекс

2) Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

3) Диссеминированный острый милиарный туберкулез

4) Туберкулезный менингоэнцефалит

5) Туберкулезная интоксикация детей и подростков\*

1. Какие пути передачи тубинфекции выделяют?

1) Капельный, пылевой, контактный, внутриутробный

2) Аэрогенный, алиментарный, контактный, внутриутробный\*

3) Воздушно-пылевой, контактный, через околоплодные воды

4) Капельный, пылевой, алиментарный, контактный

1. Какой метод раннего выявления туберкулеза у взрослых является основным в России?

1) Массовая туберкулинодиагностика (проба Манту с 2 ТЕ)

2) Всеобщая диспансеризация населения

3) Массовое бактериологическое обследование

4) Массовая флюорография и флюорография декретированных групп\*

1. Какая клиническая форма туберкулеза относится к запущенному случаю выявления туберкулеза?

1) Любая при наличии бацилловыделения

2) Диссеминированная

3) С наличием деструкции легочной ткани

4) Фиброзно-кавернозная \*

1. Какие контингенты населения из перечисленных составляют группу повышенного риска заболевания туберкулезом легких?

1) Лица с остаточными изменениями в легких, плевре и внутригрудных лимфоузлах

2) Больные сахарным диабетом, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, длительно леченные глюкокортикоидными гормонами, пациенты с болезнью оперированного желудка\*

3) Курильщики, алкоголики, наркоманы

4) Лица длительное время работавшие на вредном производстве

5) Все приведенные контингенты

1. С какого возраста должны проводиться массовые флюорографические профосмотры населения?

1) С семилетнего возраста

2) С семнадцатилетнего возраста

3) С двенадцатилетнего возраста

4) С пятнадцатилетнего возраста\*

1. Какие методы приняты для массового профосмотра с целью своевременного выявления туберкулеза среди населения?

1) Флюорографический, иммунологический, термометрия

2) Туберкулинодиагностика, исследование мокроты на МБТ методом флотации и посева

3) Клинический, рентгеноскопический и рентгенографический

4) Флюорографический, туберкулинодиагностика\*

1. Какова периодичность флюорографических профосмотров для большинства обязательных контингентов и групп повышенного риска заболевания туберкулезом и раком легких?

1) Не реже одного раза в год\*

2) Не реже двух раз в год

3) Не реже одного раза в два года

4) Один раз в три года

1. Кто из перечисленных контингентов относится к "неорганизованному населению", подлежащему профилактическим флюороосмотрам?

1) Работники мелких предприятий, куда не выезжают передвижные флюорографические установки

2) Учащиеся высших и средних учебных заведений

3) Работающие и учащиеся, не входящие в перечень подлежащих обязательным флюороосмотрам, определенных риказами Минздрава РФ

4) Неработающие, пенсионеры, инвалиды, иждивенцы\*

1. Кто отвечает за проведение профилактических осмотров населения на участке?

1) Участковый фтизиатр

2) Участковый терапевт

3) Заведующий региональной поликлиникой

4) Главный врач регионального противотуберкулезного учреждения

5) Все перечисленные, каждый за свой раздел работы. \*

1. Какова основная задача массовой туберкулинодиагностики?

1) Профилактика туберкулеза, определение активности туберкулеза

2) Иммуностимуляция молодого организма

3) Диагностика поствакцинальной аллергии

4) Отбор на ревакцинацию БЦЖ, определение тубинфицирования, выявление туберкулеза\*

5) Дифференциальная диагностика легочной патологии

1. О чем свидетельствует угасание туберкулиновой чувствительности на фоне прогрессирования туберкулезного процесса?

1) О пассивной или отрицательной анергии\*

2) О поствакцинальной реакции

3) Об активной или положительной анергии

4) О парадоксальной туберкулиновой чувствительности

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **собеседование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования. |
|  Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных** **задач** |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме\_\_\_\_\_зачета\_\_\_\_\_\_ проводится (зачета, экзамена)

по зачетным билетам, в устной форме\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации:**

*Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:*

*Рд=Рт+Рб+Рз,*

*где*

***Рб -*** *бонусный рейтинг;*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рз -*** *зачетный рейтинг;*

***Рт -*** *текущий рейтинг;*

***Рэ -*** *экзаменационный рейтинг)*

*Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного рейтинга.*

**11-15 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 90 %).

**6-10 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 70 %).

**3-5 баллов.** Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 50 %).

**0-2 балла.** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов <50 %).

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Клинические симптомы, диагностика ХОБЛ.
2. Осложнения ХОБЛ.
3. Медикаментозные средства, используемые в терапии ХОБЛ.
4. Принципы терапии ХОБЛ.
5. Определение пневмонии, этиология и патогенез, классификация.
6. Диагностика пневмоний.
7. Терапия пневмоний.
8. Определение нагноительных болезней легких, этиология и патогенез, классификация.
9. Диагностика нагноительных болезней легких.
10. Терапия нагноительных болезней легких.
11. Определение бронхиальной астмы, этиология, патогенез, классификация.
12. Диагностика бронхиальной астмы.
13. Терапия бронхиальной астмы.
14. Определение, этиология и патогенез, классификация болезней верхних дыхательных путей.
15. Диагностика болезней верхних дыхательных путей.
16. Терапия болезней верхних дыхательных путей.
17. Определение, этиология и патогенез, классификация респираторных аллергозов.
18. Диагностика респираторных аллергозов.
19. Терапия респираторных аллергозов.
20. Клинические методы диагностики болезней органов дыхания.
21. Рентгенологические методы диагностики болезней органов дыхания.
22. Функциональные методы диагностики болезней органов дыхания.
23. Лабораторные методы диагностики болезней органов дыхания.
24. Микробиологические методы диагностики болезней органов дыхания.
25. Инвазивные (специальные) методы диагностики болезней органов дыхания.
26. Определение понятия раннего выявления туберкулеза. Обязанности врача общей сети в работе по раннему выявлению туберкулеза.
27. Принципы организации и методы раннего выявления туберкулеза.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**Задача № 1**

У 34- летней больной, доставленной в стационар с приступом удушья, при анализе крови выявлено увеличение количества эозинофилов до 52%. По данным анамнеза в течение нескольких месяцев отмечается затрудненное дыхание с развитием приступов удушья. Проводимое лечение ингаляциями беротека и препаратами теофиллина малоэффективно. Наиболее вероятно, что бронхообструктивный синдром может быть проявлением одного из следующих заболеваний:

Задания**:**

1. Проведите дифференциальную диагностику заболеваний, протекающих с бронхообструктивным синдромом на основе имеющихся данных.

2. Составте план обследования для уточнения диагноза.

**Задача № 2**

Больная 50 лет поступила в клинику с жалобами на приступы удушья, возникающие чаще ночью, длительностью от 30 минут до 2 часов, плохо купирующиеся бронхолитическими средствами.

Заболела около 5 лет назад, когда стали появляться приступы удушья с затрудненным выдохом, мучительным кашлем. Приступы снимались ингаляциями астмопента, беротека. Год назад поступила в реанимационное отделение больницы с астматическим статусом, развившимся после приема аспирина. Из астматического состояния была выведена назначением преднизолона, в последующем постепенно отмененного. В течение многих лет страдает полипозным риносинуситом, по поводу чего трижды проводилась полипэктомия. Прием ацетилсалициловой кислоты, анальгина вызвал у больной приступы удушья.

В стационаре приступы наблюдались ежедневно. Несмотря на лечение симпатомиметиками и эуфиллином они стали более продолжительными и тяжелыми. На 4 день состояние еще более ухудшилось. Больная стала внезапно агрессивной, появились двигательное беспокойство, зрительные и слуховые галлюцинации. Наросла одышка - до 40 экскурсий в минуту, отмечался выраженный цианоз кожных покровов и слизистых оболочек. АД 90/60 мм рт. ст. Ранее выслушиваемые в большом количестве сухие хрипы прогрессивно исчезали, мокрота не отходила. Появились эпилептиформные судороги. В дальнейшем наступила внезапная потеря сознания. Тахипноэ сменилось брадипноэ. На ЭКГ зарегистрированы признаки перегрузки правого предсердия.

Задания**:**

1. Оцените клиническуюситуацию, о развитии какого состояния можно думать?

2. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.

3. Перечислите патогенетические варианты бронхиальной астмы.

4. Приведите определение и классификацию астматического статуса.

5. Ваши предложения по лечению, дайте характеристику лекарственных средств.

**Задача № 3**

Больной 54 года обратился к врачу поликлиники с жалобами на кашель по утрам с выделением умеренного количества гнойной мокроты, одышку, утомляемость, общую слабость, недомогание повышение температуры до субфебрильных цифр.

Выявлено, что больной - “заядлый” курильщик, выкуривает до 30 сигарет в сутки на протяжении 25 лет. В течение многих лет был кашель по утрам с выделением незначительного количества слизистой мокроты, на что пациент не обращал внимания. С годами кашель стал более постоянным, беспокоил не только по утрам, но и ночью, а иногда и днем, особенно в холодную погоду. Мокроты стало выделяться больше, она приобрела слизисто-гнойный характер. 2 года назад к указанным симптомам присоединилась одышка, возникающая при незначительной физической нагрузке. 3 дня назад переохладился, стал отмечать слабость, субфебрилитет, мокрота приобрела гнойный характер.

Объективно: состояние средней тяжести, число дыханий 22 в минуту. В легких - коробочный оттенок перкуторного звука над всей поверхностью, множество свистящих хрипов на фоне ослабленного везикулярного дыхания, выдох удлинен. ЧСС 80 в мин. АД 140/70 мм рт. ст.

На рентгенограмме органов дыхания теней очагово-инфильтративного характера не выявлено, имеется усиление и деформация легочного рисунка в нижних отделах, неравномерное повышение прозрачности легочных полей.

Анализ крови общий: эритроциты 5,5 х 1012 /л, лейкоциты - 8,6 х 109 /л, СОЭ – 8 мм/час.

Показатели ФВД: ЖЕЛ - 85% от должного, объем форсированого выдоха за первую секунду (ОФВ1) 49% от должного, индекс Тиффно - 60% от должного.

Задания**:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Оцените показатели функции внешнего дыхания.

3. Какие факторы являются этиологическими, и что может провоцировать обострение заболевания?

4. Составьте план лечения больного, дайте характеристику назначенных лекарственных средств.

5. Назовите показания для антибактериальной терапии.

**Задача №4**

Больной 64 года поступил в стационар с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, утомляемость, общую слабость, недомогание, раздражительность, нарушение сна (бессонницу по ночам, сонливость в дневное время), отеки голеней.

Выкуривает 20 сигарет в сутки на протяжении более 45 лет. В течение многих лет отмечал кашель по утрам со слизистой мокротой. С годами кашель стал более постоянным, беспокоил не только по утрам, но и в дневное время, а также по ночам. Увеличилось количество отделяемой мокроты, она приобрела слизисто-гнойный характер. Около 9 лет назад к указанным симптомам присоединилась одышка при физической нагрузке. В течение последнего года отмечает усиление одышки, которая стала возникать при незначительной физической нагрузке, стали появляться отеки на ногах.

При объективном исследовании: общее состояние средней тяжести, число дыханий 28 в минуту. Теплый диффузный цианоз, отечность голеней. Набухание шейных вен сохраняется в положении стоя. В легких - коробочный оттенок перкуторного звука над всей поверхностью, на фоне ослабленного везикулярного дыхания, единичные сухие свистящие хрипы, выдох удлинен. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум у основания грудины, ЧСС 92 в мин., АД 140/80 мм рт. ст. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, положительный симптом Плеша. (симптом Плеша - набухание шейных вен при надавливании ладонью на увеличенную печень - Недостаточность кровообращения по правожелудочковому типу).

Анализ крови: Эритроциты 5,5 х 1012 /л, Hb 187 г/л, лейкоциты - 7, 6 х 109 /л, СОЭ – 2 мм/час.

На рентгенограмме органов грудной клетки усиление и деформация легочного рисунка в нижних зонах, неравномерное повышение прозрачности легочных полей, выбухание conus pulmonale.

Показатели ФВД: ЖЕЛ - 87% от должного, ОФВ1 38% от должного, индекс Тиффно

52 % от должного.

Задания**:**

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

2. Оцените данные гемограммы и показатели функции внешнего дыхания.

3. Назовите ЭКГ-признаки, характерные для данного состояния.

4. Перечислите клинические признаки правожелудочковой недостаточности.

5.Составьте план лечения больного.

**Задача № 5**

Больной 36 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель с небольшим кол-вом

слизисто-гнойной мокроты, озноб, повышение Т тела до 39°С, боль в правой половине грудной клетки, связанную с актом дыхания, одышку, общую слабость.

Считает себя больным в теч. 10 дней, когда после переохлаждения появилась головная боль и боль в мышцах тела, поднялась Т до 37,8°С. Обратился к врачу, был диагностирован грипп. Через 2 дня появились насморк, першение в горле, саднение за грудиной, сухой кашель. На 4 день болезни общее состояние резко ухудшилось: усилилась общая слабость, появилась боль в правой половине грудной клетки, при дыхании, Т тела повысилась до 38,2°С. Участковым врачом диагностирована острая пневмония и назначено лечение ампициллином в таблетках. Состояние продолжало ухудшаться: появились озноб, потливость, повышение Т тела до 39°С, одышка, головная боль. С перечисленными жалобами больной был доставлен в стационар. Много курит (полторы пачки в сутки в течение 16 лет), злоупотребляет алкоголем, работает на производстве с неблагопр. температурным режимом и запыленностью рабочего места.

Объективно: общее сост. средней тяжести, умеренный акроцианоз. ЧДД 28 в мин. Отмечается отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Справа в проекции ср. доли определяется притупление перкуторного звука, жесткое дыхание, мелкопузыр. влажные звучные хрипы, бронхофония и голосовое дрожание усилены. Тоны сердца приглушены, ЧСС 112 в 1 мин. Во время осмотра у больного появился приступ кашля с отхождением гнойной мокроты неприятного запаха в количестве около 100 мл.

Задания**:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Составьте план дополнительного исследования.

3. Проведите диффренциальный диагноз.

4. Чем можно объяснить внезапное выделение большого кол-ва мокроты?

5. Составьте план лечения.

**Задача №6**

Больной 20 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании, одышку, сухой кашель.

Пять дней назад, после переохлаждения, повысилась температура до 38°С и появились боли в левой половине грудной клетки. Боли сначала были очень сильными, затем стали слабее, но увеличилась одышка.

При поступлении состояние тяжелое, одышка. Число дыханий 32 в 1 мин, предпочитает сидячее положение. Левая половина грудной клетки выбухает, отстает при дыхании. В легких слева укорочение перкуторного звука ниже 10 ребра, дыхание не проводится. Сердце - правая граница на 3 см кнаружи от края грудины. Тоны сердца приглушены. Пульс 100 уд. в мин АД 100/65 мм рт. ст. Печень у края реберной дуги.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца вправо.

Рентгенография грудной клетки: слева интенсивное затенение с косым уровнем.

Смещение органов средостения вправо.

Плевральная пункция получено 2000 мл мутной желтоватой жидкости. Удельный вес 1023, белок 4,8 г/л, проба Ривальта – положительная, при микроскопии основную массу клеток составляют дегенеративно-измененные нейтрофилы: единичные макрофаги и клетки мезотелия.

Задания**:**

1.Сформулируйте клинический диагноз.

2.Укажите клинические признаки, позволяющие заподозрить инфицирование плеврального выпота.

3.Оцените данные анализа плевральной жидкости.

4. Перечислите причины, приводящие к скоплению жидкости в плевральной полости.

5. Составьте план лечения.

**Задача №7**

Больной 58 лет обратился в поликлинику с жалобами на одышку при ходьбе в обычном темпе, при подъеме на 1 этаж; одышка усиливается в холодное время года, при перепаде температуры внешней среды; также беспокоит незначительный кашель с отхождением серой мокроты преимущественно по утрам; за сутки мокроты выделяется небольшое количество – до 20 мл. Одышка беспокоит в течение 8 месяцев, постепенно нарастая. В предыдущие годы в поликлинику практически не обращался, только по поводу острых респираторных заболеваний, которые возникали редко. Курит с 17 лет по 1,5 пачки сигарет в день.

Объективно: астеническое телосложение, цвет кожных покровов и слизистых сероватый с цианотичным оттенком, выдох производит через сомкнутые губы; при перкуссии легких определяется коробочный звук во всех отделах, нижний край легких опущен на 1,5 ребра, подвижность легочного края – 1,5 см по лопаточной линии, дыхание резко ослабленное, хрипы не определяются. Границы сердца в пределах нормы, однако, определение их требует усиленной перкуссии, абсолютная тупость сердца не определяется. ЧСС 82 уд. в мин. АД 130/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Нижний край печени пальпируется на 4 см ниже реберной дуги. Селезенка не пальпируется, перкуторно её границы в пределах нормы. Физиологические отправления в норме.

Общий анализ крови: Hb – 132 г/л, цв.показ. – 0,9, эритроциты – 4,4\*1012/л; лейкоциты – 6,2\*109/л; п/я – 3%, с/я – 62%, э – 2%, л – 28%, м – 5%, СОЭ – 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; рН – 6,0; плотность – 1020; белок – нет; сахар – нет; эп. кл. – 1-2-3 в п/зр; лейкоциты – 2-3 в п/зр.

Общий анализ мокроты: слизистая, цвет серый, эпит.клетки 3-6 в п/зр., лейк. – 6-8 в п/зр.

ЭКГ – ритм синусовый, вертикальное положение электрической оси сердца.

Задания**:**

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Какие факторы риска развития заболевания имеются у этого больного?

4. Назначьте лечение данному больному.

**Задача №8**

Больной Н., 42 лет, жалуется на одышку, постоянный непродуктивный кашель, слабость, неприятные ощущения за грудиной в течение года, последние месяцы эти ощущения усилились. Тубконтакт отрицает, в ИТУ не был. Последняя ФЛГ 14 мес. назад – без патологии. Курит 20 лет по 1 пачке в день.

Грудная клетка астенична, активно участвует в акте дыхания, ч.д.д. 22 в мин. В легких низкие постоянные хрипы стридорозного типа, больше в межлопаточной области. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ч.с.с.88 в мин.

ФВД (см. протокол): VC=55%:; FVC=92%; FEV-1=43%; FEV-1/FVC=79%; PEF=20%.

ОАК: Л=5,5; Hb =125; ц.п.= 0,94; п/яд=4%; с/яд.=66%; Л=25% М=5%; СОЭ=28 мм

Sa=95%

Вопросы: 1. Какой ведущий Р-логический синдром?

 2. Функциональный диагноз?

 3. Дифф. диагностический ряд?

 4. Дообследование?

**Задача №9.**

 Больная Т., 44 лет, оператор газовой котельной. В течение недели замечала слабость, кашель с выделением скудного количества слизистой мокроты, потливость при незначительной физической нагрузке. За неделю до появления данных признаков был насморк, чихание и головная боль.

 В ИТУ не была, с больными ТВС не общалась, не курит, алкоголем не злоупотребляет. Исследования крови на ВИЧ, гепатит С, Вассермана – отрицательны.

 Последняя ФЛГ 6 мес. назад – без патологии.

 Р-грамма на руках.

 ФВД: ЖЕЛ=88%; ФЖЕЛ=82%; ОФВ-1=80%; ОФВ-1/ФЖЕЛ=97%.

 SaO2=96%.

 В легких ослабленное дыхание, хрипы не определяются, ч.д.д. 22 в мин.

 Тоны сердца приглушены, ритмичны, ч.с.с. 88 в мин.

 ОАК: Л=5,6 п/яд=6% с/яд=59% Л=25% М=8% Э=2% СОЭ=25 мм.

 ОАМокроты: Л=15-20%, клетки плоского эпителия = 3-4%, клетки бронх. эпителия = 4-5%,

 После Р-обследования направлена в стационар. Получала амоксициллина клавуланат в/м и азитромицин внутрь в течение недели. В результате терапии Т тела нормализовалась, но сохраняются кашель, одышка, потливость.

 Контрольная Р-грамма на руках.

ВОПРОСЫ:

 1. Какой ведущий Р-логический синдром?

 2. Какова Р-динамика после недельной противовоспалительной терапии?

 3. Оценка показателей ФВД?

 4. Оценка показателя SaO2?

 5. Можно ли исключить ТВС? Если да, то почему и какой диагноз?

 6. Если нет, то почему и какой план дообследования для исключения или подтверждения ТВС?

**Задача №10**

 Больная Г., 23 года, не работает. Жалобы на одышку в покое, сухой кашель, выраженную слабость, повышение Т до 39,5С.

 Наблюдается 5 лет по ВИЧ, в настоящее время 4Б стадия, имеются признаки кандидоза (ротовая полость). В ИТУ не была, общение с больными ТВС отрицает, курит 6 лет по 1 п/день.

 Последнее ухудшение самочувствия в течение 3 недель – вначале 4-5 дней субфебрилитет, затем появился сухой кашель и повысилась Т до 39,5 С. Лечилась 3 недели в терапевтическом стационаре по поводу пневмонии без эффекта.

 Р-граммы на руках.

 ОАК: Л=15,5 Hb=107 п/яд=8% с/яд=55% Л=25% М=8% Э=4% СОЭ=70 мм.

 В крови АсАТ=695, АлАТ=410, Мочевина=8,3

 В нескольких анализах мокроты клетки грибов Candidae, высеян гемолитический стрептококк, чувствительный к гентамицину, цефотаксиму, ципрофлоксацину, нечувствительный к рифампицину.

 Пр. Манту не проводилась.

ВОПРОСЫ:

1. Какой ведущий Р-логический синдром?
2. Оценка ОАК и биохимических показателей крови и их клиническая интерпретация?
3. Означает ли присутствие гриба Candidae в мокроте наличие у больной висцерального микоза? Если да, то почему? Как это проверить? Назначьте лечение кандидоза дыхательных путей.
4. Если нет, то каков план дообследования для определения диагноза?
5. Значение наличия в мокроте гемолитического стрептококка?

**Ответы к задачам:**

**Ответ к задаче № 1**

1. Аллергическая бронхиальная астма, аллергический альвеолит, инвазивный микоз, синдром Чардж-Стросса.

2. Кровь на IgA, функциональная бронходилятационная проба, бронхопровокационная проба, осмотр невролога, кровь на антитела к паразитам (аскаридоз, эхинококкоз), бронхиальное содержимое на антитела к грибам.

**Ответ к задаче № 2**

1. Астматический статус.

2. Аспириновая бронхиальная астма, тяжёлое течение, фаза обострения.

Астматический статус, медленно развивающийся, 3 стадия (кома).

1. Атопический, инфекционно-зависимый, аутоимунный, ГК, дизовариальная,

холинергический, нервно-психический, аспириновая, первичноизменённая реактивность.

4. АС – тяжёлый, затянувшийся приступ БА, характеризующийся выраженной или прогрессирующей ДН, обусловленной обструкцией воздухопроводных путей с формированием резистентности к терапии. Патогенетические варианты – медленноразвивающийся, анафилактический, анафилактоидный. Стадии 1 – компенсация, 2

– декомпенсация (немое лёгкое), 3 – гипоксическая кома

5. Преднизолон вводят соответственно 1-5-10 мг на кг тела в сутки. Эуфиллин 24 мг/кг/сут. ИВЛ. Гликозиды. Бронхоскопическая санация. Адидоз – 400 4% натрия гидрокарбоната. Экстракорпоральная мембранная оксигенация. (в начале АС 1 стадии – ГК, эуфиллин 15 мл – 2,4% в/в медленно, инфузии до 3х литров, амброксол, йодид натрия, тербуталин, гепарин, контрикал, фторотановый наркоз.

**Ответ к задаче № 3**

1. ХОБЛ (хронический гнойный обструктивный бронхит, фаза обострения,

тяжёлое течение, диф пневмосклероз, эмфизема, ДН III)

2. ЖЕЛ – норма, Тиффно –норма 75-83, ОФВ-1 (норма 84 и >) – тяжёлая степень.

3. Курение, загрязнение атмосферного воздуха, производственные вредности,

недостаточность 1-антитрипсина. Провоцирующий – ОРЗ

4. Устранение этиофактора, стац. лечение, АБ терапия, улучшение дренажной

функции (отхаркивающие), бронходилататоры, массаж грудной клетки, позиционный дренаж, фитотерапия, дезинтоксикация, длительная малопоточная оксигенотерапия, лечение легочной гипертензии, ЛФК.

5. В течение 7-10 дней при обострении, при присоединении пневмонии. Способы введения АБ - аэрозоль, внутрь, парентерально, эндотрахеально, эндобронхиально.

## Ответ к задаче № 4

1. ХОБЛ: Хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких..Дыхательная

недостаточность III. Хроническое легочное сердце, СНIIБ

2. Эритроцитоз из-за гипоксии. Обструкция. ОФВ1N84%, Тиффно норма 75-83, по этим показателям обстукция тяжелой степени.

3. P-pulmonale: увеличение в 2,3 aVF,V1,V2,увеличение R в V1,V2, смещение переходной зоны в правые грудные отведения. P заостренные, не уширены. В правых грудных могут быть двухфазные, с увеличенной первой положительной фазой. Гипертрофия правого желудка: дикое отклонение ЭОС вправо или S-тип. В правых грудных –высокий R или появление в них Q.

4. Застой в большом круге кровообращения. Увеличение печени, отеки.

5. Устранение этиофактора, стац. лечение, АБ терапия, улучшение дренажной функции (отхаркивающие), бронходилататоры, массаж грудной клетки, позиционный дренаж, фитотерапия, дезинтоксикация, длительная малопоточная оксигенотерапия, лечение легочной гипертензии, ЛФК.

**Ответ к задаче №5**

1..Внебольничная долевая пневмония средней доли правого легкого, тяжелое течение,

острый абсцесс средней доли правого легкого (первичный, гнойный, бронхогенный).

2. Рентген, КТ, бронхоскопия с аспирацией гноя для определения флоры и ее чувствительности к АБ, трансторакальная пункция, ФВД, рестриктивные нарушения, ОАК, анализ мокроты.

3. Туберкулез легких, эмпиема плевры, рак легкого, кисты легкого.

4. Деструкция легочной ткани, формирование и прорыв абсцесса.

5. Стационарное лечение, повышенная энергетическая ценность, много белков, мало жиров, витамины С, А, В, ограничение соли до 6-8г/сут и жидкости. Консерв. терапия: АБ, при круп. пневмонии, вызванной пневмококком используется пенициллин в больших дозах- по 1 млн. к-е 4-6 ч. Полусинтет пенициллины по 500 мг. 3р в д (амоксициллин), макролиды – рокситромицин, кларитромицин, азитромицин, фторхинолоны с антипневмококковой активностью – левофлоксацин, спарфлоксацин, моксифлоксацин

Иммунозаместительная терапия: нативная, свежезамороженная плазма, чел. Норм.Yg.

Коррекция микроциркуляции: гепарин, реополиглюкин

Коррекция диспротеинемии: альбумины

Дезинтокс. терапия: физ р-р, р-р рингера 1000-3000 мл в сут, глюкоза 5% 400-800 мл,

гемодез,

О2 терапия

ГК (преднизолон 60-90 мл) при ИТ пораж. Почек, печени

Антиоксиданты: аскорбинка 2г в сут

Антиферменты: контрикал при признаках абсцедирования

Отхаркивающие: амброксол, АЦЦ

Трансбронхиальный дренаж (при бронхоскопии). Черескожная пункция и дренирование полости абсцесса под контролем УЗИ или РГ. Хирургическое лечение. Вибрац. массаж, постуральный дренаж.

**Ответ к задаче №6**

1.Экссудативный левосторонний плеврит.

2.Мутная, желтоватая плевральная жидкость, дегенеративные изменения нейтрофилов.

3.Экссудат, т.к. удельный вес выше 1015, проба Ривальта +, высокий белок,

лейкоциты – нейтрофилы.

4. Инфекционные болезни: туберкулез, пневмония; опухоли: мезателиома, метастатические, лейкоз; заболевания ЖКТ: панкреатит, внутрибрюшной или внутрипеченочный абсцесс; системные болезни соединительной ткани: РА, СКВ; синдром Дресслера; уремия; пневмоторакс, гемоторакс; лекарственные средства: метатрексат, метронидазол, амиодарон.

5. Антибиотики, иммуностимуляторы, адаптогены, детоксикация, НПВС, плевральная пункция, дренирование плевральной полости, мочегонные, физиотерапия, электрофорез с CaCl2, гепарином, ручной вибрационный массаж грудной клетки.

## Ответ к задаче №7

1. ХОБЛ или хр.обстр.бронхит и эмфизема легких

2. Бронхиальная астма

3. Курение, ОРЗ – инфекционные заболевания дыхательных путей

4. Бронзодилататоры. Ипратропиум бромид (атровент) 1-2ингаляции 3-4 раза в день. Беродуал. Теопек, теотард, теодур внутрь 1-2 раза под контролем теофиллина в крови: должно быть 5-15 мкг в мл. Антибиотики при обострениях. Мокроты мало, поэтому, наверное, муколитики не показаны. Адаптогены. Иммуностимуляторы. Глюкокортикоиды, короткий курс преднизолона до 20-30 мг внутрь с быстрым снижением дозы, если эффективно – ингаляционные стероиды: будесонид, флунизолид. Альфа-1-антитрипсин.

**Ответ к задаче № 8**

1. Синдром измененной срединной тени.
2. Нарушение вентиляции смешанного характера с резким снижением вентиляции в области крупных бронхов (внеторакальное плато).
3. Зоб, опухоль трахеи, опухоль вилочковой железы.
4. КТ грудной клетки, ФБС с браш-биопсией слизистой оболочки трахеи и цитологическим исследованием биоптатов.

**Ответ к задаче № 9**

1. Синдром долевой (сегментарной) тени.
2. Положительная в умеренной выраженности.
3. Показатели ФВД в пределах нормы.
4. Показатель SaO2 в норме.
5. Полностью исключить ТВС нельзя (положительная динамика за счет возможной перифокальной пневмонии).
6. Продолжить противовоспалительную терапию двумя препаратами (пенициллины или цефалоспорины 2-3 генерации + макролиды внутрь).

 Ан. мокроты на МБТ всеми методами №№ 3-6, проба Манту с 2 т.е., Р-контроль через 15-20 дней с оценкой динамики Р-картины.

**Ответы к задаче №10**

1. Синдром диссеминации.
2. Лейкоцитоз, гипогемоглобинэмия, резко ускоренное СОЭ и выраженное увеличение значений АсАТ и АлАТ свидетельствуют о наличии интенсивного воспалительного процесса и повреждении ткани печени (активном гепатите).
3. Не означает.
4. Необходима диагностическая ФБС с проведением БС и цитологическим исследованием БС. Кроме того, провести цитологическое исследование соскоба кожи, соскоба из носоглотки, отделяемого половых путей и посев крови. При обнаружении грибов в БС или соскобах микоз подтвержден.
5. Гемолитический стрептококк в мокроте обнаруживается у 18-25% здоровых взрослых.

**Таблица соответствия результатов обучения по модулю «Пульмонология» дисциплины и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практи ческого задания) |
| 1 | ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания | Инд.ПК.1.1. Знать факторы риска развития неспецифических болезней органов дыхания | тестовые задания №1-15, 45-61 |
| Инд.ПК.1.2. Уметь определить наличие неспецифических болезней органов дыхания | Вопросы №1-2, 7, 11, 14, 17 |
| Инд.ПК.1.2. Владеть методами диагностики неспецифических болезней органов дыхания | Вопросы №6, 15-16, 18-25 |
| 2 | ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | Инд.ПК.5.1. Знать классификацию неспецифических болезней органов дыхания. | тестовые задания № 16-44, вопросы №8 |
| Инд.ПК.5.2. Уметь диагностировать неспецифические болезни органов дыхания.  | Вопросы №9-10, 12,тестовые задания №62-92 |
| Инд.ПК.5.2. Владеть формулировкой диагноза неспецифических болезней органов дыхания в соответствии с МКБ-10. | Вопросы №5, Ситуационные задачи №1-10 |