ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет

им. Х.М. Бербекова»

Центр дополнительного профессионального образования, профессиональной переподготовки

и повышения квалификации медицинского факультета

(ЦДПО ПП и ПК КБГУ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| СОГЛАСОВАНО |  | УТВЕРЖДАЮ |
| Заместитель министра здравоохранения КБР | Проректор КБГУ |
| к.м.н.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.О.Асанов | проф. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.М.Кумыков |
| «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. |  | «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. |

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**

по виду дополнительного профессионального образования –

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ

Специальность «ПУЛЬМОНОЛОГИЯ»

Срок обучения: 144 часа

**2018**

Состав рабочей группы по разработке дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «***Пульмонология***»

1. Гяургиева Оксана Хатиковна, врач-терапевт, доктор медицинских наук, профессор, преподаватель ЦДПО ПП и ПК медицинского факультета ФГБОУ КБГУ.
2. Кардангушева Аксана Мухамедовна, врач-пульмонолог, доктор медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, преподаватель ЦДПО ПП и ПК медицинского факультета ФГБОУ КБГУ.
3. Мизиев Исмаил Алимович, доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН, директор ЦДПО ПП и ПК медицинского факультета ФГБОУ КБГУ.
4. Шогенова Фатима Мухамедовна, кандидат медицинских наук, преподаватель высшей квалификационной категории вуза Федерального подчинения, преподаватель ЦДПО ПП и ПК медицинского факультета ФГБОУ КБГУ.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей по специальности «***Пульмонология***» обсуждена и одобрена на заседании Центра дополнительного профессионального образования, профессиональной переподготовки и повышения квалификации ФГБОУ «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова»

«29» декабря 2017 г. Протокол № 11.

Директор ЦДПО ПП и ПК ФГБОУ «КБГУ им. Х.М. Бербекова»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ д.м.н., профессор Мизиев И.А.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей по специальности «***Пульмонология***» обсуждена и одобрена на заседании учебно-методического совета медицинского факультета (УМС МФ) КБГУ

 «29» декабря 2017 г. Протокол № 17.

Председатель УМС МФ КБГУ:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ д.м.н., профессор Мизиев И.А.

 ©Гяургиева О.Х. ©ФГБОУ ВО КБГУ, 2018

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Данная программа позволяет совершенствовать имеющиеся и получать новые компетенции для профессиональной деятельности и повышать профессиональный уровень в рамках имеющейся квалификации, что соответствует положениям ст.76 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» (ФЗ 273 от 29.12.2012 г.): ч.1 «Дополнительное профессиональное образование направлено на удовлетворение образовательных и профессиональных потребностей, профессиональное развитие человека, обеспечение соответствия его квалификации меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды»; ч.2: «Дополнительное профессиональное образование осуществляется посредством реализации дополнительных профессиональных программ (программ повышения квалификации и программ профессиональной переподготовки)»: ч.4: «Программа повышения квалификации направлена на совершенствование и (или) получение новой компетенции, необходимой для профессиональной деятельности и (или) повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации».

Трудоемкость освоения – 144 академических часа.

Основными компонентами программы являются:

- цель программы;

- планируемые результаты обучения (планируемые результаты обучения соответствуют профессиональным стандартам, квалификационным характеристикам по соответствующим должностям, профессиям и специальностям);

- учебный план;

- учебно-тематический план;

- рабочие программы учебных модулей: «Основы социальной гигиены и организация пульмонологической службы», «Специальные дисциплины», «Региональный компонент социально-значимых болезней», «Медицина катастроф», «Занятия в симуляционном центре»;

- организационные условия реализации программы включают учебно-методическую документацию, учебно-методическую литературу, материально-техническую базу, оснащение учебных аудиторий, клинические базы, кадровое обеспечение реализации программы, Положение Центра ДПО ПП и ПК КБГУ;

- образцы оценочных материалов для проведения итоговой аттестации (вопросы к экзамену, примеры тестовых заданий и клинических задач).

В учебном плане указывается перечень изучаемых тем, трудоемкость, формы организации учебного процесса, виды контроля знаний и умений.

Обучение слушателей завершает итоговая аттестация по программе повышения квалификации врачей-пульмонологов посредством проведения экзамена для выявления теоретической и практической подготовки слушателей.

2. ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОЙ КВАЛИФИКАЦИИ И СВЯЗАННЫХ С НЕЙ ВИДОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ТРУДОВЫХ ФУНКЦИЙ И (ИЛИ) УРОВНЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Приказ Министерства здравоохранения, социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

***2.1. Должностные обязанности.***

Выполняет перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи. Выполняет перечень работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи. Осуществляет экспертизу временной нетрудоспособности. Ведет медицинскую документацию в установленном порядке. Планирует и анализирует результаты своей работы. Соблюдает принципы врачебной этики, Руководит работой среднего и младшего медицинского персонала. Проводит санитарно-просветительскую работу среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.

*Должен знать:* Конституцию Российском Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно - эпидемиологического благополучия населения; теоретические основы по избранной специальности; современные методы лечения, диагностики и лекарственного обеспечения больных; основы медико­-социальной экспертизы; правила действий при обнаружении больного с признаками особо опасных инфекций, ВИЧ-инфекции; порядок взаимодействия с другими врачами-специалистами, службами, организациями, в том числе страховыми компаниями, ассоциациями врачей и т.п.; основы функционирования бюджетно-страховой медицины и добровольного медицинского страхования, обеспечения санитарно-профилактической и лекарственной помощи населению; медицинскую этику; психологию профессионального общения; основы трудового законодательства; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности.

***Требования к квалификации*.** Высшее профессиональное образование по одной из специальностей «Лечебное дело», «Педиатрия» и послевузовское профессиональное образование (ординатура) по специальности «Пульмонология» или профессиональная переподготовка по специальности «Пульмонология» при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей: «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Педиатрия», «Терапия», «Фтизиатрия».

***Дополнительное профессиональное образование***: повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности.

***Должности***: врач-пульмонолог; заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения) медицинской организации - врач-пульмонолог.

***2.4. Характеристика профессиональных компетенций, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Пульмонология»***

В результате освоения программы у слушателей должны быть сформированы ***профессиональные компетенции***:

*профилактическая деятельность:*

- 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 факторов среды его обитания на здоровье человека (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами с различной патологией (ПК-2);

- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о травматизме и заболеваемости (ПК-4);

 *диагностическая деятельность:*

- готовность к диагностике травм и заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

- готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы (ПК-6);

*лечебная деятельность:*

- готовность анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-инструментального обследования и оценки функционального состояния пациентов для выбора показаний и противопоказаний проведения лечения различных пульмонологических заболеваний и патологических состояний (ПК-7);

- готовность осуществлять определенные мероприятия по дифференцированному применению различных методов лечения у пульмонологических больных в зависимости от особенностей состояния организма и применяемых факторов (ПК-8);

*реабилитационная деятельность:*

- готовность использовать естественные и перформированные физические факторы в целях закаливания и укрепления здоровья здоровых, а также восстановление нарушенной реактивности и работоспособности у ослабленных лиц (ПК-9);

*психолого-педагогическая деятельность:*

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике травм и заболеваний (ПК-10);

*организационно-управленческая деятельность:*

- готовность использовать знания организационной структуры пульмонологической службы, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций, анализировать показатели работы структур пульмонологической службы (ПК-11);

- готовность к проведению оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-12);

- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-13).

***2.5. Перечень знаний, умений и навыков врача-пульмонолога после завершения обучения***

*По окончании обучения у врача-пульмонолога будут совершенствованы знания:*

- основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

- общие вопросы организации терапевтической помощи в стране, работу амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров, организацию работы скорой терапевтической помощи;

- причины и патогенетические механизмы развития острых и хронических болезней внутренних органов сущность функциональных и морфологических процессов, их клинические проявления у пациентов разных возрастных групп;

- основы фармакотерапии острых и хронических заболеваний внутренних органов, клиническую фармакологию основных групп лекарственных препаратов, осложнения лекарственной терапии и способы их коррекции;

- организацию скорой медицинской помощи и интенсивной терапии к области терапии;

- основы не медикаментозных методов лечения, физиотерапии, ЛФК. и санаторно-курортного лечения в области терапии;

- основы лечебного питания при терапевтических заболеваниях внутренних органов;

- врачебно-трудовую экспертизу при заболеваниях внутренних органов терапевтического профиля;

- основы диспансерного наблюдения при различных заболеваниях внутренних органов терапевтического профиля;

- формы и методы санитарно-просветительной работы.

*По окончании обучения у врача-пульмонолога будут совершенствованы умения:*

- провести всестороннее клиническое обследование больного и на этом основании определить: предварительный диагноз, тяжесть состояния, неотложные мероприятия, план обследования, в том числе консультации других специалистов, лабораторные, функциональные и инструментальные исследования, показания к госпитализации, трудоспособность;

- верифицировать диагноз

 - оформить необходимую медицинскую документацию;

- использовать деонтологические навыки в целях установления психологического контакта с больным;

- определить тактику ведения больного в зависимости от характера и тяжести заболевания: терапию на первые 24 часа, неотложную терапию острого состояния, необходимость консультации других специалистов, перевода больного в отделение реанимации или в другие отделения;

- осуществлять плановое комплексное лечение больных, используя режим, диету, физиотерапию, и осуществлять контроль динамики клинического и функционального состояния больных, эффективности лечебных мероприятий и раннюю диагностику нежелательных побочных явлений, и вовремя проводить коррекцию доз и способов введения лекарственных препаратов и их отмену;

 - осуществлять мероприятия первичной и вторичной профилактики болезней дыхательной системы;

- осуществлять профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию здоровых и больных хроническими заболеваниями дыхательной системы.

*По окончании обучения у врача-пульмонолога будут совершенствованы навыки:*

*профилактическая деятельность:*

- предупреждения возникновения пульмонологических заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

- участия в проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

- проведения сбора и медико-статистического анализа информации о показателях заболеваемости различных возрастно-половых групп и ее влияния на состояние их здоровья;

*диагностическая деятельность:*

- оценка результатов медицинского осмотра, включая объективное обследование, данные лабораторно-инструментальных методов исследования и самостоятельного применения Международной классификации функционирования, органический жизнедеятельности и здоровья (ВОЗ, 2001 г.).

*лечебная деятельность:*

- использования принципов рациональной организации пульмонологических подразделений;

- дифференцированного применения методов лечения в соответствии с показаниями и противопоказаниями к их назначению и оформления соответствующей документации, предусмотренной законодательством по здравоохранению;

- составления комплекса лечения с учетом показаний и противопоказаний к назначению отдельных методов;

- санитарно-гигиенический контроль;

- осуществлять врачебный контроль за переносимостью больными процедур и эффективностью лечения;

- ведения учетно-отчетной документации;

- штатные нормативы и основные принципы, определяющие штат врачей пульмонологов, среднего и младшего медицинского персонала в разных типов ЛПУ;

- медицинские осмотры персонала пульмонологических подразделений;

- организация работы персонала пульмонологических подразделений;

-основные профессиональные обязанности и права медицинского персонала пульмонологических подразделений;

- организация работы главных специалистов, заведующего пульмонологическим отделением, врача-пульмонолога, среднего и младшего медицинского персонала;

- участие в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации.

*реабилитационная деятельность:*

- проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов при пульмонологических заболеваниях;

*психолого-педагогическая деятельность:*

- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

*организационно-управленческая деятельность:*

- применение основных принципов организации оказания диагностической помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

- создание в медицинских организациях диагностического профиля благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;

- ведение учетно-отчетной документации в медицинских организациях и ее структурных подразделениях;

- участие в организации оценки качества оказания диагностической и лечебной помощи пациентам;

- соблюдение основных требований информационной безопасности.

3. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Итоговая аттестация проводится в форме экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-пульмонолога в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов. Слушатели допускаются к итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей.

Лица, освоившие дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей по специальности «Пульмонология» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ о дополнительном профессиональном образовании – удостоверение о повышении квалификации и сертификат специалиста.

4.УЧЕБНЫЙ ПЛАН

**курсов повышения квалификации врачей**

**по дополнительной профессиональной образовательной программе**

 **«ПУЛЬМОНОЛОГИЯ»**

**Цель:** усовершенствование и повышение квалификации врачей-пульмонологов по актуальным вопросам пульмонологии и смежным дисциплинам в соответствии с профессионально-должностными обязанностями.

**Категория слушателей:** врачи-пульмонологи

**Срок обучения:** 144 учебных часа

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование разделов дисциплин и тем | Всего часов | В том числе |
| Лекции | Практич. занятия | Самост. работа |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Основы социальной ги­гиены и организации пульмонологической помощи населению | 6 | - | - | 6 |
| 2. | Теоретические основы пульмоноло-гии | 2 | - | - | 2 |
| 3. | Методы обследования больных с заболевания­ми органов дыхания | 8 | - | 2 | 6 |
| 4. | Респираторная фармакология | 8 | 2 | - | 6 |
| 5. | Заболевания органов дыхания, связанные с различными фактора­ми инфекционной природы | 14 | 2 | 2 | 10 |
| 6. | Интерстициальные и диссеминиро-ванные заболевания легких | 16 | 2 | - | 14 |
| 7. | Обструктивные заболевания легких | 12 | 2 | 2 | 8 |
| 8. | Профессиональные заболевания легких | 8 | 2 | 2 | 4 |
| 9. | Патологические состоя­ния, связанные с нару­шением лёгочного кро­вообращения | 8 | - | 2 | 6 |
| 10. | Опухоли лёгких | 6 | 2 | 2 | 2 |
| 11 | Заболевания плевры | 8 | - | 2 | 6 |
| 12 | Заболевания средостения | 16 | - | 2 | 14 |
| 13. | Региональный компонент социально-значимых болезней | 8 | - | 4 | 4 |
| 14. | Медицина катастроф | 6 | - | 2 | 4 |
| 15. | Занятия в симуляционном центре | 12 | - | 2 |  10  |
|  | Итоговая аттестация - экзамен | 6 |  |  | 6 |
|  | **ВСЕГО** | **144** | **12** | **24** | **108** |

5.УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

**курсов повышения квалификации врачей**

**по дополнительной профессиональной образовательной программе**

 **«ПУЛЬМОНОЛОГИЯ»**

**Цель:** усовершенствование и повышение квалификации врачей-пульмонологов по актуальным вопросам пульмонологии и смежным дисциплинам в соответствии с профессионально-должностными обязанностями.

**Категория слушателей:** врачи-пульмонологи

**Срок обучения:** 144 часа

**Форма обучения:** очно-заочная

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование разделов дисциплин и тем | Всего часов | В том числе |
| Лекции | Практические занятия | Самост. работа |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **1.** | **Основы социальной ги­гиены и организации пульмонологической помощи населению** | **6** | **-** | **-** | **6** |
| 1.1. | Правовые основы здравоохранения РФ. Врачебные ошибки, причины и следствия | 2 | - | - | 2 |
| 1.2. | Медицинские аспекты этики и деонтологии в деятельности врача-пульмонолога | 2 | - | - | 2 |
| 1.3. | Основные принципы обязательного медицинского страхования, права и обязанности застрахованных граждан | 2 | - | - | 2 |
| **2.**  | **Теоретические основы пульмонологии** | **2** | **-** | **-** | **2** |
| **3.**  | **Методы обследования легочных больных**  | **8** | **-** | **2** | **6** |
| **4.**  | **Респираторная фармакология** | **8** | **2** | **-** | **6** |
| 4.1. | Фармакология препаратов, воздействующих на дыхательные пути | 8 | 2 | - | 6 |
| **5.** | **Заболевания органов дыхания, связанные с различными фактора­ми инфекционной природы** | **14** | **2** | **2** | **10** |
| 5.1. | Вирусные инфекции дыхательных путей | 2 | - | 2 | - |
| 5.2. | Бактериальная пневмония | 2 | 2 | - | - |
| 5.3. | Острый абсцесс и гангрена легких | 2 | - | 2 | - |
| **6.** | **Интерстициальные и диссеминирован-ные заболевания легких** | **16** | **2** | **-** | **14** |
| 6.1. | Идиопатические и интерстициальные пневмонии | 6 | - | - | 6 |
| 6.2. | Поражения органов дыхания при системных заболеваниях | 6 | - | - | 6 |
| 6.3. | Саркоидоз | 4 | 2 | - | 2 |
| **7.** | **Обструктивные заболевания легких** | **12** | **2** | **2** | **8** |
| 7.1. | Хроническая обструктивная болезнь легких | 4 |  | 2 | 2 |
| 7.2. | Эмфизема легких | 2 |  | - | 2 |
| 7.3. | Бронхиальная астма | 6 | 2 | - | 4 |
| **8.** | **Профессиональные заболевания легких** | **8** | **2** | **2** | **4** |
| 8.1. | Пневмокониозы | 4 | 2 | - | 2 |
| 8.2. | Острые токсические поражения дыхательных путей | 4 | - | 2 | 2 |
| **9.** | **Патологические состоя­ния, связанные с нару­шением лёгочного кро­вообращения** | **8** | **-** | **2** | **6** |
| 9.1. | Тромбоэмболия легочной артерии | 2 | - | 2 | - |
| 9.2. | Легочные васкулиты | 2 | - | - | 2 |
| 9.3. | Отек и острое повреждение легких | 2 | - | - | 2 |
| 9.4. | Тромбозы и тромбофилии в пульмонологии | 2 | - | - | 2 |
| **10.** | **Опухоли лёгких** | **6** | **2** | **2** | **2** |
| 10.1. | Рак легкого  | 2 | 2 | - | - |
| 10.2. | Метастатические опухоли легких | 2 | - | 2 | - |
| 10.3. | Доброкачественные опухоли легких | 2 | - | - | 2 |
| **11.** | **Заболевания плевры** | **8** | **-** | **2** | **6** |
| 11.1. | Плевральный выпот | 2 | - | - | 2 |
| 11.2. | Пневмоторакс, гемоторакс | 2 | - | - | 2 |
| 11.3. | Опухоли плевры | 4 | - | 2 | 2 |
| **12.** | **Заболевания средостения** | **16** | **-** | **2** | **14** |
| 12.1. | Опухоли и кисты средостения | 8 | - | 2 | 6 |
| 12.2. | Пневмомедиастинум и медиастинит | 8 | - | - | 8 |
| **13** | **Региональный компонент социально-значимых болезней** | **8** | **-** | **4** | **4** |
| 13.1 | ВИЧ-инфекция | 2 | - | - | 2 |
| 13.2 | Туберкулез | 2 | - | 2 | - |
| 13.3 | Болезни щитовидной железы | 2 | - | - | 2 |
| 13.4 | Сахарный диабет | 2 | - | 2 | - |
| **14.** | **Медицина катастроф** | **6** | **-** | **2** | **4** |
| 12.1 | Неотложная помощь при отравлении сильнодействующими ядовитыми веществами. Острая почечная недоста-точность | 2 | - | - | 2 |
| 12.2 | Неотложная помощь при особо опасных инфекциях | 2 | - | - | 2 |
| 12.3 | Основы сердечно-лёгочной реанимации | 2 | - | 2 | - |
| **15.** | **Занятия в симуляционном центре** | **12** | **-** | **2** |  **10**  |
|  | Итоговая аттестация - экзамен | 6 | **-** | **-** | 6 |
|  | **ВСЕГО** | **144** | **12** | **24** | **102** |

6.УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

**Нормативные правовые акты:**

1. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки».
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541 и 1«Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 04.05.2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».
9. Приказ Минздрава России № 1183н от 24.12.2010г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля». Зарегистрирован Минюстом России 11.02.2011г.
10. Приказ Минздрава России № 543н от 15.05.2012г. об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению.
11. Приказ Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 N 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».
12. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1213н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при пневмонии».
13. Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 741н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии тяжелой степени тяжести с осложнениями».
14. Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1437н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при пневмонии».
15. Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1658н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести».
16. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1206н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при кистозном фиброзе».
17. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1214н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при обострении хронической обструктивной болезни легких».
18. Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 741н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии тяжелой степени тяжести с осложнениями».
19. Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1455н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при хроническом бронхите».

**Основная литература:**

1. Абросимов В.Н. Реабилитация больных ХОБЛ.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 112 с.
2. Авдеев С.Н.  Интенсивная терапия в пульмонологии. Т1. – М.: [Атмосфера](http://www.fkbook.ru/prod_list.php?ftype=2&par1=10000915&name=%C0%F2%EC%EE%F1%F4%E5%F0%E0&page=1), 2014. – 304 с.
3. Авдеев С.Н.  Интенсивная терапия в пульмонологии. Т2. – М.: [Атмосфера](http://www.fkbook.ru/prod_list.php?ftype=2&par1=10000915&name=%C0%F2%EC%EE%F1%F4%E5%F0%E0&page=1), 2015. – 312с.
4. Авдеев С.Н.  Алдашев А.А., Горбачевский С.В. Легочная гипертензия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 416с.
5. Белоусов Ю.Б., Петров В.И., Кукес В.Г., Лепахин В.К. Национальное руководство (+ CD-ROM).-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 976 с.
6. Браженко Н.А., Браженко О. Н. Саркоидоз в клинике туберкулеза органов дыхания. - М.: СпецЛит, 2015.- 240 с.
7. Бронхиальная астма. Клинические рекомендации Российского респираторного общества, 2016 - 76 с.
8. Верткин А.Л. Кровохарканье. – М.: Эксмо-Пресс, 2016.- 160 с.
9. Верткин А.Л. Внебольничная пневмония. – М.: Эксмо-Пресс, 2016.- 144 с.
10. Верткин А.Л. ТЭЛА. – М.: Эксмо-Пресс, 2016.- 160 с.
11. Гольдштейн В.Д. Туберкулез органов дыхания у лиц пожилого и старческого возраста. – М.: Бином, 2013 г.- 224 с.
12. Гольдштейн В.Д Пороки развития легких в клинической практике. – М.: Бином, 2013 г.- 208 с.
13. Гольдштейн В.Д. Первичный туберкулез органов дыхания у взрослых. – М.: Бином, 2013 г.- 112 с.
14. Диссеминированные заболевания легких. Под ред. проф. М.М.Ильковича. М.: ГЭОТАР-Мед, 2011. 480 с.
15. Захарова А.С., Новикова Л.Н., Сперанская А.А., Дзадзуа Д.В., Баранова О.П., Двораковская И.В. Поражение легких при диффузных болезнях соединительной ткани / Учебное пособие под ред. проф. М.М.Ильковича - Издание СПбГПМУ: СПб., 2011. – 32 с.
16. Идиопатический легочный фиброз. Клинические рекомендации Российского респираторного общества, 2016. - 44 с.
17. Измеров Н.Ф., Чучалин А.Г. Профессиональные заболевания органов дыхания. Национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа. 2016.- 792 с.
18. Интерстициальные и орфанные заболевания легких. Под ред. проф. М.М.Ильковича. М.: ГЭОТАР-Мед. 2016. 560 с.
19. Казанцев В.А. Внебольничная пневмония. Руководство для практикующих врачей. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2016.- 112 с.
20. Кардангушева А.М. Алгоритмы ведения больных с тяжелой внебольничной пневмонией (методические рекомендации)/ Нальчик. Печатный двор. 2015. 53 с.
21. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых// под ред. А.Г. Чучалина. 2014. 82 с.
22. Легочная гипертензия/ под ред. И.Е. Чазовой, Т.В. Мартынюк.- М.: Практика. 2015. 928 с.
23. Малявин А.Г., Епифанов В.А., Глазкова И.И. Реабилитация при заболеваниях органов дыхания. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010. 352 с.
24. Малый В.П., Лядова Т.И., Андрейчин М.А. Грипп (сезонный, птичий, пандемический) и другие ОРВИ.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.-320 с.
25. Мэскел Ник, Миллар Н. Руководство по респираторной медицине..- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.-600 с.
26. Основы лучевой диагностики. Национальное руководство / гл. ред. тома С.К. Терновой. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2012. 496 с.
27. Струтынский А.В., Баранов А. П., Ройтберг Г. Е., Гапоненков Ю. П. Основы семиотики заболеваний внутренних органов. М.: МЕДпресс-информ. 2008. 304 с.
28. Пульмонология: национальное руководство / под ред. А.Г. Чучалина. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2016. 960 с.
29. Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание/Под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2016. 800 с.
30. Профессиональные заболевания органов дыхания. Национальное руководство/ Под ред. Н.Ф. Измерова, А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.-792 с.
31. [Распопина Н.А.](http://www.labirint.ru/authors/105723/), [Щугинин И. О.](http://www.labirint.ru/authors/105724/) Хронические обструктивные заболевания легких у беременных. М.: [Новая волна](http://www.labirint.ru/pubhouse/684/). 2012. 240 с.
32. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания: Руководство для практикующих врачей. Том 5./ под ред. А.Г. Чучалина. М.: ЛитТерра. 2013. 872 с.
33. Саркоидоз. Клинические рекомендации Российского респираторного общества. 2016. 65 с.
34. Саркоидоз легких. Под ред. проф. М.М.Ильковича, О.П.Барановой. М.: ГЭОТАР-Мед. 2010. 48 с.
35. Сперанская А.А., Лукина О.В., Золотницкая В.П., Новикова Л.Н, Баранова О.П., Бобров Е.И., Христолюбов А.В., Кишковская Е.А. Лучевая диагностика в планировании лечения и контроля за его эффективностью у больных интерстициальными заболеваниями легких/ Медицинская технология.- 2011. 22 с.
36. Справочник по пульмонологии/Под ред. А.Г. Чучалина, М.М. Ильковича. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2014. 928 с.
37. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике: Евразийские клинические рекомендации/Под ред. С. В. Яковлева, С. В. Сидоренко, В. В. Рафальского, Т. В. Спичак. М.: Издательство «Пре100 Принт». 2016. 144 с.
38. Стручков П.В., Дроздов Д.В., Лукина О.Ф. Спирометрия. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2017. 96 с.
39. Трансплантация легких. Национальные клинические рекомендации. 2013. 52 с.
40. Тяжелый грипп. Клинические рекомендации Российского респираторного общества. 2016. 29 с.
41. Федеральные клинические рекомендации по использованию метода спирометрии/ под ред. А.Г. Чучалина. 2013. 23 с.
42. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск XVIII.- М.: Эхо. 2017. 1020 с.
43. Филиппов В.П., Черниченко Н.В. Бронхоскопия при заболеваниях легких. М.: Бином. 2014 г. 184 с.
44. Фтизиатрия. Национальные клинические рекомендации/Под ред. П.К Яблонского.- М.: ГЭОТАР-Медиа. 2016. 240 с.
45. **Хаитов Р.М., Лусс Л.В., Бессараб Т.П., Данилычева И.В. - Иммунология. Фармакотерапия без ошибок. Руководство для врачей. М.: Е-ното, 2016. 504 с.**
46. Хроническая обструктивная болезнь легких/Под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2016. 192 с.
47. Хроническая обструктивная болезнь легких Клинические рекомендации Российского респираторного общества. 2016. 69 с.
48. Черняев А.Л., Самсонова М.В. Патологическая анатомия легких: Атлас, 2-е изд., испр. и доп. (серия монографий Российского респираторного общества; Гл. ред.Серии Чучалин А.Г.). М.: Издательский холдинг «Атмосфера». 2011. 112 с.
49. Чучалин А.Г., Абросимов В.Н. Кашель. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2016. 228 с.
50. Шмелев Е.И. Очерки клинической пульмонологии (К 25-летию отдела гранулематозных заболеваний легких Центрального НИИ туберкулеза РАМН): Избранные труды. М.: [Атмосфера](http://www.fkbook.ru/prod_list.php?ftype=2&par1=10000915&name=%C0%F2%EC%EE%F1%F4%E5%F0%E0&page=1). 2012. 192 с.

**Базы данных, информационно-справочные системы**

<http://www.femb.ru/feml> Федеральная электронная медицинская библиотека Министерство здравоохранения Российской Федерации

<http://elibrary.ru/> Научная электронная библиотека

<http://spulmo.ru/> Российское респираторной общество

<http://www.rnmot.ru/> Российское научное медицинское общество терапевтов

<https://www.gnicpm.ru/> ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Министерство здравоохранения Российской Федерации

<http://internist.ru> Всероссийская образовательная программа для врачей

<http://1med.tv/> Первый медицинский канал

<https://data.rosmed.info/> Р[егистр пациентов с идиопатическим легочным фиброзом на территории РФ](https://data.rosmed.info/registers/patients/?id=49)

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

- кабинеты: помещения для лекционных, практических, семинарских занятий, стандартно оборудованных и отвечающих всем требованиям противопожарных и санитарных норм, компьютерный зал;

- мебель: учебные столы и стулья, компьютерные столы;

- тренажеры, муляжи, манекены в симуляционном центре КБГУ;

- медицинское оборудование, аппаратура, приборы: личный инструментарий врача-пульмонолога (фонендоскопы, тонометры); медицинское оборудование, диагностические и лечебные аппаратные средства предоставляются клиническими базами;

- технические средства обучения: персональные компьютеры с выходом в интернет, мультимедийное оборудование, аудио-, видеотехника.

8. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Текущий контроль успеваемости обеспечивает оценивание хода освоения модулей, и проводится в форме тестового контроля. Промежуточная аттестация – оценивание промежуточных и окончательных результатов обучения по модулям. Промежуточная аттестация проводится в форме зачета.

Итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки врачейпо специальности «Пульмонология» проводится в форме сертификационного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача по специальности «Пульмонология» в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

9. ПРИМЕРНАЯ ТЕМАТИКА АТТЕСТАЦИОННЫХ РАБОТ

1. Внебольничные пневмонии: определение и классификация, этиология и патогенез, клиника, течение, лечение и профилактика.

2. Тактика ведения больных пожилого и старческого возраста, страдающих пневмонией.

3. Принципы лечения полиморбидных больных с пневмонией.

4.Обострение ХОБЛ: причины и механизмы развития, особенности клиники, лечение и профилактика.

 5. Дифференциальная диагностика легочных инфильтратов.

6. Дифференциальная диагностика легочных диссеминаций.

7. Особенности организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в Российской Федерации.

8. Определение научно-доказательной медицины (НДМ) и предпосылки к развитию НДМ. Этапы внедрения НДМ в практическую деятельность врача. Классификация уровней доказательности, используемая в научной литературе и клинических рекомендациях.

9. Понятие переживания болезни личностью.

10. Особенности возрастной психологии.

10.ПРИМЕРНАЯ ТЕМАТИКА КОНТРОЛЬНЫХ ВОПРОСОВ

1. Легочная гипертензия у пациентов ХОБЛ.
2. Фармакотерапия при аспирационной пневмонии.
3. Иммунные механизмы интерстициальных заболеваний легких.
4. Бронхолитическая терапия ХОБЛ стабильного течения.
5. Обструктивный синдром у пациентов с туберкулезом легких.
6. Конденсат выдыхаемого воздуха при заболеваниях легких.
7. Флуоресцентная диагностика центрального рака легких.
8. Особенности течения БА во время беременности.
9. Наследственные факторы при болезнях органов дыхания.
10. Молекулярные механизмы нарушения газообмена в легких.
11. Муколитическая терапия в клинической практике.
12. Иммунокоррекция в лечении бронхиальной астмы.
13. Тяжелая бронхиальная астма и гастроэзофагеальный рефлюкс.
14. Тяжелая бронхиальная астма и остеопороз.
15. Гемодинамика у больных бронхиальной астмой пожилого возраста.
16. Легочная реабилитация у пациентов ХОБЛ.
17. Повышение толерантности к нагрузкам у пациентов ХОБЛ.
18. Пневмонии у пожилых: особенности этиологии, клиники и лечения.
19. Пневмонии у ВИЧ- инфицированных пациентов.
20. Современные технологии бронхолитической терапии у детей.
21. Противовоспалительная терапия бронхиальной астмы.
22. Легочная гиперинфляция у пациентов ХОБЛ.
23. Рентгенодиагностика внебольничных пневмоний.
24. НВЛ при ОДН у пациентов с синдромом ожирения-гиповентиляции.
25. НВЛ при ОДН у пациентов ХОБЛ.
26. НВЛ при кардиогенном отеке легких.
27. Мобилизация и удаление бронхиального секрета.
28. Лечение табачной зависимости.
29. Дыхательные расстройства в период сна у пациентов ХОБЛ.

11. ЗАДАНИЯ, ВЫЯВЛЯЮЩИЕ ПРАКТИЧЕСКУЮ ПОДГОТОВКУ ВРАЧА – ПУЛЬМОНОЛОГА

**Клиническая задача №1.**

Больная М., 48 лет, продавец. **Жалобы** на хронический утренний кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты в скудном количестве, одышку смешанного характера при обычной физической активности. **Из анамнеза:** кашель отмечает последние 30 лет, одышка присоединилась 4 года назад, в последнее время вынужденно ограничивает повседневную физическую активность из-за одышки; за медицинской помощью по поводу заболевания органов дыхания обратилась впервые; эпизоды усиления кашля, гипертермии, длящиеся более 3 дней отмечает 1 раз в год (после вирусной инфекции или переохлаждения). Курит, ИК-30 пачка\лет. Страдает ГБ 2 стадии, 2 степени, риск 3. Бронхолитики не получает, принимает гипотензивные препараты регулярно (периндоприл 4 мг, индапамид 2,5 мг). САТ – тест 16 баллов; по шкале мMRC- 2 степень одышки. **Объективно:** эмфизематозная форма грудной клетки, над всей поверхностью грудной клетки легочный звук с коробочным оттенком, ослабленное везикулярное дыхание и рассеянные сухие хрипы; АД 130/86 мм рт.ст.

**Из результатов дополнительного обследования:** спирометрия – ОФВ1 68% от должного; ОФВ1/ФЖЕЛ после ингаляции бронхолитика- 0,6; рентгенография ОГК – ослабленный легочный рисунок и повышенная воздушность.

**Задание к клинической задаче:**

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Интерпретируйте результаты спирометрии.
3. Объясните семиотику изменений физикальных данных.
4. Определите принципы лечения больного.

**Клиническая задача 2.**

Больной А., 24 года. Поступил в пульмонологическое отделение неделю назад с **жалобами** на участившиеся до ежедневных эпизоды удушья, купирующиеся ингаляцией сальбутамола, кашель малопродуктивный, ощущение заложенности грудной клетки.

**Из анамнеза заболевания:** эпизоды удушья отмечает с 12 лет. В настоящее время получает ингаляции беклометазона (Кленил-джет) 250 мкг 2 раза в день. Потребность в ингаляции сальбутамола 100 мкг/доза на такой терапии составляет в среднем 4 ингаляции в неделю. Последний месяц после психоэмоционального напряжения приступы удушья участились до ежедневных, появились малопродуктивный кашель и ощущение заложенности грудной клетки. Обращение за медицинской помощью связано с тем, что уже не справляется с работой. В отделении к терапии добавили беродуал через небулайзер, удвоили дозу Кленил-джет.

**Из анамнеза жизни:** пищевая аллергия на цитрусовые в виде крапивницы.

**Объективно:** при обследовании вне приступа удушья отклонений от нормальных параметров физикальных данных не выявлено.

**Результаты дополнительных методов обследования.** ОАК: эритроциты 4,7×1012, НЬ - 140 г/л, цветовой показатель 0,9, лейкоциты 7,2×109, эозинофилы 15%, палочкоядерные нейтрофилы 6%, сегментоядерные нейтрофилы 67%, лимфоциты 12%, моноциты 6%, СОЭ 8 мм/ч. Общий анализ мокроты: спирали Куршмана, эозинофилы, кристаллы Шарко-Лейдена. Спирометрия:ОФВ1 70% от должного, разброс ПСВ при мониторировании на протяжении недели 34-42%.

**Задание к клинической задаче:**

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Интерпретируйте результаты дополнительных методов исследования.
3. Объясните причину отсутствия изменений физикальных данных.
4. Определите базисную терапию больного.

12. ПРИМЕРЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПУЛЬМОНОЛОГИЯ»

Инструкция: ***Выбрать один или несколько правильных ответов***

1. Методы обследования терапевтических больных 1.1. – 1.22.
2. Функциональные методы исследования 2.1 – 2.16.
3. Клиническая фармакология 3.1. – 3.32.
4. Физические методы лечения 4.1. – 4.10.
5. Острый бронхит 5.1. – 5.14.
6. Хронический бронхит 6.1. – 6.24.
7. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) 7.1. – 7.6.
8. Бронхиальная астма 8.1. – 8.28.
9. Пневмония 9.1. – 9.28.
10. Саркоидоз 10.1. – 10.8.
11. Плевральный выпот 11.1. – 11.14.
12. Легочное сердце 12.1. – 12.9.
13. Острый и хронический абсцесс легкого, гангрена легкого 13.1. – 13.7.
14. Бронхоэктатическая болезнь, рак легкого 14.1. – 14.17.
15. Дифференциальная диагностика с туберкулезом легких 15.1. – 15.9
16. Паразитарные поражения легких, профессиональные заболевания 16.1. – 16.8.

**1. Методы обследования терапевтических больных**

1.1. Везикулярное дыхание выслушивается на:

а) вдохе;

б) выдохе;

в) вдохе и первой трети выдоха;

г) вдохе и первых двух третях выдоха;

д) протяжении всего вдоха и всего выдоха.

1.2. При эмфиземе легких дыхание:

а) везикулярное;

б) везикулярное ослабленное;

в) везикулярное усиленное;

г) бронхиальное;

д) саккадированное.

1.3. Крепитация характерна для:

а) эмфиземы легких;

б) абсцесса легких;

в) крупозной пневмонии;

г) бронхиальной астмы;

д) застоя крови в малом круге кровообращения.

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

а) притуплённый тимпанит;

б) коробочный;

в) тимпанический;

г) тупой;

д) металлический.

1.5. Бронхиальное дыхание выслушивается на:

а) вдохе;

б) выдохе;

в) вдохе и одной трети выдоха;

г) протяжении всего вдоха и всего выдоха;

д) вдохе и первых двух третях выдоха.

1.6. Амфорическое дыхание наблюдается при:

а) очаговой пневмонии;

б) бронхите;

в) бронхиальной астме;

г) абсцессе легкого;

д) эмфиземе легких.

1.7. Ослабление голосового дрожания характерно для:

а) бронхоэктазов;

б) экссудативного плеврита;

в) абсцесса легкого в стадии полости;

г) очаговой пневмонии;

д) крупозной пневмонии.

1.8. Усиление голосового дрожания типично для:

а) гидроторакса;

б) абсцесса легкого в стадии полости;

в) закрытого пневмоторакса;

г) эмфиземы легких;

д) бронхиальной астмы.

1.9. Показания к диагностической плановой бронхофиброскопии: 1.нагноительные заболевания легких; 2.астматическое состояние; 3.центральные и периферические опухоли легких; 4.стеноз гортани; 5.профузное легочное кровотечение.

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 и 5.

1.10. Абсолютным противопоказанием к бронхоскопии: 1.крупозная пневмония; 2.бронхогенный рак с отдаленными метастазами; 3.инородное тело бронхов; 4.инсульт.

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, и 4.

1.11. Гнилостный, зловонный запах мокроты появляется при: 1.гангрене легкого; 2.бронхоэктазах; 3.абсцессе легкого; 4.крупозной пневмонии; 5.раке легкого.

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 и 5.

1.12. Эластические волокна в мокроте обнаруживаются при: 1.абсцессе легкого; 2.раке легкого в стадии распада; 3.туберкулезе легкого; 4.хроническом бронхите; 5.крупозной пневмонии.

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 и 5.

1.13. Из перечисленных заболеваний слизисто-кровянистая мокрота характерна для:

а) острого трахеобронхита;

б) бронхопневмонии;

в) хронического бронхита;

г) бронхогенного рака легкого;

д) туберкулеза легкого.

1.14. По клиническим данным заподозрен спонтанный не специфический пневмоторакс. В этом случае наиболее простым диагностическим методом является:

а) торакоскопия;

б) рентгеноскопия и рентгенография легких;

в) плевральная пункция;

г) сканирование легких;

д) бронхоскопия.

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

а) бронхоскопию;

б) трансторокальную игловую биопсию;

в) катетеризационную биопсию при бронхоскопии;

г) повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки;

д) исследование промывных вод при бронхоскопии.

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

а) ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание

б) амфорическое дыхание

в) бронхиальное дыхание

г) жесткое дыхание

д) смешанное бронховезикулярное дыхание

1.17. Чем обусловлено появление влажных крупнопузырчатых хрипов?

а) вязкая мокрота в крупных бронхах

б) вязкая мокрота в мелких бронхах и/или их спазм

в) жидкая мокрота в крупных бронхах или полостях, сообщаю­щихся с бронхом

г) жидкая мокрота в мелких бронхах при сохраненной воздуш­ности окружающей легочной ткани

д) жидкая мокрота в мелких бронхах и воспалительное уплот­нение окружающей легочной ткани

1. 18. Чем обусловлено появление влажных мелкопузырчатых звон­ких хрипов?

а) вязкая мокрота в крупных бронхах

б) вязкая мокрота в мелких бронхах и/или их спазм

в) жидкая мокрота в крупных бронхах или полостях, сообщаю­щихся с бронхом

г) жидкая мокрота в мелких бронхах и воспалительное уплот­нение окружающей легочной ткани

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

а) вязкая мокрота в крупных бронхах

б) вязкая мокрота в мелких бронхах и/или их спазм

в) жидкая мокрота в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом

г) жидкая мокрота в мелких бронхах при сохраненной воздуш­ности окружающей легочной ткани

д) жидкая мокрота в мелких бронхах и воспалительное уплот­нение окружающей легочной ткани

1.20. Чем обусловлено появление крепитации?

а) наличие в альвеолах (пристеночно) небольшого количества экссудата или транссудата

б) воспаление листков плевры («сухой» плеврит)

в) альвеолы полностью заполнены экссудатом или транссудатом

г) вязкая мокрота в крупных бронхах

д) вязкая мокрота в мелких бронхах и/или их спазм

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

а) ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание

б) амфорическое дыхание

в) бронхиальное дыхание

г) жесткое дыхание

д) смешанное бронховезикулярное дыхание

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

а) ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание

б) амфорическое дыхание

в) бронхиальное дыхание

г) жесткое дыхание

д) смешанное бронховезикулярное дыхание

**2. Функциональные методы исследования**

2.1. 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.

2.2. Резервный объем вдоха - 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.

2.3. Резервный объем выдоха - 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

2.4. Остаточный объем легких - 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

2.5. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) - это:

а) максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 минуты

б) объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха;

в) максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха

г) максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха

д) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха

2.6. Емкость вдоха (Евд) - это:

а) максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 минуты

б) объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха;

в) максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха

г) максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха

д) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха

2.7. Функциональная остаточная емкость (ФОЕ) легких - это:

а) максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 минуты

б) объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха;

в) максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха

г) максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха

д) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха

2.8. Резерв легочной вентиляции (РЛВ) - это:

а) максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 минуты

б) объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха;

в) максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха

г) максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха

д) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха

2.9. 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,

2.10. Уменьшение жизненной емкости легких наблюдается при:1.воспалительных процессах в органах грудной полости; 2.беременности (вторая половина); 3.асците; 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

2.11. Абсолютным противопоказанием к проведению тестов с физической нагрузкой является: 1. нестабильная стенокардия; 2.тромбоэмболия; 3.артериальная гипертензия с высокими цифрами АД (выше 220/110 мм рт. ст.); 4.флеботромбоз глубоких вен голеней.

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 все ответы

2.12. Наиболее информативным методом выявления бронхоэктазов является:

а) рентгенография

б) томография

в) бронхография

г) ангиопульмонография

д) флюорография

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

а) рентгеноскопия (в обычном положении - ортопозиции)

б) рентгенография

в) томография

г) латероскопия (рентгеноскопия в латеропозиции)

д) флюорография

2.14. Бронхоскопию необходимо проводить при:1.ателектазе доли, сегмента легкого;2.острой долевой, сегментарной пневмонии;3.остром абсцессе легкого;4.экссудативном плеврите

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.

2.15. "Легочное сердце" может возникнуть при:

а) гипертонической болезни

б) гипертиреозе

в) миокардите

г) хронической обструктивной болезни легких

д) ишемической болезни сердца

2.16. Для диагностики хронической обструктивной болезни (ХОБЛ) используют:

а) постбронходилатационное отношение ОФВ1/ЖЕЛ

б) постбронходилатационное отношение ОФВ1/ФЖЕЛ

в) пребронходилатационное отношение ОФВ1/ЖЕЛ

г) пребронходилатационное отношение ОФВ1/ФЖЕЛ

д) постбронходилатационное отношение ОФВ1

**3. КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ**

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

а) допегит

б) гемитон

в) обзидан

г) гипотиазид

д) амлодипин

3.2. Частота нефротоксических осложнений увеличивается при сочетании "петлевых" диуретиков с:1.пенициллинами;2.цефалоспоринами;3.макролидами;4.аминогликозидами;5.фторхинолонами.

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 и 5

3.3. К группе бронхолитиков длительного действия относится:1.сальметерол;2.формотерол;3.савентол;4.астмопент.

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.

3.4. Механизмы действия селективных β2-агонистов включают:1.устранение бронхоспазма;2.улучшение мукоцилиарного клиренса;3.угнетение дегрануляции тучных клеток и базофилов;4.устранение отека слизистой бронхов

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.

3.5. Для лечения бронхиальной астмы не применяют:

а) кромогликат натрия (интал)

б) ингаляционные глюкокортикоиды (ИГК)

в) антагонисты лейкотриеновых рецепторов

г) протеолитические рецепторы

д) β2-адреномиметики короткого действия

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

а) парентеральный;

б) пероральный;

в) ингаляционный;

г) небулайзерный;

д) ректальный.

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

а) атропин;

б) ипратропиум бромид;

в) апрофен;

г) метацин;

д) пропантелин бромид.

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

а) теофиллин;

б) теофедрин;

в) теопек, теодур, ретафил, дурофиллин.

г) эуфиллин;

д) вентолин.

3.9. Показанием к назначению кортикостероидной терапии при хроническом обструктивном бронхите является: 1. тяжелое клиническое течение заболевание; 2. неэффективность лечения бронхоспазмолитическими средствами; 3. непереносимость бронхоспазмолитических средств; 4. выраженность одышки.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1,2 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильный ответ 1,2,3 и 4.

3.10. Лекарственные средства, обладающие симпатомиметическим эффектом, способствуют откашливанию мокроты благодаря: 1. снятию спазма мелких бронхов и снижению тонуса мускулатуры крупных бронхов; 2. разжижению мокроты; 3. стимуляции функции реснитчатого аппарата эпителия бронхиальной стенки; 4. уменьшению прилипания мокроты к стенке бронха.

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.

3.11. Препараты холинергического действия ухудшают откашливание мокроты, что обусловлено: 1. повышением тонуса гладкой мускулатуры бронхов; 2. торможением функции клеток реснитчатого эпителия бронхов; 3. повышением секреции трахеобронхиальной слизи; 4. снижением тонуса гладкой мускулатуры бронхов.

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.

3.12. Затрудненное отделение мокроты может быть обусловлено: 1. дегидратацией мокроты при обезвоживании организма, приеме мочегонных средств; 2. усиление вязкости мокроты; 3. усиления прилипания мокроты к стенке воздухоносных путей; 4. замещения клеток призматического эпителия слизистой оболочки бронхов бокаловидными.

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.

3.13. Гидратации мокроты и в связи с этим улучшения ее откашливания способствует: 1. обильное питье; 2. прием мукалтина; 3. ингаляции щелочных растворов; 4. назначение антибиотика.

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.

3.14. Вязкость мокроты уменьшается при назначении следующих препаратов: 1. разрушающих пептидные связи белков бронхиальной слизи; 2. разрушающих сульфидные связи муцинов бронхиальной слизи; 3. стимулирующих сурфактантную систему легких; 4. усиливающих пептидные связи белков бронхиальной слизи.

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.

3.15. К муколитическим средствам, разрушающим пептидные связи белков бронхиальной слизи, относят: 1. стимуляторы сурфактантной системы легких (бромгексин, амброксол); 2. препараты бактериальных ферментов; 3. производные тиолов - ацетилцистеин ( мукосольвин и др.); 4. трипсин, химопсин.

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.

3.16. К средствам, разрушающим мокроту путем разрушения сульфидных связей, относят: 1. трипсин, химопсин; 2. производных пурина (метилксантины); 3. бромгексин (бисольван), амброксол (ласольван); 4. производные тиолов - ацетилцистеин ( мукосольвин и др.), мукодин.

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;

3.17. К средствам улучшающим откашливание мокроты путем повышения ее текучести (уменьшения прилипания) вследствие стимуляции сурфактантной системы легких, относят: 1. трипсин, химопсин; 2. производные тиолов - ацетилцистеин (мукосольвин и др.), мукодин; 3. препараты бактериальных ферментов; 4. бромгексин (бисольван), амброксол (ласольван).

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.

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

а) b2-агонистов;

б) метилксантинов;

в) блокаторов b2-адренорецепторов;

г) ингалируемых глюкокортикоидных гормонов;

д) мембраностабилизирующих препаратов.

3.19. Сальбутамол (вентолин) расширяет бронхи путем:

а) блокирования а-рецепторов бронхиального дерева;

б) почти селективного возбуждения b2-адренорецепторов бронхов;

в) непосредственного влияния на гладкую мускулатуру бронхов;

г) снижение тонуса блуждающего нерва;

д) блокирования гистамина.

3.20. Показанием к ингаляции интала является: 1. лечение астматического статуса; 2. лечение острого приступа бронхиальной астмы; 3. лечение острых инфекций дыхательных путей; 4. профилактика приступа бронхиальной астмы.

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 и 4

3.21. Адреномиметики, стимулирующие β2-адренорецепторы короткого действия, назначаются с целью: 1. уменьшения гиперсекреции; 2. длительной профилактики приступов бронхиальной астмы; 3. лечения астматического состояния; 4. купирования острого приступа удушья.

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 и 4

3.22. Ингаляции глюкокортикостероидов при бронхиальной астме показаны: 1. для купирования острого приступа удушья; 2. лечение острых инфекций верхних дыхательных путей; 3. для лечения астматического состояния; 4. для профилактики приступов удушья.

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 и 4

3.23. Дитек может быть использован для: 1. терапии астматического состояния; 2. терапии приступа бронхиальной астмы средней тяжести; 3. терапии хронического бронхита; 4. профилактики приступов бронхиальной астмы.

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 и 4

3.24. К лекарственным препаратам, которые необходимо ввести в/в при анафилактическом шоке, сопровождающимся явлениями бронхоспазма, относятся:

а) раствор тавегила 2,0;

б) раствор кордиамина 10% - 1,0;

в) раствор эуфиллина 2,4% - 10,0 на 40% растворе глюкозы;

г) раствор промедола 1% - 1,0;

д) раствор глюкозы 20% - 5,0.

3.25. К антибиотикам, которые не вызывают острой нейросенсорной тугоухости, относятся: 1. оксациллин; 2. гентамицин; 3. ципрофлоксацин; 4. стрептомицин; 5. мономицин.

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 и 5.

3.26. После инъекции пенициллина в/м у больного развился анафилактический шок. Выше места инъекции необходимо:

а) сделать инъекцию 1% раствора димедрола;

б) приложить лед;

в) сделать инъекцию 0,5% раствора новокаина;

г) наложить повязку;

д) сделать инъекцию преднизолона.

3.27. К антигистаминным препаратам прямого действия относятся: 1. диазолин; 2. фенкарол; 3. тавегил; 4. кромолин-натрий.

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 и 4.

3.28. К антигистаминным препаратам непрямого действия относятся: 1. гистаглобулин; 2. кромолин-натрий; 3. задитен; 4. димедрол.

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 и 4.

3.29. К побочным действиям антибиотиков относятся: 1. тошнота; 2. рвота; 3. сыпь на коже и слизистых оболочках; 4. анафилактический шок.

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 и 4.

3.30. К бронхолитикам не относятся:

а) метилксантины

б) холинолитики

в) симпатомиметики

г) блокаторы лейкотриеновых рецепторов

3.31. В терапии каких из перечисленных заболеваний может использоваться α1-антитрипсин?

а) сердечная астма

б) синдром бронхиальной обструкции токсического генеза

в) эмфизема легких

г) лимфогранулематоз

3.32. Беродуал - это:

а) адреномиметик

б) холинолитик

в) комбинация адреномиметика и холинолитика

г) спазмолитик

**4. Физические методы лечения**

4.1. При внебольничной пневмонии целесообразно применять лазерное излучение на:1.проекцию очага; 2.надвенно; 3.внутривенно; 4.сегментарно.

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.

4.2. При внебольничной пневмонии на 3-5-й день болезни можно назначить:

а) индуктотермию

б) УВЧ-терапию

в) франклинизацию

г) радоновые ванны

д) диадинамическую терапию

4.3. При хроническом бронхите в стадии ремиссии назначают:

а) сульфидные ванны

б) индуктотермию

в) УФ-излучение

г) циркулярный душ

д) электросон

4.4. При остром трахеобронхите (на 3-й день) назначают:

а) сульфидные ванны

б) ультразвуковую терапию

в) УФ-излучение

г) циркулярный душ

д) электросон

4.5. При бронхиальной астме с легким течением в период ремиссии назначают:

а) сульфидные ванны

б) подводный душ-массаж

в) электофорез кальция

г) УВЧ-терапию

д) циркулярный душ

4.6. При неаллергической бронхиальной астме средней тяжести в период ремиссии назначают:

а) сульфидные ванны

б) амплипульстерапию

в) ультразвуковую терапию

г) циркулярный душ

д) углекислые ванны

4.7. При неаллергической бронхиальной астме средней тяжести в период обострения назначают:

а) УВЧ-терапию

б) диадинамотерапию

в) дарсонвализацию

г) радоновые ванны

д) индуктотермию

4.8. Лечебная физкультура показана:1. при крупозной пневмонии - через 7 дней от начала заболевания;2.при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки - через 2 месяца после кровотечения;3. при крупноочаговом инфаркте миокарда - через 3 недели от начала заболевания;4. при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки - через 2 недели после кровотечения.

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.

4.9. Санаторно-курортное лечение больных хроническим бронхитом следует проводить с учетом периода заболевания и климатических факторов. Оно показано в: 1. период обострения заболевания; 2. условиях среднегорья и в равнинной местности; 3. условиях морского сухого или континентального климата; 4. условиях высокогорья.

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.

4.10. При хроническом бронхите показано: 1.диспансерное наблюдение пациентов, лечение простого и гнойного бронхита лишь в фазе обострения; 2. диспансерное наблюдение пациента, непрерывное лечение лишь в случае обструктивного бронхита; 3. диспансерное наблюдение пациентов при всех формах заболевания, непрерывное лечение только при обструктивном бронхите; 4. наблюдение пациентов и непрерывное лечение вне зависимости от формы заболевания и фазы его течения.

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.

**5. Острый бронхит**

5.1. К генетически детерминированным заболеваниям легких относится:

а) саркоидоз;

б) муковисцедоз и дефицит а1-антитрипсина;

в) гамартохондрома;

г) бронхиальная астма;

д) рак легкого.

5.2. К заболеваниям с наследственным предрасположением относятся: 1.легочный протоиноз; 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;

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

а) вдыхание газов и аэрозолей, раздражающих слизистую оболочку воздухоносных путей;

б) переохлаждение;

в) вирусно-бактериальная инфекция;

г) курение;

д) переутомление.

5.4. Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов, обычно сочетается с трахеитом (трахеобронхитом) и характеризуется: 1. отсутствием или незначительно выраженными признаками интоксикации; 2. болями за грудиной, чувством саднения в груди; 3. вначале сухим надсадным, а затем с незначительным количеством мокроты, кашлем; 4. жестким дыханием, отсутствием хрипов в легких.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильные все ответы;

5.5. Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов, характеризуется: 1. вначале преимущественным сухим, а затем влажным кашлем; 2. умеренно выраженными признаками интоксикации; 3. одышкой; 4. жестким дыханием, нередко с единичными сухими хрипами.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильные все ответы;

5.6. Тактика лечения острого бронхита определяется с учетом: 1. этиологии и патогенеза заболевания; 2. преимущественной локализации воспалительного процесса; 3. фазы воспалительного процесса, наличия или отсутствия вторичной инфекции; 4. возраста больного.

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;

5.7. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит) в первой фазе течения (до появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. обезболивающих; 2. подавляющих кашель; 3. противовоспалительных; 4. разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы).

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;

5.8. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит) во второй фазе течения (после начала отхождения мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. разжижающих мокроту (муколитики); 2. антибактериальных и антисептических; 3. противовоспалительных; 4. подавляющих кашель.

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;

5.9. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов в первой фазе (до появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. бронхоспазмолитиков; 2. подавляющих кашель; 3. противовоспалительных; 4. разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы).

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;

5.10. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов во второй фазе (после появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств: 1. бронхоспазмолитиков; 2. антибактериальных и антисептических; 3. противовоспалительных; 4. разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы).

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;

5.11. Показанием к общей антибактериальной терапии при остром бронхите 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;

5.12. Прогноз при остром бронхите, протекающем с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит):

а) благоприятный;

б) благоприятный в большинстве случаев, возможно осложнение пневмонией;

в) благоприятный в большинстве случаев, имеется риск затяжного течения;

г) благоприятный в большинстве случаев, возможен переход в хронический бронхит;

д) благоприятный в большинстве случаев, возможна трансформация в бронхоэктатическую болезнь.

5.13. Прогноз при остром бронхите, протекающем с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов, как правило:

а) благоприятный;

б) благоприятный, но иногда заболевание осложняется пневмонией;

в) благоприятный, но возможно затяжное течение и переход в хронический бронхит;

г) благоприятный, но имеется риск трансформации заболевания в бронхоэктатическую болезнь;

д) неблагоприятный.

5.14. При остром бронхите: 1. обструкция воздухоносных путей не выявляется ни клинически, ни при спирографии (пневмотахиграфии) как в период обострения, так и в период ремиссии заболевания; 2. обструкция воздухоносных путей выявляется при спирографии (пневмотахиграфии) в период обострения; 3. обструкция воздухоносных путей выявляется только клинически; 4. проходимость воздухоносных путей долгое время не нарушается, обструкция проявляется главным образом, нарастанием признаков эмфиземы легких.

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. Хронический бронхит**

6.1. У молодых людей (до 30-35 лет) более частой причиной хронических бронхитов является: 1. повторная вирусно-бактериальная инфекция; 2. воздействие промышленных газов и аэрозолей; 3. курение; 4. врожденная функциональная недостаточность мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей.

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;

6.2. У людей старше 30-35 лет, в том числе и у пожилых, возникновение хронического бронхита чаще обусловлено: 1. повторной вирусно-бактериальной инфекцией; 2. воздействием промышленных газов и аэрозолей; 3. врожденной функциональной недостаточностью мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей; 4. курением.

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;

6.3. Острое раздражение слизистой оболочки бронхов характеризуется: 1. сильным сухим кашлем; 2. кашлем с трудноотделяемой вязкой мокротой; 3. рассеянными сухими хрипами в легких; 4. кратковременностью проявления симптомов, исчезновением их после прекращения контакта с раздражителем.

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;

6.4. Хроническое раздражение слизистой оболочки бронхов (при курении и т.д.), сопровождающееся кашлем с отделением мокроты, нельзя отождествлять с хроническим бронхитом из-за: 1. монотонности симптоматики и отсутствия признаков волнообразного течения заболевания; 2. отсутствия признаков нарастания (быстрого или медленного) обструкции воздухоносных путей; 3. отсутствия, несмотря на многолетнее проявление, осложнений; 4. исчезновения симптоматики после устранения раздражителя, проведения лечебных и профилактических мероприятий.

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;

6.5. Возникновению хронического бронхита способствует: 1. курение, воздействие промышленных поллютантов, неблагоприятных климатических факторов; 2. патология опорно-двигательного аппарата (сколиоз позвоночника, болезнь Бехтерева); 3. хроническое заболевание верхних дыхательных путей; 4. наследственное предрасположение к заболеванию легких.

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;

6.6. Клиническая симптоматика при хроническом бронхите определяется: 1. формой заболевания; 2. фазой течения заболевания (обострение, ремиссия); 3. осложнениями; 4. преимущественной локализацией поражения.

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;

6.7. Ведущим симптомом хронического бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов является:

а) сильный сухой кашель;

б) кашель с мокротой;

в) постоянная одышка;

г) приступообразный сухой кашель;

д) приступообразная одышка.

6.8. Основной симптом хронического бронхита, протекающего с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов - это:

а) сильный надсадный сухой кашель;

б) кашель с мокротой;

в) одышка;

г) лейкоцитоз и ускорение СОЭ;

д) цианоз слизистых губ.

6.9. Сухой кашель при хроническом бронхите обусловлен:

а) воспалением слизистой оболочки крупных бронхов;

б) воспалением слизистой оболочки мелких бронхов;

в) повышенной чувствительностью рефлексогенных зон слизистой оболочки крупных бронхов;

г) гипотрофией слизистой оболочки бронхов;

д) атрофией слизистой оболочки бронхов.

6.10. Кашель с мокротой при хроническом бронхите свидетельствует о нарушении мукоцилиарного транспорта, зависящего от следующих факторов: 1. количества и функциональной активности клеток реснитчатого эпителия слизистой оболочки бронхов; 2. количественных и качественных характеристик секрета слизистых желез бронхов; 3. функции сурфактантной системы легкого; 4 возраст больного.

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;

6.11. Эффективность мукоцилиарного транспорта зависит от следующих характеристик трахеобронхиальной слизи: 1. количества; 2. эластичности; 3. вязкости; 4. цвета.

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;

6.12. При хроническом бронхите соотношение геля и золя в мокроте: 1. меняется в сторону увеличения слоя геля; 2. зависит от функции сурфактантной системы; 3. не меняется; 4. меняется в сторону увеличения слоя золя.

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;

6.13. Бронхиальная обструкция выявляется с помощью:

а) спирографии, пневмотахографии;

б) бронхоскопии;

в) исследования газов крови;

г) рентгенография легких;

д) ангиопульмонографии.

6.14. Укажите необратимые компоненты бронхиальной обструкции: 1. спазм бронхов; 2. воспалительный отек слизистой оболочки бронхов; 3. нарушение функции мукоцилиарного аппарата бронхов; 4. стеноз и облитерация просвета бронхов, а также экспираторный их коллапс.

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;

6.15. Степень обструкции воздухоносных путей коррелирует с: 1. интенсивностью кашля; 2. интенсивностью дыхательных шумов над легкими и сухих хрипов; 3. количеством выделяемой мокроты; 4. данными спирографии.

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;

6.16. При необструктивном хроническом бронхите в клинической картине заболевания на первый план выступает признаки: 1.бронхоспазма; 2. бронхиальной дискинезии и экспираторного коллапса стенки мелких бронхов; 3. инфекционного процесса; 4. воспаления слизистой оболочки бронхов и нарушение мукоцилиарного транспорта.

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;

6.17. При хроническом бронхите с преимущественным поражением мелких (мембранных) бронхов возникновение дыхательной недостаточности связано с: 1. бронхоспазмом; 2. воспаление слизистой оболочки бронхов и нарушением мукоцилиарного транспорта; 3. облитерацией просвета мелких бронхов и синдромом хлопающего клапана; 4. инфекционным процессом.

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;

6.18. Экспираторный коллапс стенки мембранных бронхов и бронхиол приводит: 1. к появлению сухих хрипов в легких; 2. к возникновению приступов удушья; 3. к появлению влажных хрипов в легких; 4. к развитию центриацинарной эмфиземе и буллезной дистрофии легкого.

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;

6.19. При гнойном бронхите клиническая симптоматика определяется: 1.бронхоспазмом; 2. воспалением слизистой оболочки бронхов и нарушением мукоцилиарного транспорта; 3. симптомами интоксикации; 4 инфекцией.

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;

6.20. Осложнениями хронического бронхита являются: 1. расширение и деформация бронхиол и мелких бронхов; 2. очаговый и диффузный пневмоторакс; 3. центриацинарная и буллезная эмфиземы легких; 4. облитерация мелких сосудов малого круга кровообращения и гипертрофия стенки правого желудочка сердца.

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;

6.21. Осложнениями хронического бронхита являются: 1. кровохарканье; 2. легочное кровотечение; 3. дыхательная недостаточность и хроническое легочное сердце; 4. спонтанный пневмоторакс и тромбоэмболия легочной артерии.

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;

6.22. Показанием к антибактериальной терапии при хроническом бронхите является: 1. обострение заболевания, сопровождающееся появлением хрипов в легких; 2. обострение заболевания, сопровождающееся усилением кашля и увеличением количества выделяемой мокроты; 3. обострение заболевания, сопровождающееся сильным кашлем и признаками бронхоспазма; 4 обострение заболевания, сопровождающееся признаками развития инфекционного процесса.

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;

6.23. При назначении больному хроническим бронхитом антибактериальных средств, выборе их дозы и метода введения следует учитывать: 1. характер микрофлоры трахеобронхиального секрета и ее чувствительность к химиотерапевтическим препаратам; 2. концентрацию избранного средства, которую необходимо создать в бронхиальной слизи; 3. переносимость препарата больным; 4. характер лихорадки.

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;

6.24. Препараты для устранения бронхоспазма у больных хроническим обструктивным бронхитом подбираются:

а) путем пробного 2-3 дневного лечения с последующим контролем состояния больного;

б) путем пробного 2-3 дневного лечения с последующим контролем клиническим и определением показателей функции внешнего дыхания;

в) путем последовательного исследования эффективности препаратов, основанного на сравнении показателей ОФВ1 до и после введения препарата;

г) на основании показателей спирометрии;

д) на основании предшествующего лечения.

**7. ХОБЛ**

7.1. Возможные варианты ХОБЛ:

а) эмфизематозный

б) буллезный

в) бронхитический

г) бронхоэктатический

д) смешанный (эмфизематозно-бронхитический)

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

а) бронхоскопия

б) спирометрия

в) компьютерная томография высокого разрешения

г) пикфлоуметрия

д) пульсоксиметрия

7.3. Для ХОБЛ средней тяжести характерно:

а) ОФВ1/ФЖЕЛ <70%, ОФВ1>80%

б) ОФВ1/ФЖЕЛ <70%, ОФВ1=50-80%

в) ОФВ1/ФЖЕЛ <70%, ОФВ1=30-50%

г) ОФВ1/ФЖЕЛ <70%, ОФВ1 < 80%

д) ОФВ1/ФЖЕЛ <70%, ОФВ1 < 30%

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

а) тяжелое течение заболевания ХОБЛ

б) крайне тяжелое течение ХОБЛ

 в) тяжелое течение заболевания ХОБЛ частые обострения

г) крайне тяжелое течение заболевания ХОБЛ частые обострения

7.5. Терапия короткодействующими бронходилататорами при ХОБЛ проводят с целью:

а) подавление хронического воспаления

б) уменьшения бронхиальной обструкции

в) улучшения эластической тяги легких

г) улучшения переносимости физической нагрузки

д) предупреждения дальнейшего снижения функции легких

7.6. Санитарно-гигиеническая работа по профилактике табакокурения должна быть адресована: 1. к детям и подросткам; 2.к лицам, пробующим табак; 3. к недавно курящим; 4. к давно курящим.

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 и 4

**8. Бронхиальная астма**

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

а) спазм гладкой мускулатуры бронхов

б) отек слизистой оболочки бронхов

в) интерстициальный отек легких

г) тромбоэмболия ветвей легочной артерии

д) увеличение продукции бронхиального секрета

8.2. Какой критерий не является основным в постановке диагноза бронхиальной астмы:

а) выявление обратимой генерализованной бронхиальной обструкции

б) наличие эозинофилов при цитологическом исследовании мокроты

в) наличие приступов удушья или их эквивалентов

г) эозинофилия крови

д) отсутствие других заболеваний, сопровождающихся бронхообструктивным синдромом

8.3. Для бронхиальной астмы не справедливо следующее утверждение:

а) приступ курируется ингаляцией сальбутамола

б) в мокроте могут быть обнаружены кристаллы Шарко-Лейдена

в) при аускультации выслушиваются сухие свистящие хрипы

г) при приступе удушья выслушиваются влажные мелкопузырчатые звонкие хрипы

д) болезнь развивается в любом возрасте

8.4. Бронхиальная обструкция при бронхиальной астме обусловлена: 1. бронхоспазмом; 2. воспалительным отеком слизистой оболочки бронхов; 3. закрытием просвета бронхов вязким секретом; 4. спадением мелких бронхов на выдохе.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

 д) если правильные все ответы.

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

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильные все ответы.

8.6. Основная причина гибели больных на высоте приступа бронхиальной астмы - это:

а) острое вздутие легких;

б) генерализованный отек слизистой оболочки бронхов;

в) генерализованный бронхоспазм;

г) генерализованная закупорка просвета бронхов вязким секретом;

д) отек легких

8.7. Наиболее достоверным признаком, отличающим первую стадию астматического статуса от приступа бронхиальной астмы, является:

а) рефрактерность к b2-агонистам;

б) тяжесть экспираторного удушья;

в) выраженный цианоз;

г) неэффективность внутривенного вливания эуфиллина;

д) вынужденное положение больного.

8.8. Наиболее достоверным клиническим признаком, указывающим на переход астматического статуса из первой во вторую стадию, является:

а) прогрессирование одышки;

б) нарастание цианоза;

в) исчезновение ранее выслушиваемых сухих хрипов в легких;

г) повышение артериального давления;

д) тахикардия.

8.9. При возникновении в результате прогрессирующего течения астматического статуса синдрома "немого легкого" следует: 1. увеличить дозировку вводимых перорально и внутривенно глюкокортикоидных гормонов; 2. использовать инфузионную терапию с введением гидрокарбоната натрия; 3. провести бронхоскопию и бронхиоальвеолярный лаваж; 4. увеличить дозировку бета-2-агониста.

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.

8.10. Иммунологическим механизмом атопической бронхиальной астмы является:

а) аллергическая реакция немедленного типа

б) аллергическая реакция замедленного типа

в) аллергическая реакция немедленного и замедленного типа

г) аутоиммунный механизм

д) иммунокомплексные реакции

8.11. В инфильтрате стенки бронха при бронхиальной астме преобладают:

а) альвеолярные макрофаги

б) лимфоциты

в) эозинофилы

г) плазматические клетки

д) гранулоциты

8.12. Из перечисленных основных патологических процессов для ранней фазы приступа бронхиальной астмы характерно: 1. бронхоспазм; 2. отек стенки бронха; 3. острое вздутие легких ; 4. гиперсекреция.

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 и 4

8.13. Причиной нарушения дыхания при бронхиальной астме является: 1. бронхоспазм; 2. отек слизистой оболочки бронхиального дерева; 3. гиперсекреция; 4. усиленная вентиляция легких.

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 и 4

8.14. Для атопической бронхиальной астмы характерно:

а) эффект элиминации

б) непереносимость препаратов пиразолонового ряда

в) рецидивирующий полипоз носа

г) постепенное развитие приступа

д) для лечения острого приступа бронхиальной астмы

8.15. К медленно действующим биологически активным веществам при аллергии немедленного типа относится:

а) ацетилхолин

б) гистамин

в) лейкотриены

г) серотонин

д) брадикинин

8.16. Из перечисленных аллергенов наиболее частой причиной атопической бронхиальной астмы является:

а) домашняя пыль

б) споры плесневых грибов

в) продукты жизнедеятельности бактерий, находящихся в воздухе

г) гельминты

д) хламидии

8.17. Механизм действия антигистаминных препаратов состоит в:

а) связывании свободного гистамина

б) высвобождении гистамина

в) конкурентном действии с гистамином за hi-рецепторы

г) торможении образования гистамина

д) усиленном выведении гистамина

8.18. Среди перечисленных классов иммуноглобулинов реагинам соответствует:

а) Ig E

б) Ig D

в) Ig М

г) Ig А

д) Ig G

8.19. Для поллиноза наиболее характерно сочетание с лекарственной аллергией к: 1. аспирину и пиразолоновым производным; 2. сульфаниламидным препаратам; 3. препаратам фенотизинового ряда; 4. лекарствам растительного происхождения.

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 и 4

8.20. При поллинозах нередко развивается сопутствующая пищевая аллергия к:

а) молоку и молочным продуктам

б) мясу птицы

в) рыбе

г) меду

д) шоколаду

8.21. Для пыльцевой бронхиальной астмы характерно:

а) обострение в зимнее время года

б) круглогодичное течение процесса

в) обострение при уборке квартиры

г) обострение в весенне-летнее время года

д) обострение в осеннее время года

8.22. При пыльцевой бронхиальной астме после полной элиминации аллергена:

а) все функциональные легочные нарушения полностью нормализуются

б) сохраняется незначительный скрытый бронхоспазм в течение года

в) сохраняется выраженный бронхоспазм в течение полугода

г) сохраняются нарушения вентиляции по рестриктивному типу

д) по обструктивному типу

8.23. Наиболее эффективным методом профилактики обострения поллиноза является:

а) иглорефлексотерапия

б) назначение антимедиаторных препаратов

в) назначение глюкокортикостероидов

г) специфическая иммунотерапия

д) физиотерапия

8.24. К атопии относится: 1. аллергическая астма; 2. атопический дерматит; 3. аллергический ринит и конъюнктивит; 4. аллергическая крапивница.

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 и 4

8.25. Для диагностики аллергии используют: 1. кожно-аллергические пробы; 2. количественное определение IgE; 3. радиоаллергосорбентный тест; 4. реакцию связывания комплемента.

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 и 4

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

а) предастма;

б) имеется бронхиальная астма физического усилия;

в) сформировалась астма физического усилия;

г) у больного аспириновая бронхиальная астма;

д) имеется бронхиальная астма, обусловленная гиперреактивностью бронхов.

8.27. При астматическом статусе необходимо: 1. реоксигенация подогретым и увлаженным чистым кислородом; 2. внутривенное введение раствора бикарбоната натрия; 3. внутривенное введение гидрокортизона; 4. отсасывание слизи.

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 и 4.

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

а) ежедневное введение противовоспалительных препаратов

б) нерегулярные ингаляции β2-агонистов короткого действия

в) ежедневное введение β2-агонистов пролонгированного действия

г) частое применение системных глюкокортикоидов

**9. Пневмония**

9.1. Для пневмонии, осложнившей течение хронического бронхита, характерно: 1. возникновение вслед за обострением бронхита; 2. частое отсутствие локальной физикальной симптоматики; 3. поражение нескольких сегментов в глубине легкого; 4. склонность к затяжному течению и рецидивам.

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;

9.2. При пневмонии поражается: 1.интерстиция легких; 2. дыхательные бронхиолы; 3. альвеолы; 4. крупные бронхи.

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.

9.3.При аускультации легких у больных пневмонией можно выявить: 1. ослабленное дыхание при отсутствии хрипов; 2. сухие хрипы; 3. крупнопузырчатые влажные хрипы; 4. мелкопузырчатые влажные хрипы и крепитирующие хрипы.

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.

9.4. Диагноз пневмонии устанавливается на основании: 1. клинических симптомов заболевания; 2. данных физикального исследования; 3. результатов рентгенологического исследования легких; 4. показателей лабораторных анализов.

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.

9.5. Возбудителем внебольничной пневмонии чаще всего является:

а) пневмококк;

б) стрептококк;

в) стафилококк;

г) кишечная палочка;

д) клебсиелла.

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

а) пневмококка;

б) стафилококка;

в) клебсиеллы;

г) хламидии;

д) микоплазма.

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

а) пневмококк;

б) микоплазма;

в) клебсиелла;

г) протей;

д) хламидия.

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

а) пневмококком;

б) стрептококком;

в) кишечной палочкой;

г) клебсиеллой;

д) стафилококком.

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

а) пневмококк;

б) клебсиелла;

в) пневмоциста;

г) микоплазма;

д) кишечная палочка.

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

а) пневмококком;

б) клебсиеллой;

в) пневмоцистой;

г) микоплазмой;

д) кишечной палочкой.

9.11. Течение пневмонии определяется: 1. возбудителем пневмонии; 2.временем начала этиотропной терапии; 3. состоянием бронхов; 4. наличием или отсутствием болезней, снижающих реактивность организма.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильные все ответы.

9.12. При пневмонии назначают все перечисленные лекарственные средства: 1. этиотропные; 2. отхаркивающие; 3. бронхоспазмолитические; 4. иммуномодулирующие.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильные все ответы.

9.13. При выборе антибиотика для лечения пневмонии в первую очередь надо учитывать: 1. давность заболевания; 2. индивидуальную непереносимость антибактериальных препаратов; 3. сопутствующие заболевания; 4. природу возбудителя инфекции, вызвавшего пневмонию.

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.

9.14. Показанием для комбинированной антибиотикотерапии при пневмонии служит: 1. тяжелое течение пневмонии при отсутствии информации о природе возбудителя инфекции; 2. смешанный характер инфекции; 3. необходимость усиления антибактериального эффекта; 4. отсутствие сведений о природе возбудителя инфекции при косвенных указаниях на возможность участия грамм-отрицательных бактерий.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильные все ответы.

9.15. При подозрении на пневмококковую пневмонию следует назначить:

а) олететрин;

б) стрептомицин;

в) пенициллин;

г) эритромицин;

д) левомицитин.

9.16. При подозрении на микоплазменную пневмонию следует назначить:

а) пенициллины;

б) эритромицин;

в) левомицитин;

г) стрептомицин;

д) цепорин.

9.17. Стафилококковые пневмонии чаще развиваются:

а) при гриппе;

б) при сахарном диабете;

в) у лиц пожилого возраста;

г) при хроническом бронхите;

д) у пациентов стационаров.

9.18. При двусторонней стафилококковой пневмонии с множественными очагами деструкции легочной ткани лечение антибиотиками целесообразно сочетать с патогенетической терапией, включающей все перечисленное, кроме:

а) трансфузий свежезамороженной плазмы;

б) парентерального введения глюкокортикоидных гормонов;

в) внутривенного введения препаратов иммуноглобулинов;

г) инфузии гепарина;

д) плазмофереза.

9.19. Лечение антибиотиками пневмонии следует прекратить:

а) через 1 неделю после начала лечения;

б) через 2 дня после нормализации температуры тела;

в) после исчезновения хрипов в легких;

г) после устранения клинических и рентгенологических признаков заболевания;

д) после нормализации СОЭ.

9.20. При лечении пневмонии у беременной нельзя применять: 1. пенициллин; 2. цефалоридин; 3. ампициллин; 4. тетрациклин.

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.

9.21. У больного 16 лет в тяжёлом состоянии с температурой 39,1 С, отхаркивающего гнойно-кровянистую мокроту, на рентгенограмме лёгких справа несколько тонкостенных полостей с уровнем жидкости, выраженным лейкоцитозом со сдвигом формулы влево. Следует думать о:

а) микоплазменной пневмонии;

б) стафилококковой пневмонии;

в) пневмококковой пневмонии;

г) казеозной пневмонии;

д) поликистозе лёгких с абсцедированием.

9.22. Для инфекционно-токсического шока характерно: 1. малый частый пульс; 2. снижение диуреза; 3. лихорадка, озноб, понос; 4. бледность и похолодание кожных покровов.

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 и 4.

9.23. При пневмококковой пневмонии наиболее частым неврологическим осложнением является:

а) полинейропатия;

б) миелопатия;

в) энцефалопатия;

г) менингит;

д) судорожный синдром.

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

а) клебсиелла

б) хламидия

в) микоплазма

г) пневмококк

9.25. Пневмония считается нозокомиальной (госпитальной), если она диагностирована:

а) при поступлении в стационар

б) через 2-3 дня и более после госпитализации

в) после выписки из стационара

9.26. Под «медленно разрешающейся « (затяжной) пневмонией понимают:

а) медленное обратное развитие рентгенологических изменений (уменьшение размеров инфильтрации менее 50% в течение четырех недель)

б) отсутствие полного рентгенологического выздоровления к 18 нед.

в) отсутствие улучшения клинической картины в течение 7 суток приема антибактериальных препаратов

г) резистентность к многокомпонентной антимикробной терапии

д) рецидивирующая пневмония

9.27. Рентгенологическими признаками долевой пневмонии являются:

а) пораженные участки в виде негомогенных, очаговых затемнений, захватывающих одну или несколько долей легких

б) «воздушная бронхограмма»

в) мелкие, многофокусные, двусторонние затемнения с нечеткими контурами

г) линии Керли В

д) перибронхиальное утолщение

9.28. При выборе эмпирической антимикробной терапии внебольничной пневмонии не учитывается следующий фактор:

а) активность антибактериального препарата в отношении пневмококка

б) активность антибактериального препарата в отношении «атипичных» возбудителей

в) индивидуальный профиль риска пациента (аллергия, состояние функции печени и почек)

г) механизм действия антибактериального препарата (бактерицидный или бактериостатический)

д) предшествующая антимикробная терапия в течение последних трех месяцев

**10. Саркоидоз**

10.1. Саркоидоз наиболее часто наблюдается:

а) у детей и подростков;

б) в пожилом возрасте;

в) в старческом возрасте;

г) в возрасте 20-50;

д) у женщин в климактерическом периоде.

10.2. Морфологической основой саркоидной гранулемы являются:

а) эпителиоидные клетки и гиганские клетки типа Пирогова-Лангханса;

б) клетки Березовского-Штернберга;

в) гистиоциты;

г) макрофаги;

д) эозинофилы.

10.3. Клинически саркоидоз может протекать: 1.бессимптомно; 2. малосимптомно; 3. с признаками интоксикации, кашлем, одышкой; 4. с частыми рецидивами.

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.

10.4. Синдром Лефгрена при саркоидозе проявляется:

а) одышкой, кашлем, лихорадкой;

б) лихорадкой, узловатой эритемой, полиартралгией;

в) одышкой, кашлем, увеличением периферических лимфатических узлов;

г) лихорадкой, одышкой, увеличением внутригрудных лимфатических узлов;

д) одышкой, кашлем, увеличением разных групп лимфатических узлов.

10.5. При генерализованной форме саркоидоза могут вовлекаться в процесс: 1. периферические лимфатические узлы, легкие, кожа, кости; 2. печень, почки, селезенка, сердце; 3. слюнные железы, глаза; 4. центральная и перефирическая нервная система.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильные все ответы;

10.6. При поражении саркоидозом мышцы сердца чаще наблюдаются следующие симптомы: 1. боли в области сердца, повышение артериального давления; 2. боли в области сердца, понижение артериального давления; 3. боли в области сердца, изменение артериального давления, углубление зубца Q на электрокардиограмме; 4. боли в области сердца, признаки нарушения внутрижелудочковой проводимости на электрокардиограмме.

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;

10.7. При саркоидозе органов дыхания на рентгенограмме легких могут выявляться следующие изменения: 1.одно- или двустороннее увеличение разных групп внутригрудных лимфатических узлов при отсутствии изменений в легких; 2. одно- или двустороннее увеличение внутригрудных лимфатических узлов и диссеминированные изменения в легких; 3. диссеминированные изменения в легких при отсутствии увеличенных лимфатических узлов; 4. округлые тени.

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;

10.8. В зависимости от клинико-рентгенологической формы и стадии саркоидоза для верификации диагноза можно применять в той или иной последовательности: 1. биопсии периферических лимфатических узлов, кожи, слюнных желез и других органов; 2.медиастиноскопию и медиастонотомию; 3. трансбронхиальную биопсию внутригрудных лимфатических узлов, слизистой оболочки бронхов, легочной ткани; 4. открытую биопсию легких.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильные все ответы;

**11. Плевральный выпот**

* 1. Плевральный выпот можно наблюдать при:

а) пневмонии

б) компенсированном стенозе устья аорты

в) системной красной волчанке

г) туберкулезе

д) гипертонической форме хронического гломерулонефрита

11.2. Транссудат в плевральной полости характерен для:

а) системной красной волчанки

б) мезотелиомы плевры

в) пневмонии

г) нефротического синдрома

д) хронической сердечной недостаточности

11.3. На экссудативный характер выпота указывают:

а) наличие мезотелиальных клеток

б) мутный характер жидкости

в) удельный вес 1018

г) содержание белка 4‰

д) отрицательная проба Ривальта

11.4. Для клинической картины плеврита характерно:

а) выслушивание шума трения плевры при массивном плевральном выпоте

б) исчезновение пространства Траубе при левостороннем плевральном выпоте

в) уменьшение болей в грудной клетке при трансформации сухого плеврита в экссудативный

г) усиление бронхофонии при наличии экссудата

д) смещение средостения в здоровую сторону

11.5. При проведении плевральной пункции следует помнить, что:

а) за один раз не рекомендуется эвакуировать более 1500 мл жидкости

б) вмешательство выполняют в положении больного на боку

в) пункционную иглу вводят по верхнему краю ребра

г) вмешательство всегда проводят под ультразвуковым наведением

д) наиболее частым осложнением при пункции правой плевральной полости является повреждение печени

11.6. Установить этнологию плеврита чаще всего помогает: 1. исследование плеврального экссудата; 2. изучение гематологических показателей; 3. биопсия плевры; 4. рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

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;

11.7. Основными признаками экссудативного плеврита являются: 1. притупление перкуторного легочного звука в области, соответствующей локализации плеврального экссудата; 2. ослабление дыхательных шумов при аускультации легких в зоне притупления перкуторного звука; 3. смещение органов средостения в сторону, противоположную пораженному легкому; 4. усиление дыхательных шумов при аускультации легких в зоне притупления перкуторного звука.

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;

11.8. Туберкулезная этиология плеврита доказывается: 1. обнаружением микобактерий туберкулеза в плевральном экссудате и мокроте; 2. обнаружением клеток туберкулезной гранулемы в биоптате плевры; 3. обнаружением признаков туберкулеза легких, бронхов или внутригрудных лимфатических узлов; 4. наличием контакта с больным туберкулезом.

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;

11.9. Сухой плеврит сопровождается: 1. болью в груди; 2. сухим кашлем; 3. потливостью; 4. субфебрилитетом.

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;

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

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;

11.11. Быстрое повторное накопление жидкости в плевральной полости после ее эвакуации является типичным признаком:

а) хронической недостаточности кровообращения;

б) опухоли плевры;

в) аденокарциномы бронха;

г) туберкулеза легких;

д) системной красной волчанки.

11.12. На дому диагностирован экссудативный плеврит, этиология которого не вполне ясна. Общее состояние больного относительно удовлетворительное. Ваша тактика:

а) проведение лечения на дому антибиотиками широкого спектра действия и кортикостероидными гормонами:

б) госпитализация пациента в терапевтическое отделение в порядке очередности;

в) немедленная госпитализация пациента в пульмонологическое отделение;

г) амбулаторное лечение плевральными пункциями с введением антибиотиков в плевральную полость;

д) проведение лечения на дому антибиотиками широкого спектра действия и наблюдение за больным.

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

а) пневмоторакс;

б) инфаркт миокарда;

в) эмпиема плевры;

г) пиопневмоторакс;

д) тромбоэмболия легочной артерии.

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

а) рентгеноскопию органов грудной клетки;

б) электрокардиографию;

в) плевральную пункцию;

г) общие анализы крови и мочи;

д) биохимическое исследование крови.

1. **Легочное сердце**

12.1. Причиной развития хронического легочного сердца не может быть:

а) ХОБЛ

б) ТЭЛА рецидивирующего течения

в) болезнь Бехтерева

г) первичная легочная гипертензия

д) митральный стеноз

12.2. В развитии хронического легочного сердца верны следующие механизмы, кроме:

а) генерализованная гипоксическая вазоконстрикция в легких вследствие альвеолярной гиповентиляции (генерализованный рефлекс Эйлера-Лильестранда)

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

в) увеличение минутного объема кровообращения вследствие гиперкатехоламинемии, вызванной гипоксемией

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

д) активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы

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

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

б) отклонение электрической оси сердца (ЭОС) вправо

в) признаки блокады правой ножки пучка Гиса

г) SV1RV5,V6>35 мм

д) RV1SV5,V6≥10,5 мм

12.4. Рентгенологическими признаками легочной гипертензии могут служить:

а) повышение воздушности легочной ткани

б) расширение правой нисходящей ветви легочной артерии

в) усиление пульсации сосудов в корне легкого и ослабление – на периферии

г) увеличение правых отделов сердца

д) выбухание конуса легочной артерии

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

а) оксигенотерапию

б) сердечные гликозиды

в) антагонисты кальция

г) простагландины и антагонисты рецепторов эндотелина

д) ингибиторы фосфодиэстеразы типа А

12.6. Самой частой причиной острого легочного сердца является:

а) пневмония;

б) астматическое состояние;

в) тромбоэмболия легочной артерии;

г) спонтанный пневмоторакс;

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

12.7. Самой частой причиной острого легочного сердца является:

а) пневмония;

б) астматическое состояние;

в) тромбоэмболия легочной артерии;

г) спонтанный пневмоторакс;

д) обострение хронического обструктивного бронхита.

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

а) пассивная, посткапиллярная легочная гипертензия

б) активная, прекапиллярная легочная гипертензия

в) облитерация капилляров малого круга кровообращения

г) ремоделирование средних и крупных бронхов

д) рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)

12.9. Лечение и профилактика послеоперационных и послеродовых тромбозов и эмболий включает: 1. раннюю физическую активизацию в послеоперационном и послеродовом периодах; 2. профилактику респираторного дистресс-синдрома; 3. рациональную антибиотикотерапию при септических осложнениях; 4. длительный постельный режим.

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 и 4.

1. **Острый и хронический абсцесс легкого, гангрена легкого**

13.1. Решающую роль в возникновении острого абсцесса легкого играют следующие факторы: 1. нарушение бронхиального дренажа; 2. гноеродная инфекция и неспорообразующие анаэробы; 3. образование противолегочных антител; 4. стафилококк и стрептококк.

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.

13.2. Возбудители инфекции, вызывающие острый абсцесс и гангрену легкого, проникают в легочную ткань преимущественно: 1. при ранении легкого; 2. по лимфатическим сосудам; 3. по кровеносным сосудам; 4. по бронхам.

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.

13.3. Предрасполагает к развитию острого абсцесса легкого: 1. хроническая гнойная и анаэробная инфекция полости рта и глотки (кариез зубов, пародонтоз, тонзиллит), среднего уха, придаточных пазух носа; 2. аспирации содержимого полости рта и глотки при эпилепсии, алкогольном опьянении, наркомании, отравлениях и др.; 3. систематического переохлаждения, хронического бронхита; 4. септикопиемии.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильные все ответы.

13.4. Основными и наиболее результативными методами лечения острого абсцесса легкого являются: 1. санационная бронхоскопия с местным применением антибактериальных и антисептических средств; 2. катетеризация гнойника через трахею или грудную стенку; 3.трансторакальная пункция гнойника с промыванием полости и введением в нее лекарственных средств; 4. внутривенное введение антибиотика.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильные все ответы.

13.5. Излечение острого абсцесса легкого происходит: 1. путем освобождения гнойной полости в легком от возбудителей инфекции и образования на ее месте рубца; 2. путем образования на месте гнойной полости очага уплотнения легочной ткани; 3. путем освобождения полости в легком от возбудителей инфекции, эпителизации ее стенки и формирования вторичной кисты легкого; 4. путем освобождения гнойной полости в легком от возбудителей инфекции и полного восстановления легочной ткани.

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.

13.6. Хронический абсцесс легкого может осложняться: 1. кровохарканьем и легочным кровотечением; 2. сепсисом и метастатическими абсцессами; 3. легочно-сердечной недостаточностью; 4. амилоидозом внутренних органов.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильные все ответы.

13.7. Гангрену легкого от острого абсцесса отличает все перечисленное, кроме:

а) возбудителей заболевания;

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

в) преобладания воспалительно-некротических изменений в легких над деструктивными;

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

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

1. **Бронхоэктатическая болезнь, рак легкого**

14.1. Пациенты, страдающие бронхоэктатической болезнью, обычно предъявляют следующие жалобы: 1. лихорадка, боли в груди; 2. кашель с легко отделяющейся мокротой, чаще по утрам; 3. кровохарканье, легочное кровотечение; 4. одышка.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильные все ответы.

14.2. При аускультации легких у пациента с бронхоэктатической болезнью обычно выявляются: 1. непостоянные сухие хрипы в зоне поражения; 2. рассеянные сухие и влажные хрипы; 3. локальные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы; 4. локальные крупно- и среднепузырчатые хрипы, иногда в сочетании с сухими.

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.

14.3. Решающее значение в диагностике бронхоэктатической болезни принадлежит: 1. клинико-рентгенологическому методу; 2. бронхоскопии; 3. ангиопульмонографии; 4. бронхографии.

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.

14.4. Осложнениями бронхоэктатической болезни могут быть: 1. легочно-сердечная недостаточность; 2. кровохарканье и легочное кровотечение; 3. амилоидоз внутренних органов; 4. метастатические абсцессы и сепсис.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильные все ответы.

14.5. К раку легкого предрасполагает:

а) алкоголизм и бытовое пьянство;

б) курение;

в) наркомания и токсикомания;

г) хроническое переохлаждение;

д) психоэмоциональная нагрузка.

14.6. Рак легкого чаще всего наблюдается у больных, страдающих:

а) сахарным диабетом;

б) язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки;

в) хроническими неспецифическими заболеваниями легких;

г) бронхиальной астмой;

д) хроническим алкоголизмом.

14.7. У мужчин старше 40 лет с бессимптомно протекающим затемнением в легких врач обязан в первую очередь исключить:

а) туберкулому легкого;

б) периферический рак легкого;

в) очаговую пневмонию;

г) верно А, Б;

д) пневмоцирроз.

14.8. Ранним клиническим симптомом центрального рака легкого является:

а) сухой кашель или кашель со слизистой мокротой, содержащей иногда прожилки крови;

б) легочное кровотечение;

в) одышка и потеря массы тела;

г) лихорадка;

д) кровохарканье.

14.9. Осложнением центрального рака легкого может быть: 1. гиповентиляция легкого; 2. ателектаз легкого; 3. пневмония (возможно с абсцедированием); 4. образование острого абсцесса легкого.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

д) если правильные все ответы.

14.10. Наиболее простой и достаточно информативный метод ранней диагностики центрального рака легкого - это: 1. флюорография органов грудной полости; 2. бронхоскопия; 3. рентгеноскопия органов грудной клетки; 4. цитологическое исследование мокроты.

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.

14.11. Длительное кровохарканье при сухом кашле заставляет, прежде всего, подозревать: 1. пневмокониоз; 2. кавернозный туберкулез легких; 3. бронхоэктатическую болезнь; 4. рак бронха.

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.

14.12. Основными методами диагностики аденомы главного и долевого бронха являются: 1. аускультация легких и исследование мокроты на клетки опухоли; 2. рентгенотомографическое исследование (со срезами через корень легкого); 3. бронхоскопия; 4. ангиопульмонография.

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.

14.13. Появление венозного застоя в области головы, шеи и верхних конечностей у больного прикорневым раком правого легкого обусловлено: 1. сдавливанием правой легочной артерии; 2. прорастанием опухоли в непарную вену; 3. сдавливанием верхней легочной вены справа; 4. сдавливанием верхней полой вены.

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 и 4.

14.14. К генетическим факторам риска возникновения рака легкого относятся:

а) Возраст старше 45 лет

б) Первичная множественность злокачественного новообразования

в) Курение

г) 3 и более наблюдений рака легких у родственников

д) Правильно Б и Г

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

а) Легко излечивается

б) Легко рецидивирует

в) Локализуется строго в зоне вентиляции пораженного бронха

г) Все перечисленное

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

а) У мужчин

б) У женщин

в) У мужчин и у женщин

г) Риск возникновения рака легкого не связан с возрастом

14.17. В каких отделах легкого чаще всего локализуются бронхоэктазы:

а) любая доля

б) верхняя доля левого легкого

в) верхняя доля обоих легких

г) нижняя доля левого легкого

д) верхняя доля правого легкого

1. **Дифференциальная диагностика с туберкулезом легких**

15.1. Риск заболевания туберкулезом увеличивается: 1. при тесном контакте с больным туберкулезом; 2. при приеме кортикостероидов и других препаратов, оказывающих иммунодепрессивное действие; 3. при алкоголизме, наркомании, психических заболеваниях; 4. при сахарном диабете.

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;

15.2. Диагноз очагового туберкулеза легких у взрослых и подростков ставится на основании: 1. бессимптомного течения заболевания или скудных его проявлений - повышенной утомляемости, периодического субфебрилитета, редкого кашля с единичными плевками слизистой или слизисто-гнойной мокроты; 2. отсутствия физикальной симптоматики легочного поражения; 3. обнаружения при рентгенологическом исследовании легких единичных или множественных разного характера очаговых теней, чаще в 1-м, 2-м и 6-м бронхолегочных сегментах; 4. непостоянного и скудного бактериовыделения (микобактерии туберкулеза чаще выявляются при посеве на питательную среду).

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;

15.3. Для инфильтративного туберкулеза легких характерны следующие признаки: 1. подострое начало заболевания; 2. непостоянные влажные хрипы в зоне поражения, чаще прослушиваемые после покашливания; 3. умеренные токсические изменения в гемограмме и частое обнаружение микобактерий туберкулеза в мокроте; 4. выявление на рентгенограмме легких связанного "дорожкой" с корнем легкого однородного с размытыми границами участка затемнения, на фоне которого нередко определяются единичные очаговые тени, признаки распада легочной ткани "пневмониогенная каверна", а вокруг - очаги-отсевы.

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;

15.4. Решающее значение в дифференциальной диагностике инфильтративного туберкулеза легких и параканкрозной пневмонии принадлежит: 1. клинической симптоматике; 2. данным рентгенологического исследования легких; 3. результатам пробного лечения; 4. обнаружению микобактерий туберкулеза в мокроте.

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;

15.5. Характерными клиническими признаками милиарного туберкулеза являются: 1. лихорадка неправильного типа, хорошо переносимая больным; 2. умеренно выраженные одышка и тахикардия; 3. небольшой нейтрофильный лейкоцитоз и умеренное повышение СОЭ; 4. частое увеличение печени и селезенки.

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;

15.6. При милиарном туберкулезе отсутствует поражение:

а) легких;

б) печени;

в) селезенки;

г) опорно-двигательного аппарата;

д) центральной нервной системы.

15.7. Основными методами выявления милиарного туберкулеза с поражением легких и печени являются: 1. рентгенография органов грудной клетки; 2. функциональные печеночные пробы; 3. биопсия печени; 4. гематологические исследования; 5. исследование мокроты на микобактерии туберкулеза.

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;

15.8. Взаимосвязь между алкоголизмом и туберкулезом легких обусловлена: 1. снижением местной защиты лёгких в связи с алкогольной интоксикацией; 2. развитием функциональных и органических изменений в ЦНС и внутренних органах, иммунной системе; 3. неполноценным питанием, нарушением обмена веществ; 4. снижением общей резистентности организма.

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 и 4

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

а) При абсцессе легкого

б) При кисте легкого

в) При метастазе в легкое

г) При первичном раке легкого

д) При туберкуломе

е) При аспергиллеме

ж) При всех перечисленных нозологических формах

**16. Паразитарные поражения легких, профессиональные заболевания**

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

а) аскаридоз;

б) парагонимоз;

в) стронгилоидоз;

г) токсокароз;

д) трихинеллез.

16.2. Поражения легких могут вызываться: 1. токсокарой; 2. аскаридой; 3. эхинококком; 4. парагонимусом.

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 и 4.

16.3. Из перечисленных заболеваний к профессиональным могут быть отнесены: 1. бронхиальная астма; 2. бруцеллез; 3. туберкулез; 4. ревматизм; 5. язвенная болезнь желудка.

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 и 5.

16.4. Основными локализациями профессионального рака являются: 1. легкие; 2. кожа; 3. мочевой пузырь; 4. молочная железа; 5. почки.

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 и 5.

16.5. Пневмокониоз может развиться при: 1. бурении; 2. дроблении; 3. шлифовке изделий; 4. обрубке литья.

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 и 4.

16.6. К основным профессиям, при которых может встретиться силикоз, относятся: 1. бурильщики; 2. пескоструйщики; 3. проходчики; 4. обрубщики.

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 и 4.

16.7. При неосложненных пневмокониозах применяют: 1. адаптогены; 2. витаминотерапию; 3. дыхательную гимнастику; 4. физиотерапию.

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 и 4.

16.8. Наиболее характерными симптомами пылевых бронхитов являются: 1. кашель со скудной мокротой; 2. острое начало; 3. постепенное начало; 4. кашель со значительным количеством мокроты; 5. субфебрилитет.

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 и 5.

Ответы на тестовое задание «Пульмонология»

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.1-в | 2.5-в | 3.15-в | 4.9-а | 6.11-а | 8.7-а | 9.5-а | 10.3-а | 12.7-в | 14.17-г |
| 1.2-б | 2.6-г | 3.16-г | 4.10-б | 6.12-г | 8.8-в | 9.6-б | 10.4-б | 12.8-в | 15.1-д |
| 1.3-в | 2.7-б | 3.17-г | 5.1-б | 6.13-а | 8.9-а | 9.7-в | 10.5-д | 12.9-а | 15.2-д |
| 1.4-г | 2.8-а | 3.18-в | 5.2-а | 6.14-г | 8.10-а | 9.8-г | 10.6-г | 13.1-а | 15.3-д |
| 1.5-г | 2.9-д | 3.19-б | 5.3-в | 6.15-в | 8.11-в | 9.9-в | 10.7-а | 13.2-г | 15.4-г |
| 1.6-г | 2.10-а | 3.20-г | 5.4-д | 6.16-г | 8.12-г | 9.10-г | 10.8-д | 13.3-д | 15.5-д |
| 1.7-б | 2.11-д | 3.21-г | 5.5-д | 6.17-б | 8.13-а | 9.11-д | 11.1-а,в,г | 13.4-д | 15.6-г |
| 1.8-б | 2.12-в | 3.22-г | 5.6-а | 6.18-г | 8.14-а | 9.12-д | 11.2-г,д | 13.5-г | 15.7-б |
| 1.9-б | 2.13-г | 3.23-г | 5.7-а | 6.19-в | 8.15-в | 9.13-г | 11.3-б,г | 13.6-д | 15.8-д |
| 1.10-г | 2.14-б | 3.24-в | 5.8-а | 6.20-д | 8.16-а | 9.14-д | 11.4-б,в,д | 13.7-а | 15.9-д |
| 1.11-а | 2.15-г | 3.25-б | 5.9-а | 6.21-д | 8.17-а | 9.15-в | 11.5-а,в | 14.1-д | 16.1-б |
| 1.12-а | 2.16-б | 3.26-б | 5.10-а | 6.22-г | 8.18-а | 9.16-б | 11.6-б | 14.2-г | 16.2-д |
| 1.13-г | 3.1-в | 3.27-а | 5.11-а | 6.23-а | 8.19-г | 9.17-д | 11.7-а | 14.3-г | 16.3-а |
| 1.14-б | 3.2-в | 3.28-а | 5.12-а | 6.24-в | 8.20-г | 9.18-б | 11.8-а | 14.4-д | 16.4-а |
| 1.15-б | 3.3-а | 3.29-д | 5.13-б | 7.1-а,в,д | 8.21-г | 9.19-б | 11.9-д | 14.5-б | 16.5-д |
| 1.16-в | 3.4-а | 3.30-г | 5.14-г | 7.2-б | 8.22-а | 9.20-г | 11.10-г | 14.6-в | 16.6-д |
| 1.17-б | 3.5-г | 3.31-в | 6.1-г | 7.3-б | 8.23-г | 9.21-б | 11.11-б | 14.7-б | 16.7-д |
| 1.18-б | 3.6-в | 3.32-в | 6.2-в | 7.4-в,г | 8.24-д | 9.22-д | 11.12-в | 14.8-а | 16.8-б |
| 1.19-б | 3.7-б | 4.1-б | 6.3-д | 7.5-б,г | 8.25-а | 9.23-г | 11.13-г | 14.9-д |  |
| 1.20-а | 3.8-в | 4.2-б | 6.4-д | 7.6-д | 8.26-д | 9.24-а | 11.14-а | 14.10-г |  |
| 1.21-в | 3.9-а | 4.3-б | 6.5-д | 8.1-а,д,б | 8.27-д | 9.25-б | 12.1-д | 14.11-г |  |
| 1.22-а | 3.10-б | 4.4-в | 6.6-д | 8.2г- | 8.28-б | 9.26-а | 12.2-д | 14.12-а |  |
| 2.1- в | 3.11-а | 4.5-в | 6.7-б | 8.3-г | 9.1-д | 9.27-а,б | 12.3-г | 14.13-г |  |
| 2.2-а | 3.12-д | 4.6-в | 6.8-в | 8.4-д | 9.2-а | 9.28-г | 12.4-б,в,г,д | 14.14-д |  |
| 2.3- б | 3.13-б | 4.7-а | 6.9-в | 8.5-д | 9.3-д | 10.1-г | 12.5-б | 14.15-г |  |
| 2.4-г | 3.14-а | 4.8-а | 6.10-д | 8.6-г | 9.4-д | 10.2-а | 12.6-в | 14.16-а |  |