

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Специальность: 31.08.45 Пульмонология
код, наименование

Кафедра: Пропедевтики внутренних болезней и гериатрии им. К.Г. Никулина

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Пульмонология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Пульмонология». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Пульмонология» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимися на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8..	Текущий	Раздел 1. Общая пульмонология Раздел 2. Неотложные состояния в пульмонологии Раздел 3. Частная пульмонология Раздел 4. Патология легких при сопутствующих заболеваниях	Ситуационные задачи Тестовые задания
	Промежуточный	Все темы разделов	Перечень вопросов

4. Содержание оценочных средств промежуточного, текущего контроля, экзамена

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач и тестовых заданий.

4.1. Тестовые задания для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8..

№	Текст вопроса задания/ вариантов ответа	Контролируемые компетенции
001	ОСНОВНЫМ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	ацинус	
Б	бронхи	
В	терминальные бронхиолы	
Г	альвеолярные мешочки	
002	ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА РАВЕН	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	0,3-0,8 л	
Б	2,0-2,5 л	
В	4,0-4,5 л	
Г	1,0-1,5 л	
003	БРОНХИ 1-2 ПОРЯДКА ОТ ДРУГИХ БРОНХИАЛЬНЫХ ВЕТВЕЙ ОТЛИЧАЮТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	внелегочной их локализацией	
Б	наличием фиброзно-хрящевого слоя	
В	внутрилегочной локализацией	
Г	отсутствием фиброзно-хрящевого слоя	
004	АРТЕРИИ, КРОВΟΣНАБЖАЮЩИЕ ТРАХЕЮ И БРОНХИ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	бронхиальные ветви грудной аорты	
Б	пищеводные ветви грудной аорты	
В	легочные ветви грудной аорты	
Г	кардиальные ветви грудной аорты	
005	НАИБОЛЕЕ ГЛУБОКИМ СИНУСОМ ПЛЕВРЫ ЯВЛЯЕТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	реберно-диафрагмальный	
Б	диафрагмально-медиастинальный	

В	реберно-медиастинальный	
Г	верхнее межплевральное поле	
006	СПОСОБСТВУЕТ ПОСТУПЛЕНИЮ ВОЗДУХА В ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	разность между атмосферным и альвеолярным давлением	
Б	разность между атмосферным давлением и эластической тягой легких	
В	разность между отрицательным внутриплевральным и альвеолярным давлением	
Г	разность между внутриплевральным давлением и эластической тягой легких	
007	ПЕРФУЗИЯ СЛЕДУЮЩИХ ЗОН ЛЕГКИХ ПОНИЖЕНА	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	верхних	
Б	нижних	
В	латеральных	
Г	медиальных	
008	ПРИ РЕСТРИКТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ ЛЕГОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО УМЕНЬШАЕТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	жизненная емкость легких	
Б	остаточный объем легких	
В	дыхательный объем	
Г	функциональная остаточная емкость легких	
009	О ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ БРОНХОДИЛАТАЦИОННОЙ ПРОБЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПРИРОСТ ОФВ1 ОТ ИСХОДНОГО ПОСЛЕ БРОНХОДИЛАТАЦИОННОГО ТЕСТА	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	12%;	
Б	5%;	
В	10%	
Г	15%	
010	СТРУКТУРУ ОБЩЕЙ ЕМКОСТИ ЛЕГКИХ СОСТАВЛЯЕТ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	ЖЕЛ+ООЛ	
Б	ООЛ+ДО	
В	РО вдоха +ЖЕЛ	

Г	РО выдоха +ЖЕЛ	
011	СИНДРОМ УПЛОТНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	локальные изменения - притупление перкуторного звука, усиление голосового дрожания, появление патологического бронхиального дыхания	
Б	локальные изменения - притупление перкуторного звука, усиление голосового дрожания, жесткое дыхание с влажными мелкопузырчатыми хрипами	
В	локальные изменения - тимпанический перкуторный звук, усиление голосового дрожания, появление патологического бронхиального дыхания с влажными разнокалиберными хрипами	
Г	локальные изменения - коробочный перкуторный звук, ослабление голосового дрожания, ослабление дыхания с сухими свистящими и жужжащими хрипами	
012	ЖЕСТКОЕ ДЫХАНИЕ С УДЛИНЕННЫМ ВЫДОХОМ И СУХИМИ СВИСТЯЩИМИ ХРИПАМИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	бронхообструкции	
Б	воспаления	
В	уплотнения легочной ткани	
Г	гидроторакса	
013	РУТИННЫМ СПОСОБОМ ДИАГНОСТИКИ ПЛЕВРИТА ЯВЛЯЕТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	рентгенография органов грудной клетки	
Б	МРТ грудной клетки	
В	цитология мокроты	
Г	спирография	
014	ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ОКРУГЛОЙ ТЕНИ В ЛЕГКОМ НА ФЛГ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	КТ грудной клетки	
Б	УЗИ плевральной полости	
В	рентгенографию грудной клетки	
Г	плевральную пункцию	
015	ЛЕГОЧНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ МЕТОДОМ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4,

		ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	ЭХОКГ	
Б	УЗИ плевральной полости	
В	ФЛГ	
Г	ЭКГ	
016	НОРМАЛЬНЫМИ ЗНАЧЕНИЯМИ ГАЗОВОГО СОСТАВА КРОВИ ЯВЛЯЮТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	$paO_2 \geq 75$ мм.рт.ст и $paCO_2 \geq 45$ мм.рт.ст	
Б	$paCO_2 \geq 45$ мм.рт.ст	
В	$paO_2 \geq 75$ мм.рт.ст	
Г	$paO_2 \geq 55$ мм.рт.ст.	
017	ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ КРИТЕРИЕМ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	гипоксемия	
Б	гиперкапния	
В	гипоксемия и гиперкапния	
Г	гипоксемия и одышка	
018	КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	клиника основного заболевания, изменения ЧД, изменения механики и глубины дыхания	
Б	одышка	
В	клиника основного заболевания и одышка	
Г	одышка и поверхностное дыхание	
019	«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	проведение анализа газов артериальной крови инвазивным методом	
Б	неинвазивная пульсоксиметрия	
В	проведение анализа газов артериальной крови инвазивным методом и неинвазивная пульсоксиметрия	
Г	инвазивный анализа газов артериальной крови и буферных оснований	
020	ЛЕГОЧНЫМИ ПРИЧИНАМИ, ПРИВОДЯЩИМИ К ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ЯВЛЯЮТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4,

		ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	обструкция дыхательных путей, нарушение рестрикции, уменьшение функционирующей легочной ткани, нарушении диффузии газов, нарушение кровотока легких, нарушение вентиляционно-перфузионных соотношений	
Б	обструкция дыхательных путей, нарушении диффузии газов, нарушение кровотока легких, нарушение вентиляционно-перфузионных соотношений	
В	нарушении диффузии газов, нарушение кровотока легких, нарушение вентиляционно-перфузионных соотношений	
Г	обструкция дыхательных путей, нарушение вентиляционно-перфузионных соотношений	
021	ВНЕЛЕГОЧНЫМИ ПРИЧИНАМИ, ПРИВОДЯЩИМИ К ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ЯВЛЯЮТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	поражение ЦНС, поражение дыхательных мышц и периферических нервов, поражение грудной клетки	
Б	поражения ЦНС, грудной клетки, плевры	
В	пневмония, пневмониты, отек легких, ТЭЛА, ИЛФ, ХОБЛ, эмфизема	
Г	поражение ЦНС, поражение дыхательных мышц, поражение грудной клетки, плевры, ТЭЛА, ХОБЛ	
022	ГИПЕРКАПНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	ХОБЛ, ожирение, кифосколиоз, нейромышечные заболевания, депрессия дыхательного центра	
Б	ХОБЛ, ожирение, эмфизема, отек легких	
В	пребывание в высокогорье	
Г	ОРДС, пневмония, ателектаз, пороки сердца	
023	РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К КИСЛОРОДУ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	ОРДС, пневмония, ателектаз, пороки сердца	
Б	эмфизема, отек легких, альвеолит, легочный фиброз	
В	пневмония, ателектаз, эмфизема, отек легких	
Г	пребывание в высокогорье	
024	ТИТР АНТИТЕЛ ПОСЛЕ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ОТ ГРИППА СОХРАНЯЕТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	12 месяцев	

Б	6 месяцев	
В	Всю жизнь	
Г	3 месяца	
025	В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В РФ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВАКЦИНЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	живые редко и часто инактивированные	
Б	живые и цельновирусные	
В	Только инактивированные	
Г	только расщепленные и субъединичные	
026	МОЖНО ЛИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВАКЦИНУ ПРОТИВ ГРИППА И ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ВМЕСТЕ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	да, так как доказан однонаправленный положительный защитный эффект и отсутствие суммации побочных эффектов	
Б	нет, так как доказан эффект суммации побочных явлений	
В	Да, но введение должно быть не в тот же день	
Г	да, так как доказан отсутствие суммации побочных эффектов	
027	РЕВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВОПНЕВМОКОККОВЫМИ ВАКЦИНАМИ ПРОВОДИТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	да. Ревакцинация возможна после первичной вакцинации полисахаридной вакциной повторно ей же и полисахаридной вакциной после конъюгированной вакцинации, а так же после первичной полисахаридной - ревакцинация конъюгированной вакциной.	
Б	да. Ревакцинация возможна после первичной вакцинации полисахаридной вакциной повторно ей же и полисахаридной вакциной после конъюгированной вакцинации.	
В	да. Ревакцинация возможна после первичной вакцинации полисахаридной вакциной повторно ей же и полисахаридной вакциной после конъюгированной вакцинации	
Г	ревакцинация показана только в группе риска.	
028	РЕВАКЦИНАЦИЮ ПОЛИСАХАРИДНОЙ ПРОТИВОПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНОЙ ПОСЛЕ КОНЪЮГИРОВАННОЙ ПРОВОДЯТ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	через 1 год	
Б	Через 8 недель	
В	Через 5 лет	
Г	ревакцинация после конъюгированной вакцины не проводится	

029	РЕВАКЦИНАЦИЮ КОНЬЮГИРОВАННОЙ ПРОТИВОПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНОЙ ПОСЛЕ ПОЛИСАХАРИДНОЙ МОЖНО ПРОВОДИТЬ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Через 8 недель	
Б	через 1 год	
В	Через 5 лет	
Г	ревакцинация после конъюгированной вакцины не проводится	
030	РАЗВИТИЕ ОБОСТРЕНИЯ И УХУДШЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БЕРЕМЕННЫХ ХАРАКТЕРНО	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	во 2-3 триместре	
Б	в первом триместре	
В	в любом триместре	
Г	после родов	
031	БАЗИСНЫМИ В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	ингаляционные глюкокортикостероиды	
Б	короткодействующие бета2-агонисты	
В	препараты группы теофиллина	
Г	кромоны	
032	ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ СИСТЕМНЫМ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	сатурация O ₂ < 95% и ОФV1 < 70%	
Б	сатурация O ₂ < 93% и ОФV1 < 75%	
В	сатурация O ₂ < 90% и ОФV1 < 85%	
Г	сатурация O ₂ < 85% и ОФV1 < 85%	
033	ГРУППЫ АНТИБИОТИКОВ, БЕЗОПАСНЫЕ В ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	пенициллины, цефалоспорины	
Б	аминогликозиды	
В	фторхинолоны	
Г	макролиды	
034	ВАКЦИНАЦИЯ ОТ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ГРУПП РИСКА ПРОВОДИТСЯ В СЛЕДУЮЩИЕ СРОКИ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

А	второй – третий триместр	
Б	первый триместр	
В	в любом триместре	
Г	после родов	
035	ПРИЗНАКОМ ТЭЛА ПРИ ЭХОКГ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ ОБНАРУЖЕНИЕ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	расширения правых отделов сердца	
Б	концентрической гипертрофии правого предсердия	
В	тромба в правом желудочке	
Г	тромба в правом предсердии	
036	ТЭЛА МОЖЕТ БЫТЬ СПРОВОЦИРОВАНА ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРИЕМОМ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	пероральных контрацептивов	
Б	пероральных антикоагулянтов	
В	периферических вазодилататоров	
Г	диуретиков	
037	ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	среднее давление в легочной артерии > 25 мм. рт. ст.	
Б	среднее давление в легочной артерии > 35 мм. рт. ст.	
В	среднее давление в легочной артерии > 40 мм. рт. ст.	
Г	среднее давление в легочной артерии > 50 мм. рт. ст.	
038	ОСНОВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ, ПРИВОДЯЩИМИ К РАЗВИТИЮ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ЯВЛЯЮТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	ХОБЛ и интерстициальные болезни легких	
Б	бронхиальная астма	
В	пневмония	
Г	хронический бронхит	
039	ОСНОВНОЙ ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ (СОГЛАСНО ЕВРОПЕЙСКИМ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ)	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	лечение основного заболевания плюс длительная O ₂ терапия	
Б	лечение основного заболевания плюс антагонисты кальция	
В	лечение основного заболевания плюс антагонисты кальция, диуретики, антикоагулянты	

Г	одобренная ЛАГ терапия (простагландины, антогонисты эндотелиновых рецепторов и т.д.)	
040	ПРИЗНАКАМИ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА НА ЭКГ ЯВЛЯЮТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	р-pulmonale, признаки гипертрофии и перегрузки правого желудочка	
Б	признаки гипертрофии и перегрузки левого желудочка	
В	признаки полной блокады ножек пучка Гиса	
Г	признаки блокады левой ножки пучка Гиса	
041	САРКОИДОЗ ОТНОСИТСЯ К ЗАБОЛЕВАНИЮ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	иммунной системы	
Б	соединительной ткани	
В	инфекционно-воспалительной природы	
Г	интерстициальная патология легких	
042	ИНФЕКЦИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ САРКОИДОЗА ИГРАЕТ РОЛЬ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	постоянная антигенная стимуляция, приводящая к нарушению выработки цитокинов	
Б	возбудитель хронического воспаления легочной ткани	
В	триггер опухолевого процесса в легких	
Г	не имеет значения	
043	ПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ САРКОИДОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	прогрессирование и появление внелегочных поражений	
Б	синдром Лефгрена	
В	саркоидоз I стадии	
Г	саркоидоз II стадии	
044	БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ ДЫХАНИИ И КАШЛЕ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНА С	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	поражением плевры	
Б	поражением легочной паренхимы	
В	поражением ЖКТ	
Г	поражением сердца	

045	АДЕКВАТНАЯ ОЦЕНКА ОДЫШКИ ВОЗМОЖНА	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	только по описаниям самого пациента	
Б	по наличию объективных клинических симптомов заболевания (тахипноэ. вовлечение в процесс дыхания вспомогательной дыхательной мускулатуры и др.)	
В	со слов родственников	
Г	по данным дополнительных методов исследований	
046	ХАРАКТЕР ОДЫШКИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	экспираторная	
Б	инспираторная	
В	смешанная	
Г	одышки нет	
047	ОСНОВНЫЕ КЛЕТКИ, УЧАСТВУЮЩИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Альвеолярные макрофаги	
Б	Тучные клетки	
В	Нейтрофилы	
Г	Лимфоциты	
048	ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ ФИБРОЗИРУЮЩЕМ АЛЬВЕОЛИТЕ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Одышка	
Б	Кашель	
В	Общая слабость	
Г	Повышение температуры тела	
049	ИНФОРМАТИВНОСТЬ ОТКРЫТОЙ БИОПСИИ ЛЕГКИХ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ ФИБРОЗИРУЮЩЕМ АЛЬВЕОЛИТЕ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	94%	
Б	50%	
В	70%	
Г	20%	
050	ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ ЭТО	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4,

		ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Гетерогенная группа заболеваний, при которых первично поражается интерстиций, легочные капилляры, альвеолы и периальвеолярная ткань	
Б	Мгновенно наследуемые болезни легких	
В	Гетерогенная группа заболеваний, при которых первично поражается интерстиций, легочные капилляры, альвеолы и плевра	
Г	Гетерогенная группа заболеваний, при которых первично поражается интерстиций и плевра	
051	СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ ФИБРОЗИРУЮЩЕМ АЛЬВЕОЛИТЕ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	3-6 лет	
Б	15 лет	
В	25-30 лет	
Г	1 год	
052	ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ ЛЕГОЧНЫЙ ФИБРОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Формированием сотового лёгкого	
Б	Очаговыми тенями в верхушках лёгких	
В	Очаговыми тенями в базальных отделах лёгких	
Г	Двусторонним симптомом матового стекла	
053	ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ ЛЕГОЧНЫЙ ФИБРОЗ ВЫПОЛНЯЕТ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	В пожилом возрасте	
Б	В детском возрасте	
В	До 30 лет	
Г	Не связан с возрастом	
054	К АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ОТНОСЯТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	ипратропиум бромид	
Б	сальбутамол	
В	беклометазон	
Г	будесонид	
055	ИНГАЛЯЦИОННЫЕ КОРТИКОСТЕРОИДЫ ОКАЗЫВАЮТ ДЕЙСТВИЕ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4,

		ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	противовоспалительное	
Б	бронходилатационное	
В	адреномиметическое	
Г	антихолинергическое	
056	НА 3 СТУПЕНИ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ИСПОЛЬЗУЮТ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Комбинацию низких доз ингаляционных глюкокортикостероидов и β 2-агонистов	
Б	антибактериальные и муколитические препараты	
В	системные глюкокортикоиды и метилксантины	
Г	кромоны и антигистаминные препараты	
057	ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВЫБОРОМ ДЛЯ РЕГУЛЯРНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ 2 СТУПЕНИ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов	
Б	Короткодействующие бронходилататоры	
В	Длительнодействующие бронходилататоры	
Г	Омализумаб	
058	ДЛЯ ОЦЕНКИ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ОПРОСНИКИ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	АСТ-тест и ACQ-5	
Б	CAT и mMRC	
В	Опросник госпиталя Святого Георгия	
Г	CURB-65 и CRB-65	
059	БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С β 2 – АГОНИСТАМИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	приростом ОФВ1 более 12%	
Б	снижением ОФВ1 более 12%	
В	приростом ОФВ1 более 20%	
Г	снижением ОФВ1 более 20%	
060	КОМПОНЕНТАМИ АСПИРИНОВОЙ ТРИАДЫ ЯВЛЯЮТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	бронхиальная астма, полипозный синусит, непереносимость нестероидных противовоспалительных препаратов	

Б	бронхиальная астма, гайморит, аллергический ринит	
В	обструктивный бронхит, непереносимость аспирина, тонзиллит	
Г	обструктивный бронхит, непереносимость аспирина, полипозный синусит,	
061	ФАКТОРАМИ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Тяжелые острые респираторные инфекции в детстве, курение, профессиональные пыли, возраст	
Б	Туберкулез легких, курение, профессиональные пыли, возраст	
В	Пневмонии, возраст, курение	
Г	Туберкулез легких, профессиональные пыли	
062	ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ ХОБЛ НА ПОВСЕДНЕВНУЮ ЖИЗНЬ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА ПРИМЕНЯЮТ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Тест САТ (COPD Assessment Test)	
Б	Шкалу mMRC (modified Medical Research Council)	
В	Подсчет числа обострений за предыдущий год	
Г	Микробиологическое исследование мокроты	
063	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХОБЛ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Бронхиальная астма, застойная сердечная недостаточность, рак легкого, бронхоэктатическая болезнь	
Б	острая сердечная недостаточность, рак легкого, бронхоэктатическая болезнь	
В	рак легкого, бронхоэктатическая болезнь, ОРВИ, грипп	
Г	ОРВИ, грипп	
064	К НЕОБРАТИМЫМ КОМПОНЕНТАМ ЭКСПИРАТОРНОГО ОГРАНИЧЕНИЯ СКОРОСТИ ВОЗДУШНОГО ПОТОКА ОТНОСЯТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Фиброз и сужение просвета дыхательных путей; потеря эластичной тяги легких вследствие альвеолярной деструкции; потеря альвеолярной поддержки просвета малых дыхательных путей.	
Б	Накопление воспалительных клеток, слизи и экссудата плазмы в бронхах; сокращение гладкой мускулатуры бронхов;	

В	Накопление воспалительных клеток, слизи и экссудата плазмы в бронхах; потеря альвеолярной поддержки просвета малых дыхательных путей.	
Г	Динамическая гиперинфляция (повышенная воздушность легких) при физической нагрузке; сокращение гладкой мускулатуры бронхов;	
065	ВОЗДУШНАЯ ЛОВУШКА РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ-ЗА	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Неполного опорожнения альвеол во время выдоха вследствие потери эластической тяги легких; недостаточного времени выдоха в условиях выраженного ограничения экспираторного воздушного потока	
Б	Удлинения вдоха	
В	Спадания мягкого неба.	
Г	Спадания мягкого неба; неполного опорожнения альвеол во время выдоха вследствие потери эластической тяги легких	
066	ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА ВЫРАЖЕННЫХ СИМПТОМОВ (mMRC \geq 2 ИЛИ САТ \geq 10) СРАЗУ ПОСЛЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ХОБЛ НАЗНАЧАЮТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Комбинация длительно действующего холинолитика/длительно действующего β -агониста	
Б	Длительно действующий бронходилататор в режиме монотерапии;	
В	Комбинация ингаляционного кортикостероида/длительно действующего β -агониста;	
Г	Ингаляционный кортикостероид;	
067	ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ ОДЫШКИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ПРИМЕНЯЮТ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Шкалу mMRC (modified Medical Research Council)	
Б	Тест САТ (COPD Assessment Test)	
В	ОФВ1	
Г	Тест 6-минутной ходьбы	
068	ПРОВЕДЕНИЕ ПУЛЬСОКСИМЕТРИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С ХОБЛ ДЛЯ ОЦЕНКИ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	насыщения гемоглобина кислородом (SaO ₂)	
Б	выраженности одышки	
В	степени тяжести бронхиальной обструкции	
Г	выраженности симптомов	

069	РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ХОБЛ ДЛЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	исключения других заболеваний	
Б	подтверждения диагноза	
В	для выявления бронхиальной обструкции	
Г	для оценки степени тяжести	
070	КОРОТКОДЕЙСТВУЮЩИЙ БРОНХОДИЛАТАТОР НАЗНАЧАЕТСЯ БОЛЬНЫМ ХОБЛ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	для использования по потребности	
Б	в качестве регулярной терапии	
В	только в период обострения	
Г	с целью снижения риска обострений	
071	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЕЙСЕРОВ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ДАИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	устранения проблемы координации между активацией ингалятора и вдохом; уменьшения депозиции препарата в верхних дыхательных путях	
Б	для создания высокой скорости инспираторного потока	
В	уменьшения депозиции препарата в верхних дыхательных путях	
Г	для создания высокой скорости экспираторного потока	
072	ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С ХОБЛ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Длительно действующих бронходилататоров (комбинации ДДАХ/ДДБА или одного из этих препаратов в режиме монотерапии)	
Б	Коротко действующих бронходилататоров на постоянной основе	
В	Рофлумиласта	
Г	Ингаляционных кортикостероидов	
073	АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ НАЗНАЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ ПРИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ SaO ₂	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	≤88%	
Б	<95%	
В	<90%	
Г	<100%	

074	БОЛЬНЫМ ХОБЛ ПОКАЗАНА ВАКЦИНАЦИЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	против гриппа; против пневмококковой инфекции	
Б	против коклюша	
В	против кори	
Г	Только против гриппа	
075	ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ГРИППА БОЛЬНЫХ ХОБЛ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЮ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Уменьшения риска обострений	
Б	Снижения выраженности одышки	
В	Уменьшения выраженности симптомов	
Г	Уменьшения бронхиальной обструкции	
076	УКАЖИТЕ КАТАРРАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ГРИППЕ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	заложенность носа со скудным отделяемым; непродуктивный мучительный кашель; трахеит	
Б	Трахеит, цианоз губ и слизистой оболочки мягкого неба	
В	заложенность носа с обильным отделяемым, фарингит	
Г	Конъюнктивит, заложенность носа со скудным отделяемым	
077	ПЕРЕЧИСЛИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАНДЕМИЧЕСКОГО ГРИППА А/Н1N1	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	инкубационный период до 7 дней, начало заболевания с кашля; раннее развитие дыхательной недостаточности	
Б	позднее развитие дыхательной недостаточности	
В	болезнь преимущественно среди лиц пожилого возраста; инкубационный период до 2-3 дней	
Г	болезнь преимущественно среди лиц пожилого возраста; началозаболевания с продуктивного кашля	
078	ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГРИППА	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	гриппозная пневмония первых дней; пневмония вирусно-бактериальная после 5-го дня; декомпенсация (обострение) хронических заболеваний;	
Б	Анемии, декомпенсация (обострение) хронических заболеваний;	

В	анемии	
Г	декомпенсация (обострение) хронических заболеваний;	
079	ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНО	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	развитие в первые 24–48 ч от начала заболевания; геморрагический характер течения; быстрое развитие геморрагического отека легких;	
Б	развитие кардиогенного отека легких; развитие с 5 дня от начала заболевания	
В	развитие с 5 дня от начала заболевания	
Г	развитие в первые 24–48 ч от начала заболевания;	
080	ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГРИППЕ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	должна быть начата в течение 48 часов от начала заболевания	
Б	Начинается в любое время после постановки диагноза	
В	проводится только при тяжелом течении заболевания	
Г	проводится по показаниям	
081	РЕКОМЕНДОВАННЫМИ ПРОТИВОВИРУСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ И ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ГРИППА ЯВЛЯЮТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	осельтамивир, занамивир; ингавирин;	
Б	ингавирин; ремантадин;	
В	ремантадин; кагоцел	
Г	только осельтамивир	
082	АДЕНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В ОТЛИЧИЕ ОТ ДРУГИХ РЕСПИРАТОРНО-ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ СОПРОВОЖДАЕТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	конъюнктивитом; увеличением шейных, подчелюстных, иногда медиастинальных или мезентериальных лимфоузлов;	
Б	диареей;	
В	выраженным ринитом	
Г	трахеитом	
083	ЖАРОПОНИЖАЮЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ, РЕКОМЕНДОВАННЫМИ К НАЗНАЧЕНИЮ ПРИ ГРИППЕ, ЯВЛЯЮТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	ибупрофен; парацетамол;	
Б	аспирин;	
В	анальгин	

Г	Любые НПВС	
084	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Электролитов потовой жидкости, разности носовых потенциалов, молекулярно-генетическое исследование	
Б	Только разности носовых потенциалов	
В	Только электролитов потовой жидкости	
Г	Только молекулярно-генетическое исследование	
085	ДЕТСКИЙ АНАМНЕЗ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Бронхоэктатической болезни	
Б	Абсцесса легких	
В	Саркоидоза	
Г	ОРВИ	
086	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЕСТРУКЦИЙ В ЛЕГКИХ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	аспирация	
Б	нагноительный процесс в брюшной полости	
В	контаминация	
Г	генетическая предрасположенность	
087	ТИПИЧНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	<i>S. Pneumoniae</i>	
Б	<i>Haemophilus influenza</i>	
В	<i>Enterobacteriaceae</i>	
Г	<i>Escherichia coli</i>	
088	КОМБИНИРОВАННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БА И ХОБЛ ЯВЛЯЮТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Симбикорт, серетид, фостер	
Б	Будесонид, фликсотид	
В	Спирива, атровент	
Г	Сальбутамол, сальметерол, формотерол	

089	ПРИ КАКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ КОЛЛАГЕНОЗ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	асбестоз	
Б	пылевой бронхит	
В	силикоз	
Г	бронхиальная астма	
090	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ МОЛНИЕНОСНОЙ ФОРМЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Острая коронарная недостаточность, сопровождающаяся бронхиолоспазмом	
Б	Отек легких	
В	Инфаркт легкого	
Г	Острый респираторный дистресс- синдром	
091	ОБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Идиопатическом фиброзирующем альвеолите	
Б	Плеврите	
В	Гистиоцитозе Х легких	
Г	Пневмонии	
092	СИНДРОМ ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ДИФFUЗНЫХ БОЛЕЗНЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Системная склеродермия	
Б	Системная красная волчанка	
В	Узелковый периартериит	
Г	Ревматоидный артрит	
093	ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Ярко-красный цвет крови	
Б	Цвета кофейной гущи	
В	Темная кровь в виде сгустков	
Г	Наличие примеси пищи	
094	К ЧИСЛУ НЕОТЛОЖНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ МОЖНО ОТНЕСТИ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

А	Введение гепарина	
Б	Назначение аспирина	
В	Управляемую гипотонию	
Г	Назначение бета-адреноблокаторов	
095	ПНЕВМОТОРАКС МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Буллезной эмфиземе легких	
Б	Острой пневмонии	
В	Инфильтративном туберкулезе легких	
Г	Экссудативном плеврите	
096	ДЛЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ХАРАКТЕРНО	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Нарастающее по степени удушье и исчезновение хрипов и дыхательных шумов над легкими	
Б	Хороший эффект бета-адреноблокаторов	
В	Продуктивный кашель	
Г	Притупление перкуторного звука над легкими	
097	ДЛЯ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ВЗРОСЛЫХ НЕ ХАРАКТЕРНО	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Прогрессирующая гиперкапния	
Б	Может развиваться при гриппе	
В	В патогенезе гипоксемии ведущее значение имеет увеличение альвеолярного шунтирования крови	
Г	Часто осложняется вторичной бактериальной инфекцией	
098	У ПАЦИЕНТА С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ, КОЖНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ВАСКУЛИТА, НОСОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Синдром Вегенера	
Б	Синдром Чардж-Стросса	
В	Системную красную волчанку	
Г	Системную склеродермию	
099	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПОБОЧНЫМ ДЫХАТЕЛЬНЫМ ШУМОМ ПРИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Крепитация	
Б	Влажные неконсолирующие мелкопузырчатые хрипы	

В	Сухие хрипы	
Г	Шум трения плевры	
100	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	ОРДС и токсический отек легких	
Б	Легочное кровотечение	
В	Сепсис	
Г	Переход процесса на плевру	
101	К ВОЗБУДИТЕЛЯМ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	<i>Chlamydomphila pneumonia</i>	
Б	<i>Staphylococcus aureus</i>	
В	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	
Г	<i>Moraxella catarrhalis</i>	
102	ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПРИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Аспирация секрета ротоглотки	
Б	Вдыхание аэрозоля, содержащего микроорганизмы	
В	Гематогенное распространение возбудителя	
Г	Непосредственное распространение инфекции из соседних пораженных органов	
103	ОСНОВНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях	
Б	МСКТ органов грудной клетки	
В	Фибробронхоскопия	
Г	УЗИ легких	
104	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ОШИБКОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Ципрофлоксацина	
Б	Ампициллина	
В	Респираторных фторхинолонов	
Г	Макролидов	

105	НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ЭТИОЛОГИЯ ПЛЕВРИТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА В ВОЗРАСТЕ 30 ЛЕТ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Туберкулезный плеврит	
Б	Парапневмонический плеврит	
В	Мезотелиома плевры	
Г	Посттравматический плеврит	
106	ВЫСОКИЙ ПРОЦЕНТ ЛИМФОЦИТОВ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Туберкулезного плеврита	
Б	Гидроторакса	
В	Посттравматического плеврита	
Г	Глистных инвазий	
107	ХИЛОТОРАКС НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Лимфомах и метастазах во внутригрудные лимфоузлы	
Б	Диффузных заболеваний соединительной ткани	
В	Сердечной недостаточности	
Г	ТЭЛА	
108	ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ПЛЕВРАЛЬНЫЙ ВЫПОТ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	Онкопатологии	
Б	Диффузных заболеваний соединительной ткани	
В	Сердечной недостаточности	
Г	Почечной недостаточности	
109	БОЛЬ ЗА ГРУДИНОЙ И ЖЖЕНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНО	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
А	С ГЭРБ	
Б	С бронхитом	
В	С пневмонией	
Г	С бронхиальной астмой	

4.2. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8..

ВОПРОСЫ

кашель, повышение температуры до 37,8 °С, общую слабость, боль в грудной клетке при дыхании и кашле. В анамнезе: пневмония. При осмотре грудной клетки небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии: гиперзвуковые звуки в лопатки, над остальными областями дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧД 18 в минуту. УЗИ плевральной полости – жидкости в плевральных полостях не обнаружено.

и характер плеврита или не указана локализация плеврита;

лющимися при дыхании, сухим кашлем, субфебрилитетом, недомоганием.

Диагностическими критериями

И плевральной полости (жидкости в плевральных полостях не обнаружено).

ого обследования.

вания дано неверно.

и томография грудной клетки (для уточнения характера патологического процесса. Диаскин-тест (для исключения туберкулеза) в целях дифференциальной диагностики и исключения туберкулеза, ревматических заболеваний, болезней сердечно-сосудистой системы).

основание для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

ного состояния

Рефлюкс-эзофагит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Острый

и более нозологических единиц.

появилась выраженная одышка, при клиническом осмотре появились притупление перкуторного тона, ослабление
равостороннего экссудативного плеврита

неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.
более 2 обязательных пунктов

ВОПРОСЫ

чувство стеснения в грудной клетке, затруднённое дыхание, особенно выдох, мучительный кашель. Болен 15 лет бронхитом, обострения бронхиальной астмы 3-4 раза в год, часто требующие госпитализации в стационар. Настоящее ухудшение приступа он усиливается, и начинает выделяться в небольшом количестве тягучая слизистая мокрота. Кожа бледная с синюшным оттенком. Больной сидит в положении с фиксацией плечевого пояса. Больной повышенного питания (ожирение 2 степени). Дыхание резко ослаблено, небольшое количество сухих хрипов, приглушены. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичный. АД - 140/90 мм рт. ст., SpO2 -83%
лечение Преднизолона.

диагностика Хронический бронхит. Пневмосклероз. Осл. Астматический статус I ст. ОДН II ст. Экзогенный гиперкортицизм.
стадии и/или степень астматического статуса или дыхательной недостаточности.

«анамнез» выставляется на основании жалоб на частые приступы удушья, частый кашель, чувство стеснения в груди; данные физикального обследования и анамнеза. У больного развилось тяжёлое осложнение БА – астматический статус I ст. (затянувшийся приступ с цианозом лица), стрий на теле на фоне длительного приёма Преднизолона рег os свидетельствует об экзогенном гиперкортицизме.

лечение через небулайзер (лучше на O₂) 3 раза за 1 час, после - 1 раз в час до стабилизации состояния Кортикостероиды
Препараты 2 линии – Эуфиллин в\в капельно, адреналин п\к, в\в, Сульфат магния в\в.

препаратов.

наименование препарата указана не верно.

шкву, боли в грудной клетке, тяжесть в боку, объективно - сглаживание межрёберных промежутков, там же снижения
ы влево, относительная лимфопения, умеренное ускорение СОЭ, в промывных водах бронхов нет патогенной флоры
й.

ра – трансудат или экссудат (количество белка, удельный вес, проба Ривальта), клеточного состава (гнойный нейтро
ма органов грудной клетки (МСКТ) после эвакуации плевральной жидкости для уточнения наличия воспалительных

основание для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

евритом; инфильтративный туберкулёз лёгких, осложнённый перифокальным плевритом; очаговый туберкулёз лёгких

и более нозологических единиц.

ри наличии изменений в лёгких и отсутствии положительной динамики на АБТ - вызвать врача-фтизиатра на консул

неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.

более 2 обязательных пунктов

ВОПРОСЫ

ми на сильную головную боль, боли в глазных яблоках, ломоту в мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие а

Анамнез заболевания: заболела накануне, ночью почувствовала озноб, повысилась температура до 39

ть носа, чувство першения и саднение за грудиной, температура повысилась до 39,5 °С, головная боль усилилась.

ктивно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Лицо несколько гиперемировано. На теле сыпи нет. Но

лёгких – жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 110 в минуту, ритмичный, АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны

характер течения или степень тяжести заболевания

боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый с...
 мптомов интоксикации (озноба, повышения температуры тела до 39,5°C, головной боли и боли в области глазных я...
 ых симптомов у лиц, с которыми пациент находился в близком контакте за ежедневно (в т.ч. за 1-2 дня) до болезни,

и и её зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нёба; в лёгких - жёсткое дыхание,

тела до 39,5°C, ярко выраженных явлений интоксикации (озноб, головная боль, общая слабость, суставные и мышечн

верно.

НК вирусов в мазках из носоглотки, крови), иммунохроматографический экспресс-тест для качественного определе...
 антител при исследовании парных сывороток, взятых в разгар заболевания и через 7-14 дней.

дополнительных метода обследования

механизм их действия на вирусы гриппа. Обоснуйте свой выбор.

твия, оказывающие прямое ингибирующее действие на вирусную репродукцию. К данным препаратам относятся се

в день в течение 5 дней, Занамивир 2 ингаляции (2* 5 мг) 2 раза / сут. в течение 5 дней или Умифеновир по 200 мг 4...
 оон, Эргоферон – перорально; или Гриппферон, Вифероновая мазь – интраназально, Виферон – ректально.

правильно обоснован.

обоснован.

ное.

ингибиторов вирусной репродукции.

вакцины для профилактики гриппа.

ории высокого риска заболевания гриппом и неблагоприятных осложнений при заболевании, к которым относятся:
 и заболеваниями дыхательной системы, хроническими заболеваниями печени и почек; - беременные; - лица, часто б...
 организациях с постоянным пребыванием (детские дома, дома ребёнка); - школьники;

гингенты.

остицы разрушенного вируса - поверхностные и внутренние белки, и субъединичные вакцины, содержащие поверхн

юс, Совигрипп.

верно.

о (отсутствуют 1-3 позиции)

неверно.

ВОПРОСЫ

кашель с трудноотделяемой гнойной мокротой (около 30 мл в сутки) и одышкой при умеренной физической нагрузке. Рост 163 см, индекс массы тела (18,1 кг / м²); при аускультации грудной клетки выявлены множественные разно-

симптомности, который был разрешен консервативно. С 13 лет у больной отмечались проявления гнойного бронхита, а та-
кже при компьютерной томографии органов грудной клетки установлен диагноз бронхоэктатическая болезнь. В 27 лет в связи с реци-
дивом выявлена внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы – уровень эндогенной эластазы в стуле < 0,5 мг/л).

Хроническая панкреатическая недостаточность.

ного обследования.

вания дано неверно.

гноза муковисцидоз), рентгенография легких, компьютерная томография грудной клетки (для определения объема поражения и оптимизации и модификации антибактериальной терапии)

основание для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

ионными антибактериальными препаратами в соответствии с антибиотикограммой; снижение бронхиальной обструкции; заместительная ферментная терапия (креон, панцитрат), дополнительный приём витаминов А, Д, Е, К; урсофал

а неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.

ВОПРОСЫ

обами на кашель, затрудненное носовое дыхание, утомляемость. Эти симптомы отмечались в течение 3-4 мес. Лечение неэффективно. На грудном вскармливании была до 6 мес. С двух месяцев замечено отставание в массо-ростовых прибавках, при этом обильный стул, 2-3 раза в день. Девочка плохо переносит жару, при этом становится очень вялой, старается прилечь и плачет в животе.

слизистые полости рта бледные. Грудная клетка широкая, живот увеличен в размерах (симптомы асцита отсутствуют). Рентгенологической системы выявлена одышка преимущественно экспираторного типа с числом дыханий 36 в 1 мин. Периферическая пальпация безболезненная. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см.

ые пневмонии с развитием эмфиземы и дыхательной недостаточности. Симптомы со стороны органов пищеварения не выражены. Важный симптом — полифекалия. Плохая переносимость жары — одно из классических проявлений муковисцидоза, так как это один из основных симптомов этого заболевания.

посевом промывных вод. Необходимо оценить функцию внешнего дыхания для определения характера вентиляции легких. Анализ крови, определение в крови концентрации сиаловых кислот и С-реактивного белка, протеинограммы позволят подтвердить диагноз. Измерение сахара в крови. Показано ультразвуковое обследование органов брюшной полости. Документировать диагноз по данным УЗИ. Иногда встречаются больные муковисцидозом с концентрацией электролитов пота ниже 60 ммоль/л. В этих случаях

основание для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

ой терапией ферментными препаратами (креон, панцитрат). Муколитики (N-ацетилцистеин и его аналоги) и бронхоспазмолитики (сальбутамол, беродуал). Антибиотики (амоксиклав, флемоклав, цефалоспорины, макролиды, тетрациклины, фторхинолоны). Физиотерапия (ингаляции, электрофорез, УВЧ, магнитотерапия, лазеротерапия). Кинезитерапия. Дополнительный приём витаминов А, Д, Е, К. Урсолан.

неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.

приятий средняя продолжительность жизни увеличилась с 15 лет до 31 года. В последние годы проводятся исследования

цидоза

ВОПРОСЫ

процесс правосторонний с бронхогенной диссеминацией в левое легкое. Последний раз отмечает ухудшение состояния после кашля, появились острые боли в левой половине грудной клетки, нарастающая одышка в покое.

цианоз, перкуторно – тимпанический звук слева над легкими и отсутствие везикулярного дыхания по средней линии. Частота дыхания 24 в минуту, ритмичны. Пульс ритмичный, 110 в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 80/50 мм рт ст

а.

онхогенной диссеминацией в левое легкое. Клиника — острая боль в левой половине грудной клетке после кашля, наличие везикулярного дыхания по средней аксиллярной и лопаточной линии, частота дыхательных движений 28 в минуту, тахикардия. При рентгенологическом исследовании выявлено коллабированное легкое, воздух в плевральной полости.

их форм или обоснование одной из нозологических форм дано неверно.

Г, компьютерная томография, манометрия плевральной полости, торакоскопия.

и два дополнительных метода обследования из списка.

ельного обследования составлен полностью неверно.

ольшом количестве воздуха в плевральной полости назначаются симптоматические средства. При значительном коллапсе легкого (высота столба 20-30 мм водного столба, может быть использована временная эндоскопическая окклюзия соответствующего

неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.

ВОПРОСЫ

не грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, повышение температуры до 38°C, слабость. Заболела остро. Срочной помощи была предложена госпитализация, от которой больная отказалась. Сегодня приступ одышки, сонливость, акроцианоз. Наблюдаются отёки нижних конечностей, больше левой, варикозное расширение вен, гипертония. Перкуссия сердца ослаблена, акцент II тона над лёгочной артерией. При перкуссии лёгких определяется притупление л

вышение уровня ЛДГЗ.

и обеднение легочного рисунка в области нижней доли слева.

ку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, повышение температуры до 38°C, кратковременная потеря сознания; данных объективного осмотра: состояние больной тяжелое, кожные покровы бледные, 100 мм рт. ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над лёгочной артерией; инструментального обследования: рентгенограммы грудной клетки: умеренное расширение тени сердца, усиление легочного рисунка; лабораторных исследований: умеренный лейкоцитоз, ускорение СОЭ до 21 мм/час, повышение уровня ЛДГ2 и обеднение легочного рисунка в области нижней доли слева.

на обеих конечностях, больше левой, варикозное расширение вен, гиперемия кожи левой голени с цианотичным оттенком.

одной из форм или обоснование одной из нозологических форм дано неверно.

исследования: общий белок, белковые фракции, билирубин, аминотрансферазы, ЛДГ общая и по фракциям, серомукоид, фибриноген, компьютерная томография с контрастированием; исследование коагулограммы и определения уровня Д-димера в сыворотке крови нижних конечностей.

и два дополнительных метода обследования из списка или один или два метода обследования назначены неверно. Дополнительного обследования составлен полностью неверно.

лекарственной терапии: парентеральная инфузионная терапия до 30 000 ЕД в сутки, постоянная оксигенотерапия через носовый катетер (в ряде случаев искусственная вентиляция легких), облегчение боли. Катетерные и хирургические эмболэктомии. Установка каво-фильтров. Антиагреганты.

основных препаратов

симптомы являются обязательными для данного заболевания

инфаркт миокарда, острый перикардит.

основной разнообразного характера, одышка, кашель, кровохарканье, синдром острого легочного сердца, клиника инфаркта миокарда.

указаны основные симптомы ТЭЛА.

и более нозологических единиц, либо не указаны обязательные симптомы ТЭЛА

ВОПРОСЫ

больной с гнойным отделяемым, головная боль, слабость, субфебрильная температура тела. Лечился антибиотиками с целью санации пазухи верхней челюстной пазухи, гнойного содержимого не получено. Сделана операция - гайморотомия, после которой состояние больной тяжелое, бледен, масса тела снижена. Температура тела 39,2°C. Суставы не изменены. В легких дыхание везикулярное, хрипы сухие. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, размеры печени 12-10-8 см, селезенка не пальпируется.

тест ++. Реакция Ваалера-Розе 1:160. В моче: относительная плотность 1012-1016, белок 1,2 г/л, эр. 20-25 в п/зр, лейкоциты в поле зрения с обеих сторон, преимущественно в средних и нижних отделах легких, два из них - с распадом в центре.

и, суставной, почечный, легочный), подострое течение. Двухсторонний хронический гайморит, состояние после гайм

о 6 месяцев, когда появился насморк с гнойным отделяемым, головная боль, слабость, субфебрильная температура те
 повторно проводились проколы верхнечелюстной пазухи, гнойного содержимого не получено. Сделана операция -
 При поступлении состояние тяжелое, бледен, масса тела снижена. Температура тела 39,2⁰С. Суставы не изменены. П
 селезенный при пальпации, размеры печени 12-10-8 см, селезенка не пальпируется.
 тест ++. Реакция Ваалера-Розе 1:160. В моче: относительная плотность 1012-1016, белок 1,2 г/л, эр. 20-25 в п/зр, лейк
 дом в центре.

их форм или обоснование одной из нозологических форм дано неверно.

ви: повышение концентрации СРБ, IgA; Биопсия кожи; Биопсия почек, УЗИ органов брюшной полости, почек; МРТ

и два дополнительных метода обследования из списка.

нительного обследования составлен полностью неверно.

действуют на основные звенья патогенеза и относятся к средствам патогенетической терапии. Дезагреганты: дипири
 : • при легкой степени 100 – 200 ЕД/кг·сутки; • среднетяжелой – 200 – 500 ЕД/кг·сутки; • тяжелой – 500 – 800 ЕД
 сле еды) в течение 4- 6 недель с последующим снижением дозы по 2,5 мг в неделю до полной отмены. или: метилци
 1 раз в 3– 4 недели, в течение 6- 18 месяцев.

атов.

го препарата указана не верно.

ю неверно.

редотвращение рецидивов заболевания.

индивидуальных особенностей пациента и варианта болезни;

ости его коррекция;

и физических нагрузок, при необходимости обучение детей на дому, посещение школы лишь при получении ст

ение одежды, максимально закрывающей кожу, головных уборов с полями, отказ от поездок в регионы с высоким у

иях.

аны 1-2 мероприятий из перечня

ВОПРОСЫ

монию. Лечился в стационаре со второй недели болезни, однако, самостоятельно покинул стационар через 2 недели. Чувствовал утомляемость, одышку при ходьбе до 500 метров. При одышке принимал теофедрин по совету соседки. Настоящая причина одышки. На кануне поступления в стационар появилась гнойная мокрота с однократным отделением до 150 мл. Диагноз: пневмония МСП.

половины грудной клетки при дыхании. Голосовое дрожание справа по задней поверхности ниже угла лопатки усилено. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, шумов сердца нет. При пальпации живот мягкий, чувствителен в эпигастрии.

стадии, средней степени тяжести. Кровохарканье. ДН I ст.

локализация абсцесса, или не указана стадия процесса.

ми, ночной обильной потливостью, одышкой при физических нагрузках, слабостью, утомляемостью, кашлем с отделением мокроты. Диагностическими критериями служат данные физикального обследования: небольшое отставание грудной клетки при дыхании, крупно - и среднепузырчатые хрипы. Отмечалось однократное кровохарканье. Одышка в покое с ЧД 24 в минуту.

и томография грудной клетки, ФБС. Диаскин-тест. Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мокроты общими методами.

основание для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

ного состояния

выбор не обоснован.

и более нозологических единиц.

ре усилились бледность кожных покровов, одышка. Какие исследования следует выполнить повторно и с какой целью?
равостороннего плеврита. Анализы мокроты общий, и подсчет суточного выделения с целью диагностики легочного

неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.

более 2 обязательных пунктов

ВОПРОСЫ

ку при физической нагрузке, ночную потливость, кашель с выделением обильной слизисто-гноной мокроты без запаха (ранее неоднократно были пневмонии. Последняя госпитализация в связи с пневмонией была год назад. Настоящее ухудшение состояния (не мог продолжать работать). 2 дня назад стал отмечать прожилки крови в мокроте, увеличилось количество отделяемой мокроты).

Личико бледное. Тургор кожи снижен, небольшой акроцианоз, пастозность нижних конечностей. Имеется симптом «растянутой кожи», втянутость межреберных промежутков. При перкуссии легких имеется укорочение перкуторного звука справа в нижних отделах, в левых отделах справа выслушиваются влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы. Тоны сердца достаточной звучности, тахикардия во всех отделах. Печень у реберного края, безболезненная. Диспепсических и дизурических явлений нет. Гемоглобин 90 г/л; гематокрит 0,27; эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$; лейкоциты $9,8 \times 10^9/л$; базофилы 1 %, эозинофилы 3%; палочкоядерные 6%; сегментоядерные 73%;

Хроническое субкомпенсированное легочное сердце. Гипохромная анемия хронических заболеваний легкой степени.

степень тяжести бронхоэктатической болезни или дыхательной недостаточности.

и физической нагрузке, ночную потливость, кашель с выделением обильной слизисто-гноной мокроты без запаха, одышка (ранее неоднократно были пневмонии). При перкуссии легких имеется укорочение перкуторного звука справа книзу от VI межреберья. Справа выслушиваются влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы.

«растянутой кожи», небольшой акроцианоз, пастозность нижних конечностей, акцент II тона на легочной артерии, отклонение эритроцитов $3,5 \times 10^{12}/л$; цветовой показатель 0,72.

томография грудной клетки, ФБС (для уточнения характера, локализации и распространенности патологического процесса), выявление микрофлоры и оптимизации антибиотикотерапии, ЭХОКС (для оценки состояния правых отделов сердца).

Основание для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

ного состояния

выбор не обоснован.

и более нозологических единиц.

; вещества разжижающие мокроту (АЦЦ, Флуимцмл, Флуифорт) пер os или через небулайзер; лечебная физкультура. После этого введение в полость больших доз АБ с учетом чувствительности микрофлоры; ингаляции: пенициллины, карбопенемы, цефалоспорины в больших дозах; при анаэробной инфекции – дополнительно метронидазол); введение внутривенно белковых препаратов (альбумин), витамины, растворы электролитов; кислородотерапия; в случае отсутствия эффекта от полноценной консервативной терапии в течение 2-3 недель. Диуретики (калийсберегающие: спиронолактон), метопролол, метопролол, небивалол) в малых дозах, диуретики (калийсберегающие: спиронолактон),

определена по сопутствующим патологиям

пунктов).

ВОПРОСЫ

ной физической нагрузке, редкий приступообразный кашель с небольшим количеством светлой мокроты, снижение массы тела. Клинический диагноз: Хроническая обструктивная болезнь легких тяжелой степени, обострение. ДН II ст. Назначенная терапия. Рентгенограмма грудной клетки правильной формы. В левой подмышечной области пальпируются 3 лимфатических узла размерами до 1 см. В правой области ослаблено, там же притупление перкуторного звука. При аускультации дыхание жесткое, небольшое количество хрипов. Рентгенограмма грудной клетки: Корень левого легкого расширен, уменьшение просвета нижнедолевого бронха. Справа без изменений.

рения. ДН II ст.

изация злокачественного новообразования;

той нагрузке, приступообразным кашлем с небольшим количеством светлой мокроты, снижением массы тела. В анамнезе: дрожания, притупление перкуторного звука в левой подлопаточной области, жесткое дыхание. В ОАК ускорение

ного обследования.

вания дано неверно.

ра и распространенности патологического процесса в легких). Фибробронхоскопия с биопсией и исследованием (гистологической, микробиологической и гистологической диагностики). Общий анализ мокроты с определением микобактериальной культуры врача- онколога (после получения результатов гистологического исследования с целью установки диагноза

основание для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

ного состояния

ронхов.

выбор не обоснован.

и более нозологических единиц.

сла одышка, головокружение, головная боль, эпизоды потери сознания, боли в правом подреберье. При клиническом обследовании выявлены: жесткое дыхание, притупление перкуторного звука в правой подлопаточной области. Какие инструментальные исследования следует выполнить и с какой целью: рентгенография органов грудной клетки (объемная), КТ головного мозга (наличие метастазов), УЗИ органов брюшной полости (метастазы в печени)

ли не обоснован 1 метод обследования).

более 2 обязательных методов обследования

ВОПРОСЫ

гноза, в связи с тем, что на очередном профосмотре на рентгенограмме легких были выявлены узелковоподобные тени. Пациент работает электросварщиком на заводе. Санитарно-гигиеническая характеристика рабочего места: на сварочном участке в закрытых помещениях применяется газоотсос. Индивидуальные средства защиты: маска-щиток, СИЗ (специальная одежда)

ю легких ясный легочный звук, при аускультации дыхание жестковатое, хрипов нет.

онная проба с 400 мкг сальбутамола: прирост ОФВ1 6% (105 мл). SpO2 98 %. Осмотрен фтизиатром: данных за туберкулез нет.

нозологических изменений в легких.

форма (q/q), ДН 0.

х изменений.

контакта с вредным производственным фактором по данным санитарно-гигиенической характеристики условий т
а вредном производстве. Узелковая форма (q,q) – на основании данных рентгенографии органов грудной клетки

ного обследования.

вания дано неверно.

логии заболевания, его формы, характера течения), КТ легких и ФБС (для уточнения распространенности процес

основание для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

отсутствии проведения сварочных работ в замкнутых пространствах. Учитывая возраст больного, целесообразно пр

ния легких

и более нозологических единиц.

ВОПРОСЫ

жалобами на приступы затрудненного дыхания в ранние утренние часы, повторяющиеся ежедневно, «свистящие» хрипы, анамнез заболевания, данные осмотра, аллергологический анамнез по поводу беременности 28-30 нед., с детства - вазомоторный ринит, аллергический конъюнктивит, бронхит, астма, КС, т.к. считает, что данный препарат может негативно повлиять на развитие плода. Ухудшение самочувствия связано с беременностью, в грудной клетке не изменена, положение с фиксированным плечевым поясом. При перкуссии лёгких - звук ясный лёгочный. Живот увеличен за счет беременности. Отеков нет.

Угрожаемые по ухудшения течения астмы.

Обострение, ДН 0. Беременность 28-30 нед. Критическими являются 26-36 нед беременности.

Уровень контроля, фаза течения

Приступы экспираторного удушья, «свистящие» хрипы в грудной клетке, анамнез заболевания, данные осмотра, аллергологический анамнез

Г, ОАК, ан. крови на иммуноглобулин Е к различным аллергенам, исследование ПСВ ежедневно, кал на я\г, ан. м

Обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

Текущее состояние

Экспираторная инфекция

Выбор не обоснован.

и более нозологических единиц.

Плановое лечение.

в отделение), поскольку обострение бронхиальной астмы потенцирует гипоксию плода, приводит к возрастанию риска для плода. (безопасно для плода)

менее 95% и ОФВ 1 менее 70%

в плане безопасности при беременности) в сутки или кленил УДВ 800 мкг 2 раза в сутки

неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.

более 2 обязательных пунктов

в сутки, возможно использование симбикорта 160\4,5 мкг по 1 вд. 2 раза в сутки в режиме SMART, фостер 100\6 мкг по 1 вд. 2 раза в сутки в режиме SMART. Необходимо проведение разъяснительной беседы с больной о безопасности использования ИКГ.

а неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.

более 2 обязательных пунктов

ВОПРОСЫ

интенсивный кашель с желто-зеленой мокротой, слабость, головную боль, ломоту в мышцах, повышение температуры тела. Анамнез отрицает наличие хронических заболеваний легких отрицает. Известно, что в семье есть ребенок 3,5 года, посещающий детское дошкольное учреждение. Симптомы: слабость, чувство ломоты в теле, головокружение, заложенность носа, кашель с желто-зеленой мокротой, самостоятельный подъем температуры тела.

Глаза чистые, гиперемия лица. Питание повышено. Грудная клетка правильной формы, небольшое отставание левой половины грудной клетки. ЧД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные ЧСС 92 в мин. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот увеличен за счет беременности.

г. ДН 0-I Беременность 20-22. нед.

локализация процесса, стадия дыхательной недостаточности.

установления диагноза?

жалоб больной, на наличие лихорадки, проявлений интоксикационного синдрома, на данных анамнеза (острое начало заболевания в нижних отделах слева). Дополнительно показано проведение исследования ОАК, ОАМ, пульсоксиметрия, рентгенография грудной клетки, ЭКГ, микробиологическое исследование мокроты.

данные.

дополнительные методы обследования.

методы обследования.

антибактериального препарата. Укажите критерии эффективности терапии.

лечения. 2.Учитывая наличие у пациентки факторов риска полирезистентного s. pneumoniae (прием антибиотика в прошлом) назначить амоксициллин 1000 мг\200 мг (порошок для приготовления суспензии) в\в стр. каждые 8 часов. Критерии эффективности – улучшение состояния.

препаратов

лечения.

еньше слабость, ломота в теле, температура снизилась до 37,3-37,5 С, однако, на коже бедер, живота появились высыпания?

внутрь в/в или азитромицин 500 мг в в/в или джозамицин по 1 г 2 раза в сутки внутрь или цефиксим 400 мг 1 раз в сутки

енных средств

ции. При появлении первых симптомов гриппа прием осельтамивира 75 мг 2 раза в сутки.

ВОПРОСЫ

делении. При поступлении жалобы на одышку с преимущественным затруднением выдоха при незначительной нагрузке. В течение многих лет к врачу не обращался, не смотря на регулярный утренний кашель с мокротой. Около 2 лет назад в сводном диагнозе «хронический бронхит, обострение», по ФВД значение ОФВ1 составило 56% от должного. Рекомендовано: консультация пульмонолога. В течение последних лет к врачу не обращался. Ухудшение состояния около 3 месяцев назад – отмечает усиление одышки, появление кашля, выделение мокроты, одышка в покое, одышка в положении лежа, одышка при физической нагрузке. Перкуторно над легкими коробочный звук, притупление над левым легким, усиление везикулярного дыхания над правым легким. Аускультативно над легкими хрипы, жесткое дыхание. Пульс 68% от должных величин

е ДН III. Хроническое декомпенсированное легочное сердце ХСН II В.

ое легочное сердце, не указана степень дыхательной недостаточности.

шку, ухудшение переносимости физической нагрузки, отеки нижних конечностей, данные объективного обследования подтверждены дополнительными исследованиями (пульсоксиметрия – снижение SpO2 – до 89%, ФВД – тяжелые обструктивные изменения)

афия легких (исключение пневмонии, других заболеваний с развитием дыхательной недостаточности), анализ мокроты

основание для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

легочной фиброз, бронхиальная астма, инфаркт - пневмония на фоне тромбоэмболии легочной артерии, пороки сер

выбор не обоснован.

и более нозологических единиц.

сти (длительная O₂ терапия с использованием кислородного концентратора скорость по дачи не менее 3 л\мин). 3.Б
ски, эуфиллин 2,4% - 5-10 мл в\в кап 4. Применение антикоагулянтов гепарин 5 тыс. ед. п\ живота через 8 ч 5. В свя
и тромбоасс 100 мг\сутки 7. Антогонисты кальция подбор дозы по уровню среднего давления в легочной артерии, с
циллин\клавулановая кислота 1000 мг\200 мг (порошок для приготовления суспензии) в\в стр. каждые 8 часов.

неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.

более 2 обязательных пунктов

ПРОСЫ

ой мокротой, повышение температуры до 38 °С, одышку при спокойной ходьбе, жажду, общую слабость. Курит с 12
лет ежегодно 1-2 раза госпитализируется в пульмонологическое отделение по поводу обострений. 5 лет назад появи
ь жажду. По профессии – строитель. Последние 5 лет не работает.

Объективно: Умеренный диффузный цианоз. Грудная клетка расширена в передне-заднем напра
еих сторон небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов.

ценной прозрачности, без очаговых и инфильтративных теней, легочный рисунок деформирован, корни расширенн

раво. Р заострен, высокой амплитуды в отведениях II. III. AVF. V1 – V3/ Амплитуда RV1 > 7ммм, RV1/SV1 > 1. Дер

(ОФВ1 45% должного), с выраженными симптомами (CAT 25 баллов, mMRC 3 балла), с частыми обострениями, с

ы степень тяжести или др. характеристисимки ХОБЛ, или не указана стадия легочного сердца. Не установлен диагно

е многих лет, частые обострения с развитием пневмий являются характерными клиническими проявлениями ХОБ
(эмфизематозная грудная клетка, коробочный оттенок перкуторного звука, ослабленное дыхание с сухими свистя
снижение ОФВ1 - подтверждают степень тяжести ХОБЛ). Наличие эмфиземы легких и признаков воспаления брон
ой, лихорадка, лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

очка свидетельствуют о развитии легочного сердца без клинических признаков декомпенсации.

ного обследования.

вания дано неверно.

сти бронхообструкции; определение $P_a O_2$ для уточнения стадии легочной недостаточности, поаторные исследования

основание для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

ного состояния

выбор не обоснован.

к и более нозологических единиц.

ышка при вдохе и выдохе, боли в нижних отделах грудной клетки справа. при клиническом осмотре - притупление
оно и с какой целью ?

рови. Для исключения пневмонии или другой патологии

неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.

более 2 обязательных пунктов

А ВОПРОСЫ

и изменения в легких на флюэрограмме, после чего обратился к терапевту. Жалобы на беспричинный подъем темпе
на коже околоушных раковин и крыльев носа – пурпурная пятнистопапулезная сыпь. Плотные красновато-синюшн
ние везикулярное. Тоны сердца отчетливые. Пульс ритмичный, 82 удара в минуту, удовлетворительного наполнени
- 3% , палочкоядерные нейтрофилы - 3%; сегментоядерные нейтрофилы - 76%; лимфоциты - 15%; моноциты - 8%; С
бронхопульмональных лимфатических узлов.

и плеврита или степень дыхательной недостаточности.

ктернна для рентгенологической картины саокоидоза легких I стадии. Диагноз подтверждается типичными для саркоидоза изменениями: хронической, двусторонней внутригрудной лимфаденопатии, полиартралгии и узловой эритемы описано как синдром

Р), ФВД, биопсия участка кожи с узловой эритемой.

основание для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

выбор не обоснован.

к и более нозологических единиц.

ным контролем каждые 3–6 мес и консультацией специалистов соответственно локализации поражения. В период

неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.

более 2 обязательных пунктов

А ВОПРОСЫ

кости, получает Спирива Респимат 5 мкг/сут, также у него несколько лет ИБС: атеросклеротический кардиосклероз
шель переходил в одышку. Пациент стал принимать амброксол+ атровент+беротек через небулайзер 2 раза в день
цебиение, головокружение вплоть до кратковременной потери сознания. Вызвал врача, был госпитализирован с об
цианоз. Пульс 120 в минуту, аритмичный, дефицит пульса 10 уд. в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. I тон на верхушке
голосовое дрожание не изменено. Аускультативно дыхание жесткое с удлиненным выдохом, единичные сухие жуж

йте.

егкого.

инфаркта легкого, кашель, кровохарканье.

положенного Вами диагноза.

в III отведении (синдром Мак-Джина-Уайта или синдром SI-QIII);

в отведениях V1-4 (в отличие от инфаркта миокарда для ТЭЛА не характерны реципрокные изменения);

изменений на ЭКГ.

изменений на ЭКГ.

изменений на ЭКГ.

сцинтиграфия легких, ЭХОКГ, КТ легких в сосудистом режиме, ангиопульмонография (является «золотым стандартом» в диагностике ТЭЛА).

дов дополнительного обследования из списка.

й выбор.

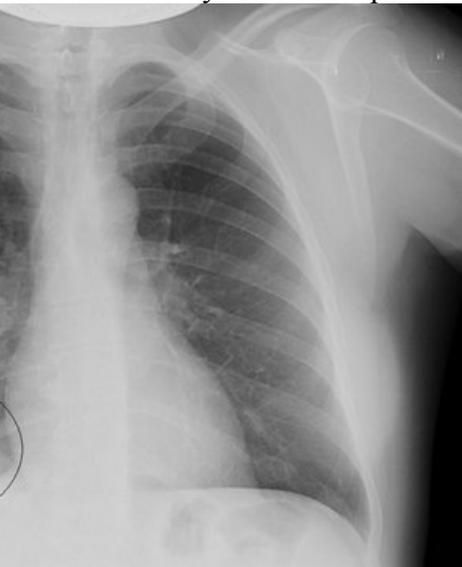
освет магистральных легочных артерий, приводит к предотвращению быстро прогрессирующего развития правожелудочковой эмболии. Катетерная эмболизация является методом лечения больных с массивной ТЭЛА при неэффективности тромболитической терапии.

нии, когда боль в грудной клетке связана с дыханием, кашлем, положением тела; нейролептаналгезия (дропередол).

т 1 мл+беротек 2 мл через небулайзер в течение 5-10 мин. При неудовлетворенном эффекте через 20 мин ингаляции. Катетерная эмболизация повышает чувствительность дыхательного центра к стимуляции.

е.

кашель с зеленой мокротой, смешанную одышку при движении, повышение температуры до 38,2 °С, общую слабость, субфебрилитет, сухой кашель. Принимал амброксол. Около 4 дней температура внезапно стала выше 38°С, при этом состояние средней тяжести. Положение активное. Бледность кожных покровов. Небольшое отставание правой грудной области выслушивается крепитация. ЧДД 22 в минуту. SpO₂ 91%. Тоны сердца приглушенные, ритмичные с ЧСС



ни тяжести. ДН 1 ст.

о.

онным синдромом, продуктивным кашлем, одышкой.

актерная клиника, физикальные данные (притупление перкуторного звука, ослабление дыхания, крепитация и/или
й в ОАК.

ного обследования.

ования дано неверно.

к антибиотикам, исследование мокроты на МБТ, в т.ч. методом ПЦР, рентгенография-томография органов грудной к

обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

о диагностику данного состояния

выбор не обоснован.

х и более нозологических единиц.

оявилась тяжесть в грудной клетке справа. При осмотре: Состояние средней тяжести. Правая половина грудной кл
ава – патологическое бронхиальное. Сохраняется крепитация в нижней доле слева. ЧДД 26 в минуту. SpO₂ 88%. ЧС

ральная пункция. Для подтверждения появления правостороннего экссудативного плеврита

неверно или необходимые мероприятия указаны не полностью.

г более 2 обязательных пунктов

ВОПРОСЫ

и мокротой, умеренное кровохарканье, смешанную одышку при движении, повышение температуры до 38,2 °С, боли в груди. Заразился от 7-летней дочери, которой выставлен диагноз «ОРВИ». С первого дня лихорадка до 39,5°С, резкая слабость при ходьбе, боль в грудной клетке слева, усилилась слабость.

Профузный пот. Небольшое отставание левой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии небольшое притупление с обеих сторон. ЧДД 24 в минуту. SpO₂ 93%. Тоны сердца ясные, ритмичные с ЧСС 100 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Фокусная инфильтрация легочной ткани в С₉ слева.

гемония средней степени тяжести. ДН 1 ст.

связанным интоксикационным синдромом, продуктивным кашлем, кровохарканьем, одышкой, болью в грудной клетке. В анамнезе (заразился от дочери) клиника (пиретическая лихорадка с ознобом, жаром, головной болью, с последующим ухудшением состояния). Рентгенограммы (наличие «свежих» негетерогенных инфильтративных изменений на рентенограмме органов грудной клетки), изменения в анализах.

дальнейшего обследования.

лечения дано неверно.

определение чувствительности к антибиотикам, исследование мокроты на МБТ, в т.ч. методом ПЦР, рентгенография органов грудной клетки.

что основные группы названы.

групп препаратов.

й пневмонии (ВП). Как они назначаются

емя являются пневмококковые и гриппозные вакцины.

том числе пневмококковой ВП с бактериемией у взрослых используется 23-валентная неконъюгированная вакцина,

и быть первоначально вакцинированы однократно конъюгированной, а затем (не ранее чем через 8 недель) полисахаридной конъюгированную вакцину, рекомендуется ревакцинация полисахаридной пневмококковой вакциной каждые 5 лет

проведения вакцинации октябрь-первая половина ноября.

осложненного течения гриппа

ия средств вторичной профилактики ВП

А ВОПРОСЫ

ие последнего месяца приступы удушья, которые сопровождаются слышимыми на расстоянии хрипами, кашлем с выделением мокроты, усиливающимся в ночное время, возникают с переходом на новую работу в архив, которая связана с контактом с пыльными документами. В течение последнего года перенесены приступы бронхиальной астмы в течение 7 лет, аллергия на цитрусовые, шоколад в виде крапивницы, лечилась антигистаминными препаратами. Умственная деятельность сохранена, кожные высыпаний нет. Носовое дыхание затруднено. Периферические отёки отсутствуют. Грудная клетка при перкуссии ясная, везикулярное дыхание. Частота дыхания 18 в минуту. SpO₂ – 98%. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 80 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Желудочная кислотность 1,8×10⁹/л, сегментоядерные нейтрофилы - 69%, эозинофилы - 8%, лимфоциты - 21%, моноциты - 2%, СОЭ - 7 мм/ч. Аллергопробы отрицательны.

ется. Сердце, аорта без особенностей.

% от должного (1,8 л), ФЖЕЛ – 75% от должного (2,8 л). Через 15 минут после ингаляции 400 мкг Сальбутамола: О

, неконтролируемая, впервые выявленная, в фазе обострения. ДНО. Аллергический ринит.

яется на основании количества дневных приступов (в данном случае ежедневно), ночных симптомов (чаще 1 раза в неделю).

льной астмы, степень тяжести, уровень контроля, наличие обострения; сопутствующее заболевание) или

чных симптомов, или не учтены данные ФВД

и проводится для оценки обратимости бронхиальной обструкции. Бронходилатационный тест считается положительным, если прирост ОФВ₁ ≥ 12% от исходного значения.

оценка результатов пробы у больной дана неверно (неправильно рассчитан прирост ОФВ₁) или критерии положительности не соблюдены.

крови, аллерген-специфических IgE, прик-тесты в фазе ремиссии), определение FeNO, мониторинг ПСВ; контроль за дополнительными методами обследования из списка.

ва дополнительных метода обследования из списка.

и вакцинация. Медикаментозное лечение должно соответствовать 3 ступени. Для контроля бронхиальной астмы: низкие дозы ингаляционных кортикостероидов и быстрого купирования симптомов используются ингаляционные бронходилататоры короткого действия: Сальбутамол, Формотерол, Сальметерол.

рической иммунотерапии.

меры профилактики?

сальный кандидоз, дисфония, кашель из-за раздражения верхних дыхательных путей. Профилактика: применение ингаляционных кортикостероидов, контроль функции надпочечников, снижение минеральной плотности костной ткани, повышение риска переломов, повышение риска сердечно-сосудистых заболеваний.

профилактики).

названы).

ВОПРОСЫ

больной на резкую одышку смешанного типа вплоть до удушья, чувство нехватки воздуха, сильный кашель с трудноотделываемой мокротой, ощущение стеснения в груди в течение 4 лет. Многократно лечилась в стационаре по поводу обострений бронхиальной астмы: ингаляционные кортикостероиды, таблетки Теофиллина. При ухудшении самостоятельно вводит дексаметазон 4-8 мг внутримышечно. Аллергический анамнез отрицательный. В последние годы приступы удушья стали повторяться по 5-6 раз в день. В течение последних суток одышка не исчезает. Ингаляционные препараты не помогают. Положение вынужденное, с фиксированным плечевым поясом. Кожные покровы влажные, небольшой цианоз. Частота дыхания 24 в минуту. Ритм дыхания нормальный. Голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон. Перкуторный звук коробочный. Границы легких опущены. Дыхательная экскурсия снижена. Ритмичный. Артериальное давление (АД) – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

те течение, в фазе тяжелого обострения. Астматический статус 1 ст.

определен астматический статус, но не указан 1 или 2 компонента диагноза (фенотип бронхиальной астмы, степень тяжести).

«контролируемое течение» выставляется на основании жалоб на частые ежедневные приступы удушья, сильный приступ в стационаре, при этом отсутствие аллергологического анамнеза).

Случившийся приступ БА, не купирующийся бронхолитиками, вынужденное положение, участие вспомогательной мускулатуры.

отсутствием базисной терапии.

кислорода – 4 л/мин (возможно использование гелий-кислородной смеси). Ингаляционные бронхолитики – Сальбутамол 2 мг через небулайзер 4 раза в день. Затем ингаляции каждые 4 – 5 ч. Пульмикорт суспензия 2 мг через небулайзер 4 раза в день. Внутривенные кортикостероиды (дексаметазон, преднизолон, плазмозамещающие растворы). Аминофиллин внутривенно медленно. Магния сульфат 2 г внутривенно в течение 2-3 ст. астматического статуса).

ратов.

го препарата указана не верно.

следует назначить больной?

препарата из основной группы базисной терапии – ингаляционные ГКС (фиксированные комбинации ингаляционных ГКС + бронхолитики длительного действия (β₂-агонисты), лучше фиксированные препараты длительного действия Тиотропия бромид (Спирива Респимат) 2,5 мкг – 2 вдоха 1 раз в сутки утром. Короткодействующие β₂-агонисты. Пересмотр базисной терапии с учётом принципа ступенчатой терапии и состояния больного.

выбрана верно.

выбранной терапии или обоснованы неверно.

ВОПРОСЫ

жалобами на кашель с небольшим количеством трудно отделяемой слизисто-гнойной мокроты, одышку при ходьбе и в покое – в течение полугода. В течение последних 2 лет отмечает частые простудные заболевания, преимущественно в осенне-зимний период. Работает прорабом на стройке. Курит 40 лет по 1 пачке в день.

по совету для оценки тяжести одышки (mMRS) – 3 балла. По оценочному тесту CAT – 20 баллов.

набухание шейных вен на выдохе. Грудная клетка бочкообразной формы. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. SpO₂ – 89%. Тоны сердца на верхушке приглушены, на лёгочной артерии – акцент 2 тона, ритм правильный, ЧСС 100/мин.

Гематология: эритроциты - 3,5 × 10¹²/л, нейтрофилы - 70%, эозинофилы - 1%, моноциты – 2%, лимфоциты - 27%, СОЭ - 5 мм/ч.

Рентгенография: лёгочный рисунок усилен, деформирован, сосудистый рисунок усилен в центре и обеднён на периферии, корни лёгочных артерий расширены.

Функциональные пробы: ДЖЕЛ – 62% от должного, ОФВ₁ – 38% от должного; модифицированный индекс Тиффно – 65%.

Степень тяжести: умеренная (FEV₁ 38% от должного), с выраженными симптомами (mMRC 3 балла, САТ 20 баллов), с частыми обострениями, смешанная форма ОФВ₁. У больного ОФВ₁ 30 - 49% от должного, что соответствует III (тяжелой) степени тяжести.

жести.

Исследования: клиническое, цитологическое и микробиологическое исследование мокроты.

Дифференциальная диагностика: бронхиальная астма, хронический бронхит, облитерирующий бронхолит, инфекции нижних дыхательных путей.

Выбор не обоснован.

и более нозологических единиц.

Вакцинация: пневмококковая вакцинация. Легочная реабилитация, включая дозированные физические нагрузки (ходьба ежедневно).

Вопросы: Показана ли больному комбинация ингаляционных ГКС и ДДБА?

Лечение: бронходилататоры. С учетом выраженных симптомов (mMRC 3 балла, САТ 20 баллов) следует назначить двойную терапию (ингаляционные ГКС и ДДБА). По потребности (при одышке и кашле) назначаются короткодействующие бронхолитики (Сальбутамол, Беродуал). Аллергическая этиология с бронхиальной астмой, нет эозинофилии крови).

Лечение неадекватно, неверно, или необходимые мероприятия указаны не полностью.

ВОПРОСЫ

трудненным вдохом, сильный сухой приступообразный кашель, общую слабость, похудание. Считает себя больной в последние несколько месяцев. Самочувствие постепенно ухудшалось. Одышка стала беспокоить при ходьбе на расстояние до 1 км.

Температура тела 37,1⁰С. Кожные покровы чистые, отмечается цианоз губ и акроцианоз. При осмотре кистей рук периферический пульс слабый. Перкуторный звук с коробочным оттенком в среднеключичных областях грудной клетки. При аускультации усиленное везикулярное дыхание в среднеключичных областях слева. ЧСС 92 в мин. АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется край печени на 2 см ниже реберной дуги. Гемоглобин 100 г/л, эритроциты 3,5¹⁰/л, палочкоядерные 1%, сегментоядерные 70%, лимфоциты 28%, моноциты 1%, СОЭ 14 мм/ч. Рентгенологическое исследование легких с нечеткими контурами.

прогрессирования. ДН 2 ст.

аускультации диагноза?

выявление паттерна «обычной интерстициальной пневмонии»). Функциональная диагностика для оценки вентиляции легких (спирометрия, спирометрия с бронхопневмометрией) и функциональная диагностика (хирургическая биопсия легких) не является обязательной. Биопсия легких не следует проводить при наличии противопоказаний.

недостаточность, экзогенный аллергический альвеолит.

одно или два заболевания.

лечения?

1. Колхицин (уменьшение пролиферации фибробластов и синтеза коллагена); 2. Нинтеданиб (ингибитор тирозинкиназ).

антифибротических.

лечения при лечении данного заболевания?

трансплантация легких. Терапия ГЭРБ (блокаторы протонной помпы). Терапия легочной гипертензии.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам дисциплины.

5.1.1 Вопросы к экзамену по дисциплине «Пульмонология»:

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Принципы и формы организации пульмонологической помощи. Правительственные документы, регламентирующие организацию пульмонологической службы. Принципы и формы организации пульмонологической помощи. Этапность и преемственность. 2. Основы врачебно-трудовой экспертизы Общие принципы экспертизы трудоспособности. Экспертные классификации. 3. Клиническая анатомия органов дыхания и средостения. Сегментарное строение легких. Международная номенклатура легочных сегментов. 4. Клинические методы обследования больных с заболеваниями легких. Диагностическое значение анамнеза, физикального обследования при заболеваниях органов дыхания. 5. Инструментальные методы исследования. Рентгенологические, эндоскопические, функциональные методы, их возможности 6. Лабораторные методы обследования. Микробиологические, цитологические, биохимические, гормональные, иммунологические, генетические, гистологические методы обследования, применяемые для диагностики заболеваний органов дыхания, оценки течения патологического процесса. Возможности методов. Различные виды биопсий (лимфатических узлов, слизистой бронхов, легочной ткани, плевры). 7. Основы фармакотерапии в клинике внутренних болезней Фармакодинамика и фармакокинетика основных групп лекарственных средств, применяемых в пульмонологии 8. Хирургические методы лечения, применяемые в пульмонологии 9. Физические методы лечения, применяемых в пульмонологии. Реабилитация и профилактика 10. Дифференциальная диагностика дыхательной недостаточности (одышки). 11. Дифференциальная диагностика при бронхообструкции и удушье 12. Дифференциальная диагностика при кашлевом синдроме. 13. Дифференциальная диагностика при кровохарканье 14. Дифференциальная диагностика при боли в грудной клетке. 15. Дифференциальная диагностика при лихорадке неясного генеза. 16. Острая дыхательная недостаточность, декомпенсация хронической дыхательной недостаточности, приступ апноэ. Клинические особенности. Диагностика, интенсивная терапия. 	<p>УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8..</p>

17. Дыхательная недостаточность. Патофизиология, диагностика, принципы терапии.
18. Обструктивный синдром (приступ удушья при бронхиальной астме, астматический статус) Клинические особенности. Диагностика, интенсивная терапия.
19. Синдром внутригрудного напряжения (пневмоторакс, плевральный выпот, пиопневмоторакс). Клинические особенности. Диагностика, интенсивная терапия.
20. Острый респираторный дистресс синдром, отек легких кардиогенный и некардиогенный Клинические особенности. Диагностика, интенсивная терапия.
21. Легочное кровотечение. Аспирационный синдром. Клинические особенности. Диагностика, интенсивная терапия.
22. Пневмонии. Определение, классификация, этиология. Патогенетические механизмы. Клинические варианты в зависимости этиологического фактора. Осложнения. Принципы антибиотикотерапии. Особенности у детей. Поражение легочной ткани при COVID-19.
23. Нагноительные заболевания легких (абсцесс и др.) Определение, классификация, современные взгляды на этиологию и патогенез. Клиника и диагностические критерии. Дифференциальная диагностика.
24. Бронхоэктазы. Определение, классификация, современные взгляды на этиологию и патогенез. Клиника и диагностические критерии. Дифференциальная диагностика. Особенности у детей
25. Грибковые заболевания легких. Этиология (основные виды возбудителей). Классификация, клинические варианты заболевания. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика.
26. Респираторные вирусные инфекции. Этиология. Классификация, клинические варианты заболевания. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Этиология. Классификация, клинические варианты заболевания. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика.
27. Острые бронхиты. Бронхиолиты. Определение, современные представления об этиологии и патогенезе. Клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика.
28. Вакцинопрофилактика при заболеваниях органов дыхания
29. Аномалии и пороки развития легких. Генетически детерминированные заболевания.
30. Муковисцидоз.
31. Эмфизема легких
32. Хронические бронхиты. Классификация. Современные представления об этиологии и патогенезе. Клинические варианты течения. Диагностика и дифференциальная диагностика
33. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные представления об этиологии и патогенезе. Клинические

варианты течения, осложнения. GOLD. Глобальная стратегия, диагностика, лечение и профилактика хронической обструктивной болезни легких. Хроническая обструктивная болезнь легких с позиции доказательной медицины

34. Бронхиальная астма. Определение, классификация. Патогенетические варианты, клиническая картина. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. GINA. Современные представления о лечении. Доказательная медицина: лечение бронхиальной астмы.
35. Интерстициальные заболевания легких. Идиопатический легочный фиброз. Прогрессирующий легочный фиброз. Современные представления об этиологии, патогенезе, классификации. Критерии диагноза. Критерии прогрессирования. Дифференциальная диагностика.
36. Саркоидоз легких. Определение, эпидемиология, классификация, современные представления об этиологии и патогенезе. Клинические формы заболевания. Диагностика и дифференциальная диагностика.
37. Легочные васкулиты. Классификация, клинические варианты. Диагностика, дифференциальная диагностика.
38. Первичная легочная гипертензия. Определение, эпидемиология. Современные представления об этиологии и патогенезе. Клинические особенности. Диагностика, дифференциальная диагностика.
39. Легочное сердце. Определение, классификация. Современные представления об этиологии и патогенезе. Клиническая картина, осложнения.
40. Тромбоэмболия легочной артерии. Эпидемиология. Представление об этиологии и патогенезе. Клинические варианты течения. Диагностика, дифференциальная диагностика.
41. Профессиональные заболевания органов дыхания. Пневмокониозы. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
42. Экзогенные альвеолиты (токсические и аллергические). Эпидемиология, классификация. Этиология, патогенез. Клинические варианты течения, диагностика, дифференциальная диагностика.
43. Плевральный выпот. Классификация. Эпидемиология. Клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
44. Особенности заболеваний органов дыхания при сопутствующей патологии эндокринной системы (сахарный диабет, тиреотоксикоз).
45. Особенности заболеваний органов дыхания при сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки,

<p>панкреатит, колит, гастроэзофагальный рефлюкс).</p> <p>46. Особенности заболеваний органов дыхания при сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы (ИБС, артериальная гипертензия и др.)</p> <p>47. Особенности заболеваний органов дыхания у пожилых лиц.</p> <p>48. Заболевания органов дыхания и беременность. Особенности лечения беременных и кормящих матерей.</p> <p>49. Поражения легких при системных заболеваниях соединительной ткани.</p> <p>50. Особенности заболеваний легких у детей (пневмонии, бронхоэктазы, бронхиальная астма).</p> <p>51. Лимфангиолейомиоматоз. Гистиоцитоз X легких. Определение, эпидемиология, современные представления об этиологии и патогенезе. Клинические формы заболевания. Диагностика и дифференциальная диагностика.</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена:

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными недочетами, выполнены все задания в полном объеме

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции и в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)
Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Макарова Екатерина Вадимовна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гериатрии им. К.Г. Никулина;

Любавина Наталья Александровна, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и гериатрии им. К.Г. Никулина.

Дата «30» января 2023 г.