



Пульмонология

Высшее образование

DOCX · PDF

Задач: 2

Вопросов: 24

Сформировано: 25.07.2026, 05:35 МСК · База обновлена: 22.07.2026, 13:45 МСК

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПЕРЕД НАЧАЛОМ

1

Материалы предназначены для одного покупателя

Используйте файлы только для личной подготовки. Не передавайте их третьим лицам, не публикуйте, не размещайте в открытом доступе и не перепродавайте полностью или частично.

2

Источник материалов — ФМЗА

Вопросы и ситуационные задачи получены только из опубликованных материалов Методического центра аккредитации специалистов.

[Официальный сайт fmza.ru](https://fmza.ru) >

3

Ответы можно проверить самостоятельно

Используйте комплект при прохождении репетиционного экзамена и убедитесь, что выбранные ответы совпадают с результатом официальной системы.

[Открыть репетиционный экзамен](#) >

4

Состав материалов может обновляться

ФМЗА может изменять формулировки, порядок и состав заданий. Перед подготовкой используйте актуальную версию комплекта и сверяйтесь с официальным источником.

Важно: MedikCase систематизирует материалы ФМЗА для самостоятельной подготовки, не изменяя смысл вопросов и ответов. Актуальность комплекта можно проверить в официальном репетиционном экзамене.

Сайт, обновления и поддержка

- medikcase.ru
- Telegram: [@medikcase](https://t.me/medikcase)
- support@medikcase.ru



Сайт



Telegram

Содержание

Ситуационная задача 0001

Ситуационная задача 0002

Ситуационная задача 0001

Образование: Высшее образование | Специальность: Пульмонология

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Мужчина, 60 лет, был госпитализирован с обострением хронического бронхита и с ухудшением ИБС, переходом фибрилляции предсердий постоянной формы из нормосистолии в тахисистолию.

1.2. Жалобы

Приступообразный кашель с мокротой светлого цвета, с эпизодами кровохарканья, кашель периодически переходил в одышку, общая слабость, сердцебиение.

1.3. Анамнез заболевания

Заболел остро, вечером после работы (была повышенная физическая нагрузка, менял колеса у машины) возник приступ кашля с мокротой светлого цвета, был эпизод кровохарканья, иногда кашель переходил в одышку, появилась общая слабость, сердцебиение. Пациент стал принимать лазолван и лечиться народными средствами (мед, молоко). Самочувствие в течение двух недель не улучшилось, кашель сохранялся, было несколько повторных эпизодов кровохарканья, эпизодически чувствовал сердцебиение. После очередного эпизода кровохарканья обратился к участковому врачу, был госпитализирован.

1.4. Анамнез жизни

- * хронические заболевания: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, фибрилляция предсердий постоянная форма, (постоянно принимает эгилок), хронический бронхит (постоянной терапии нет)
- * курит (15 пачек/лет), алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имеет, работает водителем такси.
- * аллергических реакций не было
- * отец страдал ГБ, умер от ОНМК; мать страдает ИБС: стенокардией

1.5. Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, небольшой диффузный цианоз. Температура тела 37,7°C. Пульс 120 в минуту, аритмичный, дефицит пульса 10 ударов в минуту. АД 100/60 мм.рт.ст. I тон на верхушке не изменен, акцента II тона над легочной артерией. ЧД 26 в минуту. Грудная клетка обычной формы. Перкуторно ясный легочный звук, притупление в аксиллярной области слева. Там же усиление голосового дрожания. Аускультативно дыхание жесткое, ослабленное в аксиллярной области слева, там же единичные влажные мелкопузырчатые хрипы, также выслушиваются сухие жужжащие рассеянные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет.

1. План обследования

Вопрос 1.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение уровня

1. МНО
2. фибриногена
3. D-димера
4. АЧТВ

Правильный ответ: 3 — D-димера

Уровень D-димера повышается почти у всех пациентов с ТЭЛА... Низкое значение D-димера с высокой степенью вероятности (85-97%) исключает ТЭЛА... Таким образом, определение D-димера служит скрининговым методом для исключения диагноза ТЭЛА...

Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. Г. Чучалина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-5323-0

(1)

Вопрос 2.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

1. рентгенографию придаточных пазух носа
- 2 компьютерную спиральную томографию с контрастированием легочных артерий (ангио КТ)
- 3 вентилиционно-перфузионную сцинтиграфию легких (В/П- сцинтиграфию легких)
4. фибробронхоскопию
5. фиброгастродуоденоскопию
6. УЗИ брюшной полости

Правильные ответы: 2 — компьютерную спиральную томографию с контрастированием легочных артерий (ангио КТ); 3 — вентилиционно-перфузионную сцинтиграфию легких (В/П- сцинтиграфию легких)

МСКТ с контрастированием легочных артерий является одним из ключевых методов лучевой диагностики ТЭЛА (А, 1+). Метод позволяет достоверно оценить тяжесть гемодинамических расстройств, определить характер и объем эмболического поражения, который оценивается в баллах по Миллеру (тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии — 16 баллов и менее, крупных ветвей — 17 баллов и более; при индексе Миллера, равном или превышающем 27 баллов, — безотлагательное устранение обструкции легочных артерий). При отсутствии характерных изменений при МСКТ ТЭЛА может быть полностью исключена.

Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред. С. Ф. Багненко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-6594-3.

(1)

Для ТЭЛА характерны треугольная форма перфузионного дефекта и соответствие его анатомическим структурам - сегментам или долям легкого; нередко встречаются множественные или двусторонние дефекты (рис. 19-3). Следует подчеркнуть, что высокой диагностической ценностью обладает наличие дефектов перфузии при отсутствии нарушений вентилиации, поэтому желательно выполнять вентилиционно-перфузионную сцинтиграфию.

Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. Г. Чучалина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-5323-0

(1)

2. Диагноз

Вопрос 3.

Учитывая данные анамнеза, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз

1. Инфильтративный туберкулез в верхней доле левого легкого
2. Рак в верхней доле левого легкого
3. Внебольничная пневмония в верхней доле левого легкого

4 ТЭЛА с инфаркт пневмонией в верхней доле левого легкого

Правильный ответ: 4 — ТЭЛА с инфаркт пневмонией в верхней доле левого легкого

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) (легочная тромбоэмболия, легочная эмболия) — окклюзия просвета основного ствола или ветвей легочной артерии эмболом (тромбом), приводящая к резкому уменьшению кровотока в легких.

Источники ТЭЛА: глубокие вены нижних конечностей, таза, почечные и нижняя полая вены (90%); крайне редко — правые отделы сердца и магистральные вены верхних конечностей.

Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред. С. Ф. Багненко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-6594-3.

(1)

У больного множественные ФР развития ТЭЛА: возраст >65 лет, кровохарканье, тахикардия.

Модифицированный индекс Geneva для оценки вероятности ТЭЛА по клиническим данным:

Имеется повышение уровня d-димера, типичное для ТЭЛА.

(2)

Характерные изменения на КТ ОГК с контрастом (треугольные дефекты перфузии)

Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. Г. Чучалина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-5323-0

(1)

и вентилиционно-перфузионной сцинтиграфии (односторонний треугольный дефект перфузии)

(2)

На основании указанных данных может быть установлен диагноз ТЭЛА.

Вопрос 4.

Необходимым инструментальным методом исследования для поиска источника тромбоэмбола и уточнения диагноза является

1. ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов шеи
2. ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей
3. позитронно-эмиссионная компьютерная томография
4. ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Правильный ответ: 2 — ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей

К диагностически ценным методам ультразвуковой диагностики относится также ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей, позволяющее визуализировать тромботические массы в просвете крупных венозных коллекторов

Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред. С. Ф. Багненко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-6594-3.

(1)

3. Лечение

Вопрос 5.

При подозрении на ТЭЛА необходимо назначить

1. эуфиллин
2. гепарин
3. клопидогрел
4. аспирин

Правильный ответ: 2 — гепарин

Гепарин служит стандартом для лечения гемодинамически стабильной ТЭЛА. Начинать терапию необходимо с болюсного введения гепарина в дозе 80 ЕД/кг, переходя затем к постоянной внутривенной инфузии в дозе 18 ЕД/ (кг×ч)

Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. Г. Чучалина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-5323-0

(1)

Вопрос 6.

Для контроля адекватности антикоагулянтной терапии при назначении нефракционного гепарина (НФГ) следует использовать показатель

1. АЧТВ
2. ПТИ
3. МНО
4. ТВ

Правильный ответ: 1 — АЧТВ

Гепарин служит стандартом для лечения гемодинамически стабильной ТЭЛА. Начинать терапию необходимо с болюсного введения гепарина в дозе 80 ЕД/кг, переходя затем к постоянной внутривенной инфузии в дозе 18 ЕД/ (кг×ч), титруя дозу таким образом, чтобы АЧТВ удлинилось до 60-80 с.

Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. Г. Чучалина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-5323-0

(1)

Вопрос 7.

При выборе препарата для антикоагулянтной терапии лечения ТЭЛА в большинстве случаев предпочтение отдают

1. аспирину
2. викасолу
3. низкомолекулярному гепарину
4. нефракционному гепарину

Правильный ответ: 3 — низкомолекулярному гепарину

Гепарин служит стандартом для лечения гемодинамически стабильной ТЭЛА. Начинать терапию необходимо с болюсного введения гепарина в дозе 80 ЕД/кг, переходя затем к постоянной внутривенной инфузии в дозе 18 ЕД/ (кг×ч)

Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. Г. Чучалина. - М. :

(1)

Нефракционированный гепарин натрия предпочтительнее других антикоагулянтов в случаях сниженных функций почек (клиренс креатинина <30 мл/мин), повышенного риска кровотечений, для пациентов высокого риска с гипотензией, пациентов с избыточной или недостаточной массой тела и пожилых. В остальных случаях можно начинать антикоагулянтную терапию с подкожного введения эноксапарина натрия в дозе 1 мг/кг массы тела или фондапаринукса натрия в дозе 5 мг при массе тела менее 50 кг, 7,5 мг — при массе тела 50–100 кг и 10 мг — при массе тела выше 100 кг (А, 1++). АЧТВ следует поддерживать в пределах 1,5–2,5 верхней границы нормы (ВГН).

Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред. С. Ф. Багненко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-6594-3.

(1)

Вопрос 8.

В последующем для длительного лечения ТЭЛА следует выбрать следующий режим антикоагуляции

1. пероральный прием ангиопротектора и корректора микроциркуляции (трентала)
2. парентеральное введение поддерживающих доз антикоагулянтов (клескана и т.д.)
3. пероральный прием лечебной дозы антикоагулянта (варфарин, прадакса, ксарелто, эликвис)
4. пероральный прием адекватной дозы антиагреганта (аспирин, клопидогрел)

Правильный ответ: 3 — пероральный прием лечебной дозы антикоагулянта (варфарин, прадакса, ксарелто, эликвис)

После установления точного диагноза ТЭЛА и начала терапии парентеральными антикоагулянтами у пациентов с гемодинамически стабильной немассивной ТЭЛА можно сразу же начинать терапию пероральными антикоагулянтами

Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. Г. Чучалина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-5323-0

(1)

Вопрос 9.

При переходе на длительный прием антагониста витамина К (варфарин) необходимо осуществлять контроль уровня

1. МНО
2. ПТИ
3. АЧТВ
4. ТВ

Правильный ответ: 1 — МНО

Для контроля терапии пероральными антикоагулянтами следует пользоваться именно МНО,

Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. Г. Чучалина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-5323-0

(1)

Вопрос 10.

К препаратам выбора при антибактериальной терапии у пациента с инфаркт пневмонией относятся

1. пенициллины
2. макролиды
3. цефалоспорины
4. тетрациклин

Правильный ответ: 3 — цефалоспорины

Антибактериальные препараты имеют особое значение при инфаркте легкого. Предпочтительна группа цефалоспоринов.

Актуальные вопросы кардиологии / под ред. Якушина С. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-5218-9.

(1)

4. Вариатив

Вопрос 11.

Наилучшие результаты тромболитической терапии достигаются при начале ее проведении до + ____ + дней/ дня от момента эмболизации

1. 12
2. 2
3. 7
4. 14

Правильный ответ: 2 — 2

Тромболизис - признанный метод лечения массивной ТЭЛА. У гемодинамически нестабильных больных его следует начинать в более ранние сроки, даже на фоне проведения реанимационных мероприятий

Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. Г. Чучалина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-5323-0

(1)

Чем раньше начата тромболитическая терапия, тем лучше ее результаты. Наилучшие результаты достигаются при длительности заболевания до 48 ч от момента эмболизации.

РОССИЙСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ (ВТЭО), 2015 (1)

Вопрос 12.

Абсолютным противопоказанием к проведению тромболитической терапии является

1. артериальная гипертензия
2. острый инфекционный процесс
3. язвенная болезнь
4. геморрагический инсульт в анамнезе

Правильный ответ: 4 — геморрагический инсульт в анамнезе

Противопоказания к тромболитической терапии. Абсолютные:

- * геморрагический инсульт или инсульт неизвестной этиологии в анамнезе;
- * ишемический инсульт в предшествующие 6 мес;
- * повреждение или новообразование центральной нервной системы;
- * крупная травма или повреждение головы в предшествующие 3 нед;
- * операция в предшествующие 10—14 дней;
- * желудочно-кишечное кровотечение в предшествующий месяц;
- * известный риск кровотечения

Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред. С. Ф. Багненко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-6594-3.

(1)

Модифицированный индекс Geneva	Количество баллов
Возраст > 85 лет	1
ТГВ или ТЭЛА в анамнезе	3
Кровохарканье	2
Злокачественное новообразование (активное или < 6 месяцев)	2
Операция под общим наркозом или перелом н/к < 1 месяц назад	2 (3)
Боль в ноге с одной стороны	3
Односторонний отек и болезненность при пальпации глуб. вен н/к	4
ЧСС 75-94 в мин	3
ЧСС > 95 в мин	5

Таблица5.png

Ситуационная задача 0002

Образование: Высшее образование | Специальность: Пульмонология

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Мужчина 48 лет, обратился в офис врача общей практики. Работает на заводе по производству цемента.

1.2. Жалобы

На периодический сухой кашель с отделением скудной слизистой мокроты, одышку экспираторного характера при подъеме выше 2 этажа, повышенную утомляемость.

1.3. Анамнез заболевания

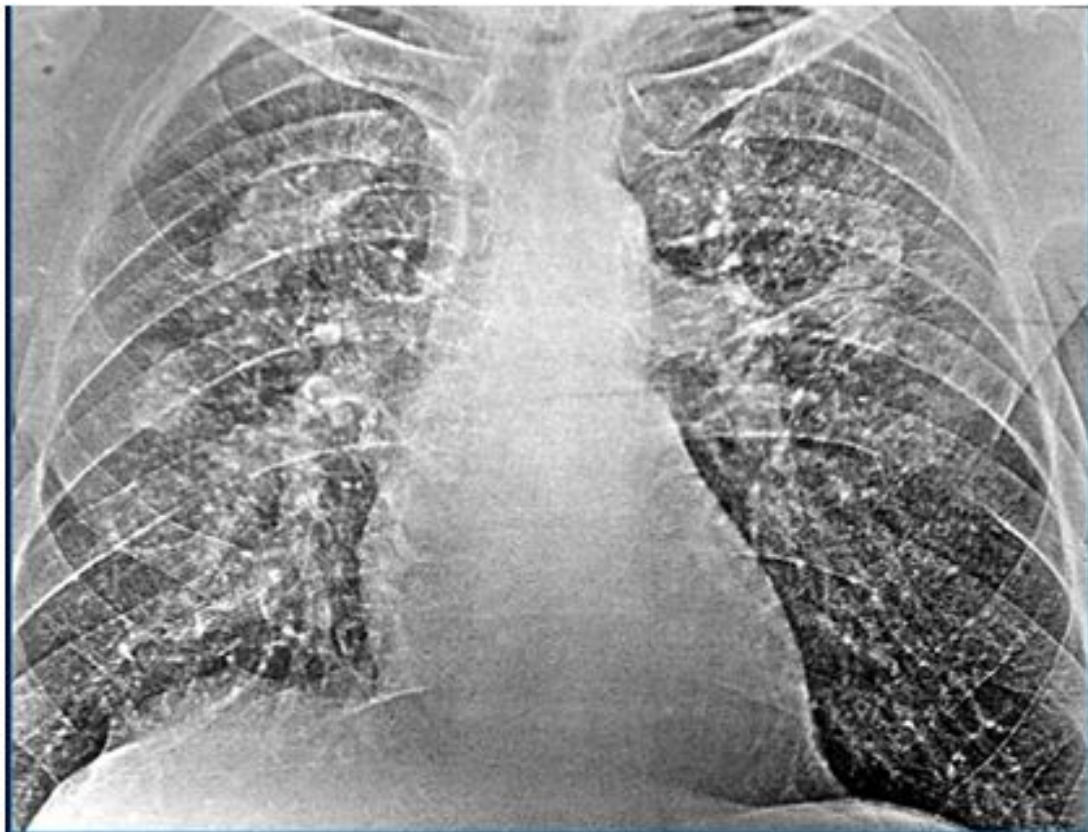
Работает на заводе по производству цемента на протяжении 15 лет. 5 лет назад отметил появление регулярного кашля, периодически с отделением скудной слизистой мокроты утром. Последний год - повышенная утомляемость, похудание. Последние 2 мес. кашель стал беспокоить чаще, появилась одышка при обычной физической нагрузке.

1.4. Анамнез жизни

- * Хронические и онкологические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * контакт с инфекционными больными отрицает;
- * наследственность не отягощена;
- * профессиональный анамнез: 15 лет работает на предприятии по производству цемента.

1.5. Объективный статус

Состояние удовлетворительное. ИМТ 25 кг/м². +
Кожные покровы обычной окраски, умеренно влажные. Слизистые розовые влажные.
Периферические лимфоузлы не пальпируются. +
При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. SpO₂ 94%. САТ - 18 баллов. mMRC - 2. +
Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 68 уд/мин. АД 120/80 мм рт. ст. +
Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы. +
В клиническом, биохимическом (АСТ, АЛТ, общ. билирубин, общ. холестерин, креатинин, глюкоза) анализах крови, общем анализе мочи отклонений от нормальных значений не выявлено. +
На рентгенограмме органов грудной полости определяются малые, округлые, низкой плотности затенения, расположенные преимущественно в латеральных отделах легких.



Объективный статус

1. План обследования

Вопрос 1.

Для уточнения природы изменений в легких необходимо выполнить

1. линейную рентген-томографию органов грудной клетки
2. компьютерную томографию органов грудной клетки с ангиографическим усилением
3. компьютерную томографию органов грудной клетки высокого разрешения
4. позитронно-эмиссионную томографию

Правильный ответ: 3 — компьютерную томографию органов грудной клетки высокого разрешения

КТВР для целей диагностики изменений в легких более чувствительна по сравнению с обзорной рентгенографией ОГК.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г. (1)

Вопрос 2.

Для оценки функциональной способности легких необходимо выполнить

1. эхокардиографию (Эхо-КГ)
2. определение содержания NO в выдыхаемом воздухе
3. спирометрию с бронходилатационным тестом

4. ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости
5. стресс – спирометрию (пробу с физической нагрузкой)
- 6 бодиплетизмографию

Правильные ответы: 3 — спирометрию с бронходилатационным тестом; 6 — бодиплетизмографию

Рекомендуется больным пневмокониозом проведение исследования неспровоцированных дыхательных потоков и объемов (спирометрии) с пробой с бронхолитиком для определения нарушений вентиляционной функции легких и выявления коморбидных бронхообструктивных заболеваний.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г. (1)

Рекомендуется больным пневмокониозом определение диффузионной способности легких по монооксиду углерода методом одиночного вдоха для определения нарушений газообменной функции легких. Легочный фиброз приводит к утолщению альвеоларно-капиллярной мембраны, что нарушает диффузионную способность легких. Снижается DLco в среднем на 0,38 ммоль/мин*кПА, DLco с поправкой на альвеоларный объем – на 0,05 ммоль/мин*кПА (на примере асбестоза). Рекомендуется больным пневмокониозом проведение бодиплетизмографии для определения легочных объемов, выявления коморбидной патологии пневмокониоз и ХОБЛ.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г. (1)

Вопрос 3.

Для морфологической верификации диагноза показано проведение

- 1 чрезбронхиальной биопсии легкого с гистологическим исследованием биоптата
2. позитронно-эмиссионной томографии с компьютерной томографией
3. хирургической биопсии легкого с видеоторакоскопическим ассистированием
4. бронхоальвеолярного лаважа с цитологическим исследованием жидкости

Правильный ответ: 1 — чрезбронхиальной биопсии легкого с гистологическим исследованием биоптата

Для исключения других гранулематозов (саркоидоз, бериллиоз), рака легкого рекомендовано проведение чрезбронхиальной биопсии

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г. (1)

2. Диагноз

Вопрос 4.

Данные анамнеза, результаты проведенного обследования пациента позволяют говорить о диагнозе

1. Силикоз, быстро прогрессирующее течение, интерстициальная форма, осложненный ХОБЛ I, стабильное течение. ДН 1 ст

2. Пневмокониоз (силикоз) 3 стадия. Профессиональная бронхиальная астма, тяжелое течение. Не контролируемая. ДН 1 ст
3. Силикоз, медленно прогрессирующее течение, узелковая форма, осложненный ХОБЛ 2 ст., смешанный фенотип (бронхитический, эмфизематозный), категория В. ДН 1 ст
4. Силикоз, медленно прогрессирующее течение, интерстициальная форма, осложненный хронической обструктивной болезнью легких I степени в фазе ремиссии, ДН 1 ст

Правильный ответ: 3 — Силикоз, медленно прогрессирующее течение, узелковая форма, осложненный ХОБЛ 2 ст., смешанный фенотип (бронхитический, эмфизематозный), категория В. ДН 1 ст

Медленно прогрессирующее течение – развитие заболевания после 10-20 и более лет стажа в контакте с низкими концентрациями пыли. Наблюдается в большинстве случаев. Хроническое течение возможно для пневмокониозов, вызванных всеми видами фиброгенной пыли. При хроническом течении возможно развитие, в свою очередь, двух вариантов течения: так называемого простого либо осложненного пневмокониоза. +

Форма малых рентгенологических изменений классифицируется в зависимости от преобладающего типа фиброза как округлая (узелковая) либо линейная (интерстициальная). Малые округлые затемнения (узелковая форма) носят мономорфный диффузный характер и отображаются на рентгенограмме в виде мелких, округлых, четко очерченных, однотипных теней с преимущественным расположением в средних, нижних зонах.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г. (1) (2)

Вопрос 5.

Достоверным критерием для постановки диагноза в данном клиническом случае является наличие

1. характерных изменений на рентгенограмме органов грудной полости (ОГП) и компьютерной томографии (КТ) ОГП
2. макрофагальных гранулем, выявленных при морфологическом исследовании биоптата легочной ткани
3. рестриктивных нарушений по данным бодиплетизмографии
4. обструктивных нарушений по данным спирометрии

Правильный ответ: 1 — характерных изменений на рентгенограмме органов грудной полости (ОГП) и компьютерной томографии (КТ) ОГП

Имидж-диагностика является основополагающим методом для установления диагноза пневмокониоз и контроля динамики заболевания.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г. (1)

Вопрос 6.

В данной клинической ситуации дифференциальный диагноз необходимо проводить с

1. эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
2. туберкулезом легкого
3. интерстициальным заболеванием легких (ИЗЛ): идиопатическом легочном фиброзе
4. бронхолитом, ассоциированным с интерстициальным заболеванием легких (ИЗЛ)

Правильный ответ: 2 — туберкулезом легкого

Синдром интоксикации и кашель являются симптомами туберкулеза, который является осложнением силикоза, и могут присутствовать у пациентов. Узелковые изменения легочной ткани также требуют проведения дифференциального диагноза с явлениями диссеминации при туберкулез легкого.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г. (1)

Вопрос 7.

При установлении диагноза пневмокониоза необходимо (-ма)

1. организация врачебного консилиума с участием фтизиатра, пульмонолога и торакального хирурга
2. проведение обследования в условиях центра профпатологии
3. проведение обследования в условиях пульмонологического отделения 3-го уровня
4. проведение обследования в условиях торакального хирургического отделения

Правильный ответ: 2 — проведение обследования в условиях центра профпатологии

Согласно приказу Минздрава России от 13 ноября 2012 г. № 911н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях» в случае выявления у больного признаков ранее не установленного хронического профессионального заболевания (пневмокониоз), врач-специалист, выявивший указанные признаки, в течение суток с момента их выявления направляет больного на консультацию в кабинет врача-профпатолога медицинской организации (МО) по месту жительства или пребывания. Больной в случае подозрения на наличие признаков хронического профессионального заболевания вправе самостоятельно с целью консультации обратиться в кабинет врача-профпатолога.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г. (1)

3. Лечение

Вопрос 8.

Определение программы лечения и мероприятий по легочной реабилитации пациента должно выполняться в условиях

1. пульмонологического отделения 2-го уровня
2. дневного стационара поликлиники
3. стационара профпатологического центра
4. амбулаторного приема центра профессиональных заболеваний

Правильный ответ: 3 — стационара профпатологического центра

В случае выявления признаков ранее не установленного хронического профессионального заболевания врач-профпатолог устанавливает предварительный диагноз хронического профессионального заболевания (пневмокониоз) и направляет больного в центр профессиональной патологии для проведения экспертизы связи заболевания с профессией. Медицинские показания к госпитализации в медицинскую организацию: + Отсутствие эффекта от амбулаторного этапа оказания медицинской помощи при ПК + Нарастание выраженности клинических симптомов при осложненных ПК, несмотря на адекватно проводимое лечение на амбулаторном этапе медицинской помощи. +

Проведение лечебно-реабилитационных мероприятий в рамках выполнения индивидуального плана медицинской реабилитации (ИПМР) больного ПК или программы реабилитации пострадавшего (ПРП) от ПК. +

Проведение экспертизы связи заболевания с профессией и/или экспертизы профпригодности.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г. (1)

Вопрос 9.

Для решения вопроса о проведении оксигенотерапии необходимо провести исследование

1. сатурации крови кислородом
2. NO выдыхаемого воздуха
3. газового состава венозной крови
4. содержания лактата в периферической крови

Правильный ответ: 1 — сатурации крови кислородом

Для уточнения степени дыхательной недостаточности рекомендовано исследование сатурации крови кислородом при помощи пульсоксиметрии

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г. (1)

Вопрос 10.

Для замедления снижения функции легких больным пневмокониозом с прогрессирующим легочным фиброзом рекомендуется применение

1. пентоксифиллина
2. азитромицина
3. азатиоприна
4. нинтеданиба

Правильный ответ: 4 — нинтеданиба

Рекомендуется применение антифиброзного препарата нинтеданиб больным пневмокониозом с прогрессирующим легочным фиброзом для замедления снижения функции легких. Вопрос о назначении нинтеданиба принимается врачебной комиссией.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г. (1)

4. Вариатив

Вопрос 11.

Длительная кислородотерапия больным пневмокониозом показана при снижении сатурации кислорода ниже $+_{\text{—}} +$ % в покое, парциального напряжения кислорода артериальной крови до _____ мм рт. ст. и ниже

1. 80; 50
2. 92; 72
3. 90; 70
4. 88; 55

Правильный ответ: 4 — 88; 55

Рекомендуется длительная кислородотерапия больным пневмокониозом и тяжелой дыхательной недостаточностью при сатурации кислорода в покое менее 88%, парциальном напряжении кислорода артериальной крови менее или равно 55 мм рт. ст.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г. (1)

Вопрос 12.

Под социальной реабилитацией пациентов с пневмокониозами подразумевают

1. бесплатное обучение или переобучение новой профессии
2. временное и постоянное рациональное трудоустройство
3. стационарное, амбулаторное, санаторно-курортное лечение и оздоровление в условиях профилактория
4. восстановление навыков самообслуживания, передвижения, обеспечение участия пациента в общественных взаимоотношениях и т.п

Правильный ответ: 4 — восстановление навыков самообслуживания, передвижения, обеспечение участия пациента в общественных взаимоотношениях и т.п

Социальная (социально-бытовая адаптация для восстановления навыков самообслуживания, передвижения и т.д.), социально-средовая реабилитация для обеспечения участия пациента в общественных взаимоотношениях, пользования транспортом, посещения различных учреждений и т.п., в т.ч. с использованием технических средств реабилитации) – актуальна для лиц с тяжелыми ПЗ и (или) их осложнениями.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г.

Клинические рекомендации Российской ассоциации врачей и специалистов медицины труда. Пневмокониозы. 2021 г. (1)