

№ ОРД-ФТИЗ-22

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения России**

Кафедра фтизиопульмонологии

УТВЕРЖДЕНО

Протоколом заседания
Центрального
координационного учебно -
методического совета
от «22» марта 2022 г. № 4

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» утвержденной 30.03.2022 г

по дисциплине **«Физикальное обследование пациента»**
для ординаторов 1 года обучения
уровень подготовки: кадры высшей квалификации
по специальности 31.08.51 Фтизиатрия

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «14» марта 2022 г., протокол № 8.

Заведующая кафедрой

доцент



О.З. Басиева

г. Владикавказ 2022 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
4. Комплект оценочных средств:
 - перечень контрольных вопросов
 - эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением)
 - эталоны ситуационных задач с ответами

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

РЕЦЕНЗИЯ

на фонд оценочных средств по дисциплине «Физикальное обследование пациента»

Фонд оценочных средств составлен на кафедре фтизиопульмонологии на основании рабочей и типовой программ учебной дисциплины и соответствуют требованиям Федерального государственного стандарта ординатуры. Фонд оценочных средств утвержден на заседании Центрального координационного учебно-методического совета и скреплен печатью факультета подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры ординатуры и дополнительного профессионального образования.

Фонд оценочных средств включает в себя банк тестовых заданий ситуационные задачи а также ответы к ним. Тесты и задачи позволяют адекватно оценить уровень практической подготовки ординаторов по дисциплине **«Физикальное обследование пациента»**. Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания варианты тестовых заданий шаблоны ответов. Все задания соответствуют образовательной программе высшего образования - программе ординатуры по специальности «Фтизиатрия» и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины (модуля) достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Количество билетов для зачета составляет достаточно для проведения зачета и исключает неоднократное использование одного и того же документа в одной академической группе в один день. Билеты для зачета выполнены на бланках единого образца по стандартной форме на бумаге одного цвета и качества. Билет включает в себя 2 вопроса, 1 задачу. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов выносимых на зачет. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины. Сложность вопросов в билетах распределена равномерно. Замечаний к рецензируемому фонду оценочных средств нет.

В целом фонд оценочных средств по дисциплине **«Физикальное обследование пациента»** способствует качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый фонд оценочных средств по специальности «Фтизиатрия» может быть рекомендован к использованию для проведения зачета на Факультете подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры ординатуры и дополнительного профессионального образования у ординаторов.

Рецензент:

Заведующий кафедрой
внутренних болезней №2
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России


М.М. Теблов



Паспорт фонда оценочных средств

По дисциплине «Физикальное обследование пациента»

для специальности 31.08.51 Фтизиатрия

№ п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Текущий, промежуточный		
1.	Входной контроль Обследование больных с патологией органов дыхания – введение в курс пропедевтической фтизиатрии.	УК-1 ПК-1; ПК-2; ПК-5;	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
2.	Основные клинические синдромы при заболеваниях органов дыхания	УК-1 ПК-1; ПК-2; ПК-5;	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
3.	Методология опроса пациента. Особенности анамнеза у пульмонологических больных. Применение опросников в фтизиатрической практике.	УК-1 ПК-1; ПК-2; ПК-5;	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
4	Общий осмотр пациента с патологией органов дыхания.	УК-1 ПК-1; ПК-2; ПК-5;	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
5	Пальпация и перкуссия грудной клетки при различных видах патологии респираторной системы	УК-1 ПК-1; ПК-2; ПК-5;	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
6	Аускультация легких при различных видах патологии респираторной системы	УК-1 ПК-1; ПК-2; ПК-5;	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.

Вопросы для текущего контроля знаний

Раздел 1. 1. Обследование больных с патологией органов дыхания – введение в курс пропедевтической пульмонологии.

1. Оценка признаков гипоксии мягких тканей.
2. Пальпация поверхностных лимфатических узлов
3. Пальпация грудной клетки
4. Определение голосового дрожания.
5. Оценка состояния дыхательной мускулатуры.
6. Пальпация пульса.
7. Пальпация проекции трахеи, определение патологической подвижности.

Раздел 2. 2. Основные клинические синдромы при заболеваниях органов дыхания

1. Синдром уплотнения легочной ткани.
2. Синдром ателектаза (обтурационного и компрессионного).
3. Синдром образования полости в легком.
4. Синдром скопления воздуха в полости плевры (пневмоторакс).
5. Синдром повышенной воздушности легких.
6. Синдром скопления жидкости в полости плевры.
7. Синдром нарушения бронхиальной проходимости.
8. Синдром острой дыхательной недостаточности.
9. Синдром хронической дыхательной недостаточности.

Раздел 3. Методология опроса пациента. Особенности анамнеза у пульмонологических больных. Применение опросников в пульмонологической и фтизиатрической практике.

1. Особенности анамнеза фтизиатрического и пульмонологического больного
2. Аллергологический и иммунологический анамнез.
3. Исследование профмаршрута.
4. Опросники в пульмонологии и фтизиатрии

4. Общий осмотр пациента с патологией органов дыхания.

1. Осмотр и оценка грудной клетки.
2. Сравнительная перкуссия грудной клетки.
3. Аускультация легких.
4. Перкуссия сердца.
5. Аускультация сердца.
6. Перкуссия плевральных полостей.

5. Пальпация и перкуссия грудной клетки при различных видах патологии респираторной системы.

1. Пальпация и перкуссия грудной клетки при пневмониях
2. Пальпация и перкуссия грудной клетки при эмфиземе
3. Пальпация и перкуссия грудной клетки при ХОБЛ
4. Пальпация и перкуссия грудной клетки при Бронхиальной астме
5. Пальпация и перкуссия грудной клетки при синдроме уплотнения легочной ткани у больных инфильтративным туберкулезом
6. Пальпация и перкуссия грудной клетки при деструктивном туберкулезе легких.

6. Аускультация легких при различных видах патологии респираторной системы

1. Аускультация легких при пневмониях
2. Аускультация легких при эмфиземе

3. Аускультация легких при ХОБЛ
4. Аускультация легких при Бронхиальной астме
5. Аускультация легких при синдроме уплотнения легочной ткани у больных инфильтративным туберкулезом
6. Аускультация легких при деструктивном туберкулезе легких.

Вопросы для проведения зачета

1. Оценка признаков гипоксии мягких тканей.
2. Пальпация поверхностных лимфатических узлов
3. Пальпация грудной клетки
4. Определение голосового дрожания.
5. Оценка состояния дыхательной мускулатуры.
6. Пальпация пульса.
7. Пальпация проекции трахеи, определение патологической подвижности.
8. Осмотр и оценка грудной клетки.
9. Сравнительная перкуссия грудной клетки.
10. Аускультация легких.
11. Перкуссия сердца.
12. Аускультация сердца.
13. Осмотр живота
14. Пальпация передней брюшной стенки поверхностная
15. Пальпация апоневроза.
16. Глубокая пальпация живота.
17. Определение нижней границы желудка
18. Пальпация печени
19. Определение границ печени.
8. Пальпация селезенки.
9. Аускультация живота
20. Аускультация брюшной аорты.
21. Подсчет ЧСС
22. Подсчет ЧДД.
23. Пульсоксиметрия
24. Пикфлоуметрия.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 1

Больной М. 42 лет слесарь-сантехник. Курит около 30 лет злоупотребляет алкоголем. Обратился в поликлинику с жалобами на кашель с мокротой одышку при физической нагрузке общую слабость недомогание повышение температуры тела по вечерам до 37,68 °С.

Врач обследовавший больного поставил диагноз: хронический бронхит обострение и назначил противовоспалительное лечение отхаркивающие средства ингаляции. После проведенного лечения самочувствие больного улучшилось уменьшился кашель одышка почти исчезла нормализовалась температура тела. Сохранялась невыраженная общая слабость. Врач разрешил больному приступить к работе.

Через 2 месяца при очередном флюорографическом обследовании обнаружено обширное затемнение в области верхней доли правого легкого негетерогенное по структуре с участками просветления в нижних отделах правого легкого — множественные расположенные группами малоинтенсивные очаговые тени.

ВОПРОСЫ:

Усматриваете ли Вы ошибки участкового врача если да то какие?

О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании данных флюорографии?

Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?

Какова должна быть тактика участкового врача?

Укажите какие рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.

К какому специалисту на консультацию должен быть направлен данный больной?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

**Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования**

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 2

Больная П. 23 лет швея поступила в клинику с жалобами на общую слабость повышение температуры тела (в вечерние часы) до 38°C понижение аппетита похудание одышку при физической нагрузке сухой кашель. Больной себя считает около трех месяцев когда была на седьмом месяце беременности. Сначала появилась общая слабость субфебрильная температура тела затем присоединился сухой кашель. Лечилась у участкового терапевта по поводу бронхита эффект незначительный. На второй день после родов повысилась температура тела до 38,6°C появилась одышка.

Анамнез жизни: в детстве перенесла скарлатину пневмонию. Муж здоров. Флюорографическое обследование не проходила более 4-х лет.

Объективно: правильного телосложения пониженного питания кожа чистая бледная умеренный акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 110 уд. в мин. ритмичный. Границы сердца в пределах нормы тоны сердца приглушены. АД 110/60 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная равномерно участвует в акте дыхания перкуторно ясный легочной звук аускультативно в легких с обеих сторон везикулярное дыхание хрипов нет частота дыхания 36 в мин. Живот мягкий нижний край печени на 2 см. ниже реберной дуги чувствительный при пальпации.

Общий анализ мочи без патологических изменений.

Общий анализ крови: эритроциты $228 \times 10^{12}/л$ Нв – 86 г/л лейкоциты $115 \times 10^9/л$ э–0% п–5% с–65% л–18% м–12% СОЭ–24 мм/ч.

Рентгенологически: в легких на всем протяжении больше на верхушках по ходу сосудов множественные мелкие средней интенсивности очаговые тени. Структура корней легких не изменена. Синусы свободны. Сердце без особенностей. В правом корне единичные мелкие кальцинаты. Произведено исследование мокроты на БК — в шести анализах методом флотации микобактерии не обнаружены. Проба Манту с 2 ТЕ — отрицательная.

ВОПРОСЫ: Какие заболевания могут протекать со сходной симптоматикой?

Какие дополнительные методы исследования необходимо применить для уточнения диагноза?

О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании клинко-рентгенологических данных?

Обоснуйте Ваш диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.

Укажите какие рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз. Куда необходимо направить больную после установления диагноза? О чем говорит отрицательная проба Манту у данной больной? Лечение.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования*

**КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ
Ситуационная задача № 3**

Больная Н. 39 лет домохозяйка. Жалобы на кашель с выделением скудной слизистой мокроты непостоянные боли в правой половине грудной клетки одышку при быстрой ходьбе.

Анамнез заболевания: указанные жалобы больную беспокоят на протяжении двух месяцев но к врачу не обращалась. Патологические изменения в области корней легких выявлены флюорографически при устройстве на работу.

Анамнез жизни: в детстве болела корью. Муж и дети здоровы. Предыдущее флюорографическое обследование год назад — без патологии.

Объективно: температура тела 36,6°C. Правильного телосложения повышенного питания. На коже голеней — узловатая эритема. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 72 уд. в мин ритмичный. Тоны сердца ясные. АД 130/70 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная. Перкуторно легочной звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание хрипов нет. Живот мягкий безболезненный печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: эритроциты $41 \times 10^{12}/л$ Нв—126 г/л лейкоциты $57 \times 10^9/л$ э—1% п—1% с—53% л—37% м—8% СОЭ—6 мм/ч. При исследовании мокроты микобактерии и опухолевые клетки не обнаружены. Проба Манту с 2 ТЕ — отрицательная.

На рентгенографии: легкие без очаговых и инфильтративных теней корни легких расширены бесструктурные за счет увеличенных лимфоузлов бронхопульмональной группы.

ВОПРОСЫ:

Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?

Какие заболевания могут протекать со сходной симптоматикой?

О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании клинко-рентгенологических данных?

Обоснуйте Ваш диагноз.

Укажите какие клинко-рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Где должна лечиться и наблюдаться в дальнейшем данная больная?

Тактика лечения.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 4

Больной В. 35 лет зоотехник доставлен “Скорой помощью” в ЦРБ с жалобами на повышение температуры тела до 39°C одышку при незначительной физической нагрузке сухой кашель умеренные боли в грудной клетке справа общую слабость.

Из анамнеза: больным себя считает в течении пяти когда после простудного фактора повысилась температура тела появилась одышка постепенно нарастала. К врачу не обращался не лечился. При более тщательном сборе анамнеза выяснилось что больной около 2-х мес. назад начал постепенно худеть стал сильно уставать считал это последствиями возросшей нагрузки на работе.

Объективно: правильного телосложения пониженного питания кожа бледная грудная клетка обычной формы правая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания тоны сердца ритмичные приглушены границы сердца в норме ЧСС 96 в мин АД 1 /70 мм рт. ст. Перкуторно слева легочной звук справа — притупление аускультативно в легких слева — везикулярное дыхание справа — ослабленное хрипов нет ЧД 20 в мин. Живот мягкий безболезненный печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови — эритроциты $45 \times 10^{12}/л$ Нв–121 г/л лейкоциты $99 \times 10^9/л$ э–1% п–40% с–6% л–18% м–11% СОЭ 31 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 76 г/л общий билирубин 12 мкмоль/л сахар 40 ммоль/л.

Рентгенологически: слева легкое чистое справа с уровня II ребра до купола диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение неотделимое от тени утолщенной костальной плевры органы средостения смещены влево.

Дважды производились плевральные пункции удалено соответственно 28 мл и 4 мл соломенно-желтой прозрачной жидкости произведен анализ плеврального содержимого: белок 50 г/л цитоз умеренно-клеточный лимфоциты 96% нейтрофилы 4% микобактерии опухолевые клетки не обнаружены.

Проба Манту с 2 ТЕ — 4 мм в центре папулы — везикула.

ВОПРОСЫ:

- 1.Какой предварительный диагноз Вы поставили бы больному при поступлении в ЦРБ?
- 2.Правильно поступил ли врач дважды пропунктировав плевральную полость? Почему?
- 3.По данным анализов плеврального содержимого трансудат это или экссудат? Почему?
- 4.Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения этиологии плеврита?

5. Между какими заболеваниями в первую очередь нужно проводить дифференциальную диагностику?
6. По клинико-рентгенологическим данным о какой этиологии процесса можно думать? Почему? Сформулируйте диагноз.
7. Какова дальнейшая тактика врача ЦРБ?

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 5

Больной В. 36 лет. Жалобы на субфебрильную температуру слабость повышенную потливость особенно по ночам быструю утомляемость небольшой сухой кашель. Заболевание началось постепенно. Болен в течение месяца.

При обследовании общее состояние удовлетворительное. Астеничного телосложения. Температура тела 37,1°C. Кожные покровы чистые бледные румянец на щеках. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Зев чист. Имеются кариозные зубы. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими легочной звук незначительное притупление легочного звука над верхушкой справа. Дыхание в легких везикулярное справа в верхних отделах на фоне жесткого дыхания прослушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены ритмичные. Живот мягкий безболезненный. Печень у края реберной дуги эластичная безболезненная. Стул и мочеиспускание не изменены.

В гемограмме: Лейк. $91 \times 10^9 / \text{л}$ эоз.-3% п/я-6% с/я-59% лимф.-18% мон.-14% СОЭ 24 мм/час.

Реакция Манту с 2 ТЕ — 9 мм. Посев мокроты на БК отр.

Рентгенологически: справа в С₂ на фоне размытого легочного рисунка полиморфные очаги диаметром 5–9 мм с нерезкими контурами выражена наклонность к слиянию очагов.

ВОПРОСЫ:

Ваш диагноз?

Какая тень на рентгенограмме называется очагом?

С каким заболеванием в первую очередь необходимо провести дифференциальную диагностику?

Является ли небациллярная мокрота основанием для исключения туберкулезного процесса?

В какой группе учета должен состоять данный больной?

Какое лечение будет назначено?

Сочетание каких препаратов наиболее эффективно?

Возможные исходы заболевания?

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 6

ЗАДАЧА № 6

Больная А 27 лет обратилась на консультацию к фтизиатру по поводу появления узловатой эритемы на коже в области голеностопного сустава общей слабости ночных потов похудания за последний год на 5–6 кг. Из анамнеза заболевания выявлено что ухудшение состояния отмечается после родов когда появились боли в крупных суставах субфебрильная температура до 37,7°С. Красновато-синюшные пятна на коже голеней. Больная обратилась к врачу-терапевту. Была обследована ОАК ОАМ биохимический анализ крови ревмо-фактор Р-графия коленных суставов. Выставлен диагноз: Ревматоидный артрит? Лечилась по поводу данного заболевания принимала Преднизолон коротким курсом. Состояние больной несколько стабилизировалось но беспокоили слабость потливость. Спустя 6 месяцев во время профосмотра на флюорографии органов грудной клетки выявлена мелкоочаговая диссеминация легких расширение тени корня легких с обеих сторон за счет увеличения лимфатических узлов бронхопупьмональной группы. Проба Манту с 2 ТЕ отрицательная. По поводу чего больную направили на консультацию к фтизиатру.

ВОПРОСЫ:

Ваш предварительный диагноз?

Какие методы обследования необходимы для постановки диагноза у этой больной?

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?

Какие ошибки допущены при ведении больной?

Какова тактика лечения?

Нуждается ли больная в диспансерном учете и в какой группе?

Какие изменения на Р-грамме легких можно наблюдать при данном заболевании?

Характерное изменение в крови.

Почему у данной категории больных проба Манту чаще отрицательная?

Каков прогноз заболевания у данной больной?

Зав. кафедрой доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 7

Больной С. заболел 1 мес. назад когда внезапно повысилась температура тела до 39°C появился озноб кашель с мокротой иногда с примесью крови боли в правом боку одышка. Был госпитализирован с диагнозом двухсторонняя пневмония в терапевтическую клинику.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание сохранено. Пониженного питания. Кожа чистая влажная. Дыхание бронхиальное ослаблено разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон более выраженные справа. Органы желудочно-кишечного тракта без особенностей температура тела — 38,3°C.

Гемограмма: $L-120 \times 10^9$ г/л СОЭ—49 мм/час.

На обзорной рентгенограмме: справа в верхней доле инфильтрация легочной ткани множественные участки просветления. Слева в нижней доле инфильтрация участки просветления очаговые тени без четких контуров.

ВОПРОСЫ:

Где должен лечиться больной?

Чем объяснить участки просветления на обзорной рентгенограмме?

Необходимы ли дополнительные рентгенологические методы обследования?

Предварительный диагноз?

Какие осложнения возможны?

Какое лечение необходимо назначить?

Каков прогноз заболевания у данного больного?

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 8

Больная Х. 19 лет не работает. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на слабость быструю утомляемость сухой кашель. Два месяца назад роды при сроке 32 недели без осложнений. Незначительное недомогание почувствовала сразу после родов однако данное состояние расценивала как недомогание в послеродовом периоде между тем недомогание нарастало. Начато лечение амбулаторно в течение двух недель (неспецифическая антибактериальная терапия) без эффекта. Больная госпитализирована в терапевтическое отделение. К этому моменту увеличивается слабость потливость повышается температура тела до $38,6^{\circ}\text{C}$ в вечернее время утром нормальная. Кашель к этому моменту усиливается слабость нарастает появляется чувство разбитости появляется головная боль.

Объективно: температура тела $38,3^{\circ}\text{C}$. Больная правильного телосложения пониженного питания отмечается небольшой цианоз губ. Грудная клетка симметрична обе половины активно участвуют в акте дыхания. Кожные покровы влажные периферические лимфатические узлы не увеличены. При перкуссии в нижних отделах справа притупление перкуторного звука. Аускультативно слева везикулярное дыхание справа в нижних отделах слегка ослабленное. Живот мягкий печень на 2 см выступает из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Эр. 36×10^{12} г/л Нв–115 г/л э–3 п–9 л–14 м–11 Л– 91×10^9 г/л СОЭ – 29 мм/час. Общий анализ мочи без особенностей.

Рентгенологически: справа в С₁ С₂ С₆ массивная инфильтрация легочной ткани состоящая из сливных очагов.

В течение месяца больной с диагнозом крупозная пневмония проводилась неспецифическая антибактериальная терапия. Эффекта от лечения не отмечено. В тяжелом состоянии больная переведена в отделение реанимации где в течение 10 дней также проводилась интенсивная терапия и тоже без эффекта. Больная консультировалась онкологом. Опухолевый процесс в легком исключен.

ВОПРОСЫ:

Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения диагноза?

Интерпретируйте общий анализ крови.

Назовите сходные заболевания при которых могут наблюдаться сходные изменения

Предположительный диагноз?

Назначьте лечение.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 9

Больная М. 20 лет не работает. На 4 день после родов поднялась высокая температура до 39°C слабость одышка. Лечение антибиотиками широкого спектра действия к улучшению состояния не привело.

Объективно: больная правильного телосложения пониженного питания. Кожа чистая бледная губы с цианотическим оттенком. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 110 уд. в мин. ритмичный температура тела 39,4°C. Границы сердца в пределах нормы тоны сердца приглушены над верхушкой - нежный систолический шум. АД 110/60 мм рт. ст. Число дыхания 36 в минуту. Грудная клетка симметричная равномерно участвует в акте дыхания при перкуссии легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно с обеих сторон скудные рассеянные влажные и сухие хрипы. Живот мягкий нижний край печени на 2 см. ниже реберной дуги чувствительный при пальпации. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: Эр. 328×10^{12} г/л Нв -106 г/л лейкоциты 115×10^9 г/л эоз.-0 п/я-5% с/я-65% лимф.-18% мон.-12% СОЭ 24 мм/ч. Анализ мочи без патологии. В мокроте МБТ не обнаружены. На рентгенограмме органов грудной полости по всем легочным полям равномерно мелкие очаговые тени по ходу сосудов. Синусы свободны.

ВОПРОСЫ:

Интерпретируйте анализ крови.

О каком заболевании можно думать?

С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику

Назначьте наиболее эффективную комбинацию препаратов

Исходы и возможные осложнения данного заболевания.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 10

Больной А. 43 года прибыл из мест заключения. При устройстве на работу обследован флюорографически. Выявлены изменения в легких: слева в верхней доле легкого группа очагов.

При обследовании жалоб не предъявляет. В анамнезе указаний на перенесенный туберкулез нет. В последние годы ежегодно обследовался флюорографически но ни разу на изменения в легких не указывалась.

При объективном обследовании: кожные покровы нормальной окраски подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Прощупываются подчелюстные и единичные подмышечные лимфатические узлы небольших размеров безболезненные подвижные плотные. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание ослабленное хрипы не выслушиваются.

Анализ крови: СОЭ 4 мм/час Нв–126 г/л лейкоцитов 46×10^9 /л э–2% п–2% с–63% л–26% мон.–7%.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: слева в области 1 и 2 сегментов легкого определяются полиморфные очаги на фоне ограниченного пневмосклероза интенсивные четко очерченные. Корни легких несколько уплотнены в левом - единичный петрификат размером до 1 см. Тень сердца не изменена.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л — папула 14 мм. В мокроте простой и люминесцентной микроскопией МБТ не выявлены.

ВОПРОСЫ:

Какой должна быть тактика терапевта?

О каком заболевании с большей вероятностью необходимо думать?

Каким должно быть обследование для подтверждения диагноза?

С какими заболеваниями должен быть проведен дифференциальный диагноз?

Где должен лечиться больной?

Какие исходы этого заболевания могут быть?

Зав. кафедрой доцент

О.З.Басиева

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 1

1. Не выполнен клинический минимум обследования на туберкулез.
2. Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения.
3. Общий анализ крови общий анализ мочи проба Манту исследование мокроты на БК бактериоскопическим методом трехкратно томография правого легкого бронхоскопия.
4. Провести клинический минимум обследования на туберкулез.
5. Затенение в верхней доле справа неомогенное по структуре с участками просветления очаги обсеменения в нижних отделах малоинтенсивные расположены группами.
6. Необходимо направить к фтизиатру.
7. Провести дифференциальный диагноз между инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада периферическим раком легких абсцедирующей пневмонией эозинофильным легочным инфильтратом.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 2

Милиарный туберкулез легких саркоидоз легких карциноматоз легких двусторонняя очаговая пневмония.

УЗИ органов брюшной полости осмотр гинекологом с целью исключения первичной опухоли фибробронхоскопия фиброгастроскопия.

Милиарный туберкулез легких БК (–).

Диагноз милиарного туберкулеза легких выставляется на основании: жалоб (слабость повышение температуры тела по вечерам понижение аппетита одышка при физической нагрузке сухой кашель) анамнеза (больна в течении 3 месяцев заболела во время беременности заболевание развивалось постепенно эффект от неспецифической терапии незначительный) объективного обследования (в легких везикулярное дыхание хрипов нет симптомы интоксикации (бледность кожи акроцианоз приглушенность тонов сердца тахикардия увеличение печени) лабораторных данных (умеренный лейкоцитоз с лимфопенией умеренное увеличение СОЭ) рентгенологического исследования (в легких на всем протяжении больше на верхушках по ходу сосудов множественные мелкие средней интенсивности очаги в правом корне мелкие единичные кальцинаты).

а) Саркоидоз легких чаще всего протекает мало- или бессимптомно отсутствуют симптомы интоксикации. Часто саркоидоз легких протекает совместно с саркоидозом внутригрудных лимфоузлов. Клинически проявляется синдромом Лефгрена.

б) Карциноматоз легких у молодых людей встречается редко при рентгенологическом обследовании верхушки легких чаще бывают чистыми нередко удается обнаружить первичную опухоль (чаще всего — опухоли желудка поджелудочной железы органов женской половой сферы)

в) Острая двусторонняя пневмония обычно начинается остро часто связана с простудным фактором клиническая картина развивается в течении нескольких дней при богатой рентгенологической симптоматике при пневмонии наблюдается и богатая аускультативная симптоматика рентгенологические изменения чаще всего наблюдаются в средних и нижних отделах очаги различных размеров неравномерные картина крови при пневмонии резко изменена (высокий лейкоцитоз сдвиг формулы влево большое увеличение СОЭ и т.д.).

6. Наличие кальцинатов в корне; очаги средней интенсивности мелкие расположены вдоль сосудов.
7. В противотуберкулезный диспансер.

8. Отрицательная проба Манту у больной туберкулезом отражает резко выраженную иммунологическую недостаточность.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 3

1. Фибробронхоскопия УЗИ органов брюшной полости.
2. Саркоидоз внутригрудных лимфоузлов туберкулез внутригрудных лимфоузлов лимфогранулематоз лимфосаркома центральный рак.
3. Саркоидоз внутригрудных лимфоузлов активная фаза.
4. На основании жалоб (кашель с выделением скудного количества мокроты одышке при быстрой ходьбе) анамнезе (выявлена флюорографически при устройстве на работу) объективных данных (в легких везикулярное дыхание хрипов нет на коже голеней — узловатая эритема) лабораторных данных (в пределах нормы отсутствие в мокроте опухолевых клеток и микобактерий) рентгенологического обследования ОГК (корни легких расширены бесструктурные за счет увеличенных лимфоузлов бронхопульмональной группы).
5. Малосимптомность течения заболевания наличие узловатой эритемы отсутствие изменений в гемограмме характерная рентгенологическая картина.
6. а) Для туберкулеза внутригрудных лимфоузлов характерно наличие признаков интоксикации изменения в гемограмме возможно обнаружение МБТ в мокроте (при наличии бронходулярного свища) рентгенологически чаще определяется одностороннее поражение положительная проба Манту.
б) Для лимфогранулематоза характерен выраженный интоксикационный синдром зуд кожи увеличение также периферических лимфоузлов выраженные изменения в гемограмме (значительный лейкоцитоз лимфопения эозинофилия).
в) При лимфосаркоме отмечается типичная клиническая симптоматика (одышка интенсивная боль в грудной клетке истощение) лимфосаркома быстро прогрессирует в гемограмме — выраженная анемия лимфопения увеличение СОЭ).
г) Центральный рак легкого встречается чаще у мужчин чаще в пожилом возрасте поражение наиболее часто одностороннее при цитологическом исследовании мокроты обнаруживаются опухолевые клетки решающим в диагностике является фибробронхоскопия с биопсией опухоли.
7. В противотуберкулезном диспансере.
8. До получения результатов посева на чувствительность к антибактериальным препаратам необходимо назначить стандартный режим лечения: изониазид в дозе 10 мг на 1 кг веса.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 4

1. Экссудативный плеврит справа.
2. Правильно потому что жидкость из плевральной полости должна быть эвакуирована полностью с целью предотвращения нагноения и осумкования.
3. Экссудат так как количество белка плеврального содержимого более 50% от количества белка сыворотки крови.
4. ЭКГ фибробронхоскопия фиброгастроскопия УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
5. Между туберкулезным плевритом плевритом неспецифической этиологии мезотелиомой плевры метастатическим плевритом кардиогенным выпотом.
6. С наибольшей вероятностью можно думать об экссудативном плеврите справа туберкулезной этиологии в пользу данного диагноза говорит постепенное развитие заболевания характерные изменения в гемограмме лимфоцитарный цитоз плевральной жидкости гиперергическая проба Манту.
7. Консультация фтизиатра с последующим переводом больного для лечения в противотуберкулезный диспансер.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 5

1. Очаговый туберкулез С₂ правого легкого фаза инфильтрации. БК отр.
2. Рентгенологически округлая тень диаметром до 10–12 мм называется очагом.
3. Очаговый туберкулез в первую очередь дифференцируем с очаговой пневмонией.
4. Отсутствие микобактерий туберкулеза в мокроте не является основанием для исключения туберкулезного процесса.
5. Больной с активным туберкулезным процессом в легких должен состоять в I А группе диспансерного учета.
6. Три противотуберкулезных препарата в течение 6 месяцев.
7. Изониазид. Рифампицин. Стрептомицин.
8. При благоприятном течении заболевания и правильном лечении возможно рассасывание или уплотнение очага при неблагоприятном течении заболевания возможно прогрессирование процесса.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 6

1. Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов и легких.
2. Р-графия органов дыхания.
3. Туберкулез легких рак легких пневмокониоз саркоидоз альвеолиты.
4. Врач-терапевт направил больную на рентгенографию легких.
5. Преднизолон антиоксиданты иммуномодуляторы.
6. VIII группа диспансерного учета в противотуберкулезном диспансере пожизненно.
7. Увеличение внутригрудных лимфоузлов расширение корней легких двухсторонняя мелкоочаговая диссеминация.
8. Общий анализ крови: лейкоцитоз лимфопения моноцитоз ускорение СОЭ до 20–40 мм/ч.
9. Проба Манту у данной категории больных чаще отрицательная ввиду иммунологической несостоятельности.
10. Саркоидоз — доброкачественное заболевание хорошо поддающееся лечению. Нет обострения рецидивы встречаются редко.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 7

1. В стационаре противотуберкулезного диспансера.
2. Наличием полостей распада.
3. Необходимо проведение томографического обследования.
4. Казеозная пневмония.
5. Кровотечение дыхательная сердечная недостаточность.
6. 4 противотуберкулезных препарата 3–4 месяца: 2–3 препарата — в последующем. Общий курс непрерывного лечения не менее 15 года.
7. Прогноз: — развитие фиброзно-кавернозного туберкулеза
— цирротического туберкулеза
— больших остаточных изменений
— летальный исход

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 8

1. При постановке диагноза туберкулез необходимо провести клинический минимум обследования на туберкулез: жалобы анамнез объективные исследования общий анализ крови общий анализ мочи мокроту на БК бактериоскопическим методом обзорную рентгенографию грудной клетки пробы Манту с 2 ТЕ.
2. Умеренный лейкоцитоз палочкоядерный сдвиг лейкоформулы влево лимфопения умеренное увеличение СОЭ.
3. Казеозная пневмония крупозная пневмония центральный рак легкого осложненный ателектазом абсцедирующая пневмония.

4.Инфильтративный туберкулез С₁С₂С₆ правого легкого.

5.Изониазид рифампицин стрептомицин.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 9

1.Снижение уровня гемоглобина лейкоцитоз сдвиг лейкоформулы влево моноцитоз увеличение СОЭ.

2.О милиарном туберкулезе с острым течением.

3.Саркоидоз мелкоочаговая двусторонняя пневмония карциноматоз коллагенозы.

4.Изониазид рифампицин стрептомицин

5.При своевременной диагностике и лечении возможно полное излечение. Частым осложнением является туберкулезный менингит. Возможен летальный исход.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 10

1.Терапевт должен направить больного на консультацию в противотуберкулезный диспансер.

2.С большей вероятностью необходимо думать об очаговом туберкулезе легких.

3.ОАК проба Манту обзорная рентгенография прицельная рентгенография легких томография легких исследование мокроты на БК.

4.Дифференциальную диагностику необходимо проводить с такими заболеваниями: бронхит начальные формы рака легких.

5.Больной должен лечиться в стационаре противотуберкулезного диспансера.

Исходы очагового туберкулеза: рассасывание уплотнение прогрессирующее.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения России**

Кафедра фтизиопульмонологии

Эталоны тестовых заданий

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности **31.08.51«Фтизиатрия»** утвержденной 30.03.2022 г

по дисциплине **«Физикальное обследование пациента»**

для ординаторов 1 года обучения

уровень подготовки: кадры высшей квалификации

по специальности 31.08.51 Фтизиатрия

г. Владикавказ, 2022 г.

Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов (всего)	стр. с __ по __
1	2	3	4
Вид контроля	Текущий /Промежуточный		
1.	Обследование больных с патологией органов дыхания – введение в курс пропедевтической фтизиатрии.	20	
2.	Основные клинические синдромы при заболеваниях органов дыхания	20	
3.	Методология опроса пациента. Особенности анамнеза у пульмонологических больных. Применение опросников в фтизиатрической практике.	20	
4.	Общий осмотр пациента с патологией органов дыхания.	20	
5.	Пальпация и перкуссия грудной клетки при различных видах патологии респираторной системы	10	
6.	Аускультация легких при различных видах патологии респираторной системы	10	

Эталоны тестовых заданий по дисциплине «Физикальное обследование пациента»

Раздел 1.

1. Какой из перечисленных топографических ориентиров используется в современной классификации для обозначения в диагнозе локализации и распространенности процесса при туберкулезе легких?

- а. сегмент
- б. легочное поле
- в. межреберья
- г. ключица
- д. ребра

2. Кратность исследования мокроты при подозрении на туберкулез легких в общей лечебной сети:

- а. 3 мазка
- б. мазка и 2 посева
- в. мазка и 3 посева
- г. мазка и 1 посев
- д. мазка, 3 посева

3. Назовите автоматизированную систему с использованием жидких питательных сред для ускоренного выявления МБТ:

- а. ВАСТЕС MGIT 960
- б. микроскопия мазка за Цилем-нильсеном
- в. полимеразно-цепная реакция
- г. посев на среду Левенштейна-Йенсена
- д. реакция иммуноглобулина

4. При каком содержании МБТ в 1 мл патологического материала бактериологическое исследование дает позитивный результат?

- а. 2-10.
- б. 20-100.
- в. 200-1000.
- г. 2000-10000.
- д. 20000-100000.

5. Какой верхний предел нормы ширины корня легкого?

- а. 1,0 см
- б. 2,5 см
- в. 3,5 см
- г. 5 см
- д. 7,5 см

6. У больного 35-ти лет подозрение на инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого с наличием деструктивных изменений. На обзорной рентгенограмме полость распада оказывается нечетко. Какой рентгенологический метод исследования нужно применить для визуализации каверны?

- а. бронхографию.
- б. флюорографию.
- в. боковую рентгенографию.

г. томографию, КТ ОГП

7. Обязательный клинический минимум обследования на туберкулез включает:

- а. общий анализ крови, флюорографию органов грудной клетки
- б. посев мокроты на МБТ, биохимический анализ крови, пробу Манту
- в. общий анализ крови, рентгенографию органов грудной клетки, ПЦР мокроты
- г. компьютерную томографию органов грудной клетки, общий анализ крови, бронхоскопию
- д. общий анализ крови, исследование мокроты на КУМ, пробу Манту, рентгенографию органов грудной клетки

8. В тетраду Эрлиха входят следующие составляющие, кроме:

- а. МБТ
- б. эозинофилы
- в. эластические волокна
- г. кристаллы холестерина
- д. соли кальция

9. В каком месте вводят туберкулин при пробе Манту с 2 ТЕ ППД-Л?

- а. внутренняя поверхность средней трети предплечья.
- б. между верхней и средней третью внешней поверхности плеча.
- в. над лопаткой.
- г. под лопаткой.
- д. верхняя треть внутренней поверхности предплечья.

10. Какие противопоказания для постановки пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л?

- а. указания на то, что ребенок принадлежит к группе, которая часто болеет ОРВИ.
- б. указания на то, что ребенок 6 месяцев тому назад получил прививку против полиомиелита.
- в. в анамнезе гиперергическая реакция на пробу манту с 2 те ппд-л.
- г. сведения о том, что ребенок посещает коллектив, в котором объявлен карантин по поводу вирусного гепатита.
- д. перенесений 2,5 месяцы тому назад острый бронхит.

11. Через какое время оценивают результаты пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л?

- а. через 48 часов.
- б. через 72 часа.
- в. через 1 неделю.
- г. через 24 часа.
- д. через 1 час.

12. Какой метод является самым эффективным для уточнения локализации тени в толще легочной ткани и ее соотношения с окружающими тканями (ребрами, позвоночником, и тому подобное)?

- а. обзорная рентгенограмма ОГК.
- б. компьютерная томография.
- в. флюорография.
- г. рентгеноскопия.
- д. бронхография.

13. Какой метод предоставляет самую детальную информацию о структуре и однородности тени в легких?

- а. томография.
- б. компьютерная томография.
- в. прицельная рентгенография.
- г. рентгеноскопия.
- д. бронхография.

14. Какой из перечисленных методов исследования органов дыхания не является рентгенологически?
- а. рентгенография.
 - б. компьютерная томография.
 - в. рентгеноскопия.
 - г. бронхография.
 - д. бронхоскопия.
15. Кому и с какой частотой проводят скрининговую туберкулинодиагностику?
- а. при наличии клинико-рентгенологических проявлений туберкулезной инфекции. детям и подросткам ежеквартально.
 - б. детям с 12-месячного возраста и подросткам ежегодно независимо от результатов предыдущей пробы.
 - в. детям, которые часто болеют простудными заболеваниями, через 1 месяц после перенесенной ОРВИ.
 - г. всем контингентам детей и взрослых, которые находятся на диспансерном учете у врача-фтизиатра дважды в год.
16. Какие компоненты ткани легких не видно на рентгенограмме?
- а. корни легких.
 - б. крупные сосудистые стволы.
 - в. стенки бронхов.
 - г. альвеолы.
17. Бронхоскопия у больных туберкулезом показана
- а. при всех формах легочного туберкулеза, которые протекают с деструкцией и бактериовыделением
 - б. при предоперационном обследовании больных
 - г. при туберкулезных плевритах и туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов при бактериовыделении из очага неясной локализации
 - д. при всех перечисленных случаях
18. В лаважной жидкости, полученной у здорового человека, преобладают
- а. лимфоциты
 - б. нейтрофилы
 - в. альвеолярные макрофаги
 - г. эозинофилы
 - д. моноциты
19. Задачи клинической туберкулинодиагностики у детей
- а. диагностика туберкулеза
 - б. уточнения активности туберкулезного процесса
 - в. дифференциальная диагностика туберкулезных и постпневмонических остаточных изменений
 - г. контроль эффективности лечения
 - д. все перечисленное
20. К недостаткам боковой рентгенограммы органов грудной клетки относят
- а. суммация изображения двух половин грудной клетки
 - б. перекрытия значительной площади легочной ткани элементами костного скелета
 - в. все ответы правильны
 - г. правильного ответа нет

Раздел 2.

21. Какие симптомы принадлежат к «грудным» симптомам туберкулеза легких?

- а. субфебрильная температура, кашель, головная боль, одышка, общая слабость
- б. кровохарканья, одышка, боль в грудной клетке, кашель, выделение мокроты
- в. боль в области сердца, субфебрилитет, кашель, кровохарканье, одышка
- г. боль в области печени, одышка, кашель, кровохарканье, субфебрилитет

22. Больная 52 лет. 15 лет болеет фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. Лечилась нерегулярно. Поступила в стационар с жалобами на сильную боль в левой половине грудной клетки во время дыхания, одышку. Объективно: состояние больной средней степени тяжести. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при перкуссии - тимпанит, аускультативно - дыхание резко ослаблено. Какое исследование нужно прежде всего назначить больной для уточнения диагноза

- а. рентгенографию, КТ органов грудной клетки
- б. исследование функции внешнего дыхания.
- в. бронхоскопию.
- г. томографию.
- д. пункцию плевральной полости

23. На что жалуются больные при развернутой клинической картине туберкулеза, независимо от локализации процесса?

- а. слабость, потливость, потерю веса, повышенную температуру тела.
- б. приступы одышки при изменении погоды.
- в. нарушение чувствительности, «ползание мурашек» в конечностях.
- г. кратковременное нарушение сознания.
- д. головная боль, боль в животе без четкой локализации.

24. Результат пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л, характерный для тяжелого течения туберкулеза?

- а. отрицательный.
- б. сомнительный.
- в. положительный.
- г. гиперергический.

25. Под «маской» какой болезни у взрослых может протекать туберкулез?

- а. миокардит
- б. тонзиллит
- в. пневмонии
- г. бронхиальная астма
- д. стенокардия.

26. Какой метод рентгенологического исследования при диагностике малой формы туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов наиболее информативный?

- а. прицельная рентгенограмма.
- б. флюорограмма.
- в. томограмма на уровне бифуркации трахеи, КТ ОГП;
- г. бронхограмма; д. обзорная рентгенограмма грудной клетки.

27. Какой из отмеченных методов обследования при подозрении на туберкулез у взрослых не имеет решающего диагностического значения?

- а. обзорная рентгенография органов грудной клетки.
- б. проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л.
- в. бронхоскопия.
- г. рентгенография органов грудной клетки в боковой проекции.
- д. бактериоскопическое и бактериологическое исследование мокроты на МБТ.

28. Какое исследование нужно осуществить при выявлении в легких у больных с подозрением на туберкулез полостей распада?
- а. многократное исследование мокроты относительно наличия МБТ.
 - б. томографию органов грудной клетки, КТ ОГК
 - в. бронхоскопию с взятием материала для цитологических и гистологических анализов.
 - г. цитологическое исследование мокроты.
 - д. нужно выполнить все отмеченные исследования.
29. Что является показателем плохого качества работы относительно раннего выявления туберкулеза?
- а. выявление среди впервые обнаруженных лиц больных фиброзно-кавернозным туберкулезом.
 - б. повышение показателя болезненности.
 - в. повышение показателя заболеваемости.
 - г. снижение эффективности лечения деструктивных форм туберкулеза
 - д. увеличение числа больных с вторичной резистентностью к противотуберкулезным препаратам.
30. У ребенка 11-ти лет выявлен «вираж» туберкулиновой пробы. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л - инфильтрат диаметром 17 мм. Жалуется на общую слабость, утомляемость, повышение температуры тела 37,2-37,5°C, кашель с мокротой. Анализ крови: Л - 8,2x10⁹/л, СОЭ – 17 мм/час. В верхней доле левого легкого определяется участок затемнения 4x5 см малой интенсивности с нечеткими контурами неоднородной структуры, с наличием участка просветления в центре, связанного воспалительной дорожкой с расширенным, за счет увеличенных внутригрудных лимфатических узлов, корнем легкого. У больного заподозрено наличие первичного туберкулезного комплекса. Какое исследование мокроты стоит провести в первую очередь для подтверждения диагноза?
- а. простую бактериоскопию.
 - б. люминесцентную микроскопию.
 - в. флотацию.
 - г. бактериологическое.
 - д. биологическое.
31. Ребенок 13-ти лет жалуется на выраженную слабость, повышение температуры до 37,3°C, покашливание, ухудшение аппетита, повышенную потливость, вялость. В семье ребенка отец болеет открытой формой туберкулеза легких. В анализе крови: Л - 10,9x10⁹/л, СОЭ - 18 мм/час. Установлен вираж туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ ППД - Л - инфильтрат диаметром 14 мм, год назад - 5 мм. При объективном обследовании изменений в легких не выявлено. Ребенку установлен предварительный диагноз: туберкулезная интоксикация. Какое исследование нужно провести ребенку для подтверждения диагноза?
- а. рентгенографию, КТ ОГП
 - б. пробу Коха.
 - в. бронхоскопию.
 - г. биохимический анализ крови.
 - д. рентгеноскопию.
32. На какие контингенты детей следует направлять противотуберкулезные мероприятия с целью своевременного выявления туберкулеза?
- а. среди здорового контингента детей.
 - б. среди группы риска, находящихся на диспансерном учете в детской поликлинике.
 - в. среди группы риска, наблюдаемых в противотуберкулезном диспансере.
 - г. среди контингентов, находящихся под наблюдением фтизиатра (выявление обострения процесса)
 - д. на все перечисленные.

33. Какой метод является скрининговым для своевременного выявления туберкулеза у детей?
- а. флюорография.
 - б. туберкулинодиагностика.
 - в. рентгенография.
 - г. томография.
 - д. все перечисленные.
34. С какой целью создаются противотуберкулезные диспансерные учреждения?
- а. профилактики туберкулеза.
 - б. своевременное выявление туберкулеза.
 - в. лечение туберкулеза.
 - г. для организационно-методического руководства противотуберкулезной работой лечебно-профилактических заведений общей медицинской сети.
 - д. дифференциально-диагностические мероприятия
 - е. выполняют все перечисленные функции.
35. Какие больные принадлежат к группе повышенного риска заболевания туберкулезом?
- а. хроническим тонзиллитом.
 - б. сахарным диабетом
 - в. паховой грыжей.
 - г. гипертонической болезнью. д. аскаридозом.
36. Произведен посев мокроты с целью выявления микобактерий. На 3-й день инкубации на твердой среде появились колонии. Наличие колоний свидетельствует о чем:
- а. рост высоковирулентных микобактерий
 - б. рост атипичных микобактерий
 - в. рост неспецифической флоры вследствие неполноценной обработки мокроты перед посевом
 - г. рост I-форм микобактерий
 - д. рост микобактерий со сниженной вирулентностью.
37. У больного М., предварительный диагноз: инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого, фаза распада. Достоверный метод для подтверждения диагноза:
- а. исследование мокроты на МБТ
 - б. общий анализ крови
 - в. цитологическое исследование мокроты
 - г. проба Манту с 2 ТЕ.
 - д. бронхоскопия.
38. Каким препаратом и дозой туберкулина пользуются для проведения пробы Манту при массовой туберкулинодиагностике в России?
- а. очищенным сухим туберкулином дозой 2 ТЕ.
 - б. Альттуберкулином Коха 100 %.
 - в. ППД-Л в стандартном разведении дозой 2 ТЕ.
 - г. ППД-Л в стандартном разведении дозой 10 ТЕ.
 - д. ППД-Л в стандартном разведении дозой 5 ТЕ.
39. Какие из перечисленных факторов или заболеваний могут усиливать чувствительность к туберкулину?
- а. лимфогранулематоз.
 - б. голодание
 - в. старческий возраст
 - г. бронхиальная астма.
 - д. лечение кортикостероидами.

40. Каким препаратом пользуются для проведения скринингового исследования на туберкулез в России у детей в возрасте от 1 года до 7 лет?

- а. очищенным сухим туберкулином дозой 2 ТЕ.
- б. Альттуберкулином Коха 100 %
- в. ППД-Л в стандартном разведении дозой 2 ТЕ.
- г. Диаскинтест
- д. ППД-Л в стандартном разведении дозой 5 ТЕ.

Раздел 3.

41. Каким препаратом пользуются для проведения скринингового исследования на туберкулез в России у детей в возрасте от 8 лет?

- а. очищенным сухим туберкулином дозой 2 ТЕ.
- б. Альттуберкулином Коха 100 %.
- в. ППД-Л в стандартном разведении дозой 2 ТЕ.
- г. Диаскинтест
- д. ППД-Л в стандартном разведении дозой 5 ТЕ.

42. Какой из перечисленных факторов или заболеваний может снизить чувствительность организма к туберкулину?

- а. бронхиальная астма.
- б. гипертиреоз.
- в. корь.
- г. хронический тонзилит.
- д. все правильно

43. У ребенка 10-ти лет выявлен «вираж» туберкулиновой пробы. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л - инфильтрат диаметром 18 мм. Жалуется на повышение температуры тела до 37,2 - 37,5° С, кашель с мокротой. Анализ крови: Л- 7,9x10⁹/л, СОЭ - 21 мм/час. В 3-м сегменте правого лёгкого определяется неомогенное затемнение 4x5 см малой интенсивности с нечеткими контурами, связанное воспалительной дорожкой с расширенным, за счет увеличенных внутригрудных лимфатических узлов, корнем легкого. Какое рентгенологическое исследование нужно назначить ребенку для уточнения наличия деструкции в легкие?

- а. обзорную рентгенографию.
- б. флюорографию.
- в. томограмму на уровне бифуркации трахеи, КТ ОГП
- г. прицельную рентгенографию.
- д. прицельную флюорографию.

44. Что такое вираж туберкулиновых реакций?

- а. изменение чувствительности к туберкулину после первичного инфицирования туберкулезом от отрицательной в положительную
- б. впервые положительная реакция на туберкулин через год после вакцинации БЦЖ.
- в. появление гиперергической реакции на туберкулин у давно инфицированного ребенка.
- г. переход отрицательной реакции на туберкулин в положительную после вакцинации БЦЖ.
- д. отрицательная реакция на туберкулин у больных с прогрессирующими формами туберкулеза.

45. К фтизиатру направлен ребенок на консультацию с заключением: сомнительная реакция на туберкулин. Что Вы надеетесь увидеть при осмотре кожи предплечья в месте введения туберкулина?

- а. папула размером больше 5 мм.
- б. папула размером больше 17 мм.

- в. гиперемия какого-либо размера или папула размером 2 - 4 мм.
- г. папула больше 5 мм с везикулой в центре.
- д. папула размером 1 мм .
46. На консультацию к фтизиатру направлен ребенок с заключением “Положительная реакция на пробу Манту”. Что вы надеетесь увидеть на коже предплечья в месте введения туберкулина?
- а. гиперемия размером больше 5 мм.
- б. папула размером 5 – 17 мм.
- в. папула размером больше 17 мм.
- г. гиперемия размером больше 15 мм.
- д. папула размером 2 – 4 мм.
47. В основе туберкулиновых реакций лежит
- а. повышенная чувствительность замедленного типа
- б. взаимодействие антигена с антителом
- в. взаимодействие туберкулина с антителами
- г. аллергическая реакция
- д. повышенная чувствительность немедленного типа
48. Для диагностики патологических процессов в кортикальном слое легких применяется биопсия:
- а. трансбронхиальная
- б. игловая трансторакальная
- в. аспирационной катетер-биопсией
49. Для диагностики диссеминированных процессов в легких неясной этиологии наиболее информативная
- а. краевая резекция легких
- б. аспирационная катетер-биопсия
- в. браш-биопсия
- г. иглоочная аспирационная биопсия
50. Основное преимущество бактериологического метода обнаружения МБТ перед бактериоскопическим :
- а. высокая информативность
- б. скорость
- в. доступность
- г. дешевизна
- д. все ответы верны
51. У подростка 14 лет в поликлинике на обзорной рентгенограмме в нижней доле правого легкого выявлен округлый фокус затемнения с нечеткими контурами и увеличенные лимфатические узлы в правом корне. Рентгенологическое обследование проводили потому, что у подростка была выявлена гиперергическая проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л - инфильтрат диаметром 20 мм. В данный момент жалобы отсутствуют. Приблизительно 1,5 месяца тому назад у подростка отмечалась слабость, недомогание, ухудшение аппетита. Объективно: кожные покровы бледные, периферические лимфатические узлы не увеличены. Анализ крови: Л-7,6х10⁹/л, п-6%, л-19%, СОЭ -17 мм/час. Что нужно делать с подростком? (несколько правильных ответов)
- а. провести курс химиопрофилактики
- б. наблюдать в противотуберкулезном диспансере.
- в. сделать компьютерную томографию ОГП
- г. провести исследование мокроты на МБТ методом бактериоскопии, ПЦР
- д. консультация фтизиатра
52. Наиболее опасные осложнения при трансбронхиальной биопсии легких:

- а. газовая эмболия, легочное кровотечение, травматический пневмоторакс
 - б. бронхоспазм, аспирационная пневмония
 - в. лимфонодулярный свищ, острый бронхит
 - г. прогрессирование основного заболевания
53. Какие тесты не относят к быстрым при определении МБТ в мокроте:
- а. ДНК-чип
 - б. ПЦР
 - в. посев на среду Левенштейна-Йенсена
 - г. ВАСТЕС
54. С помощью какого метода можно обнаружить МБТ, если их в 1 мл мокроты есть 20 -100 микроорганизмов?
- а. микроскопии
 - б. флотации
 - в. полимеразноцепной реакции
 - г. люминисцентной микроскопии
 - д. посева
55. Осложнением бронхоскопии является все, кроме:
- а. бронхоспазм
 - б. кровотечение
 - в. травма
 - г. пневмония
 - д. плеврит
56. Находятся ли в туберкулине МБТ (какие)?
- а. не находятся
 - б. убитые
 - в. ослабленные
 - г. штамм БЦЖ
 - д. L-формы
57. Что содержится в препарате Диаскинтест
- а. рекомбинантные белки
 - б. убитые МБТ
 - в. ослабленные МБТ
 - г. штамм БЦЖ д. L-формы
- 58.Какая реакция на препарат Диаскинтест считается положительной
- а. отсутствие инфильтрата и гиперемии в месте введения препарата
 - б. инфильтрат 5-15мм
 - в. гиперемия без инфильтрата
59. Какого вида реакция обычно возникает при пробе Манту у больных туберкулезом?
- а. местная
 - б. общая и местная
 - в. общая и очаговая
 - г. очаговая
 - д. общая
60. Какая туберкулиновая проба должна применяться у здоровых при массовой туберкулинодиагностике (выявление впервые инфицированных, отбор контингентов к ревакцинации, определение инфицированности населения, выявления лиц с гиперергической реакцией)?
- а. Манту с 2 ТЕ

- б. Манту с 5 ТЕ
- в. внутрикожное титрование
- г. проба Коха
- д. градуированная Пирке

Раздел 4.

61. На выявлении каких изменений в биоптате основывается гистологическое подтверждение туберкулезного характера воспаления
- а. клеток Пирогова-Лангханса, казеозного некроза.
 - б. клеток инородных тел, фибробластов.
 - в. большого количества нейтрофилов, колликвационного некроза.
 - г. пролиферации лимфоцитов, LE-клеток.
 - д. пролиферации низкодифференцированных клеток.
62. Какое определение роли клинического исследования крови у больных туберкулезом является самым верным?
- а. позволяет поставить этиологический диагноз.
 - б. не имеет никакого значения.
 - в. позволяет оценить выраженность воспалительных и интоксикационных изменений в организме
 - г. лежит в основе дифференциальной диагностики.
63. Какая мокрота более характерна для больных туберкулезом легких?
- а. слизисто-гнойная, без запаха, 10-50 мл на сутки.
 - б. гнойная с резким неприятным запахом, ржавого цвета, до 500 мл.
 - в. гнойная без запаха, до 300 мл.
 - г. слизисто-водянистая, 50-100 мл.
 - д. гнойно-кровянистая с неприятным запахом, 100-150 мл на сутки.
64. Какой из компонентов принадлежит к этиологической диагностике туберкулеза?
- а. выявление характерных изменений крови.
 - б. выявление характерных изменений иммунного статуса.
 - в. выявление МБТ в патологическом материале.
 - г. оценка клинических проявлений заболевания.
 - д. выявление инфицирования МБТ
65. Какой метод позволяет определить чувствительность микобактерий к противотуберкулезным препаратам?
- а. бактериоскопический
 - б. бактериологический .
 - в. метод флотации.
 - г. ИФА.
 - д. биологический.
66. Какой метод позволяет проводить типирование микобактерий?
- а. прямая микроскопия.
 - б. культуральное исследование.
 - в. биологическая проба.
 - г. ИФА.
 - д. все перечисленное
67. Какой метод выявления МБТ является самым экономичным?
- а. прямая микроскопия.
 - б. культуральное исследование.

- в. биологический .
 - г. ПЦР.
 - д. ИФА.
68. Кто открыл *m. tuberculosis*?
- а. Фрейд
 - б. Кюри
 - в. Кох
 - г. Ваксман
 - д. Левенштейн
69. МБТ имеют чаще всего форму
- а. палочки
 - б. зернистую
 - в. кокковую
 - г. нитеподобную
 - д. все правильно
70. Палочка Коха может трансформироваться
- а. в риккетсии
 - б. в вирусы
 - в. в L-формы
 - г. все перечислено
71. Врачи какой специальности должны активно выявлять больных, подозрительных на туберкулез:
- а. терапевты
 - б. педиатры
 - в. фтизиатры
 - г. любой врачебной специальности
72. В группу повышенного риска заболевания туберкулезом входят:
- а. спортсмены
 - б. больные венерическими заболеваниями
 - в. злоупотребляющие алкоголем
 - г. работники милиции
73. В группу повышенного риска заболевания туберкулезом входят больные:
- а. сахарным диабетом
 - б. ИБС
 - в. мочекаменной болезнью
 - г. хроническим холециститом
74. При подозрении на туберкулез беременной производится:
- а. рентгенография грудной клетки с соблюдением защиты плода
 - б. флюорография
 - в. только анализ мокроты на МБТ
 - г. обследование откладывается до родов
75. Какой из контингентов лиц, обращающихся за медпомощью нуждается во флюорографическом обследовании: (несколько ответов)
- а. артериальная гипертензия
 - б. диспепсические расстройства
 - в. длительный субфебрилитет
 - г. артралгия с припуханием суставов

д. кашель с мокротой

е. учащенное и болезненное мочеиспускание

76. Метод общедоступной и срочной лабораторной диагностики МБТ, выполнимый в любом лечебно-профилактическом учреждении:

а. метод флотации

б. прямая бактериоскопия

в. бактериологическое исследование

г. люминесцентная бактериоскопия

77. Основной метод рентгенологической диагностики заболеваний органов грудной клетки в пульмонологической и фтизиатрической клинике:

а. обзорная рентгенография в 2-х проекциях (прямая и боковая)

б. рентгеноскопия

в. томография

78. Назовите наиболее результативный метод выявления микобактерий в материале:

а. люминесцентная микроскопия

б. прямая бактериоскопия

в. ПЦР

г. метод флотации

д. бактериологическое исследование

79. Кого не относят к группе повышенного риска заболевания туберкулезом?

а. детей с выражением туберкулиновой реакции

б. подростков с выражением туберкулиновой реакции

в. взрослых с выражением туберкулиновой реакции

г. лиц с гиперергическими реакциями на туберкулин

д. лиц с нормергическими реакциями на туберкулин

80. Соответствие между чувствительностью к туберкулину и результатом пробы Манту с 2ТЕ:

1. анергия А. уколочная точка

2. сомнительная чувствительность Б. папула 3 мм

3. слабая степень чувствительности В. гиперемия 6 мм

4. выраженная степень чувствительности Г. папула 15 мм

5. папула 8 мм

Раздел 6.

81. Основными задачами массовой туберкулинодиагностики являются все, кроме:

а. отбор лиц, первично инфицированных микобактериями туберкулёза

б. отбор лиц для вакцинации и ревакцинации БЦЖ

в. выделение группы лиц с повышенным риском заболевания туберкулёзом

г. отбор контингентов для стационарного лечения

д. определение показателя инфицированности и ежегодного риска инфицирования

82. Методом раннего выявления туберкулеза среди взрослого населения является:

а. туберкулинодиагностика

б. флюорография

в. исследование мокроты

г. иммуноферментный анализ

83. Методом раннего выявления туберкулеза среди детей и подростков является:

а. иммуноферментный анализ

б. исследования мокроты

в. флюорография

г. туберкулинодиагностика

84. Самым чувствительным методом обнаружения МБТ в мокроте является:

а. бактериоскопия с окраской по Цилю-Нильсену

б. люминисцентная микроскопия

в. биологический метод

г. посев на среду Левенштейна-Йенсена

д. серологический метод

85. Обязательны ли жалобы у больного туберкулезом легких?

а. обязательны

б. не обязательны

86. От чего зависит наличие жалоб у больного? (несколько ответов)

а. возраста

б. пола

в. распространенности процесса

г. фазы процесса

д. осложнений

87. Какие жалобы включает интоксикационный синдром?

а. потливость

б. повышение температуры тела

г. раздражительность

д. диспепсические расстройства

е. сниженный аппетит

ж. все перечисленное

88. Какие жалобы включает бронхо-легочно-плевральный синдром?

а. кашель

б. выделение мокроты

в. кровохарканье

г. боль в грудной клетке

д. одышка

е. все перечисленное

89. О чем свидетельствует боль в грудной клетке у больного туберкулезом?

а. поражение корня легкого

б. поражение легочной ткани

в. поражение плевры

г. поражение бронхов

Раздел 6.

90. Перечислите лабораторные методы выявления туберкулеза.

а. бактериоскопический (микроскопический)

б. гистологический

в. бактериологический (культуральный)

г. биологический.

д. все перечисленное

91. Перечислите бактериоскопические методы выявления МБТ. (несколько ответов)

а. бактериоскопия

б. посев

- в. метод флотации
 - г. люминесцентная микроскопия
92. Больному проведен посев мокроты на твердую среду. Через какое время можно получить результат исследования?
- а. через 2-3 недели
 - б. через 72 часа
 - в. через 60-90 суток
93. Причинами несвоевременного выявления туберкулеза являются
- а. дефекты в профилактической работе
 - б. неполноценное обследование в поликлинике и стационаре
 - в. небрежное отношение больного к своему здоровью
 - г. незнание врачами общей сети «масок» туберкулеза (врачебные ошибки)
 - д. все перечисленное
94. Для своевременного выявления туберкулеза необходимо проводить:
- а. массовые профилактические обследования населения на туберкулез
 - б. обследование на туберкулез больных в общих и специализированных лечебных учреждениях
 - в. регулярное и качественное обследование групп риска по туберкулезу
 - г. санитарно-просветительную работу с населением
 - д. все перечисленное
95. Наряду с окраской мазка по Цилю-Нильсену для выявления МБТ может быть использована...
- а. зонография
 - б. торакоскопия
 - в. люминесцентная микроскопия
 - г. нативная оптическая микроскопия
 - д. телегамматерапия
96. Для активного туберкулеза легких при умеренной интоксикации картина крови характеризуется...
- а. ускоренной СОЭ и умеренным лейкоцитозом
 - б. неизменным СОЭ и количеством лейкоцитов
 - в. крайне высокими величинами СОЭ и лейкоцитоза
 - г. нормальный СОЭ и лейкопенией
 - д. высокой СОЭ и лейкопенией
97. Основным методом своевременного выявления туберкулеза у взрослых остается в России...
- а. массовая туберкулинодиагностика (проба Манту)
 - б. массовая туберкулинодиагностика (проба Пирке)
 - в. массовая флюорография и флюорография декретированных групп
 - г. массовые профилактические осмотры
 - д. массовое бактериологическое обследование
98. При массовых осмотрах с целью выявления скрыто текущих заболеваний органов дыхания используются...
- а. рентгеноскопия
 - б. обзорная рентгенография
 - в. флюорография
 - г. томография
 - д. зонография
99. Среди температурных реакций для больного туберкулезом наиболее характерна...

- а. гектическая лихорадка
- б. пониженная температура тела
- в. утренняя лихорадка
- г. субфебрильная температура
- д. разница между утренней и вечерней температурой 4°-5°

100. Высокая эффективность и предупреждение ошибочных заключений при проведении флюорографии достигается...

- а. дополнительным проведением бактериологического исследования
- б. многократным проведением флюорографии в течение года
- в. тем, что рулон снимков разрезается на кадры
- г. тем, что рулон снимков просматривается дважды
- д. тем, что рулон снимков долго хранится

1 а 24 г47 а70 д93 д

2 г 25.в48 б71 д94 д

3 а 26 а49 г72 д95 г

4 а 27 в50 б73 а96 д

5 б 28 в51 б74 г97 г

6 в 29 в52 б75 а98 д

7 а 30 д53 б76 г99 д

8 а 31 г54 б77 а100 г

9 д 32 в55 а78 д101 г

10 б33 е56 в79 б

11 б34 б57 г80 г

12 в35 г58 г81 а

13 д36 а59 б82 б

14 в37 б60 в83 в

15 б38 а61 г84 д

16 в39 а62 а85 б

17 б40 в63 в86 а

18 г41 г64 г87 б

19 в42 а65 в88 в

20 б43 а66 в89 а

21 б44 б67 г90 а

22 в45 а68 е91 б

23 д46 б69 б92 в