

№ 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 «Фтизиатрия»  
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 31.08.51 «Фтизиатрия»**

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 «Фтизиатрия». 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. 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 «Фтизиатрия» способствует качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый фонд оценочных средств по специальности 31.08.51 «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 «Фтизиатрия»  
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
<b>Вид контроля</b>	<b>Текущий промежуточный</b>		
1.	Эпидемиология и организация борьбы с туберкулезом	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
2.	Теоретические вопросы фтизиатрии	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
3.	Диагностика туберкулеза органов дыхания.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
4.	Первичный туберкулез.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
5.	Вторичные формы туберкулеза.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
6.	Внелегочные формы туберкулеза.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
7.	Лечение туберкулеза	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
8.	Профилактика туберкулеза.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.

## **Вопросы для текущего контроля знаний**

### **Раздел 1. Эпидемиология и организация борьбы с туберкулезом**

1. Этиология туберкулеза микобактерия - морфологическое строение свойства. Виды микобактерий туберкулеза формы изменчивости.
2. «Атипичные» микобактерии. Эпидемиологическое и клиническое значение различных видов и форм микобактерий.
3. Источники и пути передачи туберкулезной инфекции восприимчивость к заболеванию людей и различных животных.
4. Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу в различных возрастных группах. Распространенность туберкулеза в зависимости от экологических и социальных условий.
5. Эпидемиологические особенности туберкулеза в современных условиях.
6. Заражение туберкулезом пути проникновения и распространения микобактерий в организме человека. Местные и общие реакции организма на туберкулезную инфекцию.
7. Роль наследственных факторов в развитии туберкулеза. Генетические факторы определяющие восприимчивость организма к туберкулезной инфекции и особенности течения туберкулезного процесса. Значение генетических факторов в прогнозировании исхода первичного инфицирования при туберкулезе. Лечебная тактика при туберкулезе в зависимости от особенностей генотипа.

### **Раздел 2. Теоретические вопросы фтизиатрии**

1. Понятие о гранулематозном процессе. Туберкулезная гранулема. Виды туберкулезных гранулем. Тканевые реакции при туберкулезе.
2. Морфологическая сущность параспецифических реакций при туберкулезе. Морфологические изменения при первичных и вторичных формах туберкулеза. Морфологическая характеристика остаточных изменений после перенесенного туберкулеза. Причины смерти больных туберкулезом.
3. Патоморфоз туберкулеза. Идиопатический и индуцированный патоморфоз.
4. Естественная резистентность к туберкулезу и противотуберкулезный иммунитет.
5. Особенность формирования противотуберкулезного иммунитета.
6. Повышенная чувствительность замедленного типа. Аллергия и иммунитет при туберкулезе.
7. Туберкулиновые пробы реакция организма на туберкулин биологическая сущность. Значение иммунологических тестов в диагностике туберкулеза и определении его активности.
8. «Органный» и «изолированный» туберкулез в эксперименте. Изучение различных методов специфической терапии на модели экспериментального туберкулеза. Изучение побочных

эффектов противотуберкулезных средств на модели экспериментального туберкулеза: аллергенности мутагенности канцерогенности токсичности.

9. Туберкулиновые пробы реакция организма на туберкулин биологическая сущность. Значение иммунологических тестов в диагностике туберкулеза и определении его активности.
10. «Органный» и «изолированный» туберкулез в эксперименте. Изучение различных методов специфической терапии на модели экспериментального туберкулеза. Изучение побочных эффектов противотуберкулезных средств на модели экспериментального туберкулеза: аллергенности мутагенности канцерогенности токсичности.

### **Раздел 3. Диагностика туберкулеза органов дыхания.**

1. Функциональные методы обследования в диагностике туберкулеза. Функциональное исследование системы внешнего дыхания. Функциональные тесты в диагностике дыхательной недостаточности.
2. Микроскопия мокроты на МБТ метод флотации люминисцентная микроскопия.
3. Бактериологическое и биологическое исследование. Исследование МБТ на вирулентность чувствительность к химиопрепаратам.
4. Современные молекулярно-генетические и ускоренные методы исследования микобактерий туберкулеза.
5. Методы рентгенологического обследования больных туберкулезом органов дыхания (рентгеноскопия рентгенография томография флюорография компьютерная томография).
6. Использование различных методов лучевой диагностики для дифференциальной диагностики туберкулеза органов дыхания (бронхография ангиопульмонография ультразвуковые исследования радионуклидное исследование).
7. Гемограмма в клинике туберкулеза и ее диагностическое значение. Гематологические пробы и их значение лабораторные тесты для определения лекарственной непереносимости противотуберкулезных препаратов.
8. Цитологическое исследование мокроты бронхиолоальвеолярного смыва экссудата ликвора. Иммуноферментный метод в диагностике туберкулеза (серологическая верификация диагноза).
9. Биохимические исследования в клинике туберкулеза. Роль биохимических исследований при определении лечебной тактики и вида патогенетической терапии при туберкулезе.

### **Раздел 4. Первичный туберкулез.**

1. Клиническая классификация туберкулеза. Международная классификация (МКБ 10). Основные принципы построения современной клинической классификации. Формулировка диагноза и изменение его в результате лечения.
2. Первичный туберкулез. Патогенез первичного туберкулеза у детей и подростков взрослых. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков. Ранняя и хроническая туберкулезная интоксикация. Клинические признаки течение лечение.
3. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Клиническая и рентгенологическая диагностика поражения лимфатических узлов средостения. Особенности дифференциальной диагностики лечения.
4. Миллиарный туберкулез. Патогенез и патоморфология миллиарного туберкулеза легких. Диагностика клиника характер рентгенологических изменений при миллиарном туберкулезе. Варианты клинического течения. Особенности лечения больных миллиарным туберкулезом.
5. Генерализованные формы туберкулеза. Острый туберкулезный сепсис Исходы прогноз и трудоспособность при генерализованном туберкулезе легких. Дифференциальная диагностика.
6. Диссеминированные формы туберкулеза. Патогенез гематогенной лимфогенной и бронхогенной диссеминации. Острый подострый и хронический диссеминированный туберкулез легких патологоанатомические и рентгенологические признаки. Диагностика клиника и лечение диссеминированного туберкулеза легких. Исходы прогноз и экспертиза трудоспособности при диссеминированном туберкулезе легких. Дифференциальная диагностика.

## **Раздел 5. Вторичные формы туберкулеза.**

1. Очаговый туберкулез легких. Патогенез и патоморфология очагового туберкулеза легких. Методы выявления клиника и течение очаговых форм туберкулеза. Дифференциальная диагностика. Методы определения активности туберкулезных очагов. Лечение и исходы очагового туберкулеза легких
2. Инфильтративный туберкулез легких. Патогенез и патоморфология инфильтративного туберкулеза. Клинико-рентгенологические варианты особенности их течения. Дифференциальная диагностика. Лечение исходы и прогноз инфильтративного туберкулеза.
3. Казеозная пневмония. Патогенез и патоморфология казеозной пневмонии. Клинические рентгенологические и лабораторные признаки казеозной пневмонии. Дифференциальная диагностика. Лечение исходы и прогноз при казеозной пневмонии. Экспертиза трудоспособности при казеозной пневмонии
4. Туберкулема легких. Патогенез и патоморфология туберкулем легкого. Особенности клинической картины туберкулем легкого. Дифференциальная диагностика. Лечение и исходы в зависимости от величины туберкулемы и фазы процесса.
5. Кавернозный туберкулез легких. Патогенез каверны легкого. Морфологическое строение каверны. Дифференциальная диагностика. Клиническая характеристика кавернозного туберкулеза легких. Течение. Лечение. Санитарные каверны. Исходы прогноз.
6. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Причины формирования фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Морфологические признаки. Клинико-рентгенологическая характеристика фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Клинические варианты. Дифференциальная диагностика. Осложнения фиброзно-кавернозного туберкулеза. Лечение больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. Исходы прогноз и трудоспособность при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких.
7. Цирротический туберкулез легких. Патогенез и патоморфология цирротического туберкулеза легкого. Основные клинические синдромы рентгенологические признаки. Дифференциальная диагностика. Течение и особенности лечения. Осложнения цирротического туберкулеза легких. Исходы прогноз и экспертиза трудоспособности при цирротическом туберкулезе.
8. Разновидность пневмокониозов частота сочетания с туберкулезом легких. Силикоз: этиология патогенез патоморфологические изменения. Особенности клинических проявлений заболеваний при их сочетании. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика силикотуберкулеза. Рентгенологическая характеристика силикотуберкулеза. Лечебная тактика исходы. Профилактика.
9. Плевриты. Патогенез и классификация туберкулезных плевритов. Фибринозные сухие и экссудативные туберкулезные плевриты. Клиническая рентгенологическая и цитологическая диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания для пункции плевральной полости и эвакуации плевральной жидкости методика их проведения. Лечение и исходы плевритов.

## **Раздел 6. Внелегочные формы туберкулеза.**

1. Туберкулез в/дых. путей трахеи бронхов. Патогенез туберкулеза дыхательных путей и полости рта у больных туберкулезом органов дыхания. Симптомы. Показания для эндоскопического исследования дыхательных путей у больных туберкулезом и другими заболеваниями легких. Особенности лечения.
2. Туберкулез костей и суставов. Классификация формулировка диагноза. Клинические проявления. Методы диагностики. Лечение: антибактериальная терапия и патогенетическая терапия хирургические методы лечения (показания). Профилактические мероприятия.
3. Туберкулез мочеполовой системы. Классификация формулировка диагноза. Клинические проявления. Методы диагностики. Лечение: консервативное и хирургическое (показания). Профилактика.
4. Туберкулез глаз. Клинические формы. Методы диагностики. Лечение и профилактика.
5. Туберкулез кожи и подкожной жировой клетчатки. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Осложнения. Лечение и профилактика.

6. Туберкулез мозговых оболочек ЦНС. Классификация. Клинические проявления. Патоморфоз туберкулезного менингита. Диагностика. Лечение. Профилактика.

#### **Раздел 7. Лечение туберкулеза**

1. Противотуберкулезные антибактериальные препараты. Характеристика методы введения побочные реакции. Контроль за эффективностью антибактериальной химиотерапии.
2. Основные принципы и виды патогенетической терапии. Антиоксиданты иммуномодуляторы и иммунокорректоры патогенетические средства анаболического действия: показания методика применения. Контроль эффективности патогенетической терапии.
3. Хирургическое лечение туберкулеза легких. Виды хирургических вмешательств. Показания к различным видам хирургического лечения. Осложнения при различных видах хирургического лечения профилактика.
4. Санаторное лечение. Показания для санаторного лечения. Организация химиотерапии в условиях санатория. Оценка эффективности санаторного лечения.

#### **Раздел 8. Профилактика туберкулеза.**

1. Противотуберкулезный диспансер структура организация работы. Диспансерный метод наблюдения. Диспансерная группировка. Характеристика наблюдаемых контингентов.
2. Методы раннего выявления туберкулеза у детей подростков и взрослых. Понятие о своевременном несвоевременном и позднем выявлении туберкулеза.
3. Вакцинация БЦЖ. Техника введения вакцины сроки показания противопоказания. Осложнения вакцинации и их лечение. Химиопрофилактика показания и методика.
4. Санитарная профилактика туберкулеза. Бытовые эпидочаги туберкулеза. Классификация. Проведение оздоровительных мероприятий в очагах туберкулезной инфекции. Мероприятия по изоляции бактериовыделителей. Средства и методы дезинфекции.
5. Экспертиза трудоспособности больных туберкулезом. Временная нетрудоспособность сроки показания для направления больных туберкулезом на МРЭК. Клинический и трудовой прогноз и стойкая утрата трудоспособности. Группы инвалидности.
6. Реабилитация при туберкулезе. Медицинская социальная и профессиональная реабилитация больных туберкулезом. Ограничения профессиональной деятельности в связи перенесенным туберкулезом. Трудоустройство больных туберкулезом.
7. Методы и формы санитарно-просветительной работы среди больных туберкулезом и населения. Формирование принципов здорового образа жизни.



### Вопросы для проведения зачета

1. Возбудитель туберкулеза морфологическое строение свойства. Виды микобактерий туберкулеза формы изменчивости. «Атипичные» микобактерии. Эпидемиологическое и клиническое значение различных видов и форм микобактерий.
2. Источники и пути передачи туберкулезной инфекции восприимчивость к заболеванию людей и различных животных.
3. Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу в различных возрастных группах. Распространенность туберкулеза в зависимости от экологических и социальных условий. Эпидемиологические особенности туберкулеза в современных условиях.
4. Заражение туберкулезом пути проникновения и распространения микобактерий в организме человека. Местные и общие реакции организма на туберкулезную инфекцию.
5. Роль наследственных факторов в развитии туберкулеза. Генетические факторы определяющие восприимчивость организма к туберкулезной инфекции и особенности течения туберкулезного процесса. Значение генетических факторов в прогнозировании исхода первичного инфицирования при туберкулезе. Лечебная тактика при туберкулезе в зависимости от особенностей генотипа.
6. Понятие о гранулематозном процессе. Туберкулезная гранулема. Виды туберкулезных гранулем. Тканевые реакции при туберкулезе. Морфологическая сущность параспецифических реакций при туберкулезе. Морфологические изменения при первичных и вторичных формах туберкулеза. Морфологическая характеристика остаточных изменений после перенесенного туберкулеза. Причины смерти больных туберкулезом.
7. Патоморфоз туберкулеза. Идиопатический и индуцированный патоморфоз.
8. Естественная резистентность к туберкулезу и противотуберкулезный иммунитет. Особенность формирования противотуберкулезного иммунитета.
9. Повышенная чувствительность замедленного типа. Аллергия и иммунитет при туберкулезе.
10. Туберкулиновые пробы реакция организма на туберкулин биологическая сущность. Значение иммунологических тестов в диагностике туберкулеза и определении его активности.
11. «Органный» и «изолированный» туберкулез в эксперименте. Изучение различных методов специфической терапии на модели экспериментального туберкулеза. Изучение побочных эффектов противотуберкулезных средств на модели экспериментального туберкулеза: аллергенности мутагенности канцерогенности токсичности.
12. Функциональные методы обследования в диагностике туберкулеза. Функциональное исследование системы внешнего дыхания. Функциональные тесты в диагностике дыхательной недостаточности.
13. Микроскопия мокроты на МБТ метод флотации люминисцентная микроскопия.
14. Бактериологическое и биологическое исследование. Исследование МБТ на вирулентность чувствительность к химиопрепаратам.
15. Современные молекулярно-генетические и ускоренные методы исследования микобактерий туберкулеза.
16. Методы рентгенологического обследования больных туберкулезом органов дыхания (рентгеноскопия рентгенография томография флюорография компьютерная томография).
17. Использование различных методов лучевой диагностики для дифференциальной диагностики туберкулеза органов дыхания (бронхография ангиопульмонография ультразвуковые исследования радионуклидное исследование).
18. Гемограмма в клинике туберкулеза и ее диагностическое значение. Гематологические пробы и их значение лабораторные тесты для определения лекарственной непереносимости противотуберкулезных препаратов.
19. Цитологическое исследование мокроты бронхиолоальвеолярного смыва экссудата ликвора. Иммуноферментный метод в диагностике туберкулеза (серологическая верификация диагноза).
20. Биохимические исследования в клинике туберкулеза. Роль биохимических исследований при определении лечебной тактики и вида патогенетической терапии при туберкулезе.
21. Бронхоскопия показания методика проведения. Бронхиолоальвеолярный лаваж показания методика проведения клиническая оценка.

22. Показания для эндобронхиальной и трансbronхиальной биопсии. Виды биопсий сравнительная эффективность. Осложнения при эндобронхиальных исследованиях их профилактика и лечение.
23. Торакоскопия и видеоторакоскопия. Показания наложение искусственного пневмоторакса методика проведения. Показания для торакоскопической биопсии. Осложнения торакоскопии их профилактика и лечение.
24. Медиастиноскопия показания методика проведения и взятия биоптатов. Осложнения медиастиноскопии и пути их устранения.
25. Пункция и эксцизионная биопсия периферических лимфатических узлов. Показания методика проведения.
26. Клиническая классификация туберкулеза. Международная классификация (МКБ 10). Основные принципы построения современной клинической классификации. Формулировка диагноза и изменение его в результате лечения.
27. Первичный туберкулез. Патогенез первичного туберкулеза у детей и подростков взрослых. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков. Ранняя и хроническая туберкулезная интоксикация. Клинические признаки течение лечение.
28. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Клиническая и рентгенологическая диагностика поражения лимфатических узлов средостения. Особенности дифференциальной диагностики лечения.
29. Миллиарный туберкулез. Патогенез и патоморфология миллиарного туберкулеза легких. Диагностика клиника характер рентгенологических изменений при миллиарном туберкулезе. Варианты клинического течения. Особенности лечения больных миллиарным туберкулезом.
30. Генерализованные формы туберкулеза. Острый туберкулезный сепсис Исходы прогноз и трудоспособность при генерализованном туберкулезе легких. Дифференциальная диагностика.
31. Диссеминированные формы туберкулеза. Патогенез гематогенной лимфогенной и бронхогенной диссеминации. Острый подострый и хронический диссеминированный туберкулез легких патологоанатомические и рентгенологические признаки. Диагностика клиника и лечение диссеминированного туберкулеза легких. Исходы прогноз и экспертиза трудоспособности при диссеминированном туберкулезе легких. Дифференциальная диагностика.
32. Очаговый туберкулез легких. Патогенез и патоморфология очагового туберкулеза легких. Методы выявления клиника и течение очаговых форм туберкулеза. Дифференциальная диагностика. Методы определения активности туберкулезных очагов. Лечение и исходы очагового туберкулеза легких
33. Инфильтративный туберкулез легких. Патогенез и патоморфология инфильтративного туберкулеза. Клинико-рентгенологические варианты особенности их течения. Дифференциальная диагностика. Лечение исходы и прогноз инфильтративного туберкулеза.
34. Казеозная пневмония. Патогенез и патоморфология казеозной пневмонии. Клинические рентгенологические и лабораторные признаки казеозной пневмонии. Дифференциальная диагностика. Лечение исходы и прогноз при казеозной пневмонии. Экспертиза трудоспособности при казеозной пневмонии
35. Туберкулема легких. Патогенез и патоморфология туберкулем легкого. Особенности клинической картины туберкулем легкого. Дифференциальная диагностика. Лечение и исходы в зависимости от величины туберкулемы и фазы процесса.
36. Кавернозный туберкулез легких. Патогенез каверны легкого. Морфологическое строение каверны. Дифференциальная диагностика. Клиническая характеристика кавернозного туберкулеза легких. Течение. Лечение. Санитарные каверны. Исходы прогноз.
37. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Причины формирования фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Морфологические признаки. Клинико-рентгенологическая характеристика фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Клинические варианты. Дифференциальная диагностика. Осложнения фиброзно-кавернозного туберкулеза. Лечение больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. Исходы прогноз и трудоспособность при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких.
38. Цирротический туберкулез легких. Патогенез и патоморфология цирротического туберкулеза легкого. Основные клинические синдромы рентгенологические признаки. Дифференциальная

диагностика. Течение и особенности лечения. Осложнения цирротического туберкулеза легких. Исходы прогноз и экспертиза трудоспособности при цирротическом туберкулезе.

39. Разновидность пневмокониозов частота сочетания с туберкулезом легких. Силикоз: этиология патогенез патоморфологические изменения. Особенности клинических проявлений заболеваний при их сочетании. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика силикотуберкулеза. Рентгенологическая характеристика силикотуберкулеза. Лечебная тактика исходы. Профилактика.

40. Плевриты. Патогенез и классификация туберкулезных плевритов. Фибринозные сухие и экссудативные туберкулезные плевриты. Клиническая рентгенологическая и цитологическая диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания для пункции плевральной полости и эвакуации плевральной жидкости методика их проведения. Лечение и исходы плевритов.

41. Туберкулез в/дых. путей трахеи бронхов. Патогенез туберкулеза дыхательных путей и полости рта у больных туберкулезом органов дыхания. Симптомы. Показания для эндоскопического исследования дыхательных путей у больных туберкулезом и другими заболеваниями легких. Особенности лечения.

42. Ателектаз. Развития и клинические варианты ателектазов. Диагностика и лечение исходы.

43. Легочно-сердечная недостаточность. Хроническое легочное сердце стадии развития клинические проявления. Диагностика и лечение.

44. Амилоидоз внутренних органов. Клинические проявления диагностика и лечение.

45. Легочное кровотечение Лечение кровотечения классификация механизм развития. Дифференциальная диагностика. Профилактика легочных кровотечений.

46. Спонтанный пневмоторакс. Спонтанный пневмоторакс механизм развития виды. Методы диагностики спонтанного пневмоторакса. Лечение и исходы спонтанного пневмоторакса. Рецидивирующий спонтанный пневмоторакс. Дифференциальная диагностика.

47. Анафилактический шок. Определение. Варианты течения. Неотложная помощь.

Дифференциальная диагностика.

48. Астматический статус. Определение. Варианты течения. Неотложная помощь.

Дифференциальная диагностика

49. Отек легких. Определение. Варианты течения. Неотложная помощь. Дифференциальная диагностика

50. Туберкулез костей и суставов. Классификация формулировка диагноза. Клинические проявления. Методы диагностики. Лечение: антибактериальная терапия и патогенетическая терапия хирургические методы лечения (показания). Профилактические мероприятия.

51. Туберкулез мочеполовой системы. Классификация формулировка диагноза. Клинические проявления. Методы диагностики. Лечение: консервативное и хирургическое (показания). Профилактика.

52. Туберкулез глаз. Клинические формы. Методы диагностики. Лечение и профилактика.

53. Туберкулез кожи и подкожной жировой клетчатки. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Осложнения. Лечение и профилактика.

54. Туберкулез мозговых оболочек ЦНС. Классификация. Клинические проявления. Патоморфоз туберкулезного менингита. Диагностика. Лечение. Профилактика.

55. Саркоидоз. Этиология патогенез патоморфология иммунология саркоидоза. Классификация клиническое течение. Рентгенологическая бронхологическая лабораторная диагностика саркоидоза. Особенности лечения саркоидоза. Исходы прогноз диспансеризация экспертиза трудоспособности при саркоидозе.

56. Туберкулез и хронические неспецифические болезни легких. Патогенез заболеваний при их сочетании. Своеобразие клинических проявлений. Особенности рентгенологической характеристики. Бронхоскопическая картина. Лабораторная диагностика. Лечебная тактика. Исходы. Профилактика.

57. Туберкулез и микозы. Разновидность микозов частота сочетания с туберкулезом легких. Особенности клинических проявлений заболеваний. Лабораторная диагностика. Рентгенологическая диагностика. Лечебная тактика исходы. Профилактика микозов при туберкулезе легких.

58. Туберкулез легких и сахарный диабет. Патогенетические механизмы сочетания. Особенности клинических проявлений заболеваний при сочетании. Лабораторная диагностика. Рентгенологическая характеристика. Особенности лечебной тактики исходы. Профилактика.
59. Туберкулез легких и язвенная болезнь. Патогенетическая взаимосвязь. Своеобразие клинического течения заболеваний при их сочетании. Диагностика язвенной болезни при туберкулезе. Рентгенологическая характеристика. Лечебная тактика исходы. Профилактика.
60. Туберкулез легких и алкоголизм. Особенности клинических проявлений и течения заболеваний при их сочетании. Особенности лечебной тактики исходы. Профилактика.
61. Туберкулез легких и заболевания почек. Особенности клинического течения лечебная тактика. Прогноз.
62. Туберкулез и психические заболевания. Выявление туберкулеза в условиях психиатрических учреждений. Диагностика психических нарушений у больных туберкулезом. Особенности клинических проявлений. Лечение и профилактика.
63. Туберкулез и заболевания сердечно-сосудистой системы. Патогенез сочетания. Методы диагностики. Своеобразие клинических проявлений. Лечебная тактика исходы. Профилактика
64. Туберкулез и пороки развития легких. Патогенетическая взаимосвязь. Методы диагностики. Особенности течения и клинических проявлений. Особенности лечебной тактики.
65. Туберкулез и рак легкого. Патогенез сочетания. Методы диагностики. Особенности клинического течения заболеваний при их сочетании. Лечебная тактика прогноз. Профилактика.
66. Туберкулез и ВИЧ-инфекция. Туберкулез – маркер СПИДа. Патогенез сочетанного процесса. Особенности туберкулеза у больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных. Лечебная тактика прогноз. Профилактика.
67. Туберкулез и наркомания. Особенности клинического течения заболеваний при их сочетании. Лечебная тактика прогноз. Профилактика.
68. Туберкулез и табакокурение. Особенности клинического течения заболеваний при их сочетании. Лечебная тактика прогноз. Профилактика.
69. Туберкулез и беременность. Беременность и роды – фактор риска заболевания туберкулезом. Показания для прерывания беременности при туберкулезе легких. Особенности течения туберкулеза легких во время беременности. Диагностика туберкулеза во время беременности и в послеродовом периоде особенности лечебной тактики. Профилактика туберкулеза.
70. Противотуберкулезные антибактериальные препараты. Характеристика методы введения побочные реакции. Контроль за эффективностью антибактериальной химиотерапии.
71. Основные принципы и виды патогенетической терапии. Антиоксиданты иммуномодуляторы и иммунокорректоры патогенетические средства анаболического действия: показания методика применения. Контроль эффективности патогенетической терапии.
72. Хирургическое лечение туберкулеза легких. Виды хирургических вмешательств. Показания к различным видам хирургического лечения. Осложнения при различных видах хирургического лечения профилактика.
73. Санаторное лечение. Показания для санаторного лечения. Организация химиотерапии в условиях санатория. Оценка эффективности санаторного лечения.
74. Противотуберкулезный диспансер структура организация работы. Диспансерный метод наблюдения. Диспансерная группировка. Характеристика наблюдаемых контингентов.
75. Методы раннего выявления туберкулеза у детей подростков и взрослых. Понятие о своевременном несвоевременном и позднем выявлении туберкулеза.
76. Вакцинация БЦЖ. Техника введения вакцины сроки показания противопоказания. Осложнения вакцинации и их лечение. Химиопрофилактика показания и методика.
77. Санитарная профилактика туберкулеза. Бытовые очаги туберкулеза. Классификация. Проведение оздоровительных мероприятий в очагах туберкулезной инфекции. Мероприятия по изоляции бактериовыделителей. Средства и методы дезинфекции.
78. Экспертиза трудоспособности больных туберкулезом. Временная нетрудоспособность сроки показания для направления больных туберкулезом на МРЭК. Клинический и трудовой прогноз и стойкая утрата трудоспособности. Группы инвалидности.

79. Реабилитация при туберкулезе. Медицинская социальная и профессиональная реабилитация больных туберкулезом. Ограничения профессиональной деятельности в связи перенесенным туберкулезом. Трудоустройство больных туберкулезом.
80. Методы и формы санитарно-просветительной работы среди больных туберкулезом и населения. Формирование принципов здорового образа жизни.

**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 № 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 ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ**

**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 клинико-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°С. 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.



**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 № 4**

**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 С<sub>2</sub> 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 узловой 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°C. Красновато-синюшные пятна на коже голени. 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 ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ**

**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: Л— $120 \times 10^9$  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 ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ**

**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<sup>6</sup>°С в вечернее время утром нормальная. Кашель к этому моменту усиливается слабость нарастает появляется чувство разбитости появляется головная боль.

Объективно: температура тела 38<sup>3</sup>°С. 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.  $36 \times 10^{12}$  г/л Нв–115 г/л э–3 п–9 л–14 м–11 Л– $91 \times 10^9$  г/л СОЭ – 29 мм/час. Общий анализ мочи без особенностей.

Рентгенологически: справа в С<sub>1</sub> С<sub>2</sub> С<sub>6</sub> 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.  $328 \times 10^{12}$  г/л Нв -106 г/л лейкоциты  $115 \times 10^9$  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  $46 \times 10^9$ /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 С<sub>2</sub> 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 С<sub>1</sub>С<sub>2</sub>С<sub>6</sub> 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.

№ ОРД-ФТИЗ-22

**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 **«Фтизиатрия»**  
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 2022г. протокол № 8.

г. Владикавказ 2022 г.

## Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов (всего)	стр. с __ по __
1	2	3	4
<b>Вид контроля</b>	<b>Текущий /Промежуточный</b>		
1.	Эпидемиология и организация борьбы с туберкулезом	20	
2.	Теоретические вопросы фтизиатрии	20	
3.	Диагностика туберкулеза органов дыхания.	20	
4.	Первичный туберкулез.	20	
5.	Вторичные формы туберкулеза.	20	
6.	Внелегочные формы туберкулеза.	20	
7.	Лечение туберкулеза	20	
8.	Профилактика туберкулеза.	20	

## Эталоны тестовых заданий по дисциплине «Фтизиатрия»

### Раздел 1

1. К социальным факторам благоприятствующим распространению туберкулеза относятся
  - а) неблагоприятные жилищно-бытовые условия
  - б) материальная необеспеченность
  - в) низкий интеллектуальный уровень
  - г) беспорядочный образ жизни
  - (+) д) все перечисленное
2. Под очагом туберкулезной инфекции следует понимать
  - а) больного выделяющего БК
  - б) жилище больного выделяющего БК
  - в) окружение больного выделяющего БК
  - (+) г) все перечисленное
3. Самым опасным очагом туберкулезной инфекции является
  - (+) а) бактериовыделитель с наличием в окружении его детей или лиц с асоциальным поведением
  - б) скудный бактериовыделитель при контакте только со взрослыми
  - в) бактериовыделитель с факультативным выделением БК и при контакте только со взрослыми
4. Профилактические мероприятия по туберкулезу в общежитиях включают
  - а) предупреждать вселение больных туберкулезом
  - б) исключать переселение заболевшего туберкулезом
  - в) выделение больному туберкулезом отдельной комнаты (квартиры)
  - (+) г) все перечисленное
5. Предупреждение заражения туберкулезом человека от животных включает
  - а) выявление и уничтожение больного туберкулезом животного
  - б) постоянный бактериологический контроль за молоком и молочными продуктами
  - в) постоянный бактериологический контроль за мясом забитых животных
  - (+) г) все перечисленное
6. В противотуберкулезном учреждении для профилактики туберкулеза среди сотрудников необходимо иметь все перечисленное кроме
  - а) отдельного гардероба и специальной одежды для персонала
  - б) отдельного помещения для приема пищи
  - (+) в) отдельной регистратуры
7. Для предупреждения распространения туберкулеза следует проводить все перечисленные виды дезинфекции кроме
  - а) текущей
  - б) заключительной
  - (+) в) постоянной
8. Для проведения противотуберкулезной вакцинации диспансер осуществляет
  - а) подготовку врачей и медицинских сестер по вакцинации
  - б) методическое руководство и инструктирование
  - в) вакцинацию и ревакцинацию детей и подростков из очагов туберкулезной инфекции
  - г) изоляцию бактериовыделителей на период формирования поствакцинального иммунитета
  - (+) д) все перечисленное
9. Химиопрофилактика туберкулеза показана лицам
  - а) контактирующим с бактериовыделителем
  - б) с выраженной туберкулиновой чувствительности
  - в) состоящим на учете в III и VII группам диспансерного учета
  - г) имеющим повышенный риск заболеть туберкулезом
  - (+) д) всем перечисленным
10. Задачами санитарно-эпидемиологических станций являются
  - а) организация профосмотров на туберкулез
  - б) участие в организации вакцинации и ревакцинации против туберкулеза
  - в) регистрация и учет бактериальных больных и работа в очаге

г) контроль за декретированными группами по их обследованию на туберкулез

(+) д) все перечисленное

11. 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

12. 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

13. Основными источниками туберкулезной инфекции для человека являются

а) предметы окружающей среды

б) продукты питания

(+) в) больной человек

г) все перечисленное

14. Чаще других поражаются туберкулезом и могут явиться источником заражения человека следующие виды животных

(+) а) крупный рогатый скот

б) кошки и собаки

в) птицы и крупный рогатый скот

15. Заражение человека туберкулезом чаще происходит

а) аэрогенным и трансплацентарным путем

(+) б) алиментарным и аэрогенным путем

в) контактным и аэрогенным путем

16. Инфицированию и заболеванию туберкулезом при контакте с бактериовыделителем чаще подвергаются

(+) а) дети первых двух лет жизни

б) дети до 10-11 лет и подростки (12-16 лет)

в) молодые люди до 39 лет

г) лица среднего возраста 40-59 лет

д) пожилые люди (60 лет и старше)

17. Наиболее защищенными в настоящее время от туберкулеза в силу естественной резистентности а также благодаря профилактическим мероприятиям оказались

а) дети и подростки

(+) б) дети и лица среднего возраста (40-59 лет)

в) дети и молодые люди (20-39 лет)

г) дети и пожилые люди (60 лет и старше)

18. Заболевание туберкулезом в настоящее время чаще выявляются

а) у детей

б) у подростков

(+) в) у лиц молодого возраста (до 40 лет)

г) у лиц среднего возраста (40-59 лет)

д) у пожилых людей (60 лет и старше)

19. Чаще заболевают туберкулезом и умирают от него

(+) а) мужчины

б) женщины

в) одинаково часто и мужчины и женщины

20. В возрасте 70 лет и старше чаще заболевают туберкулезом и умирают от него

а) мужчины



- (+) б) женщины
- в) одинаково часто и мужчины и женщины

## Раздел 2 Теоретические основы фтизиатрии

1. Возбудители туберкулеза относятся к виду

- (+) а) бактерий
- б) грибов
- в) простейших
- г) вирусов

2. Выделяют все следующие типы микобактерий туберкулеза кроме

- а) бычьего типа
- б) птичьего типа
- в) человеческого типа
- (+) г) атипичных

3. Наибольшую роль в эпидемиологии и клинике туберкулеза человека играют

- а) микобактерии птичьего типа
- (+) б) микобактерии человеческого типа
- в) атипичные микобактерии
- г) микобактерии бычьего типа

4. К основным биологическим особенностям возбудителя туберкулеза которые делают его устойчивым к внешним воздействиям относятся все перечисленные кроме

- а) своеобразия строения оболочки микобактерий
- б) усиленного размножения
- (+) в) среды обитания и способности выработать устойчивость к химиопрепаратам
- г) большого содержания липидов

5. Повышают приспособление микобактерий туберкулеза к изменяющимся условиям существования все перечисленное кроме

- (+) а) усиленного размножения
- б) трансформации
- в) реверсии
- г) анабиоза

6. Изменения микобактерий туберкулеза происходят под влиянием

- а) вакцинации
- б) химиопрофилактики
- в) химиотерапии
- г) изменений внешней среды
- (+) д) всего перечисленного

116

007. Наиболее часто обнаруживают микобактерии во всех перечисленных видах материала полученного от больного туберкулезом кроме

- а) плевральной жидкости
- (+) б) промывных вод желудка и моче
- в) мокроты
- г) промывных вод бронхов

117

008. Наиболее эффективен и достоверен в выявлении микобактерий метод исследования

- а) люминесцентная микроскопия
- (+) б) культуральный посев
- в) бактериоскопия
- г) биохимическое исследование
- д) все перечисленное

118

009. Палочка Коха может трансформироваться

- а) в риккетсии
  - б) в вирусы
  - (+) в) в L-формы и фильтрующиеся вирусоподобные формы
  - г) в кокки
10. Известно в настоящее время около
- а) 5 видов атипичных микобактерий
  - б) 10 видов атипичных микобактерий
  - в) 20 видов атипичных микобактерий
  - (+) г) 40 видов атипичных микобактерий
  - д) 100 видов атипичных микобактерий
11. Атипичные микобактерии по отношению к организму человека могут проявлять
- а) патогенные свойства
  - б) сапрофитные свойства
  - в) непатогенные свойства
  - г) вирулентные свойства
  - (+) д) все перечисленные
12. Наиболее опасными для человека являются следующие группы атипичных микобактерий
- а) фотохромогенные
  - б) нефотохромогенные
  - (+) в) быстрорастущие
  - г) скотохромогенные
13. Атипичные микобактерии обитают
- а) в почве
  - б) среди животных
  - в) в водоемах
  - г) среди птиц
  - (+) д) все ответы правильные
14. Атипичные микобактерии могут вызывать у человека
- а) пневмонию
  - б) лепру
  - в) туберкулез
  - г) бронхиты
  - (+) д) микобактериозы
15. Для идентификации атипичных микобактерий наиболее достоверны
- а) биологические методы
  - б) биохимические методы
  - в) иммунологические методы
  - (+) г) культуральные методы
16. Возникновение заболевания туберкулезом определяют следующие условия кроме
- а) контакта с возбудителем
  - б) проникновения его в ткани
  - (+) в) фагоцитоза возбудителя тканевыми или альвеолярными макрофагами с лизисом или выделением из организма
  - г) фиксации в тех или иных органах с образованием в них очага воспаления
17. Ребенок при контакте с бактериовыделителем чаще взрослого инфицируется и заболевает туберкулезом вследствие
- а) постнатальной морфологической дифференциации тканей органов дыхания
  - (+) б) не полностью сформировавшихся механизмов защиты легких
  - в) высокой реактивности организма ребенка
18. Генетическая зависимость различной поражаемости и неодинакового течения туберкулеза в пределах одного биологического вида организма
- а) теоретически возможна но не доказана
  - б) невозможна
  - (+) в) возможна и подтверждена как в лабораторных условиях так и клинической практикой

19. Следующая патология эндокринной системы отрицательно влияет на течение туберкулезного процесса

- а) тиреотоксикоз
- б) микседема
- в) кортико-адреналовая недостаточность - аддисонизм
- (+) г) диабет
- д) акромегалия

20. Возможны следующие пути проникновения возбудителя в организм человека

- а) аэрогенный
- б) алиментарный
- в) трансплацентарный
- г) контактный
- (+) д) все перечисленные

### **Раздел 3 Методы обследования больных туберкулезом**

1. Жалобы больного туберкулезом органов дыхания

- а) слишком субъективны и не отражают истинной клинической картины заболевания
- б) только частично отражают истинную клинику и симптоматику заболевания
- (+) в) объективно и в достаточной мере отражают истинную клинику заболевания

2. Ценность субъективных ощущений больного (жалоб) возрастают

- (+) а) при остром начале заболевания
- б) при постепенном начале заболевания
- в) при хроническом течении процесса

3. Жалобы больного туберкулезом

- а) специфичны для этого заболевания и позволяют по ним провести дифференциальную диагностику с другой легочной патологией
- б) имеют черты специфичности и позволяют заподозрить туберкулез органов дыхания
- (+) в) неспецифичны и не позволяют с уверенностью судить о природе заболевания

4. Условия жизни больного

- а) не оказывают существенного влияния на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса
- (+) б) оказывают существенное влияние на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса
- в) оказывают только некоторое влияние на риск заболеть туберкулезом и совсем мало влияют на его течение

5. Семейный анамнез представляет для фтизиатра интерес с точки зрения

- а) наличия или отсутствия контакта с родственниками больными заразной формой туберкулеза
- б) семейной предрасположенностью к данному инфекционному заболеванию
- (+) в) как контакта с родственником больным туберкулезом так и семейной предрасположенностью к бронхолегочным заболеваниям

6. Клиническая симптоматика начала заболевания и его течение до выявления туберкулеза

- (+) а) может существенно повлиять на формирование диагноза клинической формы туберкулеза после завершения обследования больного
- б) обычно мало влияет на концепцию о клинико-рентгенологической форме легочного туберкулеза
- в) не сказывается на оценке клинико-рентгенологической формы легочного туберкулеза

7. Формы туберкулеза легких протекающие с массивным размножением микобактерий туберкулеза в тканях и выраженной экссудативной реакцией в очаге (очагах) поражения выявляются с помощью

- (+) а) клинических методов исследования
- б) флюорографических методов исследования
- в) лабораторных методов исследования

8. Формы туберкулеза протекающие с малым накоплением микобактерий туберкулеза в очаге (очагах) поражения и характеризующиеся преимущественно продуктивной воспалительной реакцией выявляются обычно
- а) клиническим методом исследования
  - (+) б) флюорографическим методом исследования
  - в) лабораторным методом исследования
9. Больные легочным туберкулезом с бактериовыделением предъявляют жалобы на недомогание лихорадку кашель с мокротой
- а) в 20-30% случаев
  - б) в 30-50% случаев
  - (+) в) в 80-90% случаев
10. Туберкулезу органов дыхания более свойственно
- а) острое начало заболевания
  - (+) б) подострое начало заболевания
  - в) бессимптомное начало заболевания
11. При туберкулезе органов дыхания между данными клинических методов исследования и изменениями обнаруженными на рентгенограмме как правило
- а) имеется полное соответствие
  - б) нет полного соответствия клиническая симптоматика более богата
  - (+) в) нет полного соответствия рентгенологические изменения более обширны
12. Участок поражения легкого туберкулезом определяется с помощью перкуссии при его субплевральном расположении и размере
- а) от 2-3 см
  - (+) б) от 4-5 см
  - в) от 7-8 см
13. Участок уплотнения легочной ткани определяется методом перкуссии при его расположении
- (+) а) в субплевральном отделе
  - б) в промежуточном отделе легкого
  - в) в глубине легкого
14. Хрипы в легких при дыхании возникают
- а) в респироне легкого и респираторных бронхиолах
  - б) в терминальных бронхиолах
  - (+) в) в бронхах
  - г) в строме легкого
15. Мелкопузырчатые влажные хрипы в легких возникают обычно при поражении
- а) мелких (мембранных) бронхов
  - (+) б) бронхов среднего калибра (5-8-го порядка)
  - в) крупных (1-4-го порядка) бронхов
16. Облегчает обнаружение хрипов в легких
- а) форсированное дыхание больного
  - б) кашель
  - (+) в) подкашливание с последующим резким вдохом
17. Клинически малосимптомно и без изменений выявляемых с помощью физических методов исследования протекает
- (+) а) очаговый туберкулез легких
  - б) инфильтративный туберкулез легких
  - в) диссеминированный туберкулез
  - г) фиброзно-кавернозный туберкулез
  - д) цирротический туберкулез
18. Клинической симптоматикой как правило сопровождается
- а) очаговый туберкулез легких
  - б) туберкулема легких
  - (+) в) инфильтративный туберкулез легких

19. Обычно протекает инанпероцептно и выявляется только при массовой флюорографии населения

- (+) а) туберкулема легких
- б) инфильтративная форма туберкулеза легких
- в) цирротическая форма туберкулеза легких

20. Выраженность патологических сдвигов в клиническом анализе крови и в ряде биохимических показателей крови и ее сыворотки определяется всеми следующими показателями кроме

- а) распространенности поражения легких
- б) наличия и выраженности экссудативных и казеозных изменений
- (+) в) длительности туберкулезного процесса
- г) особенностей реакции костного мозга и некоторых других

#### **Раздел 4 Первичный туберкулез.**

1. Так называемый "первичный туберкулезный комплекс" - это

- а) первичный туберкулез характеризующийся наличием туберкулезных изменений в легких
- б) туберкулез характеризующийся наличием инфильтрата в легких воспалительной дорожки к корню легкого и регионарным лимфаденитом
- (+) в) туберкулез первичного периода характеризующийся наличием очага или инфильтрата в легком воспалительной дорожки и регионарным лимфаденитом

2. Так называемый "первичный туберкулезный комплекс" чаще наблюдается на территориях

- (+) а) с высокой заболеваемостью туберкулезом
- б) со средним уровнем заболеваемости туберкулезом
- в) с низким уровнем заболеваемости туберкулезом
- г) с любым уровнем заболеваемости туберкулезом

3. Для первичного туберкулезного комплекса наиболее характерны морфологические изменения в виде всего перечисленного кроме

- а) экссудативных реакций
- (+) б) продуктивных реакций
- в) казеозного некроза в легких
- г) казеозного некроза в лимфатических узлах корня легкого

4. Для неосложненного первичного комплекса наиболее характерен

- а) сухой кашель
- б) влажный кашель
- в) боли в груди
- (+) г) синдром интоксикации

5. Неосложненный первичный комплекс характеризуется следующими рентгенологическими признаками: 1) расширением и смазанностью структуры тени корня легкого 2) гомогенной тенью захватывающей сегмент легкого с объемным его уменьшением 3) гомогенным участком затемнения легкого с нечеткими контурами 4) группой мягких очагов в одном сегменте легкого 5) группой мягких очагов в разных сегментах легкого б) воспалительной дорожкой к корню

- (+) а) правильные ответы 1 3 и 6
- б) правильные ответы 1 2 и 6
- в) правильные ответы 2 4 и 5
- г) правильные ответы 3 4 и 5
- д) правильные ответы 1 4 и 6

6. Первичный туберкулезный комплекс необходимо дифференцировать

- а) с раком легкого с метастазами в лимфатические узлы легкого
- (+) б) с острой пневмонией
- в) с пороком развития легкого
- г) с эозинофильным инфильтратом

7. При лечении больных первичным туберкулезным комплексом необходимо учитывать все следующие особенности химиотерапии этих больных кроме

- а) выбора препарата с учетом возможной первичной лекарственной устойчивости МБТ
- б) подбора химиопрепаратов с учетом наличия казеозного некроза
- в) удлинения сроков химиотерапии с учетом замедленного заживления туберкулеза в лимфатических узлах
- (+) г) учета того что у больного молодого возраста ранее никогда не применялись химиопрепараты

8. Кальцинаты в лимфатических узлах при заживлении первичного туберкулезного комплекса

- а) формируются всегда
- б) не формируются
- в) формируются в порядке исключения
- (+) г) формируются при выраженном казеозном некрозе

9. Формирование кальцинатов в лимфатическом узле при заживлении первичного туберкулезного комплекса зависит

- а) от характера проведенного лечения
- б) от величины лимфатического узла
- (+) в) от выраженности казеозного некроза в лимфатическом узле
- г) от наличия или отсутствия осложнений процесса

10. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов - это

- а) туберкулез органов дыхания с обязательным поражением внутригрудных лимфатических узлов
- б) туберкулез первичного периода с поражением внутригрудных лимфатических узлов
- в) туберкулез с локализацией во внутригрудных лимфатических узлах
- (+) г) заболевание туберкулезом первичного или вторичного периода инфекционного процесса основной локализацией которого является поражение внутригрудных лимфатических узлов

11. Туморозный вариант туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов характеризуется

- а) большим размером поражения лимфатических узлов
  - б) выраженным казеозным некрозом
  - в) склонностью к осложненному течению
  - г) гиперергическими туберкулиновыми пробами
  - (+) д) всеми перечисленными признаками
12. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов может осложниться
- а) туберкулезом бронхов и бронхолегочным поражением
  - б) ателектазом
  - в) диссеминацией
  - г) плевритом
  - (+) д) всем перечисленным

13. На обзорной и боковой рентгенограммах грудной клетки больного 20 лет средняя доля правого легкого уменьшена в объеме и гомогенно затемнена структура тени правого корня легкого смазана правый купол диафрагмы расположен на уровне 5-го межреберья. Для уточнения диагноза больному необходимо

- а) исследовать мокроту на клетки опухоли
- б) исследовать мокроту на МБТ
- в) произвести бронхоскопию
- г) произвести пробное лечение
- (+) д) правильные ответы б) и в)

14. При неосложненной инфильтративной форме туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов наблюдаются все следующие рентгенологические признаки за исключением

- (+) а) тень корня смещена наружный контур ее четкий бугристый
- б) тень корня расширена
- в) структура тени корня смазана
- г) тень корня деформирована

д)наружный контур тени нечеткий

15.Инфильтративную форму туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов отличает от опухолевой следующий рентгенологический признак

а)тень корня расположена обычно

б)тень корня расширена

в)структура тени корня смазана

г)тень корня деформирована

(+) д)наружный контур тени нечеткий

16.Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов требует проведения дифференциальной диагностики

а)с неспецифическим лимфаденитом

б)с лимфогранулематозом

в)с саркоидозом

г)со злокачественной опухолью

(+) д)со всем перечисленным

17."Малая форма" туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов характеризуется следующими рентгенологическими признаками: 1)тень корня расположена обычно 2)тень корня расширена 3)тень корня не расширена 4)тень корня обычной формы 5)тень корня деформирована 6)наружный контур тени корня бугристый 7)структура тени корня смазана 8)тень корня структурна

а)правильные ответы 1 4 6 и 7

б)правильные ответы 1 2 6 и 7

в)правильные ответы 1 3 5 и 8

(+) г)правильные ответы 1 3 4 и 7

д)правильные ответы 2 4 6 и 8

18.При проведении химиотерапии у больных туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов необходимо учитывать все перечисленное кроме

а)наличия казеозных изменений в лимфатических узлах

(+) б)молодого возраста

в)большой вероятности первичной лекарственной устойчивости МБТ

г)замедленных темпов репаративных процессов

19.Кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах указывают на то что

а)туберкулезный процесс потерял активность

б)туберкулезный процесс находится в фазе кальцинации

в)туберкулез перешел в хроническую стадию

(+) г)необходимо провести уточнение активности туберкулезных изменений

20.Бронхолегочное поражение характеризуется следующими признаками

а)туберкулезом крупного бронха

б)ателектазом

в)неспецифическим воспалением в ателектазированном участке легкого

г)туберкулезным воспалением в ателектазированном участке легкого

(+) д)всеми перечисленными признаками

## **Раздел 5 Вторичные формы туберкулеза.**

1.Очаговый туберкулез легких - это

а)туберкулезный процесс ограниченной протяженности

б)туберкулезный процесс характеризующийся стертой клинической картиной при выявлении и торпидном течении

в)туберкулезный процесс характеризующийся наличием очаговых изменений в легких

γ г)туберкулезный процесс характеризующийся стертой клинической картиной торпидным течением скудным бактериовыделением а также наличием одиночных или множественных очаговых изменений в легких разного генеза и давности с локализацией в одном или обоих легких в пределах одного-двух сегментов

2. Основными клинико-рентгенологическими вариантами очагового туберкулеза легких являются все указанные ниже кроме
- а) свежего (мягко-очагового)
  - б) хронического (фиброзно-очагового)
  - ✓ в) неактивного
- 404
3. Основными путями распространения инфекции при очаговом туберкулезе легких могут быть все перечисленные ниже кроме
- ✓ а) гематогенного
  - б) лимфогенного
  - в) бронхогенного
4. Частота очагового туберкулеза легких среди впервые выявленных больных составляет
- а) 10-20%
  - ✓ б) 30-40%
  - в) 50-60%
  - г) 70-80%
5. Частота очагового туберкулеза легких среди диспансерного контингента 1-й и 2-й групп учета составляет
- а) 10-15%
  - б) 20-30%
  - ✓ в) 40-50%
  - г) 60-70%
6. Клинические проявления заболевания при обнаружении очагового туберкулеза легких чаще
- а) выраженные
  - б) стертые
  - в) отсутствуют
  - ✓ г) правильные ответы б) и в)
7. Рентгенологически очаг в легких определяется
- ✓ а) как любая пятнистая характеристика тень диаметром до 1 см
  - б) как патологическая тень в легком являющаяся отображением патологического процесса не выходящего за пределы доли легкого
  - в) любое патологическое образование размером поражения не более 1 см<sup>3</sup>
8. Очаговые тени в легких могут служить отображением
- а) сосудов и интерстициальных изменений разного происхождения
  - б) периферического и центрального рака легкого
  - в) пневмонии
  - г) туберкулеза
  - ✓ д) всего перечисленного
9. Гемограмма у больных с впервые выявленным очаговым туберкулезом легких чаще характеризуется всем указанным ниже кроме
- ✓ а) выраженных патологических сдвигов и резко ускоренной СОЭ
  - б) умеренных патологических сдвигов и незначительной ускоренной СОЭ
  - в) отсутствия патологических сдвигов и нормальной СОЭ
10. При исследовании мокроты у больных с впервые выявленными очаговым туберкулезом легких микобактерии обнаруживаются чаще
- а) при бактериоскопии
  - ✓ б) при культуральном исследовании
  - в) обоими методами
  - г) ни одним из методов
11. Частота обнаружения микобактерий у больных очаговым туберкулезом легких составляет
- а) 10-20%
  - б) 30-40%
  - ✓ в) до 50%



г)свыше 50%

12.Распространенность поражения при очаговом туберкулезе легких охватывает обычно

а)один сегмент легкого

б)один-два сегмента легкого

в)один-два сегмента обоих легких

✓ г)все ответы правильные

13.Локализация в пределах сегмента при очаговом туберкулезе легких характеризуется чаще

а)поражением всего сегмента

б)поражением его центральных отделов

✓ в)поражением его кортикальных отделов

14.Взаимное расположение очагов при очаговом туберкулезе легких чаще представлено

а)равномерным поражением

б)густым расположением очагов

в)хаотичным их расположением

✓ г)групповым расположением очагов

15.Частота распада в легочной ткани при очаговом туберкулезе легких составляет

а)2-3%

✓ б)4-8%

в)10-14%

г)15-20%

16.Размеры полости распада при очаговом туберкулезе легких характеризуются

✓ а)малыми размерами

б)средними размерами

в)значительными размерами

г)любыми из перечисленных

17.Полости распада при очаговом туберкулезе легких характеризуются

а)тонкими стенками

б)толстыми стенками

✓ в)относительно тонкими но неравномерно утолщенными стенками

г)наличием горизонтального уровня жидкости

18.В пользу активности туберкулеза при очаговых изменениях в легких указывает интенсивность очаговых теней которая в этом случае будет

а)малой

б)разной

в)высокой

✓ г)правильные ответы а) и б)

19.Наружные контуры очаговых теней в легких при наличии активности туберкулезного процесса являются

а)четкими

✓ б)размытыми

в)закономерности не выявляется

20.Достоверными признаками активности очаговых изменений в легких являются все перечисленные ниже кроме

✓ а)высокой лихорадки и резких сдвигов в гемограмме и протеинграмме

б)жалоб на слабость повышенной утомляемости небольшого кашля со скудной мокротой

в)положительной реакции Манту и положительной белково-туберкулиновой пробы

г)обнаружения микобактерий туберкулеза

д)положительных рентгенологических сдвигов при пробной химиотерапии

### **Внелегочный туберкулез**

1.Основным путем распространения туберкулезной инфекции на мочеполовую систему является

а)контактный

✓ б)гематогенный

в)лимфогенный

г) интраканаликулярный

2. Туберкулезные изменения в почке локализуются преимущественно

а) в мозговом слое

✓ б) в корковом слое

в) в чашечно-лоханочной системе

3. Частота поражения мочеполовой системы туберкулезом составляет

а) около 10%

б) около 5%

✓ в) около 2.5%

г) около 1.5-2.0%

4. Заболевшие мочеполовым туберкулезом наблюдаются по группе учета

✓ а) V группе

б) I группе

в) III группе

г) IVa б группе учета

5. Сочетание туберкулеза мочеполовой системы со специфическими поражениями других органов

а) не наблюдается

✓ б) наблюдается нередко

в) иногда встречается

6. Наиболее частой формой туберкулеза мочевой системы является

а) туберкулезный папиллит

б) фиброзно-кавернозная

в) кавернозная

✓ г) паренхиматозная (туберкулез почечной паренхимы)

7. Наиболее характерными для туберкулеза мочевой системы клиническими признаками являются

а) ноющие боли в области поясницы

б) изменения в моче в виде гематурии

в) острая боль в животе

г) субфебрилитет

✓ д) изменения в моче в виде лейкоцитурии

8. Симптомы интоксикации для клинического течения нефротуберкулеза

а) характерны

б) не характерны

✓ в) встречаются не всегда

9. Основными методами выявления туберкулеза мочевой системы являются

а) рентгенологический

✓ б) микробиологический

в) туберкулиновых проб

г) клинический

10. Среди инструментальных методов исследования наибольшее значение для распознавания туберкулеза мочевого пузыря имеет

а) ретроградная пиелография

✓ б) цистоскопия

в) внутривенная урография

г) инфузионная урография

д) хромоцистография

11. Внутривенная урография для диагностики туберкулеза почек

а) является единственным методом диагностики

✓ б) не является единственным методом диагностики

в) является малоэффективным методом диагностики

12. С целью определения нарушения функции почек радиоизотопная ренография

✓ а) может быть применена

- б) не применяется  
в) применяется иногда
13. О функциональном состоянии почек наиболее полное суждение может быть получено с помощью
- а) анализа мочи  
б) анализа мочи по Нечипоренко  
в) пробы Зимницкого  
V г) пробы Реберга - Тареева
14. Для диагностики туберкулеза мочевой системы особенно у детей и подростков следует учитывать
- а) наличие контакта с больными туберкулезом  
б) ранее перенесенный внелегочный туберкулез  
в) текущий туберкулез других локализаций  
V г) все вышеперечисленные факторы
15. Туберкулинодиагностика в ранней диагностике нефротуберкулеза
- а) не имеет существенного значения  
V б) имеет важное значение  
в) должна приниматься во внимание
16. Основным путем выявления туберкулеза мочеполовой системы является
- а) обследование контактов  
V б) обращение к врачу  
в) систематическая постановка туберкулиновых проб  
г) исследование анализа мочи  
д) проведение обзорной рентгенографии органов брюшной полости
17. Для выявления больных туберкулезом мочевой системы особое внимание следует обращать на лиц
- а) с опухолью почек  
б) с аномалией развития мочевой системы и с хроническими воспалительными заболеваниями почек  
в) с мочекаменной болезнью  
г) с нефрозом  
V д) с заболеваниями туберкулезом других органов
18. При обследовании больных с подозрением на туберкулез мочевой системы вспомогательное значение имеет
- а) рентгенологический метод  
б) микробиологический метод  
в) серологический метод  
V г) провокационная туберкулиновая проба
19. Оптимальные сочетания препаратов при лечении нефротуберкулеза - это лечение
- а) изониазидом + тизамидом и этамбутолом  
б) изониазидом + стрептомицином и протионамидом  
V в) изониазидом + рифампицином и этамбутолом
20. При лечении нефротуберкулеза у детей раннего возраста применяют повышение дозы специфических препаратов что обусловлено
- а) распространенностью туберкулезного процесса  
V б) высокой экскрецией препарата через мочевые пути  
в) непереносимостью препаратов

## **Раздел 6 Лечение больных туберкулезом**

1. Лечебная тактика при туберкулезе определяется
- а) возрастом больных  
б) клинической формой туберкулеза и наличием деструктивных изменений  
в) наличием массивного бактериовыделения

- г) наличием сопутствующих заболеваний и их характером  
V д) всем перечисленным
2. Под комплексным лечением больного туберкулезом понимают
- а) одновременное использование ряда лечебных средств и методов  
б) использование лечебных средств и методов направленных на одни и те же звенья патологического процесса  
V в) использование лечебных средств и методов направленных как на возбудителя заболевания так и на различные звенья и механизмы возникшего патологического процесса
3. Задачей комплексного лечения больного туберкулезом является
- а) воздействие на возбудителя заболевания  
б) улучшение фармакокинетики химиопрепаратов и повышение их концентрации в основной зоне специфического процесса  
в) повышение уровня защиты факторов организма больного улучшение репаративных процессов и нормализация процессов метаболизма  
г) снижение выраженности нежелательного побочного действия химиопрепаратов  
V д) все перечисленное
4. Составными элементами комплексного лечения является
- а) химиотерапия  
б) патогенетическая терапия  
в) симптоматическая терапия и лечение неотложных состояний  
г) хирургическое лечение  
V д) все перечисленное
5. Продолжительность лечения больного туберкулезом определяется
- а) возрастом больного  
б) клинической формой туберкулеза наличием деструктивных изменений и наличием и массивностью бактериовыделения  
в) наличием сопутствующих заболеваний  
г) наличием и скоростью наступления положительных сдвигов в результате лечения и характером формирующихся остаточных изменений  
V д) всем перечисленным
6. Необходимость стационарного этапа лечения больного туберкулезом определяется
- а) необходимостью всестороннего обследования с уточнением диагноза распространенности и локализации процесса осложнений и выявления сопутствующих заболеваний  
б) возможностью провести интенсивную терапию  
в) возможностью более современного подбора лечебных средств и методов  
г) лучшими условиями для контроля за проведением лечения  
V д) всем перечисленным
7. Продолжительность пребывания больного в стационаре определяется
- а) характером туберкулезного процесса и его осложнениями  
б) наличием сопутствующих заболеваний  
в) скоростью наступления положительных рентгенологических сдвигов и скоростью прекращения бактериовыделения  
г) переносимостью химиотерапии  
V д) всем перечисленным
8. Переход на амбулаторный этап лечения больного туберкулезом возможен
- а) при хорошей или удовлетворительной переносимости не менее двух противотуберкулезных химиопрепаратов  
б) после устранения вспышки инфекционного процесса  
в) после прекращения бактериовыделения  
г) при наметившейся в ходе лечения положительной рентгенологической динамики в течении процесса позволяющей прогнозировать достижение значительного улучшения в конце основного курса химиотерапии  
V д) все ответы правильные
9. Химиотерапия туберкулеза - это

- а) метод лечения туберкулеза с помощью различных химических веществ  
 б) метод воздействия на возбудителя заболевания  
 ✓ в) метод этиотропной терапии туберкулеза с помощью различных химических веществ  
 г) ведущий метод лечения туберкулеза
10. Химиопрепараты - это  
 а) вещества губительно влияющие на микобактерии туберкулеза  
 б) различные бактерицидные и бактериостатические препараты  
 ✓ в) вещества специфически поражающие возбудитель заболевания не оказывая существенного влияния на организм больного  
 г) различные химические соединения способствующие излечению больного туберкулезом
11. Основными механизмами действия химиопрепаратов на микробную популяцию являются  
 ✓ а) бактериостатический и бактерицидный эффект  
 б) ограничение распространения в организме возбудителя заболевания со стимуляцией защитных и иммунных сил организма
12. В понятие "фармакокинетика лекарственного препарата" входит все перечисленное кроме  
 а) всасывания препарата из места введения  
 б) распределения его по органам  
 в) биотрансформации  
 г) выделения  
 ✓ д) воздействия на клетки и ткани
13. Основным принципом на котором основана современная группировка противотуберкулезных препаратов является  
 а) химическое строение препаратов  
 б) эффективность препаратов  
 ✓ в) величина минимальной тормозящей концентрации  
 г) особенности фармакокинетики
14. Современная группировка противотуберкулезных препаратов предусматривает их разделение: 1) на препараты 1-го ряда 2) на препараты 2-го ряда 3) на препараты класса А 4) на препараты класса В 5) на препараты класса С  
 а) правильные ответы 1 и 2  
 ✓ б) правильные ответы 3 4 и 5
15. Основной предпосылкой эффективности химиотерапии туберкулеза является  
 а) хорошая переносимость лечения  
 б) высокий уровень защитных сил организма больного  
 ✓ в) чувствительность микобактерий к применяемым препаратам  
 г) хорошая или удовлетворительная фармакокинетика
16. Основным механизмом развития вторичной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза служит  
 а) адаптация  
 б) мутация  
 ✓ в) селекция
17. Наиболее точным определением лекарственной устойчивости микроорганизма является  
 а) отсутствие клинического эффекта при проведении химиотерапии  
 б) продолжение роста и размножения микроорганизма в присутствии антимикробного средства  
 ✓ в) переносимость микроорганизмом действия препарата в концентрации которая превышает возможный уровень его содержания в тканях организма человека
18. Химиопрепаратами с быстрым типом формирования лекарственно устойчивой микобактерии являются: 1) изониазид 2) рифампицин 3) стрептомицин 4) этамбутол 5) пипразинамид 6) этионамид 7) канамицин 8) виомицин 9) циклосерин 10) ПАСК 11) тибон  
 а) правильные ответы 1 2 3 4 8 9  
 б) правильные ответы 5 6 7 8 9 10  
 ✓ в) правильные ответы 1 2 3 5 6 7  
 г) правильные ответы 4 8 9 10 11

19.Химиопрепаратами с медленным типом формирования лекарственно устойчивой микобактерии являются: 1)изониазид 2)рифампицин 3)стрептомицин 4)этамбутол 5)пиразинамид 6)этионамид 7)канамицин 8)виомицин 9)цикloserин 10)ПАСК 11)тибон

а)правильные ответы 1 2 3 4 8 9

б)правильные ответы 5 6 7 8 9 10

в)правильные ответы 1 2 3 5 6 7

г)правильные ответы 4 8 9 10 11

20.Развитие перекрестной лекарственной устойчивости возможно между следующими парами химиопрепаратов: 1)изониазид - стрептомицин 2)стрептомицин - ПАСК 3)стрептомицин - этамбутол 4)ПАСК - этамбутол 5)стрептомицин - канамицин 6)изониазид - пиразинамид 7)этионамид - тибон 8)канамицин - биомицин 9)стрептомицин - рифампицин 10)стрептомицин - биомицин

а)правильные ответы 1 2 3 4

б)правильные ответы 5 6 7 8

в)правильные ответы 5 7 8 10

### **Раздел 7 Профилактика туберкулеза.**

1.В противотуберкулезном учреждении для профилактики туберкулеза среди сотрудников необходимо иметь все перечисленное кроме

а)отдельного гардероба и специальной одежды для персонала

б)отдельного помещения для приема пищи

(+) в)отдельной регистратуры

2.Для предупреждения распространения туберкулеза следует проводить все перечисленные виды дезинфекции кроме

а)текущей

б)заключительной

(+) в)постоянной

3.Для проведения противотуберкулезной вакцинации диспансер осуществляет

а)подготовку врачей и медицинских сестер по вакцинации

б)методическое руководство и инструктирование

в)вакцинацию и ревакцинацию детей и подростков из очагов туберкулезной инфекции

г)изоляция бактериовыделителей на период формирования поствакцинального иммунитета

(+) д)все перечисленное

4.Химиофилактика туберкулеза показана лицам

а)контактирующим с бактериовыделителем

б)с выраженной туберкулиновой чувствительности

в)состоящим на учете в III и VII группам диспансерного учета

г)имеющим повышенный риск заболеть туберкулезом

(+) д)всем перечисленным

5.Задачами санитарно-эпидемиологических станций являются

а)организация профосмотров на туберкулез

б)участие в организации вакцинации и ревакцинации против туберкулеза

в)регистрация и учет бациллярных больных и работа в очаге

г)контроль за декретированными группами по их обследованию на туберкулез

(+) д)все перечисленное

6.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

7. 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
8. Основными источниками туберкулезной инфекции для человека являются
- а) предметы окружающей среды
  - б) продукты питания
  - (+) в) больной человек
  - г) все перечисленное
9. Чаще других поражаются туберкулезом и могут явиться источником заражения человека следующие виды животных
- (+) а) крупный рогатый скот
  - б) кошки и собаки
  - в) птицы и крупный рогатый скот
10. Заражение человека туберкулезом чаще происходит
- а) аэрогенным и трансплацентарным путем
  - (+) б) алиментарным и аэрогенным путем
  - в) контактным и аэрогенным путем
11. Инфицированию и заболеванию туберкулезом при контакте с бактериовыделителем чаще подвергаются
- (+) а) дети первых двух лет жизни
  - б) дети до 10-11 лет и подростки (12-16 лет)
  - в) молодые люди до 39 лет
  - г) лица среднего возраста 40-59 лет
  - д) пожилые люди (60 лет и старше)
12. Наиболее защищенными в настоящее время от туберкулеза в силу естественной резистентности а также благодаря профилактическим мероприятиям оказались
- а) дети и подростки
  - (+) б) дети и лица среднего возраста (40-59 лет)
  - в) дети и молодые люди (20-39 лет)
  - г) дети и пожилые люди (60 лет и старше)
13. Заболевание туберкулезом в настоящее время чаще выявляются
- а) у детей
  - б) у подростков
  - (+) в) у лиц молодого возраста (до 40 лет)
  - г) у лиц среднего возраста (40-59 лет)
  - д) у пожилых людей (60 лет и старше)
14. Чаще заболевают туберкулезом и умирают от него
- (+) а) мужчины
  - б) женщины
  - в) одинаково часто и мужчины и женщины
15. В возрасте 70 лет и старше чаще заболевают туберкулезом и умирают от него
- а) мужчины
  - (+) б) женщины
  - в) одинаково часто и мужчины и женщины
16. Высокая заболеваемость туберкулезом обнаруживается в настоящее время
- (+) а) у аборигенной этнической группы населения (малые народы Севера) и мигрирующего населения
  - б) у постоянно живущего населения и аборигенной этнической группы
  - в) у мигрирующего населения
17. Об инфицировании населения туберкулезом можно судить по перечисленным ниже критериям исключая

а)обнаружение при секреторном исследовании следов перенесенной ранее туберкулезной инфекции

б)обнаружение на флюорограмме признаков перенесенного ранее туберкулеза

в)положительная кожная проба с туберкулином

(+) г)обнаружение БК в мокроте

18.При контакте с бактериовыделителем чаще заболевают туберкулезом

а)вакцинированные БЦЖ

б)инфицированные туберкулезом

(+) в)не вакцинированные и не инфицированные

19."Суперинфекция" при туберкулеза - это

(+) а)заболевание вследствие поступления инфекции извне в уже инфицированный организм

б)заболевание возникшее вследствие экзогенного инфицирования

в)заболевание наступившее вследствие длительного контакта с бактериовыделителем

20.Развитие перекрестной лекарственной устойчивости возможно между следующими парами

химиопрепаратов: 1)изониазид - стрептомицин 2)стрептомицин - ПАСК 3)стрептомицин -

этамбутол 4)ПАСК - этамбутол 5)стрептомицин - канамицин 6)изониазид - пиразинамид

7)этионамид - тибон 8)канамицин - биомицин 9)стрептомицин - рифампицин 10)стрептомицин

- биомицин

а)правильные ответы 1 2 3 4

б)правильные ответы 5 6 7 8

в)правильные ответы 5 7 8 10