

№ ОРД-ФТИЗ-21

**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 «05» февраля 2021 г. № 3

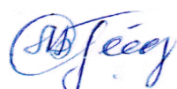
**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –  
программы ординатуры по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» утвержденной 26.02.2021 г

по дисциплине «Саркоидоз»  
для ординаторов 1 года обучения  
уровень подготовки: кадры высшей квалификации  
по специальности 31.08.51 Фтизиатрия

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры  
от «27» января 2021 г., протокол № 6.

**Заведующий кафедрой**  
ученая степень д.м.н.



Б.М.Малиев

г. Владикавказ 2021 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



## Паспорт фонда оценочных средств

По дисциплине «Саркоидоз»

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.	1.Эпидемиология саркоидоза.	ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6;	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
2.	2.Современная классификация.	ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6;	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
3.	3.Диагностика саркоидоза	ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6;	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
	4.Легочный саркоидоз. Внелегочный и системный саркоидоз	ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6;	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
	5.Лечение саркоидоза. Профилактика саркоидоза.	ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6;	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.

## Вопросы для текущего контроля знаний

### Раздел 1. Эпидемиология саркоидоза.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Анатомия и гистология легких, лимфатических узлов.
2. Методы диагностики заболеваний органов дыхания, системы кровообращения, опорно-двигательного аппарата.
3. Рентгенологическое исследование легких.
4. Рентгенологическое исследование суставов.
5. Клинико-фармакологическая характеристика препаратов ГКС.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Определение саркоидоза.
2. Эпидемиология.
3. Современные представления об этиопатогенезе и патоморфологии.
4. Клинические проявления.
5. Лабораторные и инструментальные методы диагностики саркоидоза.
6. Дифференциальная диагностика.
7. Терапевтическая тактика и подходы к лечению.
8. Определение прогноза и профилактика саркоидоза.

### Раздел 2. Современная классификация.

1. Основные методы верификации диагноза саркоидоза.
2. Классификация саркоидоза по стадиям.
3. Саркоидоз легких и средостения.
4. Саркоидоз сердца: клиника, диагностика, прогноз.
5. Редкие органы-мишени, поражающиеся при саркоидозе.
7. Патолого-морфологическая характеристика саркоидоза.

### Раздел 3. Диагностика саркоидоза.

1. Иммунологические тесты при саркоидозе: история и современное применение.
2. Дифференциальная диагностика саркоидоза легких и других заболеваний с развитием внутригрудной лимфаденопатии.
3. Лучевые методы диагностики при саркоидозе.

### Раздел 4. Легочный саркоидоз. Внелегочный и системный саркоидоз

1. Фазы развития саркоидоза
2. Течение саркоидоза
3. клиническая картина легочного саркоидоза
4. Клиническая картина саркоидного поражений отдельных внелегочных органов и систем

## **Раздел 5. Лечение саркоидоза.**

1. Рациональная фармакотерапия саркоидоза.
2. Схемы терапии в зависимости от стадии и локализации саркоидоза.
3. Поддерживающая терапия. Превентивная терапия саркоидоза.

## Вопросы для проведения зачета

1. Определение саркоидоза.
2. Эпидемиология.
3. Современные представления об этиопатогенезе и патоморфологии.
4. Клинические проявления.
5. Лабораторные и инструментальные методы диагностики саркоидоза.
6. Дифференциальная диагностика.
7. Терапевтическая тактика и подходы к лечению.
8. Определение прогноза и профилактика саркоидоза.
9. Основные методы верификации диагноза саркоидоза.
10. Классификация саркоидоза по стадиям.
11. Саркоидоз легких и средостения.
12. Саркоидоз сердца: клиника, диагностика, прогноз.
13. Редкие органы-мишени, поражающиеся при саркоидозе.
14. Патолого-морфологическая характеристика саркоидоза.
15. Иммунологические тесты при саркоидозе: история и современное применение.
16. Дифференциальная диагностика саркоидоза легких и других заболеваний с
17. развитием внутригрудной лимфаденопатии.
18. Лучевые методы диагностики при саркоидозе.
19. Фазы развития саркоидоза
20. Течение саркоидоза
21. клиническая картина легочного саркоидоза
22. Клиническая картина саркоидного поражений отдельных внелегочных органов и систем
23. Рациональная фармакотерапия саркоидоза.
24. Схемы терапии в зависимости от стадии и локализации саркоидоза.
25. Поддерживающая терапия. Превентивная терапия саркоидоза.

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

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

**КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ**

**Ситуационная задача № 1**

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

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

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

**ВОПРОСЫ:**

Усматриваете ли Вы ошибки участкового врача если да то какие?

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

Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?

Какова должна быть тактика участкового врача?

Укажите какие рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.

К какому специалисту на консультацию должен быть направлен данный больной?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Зав. кафедрой д.м.н.

Б.М. Малиев



**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 1 /60 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная равномерно участвует в акте дыхания перкуторно ясный легочной звук аускультативно в легких с обеих сторон везикулярное дыхание хрипов нет частота дыхания 36 в мин. Живот мягкий нижний край печени на 2 см. ниже реберной дуги чувствительный при пальпации.

Общий анализ мочи без патологических изменений.

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

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

**ВОПРОСЫ:** Какие заболевания могут протекать со сходной симптоматикой?

Какие дополнительные методы исследования необходимо применить для уточнения диагноза?

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

Обоснуйте Ваш диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.

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

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

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

**КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ**

**Ситуационная задача № 3**

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

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

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

Объективно: температура тела 36,6°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 д.м.н.

Б.М. Малиев

**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 д.м.н.

Б.М. Малиев

**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 голеней. Больная обратилась к врачу-терапевту. Была обследована ОАК ОАМ биохимический анализ крови ревмо-фактор Р-графия коленных суставов. Выставлен диагноз: Ревматоидный артрит? Лечилась по поводу данного заболевания принимала Преднизолон коротким курсом. Состояние больной несколько стабилизировалось но беспокоили слабость потливость. Спустя 6 месяцев во время профосмотра на флюорографии органов грудной клетки выявлена мелкоочаговая диссеминация легких расширение тени корня легких с обеих сторон за счет увеличения лимфатических узлов бронхопульмональной 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 д.м.н.

Б.М. Малиев

**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–120х10<sup>9</sup> 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 д.м.н.

Б.М. Малиев

**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 38,6°С в вечернее время утром нормальная. Кашель к этому моменту усиливается слабость нарастает появляется чувство разбитости появляется головная боль.

Объективно: температура тела 38,3°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 д.м.н.

Б.М. Малиев



**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 д.м.н.

Б.М. Малиев

**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 д.м.н.

Б.М. Малиев

## 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.

**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 26.02.2021 г

по дисциплине «Саркоидоз»

для ординаторов 1 года обучения

уровень подготовки: кадры высшей квалификации

по специальности 31.08.51 Фтизиатрия

г. Владикавказ, 2021 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 саркоидоза.	10	
2.	Современная классификация.	10	
3.	Диагностика саркоидоза	10	
4.	Легочный саркоидоз. Внелегочный и системный саркоидоз	10	
5.	Лечение саркоидоза. Профилактика саркоидоза.	10	



## Эталоны тестовых заданий по дисциплине «Саркоидоз»

### Раздел 1.

#### 1. К какой группе заболеваний относится саркоидоз?

1. Болезни органов дыхания и бронхиальной системы
2. Опухолевые процессы
3. Патология иммунной системы и системы крови.
4. Атипично текущий туберкулёз.
5. Паразитарный гранулёматоз.

#### 2. Туберкулиновая реакции на 2 ТЕ при саркоидозе...

1. Чаще всего гиперэргическая.
2. Не имеет никаких особенностей.
3. Соответствует инфицированности региона.
4. В 80% случаев отрицательная.
5. В 80% случаев положительная.

#### 3. Поражение внутригрудных лимфатических узлов и лёгких на рентгенограмме органов грудной клетки соответствует...

1. II стадии саркоидоза
2. Не встречается при саркоидозе.
3. I стадии саркоидоза.
4. III стадии саркоидоза.
5. VI стадии саркоидоза.

#### 4. Гистологическим признаком саркоидоза является наличие...

1. Эозинофильной гранулёмы и признаков деструкции лёгкого.
2. Нейтрофильной инфильтрации.
3. Участков казеозного некроза.
4. Неказеифицирующейся эпителиоидноклеточной гранулёмы.
5. Атипичных малодифференцированных клеток.

#### 5. Синдром Лёфгрена включает в себя...

1. Узловатую эритему, лихорадку, суставной синдром и увеличение внутригрудных лимфатических узлов.
2. Лихорадку, увеличение околоушных слюнных желёз, увеит.
3. Паралич Белла, озноблённую волчанку и снижение ЖЕЛ.
4. Иридоциклит, лихорадку и гиперкальциемию.
5. Увеличение СОЭ, общего белка сыворотки крови и задний увеит.

#### 6. Среди перечисленных симптомов наиболее часто при саркоидозе встречаются...

1. Боль в животе и неустойчивый стул.
2. Частые позывы к мочеиспусканию.
3. Слабость и утомляемость без видимых причин.

4. Головокружение, гипотония, подташнивание.
5. Высокое артериальное давление, головные боли.

**7. Внезапная смерть при саркоидозе чаще всего бывает вызвана поражением...**

1. Мочевыводящей системы.
2. Сердечно-сосудистой системы.
3. Лицевого нерва.
4. Лёгких и внутригрудных лимфатических узлов.
5. Кожи и подкожной клетчатки.

**8. Какие параметры функционального состояния лёгких наиболее информативны при динамическом наблюдении больных с внутригрудным саркоидозом?**

1. Средняя скорость середины выдоха (СОС25-75) и максимальная вентиляция лёгких (МВЛ).
2. Жизненная ёмкость лёгких (ЖЕЛ, ФЖЕЛ) и диффузионная способность лёгких (DLco).
3. Сатурация крови (SaO<sub>2</sub>) и уровень NO в выдыхаемом воздухе.
4. Индекс Тиффно (ОФВ1/ФЖЕЛ) и пиковая объёмная скорость выдоха (ПОС).
5. Общее сопротивление дыхательных путей (Raw) и общая ёмкость лёгких (ОЕЛ).

**9. Какие из лабораторных данных исследования периферической крови и сыворотки крови информативны при оценке активности саркоидоза?**

1. Эозинофилы, базофилы, уровень щелочной фосфатазы.
2. Эритроциты, гемоглобин, гамма-глутамил-трансфераза.
3. Базофилы, калий, натрий, медь.
4. Тропонины, цинк, амилаза.
5. Кальций, ангиотензин-превращающий фермент.

**Раздел 2**

**10. Наиболее характерное поражение глаз при саркоидозе?**

1. Быстро прогрессирующая близорукость.
2. Некорригируемый астигматизм.
3. Задний и передний увеит.
4. Прогрессирующая катаракта.
5. Открытоугольная глаукома.

**11. Наиболее характерные поражения опорно-двигательного аппарата при саркоидозе?**

1. Дисплазия рёбер.
2. Кистозные и литические поражения малых костей рук и ног.
3. Анкилозирующие процессы в локтевых суставах.
4. Поражения крупных трубчатых костей.
5. Деструкция костей черепа.

**12. Наиболее информативные методы при выявлении саркоидоза сердца?**

1. ЭКГ и тонометрия.
2. Сфигмография и кинетокардиография.
3. МРТ, ПЭТ и радиоизотопные исследования.
4. Определение тропонинов и фонокардиография.
5. РКТ, УЗИ и мониторинг артериального давления.

### **13. Как влияет беременность на течение саркоидоза I-III стадий?**

1. Приводит к быстрому прогрессированию и требует лечения.
2. Беременность абсолютно противопоказана.
3. По этому вопросу нет никаких данных в литературе.
4. Не влияет никак, противопоказаний нет.
5. Быстро приводит к полной ремиссии саркоидоза.

### **14. Поражение печени при саркоидозе встречается...**

1. ... редко и не представляет собой проблемы.
2. ... встречается в 66-80% случаев, но протекает чаще бессимптомно.
3. ... встречается редко, но приводит к тяжёлому гепатиту.
4. ... встречается в 5-7% случаев и сопровождается холестаазом.
5. ... является основным проявлением системного саркоидоза.

### **15. Особенности саркоидоза у детей в возрасте до 5 лет?**

1. Поражение внутригрудных лимфатических узлов.
2. Изолированное поражение лёгких в виде верхнедолевой инфильтрации.
3. Проявляется поражением глаз, суставов и кожи.
4. Проявляется поражением ногтей, зубов и волос.
5. Не встречается в этом возрасте.

### **16. Саркоидная реакция это...**

1. Синоним саркоидоза, применяемый в США.
2. Состояние, гистологически тождественное саркоидозу, вызванное известными причинами (например опухолью).
3. Изменение лимфатических узлов без образования гранулём.
4. Образование гранулём без участия эпителиоидных клеток.
5. Скопления эозинофилов в лимфатических узлах.

### **17. Дифференциально-диагностический ряд саркоидоза и лимфаденопатий другого происхождения.**

1. Туберкулёз, микобактериозы, пневмоконииозы, бруцеллёз, токсоплазмоз.
2. Пневмония, абсцесс, эмпиема плевры, бронхоэктазы.
3. Аспергиллёз, гистоплазмоз, кокцидиодомикоз, бластомикоз.
4. Интерстициальная пневмония, идиопатический фиброзирующий альвеолит.
5. Муковисцидоз, гистиоцитоз-Х, лейомиоматоз.

### **18. Бессимптомным больным с первой стадией саркоидоза...**

1. Рекомендована госпитализация и лечение преднизолоном с изониазидом.
2. Рекомендована альтернативная терапия цитостатиками.
3. Показаны эфферентные методы терапии.
4. Рекомендовано трансбронхиальное удаление лимфатических узлов.
5. Показано наблюдение без лечения.

### **19. У больных с прогрессирующим течением саркоидоза по данным рентгенологического и функционального исследования дыхания, при выраженных симптомах или внелёгочных проявлениях, требующих лечения, препаратами первой линии являются...**

1. Оральные системные глюкокортикостероиды.
2. Метотрексат и циклофосфан.
3. Респираторные фторхинолоны.
4. Хлорохин и бифосфонаты.
5. Витамин Е и тиосульфат натрия.

## **20. Лечение преднизолоном или его аналогами при саркоидозе следует проводить...**

1. В течение 6-24 месяцев, согласно большинству руководств 9-12 месяцев.
2. Не более 3-4 месяцев или по достижению первого эффекта.
3. По 2-4 недели с перерывами по 3-4 недели.
4. Не менее трёх месяцев под прикрытием двух противотуберкулёзных препаратов.
5. Сразу после выявления любой формы заболевания в условиях стационара.

## **Перечень правильных ответов на вопросы**

1. - 3.
2. - 4.
3. - 1.
4. - 4.
5. - 1.
6. - 3.
7. - 2.
8. - 2.
9. - 5.
10. - 3.
11. - 2.
12. - 3.
13. - 4.
14. - 2.
15. - 3.
16. - 2.
17. - 1.
18. - 5.
19. - 1.
20. - 1.

## **Раздел 3**

1. В месте образования гранулём при саркоидозе происходит активация

- 1) В-клеток
- 2) Т-клеток
- 3) базофилов

### **4) макрофагов**

2. В состав саркоидной гранулёмы входят

- 1) клетки Березовского-Штернберга
- 2) клетки Вирхова
- 3) клетки Микулича
- 4) клетки Пирогова-Лангханса

3. Виды саркоидоза по локализации

- 1) генерализованный
- 2) классический, с преобладанием внутригрудных (лёгочных) поражений
- 3) очаговый
- 4) с преобладанием внелёгочных поражений

4. Гранулёматозный ангиит

- 1) иногда проявляется саркоидными гранулёмами в интимах сосуда
- 2) обусловлен ростом только гранулёмы из периваскулярной лёгочной ткани\*
- 3) сосудов малого круга кровообращения является редкой находкой
- 4) является единственным проявлением саркоидоза

5. Какие вирусы могут привести к саркоидозу, согласно гипотезам, связанным с инфекционными факторами?

- 1) вирус JC
- 2) вирус Коксаки
- 3) вирус гепатита С
- 4) вирус герпеса

6. Какова распространенность саркоидоза в России?

- 1) от 15 до 20 на 100 тыс. детей
- 2) от 22 до 47 на 100 тыс. взрослого населения
- 3) от 5 до 15 на 100 тыс. взрослого населения
- 4) от 72 до 100 на 100 тыс. взрослого населения

7. Морфологическим субстратом при саркоидозе является

- 1) гигантоклеточная гранулёма
- 2) макрофагальная гранулёма
- 3) тигролиз
- 4) эпителиоидноклеточная гранулёма

8. Наиболее часто эффекторным органом воспаления при саркоидозе являются

- 1) глаз
- 2) кожа
- 3) легкие
- 4) сердце

9. Основу иммунопатогенеза саркоидоза лёгких составляют реакции

- 1) гиперчувствительности замедленного типа

- 2) гиперчувствительности немедленного типа
- 3) иммунокомплексные
- 4) цитотоксические

10. Особенности саркоидных гранулём в легких является то, что

- 1) в биоптатах бронхов и лёгких обнаруживают диссеминированное поражение с васкулитом, периваскулитом, перибронхитом
- 2) гранулёмы локализуются в межальвеолярных перегородках
- 3) формированию гранулём предшествует альвеолит

#### **Раздел 4**

11. Отличиями гранулём при саркоидозе от гранулём при туберкулёзе является то, что

- 1) при саркоидозе гранулёмы больше, чем при туберкулёзе
- 2) при саркоидозе гранулёмы меньше, чем при туберкулёзе
- 3) саркоидозные гранулёмы заживают в виде линейных или звездчатых рубчиков
- 4) туберкулезные гранулёмы заживают в виде линейных или звездчатых рубчиков

12. По активности процесса саркоидоз бывает

- 1) в активной фазе
- 2) в фазе обострения
- 3) в фазе стабилизации
- 4) в хронической фазе

13. По особенностям течения саркоидоз может быть

- 1) детей в возрасте до 6 лет
- 2) рефрактерный к лечению
- 3) с изначально хроническим течением
- 4) с острым началом заболевания

14. Полиморфизм каких генов может привести к развитию саркоидоза?

- 1) гена ангиотензин-превращающего фермента
- 2) гена растворимой гуанилатциклазы
- 3) гена рецепторов к витамину D
- 4) генов фактора некроза опухоли – TNF–альфа

15. С какой частотой встречается II стадия саркоидоза (классификация по рентгенологической картине)?

- 1) 20%
- 2) 30%
- 3) 5%
- 4) 50%

16. Согласно гипотезам, связанным с инфекционными факторами, к саркоидозу могут привести

- 1) *Borrelia burgdorferi*
- 2) *Chlamydomphila pneumoniae*
- 3) вирус гепатита С
- 4) микобактерии

17. Стадиями развития гранулём при саркоидозе являются

- 1) гиалинизирующая гранулёма
- 2) поздняя
- 3) появление гигантских многоядерных клеток
- 4) ранняя
- 5) центральный фибриноидный, гранулярный, коагуляционный некроз

18. Стадиями формирования саркоидной гранулёмы являются

- 1) гранулёматозная
- 2) пролиферативная
- 3) фибринозная
- 4) фиброзно-гиалинозная

19. Существуют гипотезы этиологии саркоидоза связанные с

- 1) воздействием окружающей среды
- 2) длительным стажем курения
- 3) инфекционными факторами, как триггерами заболевания
- 4) наследственностью

20. Эпителиоидноклеточная гранулёма при саркоидозе это

### **Раздел 5**

- 1) компактное скопление мононуклеарных фагоцитов
- 2) обширный очаг некроза, окружённый клеточным инфильтратом из лимфоцитов, плазмоцитов и эпителиоидных клеток
- 3) скопление плазматических и эпителиоидных клеток, а также лимфоцитов, среди которых много гиалиновых шаров
- 4) узелок, состоящий в основном из макрофагов, а также лимфоцитов и плазматических клеток

1. Саркоидоз наиболее часто наблюдается:

- а) у детей и подростков;
- б) в пожилом возрасте;
- в) в старческом возрасте;
- г) в возрасте 20-50;
- д) у женщин в климактерическом периоде.

2. Морфологической основой саркоидной гранулемы являются:

- а) эпителиоидные клетки и гигантские клетки типа Пирогова-Лангханса;
- б) клетки Березовского-Штернберга;
- в) гистиоциты;
- г) макрофаги;
- д) эозинофилы.

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

- а) если правильный ответ 1,2 и 3;
- б) если правильный ответ 1 и 3;
- в) если правильный ответ 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильный ответ 1,2,3 и 4.

4. Синдром Лефгрена при саркоидозе проявляется:

- а) одышкой, кашлем, лихорадкой;
- б) лихорадкой, узловатой эритемой, полиартралгией;
- в) одышкой, кашлем, увеличением периферических лимфатических узлов;
- г) лихорадкой, одышкой, увеличением внутригрудных лимфатических узлов;
- д) одышкой, кашлем, увеличением разных групп лимфатических узлов.

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

- а) если правильный ответ 1,2 и 3;
- б) если правильный ответ 1 и 3;
- в) если правильный ответ 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильные все ответы;

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

- а) если правильный ответ 1,2 и 3;
- б) если правильный ответ 1 и 3;
- в) если правильный ответ 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;



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

- а) если правильный ответ 1,2 и 3;
- б) если правильный ответ 1 и 3;
- в) если правильный ответ 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

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

- а) если правильный ответ 1,2 и 3;
- б) если правильный ответ 1 и 3;
- в) если правильный ответ 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильные все ответы;

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

- а) если правильный ответ 1,2 и 3;
- б) если правильный ответ 1 и 3;
- в) если правильный ответ 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

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

- а) если правильный ответ 1,2 и 3;
- б) если правильный ответ 1 и 3;
- в) если правильный ответ 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;

д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

**ОТВЕТЫ**

1-г
2-а
3-а
4-б
5-д
6-г
17-а
18-д
19-а
10-д