

№ 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 **«Туберкулез детей и подростков»**
для ординаторов 1года 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

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

РЕЦЕНЗИЯ

на фонд оценочных средств по дисциплине «Туберкулез детей и подростков»

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 «Туберкулез детей и подростков». Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания варианты тестовых заданий шаблоны ответов. Все задания соответствуют образовательной программе высшего образования - программе ординатуры по специальности «Фтизиатрия» и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины (модуля) достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

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

В целом фонд оценочных средств по дисциплине «Туберкулез детей и подростков» способствует качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

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

Рецензент:

Заведующий кафедрой
внутренних болезней №2
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России


М.М. Теблов



Паспорт фонда оценочных средств
По дисциплине «Туберкулез детей и подростков»
для специальности 31.08.51 Фтизиатрия

№ п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Текущий, промежуточный		
1.	Диагностика туберкулеза у детей и подростков	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6;	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
2.	Первичный туберкулез у детей и подростков	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6;	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
3.	Вторичные формы туберкулеза у детей и подростков	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6;	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
4.	Внелегочный туберкулез у детей и подростков	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6;	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
5.	Лечение туберкулеза у детей и подростков	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6;	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
6.	Профилактика у детей и подростков	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6;	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.

Вопросы для текущего контроля знаний

Раздел 1. Диагностика туберкулеза у детей и подростков.

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 2. Первичный туберкулез у детей и подростков

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 у детей и подростков.

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. Фибриновые 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 у детей и подростков.

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 у детей и подростков/

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 у детей и подростков .

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 очаги 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. Санированные 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 эпидочаги 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 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 110/60 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная равномерно участвует в акте дыхания перкуторно ясный легочной звук аускультативно в легких с обеих сторон везикулярное дыхание хрипов нет частота дыхания 36 в мин. Живот мягкий нижний край печени на 2 см. ниже реберной дуги чувствительный при пальпации.

Общий анализ мочи без патологических изменений.

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

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

ВОПРОСЫ: Какие заболевания могут протекать со сходной симптоматикой?

Какие дополнительные методы исследования необходимо применить для уточнения диагноза?

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

Обоснуйте Ваш диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.

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

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

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

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 3

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

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

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

Объективно: температура тела 36,6°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 клинко-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 С₂ на фоне размытого легочного рисунка полиморфные очаги диаметром 5–9 мм с нерезкими контурами выражена наклонность к слиянию очагов.

ВОПРОСЫ:

Ваш диагноз?

Какая тень на рентгенограмме называется очагом?

С каким заболеванием в первую очередь необходимо провести дифференциальную диагностику?

Является ли небациллярная мокрота основанием для исключения туберкулезного процесса?

В какой группе учета должен состоять данный больной?

Какое лечение будет назначено?

Сочетание каких препаратов наиболее эффективно?

Возможные исходы заболевания?

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

Ситуационная задача № 7

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

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

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

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

ВОПРОСЫ:

Где должен лечиться больной?

Чем объяснить участки просветления на обзорной рентгенограмме?

Необходимы ли дополнительные рентгенологические методы обследования?

Предварительный диагноз?

Какие осложнения возможны?

Какое лечение необходимо назначить?

Каков прогноз заболевания у данного больного?

Зав. кафедрой 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°C в вечернее время утром нормальная. Кашель к этому моменту усиливается слабость нарастает появляется чувство разбитости появляется головная боль.

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

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

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

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

ВОПРОСЫ:

Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения диагноза?

Интерпретируйте общий анализ крови.

Назовите сходные заболевания при которых могут наблюдаться сходные изменения

Предположительный диагноз?

Назначьте лечение.

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

ВОПРОСЫ:

Интерпретируйте анализ крови.

О каком заболевании можно думать?

С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику

Назначьте наиболее эффективную комбинацию препаратов

Исходы и возможные осложнения данного заболевания.

Зав. кафедрой 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 № 10

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

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

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

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

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

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

ВОПРОСЫ:

Какой должна быть тактика терапевта?

О каком заболевании с большей вероятностью необходимо думать?

Каким должно быть обследование для подтверждения диагноза?

С какими заболеваниями должен быть проведен дифференциальный диагноз?

Где должен лечиться больной?

Какие исходы этого заболевания могут быть?

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 6

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 7

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 8

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

4. Инфильтративный туберкулез С₁С₂С₆ правого легкого.

5. Изониазид рифампицин стрептомицин.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 9

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

2. О милиарном туберкулезе с острым течением.

3. Саркоидоз мелкоочаговая двусторонняя пневмония карциноматоз коллагенозы.

4. Изониазид рифампицин стрептомицин

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 10

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

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

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

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

5. Больной должен лечиться в стационаре противотуберкулезного диспансера.

Исходы очагового туберкулеза: рассасывание уплотнение прогрессирующее.

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

Кафедра фтизиопульмонологии

Эталоны тестовых заданий

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

по дисциплине «Туберкулез детей и подростков»

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
Вид контроля	Текущий /Промежуточный		
1.	Диагностика туберкулеза у детей и подростков	20	
2.	Первичный туберкулез у детей и подростков	20	
3.	Вторичные формы туберкулеза у детей и подростков	20	
4.	Внелегочный туберкулез у детей и подростков	20	
5.	Лечение туберкулеза у детей и подростков	10	
6.	Профилактика у детей и подростков	10	

Эталоны тестовых заданий по дисциплине «Туберкулез детей и подростков»

Раздел 1

001. 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

227

002. Ценность субъективных ощущений больного (жалоб) возрастают

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

228

003. 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

229

004. 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

230

005. 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

231

006. 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

232

007. 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

233

008. 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
- 234
009. 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
- 235
010. Туберкулезу органов дыхания более свойственно
- а) острое начало заболевания
 - (+) б) подострое начало заболевания
 - в) бессимптомное начало заболевания
- 236
011. 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
- 237
012. 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
- 238
013. Участок уплотнения легочной ткани определяется методом перкуссии при его расположении
- (+) а) в субплевральном отделе
 - б) в промежуточном отделе легкого
 - в) в глубине легкого
- 239
014. Хрипы в легких при дыхании возникают
- а) в респироне легкого и респираторных бронхиолах
 - б) в терминальных бронхиолах
 - (+) в) в бронхах
 - г) в строме легкого
- 240
015. 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
- 241
016. Облегчает обнаружение хрипов в легких
- а) форсированное дыхание больного
 - б) кашель
 - (+) в) подкашливание с последующим резким вдохом
- 242
017. 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

243

018.Клинической симптоматикой, как правило, сопровождается

- а)очаговый туберкулез легких
- б)туберкулема легких
- (+) в)инфильтративный туберкулез легких

244

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

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

245

020.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 2

246

021.Наиболее распространенные методы выявления микобактерий туберкулеза включают все перечисленные ниже, кроме

- а)бактериоскопического
- б)культурального
- в)метода обогащения
- (+) г)биологического

247

022.Основными объектами исследования на микобактерии туберкулеза служат все перечисленные, кроме

- а)мокроты
- б)промывных вод бронхов
- в)пунктата из закрытых полостей
- г)мочи
- (+) д)крови

248

023.Основными качественными и количественными методами определения микобактерий туберкулеза являются все перечисленные ниже, кроме

- а)метода Циля - Нильсена
- б)люминисцентного метода
- в)метода Гаффки - Стинкена
- (+) г)иммунологического метода

249

024.Основными питательными средами, применяемыми для культивирования микобактерий туберкулеза, являются все указанные, кроме

- а)плотных сред
- б)жидких сред
- (+) в)микрокультивирования по Прайсу

250

025.Основной целью массовой туберкулинодиагностики являются

- а)выявление детей больных туберкулезом
б)выделение групп повышенного риска для их дообследования в противотуберкулезном диспансере
(+) в)отбор контингентов для вакцинации и ревакцинации БЦЖ
г)отбор контингента для стационарного лечения
д)определение показателя инфицированности и ежегодного риска инфицирования
- 251
- 026.Задачей клинической туберкулинодиагностики у детей является
а)диагностика туберкулеза
б)определение активности туберкулезного процесса
в)дифференциальная диагностика посттуберкулезных и постпневматических остаточных изменений
г)контроль эффективности лечения
(+) д)оценка степени специфичности сенсibilизации как критерия активности туберкулезной инфекции в организме
- 252
- 027.Туберкулинодиагностика подразделяется
а)на массовую
б)на индивидуальную
в)на клиническую
г)на провокационную
(+) д)на все перечисленные выше
- 253
- 028.В амбулаторных условиях следует использовать
(+) а)только пробу Манту с 2 ТЕ и кожную градуированную пробу
б)пробу Манту со 100 ТЕ
в)пробу Коха
г)все перечисленные пробы
- 254
- 029.Туберкулины - это
(+) а)препараты, способные вызывать специфическую аллергическую реакцию кожи у инфицированных или вакцинированных
б)препараты, позволяющие выявить только инфицирование
в)специфичные аллергены
- 255
- 030.В нашей стране применяются следующие виды туберкулинов
а)АТК
б)РРД-альфа
в)сухой очищенный туберкулин
(+) г)все перечисленные выше
- 256
- 031.Туберкулины должны обладать
а)специфичностью
б)биологической активностью
в)способностью к стандартизации
г)высокой степенью очищенности от балластных веществ и точной дозируемостью
(+) д)всем перечисленным
- 257
- 032.Основным критерием понятия "вираж" чувствительности к туберкулину может служить
а)переход отрицательной пробы в положительную
б)появление впервые положительной пробы при условии ежегодной туберкулинодиагностики
в)появление впервые положительной туберкулиновой пробы в данном году после ранее отрицательной или сомнительной, или нарастание размера инфильтрата на 6 мм и более

- (+) г) все перечисленные
258
033. Реакция на введение туберкулина может быть
а) очаговой
б) общей
в) местной
(+) г) характеризоваться всем перечисленным
259
034. Понятие "парааллергии" включает
а) несущественное повышение общей чувствительности к туберкулину
(+) б) комплекс неспецифических факторов, изменяющих чувствительность к туберкулину
в) извращение чувствительности к туберкулину в результате заболевания
г) аллергию к туберкулину
260
035. Основная причина анаергии к туберкулину при системных и злокачественных заболеваниях - это
(+) а) дефект Т-клеточного звена иммунитета
б) поражение лимфатической системы
в) поражение костного мозга
261
036. Среди основных причин, вызывающих гиперергическую чувствительность к туберкулину, ведущими являются
а) заболевание туберкулезом
б) активизация туберкулезной инфекции в организме
(+) в) повышение уровня специфической сенсибилизации организма вследствие суперинфекции, а также активной формы туберкулеза
г) фактор парааллергии
262
037. Среди критериев дифференциальной диагностики послевакциной и инфекционной аллергии главное
а) наличие или отсутствие прививки БЦЖ
б) срок, прошедший после прививки БЦЖ
в) наличие и размер послевакцинного знака
г) сведения о контакте и симптомы, подозрительные на туберкулез
(+) д) все перечисленное
263
038. Дополнительными критериями инфекционной аллергии служат
а) окраска папулы
б) четкость ее контура, наличие пигментации
в) размер инфильтрата
г) наличие гиперемии
(+) д) все перечисленное
264
039. В месте введения туберкулина при инфекционной аллергии пигментация кожи сохраняется вследствие
а) более высокого уровня специфической аллергии
б) наличия аллергического воспаления в толще кожи
(+) в) образования в толще кожи инфильтрата, по строению аналогичного малым специфическим изменениям с микронекротом
г) все перечисленное
265
040. Кожная градуированная проба оценивается
(+) а) по размеру инфильтрата и типу реакции
б) путем сравнения результатов реакции через 24 и 48 часов

в)интенсивностью реакции через 48 часов

г)сопоставлением ее с пробой Манту

д)всем перечисленным

Раздел 3

266

041.Проба Коха позволяет во всех перечисленных случаях, кроме

а)как у больных, не выделяющих МБТ, отличить инфильтративный туберкулез от пневмонии

б)как у части больных с очаговым туберкулезом, мелкими туберкулемами, хроническим диссеминированным и цирротическим туберкулезом выявить скрытую активность инфекционного процесса

в)как в некоторых случаях дифференцировать туберкулез внутригрудных лимфоузлов с лимфаденопатиями другой этиологии

г)как определить скрытую активность специфического процесса у детей с остаточными посттуберкулезными изменениями

(+) д)как провести четкую дифференциацию между туберкулезными изменениями в легких и другой легочной патологией

267

042.Очаговая реакция после подкожного введения туберкулина связана

(+) а)с токсико-аллергической перифокальной реакцией вокруг очага специфического воспаления, обладающего скрытой активностью

б)с реактивацией специфического процесса и возникновением инфильтративной вспышки

в)с указанными выше механизмами

268

043.Введение 2 ТЕ ППД-Л может вызвать у ребенка

а)приступ бронхиальной астмы и приступ эпилепсии

б)аллергическую реакцию немедленного типа

в)обострение туберкулезного процесса

(+) г)ни одно из перечисленных выше осложнений

д)все перечисленные выше осложнения

269

044.К основным (стандартным) методам рентгенологического исследования при заболеваниях органов дыхания относятся все перечисленные, кроме

(+) а)флюорографии и рентгеноскопии

б)рентгенографии в прямой проекции

в)рентгенографии в боковой проекции

г)томографии в прямой проекции

д)томографии в боковой проекции

270

045.К дополнительным методам рентгенологического метода исследования при заболеваниях органов дыхания относятся все перечисленные, кроме

(+) а)флюорографии и рентгеноскопии

б)бронхографии

в)ангиографии

г)рентгенографии и томографии

д)компьютерной томографии

271

046.Рентгенологическое исследование при заболеваниях органов дыхания следует начинать

а)с флюорографии в прямой и боковой проекциях

б)с рентгеноскопии в различных проекциях

(+) в)с обзорной рентгенографии в прямой и боковой проекциях

г)с томографии легких в прямой и боковой проекциях

д)с томографии средостения в прямой и боковой проекциях

272

047. При оценке технического качества обзорной рентгенограммы органов грудной клетки в прямой проекции следует учитывать

- а) правильность установки и полноту охвата
- б) степень жесткости
- в) фазу дыхания, в которую выполнена рентгенограмма
- г) артефакты

(+) д) все ответы правильные

273

048. При оценке технического качества обзорной рентгенограммы органов грудной клетки установка считается правильной, если

а) медиальные отрезки ключиц отстоят на одинаковом расстоянии от остистых отростков позвонков

- б) медиальные отрезки ключиц отстоят на одинаковом расстоянии от края позвоночника
- в) остистые отростки позвонков делят грудную клетку на две симметричные половины
- г) лопатки выведены за пределы грудной клетки

(+) д) все ответы правильные

274

049. При оценке технического качества обзорной рентгенограммы органов грудной клетки степень жесткости считается нормальной, если

- а) четко видны тела трех-четырех грудных позвонков
- б) четко видны межпозвонковые диски
- в) позвоночный столб намечается на фоне тени средостения
- г) не переработана структура костных элементов

(+) д) все ответы правильные

275

050. При оценке фазы дыхания, в которой выполнена прямая обзорная рентгенограмма грудной клетки, следует учитывать

- (+) а) положение правого купола диафрагмы
- б) положение левого купола диафрагмы
- в) положение правого и левого куполов диафрагмы
- г) степень прозрачности легочных полей
- д) характер дуг средостения

276

051. При оценке технического качества обзорной рентгенограммы грудной клетки артефактами следует считать

- а) повреждения на пленке
- б) посторонние предметы (косы, булавки, украшения и т.п.)
- в) детали изображения, не свойственные органам грудной клетки

(+) г) все ответы правильные

277

052. При рентгеноанатомическом анализе обзорной рентгенограммы грудной клетки в прямой проекции следует учитывать

- а) состояние мягких тканей
- б) состояние костного скелета
- в) состояние корней легких, легочного рисунка, легочных полей
- г) состояние средостения, диафрагмы, костно-диафрагмальных синусов

(+) д) все ответы правильные

278

053. Боковая рентгенограмма грудной клетки позволяет получить всю дополнительную информацию, кроме

- а) состояния отделов грудной клетки, не получивших отображения в прямой проекции
- б) локализации патологического процесса относительно долей и сегментов легких
- в) распространенности патологического процесса в легких

(+) г) состояния легочного рисунка

279

054. К недостаткам боковой рентгенограммы органов грудной клетки относят
- а) суммационное изображение двух половин грудной клетки
 - б) худшую видимость теней в половине грудной клетки, не прилежащей к кассете
 - в) перекрытие значительной площади легочной ткани элементами костного скелета
- (+) г) все ответы правильные

280

055. При патологических процессах в легких, средостении и (или) корнях в первую очередь следует применять томографию
- (+) а) с продольным направлением размазывания
 - б) с поперечным направлением размазывания
 - в) бронхотомографию
 - г) компьютерную томографию

281

056. Прямая томография корней легких и средостения позволяет получить информацию
- а) о состоянии внутригрудных лимфоузлов
 - б) о состоянии просвета трахеи и крупных бронхов
 - в) о состоянии крупных сосудов
- (+) г) все ответы правильные

282

057. Боковая томография корней легких и средостения позволяет получить информацию
- а) о состоянии отделов легких и средостения, не получающих отображения в прямой проекции
 - б) о состоянии бронхов 6-го сегмента и средней доли
 - в) о состоянии лимфатических узлов вокруг бронхов 6-го сегмента и средней доли
 - г) о состоянии крупных бронхов
- (+) д) все ответы правильные

283

058. Томография с поперечным направлением размазывания в прямой проекции дает дополнительную информацию
- а) о состоянии стенок трахеи и крупных бронхов
 - б) о состоянии бифуркации трахеи с выявлением кальцинатов в зоне бифуркации трахеи
 - в) о невидимых на томограмме с продольным размазыванием щелевидных полостях в легких
- (+) г) все ответы правильные

284

059. К недостаткам томографии с продольным направлением размазывания следует отнести
- а) значительную лучевую нагрузку
 - б) изменение анатомических взаимоотношений органов грудной клетки
 - в) невозможность обнаружить незначительно увеличенные внутригрудные лимфатические узлы
 - г) невозможность выявить полости деструкции менее 0.5 см
- (+) д) все ответы правильные

285

060. Зонография отличается от томографии
- а) величиной томографического шага
 - б) величиной угла качания рентгеновской трубки
 - в) величиной угла размазывания рентгеновской трубки
 - г) толщиной среза
- (+) д) величиной угла качания (размазывания) рентгеновской трубки и толщиной среза

Раздел 4

286

061. С помощью латерографии можно получить информацию
- а) о сращениях в плевральной полости

- б)о протяженности осумкования жидкости в плевральной полости
(+) в)о наличии свободной жидкости в плевральной полости
287
- 062.Во фтизиатрической практике чаще других применяют рентгенофункциональную пробу
а)Вальсальвы
б)Мюллера
(+) в)Вальсальвы - Мюллера
г)Соколова
288
- 063.Уточнению внелегочной локализации патологического процесса способствуют все следующие контрастные рентгенологические методики, кроме
а)искусственного пневмоторакса
б)пневмоперитонеума
в)пневмомедиастинографии
г)пневмомедиастинотомографии
(+) д)плеврографии
289
- 064.Бронхография, выполненная под эндотрахеальным наркозом, позволяет
а)провести исследование одновременно с обеих сторон
б)провести это исследование совместно с трахеобронхоскопией
в)провести исследование пациенту любого возраста
г)извлечь контрастное вещество из бронхиального дерева
(+) д)все ответы правильные
290
- 065.К недостаткам бронхографии, проведенной под эндотрахеальным наркозом, следует отнести
а)большое число противопоказаний к исследованию
б)большое число осложнений во время исследования
в)технические трудности
(+) г)невозможность ранней диагностики функциональных нарушений в бронхиальном дереве
291
- 066.Важным преимуществом бронхографии, выполненной под местной анестезией, является
а)меньшее число противопоказаний к исследованию
б)меньшее число осложнений во время исследования
в)отсутствие технических трудностей
г)невозможность сочетать это исследование с трахеобронхоскопией
(+) д)возможность раннего выявления функциональных нарушений в бронхах
292
- 067.Сцинтиграфия легких с изотопами позволяет уточнить
а)состояние мелких сосудов легких
б)состояние крупных сосудов легких
в)состояние мелких и крупных сосудов легких
(+) г)состояние капиллярного кровотока легких
293
- 068.Уменьшению лучевой нагрузки на пациента при рентгенологическом исследовании в первую очередь способствует
а)правильный выбор метода исследования
б)широкое применение различных защитных приспособлений
в)рациональное использование сложных рентгенологических методик, применение которых увеличивает лучевую нагрузку
(+) г)все ответы правильные
294
- 069.При описании тенеобразований в легких, не относящихся к их анатомическим структурам, следует отобразить
а)локализацию и характер тени

- б) количество теней, их величину и форму
в) контур тени, ее интенсивность и структуру
г) состояние окружающего фона
(+) д) все вышеперечисленные
295
070. Полиморфизм очаговых теней в легких определяют все перечисленные ниже признаки, кроме
а) разной их величины
б) разного характера их контура
в) разной их формы
г) разной их интенсивности
(+) д) разной их локализации
296
071. В протоколе рентгенологического исследования необходимо отобразить
а) скиалогическую характеристику патологического процесса
б) морфологическую характеристику патологического процесса
(+) в) предположение о морфологии процесса, полученное на основании скиалогической характеристики патологических изменений в легких и органах средостения
297
072. Заключение протокола рентгенологического исследования является
(+) а) выводом
б) диагнозом
в) краткой скиало-морфологической характеристикой патологического процесса
298
073. Заключение протокола рентгенологического исследования может быть
а) конкретным
б) с указанием дифференциально-диагностического ряда, включающим не более двух нозологических форм
в) с рекомендациями применения дополнительных методов для уточнения диагноза в неясном случае
(+) г) всем вышеперечисленным
299
074. В заключении протокола рентгенологического исследования кроме формы туберкулеза необходимо отразить
а) локализацию процесса
б) распространенность процесса
в) активность процесса (его фазу)
г) вариант процесса
(+) д) все перечисленное
300
075. Туберкулез бронха, выявленный во время бронхоскопии, протекает клинически малосимптомно
а) в 5-7% случаев
б) в 20-30% случаев
(+) в) в 50% случаев
301
076. Бронхоскопия у больных туберкулезом показана
а) при всех формах легочного туберкулеза, протекающих с деструкцией и бактериовыделением
б) при предоперационном обследовании больных
в) при туберкулезных плевритах и туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов
г) при бактериовыделении из очага неясной локализации
(+) д) при всех перечисленных случаях
302
077. Лечебная бронхоскопия у больных туберкулезом показана

- а) при инфильтративном туберкулезе бронха без выраженного стеноза его просвета
- (+) б) при язвенном туберкулезе стенки долевого бронха с разрастанием грануляций, стенозирующих его просвет
- в) при локальном катаральном эндобронхите
- г) при разлитом гипертрофическом эндобронхите

303

078. Бронхоскопия с помощью "жесткого" бронхоскопа имеет преимущества по сравнению с фибробронхоскопией, кроме

- а) дешевизны аппаратуры
- б) лучшего обзора трахеи и бронхов 1-2-го порядка
- (+) в) возможности осмотреть стенку бронхов 3-6-го порядка

304

079. Фибробронхоскопия имеет все перечисленные преимущества по сравнению с бронхоскопией "жестким" бронхоскопом, кроме

- (+) а) дешевизны аппаратуры
- б) меньшей травматичности вмешательства
- в) возможности произвести биопсию легочной ткани

305

080. При трансбронхиальной щипцовой биопсии берутся на исследование

- а) кусочки слизистой бронха
- б) кусочки стенки бронха со слизистой оболочки и хрящевой тканью
- (+) в) участки паренхимы легкого

Раздел 5

306

081. Материал биопсии, полученный с помощью аспирационной катетеризационной биопсии, подвергается

- а) гистологическому и цитологическому исследованию
- б) цитологическому и биохимическому исследованию
- в) биохимическому и морфологическому исследованию
- г) бактериологическому и биохимическому исследованию
- (+) д) цитологическому и бактериологическому исследованию

307

082. При бронхоальвеолярной лаваже жидкость исследуется

- а) после откашливания
- б) после аспирации из трахеи и бронхов во время бронхоскопии
- (+) в) после аспирации из катетеризируемых субсегментарных бронхов

308

083. В лаважной жидкости, полученной из легкого здорового человека, преобладают

- а) лимфоциты
- б) нейтрофилы
- (+) в) альвеолярные макрофаги

309

084. В лаважной жидкости больного туберкулезом преобладают

- а) лимфоциты
- б) эпителиоидные и гигантские клетки
- (+) в) нейтрофилы
- г) альвеолярные макрофаги

310

085. В лаважной жидкости больного бронхитом преобладают

- а) лимфоциты
- (+) б) нейтрофилы
- в) альвеолярные макрофаги

311

086. В лаважной жидкости больного саркоидозом I стадии преобладают

- (+) а) лимфоциты
- б) нейтрофилы
- в) альвеолярные макрофаги

312

087. Торакоскопия показана

- (+) а) при выпотных плевритах неясной этиологии
- б) при выпотных плевритах раковой природы
- в) при метапневматическом выпотном плеврите

313

088. Дренаж лимфы, оттекающей из органов грудной полости, осуществляют

- а) передние шейные лимфатические узлы
- (+) б) лимфатические узлы прескаленного клеточного пространства
- в) задние шейные лимфатические узлы

314

089. Биопсию лимфатических узлов прескаленного пространства предложил

- а) Вирхов
- (+) б) Даниэльс
- в) Классен

315

090. Трансторакальная биопсия легкого иглой показана

- а) при перибронхиальной локализации поражения
- б) при прикорневой локализации процесса
- (+) в) при субплевральной локализации поражения