

№ ОРД-ФТИЗ-22

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

Кафедра фтизиопульмонологии

**УТВЕРЖДЕНО**

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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

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

по дисциплине **«Туберкулез у пациентов с онкопатологией»**  
для ординаторов 1 года обучения  
уровень подготовки: кадры высшей квалификации  
по специальности 31.08.51 Фтизиатрия

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры**

от 14 марта 2022 г. протокол № 8

**Заведующая кафедрой**

доцент



О.З. Басиева

г. Владикавказ 2022г.

## 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 у пациентов с онкопатологией»**

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

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

В целом фонд оценочных средств по дисциплине «Туберкулез у пациентов с онкопатологией» 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 у пациентов с онкопатологией»

для специальности 31.08.51 Фтизиатрия

<b>№ п/п</b>	<b>Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля</b>	<b>Код формируемой компетенции (этапа)</b>	<b>Наименование оценочного средства</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Вид</b>	<b>Текущий, промежуточный</b>		

<b>контроля</b>			
1.	Основы клинической онкологии	УК-1;ПК-1; ПК-2; ПК -3; ПК-5 ПК-6; ПК-7;ПК-8; ПК-9.	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
2.	Частная онкопатология	УК-1;ПК-1; ПК-2; ПК -3; ПК-5 ПК-6; ПК-7;ПК-8; ПК-9.	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
3.	Лечение онкологического больного	УК-1;ПК-1; ПК-2; ПК -3; ПК-5 ПК-6; ПК-7;ПК-8; ПК-9.	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.

### **Вопросы для текущего контроля знаний**

#### **Раздел 1. Основы клинической онкологии.**

1. Принципы диагностики в онкологии.
2. Реабилитация онкологических больных. Виды и этапы.
3. Профилактика онкологических заболеваний. Виды. Реалии сегодняшнего дня.
4. Причины запущенности рака.
5. Методы и виды лечения в онкологии.

6. Скрининг онкологических заболеваний.
7. Роль онкомаркёров в онкологии.
8. Паллиативное лечение в онкологии
9. Хирургическое лечение в онкологии.
10. Лекарственная терапия рака.
11. Классификации онкологических заболеваний (TNM, стадия).
12. Эндоскопические методы диагностики в онкологии (характеристика, виды).
13. Лучевые методы диагностики в онкологии (УЗИ, Ro, PКТ, МРТ, ПЭТ, сцинтиграфия).
14. Особенности туберкулезной инфекции у больных онкопатологией.

## **Раздел 2. Частная онкопатология.**

1. Принципы диагностики рака лёгкого.
2. Методы и виды лечения рака лёгкого.
3. Классификации рака лёгкого (TNM, стадия).
4. Лучевые методы диагностики в онкологии (УЗИ, Ro, PКТ, МРТ, ПЭТ, сцинтиграфия).
5. Симптоматическая терапия (виды).
6. ЗНО лёгких. Клиника и диагностика.

## **Раздел 3. Лечение онкологического больного.**

1. Показания и противопоказания к радио- химиотерапии.
2. Этапы проведения радио- химиотерапии.
3. Принцип выбора вида ионизирующего излучения для проведения радио- химиотерапии.
4. Дистанционная и контактная радио- химиотерапия.
5. Особенности сочетанной терапии у больных туберкулезом и онкопатологией

## **Вопросы для проведения зачета**

1. Современные проблемы и перспективы развития онкологии. Государственная политика в области охраны здоровья и здравоохранения. Основы управления здравоохранением в Российской Федерации. Нормативные правовые акты. Организационные структуры

управления в здравоохранении. Организация онкологической помощи населению.

2. Закономерности развития опухоли. Структура и функции нормальной клетки.

Этиология опухолей. Канцерогенез на уровне клетки. Канцерогенез на уровне органа.

3. Патогенез клинических симптомов. Виды методов лечения в онкологии (хирургическое, лучевое, лекарственное, комбинированное, комплексное). Радикальные, паллиативные и симптоматические вмешательства. Понятие «анатомической зоны», принцип футлярности. Понятие об операбельности и резектабельности. Стандартные, расширенные, комбинированные, расширенно–комбинированные операции. Методы лучевой терапии злокачественных опухолей. Радиочувствительные и радиорезистентные опухоли. Дозы и режимы облучения. Способы повышения радиочувствительности опухолей. Классификация противоопухолевых лекарственных препаратов. Механизм действия. Показания к химиотерапии. Методы введения препаратов. Побочные действия и осложнения. Адьювантная и неадьювантная химиотерапия. Стандартная и высокодозная химиотерапия, применение колониестимулирующих факторов. Таргетная терапия, точки приложения препаратов. Комбинированные и комплексные методы лечения.

4. Основные характеристики диагностической медицинской техники. Лабораторные методы исследования. Рентгенодиагностические исследования. Радиоизотопные исследования. Эндоскопические исследования. Функциональные методы исследования. Морфологические методы исследования. Иммунологические методы исследования. Операционная диагностика. Ультразвуковая томография. Компьютерная томография. Магнитно-резонансная томография.

5. Общие принципы хирургического лечения злокачественных опухолей. Общие принципы лучевой терапии злокачественных опухолей. Общие принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей. Симптоматическое лечение.

6. Деонтология в онкологии Вопросы этики и деонтологии в профессиональной деятельности врача-онколога. Показатели деятельности организаций здравоохранения. Критерии эффективности реабилитации.

7. Паллиативная помощь больным с запущенными формами злокачественных новообразований. Формы оказания паллиативной помощи:- при лечении болевого синдрома, - диспептического синдрома, - симптоматическая терапия кахексии; лечебная тактика при инфекционных осложнениях; - при образовании патологических выпотов в серозных полостях

(плевриты, асциты); - при кишечной непроходимости; - при кровотечениях и перфорациях в полых органах; - синдром эндогенной интоксикации.

Медицинская и социальная значимость паллиативной помощи больным с запущенными злокачественными новообразованиями.

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

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

## КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

### Ситуационная задача № 1

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

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

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

#### **ВОПРОСЫ:**

Усматриваете ли Вы ошибки участкового врача если да то какие?

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

Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?

Какова должна быть тактика участкового врача?

Укажите какие рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.

К какому специалисту на консультацию должен быть направлен данный больной?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

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

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

**КАФЕДРА 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.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

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

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

**КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ**  
**Ситуационная задача № 3**

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

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

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

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

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

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

**ВОПРОСЫ:**

Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?

Какие заболевания могут протекать со сходной симптоматикой?

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

Обоснуйте Ваш диагноз.

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

Проведите дифференциальную диагностику.

Где должна лечиться и наблюдаться в дальнейшем данная больная?

Тактика лечения.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

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

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

Ситуационная задача № 4

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

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

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

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

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

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

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

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

**ВОПРОСЫ:**

- 1.Какой предварительный диагноз Вы поставили бы больному при поступлении в ЦРБ?
- 2.Правильно поступил ли врач дважды пропунктировав плевральную полость? Почему?
- 3.По данным анализов плеврального содержимого трансудат это или экссудат? Почему?
- 4.Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения этиологии плеврита?
- 5.Между какими заболеваниями в первую очередь нужно проводить дифференциальную диагностику?
- 6.По клинико-рентгенологическим данным о какой этиологии процесса можно думать? Почему? Сформулируйте диагноз.
- 7.Какова дальнейшая тактика врача ЦРБ?

**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  $37,1^{\circ}\text{C}$ . Кожные покровы чистые бледные румянец на щеках. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Зев чист. Имеются кариозные зубы. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими легочной звук незначительное притупление легочного звука над верхушкой справа. Дыхание в легких везикулярное справа в верхних отделах на фоне жесткого дыхания прослушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены ритмичные. Живот мягкий безболезненный. Печень у края реберной дуги эластичная безболезненная. Стул и мочеиспускание не изменены.

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

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

Рентгенологически: справа в С<sub>2</sub> на фоне размытого легочного рисунка полиморфные очаги диаметром 5–9 мм с нерезкими контурами выражена наклонность к слиянию очагов.

#### **ВОПРОСЫ:**

Ваш диагноз?

Какая тень на рентгенограмме называется очагом?

С каким заболеванием в первую очередь необходимо провести дифференциальную диагностику?

Является ли небациллярная мокрота основанием для исключения туберкулезного процесса?

В какой группе учета должен состоять данный больной?

Какое лечение будет назначено?

Сочетание каких препаратов наиболее эффективно?

Возможные исходы заболевания?

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

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

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

## КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

### Ситуационная задача № 6

#### ЗАДАЧА № 6

Больная А 27 лет обратилась на консультацию к фтизиатру по поводу появления 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°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 бронхопупьмональной группы. Проба Манту с 2 ТЕ отрицательная. По поводу чего больную направили на консультацию к фтизиатру.

#### **ВОПРОСЫ:**

Ваш предварительный диагноз?

Какие методы обследования необходимы для постановки диагноза у этой больной?

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?

Какие ошибки допущены при ведении больной?

Какова тактика лечения?

Нуждается ли больная в диспансерном учете и в какой группе?

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

Характерное изменение в крови.

Почему у данной категории больных проба Манту чаще отрицательная?

Каков прогноз заболевания у данной больной?

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

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

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

## КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

### Ситуационная задача № 7

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

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

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

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

#### **ВОПРОСЫ:**

Где должен лечиться больной?

Чем объяснить участки просветления на обзорной рентгенограмме?

Необходимы ли дополнительные рентгенологические методы обследования?

Предварительный диагноз?

Какие осложнения возможны?

Какое лечение необходимо назначить?

Каков прогноз заболевания у данного больного?

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

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

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

Ситуационная задача № 8

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

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

Общий анализ крови: Эр.  $3,6 \times 10^{12}$  г/л Нв–115 г/л э–3 п–9 л–14 м–11 Л– $91 \times 10^9$  г/л СОЭ – 29 мм/час. Общий анализ мочи без особенностей.

Рентгенологически: справа в С<sub>1</sub> С<sub>2</sub> С<sub>6</sub> массивная инфильтрация легочной ткани состоящая из сливных очагов.

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

**ВОПРОСЫ:**

Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения диагноза?

Интерпретируйте общий анализ крови.

Назовите сходные заболевания при которых могут наблюдаться сходные изменения

Предположительный диагноз?

Назначьте лечение.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ**

**Ситуационная задача № 9**

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

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

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

**ВОПРОСЫ:**

Интерпретируйте анализ крови.

О каком заболевании можно думать?

С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику

Назначьте наиболее эффективную комбинацию препаратов

Исходы и возможные осложнения данного заболевания.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**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  $46 \times 10^9$ /л э–2% п–2% с–63% л–26% мон.–7%.

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

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

**ВОПРОСЫ:**

Какой должна быть тактика терапевта?

О каком заболевании с большей вероятностью необходимо думать?

Каким должно быть обследование для подтверждения диагноза?

С какими заболеваниями должен быть проведен дифференциальный диагноз?

Где должен лечиться больной?

Какие исходы этого заболевания могут быть?

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 1**

1. Не выполнен клинический минимум обследования на туберкулез.
2. Инfiltrативный 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 Леффрена.

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 бронхопальмональной 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.

**высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России**

**Кафедра фтизиопульмонологии**

**Эталоны тестовых заданий**

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

по дисциплине **«Туберкулез у пациентов с онкопатологией»**

для ординаторов 1 года обучения

уровень подготовки: кадры высшей квалификации

по специальности **31.08.51 Фтизиатрия**

**г. Владикавказ, 2022 г.**

## Оглавление

№ п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Страницы с __ по __
1	2	3	4
<b>Вид контроля</b>	<b>Текущий, промежуточный</b>		
1.	Основы клинической онкологии	УК-1;ПК-1; ПК-2; ПК -3; ПК-5 ПК-6; ПК-7;ПК-8; ПК-9.	
2.	Частная онкопатология	УК-1;ПК-1; ПК-2; ПК -3; ПК-5 ПК-6; ПК-7;ПК-8; ПК-9.	
3.	Лечение онкологического больного	УК-1;ПК-1; ПК-2; ПК -3; ПК-5 ПК-6; ПК-7;ПК-8; ПК-9.	1

**Раздел 1. Основы клинической онкологии**

**1. Морфологической верификацией ЗНО является:**

- 1) рентгеноскопия
- 2) гистологическое исследование опухоли\*
- 3) УЗИ
- 4) КТ

**2. Наиболее объективные сведения о местной распространённости опухолевого процесса (стадии заболевания) могут быть получены**

- 1) при клиническом осмотре больного
- 2) при рентгенологическом исследовании
- 3) при использовании эндоскопических методов
- 4) при патоморфологическом исследовании резецированного (удалённого) органа с регионарными лимфатическим аппаратом\*

**3. Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей**

- 1) поджелудочной железы
- 2) желудка
- 3) щитовидной железы\*
- 4) все ответы правильные

**4. Определение гормональных рецепторов необходимо**

- 1) для типирования гистологической природы опухоли
- 2) для определения уровня гормонов в организме
- 3) для определения целесообразности гормонотерапии\*
- 4) все ответы правильные

**5. Радиоизотопное исследования в клинической онкологии используется**

- 1) для визуализации первичной опухоли
- 2) для определения распространённости злокачественного процесса
- 3) для оценки функционального состояния некоторых внутренних органов
- 4) все ответы правильные\*

**6. Феномен обструкции при раке толстой кишки проявляется**

- 1) кишечным кровотечением
- 2) постоянными болями в животе
- 3) повышением температуры
- 4) кишечной непроходимостью\*

**7. Первичная диагностика рака на уровне общей лечебной сети предусматривает**

- 1) установление наличия злокачественной опухоли\*
- 2) морфологическую верификацию
- 3) оценку стадии заболевания
- 4) оценку распространённости процесса по системе TNM

**8. Термину «операбельность» больше всего соответствует**

- 1) состояние больного, позволяющее выполнить операцию\*
- 2) состояние больного, позволяющее выполнить радикальную операцию
- 3) возможность выполнения радикальной операции
- 4) правильного ответа нет

**9. Главной целью симптоматической операции является**

- 1) удаление поражённого опухолью органа
- 2) удаление регионарных лимфатических метастазов опухоли
- 3) устранение осложнений, которые могут привести больного к смерти\*
- 4) все ответы верные

**10. Соблюдение принципов зональности и футлярности при выполнении онкологических операций направлено**

- 1) на обеспечение антибластики
- 2) на обеспечение абластики\*
- 3) на максимальное сохранение функции органа
- 4) обеспечение максимального объёма

**11. На отдалённые результаты хирургического лечения злокачественных заболеваний оказывает наименьшее влияние**

- 1) тип роста опухоли
- 2) наличие метастазов в регионарных лимфоузлах
- 3) наличие отдалённых метастазов
- 4) возраст больного\*

**12. Основная цель радикальной лучевой терапии:**

- 1) подведение максимально возможной дозы излучения
- 2) снижение биологической активности опухолевых клеток
- 3) вызов гибели наиболее чувствительных опухолевых клеток
- 4) достижение полной регрессии опухоли\*

**13. Термин «симптоматическая терапия» обозначает**

- 1) терапию, направленную на устранение наиболее тягостных проявлений заболевания, связанных с новообразованиями и с осложнениями специфической терапии\*
- 2) терапию, направленную на уменьшение первичных опухолей
- 3) терапию, направленную на уменьшение отдалённых метастазов
- 4) правильного ответа нет

**14. Хирургический метод относится к**

- 1) системным методам воздействия на организм
- 2) регионарным методам воздействия на организм
- 3) локальным методам воздействия на организм\*
- 4) все ответы правильные

**15. Химиотерапия относится к**

- 1) системным методам воздействия на организм\*
- 2) регионарным методам воздействия на организм
- 3) локальным методам воздействия на организм
- 4) все ответы правильные

**Раздел 2. Частная онкопатология.**

**1. Большинство периферических доброкачественных опухолей лёгких составляют**

- 1) фибромы
- 2) тератомы
- 3) аденомы\*
- 4) невриномы

**2. Бронхография наиболее целесообразна у больных**

- 1) периферическими доброкачественными опухолями лёгких\*
- 2) центральными доброкачественными опухолями лёгких
- 3) во всех случаях
- 4) при атипических формах РЛ

3. Основным методом диагностики центральных доброкачественных опухолей лёгкого является

- 1) фибробронхоскопия с биопсией\*
- 2) томография
- 3) рентгенография
- 4) бронхография

4. Что принято понимать под термином "единичные метастазы" при метастатическом поражении лёгких – наличие

- 1) одного метастаза
- 2) от 2 до 4 метастазов\*
- 3) от 6 до 10 метастазов
- 4) синдром разменных монет

5. Рак лёгкого в структуре заболеваемости (смертности) населения РФ злокачественными новообразованиями занимает

- 1) I место
- 2) II место
- 3) III место
- 4) IV место\*

6. Определяющая роль в увеличении заболеваемости населения раком лёгких принадлежит

- 1) курению\*
- 2) профессиональным вредностям
- 3) загрязнению атмосферы
- 4) увеличению продолжительности жизни

7. К центральному раку относятся опухоли, исходной локализацией которых являются бронхи

- 1) главные
- 2) долевыми и сегментарными
- 3) субсегментарными и V порядка
- 4) правильные ответы 1) и 2)\*

8. Первичные симптомы рака лёгкого обусловлены проявлением

- 1) первичной опухоли бронха
- 2) регионарных метастазов
- 3) отдалённых метастазов
- 4) правильно – 1, 2\*

9. К первичным или местным симптомам рака лёгкого могут быть отнесены все перечисленные, кроме

- 1) кашля
- 2) кровохарканья
- 3) повышения температуры тела\*
- 4) дисфония

10. Способами (способом) получения материала для морфологического подтверждения диагноза при бронхологическом исследовании являются

- 1) смыв и аспират из бронха

- 2) мазки-отпечатки
- 3) пунктат
- 4) все перечисленные\*

**11. Кто не относится к категории риска по заболеваемости раком лёгкого?**

- 1) жители села\*
- 2) длительно курящие
- 3) больные, страдающие ХОБЛ
- 4) мужчины в возрасте после 40 лет

**12. Какие выделяют морфологические формы рака лёгкого?**

- 1) плоскоклеточный (45%) – результат многолетней атрофии и анаплазии эпителия бронхов
- 2) мелкоклеточный (20 – 25%) – наиболее агрессивный. Характеризуется быстрым метастазированием. Нередко встречается у молодых
- 3) аденокарцинома (20 – 25%) – чаще встречается у женщин и более молодых больных
- 4) все ответы верны\*

**13. Какие формы выделяют по клинко-анатомической классификации по А.И.Савицкому?**

- 1) центральный
- 2) периферический
- 3) атипический
- 4) верны ответы 1, 2, 3\*

**14. К атипическому типу по классификации А.И. Савицкого не относят?**

- 1) милиарный карциноматоз\*
- 2) медиастинальный
- 3) мозговой и костный
- 4) пневмониеподобный

**15. При бронхоскопии, проводимой у пациента с центральным раком лёгкого, можно увидеть опухоль или косвенные признаки её**

- 1) сужение
- 2) ригидность
- 3) рыхлость стенки бронха
- 4) все ответы верны\*

### **Раздел 3. Лечение онкологического больного**

#### **1. Основной принцип лучевой терапии злокачественных новообразований**

- 1) максимальное уничтожение опухоли
- 2) использование максимально высоких доз облучения с максимальным уничтожением опухоли, не повреждая здоровые ткани
- 3) максимальное уничтожение опухоли с минимальным повреждением окружающих здоровых тканей\*
- 4) уничтожение опухоли и облучение окружающих тканей для предотвращения рецидива

#### **2. Осложнения при лучевой терапии:**

- 1) местные и общие\*
- 2) общие
- 3) местные
- 4) облысение

**1. При каком заболевании может применяться близкофокусная рентгенотерапия?**

- 1) рак лёгкого

- 2) рак молочной железы
- 3) рак кожи\*
- 4) рак простаты

**4. Ранние лучевые реакции возникают**

- 1) только в процессе проведения лучевой терапии
- 2) только после окончания лучевой терапии в течение 100 дней
- 3) только при радиорезистентных опухолях
- 4) в процессе проведения лучевой терапии и в течение 90 дней после её окончания\*

**5. Высокую степень радиочувствительности имеют все перечисленные органы и ткани, кроме**

- 1) лимфоидной ткани
- 2) кожи\*
- 3) тимуса
- 4) яичников и яичек
- 5) костного мозга

**6. Радиорезистентными являются все перечисленные органы и ткани, кроме**

- 1) тонкого кишечника\*
- 2) мышечной ткани
- 3) костной ткани у взрослых
- 4) печени

**7. Целями предоперационной лучевой терапии методом обычного фракционирования являются все перечисленные, кроме**

- 1) разрушения малодифференцированных опухолевых клеток
- 2) перевода опухоли из неоперабельного состояния в операбельное
- 3) нанесения летальных повреждений субклиническим очагам опухолевого роста
- 4) улучшения заживления раны\*

**8. Паллиативный курс лучевой терапии преследует основную цель**

- 1) продлить жизнь больному\*
- 2) излечить больного
- 3) снять тяжкие симптомы заболевания
- 4) для предоперационной подготовки

**9. Радиомодифицирующие агенты – это средства, которые**

- 1) усиливают поражение опухоли
- 2) ослабляют поражение опухоли
- 3) ослабляют лучевые реакции здоровых клеток\*
- 4) усиливают лучевые реакции здоровых клеток

**10. Радикальный курс лучевой терапии преследует основную цель**

- 1) продлить жизнь больного
- 2) излечить больного\*
- 3) снять тяжкие симптомы заболевания

**11. Сочетанный метод лучевой терапии включает в себя**

- 1) два и более видов лучевого лечения\*
- 2) лучевое и лекарственное лечение
- 3) лучевое и хирургическое лечение

**12. Эффекты взаимодействия рентгеновского излучения с атомами вещества**

- 1) ядерные реакции
- 2) образование электронно-позитронных пар
- 3) образование протонов отдачи
- 4) рассеяние электронов\*

**13. Основной радиобиологический парадокс – это**

- 1) соответствие между величиной поглощённой энергии и степенью реакций биологического объекта
- 2) присоединение неионизирующего излучения
- 3) различная радиочувствительность тканей
- 4) большое несоответствие между ничтожной величиной поглощённой энергии и крайней степенью выраженности реакций биологического объекта\*

**14. Тканевая радиочувствительность зависит**

- 1) от вида излучения
- 2) от степени дифференцировки ткани\*
- 3) от времени излучения
- 4) от глубины залегания опухоли

**15. Пик Брегга характерен для**

- 1) гамма-излучения
- 2) рентгеновского излучения
- 3) нейтронов
- 4) протонов\*