

№ 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 психическими заболеваниями, ВИЧ-  
инфекцией, наркоманией»**

для ординаторов 1 года обучения

уровень подготовки: кадры высшей квалификации

по специальности 31.08.51 Фтизиатрия

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

**Заведующая кафедрой**

доцент



О.З. Басиева

**г. Владикавказ 2022 г.**

## СТРУКТУРА ФОС

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

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

**РЕЦЕНЗИЯ**

**на фонд оценочных средств по дисциплине «Туберкулез у пациентов с психическими  
заболеваниями, ВИЧ-инфекцией, наркоманией»**

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 психическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией, наркоманией»**. 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 психическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией, наркоманией»** 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 психическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией, наркоманией»

для специальности 31.08.51 Фтизиатрия

№ п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
<b>Вид контроля</b>	<b>Текущий, промежуточный</b>		
1.	Вирус иммунодефицита человека. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции. Туберкулез у больных СПИД.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7 ПК-8; ПК-9.	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
2.	Общие вопросы наркологии. Туберкулез в сочетании с наркоманией.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7 ПК-8; ПК-9.	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
3.	Общая психопатология, основные формы психических заболеваний. Туберкулез в сочетании с психопатологией.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; 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. Вирус иммунодефицита человека. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции. Туберкулез у больных СПИД.**

1. Назовите классификацию ВИЧ инфекции.
2. Дайте клинико-эпидемиологическую характеристику ВИЧ.
3. Назовите ведущие симптомокомплексы ВИЧ инфекции в различные стадии заболевания.
4. Назовите СПИД – индикаторные инфекции.
5. Как проводится лабораторная диагностика ВИЧ инфекции?
6. Каковы основные принципы и методы лечения ВИЧ инфекции.
7. Особенности туберкулезной инфекции у больных СПИД.

#### **Раздел 2. Общие вопросы наркологии. Туберкулез в сочетании с наркоманией.**

1. Понятие наркоманий и токсикоманий.
2. Определение хронического алкоголизма.
3. Основные виды наркотических веществ.
4. Понятие о психической и физической зависимости.
5. Определение толерантности и её изменений при наркоманиях и алкоголизме.
6. Абстинентный синдром при наркоманиях и алкоголизме.
7. Основные расстройства психики при наркоманиях и алкоголизме.
8. Основные неврологические и соматические нарушения при наркоманиях и алкоголизме.
9. Понятие об антисоциальном и асоциальном поведении.

#### **Раздел 3. Общая психопатология, основные формы психических заболеваний. Туберкулез в сочетании с психопатологией.**

1. Диагностическое и прогностическое значение шизофренического дефекта.
2. Диагностика и лечение эндогенных депрессий.

3. Трудовая и социальная реабилитация больных циклотимией.
4. Понятие шизофренической личности.

### **Вопросы для проведения зачета**

1. Классификацию ВИЧ инфекции.
2. Клинико-эпидемиологическую характеристику ВИЧ.
3. 3. Ведущие симптомокомплексы ВИЧ инфекции в различные стадии заболевания.
4. СПИД – индикаторные инфекции.
5. Лабораторная диагностика ВИЧ инфекции?
6. Основные принципы и методы лечения ВИЧ инфекции.
7. Особенности туберкулезной инфекции у больных СПИД.
8. Основное звено в организации психиатрической помощи населению?
9. Критерии определения необходимости помещения больных в психиатрические учреждения стационарного типа?
10. Принципы добровольного и недобровольного освидетельствования и госпитализации психически больных?
11. Права больных помещаемых в психиатрические учреждения стационарного типа?
12. Основные методы обследования психически больных?
13. Какой метод обследования психически больных является основным?
14. Аменция в практике врача соматического профиля.
15. Социальная опасность больных с амбулаторным автоматизмом.
16. Причины роста числа суицидальных попыток в современном обществе.
17. Социальная опасность маниакальных больных.
18. Особенности протекания туберкулезной инфекции у пациентов с психическими заболеваниями.
19. Понятие наркоманий и токсикоманий.
20. Определение хронического алкоголизма.

21. Основные виды наркотических веществ.
22. Понятие о психической и физической зависимости.
23. Определение толерантности и её изменений при наркоманиях и алкоголизме.
24. Абстинентный синдром при наркоманиях и алкоголизме.
25. Основные расстройства психики при наркоманиях и алкоголизме.
26. Основные неврологические и соматические нарушения при наркоманиях и алкоголизме.
27. Понятие об антисоциальном и асоциальном поведении.

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

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

**КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ**

**Ситуационная задача № 1**

Задача №1.1 Пациентка Н., 28 лет предъявляет жалобы на: периодически возникающие, преимущественно в дневное время, приступы одышки с затрудненным выдохом, сопровождающиеся сначала покашливанием, затем появлением свистящих хрипов. Из анамнеза: впервые отметила появление приступов 4 месяца назад, после перенесенного острого вирусного заболевания. Ранее подобных симптомов не было, хотя часто болела респираторными инфекциями (более четырех раз в год). Первые приступы появились в период работы в парикмахерской. С тех пор они повторялись не чаще одного раза в неделю в рабочее время. Ночных эпизодов затруднения дыхания не отмечает. При изучении сопутствующих заболеваний установлено, что в детском возрасте страдала диатезом, с 14-летнего возраста в период цветения тополей отмечала появление зуда в глазах и слизистые выделения из носа, чихание. К врачу ранее по поводу лечения аллергии не обращалась. Самостоятельно принимала супрастин при необходимости. Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. Объективно: пациентка эмоционально лабильна. Рост 174, вес 66 кг, обхват талии 76 см. Кожные покровы обычной окраски, теплые и влажные на ощупь. Тургор кожи в норме, запаха ацетона изо рта нет. ЧДД 20 в минуту. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс 70 в минуту, ритмичный, умеренного наполнения и напряжения. Границы относительной тупости сердца в норме. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 70 в минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отмечается урчание во всех отделах при пальпации кишечника. Печень у края реберной дуги, край печени закруглен, мягкий. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Видимой деформации со стороны опорно – двигательного аппарата не выявлено, в суставах полная подвижность. б Щитовидная железа не видна на глаз, не пальпируется. Глазные симптомы отрицательны. Тремора рук, отпечатков зубов на языке, сухости локтей нет.

Вопросы: 1. Выделите и обоснуйте синдромы, выявите ведущий.

2. Укажите возможные причины возникновения приступов.
3. Опишите механизм появления жалоб.
4. Перечислите анамнестические данные, подтверждающие возможность появления у данной пациентки приступов одышки и их происхождение.
5. Назначьте дополнительные обследования.

**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**

Пациент Н., 42 года предъявляет жалобы на: одышку с затруднённым выдохом при ходьбе по ровной местности (отмечает, что идет медленнее, чем лица его возрастной группы), кашель в утренние часы после подъема с кровати, периодическое выделение слизистой мокроты, а также слабость, вялость, снижение работоспособности. Из анамнеза: кашель в утренние часы отмечает на протяжении последних пяти лет. К врачу обращался однократно по поводу появления кашля с гнойной мокротой на фоне острой респираторной инфекции. Был выставлен диагноз острый бронхит. Получал лечение антибиотиками, после чего отметил улучшение самочувствия. Однако продолжал беспокоить кашель в утренние часы и выделение небольшого количества мокроты. Пациент курит с 16 лет, в последние десять лет до 20-30 сигарет в день. Сердечно-сосудистые заболевания отрицает. Контакты с больными туберкулезом отрицает. Работает менеджером в крупной строительной компании, профессиональных вредностей не имеет. Проживает в квартире с централизованным отоплением. Аллергию на медикаменты, пищевые продукты, шерсть животных отрицает. Объективно: астенического телосложения. Рост 184, вес 82 кг, обхват талии 88 см. Кожные покровы обычной окраски, теплые на ощупь. При 7 осмотре выявлено утолщение концевых фаланг пальцев кистей и уплощение ногтевой пластины. Тургор кожи в норме, запаха ацетона изо рта нет. ЧДД 22 в минуту. В легких жёсткое дыхание, сухие хрипы высокого и низкого тембра. Пульс 65 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Левая граница относительной тупости на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 65 в минуту. АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. При пальпации кишечника отмечается урчание во всех отделах. Печень у края реберной дуги, край печени закруглен, мягкий. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Видимой деформации со стороны опорно-двигательного аппарата не выявлено, в суставах полная подвижность. Щитовидная железа не видна на глаз, не пальпируется. Глазные симптомы отрицательны. Тремора рук, отпечатков зубов на языке, сухости локтей нет.

- Вопросы: 1. Выделите и обоснуйте синдромы, выявите ведущий.
2. Опишите механизм появления жалоб



3. Укажите ключевые факторы анамнеза, в развитии описанной клинической ситуации.
4. Укажите ведущий метод диагностики и данные, необходимые для подтверждения гипотезы о природе заболевания.
5. Сформулируйте предварительный диагноз и укажите диагностические критерии.

**Зав. кафедрой, доцент**

**О.З.Басиева**

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

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

### **КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ**

#### **Ситуационная задача № 3**

Пациент Н., 32-х лет предъявляет жалобы на: боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, кашле и уменьшающиеся в положении на больном боку, невозможность глубокого вдоха из-за болей, а также на слабость, снижение работоспособности, сухой кашель и повышение температуры до 37,8 0С. 8 Из анамнеза: две недели назад перенес острое респираторное заболевание. Первыми симптомами была лихорадка, заложенность носа. К врачу не обращался. Самостоятельно принимал парацетамол при повышении температуры, пил чай с малиной и при заложенности носа употреблял сосудосуживающие капли – нафтизин. Улучшения состояния не отметил, появился сухой кашель, одышка и боли в правой половине грудной клетки, которые и стали причиной обращения к врачу. Сердечно–сосудистые заболевания отрицает. Контакты с больными туберкулезом отрицает. Аллергию на медикаменты, пищевые продукты, шерсть животных отрицает. Не курит. Объективно: во времени и пространстве ориентирован. Рост 164, вес 72 кг, обхват талии 82 см. Кожные покровы обычной окраски, теплые на ощупь. Тургор кожи снижен, запаха ацетона изо рта нет. При осмотре выявлено отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. ЧДД 24 в минуту. В нижних отделах легких справа выявляется шум, который выслушивается на вдохе и на выдохе, не меняет локализацию при покашливании и сохраняется при пробе с имитацией дыхания. Пульс 65 в минуту, ритмичный, полный, напряженный. Левая граница относительной тупости на 1,5 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 65 в минуту. АД 120/85 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, край печени закруглен, мягкий. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Видимой деформации со стороны опорно–двигательного аппарата не выявлено, в суставах полная подвижность. Щитовидная железа не видна при глотании, смещается, безболезненна, эластична. Вопросы: 1. Выделите и обоснуйте синдромы, выявите ведущий.

2. Укажите физикальные данные, которые подтверждают предположение о причине болевого синдрома у пациента.
3. Назначьте дополнительные обследования. Укажите ведущий метод диагностики.
4. Сформулируйте предварительный диагноз и укажите диагностические критерии.

**Зав. кафедрой, доцент**

**О.З.Басиева**

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

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

#### **КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ**

#### **Ситуационная задача 4**

Больной Н., 67 лет, обратился с жалобами на кашель с отхождением мокроты желто-зеленого цвета, повышение температуры тела до 38,7°C, одышку при физической нагрузке, болевые ощущения в правой половине грудной клетки, возникающие при кашле и глубоком вдохе, потливость, общую слабость и головную боль. Заболел остро 3 дня назад, после переохлаждения. При обращении в поликлинику по месту жительства врач назначил антибиотик гентамицин по 80 мг в/м 2 раза в день, мукалтин 3 таблетки в день, парацетамол. На фоне лечения существенной положительной динамики не отмечено. Из анамнеза: бывший военнослужащий, в настоящее время работает вахтером. Курит в течение 22 лет по 1,5 – 2 пачки сигарет в день. Периодически (несколько раз в год) после переохлаждения отмечает появление кашля с отхождением желто-зеленой мокроты, в течение последних 2 лет появилась одышка при умеренной физической нагрузке. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы без особенностей, отмечается гиперемия кожи лица. Температура тела – 37,6°C. Подкожно-жировой слой развит умеренно, отеков нет, периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧД в покое – 22 в мин. Грудная клетка эмфизематозная, при осмотре - отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно на фоне коробочного звука отмечается участок притупления справа ниже угла лопатки, в этой же области – усиление голосового дрожания. При аускультации выслушиваются рассеянные сухие жужжащие хрипы, справа ниже угла лопатки – зона крепитации. Тоны сердца приглушены, шумов нет. ЧСС – 107 в мин., АД – 120/70 мм рт. ст. Живот 10 мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования: Общий анализ крови: эр. - 4,3 x 10<sup>12</sup>, лейкоц. - 12,7 x 10<sup>9</sup>, п. - 6, сегм. - 66, л. - 23, м. - 5, СОЭ - 32 мм/ час. Общий анализ мокроты: характер слизисто-гнойный, лейкоциты густо покрывают поле зрения; эозинофилы,

спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, БК – отсутствуют; определяются грам-положительные диплококки. Рентгенограмма органов грудной клетки в двух проекциях: определяется участок инфильтрации легочной ткани в нижней доле правого легкого, эмфизема легких, усиление легочного рисунка за счет интерстициального компонента. Вопросы: 1. Выделите и обоснуйте ведущий синдром 2. Назовите предварительный диагноз и укажите диагностические критерии? 3. Какие дополнительные методы обследования целесообразно использовать? 4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии

**Зав. кафедрой, доцент**

**О.З.Басиева**

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

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

### **КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ**

#### **Ситуационная задача № 5**

Пациент И., 45 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на кашель с небольшим количеством вязкой, трудноотделяемой мокроты, на одышку при физической нагрузке. Из анамнеза: кашель беспокоит в течение последних 7 лет, усиливается преимущественно после частых ОРВИ, назначались антибиотики с положительным эффектом. В течение последних 2 лет стал отмечать одышку при умеренной физической нагрузке. Пациент курит с 17-летнего возраста по 1 пачке сигарет в день. По профессии слесарь, работа связана с частыми переохлаждениями. Ухудшение состояния в течение последних 3 дней, когда усилился кашель с отхождением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, появилась субфебрильная температура тела. Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5 С. Над легкими при перкуссии - коробочный звук, при аускультации - жесткое дыхание, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 22 в мин. Пульс - 80 в мин. АД – 130/80 мм рт. ст. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования: Общий анализ крови: эр. - 4,5 x 10<sup>12</sup>, лейкоц. - 12,9 x 10<sup>9</sup>, п. - 5, сегм. - 65, л. - 23, м. - 7, СОЭ - 23 мм/ час. Общий анализ мокроты: лейкоциты - 60-80 в п/зр., макрофаги - много, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена и эозинофилы - не найдены, БК и атипичные клетки не обнаружены. Рентгенография органов грудной клетки: свежих очаговых и инфильтративных изменений нет, легочные поля повышенной прозрачности, стенки бронхов уплотнены, корни расширены. ФВД: ЖЕЛ - 57%, ОФВ1 - 64%, МОС 25 - 53%, МОС 50 - 49%, МОС 75 - 58%; после ингаляции беротека: ЖЕЛ - 60%, ОФВ1 - 68%, МОС 25 - 56%, МОС 50 - 54%, МОС 75 - 62%. Вопросы: 1. Выделите и обоснуйте синдромы,

выявите ведущий. 2. Опишите механизм появления жалоб. 3. Сформулируйте предварительный диагноз и укажите диагностические критерии. 4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.

**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**

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

#### **ВОПРОСЫ:**

Ваш предварительный диагноз?

Какие методы обследования необходимы для постановки диагноза у этой больной?

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?

Какие ошибки допущены при ведении больной?

Какова тактика лечения?

Нуждается ли больная в диспансерном учете и в какой группе?

Какие изменения на Р-грамме легких можно наблюдать при данном заболевании?  
Характерное изменение в крови.  
Почему у данной категории больных проба Манту чаще отрицательная?  
Каков прогноз заболевания у данной больной?

**Зав. кафедрой, доцент**

**О.З.Басиева**

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

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

#### **КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ**

#### **Ситуационная задача № 7**

Больная Л., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой (единичные плевки), 12 приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие ежедневно в дневное и в ночное время, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа. Из анамнеза: сестра пациентки страдает полипозным риносинуситом, у матери больной пищевая аллергия в виде крапивницы. Пациентка работает вязальщицей на текстильном предприятии, имеет постоянный контакт с шерстью. В течение последних лет отмечает частые ОРВИ – 2-3 раза в год. В анамнезе отмечены аллергические реакции на прием ампициллина – заложенность носа, слезотечение; цитрусовые и клубника – крапивница. В течение многих лет беспокоит практически постоянная заложенность носа, 2 года назад диагностирован полипозный риносинусит, проведена полипотомия носа. Год назад после перенесенного ОРВИ длительно сохранялся приступообразный кашель. Состояние ухудшилось весной, когда впервые развился приступ удушья, купированный в/в введением эуфиллина. В последующем больная самостоятельно принимала антигистаминные препараты, эуфиллин с эффектом. Последнее ухудшение после ОРВИ, резко возросла частота приступов удушья в дневное время, появились ночные приступы. Для обследования и коррекции терапии больная поступила в клинику. Объективно: состояние относительно удовлетворительное, ЧД 22 в мин., на коже кистей – экзематозные бляшки. Носовое дыхание резко затруднено. Отмечается диффузный «теплый» цианоз. При перкуссии легких – коробочный звук, при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования: : Общий анализ крови: эр. -  $4,5 \times 10^{12}$ , лейкоц. -  $12,9 \times 10^9$ , эоз. – 7, п. – 3,

сегм. - 63, л. - 20, м. - 7, СОЭ - 10 мм/ час 13 Общий анализ мокроты: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты 1-5 в п/зр; эозинофилы 20-40-60 в п/зр; эритроцитов нет; спирали Куршмана – 1-3 в препарате, кристаллы Шарко-Лейдена – 5-7 в препарате; атипичные клетки, эластичные волокна, БК не найдены. ФВД: ЖЕЛ 84%; ОФВ1 55%; МОС25 66%; МОС50 42%; МОС75 38%;. После ингаляции 400 мкг сальбутамола: ОФВ1 84%; МОС25 68%; МОС50 59%; МОС75 58%. Рентгенограмма органов грудной клетки – очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены, определяется уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани, утолщение стенок бронхов. Вопросы: 1. Выделите и обоснуйте синдромы, выявите ведущий. 2. Опишите механизм появления жалоб. 3. Определите тип нарушения функции внешнего дыхания 4. Сформулируйте предварительный диагноз и укажите диагностические критерии. 5. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.

**Зав. кафедрой, доцент**

**О.З.Басиева**

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

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

**КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ**

### **Ситуационная задача № 8**

Больной Д., 27 лет, по профессии маляр, поступил в приемное отделение с жалобами на резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, кашель с отделением вязкой стекловидной мокроты, чаще в ранние утренние часы. Из анамнеза: сестра больного страдает аллергическим дерматитом. Сын больного (3 года) страдает экссудативным диатезом. Пациент курит по 1 пачке сигарет в день в течение 10 лет. В анамнезе отмечает аллергическую реакцию в виде отека Квинке на лидокаин, пищевую аллергию – крапивница при употреблении в пищу цитрусовых. Ухудшение состояния в течение недели, когда после ОРВИ появился кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, больной самостоятельно начал принимать амоксициллин. На 2 день приема препарата ночью развился приступ удушья, купированный бригадой СМП внутривенным введением преднизолона и эуфиллина. С этого времени 15 беспокоит резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, сохраняется приступообразный кашель. Объективно: состояние средней тяжести. Дистанционные свистящие хрипы. Грудная клетка бочкообразной формы. ЧД 24 в мин. Перкуторный звук над легочными полями коробочный. В легких дыхание резко ослаблено, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 100 в мин, АД 120/80 мм рт.ст., Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования: Общий анализ крови: эр. -  $4,5 \times 10^{12}$ , лейкоц. –  $8,6 \times 10^9$ , эоз. – 11, п. – 2, сегм. - 62, лф - 17, мон - 8, СОЭ - 10 мм/ час Общий анализ мокроты: характер слизистый, консистенция вязкая, лейкоц. 5-10 в п/зр., эозинофилы 50-60 в препарате. Спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена – единичные в препарате. Эластичные волокна, атипичные клетки, БК не найдены. Рентгенологическое исследование легких: свежие очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены. Отмечается уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани. ФВД: ЖЕЛ – 87%; ОФВ1 – 53%; МОС25 – 68%; МОС50 – 54%; МОС75 – 24%; ОФВ1/ФЖЕЛ – 82%. Вопросы: 1. Выделите и обоснуйте синдромы, выявите ведущий. 2. Определите тип

нарушения функции внешнего дыхания 3. Проведите диагностический поиск. 4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.

**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 № 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.

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

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

**КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ**

**Ситуационная задача № 10**

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

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

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

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

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

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

**ВОПРОСЫ:**

Какой должна быть тактика терапевта?

О каком заболевании с большей вероятностью необходимо думать?

Каким должно быть обследование для подтверждения диагноза?

С какими заболеваниями должен быть проведен дифференциальный диагноз?

Где должен лечиться больной?

Какие исходы этого заболевания могут быть?



### Ответы

#### Задача №1.

Согласно жалобам выделен во время приступа синдром бронхиальной обструкции.

2. Контакт с аллергенами окружающей среды (тополиный пух, профессиональные аллергены – аэрозоли (лаки и краски в парикмахерской) провоцирует развитие бронхиальной обструкции.
3. Указанные жалобы связаны с бронхоспазмом, гиперсекрецией слизи и воспалительным отеком слизистой бронхов.
4. Приступы периодической бронхиальной обструкции свидетельствуют об аллергической природы у лиц, склонных к атопии. О генетической предрасположенности к атопии свидетельствует наличие в анамнезе диатеза, поллиноза в период цветения тополя.
5. Скарификационные внутрикожные тесты с возможными аллергенами (пыльца растений, чье цветение приходится на май месяц–время цветения тополя). С целью выявления гиперреактивности бронхов проведение исследования функции внешнего дыхания (определение ОФВ1 (объема форсированного выдоха за первую секунду) и изменение ФЖЕЛ (форсированной жизненной емкости легких)) и пикфлоуметрии (определением пиковой скорости выхода (ПСВ) и разницы ПСВ в утренние и вечерние часы). Комментарии Указанные жалобы связаны с наличием у пациентки эпизодов бронхиальной обструкции на фоне генетической предрасположенности к атопии. Возможный диагноз: Бронхиальная астма, персистирующее течение.

**Задача №2.** Согласно жалобам выделены следующие синдромы: астенический, бронхиальной обструкции, дыхательной недостаточности. Ведущий синдром – бронхиальной обструкции.

2. Частично необратимое ограничение воздушного потока.
3. Пациент имеет длительный стаж курения с употреблением большого количества сигарет, также имеет значение, возраст пациента (старше 40 лет) и медленное прогрессирование симптомов в анамнезе от кашля до одышки. Ключевым фактором является курение.
4. Спирометрия является золотым стандартом и ведущим методом диагностики для оценки степени бронхиальной обструкции. Для подтверждения гипотезы об ограничении воздушного потока имеет значение снижение ОФВ1, и соотношения ОФВ1/ФЖЗЛ менее 70%.
5. Учитывая наличие одышки, медленное прогрессирование симптомов, зрелый возраст пациента и наличие фактора риска – курения, можно предположить наличие у пациента хронической обструктивной болезни легких. Уточнение степени тяжести заболевания возможно на основании данных спирометрии.

**Задача №3.** Согласно жалобам выделены следующие синдромы: астенический, болевой, лихорадки. Ведущий – боли в правой половине грудной клетки, которые могут быть связаны с поражением плевры.

2. Поражение плевры, подтверждает наличие шума, (шум трения плевры) который выслушивается на вдохе и на выдохе и сохраняется при пробе с имитацией дыхания.
3. Пациенту показано выполнение рентгенографии легких в прямой и боковой проекции, спирометрии, ОАК, консультация фтизиатра (для исключения туберкулезной этиологии поражения плевры).

4. Сухой правосторонний плеврит является наиболее вероятным диагнозом, поскольку характеристика болевого синдрома отражает поражение плевры, что подтверждают данные аускультации.

**Задача №.4 .** Синдром уплотнения лёгочной ткани 2. На первом этапе диагностического поиска анализ жалоб пациента позволяет заподозрить острое воспалительное заболевание дыхательных путей, вероятнее всего, пневмонию.

3. ФВД для оценки бронхиальной проходимости.

4. Внебольничная пневмококковая правосторонняя нижнедолевая пневмония, среднетяжелого течения.

**Задача №.5 .** Синдром повышенной воздушности лёгких (синдром эмфиземы), синдром бронхиальной обструкции, синдром дыхательной недостаточности. Ведущий синдром – бронхиальной обструкции 2. Указанные жалобы связаны с бронхоспазмом, гиперсекрецией слизи и воспалительным отеком слизистой бронхов. 3. Предварительный диагноз: хроническая обструктивная болезнь лёгких. Диагноз можно поставить на основании жалоб, данных анамнеза, объективных данных

4. Клинический диагноз: Обструктивная болезнь лёгких, среднетяжелого течения, в фазе обострения. Дыхательная недостаточность II ст. Диагноз можно поставить на основании жалоб, данных анамнеза, объективных данных, данных дополнительных методов обследования

**Задача №.6 .** Синдром повышенной воздушности лёгких (синдром эмфиземы), синдром бронхиальной обструкции, синдром дыхательной недостаточности. Ведущий синдром – бронхиальной обструкции 2. Указанные жалобы связаны с бронхоспазмом, гиперсекрецией слизи и воспалительным отеком слизистой бронхов.

3. Обструктивный тип нарушения функции внешнего дыхания

4. Предварительный диагноз: Бронхиальная астма. Диагноз можно поставить на основании жалоб, данных анамнеза, объективных данных

5. Бронхиальная астма, тяжелого течения, в фазе обострения. Эмфизема легких. Дыхательная недостаточность II ст.

**Задача №.7 1.** Синдром поражения плевры, воспалительный синдром, ведущий – синдром поражения плевры

2. Симптом боли связан с развитием воспаления плевры и с раздражением при дыхании нервных рецепторов листков плевры

3. Острый правосторонний сухой плеврит вирусной этиологии

4. Воспалительный синдром (лихорадка, признаки интоксикации) и признаки поражения органов дыхания (кашель, боли в грудной клетке, связанные с кашлем и дыханием), острое начало, болевой синдром, четко связанный с дыханием, шум трения плевры при аускультации, отставание половины грудной клетки при дыхании могут свидетельствовать о развитии сухого плеврита, о вирусной этиологии свидетельствует высокий уровень лимфоцитов в ОАК, отсутствие свежих очагов и инфильтративных очагов на рентгенограмме.

**Задача 8.** Синдром повышенной воздушности лёгких (синдром эмфиземы), синдром бронхиальной обструкции, синдром дыхательной недостаточности. Ведущий синдром – бронхиальной обструкции 2. Обструктивный тип нарушения функции внешнего дыхания

3. Наличие приступов удушья, сопровождающихся появлением свистящих хрипов; генерализованная обратимая бронхиальная обструкция (по данным ФВД); наличие эозинофилов в мокроте, а также отсутствие других заболеваний, имеющих схожую клиническую симптоматику, кроме того отягощенный аллергологический анамнез, эозинофилия крови свидетельствуют о бронхиальной астме. 4. Бронхиальная астма, тяжелого течения в фазе обострения. Эмфизема легких. Дыхательная Недостаточность II

**Задача 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.

**Задача 10.**

- 1.Терапевт должен направить больного на консультацию в противотуберкулезный диспансер.
- 2.С большей вероятностью необходимо думать об очаговом туберкулезе легких.
- 3.ОАК проба Манту обзорная рентгенография прицельная рентгенография легких томография легких исследование мокроты на БК.
- 4.Дифференциальную диагностику необходимо проводить с такими заболеваниями: бронхит начальные формы рака легких.
- 5.Больной должен лечиться в стационаре противотуберкулезного диспансера.  
Исходы очагового туберкулеза: рассасывание уплотнение прогрессирующее.

№ ОРД-ФТИЗ-22

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

**Кафедра фтизиопульмонологии**

**Эталоны тестовых заданий**

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

по дисциплине **«Туберкулез у пациентов с психическими заболеваниями, ВИЧ-  
инфекцией, наркоманией»**

для ординаторов 1года обучения

уровень подготовки: кадры высшей квалификации

по специальности 31.08.51 Фтизиатрия

г. Владикавказ, 2022 г.

### Оглавление

<b>№</b>	<b>Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля</b>	<b>Количество тестов (всего)</b>	<b>стр. с __ по __</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Вид контроля</b>	<b>Текущий /Промежуточный</b>		
1.	Вирус иммунодефицита человека. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции. Туберкулез у больных СПИД.	30	
2.	Общие вопросы наркологии. Туберкулез в сочетании с наркоманией.	30	
3.	Общая психопатология, основные формы психических заболеваний. Туберкулез в сочетании с психопатологией.	30	

**Эталоны тестовых заданий по дисциплине «Туберкулез у пациентов с психическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией, наркоманией»**

**Раздел 1. Вирус иммунодефицита человека. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции. Туберкулез у больных СПИД.**

**1. Абсолютным доказательством туберкулезной природы изменений в легких у ВИЧ-инфицированного пациента является**

- 1) высокий лейкоцитоз, ускорение СОЭ
- 2) наличие локальных влажных хрипов
- 3) наличие очаговых теней на рентгенограмме
- 4) обнаружение микобактерий в мазке мокроты
- 5) **рост микобактерий туберкулеза в посеве мокроты**

**2. Алгоритм выявления туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией включает**

- 1) наблюдение фтизиатра
- 2) постановка пробы Манту с 2ТЕ
- 3) **постановку Диаскинтеста**
- 4) **флюорографию 2 раза в год**
- 5) флюорография 1 раз в год

**3. В воде микобактерии туберкулеза сохраняются до**

- 1) 1 дня
- 2) 12 месяцев
- 3) 2 месяцев
- 4) 30 дней
- 5) **5 месяцев**

**4. В соответствии с МКБ-10 болезнь, вызываемая ВИЧ, имеет рубрики**

- 1) A00-A09
- 2) A15-A19
- 3) **B15-B19**

4) В20-В24

5) С15-С26

**5. ВИЧ относится к семейству**

1) вирговировусов

2) пиксовировусов

3) реовировусов

4) ретровировусов

5) филовировусов

**6. ВИЧ погибает при температуре**

1) 10-20 С в течении 7 минут

2) 40-50 С в течении 5 минут

3) 50-60 С в течении 10 минут

4) 7-10 С в течении 15 минут

5) **70-80 С в течении 10 минут**

**7. Дезинфектанты, содержащие хлор, убивают микобактерий туберкулеза в течение**

1) 1 часа

2) 15 минут

3) 2 часов

4) 30 минут

5) **5 часов**

**8. Диагностическую значимость для туберкулеза имеет кашель**

1) длительностью более 2-3 недель

2) преимущественно в вечернее и ночное время

3) с выделением мокроты более 1 стакана в сутки

4) со зловонной гнойной мокротой

5) **со слизисто-гнойной мокротой без запаха**

**9. Дополнительные методы диагностики ВИЧ-ассоциированного туберкулеза включают консультации специалистов**

1) гастроэнтеролога

2) **инфекциониста**

3) невропатолога

4) окулиста

5) **фтизиатра**

**10. К дополнительным методам инструментального исследования ВИЧ-ассоциированного туберкулеза относят**

1) УЗИ органов брюшной полости

2) ЭКГ

3) **биопсия**

- 4) торакоскопия
- 5) фибробронхоскопия

**11. К дополнительным методам лабораторного исследования ВИЧ-ассоциированного туберкулеза относят**

- 1) ОАК
- 2) ОАМ
- 3) биохимическое исследование крови
- 4) мокрота на КУМ
- 5) молекулярно-генетические методы выявления ДНК МБТ

**12. К основным методам инструментального исследования ВИЧ-ассоциированного туберкулеза относят**

- 1) УЗИ органов брюшной полости
- 2) ЭКГ
- 3) биопсия
- 4) торакоскопия
- 5) фибробронхоскопия

**13. К основным методам лабораторного исследования ВИЧ-ассоциированного туберкулеза относят**

- 1) ОАК
- 2) ОАМ
- 3) биохимическое исследование крови
- 4) мокрота на КУМ
- 5) молекулярно-генетические методы выявления ДНК МБТ

**14. Кипящая вода вызывает гибель микобактерий туберкулеза во влажной мокроте через \_\_\_ минут**

- 1) 100
- 2) 15
- 3) 30
- 4) 5
- 5) 60

**15. Клиническими показаниями для обследования ВИЧ-инфицированного пациента на туберкулез являются**

- 1) диарея, длящаяся более 1 месяца
- 2) длительный отказ от антиретровирусной терапии
- 3) затяжное течение ангины
- 4) интоксикационный синдром 2 недели и более
- 5) кашель более 3 недель

**16. Кратность исследования мокроты на КУМ у больного ВИЧ-инфекцией**

- 1) двукратно
- 2) однократно
- 3) пятикратно
- 4) трехкратно**

**17. Методом микроскопии выявляется приблизительно \_\_\_\_\_ бациллярных больных, диагностированных культуральным методом**

- 1) 10%
- 2) до 40%
- 3) от 10% до 30%
- 4) от 25 до 65%**

**18. Наиболее высокоинформативный метод лучевой диагностики внутригрудной лимфаденопатии**

- 1) УЗИ органов грудной клетки
- 2) компьютерная томография**
- 3) линейная томография
- 4) обзорная рентгенография
- 5) цифровая флюорография

**19. Обследование на вторичные заболевания при диагностике ВИЧ-ассоциированного туберкулеза относят**

- 1) МАК-инфекцию
- 2) ЦМВ-инфекцию**
- 3) гастрит
- 4) лимфомы
- 5) саркому Капоши**

**20. Основные свойства возбудителя ВИЧ-инфекции**

- 1) РНК-содержащий
- 2) изменчивость антигенной структуры
- 3) растет на культуре Т-лимфоцитов человека**
- 4) способность вызывать пролиферативный рост инфицированных клеток
- 5) устойчивость к факторам внешней среды и дезинфицирующим средствам

**21. Основными клиническими признаками коронавирусной инфекции являются**

- 1) конъюнктивит, фарингит, увеличение миндалин и шейных лимфатических узлов
- 2) ларингит, ринит, конъюнктивит, налеты на миндалинах
- 3) лихорадка, головная боль, миалгия
- 4) лихорадка, фарингит, диарея
- 5) температура, слабость, потливость, потеря массы тела, кашель**

**22. Основными механизмами передачи являются**

- 1) алиментарный**
- 2) артифициальный**



- 3) аэрозольный
- 4) контактный
- 5) трансмиссивный

**23. Отрицательные иммунологические пробы при подозрении на туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией с высоким уровнем вирусной нагрузки являются**

- 1) основанием для смены диагноза
- 2) показателем внелегочной локализации
- 3) проявлением иммуносупрессии
- 4) свидетельством отсутствия БЦЖ в детстве
- 5) хорошим прогностическим признаком

**24. Подтвердить туберкулезную этиологию перикардита возможно только по данным**

- 1) магнитно-резонансной томографии
- 2) пункции перикарда с последующим микробиологическим исследованием
- 3) серодиагностики
- 4) туберкулинодиагностики
- 5) ультразвуковой диагностики

**25. Показания для проведения мультиспиральной компьютерной томографии при**

- 1) любых сомнениях в интерпретации изменений на обзорной рентгенограмме
- 2) наличии в анамнезе контакта с больным туберкулезом
- 3) наличии лихорадки у пациента с лабораторными и/или клиническими признаками иммунодефицита и нормальной рентгенограмме
- 4) невозможности выполнить иные инвазивные методы исследования в связи с тяжестью состояния пациента
- 5) отсутствии достоверных признаков туберкулеза

**26. При выявлении ВИЧ-инфекции туберкулез у взрослых наиболее часто локализуется в сегментах**

- 1) 1, 2, 6
- 2) 3, 4, 5
- 3) 3, 7, 8
- 4) 4, 5, 9
- 5) 8, 9, 10

**27. При дифференциальной диагностике туберкулеза от других легочных заболеваний необходимо в анамнезе учитывать**

- 1) наличие аллергии
- 2) нарушение функции внешнего дыхания
- 3) острое начало с ознобами
- 4) результаты пробы Манту 2 ТЕ в детстве
- 5) туберкулезный контакт

**28. При коинфекции ВИЧ/ТБ кашель**

- 1) возникает в ночные часы
- 2) нарастает при физической нагрузке
- 3) нехарактерен
- 4) с большим количеством светлой мокроты
- 5) **часто сухой, изнуряющий**

### **29. При коинфекции ВИЧ/ТБ потеря веса**

- 1) всегда достигает уровня кахексии
- 2) **зависит от объема поражения**
- 3) **соответствует выраженности иммунодефицита**
- 4) сопровождается полной потерей аппетита
- 5) является ранним признаком заболевания

### **30. Проведение компьютерной томографии необходимо пациентам с ВИЧ-инфекцией и иммуносупрессией**

- 1) всем без исключения в плановом порядке при уровне CD4 + лимфоцитов менее 100 клеток/мкл
- 2) всем без исключения в плановом порядке при уровне CD4 + лимфоцитов менее 200 клеток/мкл
- 3) **лихорадящим при отсутствии изменений на обзорной рентгенограмме легких**
- 4) **при любых сомнениях в интерпретации изменений на обзорной рентгенограмме**
- 5) при положительном тесте с аллергеном туберкулезным рекомбинантным

## **Раздел 2.**

### **Вопрос № 1**

Отрицательное влияние на психическое здоровье детей в семейной среде имеют следующие факторы; 1. воспитание по типу «золушки»; 2. воспитание по типу гиперопеки; 3. воспитание по типу гипоопеки; 4. воспитание по типу «кумир семьи»; 5. противоречивое воспитание.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- +д) верно все перечисленное

### **Вопрос № 2**

Понятие «психогигиена» включает в себя; 1. изучение влияния внешней среды на психическое здоровье человека; 2. предупреждения рецидивов нервно - психических заболеваний; 3. разработки мер по сохранению и укреплению психического здоровья; 4. санитарного просвещения населения по вопросам здоровья; 5. разработку новых лекарственных средств.

- а) верно 1,2,3
- +б) верно 1,3
- в) верно 2,4

- г) верно 4
- д) верно все перечисленное

#### Вопрос № 3

К основным факторам, участвующим в симптомообразовании алкоголизма относят: 1. фактор почвы; 2. фактор фона; 3. токсический фактор; 4. временной фактор; 5. этнический фактор.

- +а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) верно все перечисленное

#### Вопрос № 4

Для патологического опьянения характерно: 1. внезапность, острота и транзиторность психотического эпизода; 2. импульсивность и целенаправленность характера разрушительных действий; 3. сумеречное расстройство сознания; 4. нетипичность развития повторных аналогичных состояний; 5. кризисное разрешение глубоким сном с последующей амнезией и астенией.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- +д) верно все перечисленное

#### Вопрос № 5

Основными характеристиками группы ограничивающих (манипулятивных) методов психотерапии являются: 1. адресованность к психической и личностной патологии; 2. партнерские отношения между психотерапевтом и пациентом; 3. быстрое достижение результатов; 4. оценка пациента как субъекта воздействия; 5. Эмпатическое взаимодействие.

- а) верно 1,2,3
- +б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) верно все перечисленное

#### Вопрос № 6

Синдром последствий при наркомании у подростков: 1. появляется быстро; 2. опережает развитие собственно наркологической симптоматики; 3. проявляется остановкой в психическом развитии уже на этапе систематического потребления наркотика; 4. характеризуется нарушением закономерности психического и социального созревания; 5. выражается формированием психоорганического синдрома с очень быстрым исходом в слабоумие.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4

- г) верно 4
- +д) верно все перечисленное

#### Вопрос № 7

Острый алкогольный гепатит в отличие от острого вирусного проявляется: 1. наличием продрома; 2. каменной плотностью печени; 3. незначительной астенией; 4. увеличением активности ГГТ более чем 40 ед./л; 5. увеличением активности ГГТ до 1000 ед/л.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- +в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) верно все перечисленное

#### Вопрос № 8

К начальным регистрам негативных синдромов относятся: 1. снижение психического тонуса; 2. дисгармония психического склада; 3. субъективно осознавание изменение личности; 4. апато-абулия; 5. кататонический ступор.

- +а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) верно все перечисленное

#### Вопрос № 9

Кардиомиопатия у больных алкоголизмом проявляется: 1. нарушением сердечного ритма; 2. сниженной сократительной функцией миокарда; 3. разнообразными болевыми ощущениями; 4. нарушением проводимости; 5. изменениями на ЭКГ (депрессия сегмента ST ниже изолинии, появление высокого двухфазного изоэлектрического или отрицательного зубца T).

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- +д) верно все перечисленное

#### Вопрос № 10

Лица с зависимостью от алкоголя (алкоголизмом) рассматривались в психоанализе: 1. как обладатели орального характера; 2. как обладатели комплекса Электры; 3. как носители гомосексуальных тенденций; 4. как гетеродеструктивные личности; 5. как псевдоальтруисты.

- а) верно 1,2,3
- +б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) верно все перечисленное

#### Вопрос № 11

Клиническая картина острого отравления опиатами характеризуется: 1. угнетением ЦНС от стадии засыпания до расстройства сознания в виде комы; 2. сужением зрачков (симптом «точки») со снижением или полным отсутствием реакции на свет; 3. угнетением дыхания до брадипноэ с частотой до 4-6 в минуту или полной его остановкой; 4. снижением сухожильных и периостальных рефлексов или арефлексией; 5. снижением или отсутствием реакции на болевое раздражение, корнеальных, кашлевых и глоточных рефлексов.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- +д) верно все перечисленное

#### Вопрос № 12

При опросе подростков, страдающих зависимостью от ПАВ, приемлемо: 1. общение в форме непринужденной беседы; 2. обсуждение тем, интересующих подростка; 3. отсутствие видимой схемы опроса; 4. ведение записей в присутствии подростка; 5. обращение на «ты».

- +а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) верно все перечисленное

#### Вопрос № 13

Первая группа профилактического учета включает в себя: 1. лиц, склонных к злоупотреблению алкоголя; 2. лиц, склонных к употреблению алкоголя с признаками измененной реактивности; 3. лиц злоупотребляющих алкоголем с асоциальным поведением. 4. больных алкоголизмом; 5. больных алкоголизмом, прошедшим принудительное лечение.

- +а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) верно все перечисленное

#### Вопрос № 14

Для алкогольной деградации с эйфорической установкой (по Е. Блейлеру) характерно: 1. приподнятое настроение с благодушием и беспечностью; 2. резкое снижение критики к своему состоянию; 3. чрезмерная откровенность с окружающими вплоть до обнаженности; 4. шутливый тон и избыток шаблонных оборотов речи; 5. отсутствие самолюбия, чувство собственного достоинства.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- +д) верно все перечисленное

### Вопрос № 15

К особенностям лечения зависимости от ПАВ у подростков относят: 1. обязательное стационарное лечение; 2. длительность стационарного лечения не менее 2-х месяцев; 3. длительное (не менее полугода) применение препаратов фосфора и ноотропов; 4. преобладание психотерапевтических методов лечения; 5. терапию, направленную на восстановление реактивности организма.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- +д) верно все перечисленное

### Вопрос № 16

Для актуализации первичного патологического влечения к алкоголю с характером неодолимости свойственно: 1. состояние тревоги и смутное ожидание беды; 2. ощущение вкуса спиртного во рту, посасывания в желудке; 3. появление навязчивых мыслей об алкоголе, носящих характер борьбы мотивов; 4. состояние резко выраженной потребности употребить алкоголь; 5. нескрываемое раздражение и защита права «пить как все».

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- +в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) верно все перечисленное

### Вопрос № 17

Для эпилептоидной формы патологического опьянения характерно: 1. интенсивное двигательное возбуждение в форме бессмысленных, хаотических и агрессивных действий; 2. наличие двигательных стереотипии; 3. преобладание аффекта иступленной злобы и ярости; 4. наличие связи поведения с происходящей ситуацией; 5. состояние суженого сознания.

- +а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) верно все перечисленное

### Вопрос № 18

Для истинных запоев у больных алкоголизмом характерно: 1. отсутствие продрома запоя (изменение физического и психического состояния перед началом запоя); 2. спонтанное появление интенсивного патологического влечения к алкоголю; 3. отсутствие каких-либо расстройств в физической и психической сферах больного в динамике запоя; 4. декомпенсация физического и психического состояния в процессе запоя и, особенно в конце запоя; 5. появление на этапе 2ст. заболевания.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- +в) верно 2,4

- г) верно 4
- д) верно все перечисленное

#### Вопрос № 19

Поражение клеток и ультраструктур организма при интоксикации алкоголем связано с нарушением: 1. метаболизма; 2. обмена белков, жиров и углеводов; 3. водно-электролитного обмена; 4. кислотно-щелочного состояния; 5. обмена биогенных аминов.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- +д) верно все перечисленное

#### Вопрос № 20

Объектом профилактики в наркологии являются: 1. больные люди, страдающие зависимостью от ПАВ; 2. подростки из неблагополучных семей; 3. подростки, замеченные в употреблении ПАВ; 4. все контингенты населения; 5. школьники, студенты, учащиеся техникумов, ПТУ.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- +г) верно 4
- д) верно все перечисленное

#### Вопрос № 21

О низком качестве профилактической работы свидетельствует: 1. малое число прочитанных лекций; 2. увеличение случаев обращаемости в диспансер за медицинской и консультативной помощью; 3. высокий уровень реализации спиртных напитков; 4. значительный процент больных со 2-ой стадией алкоголизма с впервые установленным диагнозом; 5. высокий уровень травматизма в состоянии опьянения.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- +г) верно 4
- д) верно все перечисленное

#### Вопрос № 22

Выход из эфедренового опьянения характеризуется: 1. слабостью, вялостью, чувством полного изнеможения и одновременно раздражительностью, озлобленностью; 2. подавленным настроением с оттенком тоскливости; 3. неприятным ознобом, вздрагиваниями всего тела, парестезиями; 4. отсутствием аппетита; 5. брадикардией.

- а) верно 1,2,3
- +б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) верно все перечисленное

### Вопрос № 23

Для симптома снижения толерантности у больных алкоголизмом характерно: 1. появление признаков опьянения при употреблении привычных доз алкоголя; 2. переход на напитки с более низким содержанием алкоголя; 3. снижения разовой дозы алкоголя при сохранении суточной; 4. появление на этапе 2-3 ст. заболевания; 5. появление в картинах опьянения тотальных амнезий.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- +д) верно все перечисленное

### Вопрос № 24

Состояние отмены при лишении «первитина» проявляется: 1. жалобами больных на головную боль, головокружение и «покручивания» в крупных суставах; 2. легким насморком, парестезиями и ноющими болями в руках и ногах; 3. смазанностью речи, судорожными сведениями лицевых и икроножных мышц; 4. интенционным мышечным тремором, пошатыванием при ходьбе; 5. нистагмом, нарушениями конвергенции и патологическими стопными знаками.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- +д) верно все перечисленное

### Вопрос № 25

Об острой интоксикации эфедроном могут свидетельствовать: 1. ускоренная речь, неусидчивость, подвижность, неумеренная жестикуляция; 2. гипертензия и тахикардия; 3. непоследовательность мышления, высказывания множества нереальных планов, переоценка собственных возможностей; 4. отсутствие потребности в еде и сне; 5. сухость слизистых, вследствие чего опьяневший постоянно облизывает губы.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- +д) верно все перечисленное

### Вопрос № 26

Эмоциональная компонента актуализации патологического влечения к алкоголю проявляются: 1. отчетливыми мыслями об алкоголе; 2. эмоциональной лабильностью, раздражительностью; 3. размышлениями о неизбежности употребления алкоголя; 4. тревогой; 5. стремлением к деятельности, снимающей напряжение.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- +в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) верно все перечисленное



### Вопрос № 27

Признаками паранойяльной ипохондрии являются: 1. убежденность в наличии заболевания; 2. наличие системы доказательств наличия болезни; 3. настойчивое требование проведения разнообразных обследований; 4. доказательство возникновения болезни под влиянием гипноза, радиоволн, излучений или других форм воздействия; 5. указание на конкретных лиц или группы лиц причастных к «наведению» болезни.

+а) верно 1,2,3

б) верно 1,3

в) верно 2,4

г) верно 4

д) верно все перечисленное

### Вопрос № 28

Клинико-экспертная комиссия наркодиспансеров решают следующие задачи: 1. определение наличия или отсутствия медицинских (наркологических) противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности; 2. направление больных на медико-социальную экспертизу; 3. принятие экспертного решения в сложных, конфликтных случаях; 4. экспертизы алкогольного или наркотического опьянения; 5. диагностику в сложных случаях.

+а) верно 1,2,3

б) верно 1,3

в) верно 2,4

г) верно 4

д) верно все перечисленное

### Вопрос № 29

Болевой синдром при кардиомиопатии у больных алкоголизмом проявляется: 1. как правило, после физической нагрузки; 2. суетливостью больного и массой жалоб; 3. характерной приступообразностью; 4. на следующий день после алкогольного эксцесса; 5. положительной динамикой эффектов нитроглицерина.

а) верно 1,2,3

б) верно 1,3

+в) верно 2,4

г) верно 4

д) верно все перечисленное

### Вопрос № 30

Поэтапный принцип лечения больных алкоголизмом предполагает на 1 этапе решение следующих задач: 1. клиническое обследование больного; 2. прерывание запоя и проведение дезинтоксикации; 3. купирование состояния отмены (абстинентных расстройств); 4. установление психотерапевтического контакта с больным и его родственниками; 5. решение вопроса о месте лечения - стационарно, полустационарно, амбулаторно.

а) верно 1,2,3

б) верно 1,3

в) верно 2,4

г) верно 4

+д) верно все перечисленное

### Раздел 3.

#### Вопрос № 1

Особенностью острого фантастического бреда является все перечисленное

- а) наличия бреда инсценировки, интерметаморфозы
- б) антагонистического бреда
- г) чередования страха и экстаза, боязливости и патетики
- д) все перечисленное

Верный ответ: 5(Д)

#### Вопрос № 2

Повышенная возбудимость с агрессивностью, драчливостью, склонностью к конфликтам, упрямством, непослушанием и грубостью у детей характерны для психопатоподобного синдрома

- а) с повышенной аффективной возбудимостью
- б) с паранойяльными реакциями
- в) с истерическими проявлениями

Верный ответ: 1(А)

#### Вопрос № 3

Синдром односторонних интересов и увлечений наиболее часто наблюдается

- а) в дошкольном возрасте
- б) в младшем школьном возрасте
- в) в пубертатном периоде
- г) в юношеском возрасте

Верный ответ: 3(В)

#### Вопрос № 4

Навязчивые опасения характеризуются всем перечисленным, кроме

- а) неустранимой вопреки воле и рассудку неуверенности в удачном выполнении привычных или автоматизированных действий
- б) ощущения воздействия посторонней силы
- в) отношения к образным (чувственным) навязчивостям
- г) близости к навязчивым сомнениям
- д) возможности действительного нарушения соответствующих как произвольных, так и непроизвольных действий

Верный ответ: 2(Б)

#### Вопрос № 5

Тревожное возбуждение проявляется

- а) общим двигательным беспокойством
- б) тревогой, страхом
- в) различной выраженностью ажитации
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

Верный ответ: 4(Г)

Вопрос № 6

Недоброжелательное отношение или даже ненависть к близким людям при отсутствии с их стороны отрицательного отношения к ребенку следует расценить как

- а) возрастные особенности здорового ребенка
- б) сверхценную антипатию
- в) бредовую антипатию к близким людям

Верный ответ: 3(В)

Вопрос № 7

При истинных тактильных галлюцинациях возникают

- а) ощущение ползания по телу насекомых
- б) ощущение появления на поверхности тела посторонних предметов
- в) ощущение появления под кожей посторонних предметов
- г) все перечисленные ощущения
- д) ни одно из перечисленных ощущений

Верный ответ: 4(Г)

Вопрос № 8

Разновидностями ретропульсивных припадков, возникающих у детей 4-12 лет, являются

- а) клонические
- б) рудиментарные
- в) пикнолептические
- г) все перечисленные
- д) ни один из перечисленных

Верный ответ: 4(Г)

Вопрос № 9

Сверхценные образования в подростковом возрасте имеют следующую характерную особенность

- а) неразработанность сверхценной идеи, отсутствие последовательности в доказательствах (невыраженность интерпретативного компонента)
- б) соотношение идеи и аффекта в структуре сверхценного образования у подростков смещено в сторону аффекта, что объясняется особенностями подросткового возраста
- в) незрелость аргументации в связи с незавершенностью созревания идеаторной сферы в подростковом возрасте

Верный ответ: 2(Б)

Вопрос № 10

Основными проявлениями депрессии первого года жизни является

- а) вынужденная поза
- б) моторная заторможенность
- в) сомато-вегетативные расстройства

Верный ответ: 3(В)

Вопрос № 11

У подростка с пониженным настроением стойкие представления чрезмерной физической полноты с активным стремлением к похуданию. В этом случае имеет место

- а) бредовая психическая анорексия
- б) сверхценная психическая анорексия
- в) аффективно-бредовое состояние (бред в форме психической анорексии)
- г) психологически понятная реакция в пубертатном возрасте здорового под-ростка с повышенным вниманием к своему физическому Я

Верный ответ: 3(В)

#### Вопрос № 12

Общая психопатология детского возраста

- а) полностью совпадает с психопатологией взрослых
- б) имеет особенности, связанные с онтогенезом психики ребенка
- в) не связана с психопатологией взрослых

Верный ответ: 2(Б)

#### Вопрос № 13

Навязчивые сомнения характеризуются всем перечисленным, исключая

- а) назойливую неуверенность в правильности и законченности совершаемых действий
- б) сомнение в правильности и точности исполнения
- в) стремление проводить перепроверки
- г) успокоение больного многократными проверками
- д) возможность продолжаться до бесконечности

Верный ответ: 4(Г)

#### Вопрос № 14

К расстройству идентичности самосознания относится все перечисленное, исключая

- а) неуверенность в непрерывности самосознания от рождения до данного момента
- б) прекращение осознания себя, кто он
- в) в легких случаях ощущение отдаленности своего Я
- г) в тяжелых случаях исчезновение уверенности "Я есть, Я сам"
- д) дезориентировку в ситуации

Верный ответ: 5(Д)

#### Вопрос № 15

Кинестетические (моторные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме

- а) убеждения, что движения производятся помимо воли, под влиянием извне
- б) убеждения, что действиями руководят, двигают их конечностями
- в) отнятия мыслей, разматывания воспоминаний
- г) проявления ощущения неподвижности, оцепенения
- д) речедвигательных автоматизмов

Верный ответ: 3(В)

#### Вопрос № 16

Галлюцинаторный вариант "психотической" формы сумеречного помрачения сознания характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) преобладают зрительные с устрашающим содержанием галлюцинации
- б) характерен наплыв вербальных псевдогаллюцинаций
- в) зрительные галлюцинации чаще чувственно яркие, сценopodobны, ок-рашены в разные цвета или сверкают

- г) характерны подвижные, теснящие зрительные галлюцинации
- д) галлюцинации слуха - это фонемы, чаще оглушительные

Верный ответ: 2(Б)

#### Вопрос № 17

Галлюцинаторная парафрения характеризуется

- а) наплывом вербальных галлюцинаций
- б) преобладанием галлюцинаций над бредовыми расстройствами
- в) преобладанием фантастического характера галлюцинаций и бреда
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

Верный ответ: 4(Г)

#### Вопрос № 18

Приобретенное слабоумие делится на

- а) парциальное (лакунарное)
- б) тотальное (глобальное)
- в) маразм (распад личности)
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Верный ответ: 4(Г)

#### Вопрос № 19

Возбуждение ребенка выражается в бесцельной маятникообразной ходьбе от препятствия к препятствию, однообразном беге по кругу ("манежный бег"), стереотипных подпрыгиваниях, выкриках бессмысленных звукосочетаний, повторений слов и действий окружающих. В этом случае имеет место

- а) возбуждение в структуре аффективных расстройств
- б) психопатоподобный синдром
- в) психомоторный пароксизм
- г) кататоническое возбуждение

Верный ответ: 4(Г)

#### Вопрос № 20

Выраженное, стойкое снижение аппетита с периодическим отказом от еды и рвотами у детей грудного возраста, а также у детей раннего и дошкольного возраста при резких изменениях режима питания, перекармливании, принудительном кормлении следует классифицировать как

- а) истинную анорексию
- б) психическую анорексию
- в) психологически понятную реакцию здорового ребенка

Верный ответ: 1(А)

#### Вопрос № 21

Галлюцинации у ребенка сопровождаются психомоторным возбуждением, преобладают зрительные галлюцинации. Галлюцинаторные образы отличаются подвижностью, воспринимаются больным как реальные объекты. Имеют место признаки помрачения сознания. Указанное состояние следует определять как

- а) зрительный галлюциноз
- б) делирий
- в) онейроидное помрачение сознания
- г) аменцию

Верный ответ: 2(Б)

#### Вопрос № 22

Продром пароксизмов характеризуется следующими неспецифическими расстройствами, возникающими за несколько секунд (минут, часов, дней) до возникновения пароксизма

- а) астеническими
- б) аффективными
- в) сенестопатическими
- г) всеми перечисленными
- д) ни одним из перечисленных

Верный ответ: 4(Г)

#### Вопрос № 23

В основе депрессивной "школьной фобии" лежит

- а) замедление темпа мышления
- б) защитные личностные реакции на свою учебную и социальную несостоятельность
- в) идеи отношения
- г) истощаемость

Верный ответ: 2(Б)

#### Вопрос № 24

Неотложная помощь при кататоническом возбуждении включает все перечисленное, кроме

- а) неотложной госпитализации
- б) инъекционного введения нейролептиков преимущественно седативного действия (аминазин, тизерцин, лепонекс)
- в) применения мощных нейролептиков-антипсихотиков (мажептил, галоперидол, триседил)
- г) применения ЭСТ
- д) применения антидепрессантов

Верный ответ: 5(Д)

#### Вопрос № 25

Оглушение возникает в результате всего перечисленного, кроме

- а) интоксикаций (алкоголь, угарный газ и т.д.)
- б) расстройств обмена веществ (уремии, диабета, печеночной недостаточности)
- в) черепно-мозговых травм
- г) сосудистых и других органических заболеваний центральной нервной системы
- д) фебрильной шизофрении

Верный ответ: 5(Д)

#### Вопрос № 26

147. К расстройствам памяти относится все перечисленное, кроме

- а) дисмнезии
- б) амнезии
- в) конфабуляции
- г) парамнезии
- д) сделанных воспоминаний

Верный ответ: 5(Д)

Вопрос № 27

Ступор с оцепенением проявляется всем перечисленным, кроме

- а) резчайшего мышечного напряжения
- б) постоянного пребывания в одной и той же позе
- в) явлений восковой гибкости
- г) пребывания чаще во внеутробной позе
- д) появления симптома хоботка (вытянутых губ при плотно сжатых челюстях)

Верный ответ: 3(В)

Вопрос № 28

Простая форма сумеречного помрачения сознания характеризуется всем перечисленным, исключая

- а) развивается внезапно
- б) больные отключаются от реальности, вступить с ними в контакт невозможно
- в) спонтанная речь либо отсутствует, либо ограничивается повторением отдельных слов
- г) развиваются то кратковременные ступорозные состояния, то эпизоды импульсивного возбуждения с негативизмом
- д) сохраняется полное воспоминание о переживаниях периода помраченного сознания

Верный ответ: 5(Д)

Вопрос № 29

Сумеречное помрачение сознания с продуктивными расстройствами ("психотическая" форма) проявляется всем перечисленным, кроме

- а) сопровождается галлюцинациями, бредом и измененным аффектом
- б) возникает относительно постепенно
- в) восприятие больными окружающего искажено существованием бредовых расстройств
- г) слова и действия больных отражают существование патологических переживаний
- д) наблюдается грезоподобный бред с преобладанием визуализированных фантастических представлений

Верный ответ: 5(Д)

Вопрос № 30

К отвлеченным навязчивостям относятся все перечисленные, исключая

- а) бесплодное мудрствование (умственная жвачка)
- б) навязчивый счет
- в) навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, терминов и т.д.
- г) навязчивое чувство антипатии

д) навязчивое разложение на отдельные слоги различных слов

Верный ответ: 4(Г)