

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская акаде-
мия» Министерства здравоохранения России**
Кафедра фтизиопульмонологии

УТВЕРЖДЕНО

**Протоколом заседания
Центрального координа-
ционного учебно - методи-
ческого совета
от 30.08.2022г., №1**

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
для проведения текущей аттестации**

**для программ дополнительного профессионального образования - повышения квалифи-
кации по специальности 31.08.51 Фтизиатрия**

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
протокол № 1, от 29.08.2022г.**

**Заведующий кафедрой
к.м.н., доцент Басиева О.З.**

г. Владикавказ 2022 г.

СТРУКТУРА ФОС

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

Паспорт фонда оценочных средств программы повышения квалификации по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия»

№ п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) специальности/ модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Промежуточный		
1.	Фтизиатрия	ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; УК-1	Тесты, билеты
2.	Общественное здоровье и здравоохранение	ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-9; ПК-10; ПК-11; УК-1; УК-2	Тесты, билеты
3.	Педагогика	ПК-9; УК-1; УК-2; УК-3	Тесты, билеты
4.	Патология (патологическая анатомия)	ПК-5; УК-1	Тесты, билеты
5.	Патология (патологическая физиология)	ПК-5; УК-1	Тесты, билеты
6.	Медицина чрезвычайных ситуаций	ПК-3; ПК-7; ПК-12; УК-1	Тесты, билеты
7.	Клиническая биохимия	ПК-5; УК-1	Тесты, билеты
8.	Клиническая фармакология	ПК-6; ПК-8; УК-1	Тесты, билеты
9.	Физикальное обследование пациента	ПК-1; ПК-2; ПК-5; УК-1	Тесты, билеты
10.	Экстренная медицинская помощь	ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-12; УК-1	Тесты, билеты
11.	Сердечно-легочная реанимация	ПК-1; ПК-5; УК-1	Тесты, билеты
12.	Врачебные манипуляции в фтизиатрии	ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; УК-1	Тесты
13.	Информационные технологии в медицине	ПК-4; ПК-10; ПК-11; УК-1	Тесты
14.	Дисциплины по выбору Б1.В.ДВ.1	ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; УК-1	Тесты
15.	Профессиональные заболевания легких	ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; УК-1	Тесты
16.	Туберкулез у пациентов с онкопатологией	ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; УК-1	Тесты
17.	Лабораторная диагностика	ПК-1; ПК-2; ПК-5; УК-1	Тесты
18.	Дисциплины (модули) по выбору 2 (ДВ.2)	ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; УК-1	Тесты
19.	Туберкулез у пациентов с психическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией, наркоманией	ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; УК-1	
20.	Физиотерапия	ПК-1; ПК-6; ПК-8; УК-1	
21.	Саркоидоз	ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6	
22.	Туберкулез детей и подростков	ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; УК-1	

Компетенции, формируемые в результате освоения дисциплины:

Коды формируемых компетенций	Компетенции
	Универсальные компетенции
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
УК-2;	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образования в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения
	Профессиональные компетенции
ПК-1;	готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на здоровье человека факторов среды обитания
ПК-2;	способностью и готовностью к проведению профилактических осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами с заболеваниями туберкулеза
ПК-3;	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
ПК-4;	готовность к применению социально-гигиенических мето-

	дик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков
ПК-5;	диагностическая деятельность: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
ПК-6;	лечебная деятельность: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании пульмоннологической медицинской помощи
ПК-7;	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
ПК-8;	реабилитационная деятельность: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
ПК-9;	психолого-педагогическая деятельность: готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
ПК-10;	организационно-управленческая деятельность: готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
ПК-11;	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
ПК-12;	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

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

Кафедра фтизиопульмонологии

УТВЕРЖДЕНО

**Протоколом заседания Центрального
координационного учебно - методиче-
ского совета
от 30.08.2022г., №1**

**Перечень контрольных вопросов по дисциплине «Фтизиатрия»
для проведения зачетного занятия слушателей по специальности 31.08.51 Фтизиатрия**

1. Организация борьбы с туберкулезом в Российской Федерации. История развития фтизиатрической службы.
2. Возбудитель туберкулёза и его свойства. Атипичные формы микобактерий.
3. Основные эпидемиологические показатели туберкулёза: инфицированность, заболеваемость, болезненность, смертность.
4. Источники, пути и способы заражения туберкулёзом.
5. Основные этапы развития туберкулёзного процесса. Первичный и вторичный периоды туберкулёзной инфекции.
6. Строение туберкулезной гранулемы.
7. Иммуитет и аллергия при туберкулёзе.
8. Патологическая анатомия первичного туберкулёза.
9. Патологическая анатомия вторичного туберкулёза.
10. Патологическая анатомия деструктивных форм туберкулёза.
11. Значение анамнестических данных при диагностике туберкулёза.
12. Интоксикационный и бронхолёгочный синдромы при туберкулёзе.
13. Физикальные данные при туберкулёзе органов дыхания.
14. Биохимические исследования крови при туберкулёзе.
15. Серологические методы диагностики туберкулеза.
16. Изменение лабораторных показателей при туберкулёзном процессе.
17. Бактериологические методы диагностики туберкулеза.
18. Определение микобактерий туберкулёза в патологическом материале бактериоскопическим методом.
19. Определение микобактерий туберкулёза в патологическом материале бактериологическим методом.
20. Определение лекарственной устойчивости микобактерий туберкулёза и её клиническое значение.
21. Туберкулин. Виды туберкулина.
22. Проба Манту. Показания, противопоказания, техника, оценка результатов.
23. Диаскин тест. Техника, диагностическое значение.
24. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Использование для выявления первичного инфицирования детей.

25. Подкожные туберкулиновые пробы, роль в определении активности и дифференциальной диагностике туберкулёза.
26. Основные рентгенологические синдромы при туберкулёзе органов дыхания.
27. Методы рентгенологического исследования, их использование для диагностики туберкулёза.
28. Использование рентгенологического метода для определения формы, локализации и фазы туберкулёзного процесса.
29. Рентгенологические методы диагностики туберкулеза.
30. Использование инвазивных методов в диагностике туберкулёза.
31. Классификация туберкулёза. Основные принципы и разделы классификации, построение диагноза.
32. Первичный туберкулез, формы. Особенности патогенеза и диагностики.
33. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение туберкулезной интоксикации детей и подростков.
34. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение первичного туберкулёзного комплекса.
35. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение туберкулёза внутригрудных лимфатических узлов.
36. Вторичный туберкулез, клинические формы. Особенности патогенеза и диагностики.
37. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение милиарного туберкулёза лёгких.
38. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение диссеминированного туберкулёза лёгких.
39. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение очагового туберкулёза лёгких.
40. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение инфильтративного туберкулёза лёгких.
41. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение казеозной пневмонии.
42. Хронические деструктивные формы. Особенности патогенеза, клинические формы.
43. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение кавернозного туберкулёза лёгких.
44. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение фиброзно-кавернозного туберкулёза лёгких.
45. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение цирротического туберкулёза лёгких.
46. Осложнения туберкулеза легких. Клиника и диагностика.
47. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение плеврита туберкулезной этиологии.
48. Патогенез, клиника, диагностика и лечение эмпиемы плевры.
49. Туберкулез плевры. Клиника, диагностика и лечение.
50. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение туберкулёза верхних дыхательных путей.
51. Кровохарканье. Клиника, диагностика и лечение.
52. Лёгочное кровотечение. Клиника, диагностика и лечение.
53. Ателектазы легкого при туберкулезе. Патогенез, диагностика и лечение.
54. Спонтанный пневмоторакс. Виды. Клиника, диагностика и лечение.
55. Внелегочный туберкулез. Патогенез, основные клинические формы.
56. Патогенез, клиника, дифференциальная диагностика туберкулёзного менингита.
57. Урогенитальный туберкулёз. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
58. Абдоминальный туберкулёз. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
59. Туберкулёз костей и суставов. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
60. Туберкулёз периферических лимфатических узлов. Патогенез, клиника, диагностика,

лечение.

61. Основные методы и принципы комплексного лечения туберкулёза.
62. Стандартные режимы современной этиотропной терапии туберкулеза.
63. Противотуберкулезные препараты, классификация.
64. Побочные реакции при использовании противотуберкулёзных препаратов, методы их устранения и профилактика.
65. Патогенетическая терапия туберкулёза.
66. Коллапсотерапия туберкулёза лёгких: искусственный пневмоторакс и пневмоперитонеум.

неум.

67. Физиотерапевтические методы в лечении туберкулёза органов дыхания.
68. Хирургическое лечение туберкулёза органов дыхания. Показания.
69. Санаторно-курортное лечение туберкулёза органов дыхания.
70. Силикотуберкулёз. Патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и лечение.
71. Туберкулёз и сахарный диабет.
72. Туберкулез и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.
73. Туберкулез и беременность. Туберкулез и материнство.
74. Туберкулез и рак легких.
75. Туберкулёз и ВИЧ - инфекция.
76. Противотуберкулёзный диспансер, его структура и организация работы.
77. Группировка контингентов противотуберкулёзного диспансера.
78. Методы и значение профилактики туберкулеза. Социальная, санитарная и специфическая профилактика туберкулеза.
79. Химиопрофилактика туберкулёза.
80. Организация амбулаторного лечения больных туберкулёзом лёгких.
81. Диагностика туберкулеза в условиях общей лечебной сети.
82. Очаг туберкулёзной инфекции. Типы очагов.
83. Проведение текущей дезинфекции в очаге туберкулёзной инфекции.
84. Проведение заключительной дезинфекции в очаге туберкулёзной инфекции.
85. Вакцинация БЦЖ. Методика проведения вакцинации. Показания, противопоказания, техника введения вакцины.
86. Реакция организма на введение БЦЖ, наблюдение за течением прививочной реакции. Длительность поствакцинального иммунитета.
87. Проведение ревакцинации БЦЖ. Контингенты, подлежащие ревакцинации, сроки проведения.
88. Показания и противопоказания для вакцинации и ревакцинации БЦЖ.
89. Осложнения вакцинации БЦЖ.
90. Микобактериозы. Клиника, диагностика и лечение.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения России

УТВЕРЖДЕНО

Протоколом заседания Центрального
координационного учебно - методиче-
ского совета
от 30.08.2022г., №1

Эталоны тестовых заданий по дисциплине «Фтизиатрия»

для проведения зачетного занятия слушателей по специальности **31.08.51 Фтизиатрия**

01. Наиболее неблагоприятной по туберкулезу территория является та, где зарегистрировано много:
- А. Больных, страдающих фиброзно-кавернозным туберкулезом легких
 - Б. Очагов туберкулезной инфекции
 - В. Бактериовыделителей, в мокроте которых МБТ обнаружены микроскопически, а при её посеве рост колоний обнаружен на 1 месяце инкубирования
 - Г. Правильны все ответы Д. Правильно А и В
02. Наибольший риск заражения туберкулезной инфекцией имеет место у:
- А. Грудных детей и детей до 3-х лет жизни *
 - Б. Подростков
 - В. Лиц молодого возраста
 - Г. Лиц старшего возраста
 - Д. Пожилых и лиц старческого возраста
03. Риск заболеть туберкулезом повышается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:
- А. Диабета, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки
 - Б. Пороков развития легких
 - В. Злокачественных новообразований легких и других органов
 - Г. Первичных и вторичных иммунодефицитах, вызванных различными причинами
 - Д. Гипертонической болезни *
04. У человека, перенесшего ранее туберкулез и имеющего остаточные рентгенологические изменения (архив), риск заболеть туберкулезом по сравнению с прочим населением выше:
- А. В 2 раза
 - Б. В 3 раза
 - В. В 5-10 раз *
 - Г. В 50 раз
 - Д. Нет риска
05. Наиболее распространенные методы выявления микобактерий туберкулеза включают все перечисленные ниже, кроме
- а) бактериоскопического

- б) культурального
- в) метода обогащения
- г) биологического

06. Основной целью массовой туберкулинодиагностики являются
- а) выявление детей больных туберкулезом
 - б) выделение групп повышенного риска для их дообследования в противотуберкулезном диспансере
 - в) отбор контингентов для вакцинации и ревакцинации БЦЖ
 - г) отбор контингента для стационарного лечения
 - д) определение показателя инфицированности и ежегодного риска инфицирования
07. Туберкулины - это
- а) препараты, способные вызывать специфическую аллергическую реакцию кожи у инфицированных или вакцинированных
 - б) препараты, позволяющие выявить только инфицирование
 - в) специфичные аллергены
08. Основным критерием понятия "вираж" чувствительности к туберкулину может служить
- а) переход отрицательной пробы в положительную
 - б) появление впервые положительной пробы при условии ежегодной туберкулинодиагностики
 - в) появление впервые положительной туберкулиновой пробы в данном году после ранее отрицательной или сомнительной, или нарастание размера инфильтрата на 6 мм и более
 - г) все перечисленные
09. Среди критериев дифференциальной диагностики послевакциной и инфекционной аллергии главное
- а) наличие или отсутствие прививки БЦЖ
 - б) срок, прошедший после прививки БЦЖ
 - в) наличие и размер послевакцинного знака
 - г) сведения о контакте и симптомы, подозрительные на туберкулез
 - д) все перечисленное
10. К дополнительным методам рентгенологического метода исследования при заболеваниях органов дыхания относятся все перечисленные, кроме
- а) флюорографии и рентгеноскопии
 - б) бронхографии
 - в) ангиографии
 - г) рентгенографии и томографии
 - д) компьютерной томографии
11. Рентгенологическое исследование при заболеваниях органов дыхания следует начинать
- а) с флюорографии в прямой и боковой проекциях
 - б) с рентгеноскопии в различных проекциях
 - в) с обзорной рентгенографии в прямой и боковой проекциях
 - г) с томографии легких в прямой и боковой проекциях
 - д) с томографии средостения в прямой и боковой проекциях
12. При оценке технического качества обзорной рентгенограммы органов грудной клетки в прямой проекции следует учитывать
- а) правильность установки и полноту охвата
 - б) степень жесткости

- в) фазу дыхания, в которую выполнена рентгенограмма
- г) артефакты
- д) все ответы правильные

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

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

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

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

15. Боковая томография корней легких и средостения позволяет получить информацию

- а) о состоянии отделов легких и средостения, не получающих отображения в прямой проекции
- б) о состоянии бронхов 6-го сегмента и средней доли
- в) о состоянии лимфатических узлов вокруг бронхов 6-го сегмента и средней доли
- г) о состоянии крупных бронхов
- д) все ответы правильные

16. Бронхоскопия у больных туберкулезом показана

- а) при всех формах легочного туберкулеза, протекающих с деструкцией и бактериовыделением
- б) при предоперационном обследовании больных
- в) при туберкулезных плевритах и туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов
- г) при бактериовыделении из очага неясной локализации
- д) при всех перечисленных случаях

17. В лаважной жидкости больного туберкулезом преобладают

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

18. В понятие "начальные проявления первичной туберкулезной инфекции" входит

- а) инфицирование микобактериями туберкулеза
- б) "малые формы" первичного туберкулеза
- в) первичный туберкулезный комплекс в фазе инфильтрации
- г) параспецифические реакции, туберкулезная интоксикация
- д) ранний период первичной туберкулезной инфекции, туберкулезная интоксикация

19. Основным методом выявления раннего периода первичной туберкулезной инфекции является

- а) обследование детей по контакту

- б) туберкулинодиагностика
- в) выявление по обращаемости
- г) верно все перечисленное

20. Ведущим клиническим синдромом, характерным для первичного инфицирования, является
- а) лихорадка
 - б) синдром интоксикации
 - в) дефицит веса
 - г) параспецифические реакции
 - д) увеличение печени и селезенки
21. Различают следующие основные периоды первичного инфицирования
- а) инкубационный
 - б) латентного микробиоза
 - в) преаллергический и аллергический
 - г) бактериолимфии
 - д) все перечисленное
22. Основным исходом первичного инфицирования является
- а) выздоровление
 - б) развитие локальной формы туберкулеза
 - в) латентный микробиоз
 - г) формирование нестерильного иммунитета
 - д) инфицирование
23. Ведущий путь проникновения возбудителя в организм ребенка при первичном инфицировании
- а) алиментарный
 - б) аэрогенный
 - в) трансплацентарный
 - г) контактный
24. К критериям туберкулезной интоксикации относятся
- а) локальная форма первичного инфицирования
 - б) синдром функциональных нарушений
 - в) легочные изменения у инфицированного ребенка
 - г) патология функции внешнего дыхания в раннем периоде первичной инфекции
25. При подозрении на туберкулезную интоксикацию необходимо
- а) выделить комплекс функциональных нарушений по системному принципу
 - б) включить локальную форму туберкулеза при рентгенотомографическом исследовании
 - в) определить момент первичного инфицирования по динамике туберкулиновых проб
 - г) исключить возможные причины интоксикации неспецифической природы
 - д) все перечисленное
26. Верификация диагноза "туберкулезная интоксикация" возможна
- а) в противотуберкулезном диспансере
 - б) в детском туберкулезном стационаре
 - в) в противотуберкулезном санатории
 - г) в соматическом стационаре
 - д) во всех перечисленных учреждениях
27. Диспансерное наблюдение детей с туберкулезной интоксикацией осуществляется

- а) по Шб группе диспансерного наблюдения в течение 6 месяцев
- б) по II группе учета в течение 1 года
- в) по I группе учета в течение 6 месяцев
- г) по I группе учета в течение 1 года, затем по Шб группе

28. Туберкулезную интоксикацию следует дифференцировать со следующими наиболее частыми заболеваниями нетуберкулезной этиологии

- а) хронической патологией носоглотки, затяжными и хроническими бронхолегочными заболеваниями
- б) воспалительными заболеваниями печени, желчевыводительных путей, желудочно-кишечного тракта и глистными инвазиями
- в) воспалительными заболеваниями почек и мочевых путей
- г) вегето-сосудистой дистонией и эндокринными заболеваниями
- д) всем перечисленным

29. Лечение больных с туберкулезной интоксикацией предусматривает

- а) лечение 3 антибактериальными препаратами в течение 9-12 месяцев
- б) лечение 2 препаратами в течение 6 месяцев
- в) лечение 2 препаратами в течение 3 месяцев
- г) лечение 2 препаратами в течение 9-12 месяцев

30. Применение химиопрепаратов при туберкулезной интоксикации направлено

- а) на лимфаденоидную гиперплазию
- б) на параспецифические изменения
- в) на малые специфические изменения
- г) на микобактерии туберкулеза
- д) на казеозный некроз

31. Основными клиническими проявлениями параспецифических реакций являются

- а) узловатая эритема и фликтенулезный конъюнктивит
- б) риниты и гипертрофия миндалин
- в) увеличение периферических лимфоузлов
- г) увеличение печени и селезенки
- д) все перечисленное

32. Основной причиной перехода первичного инфицирования в заболевание туберкулезом является

- а) массивная суперинфекция
- б) неблагоприятный преморбидный фон, интеркуррентные заболевания
- в) возрастная несостоятельность иммунных механизмов и несостоятельность вакцинного иммунитета
- г) организационные дефекты в выявлении и лечении детей в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции
- д) все перечисленное

33. Первичный туберкулезный комплекс - это

- а) поражение внутригрудных лимфоузлов и очаги в легочной ткани
- б) поражение лимфоузлов, стенки прилежащего бронха и очаги в легочной ткани
- в) очаг в месте внедрения инфекции, лимфангит, идущий к корню, и поражение регионарных лимфатических узлов
- г) все перечисленное

34. Первичный легочный аффект представляет собой
- а) изолированный кальцинат в легочной ткани диаметром 3-5 мм
 - б) одиночный очаг ацинозной или лобулярной казеозной пневмонии, располагающейся субплеврально
 - в) очаг специфической пневмонии, окруженной зоной перифокального параспецифического воспаления
 - г) все перечисленное
35. Регионарные лимфатические узлы поражаются в результате
- а) ортоградного распространения инфекции из первичного очага
 - б) распространения микобактерий из очага бронхогенным или гематогенным путем
 - в) распространения инфекции по ходу отводящих лимфатических сосудов с возникновением в стенке сосудов воспалительных изменений продуктивного характера
 - г) перехода специфического процесса со стенки отводящего лимфатического сосуда на регионарные лимфоузлы
 - д) все перечисленное
36. Наиболее часто вовлекаются в процесс группы лимфоузлов
- а) бронхопульмональные лимфоузлы
 - б) лимфатические узлы верхнего средостения
 - в) лимфатические узлы, регионарные к легочному компоненту
 - г) все перечисленное
37. Первичный очаг в легочной ткани
- а) локализуется в хорошо вентилируемых отделах легочной ткани
 - б) локализуется в долях и сегментах легкого, имеющих хорошее кровоснабжение
 - в) встречается чаще в верхней и средней доле правого легкого
 - г) располагается чаще в нижней доле левого легкого
38. Наиболее частым исходом первичного туберкулезного комплекса при отсутствии лечения является
- а) полное рассасывание
 - б) кальцинация во внутригрудных лимфоузлах и образование очага Гона
 - в) образование очага Гона и фиброзной дорожки к корню
39. Туберкулез внутригрудных лимфоузлов как нозологическая форма болезни - это
- а) преимущественное поражение внутригрудных лимфоузлов
 - б) поражение 1-2 групп внутригрудных лимфоузлов с образованием в исходе кальцината
 - в) туберкулезное поражение бронхопульмональных лимфоузлов
 - г) все перечисленное
40. Основным методом выявления больных туберкулезом внутригрудных лимфоузлов является
- а) флюорографическое обследование
 - б) рентгеномографическое обследование
 - в) клиническая картина заболевания
 - г) туберкулинодиагностика
 - д) все перечисленное
41. Рентгенологическими признаками инфильтративной фазы туберкулеза внутригрудных лимфоузлов являются
- а) увеличение тени корня в размере (как в длину, так и в ширину, ее деформирование)
 - б) размытость, четкость, полицикличность наружного контура тени корня

- в) снижение структурности тени корня
- г) завулированность просвета стволового бронха
- д) верно все перечисленное

42. Понятие "малой формы" туберкулеза внутригрудных лимфоузлов подразумевает
- а) ограниченное поражение 1-2 лимфоузлов
 - б) кальцинат в группе лимфоузлов боталлова протока или дуги аорты
 - в) морфологически - небольшую гиперплазию лимфоидной ткани с минимальным центральным казеозом
 - г) по завершении формирования кальцината величиной 3-5 мм
 - д) все перечисленное
43. В фазе инфильтрации малая форма туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов выявляется
- а) только рентгенологически по прямым признакам
 - б) не выявляется рентгенологически
 - в) рентгенологически (по косвенным признакам)
44. К косвенным рентгенологическим признакам, по которым можно заподозрить наличие малой формы туберкулеза внутригрудных лимфоузлов, относятся
- а) утолщение и подчеркнутость парамедиастинальной плевры на отдельном участке
 - б) регионарное локальное обогащение легочного рисунка в прикорневой зоне
 - в) появление двойного контура тени средостения
 - г) все перечисленное
45. При лечении самый частый исход туберкулеза внутригрудных лимфоузлов - это
- а) рассасывание
 - б) кальцинация и фиброз
 - в) прогрессирование
46. В пользу неспецифического реактивного бронхаденита свидетельствуют
- а) уменьшение и исчезновение тени увеличенных лимфатических узлов по мере излечения или стихания обострения основного заболевания
 - б) увеличение по отношению к легочному процессу только регионарных лимфатических узлов
 - в) двусторонняя лимфососудистая реакция корней
 - г) эффективность неспецифического лечения
 - д) все перечисленное
47. Для верификации системных и злокачественных заболеваний лимфатических узлов обязательным методом диагностики является
- а) рентгенотомография
 - б) бронхоскопия
 - в) функциональные пробы
 - г) пробная терапия
 - д) биопсия лимфатических узлов
48. При лимфогранулематозе чаще увеличиваются
- а) лимфоузлы верхнего средостения
 - б) бронхопульмональные лимфоузлы
 - в) медиастинальные лимфоузлы
 - г) все перечисленные
49. Для лимфогранулематоза характерны следующие клинические симптомы

- а) лихорадка
- б) системное увеличение лимфоузлов
- в) острая нарастающая интоксикация
- г) гепатолиенальный синдром
- д) все перечисленное

50. Заподозрить саркоидоз позволяют следующие клинико-рентгенологические и лабораторные критерии

- а) бессимптомное начало, тенденция к самопроизвольной инволюции процесса в верхнегрудных лимфоузлах
- б) двустороннее поражение бронхопульмональных лимфоузлов, отсутствие поражения бронхиального дерева
- в) отрицательные туберкулиновые пробы
- г) гипогаммаглобулинемия и нарастание содержания кальция в крови
- д) все перечисленное

51. Наиболее точно характеризует понятие осложненного туберкулеза внутригрудных лимфоузлов следующее определение

- а) туберкулез, имеющий склонность к генерализации
- б) прогрессирующий туберкулез внутригрудных лимфоузлов с переходом патологического процесса на бронхи, легочную ткань и другие соседние органы
- в) туберкулез, имеющий длительное, торпидное течение
- г) тяжелый туберкулез внутригрудных лимфоузлов, протекающий с выраженными общими и местными симптомами

52. Основной причиной, способствующей осложненному течению первичного туберкулеза у детей, является

- а) ранний возраст ребенка
- б) массивная суперинфекция
- в) позднее выявление заболевания у невакцинированных БЦЖ детей
- г) нерациональное лечение, без учета чувствительности микобактерий туберкулеза
- д) все перечисленное

53. Туберкулез внутригрудных лимфоузлов наиболее часто осложняется

- а) поражением крупных бронхов
- б) возникновением ателектаза
- в) бронхолегочным поражением
- г) гематогенной и бронхогенной диссеминацией
- д) распадом легочной ткани

54. Основной причиной позднего выявления туберкулеза у детей раннего возраста является

- а) отсутствие патогномичной клинической симптоматики
- б) многочисленные "маски" туберкулеза, затрудненный контакт с детьми
- в) отсутствие кашлевого рефлекса даже при поражении бронхов и лихорадки при генерализованных процессах
- г) анатомо-физиологические особенности органов грудной клетки, затрудняющие распознавание на рентгенограмме процесса
- д) все перечисленное

55. Основным исходом туберкулеза у детей раннего возраста при условии адекватного лечения является

- а) прогрессирование процесса с летальным исходом
- б) излечение с распространенными остаточными изменениями

- в)излечение с малыми остаточными изменениями
- г)переход в хронически текущий первичный туберкулез

56. Для эпидемиологии туберкулеза у детей раннего возраста в настоящее время характерно
- а)рост заболеваемости туберкулезом
 - б)увеличение удельного веса детей первых 3 лет жизни среди впервые заболевших детей и подростков
 - в)сохранение значительного удельного веса острых форм туберкулеза у детей первых 3 лет жизни
 - г)выявление осложненных и эволютивных форм заболевания
 - д)все перечисленное
57. Повышенная заболеваемость туберкулезом у подростков обусловлена
- а)незрелостью механизмов защиты
 - б)массивностью инфекции
 - в)гормональной перестройкой
 - г)повышением социальных факторов риска (алкоголизм, курение)
 - д)правильные ответы в) и г)
58. Основными отличительными чертами хронически текущего первичного туберкулеза как формы процесса являются
- а)давность заболевания - не менее 2 лет
 - б)волнообразное течение - чередование инфильтративных вспышек с периодами относительной стабилизации
 - в)торпидное, прогрессирующее течение с вовлечением новых групп лимфоузлов, поражения бронхов и легочной ткани
 - г)морфологический полиморфизм - наряду с частично кальцинированными определяются свежие казеозно измененные лимфатические узлы
 - д)все перечисленное
59. Для хронически текущего первичного туберкулеза характерно
- а)наклонность к постепенному затиханию процесса и регрессия его
 - б)умеренная чувствительность к туберкулину
 - в)выраженные нейро-дистрофические изменения
 - г)небольшая распространенность процесса во внутригрудных лимфоузлах
 - д)все перечисленное
60. Вспышки хронически текущего процесса могут выражаться
- а)любым видом бронхолегочных осложнений
 - б)гематогенной генерализацией
 - в)поражением бронхиального дерева
 - г)вовлечением в процесс новых групп внутригрудных лимфоузлов
 - д)всем перечисленным
61. Различают следующие патогенетические формы пневмосклероза при туберкулезе у детей
- а)лимфогенный
 - б)постателектатический
 - в)гематогенный
 - г)плеврогенный
 - д)все перечисленные
62. При лечении больных с хронически текущим первичным туберкулезом необходимо учитывать
- а)длительное существование в организме ребенка казеозно-некротических изменений

- б)трофические и функциональные изменения в органах и тканях, как следствие длительной интоксикации
 - в)хроническую гипоксию и метаболический ацидоз
 - г)гиперсенсбилизацию организма, в частности, гиперергическую настроенность эндотелия сосудов
 - д)все перечисленное
63. При лечении больных с хронически текущим первичным туберкулезом необходимо учитывать
- а)возможность тяжелых токсико-аллергических реакций на химиопрепараты вследствие высокой алергизации организма
 - б)преимущественно внутриклеточную локализацию микобактерий туберкулеза и их устойчивость к лекарственным препаратам
 - в)плохую диффузию препаратов через капсулу в очаги казеозного процесса и тенденцию заболевания к эволютивному течению
 - г)все перечисленное
64. Критерии активности специфического процесса базируются
- а)на клинических признаках заболевания
 - б)на изменениях при рентгеномографических исследованиях
 - в)лабораторных и биологических критериях
 - г)всем перечисленным
65. О наличии скрытой или сохраняющейся активности специфического процесса свидетельствуют следующие клинические признаки
- а)лихорадка
 - б)синдром интоксикации, параспецифические реакции
 - в)кашель
 - г)хрипы в легких
 - д)все перечисленное
66. При выявлении кальцинатов во внутригрудных лимфоузлах рентгеномографическими критериями сохраняющейся активности являются
- а)косвенные рентгенологические признаки
 - б)степень выраженности и характер кальцинации во внутригрудных лимфоузлах
 - в)все перечисленное
67. Ограниченный катаральный эндобронхит, обнаруженный при бронхоскопии
- а)подтверждает скрытую активность специфического процесса во внутригрудных лимфоузлах
 - б)не подтверждает скрытую активность специфического процесса во внутригрудных лимфоузлах
 - в)данные бронхоскопии не являются безусловно значимыми
68. Интенсивность туберкулиновых реакций служит доказательством скрытой активности специфического процесса
- а)в случаях гиперергии по внутрикожной пробе
 - б)при гиперергии по кожной градуированной пробе
 - в)при гиперергической и инвертированной чувствительности
69. Провокационная проба Коха основана
- а)на реактивности специфического процесса в очаге поражения вследствие размножения микобактерий туберкулеза

- б)на появлении токсико-аллергического перифокального воспаления в зоне местной гиперсенсibilизации ткани вокруг очага
- в)на появлении воспалительных сдвигов в гемо- и протеинограмме, как неспецифической ответной реакции на введение аллергена-туберкулина
- г)всего перечисленного

70. Под хронической неспецифической пневмонией понимают
- а)хроническое, рецидивирующее бронхолегочное воспаление
 - б)вспышки инфекции в зоне необратимых морфоструктурных изменений в бронхах и легочной ткани
 - в)воспаление в легочной ткани с длительностью процесса не менее 2 лет
 - г)все перечисленное

71. Пороки развития бронхолегочной системы и хронической пневмонии удается обычно отличить от туберкулеза с помощью
- а)данных физического обследования больного
 - б)рентгеномографического обследования
 - в)контрастных методов исследования
 - г)трахеобронхоскопии
 - д)иммунологического исследования

72. Наиболее точно характеризует понятие осложненного туберкулеза внутригрудных лимфоузлов следующее определение
- а)туберкулез, имеющий склонность к генерализации
 - б)прогрессирующий туберкулез внутригрудных лимфоузлов с переходом патологического процесса на бронхи, легочную ткань и другие соседние органы
 - в)туберкулез, имеющий длительное, торпидное течение
 - г)тяжелый туберкулез внутригрудных лимфоузлов, протекающий с выраженными общими и местными симптомами

73. Осложненное течение первичного туберкулеза чаще встречается
- а)у детей раннего возраста
 - б)у детей 6-7 лет
 - в)у детей препубертатного возраста и подростков

74. К неспецифическим воспалительным и врожденным заболеваниям органов дыхания, с которыми приходится дифференцировать туберкулез внутригрудных лимфоузлов, относятся
- а)реактивные изменения корней легкого при острых и хронических заболеваниях носоглотки, бронхов, легких
 - б)гиперплазия вилочковой железы, опухоли и кисты средостения
 - в)широкие сосуды средостения (вариант развития)
 - г)системные гранулематозы (саркоидоз) лимфы средостения
 - д)все перечисленные

75. Самым доступным и объективным способом подтверждения расширения тени сосудов средостения является
- а)ангиография
 - б)биопсия
 - в)томография в 2 проекциях
 - г)пробное лечение
 - д)функциональные пробы Вальсальвы и Мюллера

76. В пользу неспецифического реактивного бронхаденита свидетельствуют

- а) уменьшение и исчезновение тени увеличенных лимфатических узлов по мере излечения или стихания обострения основного заболевания
- б) увеличение по отношению к легочному процессу только регионарных лимфатических узлов
- в) двусторонняя лимфососудистая реакция корней
- г) эффективность неспецифического лечения
- д) все перечисленное

77. Эпидемиологическим показателем, позволяющим оценить объем распространения туберкулезной инфекции является:

- А) заболеваемость
- Б) распространенность
- В) инфицирование
- Г) бактериовыделение
- Д) смертность

78. О распространенности туберкулеза свидетельствуют такие показатели

- а) как заболеваемость
- б) как болезненность
- в) как смертность
- г) как инфицированность
- д) все перечисленное

79. Заболеваемость туберкулезом - это

- а) число больных туберкулезом в пересчете на 1000 жителей
- б) число больных туберкулезом в пересчете на 10 000 жителей
- в) процент больных, исчисленный к населению данной местности
- г) число больных туберкулезом, выявленных в данном году
- д) число вновь выявленных больных туберкулезом в пересчете на 100 000 населения

80. Показатель болезненности при туберкулезе - это

- а) число больных туберкулезом, стоящих на учете на конец года, в пересчете на 100 000 жителей
- б) число больных активным туберкулезом на конец года
- в) удельный вес больных туберкулезом среди всех больных на данной территории
- г) число больных туберкулезом в пересчете на 1000 жителей

81. При анализе эффективности осмотров на туберкулез важны все перечисленные показатели, кроме

- а) процента охвата населения осмотрами на туберкулез
- б) частоты выявления больных активным туберкулезом
- в) структуры выявленного контингента больных
- г) удельного веса несвоевременного выявления больных
- д) выполнения плана обследования

82. Положительными сдвигами в структуре заболеваемости туберкулезом следует считать все перечисленные, кроме

- а) уменьшения удельного веса больных с БК+ и деструкцией
- б) отсутствия запущенных форм туберкулеза
- в) снижения показателя инфицированности
- г) повышения удельного веса больных с очаговым туберкулезом

083. Бактериовыделитель - это

- а) больной активным туберкулезом, у которого микобактерии туберкулеза были обнаружены хотя бы один раз любым методом
- б) больной, выделявший микобактерии туберкулеза не менее 2 раз
- в) больной туберкулезом, выделяющий микобактерии всеми лабораторными методами исследования
- г) все перечисленные варианты

84. Показатель абацеллирования контингентов - это

- а) число абацеллированных и снятых с учета в текущем году больных, умноженное на 100 и деленное на число больных с БК+ в учетном году
- б) процент больных с БК(-) ко всему контингенту больных
- в) число больных с БК(-) на 100 больных с БК(+)
- г) число больных, снятых с бактериального учета

85. Специфичной морфологической реакцией для туберкулезного воспаления является скопление в очаге поражения

- а) лимфоидных клеток
- б) нейтрофильных клеток
- в) эпителиоидных клеток с включением гигантских типа Лангганса
- г) эпителиоидных с включением гигантских клеток типа Лангганса

86. Казеозный некроз

- а) специфичен для туберкулеза, он не встречается при других заболеваниях
- б) как правило, наблюдается при туберкулезе, редко встречается при другой патологии
- в) не является специфичной тканевой реакцией для туберкулеза, он встречается при раке, саркоидозе и некоторых других болезнях

87. Эпителиоидно- и гигантоклеточная гранулема с клетками Лангганса наблюдается

- а) только при туберкулезе
- б) при туберкулезе и саркоидозе
- в) при туберкулезе, саркоидозе, раке, бериллеозе и некоторых других заболеваниях

88. Туберкулезный бугорок представляет собой

- а) гранулему, состоящую из скопления лимфоидных, эпителиоидных клеток с включением гигантских клеток Лангганса, в центре которой имеется участок казеозного некроза
- б) инфильтрат, состоящий из скопления нейтрофилов, лимфоидных, эпителиоидных клеток с некрозом в центре и включением гигантских клеток Лангганса

89. К социальным факторам, благоприятствующим распространению туберкулеза, относятся

- а) неблагоприятные жилищно-бытовые условия
- б) материальная необеспеченность
- в) низкий интеллектуальный уровень
- г) беспорядочный образ жизни
- д) все перечисленное

90. Под очагом туберкулезной инфекции следует понимать

- а) больного, выделяющего БК
- б) жилище больного, выделяющего БК
- в) окружение больного, выделяющего БК
- г) все перечисленное

91. Самым опасным очагом туберкулезной инфекции является
- а) бактериовыделитель с наличием в окружении его детей или лиц с асоциальным поведением
 - б) скудный бактериовыделитель при контакте только со взрослыми
 - в) бактериовыделитель с факультативным выделением БК и при контакте только со взрослыми
92. Профилактические мероприятия по туберкулезу в общежитиях включают
- а) предупреждать вселение больных туберкулезом
 - б) исключать переселение заболевшего туберкулезом
 - в) выделение больному туберкулезом отдельной комнаты (квартиры)
 - г) все перечисленное
93. Предупреждение заражения туберкулезом человека от животных включает
- а) выявление и уничтожение больного туберкулезом животного
 - б) постоянный бактериологический контроль за молоком и молочными продуктами
 - в) постоянный бактериологический контроль за мясом забитых животных
 - г) все перечисленное
94. В противотуберкулезном учреждении для профилактики туберкулеза среди сотрудников необходимо иметь все перечисленное, кроме
- а) отдельного гардероба и специальной одежды для персонала
 - б) отдельного помещения для приема пищи
 - в) отдельной регистратуры
95. Для предупреждения распространения туберкулеза следует проводить все перечисленные виды дезинфекции, кроме
- а) текущей
 - б) заключительной
 - в) постоянной
96. Для проведения противотуберкулезной вакцинации диспансер осуществляет
- а) подготовку врачей и медицинских сестер по вакцинации
 - б) методическое руководство и инструктирование
 - в) вакцинацию и ревакцинацию детей и подростков из очагов туберкулезной инфекции
 - г) изоляцию бактериовыделителей на период формирования поствакцинального иммунитета
 - д) все перечисленное
97. Микобактерии туберкулеза можно выявить при микроскопии окрашенного препарата
- А) метиленовым синим
 - Б) по Граму
 - В) по Цилю-Нильсену
 - Г) по Романовскому-Гимзе
 - Д) по Лейшману
98. Риск заболевания туберкулезом наиболее высок при наличии контактов:
- А) случайных
 - Б) внутриквартирных
 - В) производственных
 - Г) внутрибольничных
 - Д) внутрисемейных

99. Причинами несвоевременного выявления туберкулеза являются
- а) дефекты в профилактической работе
 - б) неполноценное обследование в поликлинике и стационаре
 - в) небрежное отношение больного к своему здоровью
 - г) незнание врачами общей сети "масок" туберкулеза (врачебные ошибки)
 - д) все перечисленное
100. Для своевременного выявления туберкулеза необходимо проводить
- а) массовые профилактические обследования населения на туберкулез
 - б) обследование на туберкулез больных в общих и специализированных лечебных учреждениях
 - в) регулярное и качественное обследование групп риска по туберкулезу
 - г) санитарно-просветительную работу с населением
 - д) все перечисленное

ОТВЕТЫ

1в, 2а,3в, 4а,5г,6в, 7а, 8г, 9д, 10а, 11в, 12д, 13д, 14д, 15д, 16д, 17в, 18д, 19б, 20б, 21д,22г, 23б, 24б, 25д, 26б, 27г, 28д, 29б, 30г, 31д, 32в, 33в, 34в, 35д, 36в, 37а, 38б, 39г, 40д, 41д, 42д, 43в, 44г, 45б, 46д, 47д, 48а, 49д, 50д, 51б, 52д, 53а, 54д, 55б, 56д, 57д, 58д, 59д, 60д, 61д, 62д, 63г, 64г, 65б, 66в, 67а, 68в, 69г, 70г, 71в, 72б, 73а, 74д, 75д, 76д,77в, 78а, 79д, 80а, 81д, 82г, 83г, 84а, 85г, 86в, 87в, 88а, 89д, 90г, 91а, 92г, 93г, 94в, 95д, 96д, 97в, 98д, 99д, 100д.

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

Кафедра фтизиопульмонологии

УТВЕРЖДЕНО

**Протоколом заседания Центрального
координационного учебно - методиче-
ского совета
от 30.08.2022г., №1**

**Эталоны билетов по дисциплине «Фтизиатрия» для проведения зачетного занятия
слушателей по специальности 31.08.51 Фтизиатрия**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕ-
ЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕН-
НАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и до-
полнительного профессионального образования*
КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ**

**Специальность Фтизиатрия
Направление подготовки ординатура**

Билет №1

- 1. Основные методы и принципы комплексного лечения туберкулёза.**
- 2. Очаг туберкулёзной инфекции. Типы очагов.**
- 3. Решите ситуационную задачу:** Больной инфильтративным туберкулезом верхней доли правого легкого в фазе распада, БК+. В анамнезе язвенная болезнь желудка. Через несколько дней после начала химиотерапии утром во время кашля началось «легочное» кровотечение. Кровь не успевал откашливать, выделялась через рот и нос, присоединилась рвота. Кровь вначале была пенистой, алого цвета, затем, особенно после рвоты, она была уже со сгустками темного цвета. За 30-40 мин выделилось около 400 мл крови. Ваша тактика, направленная на определение источника кровотечения.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и дополнительного профессионального образования
КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Специальность Фтизиатрия
Направление подготовки ординатура

Билет №2

1. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение очагового туберкулёза лёгких.

2. Методика проведения пробы Манту и Диаскин-теста. Интерпретация результатов.

3. Решите ситуационную задачу: Девочка С. в возрасте 4,5 года и вся ее семья (2 сестры и родители) перенесли острое инфекционное заболевание, сопровождающееся кашлем и жидким стулом. С., в отличие от других, быстро не поправилась, примерно неделю чувствовала недомогание, была раздражительной, иногда были приступы рвоты. При опросе родителей выяснилось, что около года назад у ее отца был обнаружен хронический туберкулез легких, по поводу которого он лечился. Все дети были обследованы, и была выявлена положительная реакция на туберкулиновую пробу. Им была назначена химиотерапия. Родители отнеслись к лечению негативно и проводили его не регулярно.

При госпитализации у С. была головная боль, неразборчивая речь, ригидность шеи. При осмотре кожные покровы бледные, мышечный тургор повышен, периферические лимфатические узлы 6 групп, 2-3 размера, мягкой, эластичной консистенции. В легких патологических изменений нет, рентгенограмма органов грудной клетки - норма. Гемограмма: Нв - 100 г/л, Л - 12000, п/я - 13, лимфоциты - 16, СОЭ - 32 мм/час. Жидкость, полученная при люмбальной пункции, была мутной и содержала 170 мг % белка, МБТ были обнаружены микроскопически, а затем и рост на питательной среде.

1. Поставьте диагноз и дайте его обоснование.

2. Какие диагностические методы подтверждают диагноз.

3. Дифференциальный диагноз.

4. Прогноз данного заболевания.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕ-
ЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕН-
НАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и до-
полнительного профессионального образования
КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ**

Специальность Фтизиатрия
Направление подготовки ординатура

Итоговая (государственная итоговая) аттестация II этап – практические навыки

Билет №3

1. Рентгенологические методы диагностики туберкулеза.
2. . Урогенитальный туберкулёз. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Решите ситуационную задачу: Больной М. 21 год. Перенесенных заболеваний не помнит. Тубконтакт отрицает, жалоб нет. Заболевание выявлено случайно при поступлении в военное училище. Объективно: перкуссия грудной клетки патологии не выявила. При аускультации -дыхание везикулярное, единичные мелкопузырчатые влажные хрипы справа подключично.
Анализ крови: L $9,6 \times 10^9$ /л, э - 2%, п - 6%, с - 68%, л - 12%, м - 9%, СОЭ 10 мм/час.
В мокроте БК(+) однократно методом посева. Проба Манту с 2 ТЕ - папула 11 мм. Обзорная рентгенограмма грудной клетки: справа в S1-2 группа очаговых теней малой интенсивности с нечеткими контурами. Томограммы срезы 6-7-8 см распада не подтверждают.

Поставьте диагноз, обоснуйте, группа учета и длительность наблюдения.

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

Кафедра фтизиопульмонологии

УТВЕРЖДЕНО

**Протоколом заседания Центрального
координационного учебно - методиче-
ского совета
от 30.08.2022г., №1**

**Эталоны ситуационных задач по дисциплине «Фтизиатрия» для проведения за-
четного занятия слушателей по специальности 31.08.35 Инфекционные болезни**

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?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 1

1. Не выполнен клинический минимум обследования на туберкулез.
2. Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения.
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, проба Манту, исследование мокроты на БК бактериоскопическим методом трехкратно, томография правого легкого, бронхоскопия.
4. Провести клинический минимум обследования на туберкулез.
5. Затенение в верхней доле справа, неомогенное по структуре, с участками просветления, очаги обсеменения в нижних отделах малоинтенсивные, расположены группами.
6. Необходимо направить к фтизиатру.
7. Провести дифференциальный диагноз между инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада, периферическим раком легких, абсцедирующей пневмонией, эозинофильным легочным инфильтратом.

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 100/60 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 $2,28 \times 10^{12}/л$, Нв – 86 г/л, лейкоциты $11,5 \times 10^9/л$, э–0%, п–5%, с–65%, л–18%, м–12%, СОЭ–24 мм/ч.

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

ВОПРОСЫ: Какие заболевания могут протекать со сходной симптоматикой?

Какие дополнительные методы исследования необходимо применить для уточнения диагноза?

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

Обоснуйте Ваш диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Укажите, какие рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.

Куда необходимо направить больную после установления диагноза?

О чем говорит отрицательная проба Манту у данной больной?

Лечение.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 2

Милиарный туберкулез легких, саркоидоз легких, карциноматоз легких, двусторонняя очаговая пневмония.

УЗИ органов брюшной полости, осмотр гинекологом с целью исключения первичной опухоли, фибробронхоскопия, фиброгастроскопия.

Милиарный туберкулез легких, БК (–).

Диагноз милиарного туберкулеза легких выставляется на основании: жалоб (слабость, повышение температуры тела по вечерам, понижение аппетита, одышка при физической нагрузке, сухой кашель), анамнеза (больна в течении 3 месяцев, заболела во время беременности, заболевание развивалось постепенно, эффект от неспецифической терапии незначительный), объективного обследования (в легких везикулярное дыхание, хрипов нет, симптомы интоксикации (бледность кожи, акроцианоз, приглушенность тонов сердца, тахикардия, увеличение печени), лабораторных данных (умеренный лейкоцитоз с лимфопенией, умеренное увеличение СОЭ), рентгенологического исследования (в легких на всем протяжении, больше на верхушках, по ходу сосудов множественные мелкие средней интенсивности очаги, в правом корне мелкие единичные кальцинаты).

а) Саркоидоз легких чаще всего протекает мало- или бессимптомно, отсутствуют симптомы интоксикации. Часто саркоидоз легких протекает совместно с саркоидозом внутригрудных лимфоузлов. Клинически проявляется синдромом Лефгрена.

б) Карциноматоз легких у молодых людей встречается редко, при рентгенологическом обследовании верхушки легких чаще бывают чистыми, нередко удается обнаружить первичную опухоль (чаще всего — опухоли желудка, поджелудочной железы, органов женской половой сферы)

в) Острая двусторонняя пневмония обычно начинается остро, часто связана с простудным фактором, клиническая картина развивается в течении нескольких дней, при богатой рентгенологической симптоматике при пневмонии наблюдается и богатая аускультативная симптоматика, рентгенологические изменения чаще всего наблюдаются в средних и нижних отделах, очаги различных размеров, неравномерные, картина крови при пневмонии резко изменена (высокий лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, большое увеличение СОЭ и т.д.).

6. Наличие кальцинатов в корне; очаги средней интенсивности, мелкие, расположены вдоль сосудов.
7. В противотуберкулезный диспансер.
8. Отрицательная проба Манту у больной туберкулезом отражает резко выраженную иммунологическую недостаточность.

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 $4,1 \times 10^{12}/л$, Нв–126 г/л, лейкоциты $5,7 \times 10^9/л$, э–1%, п–1%, с–53%, л–37%, м–8%, СОЭ–6 мм/ч. При исследовании мокроты микобактерии и опухолевые клетки 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 клинико-рентгенологических данных?

Обоснуйте Ваш диагноз.

Укажите, какие клинико-рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Где должна лечиться и наблюдаться в дальнейшем данная больная?

Тактика лечения.

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.

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 100/70 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 $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв—121 г/л, лейкоциты $9,9 \times 10^9/л$, 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 4,0 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 2800 мл и 400 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 пропункцировав 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?

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.

ЗАДАЧА № 5

Больной В., 36 лет. Жалобы на субфебрильную температуру, слабость, повышенную потливость, особенно по ночам, быструю утомляемость, небольшой сухой кашель. Заболевание началось постепенно. Болен в течение месяца.

При обследовании общее состояние удовлетворительное. Астеничного телосложения. Температура тела 37,1°C. Кожные покровы чистые, бледные, румянец на щеках. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Зев чист. Имеются кариозные зубы. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими легочной звук, незначительное притупление легочного звука над верхушкой справа. Дыхание в легких везикулярное, справа, в верхних отделах на фоне жесткого дыхания прослушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Стул и мочеиспускание не изменены.

В гемограмме: Лейк. $9,1 \times 10^9/\text{л}$, эоз.—3%, п/я—6%, с/я—59%, лимф.—18%, мон.—14%, СОЭ 24 мм/час.

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

Рентгенологически: справа в С₂ на фоне размытого легочного рисунка полиморфные очаги диаметром 5–9 мм с нерезкими контурами, выражена наклонность к слиянию очагов.

ВОПРОСЫ:

Ваш диагноз?

Какая тень на рентгенограмме называется очагом?

С каким заболеванием в первую очередь необходимо провести дифференциальную диагностику?

Является ли небациллярная мокрота основанием для исключения туберкулезного процесса?

В какой группе учета должен состоять данный больной?

Какое лечение будет назначено?

Сочетание каких препаратов наиболее эффективно?

Возможные исходы заболевания?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 5

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