

№ ОРД-РЕВМ-21

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

Кафедра фтизиопульмонологии

УТВЕРЖДЕНО

Протоколом заседания
Центрального
координационного учебно -
методического совета
от «05» февраля 2021 г. № 3

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности **31.08.46 «Ревматология»** утвержденной
26.02.2021 г

по дисциплине **«Фтизиатрия»**
для ординаторов 1года обучения
уровень подготовки: кадры высшей квалификации
по специальности **31.08.46 «Ревматология»**

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

Заведующий кафедрой
ученая степень д.м.н.



Б.М.Малиев

г. Владикавказ 2021г.

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 «Фтизиатрия»**

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 **«Фтизиатрия»**. 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 **«Инфекционные болезни»** и охватывают все её разделы. Количество заданий по каждому разделу дисциплины (модуля) достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

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

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

Рецензируемый фонд оценочных средств по специальности **31.08.46 «Ревматология»** 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 «Фтизиатрия»
 для специальности 31.08.35 «Ревматология»»

№ п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) специальности/ модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Промежуточный		
1.	«Ревматология»	ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; УК-1	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
2.	Общественное здоровье и здравоохранение	ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-9; ПК-10; ПК-11; УК-1; УК-2	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
3.	Педагогика	ПК-9; УК-1; УК-2; УК-3	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
4.	Патология (патологическая анатомия)	ПК-5; УК-1	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
5.	Патология (патологическая физиология)	ПК-5; УК-1	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
6.	Медицина чрезвычайных ситуаций	ПК-3; ПК-7; ПК-12; УК-1	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
7.	Клиническая биохимия	ПК-5; УК-1	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
8.	Клиническая фармакология	ПК-6; ПК-8; УК-1	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
9.	Физикальное обследование пациента	ПК-1; ПК-2; ПК-5; УК-1	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
10.	Экстренная медицинская помощь	ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-12; УК-1	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
11.	Сердечно-легочная реанимация	ПК-1; ПК-5; УК-1	тестовый контроль, банк ситуационных

			задач, билеты к зачету.
12.	Врачебные манипуляции в фтизиатрии	ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; УК-1	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
13.	Информационные технологии в медицине	ПК-4; ПК-10; ПК-11; УК-1	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
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	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
15.	Профессиональные заболевания легких	ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; УК-1	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
16.	Туберкулез у пациентов с онкопатологией	ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; УК-1	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
17.	Лабораторная диагностика	ПК-1; ПК-2; ПК-5; УК-1	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
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	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
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	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
20.	Физиотерапия	ПК-1; ПК-6; ПК-8; УК-1	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
21.	Саркоидоз	ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
22.	Туберкулез детей и подростков	ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; УК-1	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету.

**Вопросы для проведения зачета
для специальности 31.08.46 «Ревматология»**

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.
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 Северо-Осетинская государственная медицинская академия Минздрава России

Кафедра фтизиопульмонологии

ВЫПИСКА ИЗ ПРОТОКОЛА №6

ЗАСЕДАНИЯ КАФЕДРЫ

от 27.01.2021 г.

Председатель: Зав. кафедрой проф. Б.М.Малиев

Секретарь: доц. О.З.Басиева

ПРИСУТСТВОВАЛИ:

Зав. кафедрой проф. Б.М.Малиев, доцент кафедры С.Б.Хетагурова, доцент О.З.Басиева, ассистент Н.В.Кобесов, ассистент В.А.Кульчиев.

4. СЛУШАЛИ: Об изменениях и дополнениях в основной образовательной программе ординатуры, а также рабочих программах и ФОС дисциплин по направлениям подготовки:

1) 31.08.51 «Ревматология»

Основная образовательная программа ординатуры по специальности «Фтизиатрия»

Рабочая программа дисциплины «Фтизиатрия»

Рабочая программа факультативной дисциплины «Саркоидоз»

Рабочая программа факультативной дисциплины «Туберкулез детей и подростков»

Фонд оценочных средств

2) 31.08.45 Пульмонология

Основная образовательная программа ординатуры по специальности «Пульмонология»

Рабочая программа дисциплины «Пульмонология»

Рабочая программа факультативной дисциплины «Функциональные методы исследования»

Рабочая программа факультативной дисциплины «Аллергология и иммунология»

Фонд оценочных средств

ВЫСТУПИЛИ: зав. кафедрой проф. Б.М.Малиев, доц. С.Б.Хетагурова

РЕШИЛИ:

Внести изменения и дополнения в основной образовательной программе ординатуры, а также рабочих программах дисциплин по направлениям подготовки (Приложение №1 и №2 к протоколу заседания кафедры от 09.09.2020 г.):

1) 31.08.51 «Ревматология»

Основная образовательная программа ординатуры по специальности «Фтизиатрия»

Рабочая программа дисциплины «Фтизиатрия»

Рабочая программа факультативной дисциплины «Саркоидоз»

Рабочая программа факультативной дисциплины «Туберкулез детей и подростков»

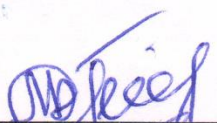
Фонд оценочных средств

2) 31.08.45 Пульмонология

Основная образовательная программа ординатуры по специальности «Пульмонология»

Рабочая программа дисциплины «Пульмонология»
Рабочая программа факультативной дисциплины «Функциональные методы исследования»
Рабочая программа факультативной дисциплины «Аллергология и иммунология»
Фонд оценочных средств

Председательствующий



Б.М.Малиев

Секретарь



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 № 1

Больной М. 42 лет слесарь-сантехник. Курит около 30 лет злоупотребляет алкоголем. Обратился в поликлинику с жалобами на кашель с мокротой одышку при физической нагрузке общую слабость недомогание повышение температуры тела по вечерам до 37,68 °С. Врач обследовавший больного поставил диагноз: хронический бронхит обострение и назначил противовоспалительное лечение отхаркивающие средства ингаляции. После проведенного лечения самочувствие больного улучшилось уменьшился кашель одышка почти исчезла нормализовалась температура тела. Сохранялась невыраженная общая слабость. Врач разрешил больному приступить к работе.

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

ВОПРОСЫ:

Усматриваете ли Вы ошибки участкового врача если да то какие?

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

Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?

Какова должна быть тактика участкового врача?

Укажите какие рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.

К какому специалисту на консультацию должен быть направлен данный больной?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Зав. кафедрой д.м.н.

Б.М. Малиев

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

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

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 2

Больная П. 23 лет швея поступила в клинику с жалобами на общую слабость повышение температуры тела (в вечерние часы) до 38°C понижение аппетита похудание одышку при физической нагрузке сухой кашель. Больной себя считает около трех месяцев когда была на седьмом месяце беременности. Сначала появилась общая слабость субфебрильная температура тела затем присоединился сухой кашель. Лечилась у участкового терапевта по поводу бронхита эффект незначительный. На второй день после родов повысилась температура тела до 38,6°C появилась одышка.

Анамнез жизни: в детстве перенесла скарлатину пневмонию. Муж здоров. Флюорографическое обследование не проходила более 4-х лет.

Объективно: правильного телосложения пониженного питания кожа чистая бледная умеренный акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 110 уд. в мин. ритмичный. Границы сердца в пределах нормы тоны сердца приглушены. АД 1 /60 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная равномерно участвует в акте дыхания перкуторно ясный легочной звук аускультативно в легких с обеих сторон везикулярное дыхание хрипов нет частота дыхания 36 в мин. Живот мягкий нижний край печени на 2 см. ниже реберной дуги чувствительный при пальпации.

Общий анализ мочи без патологических изменений.

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

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

ВОПРОСЫ: Какие заболевания могут протекать со сходной симптоматикой?

Какие дополнительные методы исследования необходимо применить для уточнения диагноза?

О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании 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.

Зав. кафедрой д.м.н.

Б.М. Малиев

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

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

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 3

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

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

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

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

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

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

ВОПРОСЫ:

Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?

Какие заболевания могут протекать со сходной симптоматикой?

О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании 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.

Зав. кафедрой д.м.н.

Б.М. Малиев

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

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

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 4

ЗАДАЧА № 4

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

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

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

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

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

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

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

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

ВОПРОСЫ:

- 1.Какой предварительный диагноз Вы поставили бы больному при поступлении в ЦРБ?
- 2.Правильно поступил ли врач дважды пропунктировав плевральную полость? Почему?
- 3.По данным анализов плеврального содержимого транссудат это или экссудат? Почему?
- 4.Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения этиологии плеврита?

5. Между какими заболеваниями в первую очередь нужно проводить дифференциальную диагностику?

6. По клинико-рентгенологическим данным о какой этиологии процесса можно думать? Почему? Сформулируйте диагноз.

7. Какова дальнейшая тактика врача ЦРБ?

Зав. кафедрой д.м.н.

Б.М. Малиев

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

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

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 5

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

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

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

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

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

ВОПРОСЫ:

Ваш диагноз?

Какая тень на рентгенограмме называется очагом?

С каким заболеванием в первую очередь необходимо провести дифференциальную диагностику?

Является ли небациллярная мокрота основанием для исключения туберкулезного процесса?

В какой группе учета должен состоять данный больной?

Какое лечение будет назначено?

Сочетание каких препаратов наиболее эффективно?

Возможные исходы заболевания?

Зав. кафедрой д.м.н.

Б.М. Малиев

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

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

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 6

ЗАДАЧА № 6

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

ВОПРОСЫ:

Ваш предварительный диагноз?

Какие методы обследования необходимы для постановки диагноза у этой больной?

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?

Какие ошибки допущены при ведении больной?

Какова тактика лечения?

Нуждается ли больная в диспансерном учете и в какой группе?

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

Характерное изменение в крови.

Почему у данной категории больных проба Манту чаще отрицательная?

Каков прогноз заболевания у данной больной?

Зав. кафедрой д.м.н.

Б.М. Малиев

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

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

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 7

Больной С. заболел 1 мес. назад когда внезапно повысилась температура тела до 39°C появился озноб кашель с мокротой иногда с примесью крови боли в правом боку одышка. Был госпитализирован с диагнозом двухсторонняя пневмония в терапевтическую клинику. Объективно: состояние тяжелое. Сознание сохранено. Пониженного питания. Кожа чистая влажная. Дыхание бронхиальное ослаблено разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон более выраженные справа. Органы желудочно-кишечного тракта без особенностей температура тела — 38,3°C.

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

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

ВОПРОСЫ:

Где должен лечиться больной?

Чем объяснить участки просветления на обзорной рентгенограмме?

Необходимы ли дополнительные рентгенологические методы обследования?

Предварительный диагноз?

Какие осложнения возможны?

Какое лечение необходимо назначить?

Каков прогноз заболевания у данного больного?

Зав. кафедрой д.м.н.

Б.М. Малиев

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

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

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 8

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

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

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

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

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

ВОПРОСЫ:

Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения диагноза?

Интерпретируйте общий анализ крови.

Назовите сходные заболевания при которых могут наблюдаться сходные изменения

Предположительный диагноз?

Назначьте лечение.

Зав. кафедрой д.м.н.

Б.М. Малиев

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

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

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 9

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

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

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

ВОПРОСЫ:

Интерпретируйте анализ крови.

О каком заболевании можно думать?

С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику

Назначьте наиболее эффективную комбинацию препаратов

Исходы и возможные осложнения данного заболевания.

Зав. кафедрой д.м.н.

Б.М. Малиев

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

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

КАФЕДРА 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 46×10^9 /л э–2% п–2% с–63% л–26% мон.–7%.

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

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

ВОПРОСЫ:

Какой должна быть тактика терапевта?

О каком заболевании с большей вероятностью необходимо думать?

Каким должно быть обследование для подтверждения диагноза?

С какими заболеваниями должен быть проведен дифференциальный диагноз?

Где должен лечиться больной?

Какие исходы этого заболевания могут быть?

Зав. кафедрой д.м.н.

Б.М. Малиев

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 1

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 2

Милиарный туберкулез легких саркоидоз легких карциноматоз легких двусторонняя очаговая пневмония.

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

Милиарный туберкулез легких БК (-).

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

верхушках по ходу сосудов множественные мелкие средней интенсивности очаги в правом корне мелкие единичные кальцинаты).

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

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

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

6. Наличие кальцинатов в корне; очаги средней интенсивности мелкие расположены вдоль сосудов.

7. В противотуберкулезный диспансер.

8. Отрицательная проба Манту у больной туберкулезом отражает резко выраженную иммунологическую недостаточность.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 3

1. Фибробронхоскопия УЗИ органов брюшной полости.

2. Саркоидоз внутригрудных лимфоузлов туберкулез внутригрудных лимфоузлов лимфогранулематоз лимфосаркома центральный рак.

3. Саркоидоз внутригрудных лимфоузлов активная фаза.

4. На основании жалоб (кашель с выделением скудного количества мокроты одышке при быстрой ходьбе) анамнезе (выявлена флюорографически при устройстве на работу) объективных данных (в легких везикулярное дыхание хрипов нет на коже голени — узловатая эритема) лабораторных данных (в пределах нормы отсутствие в мокроте опухолевых клеток и микобактерий) рентгенологического обследования ОГК (корни легких расширены бесструктурные за счет увеличенных лимфоузлов бронхопульмональной группы).

5. Малосимптомность течения заболевания наличие узловатой эритемы отсутствие изменений в гемограмме характерная рентгенологическая картина.

6. а) Для туберкулеза внутригрудных лимфоузлов характерно наличие признаков интоксикации изменения в гемограмме возможно обнаружение МБТ в мокроте (при

наличии бронходулярного свища) рентгенологически чаще определяется одностороннее поражение положительная проба Манту.

б) Для лимфогранулематоза характерен выраженный интоксикационный синдром зуд кожи увеличение также периферических лимфоузлов выраженные изменения в гемограмме (значительный лейкоцитоз лимфопения эозинофилия).

в) При лимфосаркоме отмечается типичная клиническая симптоматика (одышка интенсивная боль в грудной клетке истощение) лимфосаркома быстро прогрессирует в гемограмме — выраженная анемия лимфопения увеличение СОЭ).

г) Центральный рак легкого встречается чаще у мужчин чаще в пожилом возрасте поражение наиболее часто одностороннее при цитологическом исследовании мокроты обнаруживаются опухолевые клетки решающим в диагностике является фибробронхоскопия с биопсией опухоли.

7. В противотуберкулезном диспансере.

8. До получения результатов посева на чувствительность к антибактериальным препаратам необходимо назначить стандартный режим лечения: изониазид в дозе 10 мг на 1 кг веса.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 4

1. Экссудативный плеврит справа.

2. Правильно потому что жидкость из плевральной полости должна быть эвакуирована полностью с целью предотвращения нагноения и осумкования.

3. Экссудат так как количество белка плеврального содержимого более 50% от количества белка сыворотки крови.

4. ЭКГ фибробронхоскопия фиброгастроскопия УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

5. Между туберкулезным плевритом плевритом неспецифической этиологии мезотелиомой плевры метастатическим плевритом кардиогенным выпотом.

6. С наибольшей вероятностью можно думать об экссудативном плеврите справа туберкулезной этиологии в пользу данного диагноза говорит постепенное развитие заболевания характерные изменения в гемограмме лимфоцитарный цитоз плевральной жидкости гиперергическая проба Манту.

7. Консультация фтизиатра с последующим переводом больного для лечения в противотуберкулезный диспансер.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 5

1. Очаговый туберкулез С₂ правого легкого фаза инфильтрации. БК отр.

2. Рентгенологически округлая тень диаметром до 10–12 мм называется очагом.

3. Очаговый туберкулез в первую очередь дифференцируем с очаговой пневмонией.

4. Отсутствие микобактерий туберкулеза в мокроте не является основанием для исключения туберкулезного процесса.
5. Больной с активным туберкулезным процессом в легких должен состоять в I А группе диспансерного учета.
6. Три противотуберкулезных препарата в течение 6 месяцев.
7. Изониазид. Рифампицин. Стрептомицин.
8. При благоприятном течении заболевания и правильном лечении возможно рассасывание или уплотнение очага при неблагоприятном течении заболевания возможно прогрессирование процесса.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 6

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 7

1. В стационаре противотуберкулезного диспансера.
2. Наличием полостей распада.
3. Необходимо проведение томографического обследования.
4. Казеозная пневмония.
5. Кровотечение дыхательная сердечная недостаточность.

6.4 противотуберкулезных препарата 3–4 месяца: 2–3 препарата — в последующем. Общий курс непрерывного лечения не менее 15 года.

7. Прогноз: — развитие фиброзно-кавернозного туберкулеза
— цирротического туберкулеза
— больших остаточных изменений
— летальный исход

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 8

1. При постановке диагноза туберкулез необходимо провести клинический минимум обследования на туберкулез: жалобы анамнез объективные исследования общий анализ крови общий анализ мочи мокроту на БК бактериоскопическим методом обзорную рентгенографию грудной клетки пробы Манту с 2 ТЕ.
2. Умеренный лейкоцитоз палочкоядерный сдвиг лейкоформулы влево лимфопения умеренное увеличение СОЭ.
3. Казеозная пневмония крупозная пневмония центральный рак легкого осложненный ателектазом абсцедирующая пневмония.
4. Инfiltrативный туберкулез С₁С₂С₆ правого легкого.
5. Изониазид рифампицин стрептомицин.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 9

1. Снижение уровня гемоглобина лейкоцитоз сдвиг лейкоформулы влево моноцитоз увеличение СОЭ.
2. О милиарном туберкулезе с острым течением.
3. Саркоидоз мелкоочаговая двусторонняя пневмония карциноматоз коллагенозы.
4. Изониазид рифампицин стрептомицин
5. При своевременной диагностике и лечении возможно полное излечение. Частым осложнением является туберкулезный менингит. Возможен летальный исход.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 10

1. Терапевт должен направить больного на консультацию в противотуберкулезный диспансер.
2. С большей вероятностью необходимо думать об очаговом туберкулезе легких.
3. ОАК проба Манту обзорная рентгенография прицельная рентгенография легких томография легких исследование мокроты на БК.
4. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с такими заболеваниями: бронхит начальные формы рака легких.

5. Больной должен лечиться в стационаре противотуберкулезного диспансера.

Исходы очагового туберкулеза: рассасывание уплотнение прогрессирующее.

№ ОРД-ФТИЗ- 21

**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 **31.08.46 «Ревматология»** утвержденной
26.02.2021 г

по дисциплине **«Фтизиатрия»**
для ординаторов 1 года обучения
уровень подготовки: кадры высшей квалификации
по специальности 31.08.46 «Ревматология»

Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов (всего)	стр. с __ по __
1	2	3	4
Вид контроля	Текущий /Промежуточный		
1.	«Ревматология»	5	
2.	Общественное здоровье и здравоохранение	5	
3.	Педагогика	5	
4.	Патология (патологическая анатомия)	5	
5.	Патология (патологическая физиология)	5	
6.	Медицина чрезвычайных ситуаций	5	
7.	Клиническая биохимия	5	
8.	Клиническая фармакология	5	
9.	Физикальное обследование пациента	5	
10.	Экстренная медицинская помощь	5	
11.	Сердечно-легочная реанимация	5	
12.	Врачебные манипуляции в фтизиатрии	5	
13.	Информационные технологии в медицине	5	
14.	Дисциплины по выбору Б1.В.ДВ.1	5	
15.	Профессиональные заболевания легких	5	
16.	Туберкулез у пациентов с онкопатологией	5	
17.	Лабораторная диагностика	5	
18.	Дисциплины (модули) по выбору 2 (ДВ.2)	5	
19.	Туберкулез у пациентов с психическими заболеваниями,	5	

	ВИЧ-инфекцией, наркоманией		
20.	Физиотерапия	5	
21.	Саркоидоз	5	
22.	Туберкулез детей и подростков	5	

Раздел 1

001. 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

002. 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

003. 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 *

004. 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

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

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

Раздел 2

006. 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

007.Туберкулины - это

а)препараты, способные вызывать специфическую аллергическую реакцию кожи у инфицированных или вакцинированных

б)препараты, позволяющие выявить только инфицирование

в)специфичные аллергены

008.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

009.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

010.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

Раздел 3

011.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

012.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

013. 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

014. 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

015. 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

Раздел 4

016. 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

017. В лаважной жидкости больного туберкулезом преобладают

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

018. 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

019. Основным методом выявления раннего периода первичной туберкулезной инфекции является

- а) обследование детей по контакту
- б) туберкулинодиагностика
- в) выявление по обращаемости
- г) верно все перечисленное

020. Ведущим клиническим синдромом, характерным для первичного инфицирования, является
- а) лихорадка
 - б) синдром интоксикации
 - в) дефицит веса
 - г) параспецифические реакции
 - д) увеличение печени и селезенки

Раздел 5

021. Различают следующие основные периоды первичного инфицирования

- а) инкубационный
- б) латентного микробиоза
- в) преаллергический и аллергический
- г) бактериолимфии
- д) все перечисленное

022. Основным исходом первичного инфицирования является

- а) выздоровление
- б) развитие локальной формы туберкулеза
- в) латентный микробиоз
- г) формирование нестерильного иммунитета
- д) инфицирование

023. Ведущий путь проникновения возбудителя в организм ребенка при первичном инфицировании

- а) алиментарный
- б) аэрогенный
- в) трансплацентарный
- г) контактный

024. 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

025. При подозрении на туберкулезную интоксикацию необходимо

- а) выделить комплекс функциональных нарушений по системному принципу
- б) включить локальную форму туберкулеза при рентгеномографическом исследовании
- в) определить момент первичного инфицирования по динамике туберкулиновых проб
- г) исключить возможные причины интоксикации неспецифической природы
- д) все перечисленное

Раздел 6

026. 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

027. Диспансерное наблюдение детей с туберкулезной интоксикацией осуществляется

- а) по IIIб 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 IIIб группе

028. 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

029. 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

030. 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

Раздел 7

031. 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

032. 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

033. 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

034. 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

035. 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

Раздел 8

036. 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

037. 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

038. 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

039. 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

040. Основным методом выявления больных туберкулезом внутригрудных лимфоузлов является

а) флюорографическое обследование

б) рентгеномографическое обследование

в) клиническая картина заболевания

г) туберкулинодиагностика

д) все перечисленное

Раздел 9

041. 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

042. 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

043. 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)

044. 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

045. При лечении самый частый исход туберкулеза внутригрудных лимфоузлов - это

- а) рассасывание
- б) кальцинация и фиброз
- в) прогрессирование

Раздел 10

046. 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

047. 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

048. При лимфогранулематозе чаще увеличиваются

- а) лимфоузлы верхнего средостения
- б) бронхопульмональные лимфоузлы
- в) медиастинальные лимфоузлы
- г) все перечисленные

049. Для лимфогранулематоза характерны следующие клинические симптомы

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

050. 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

Раздел 11

051. 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

052. 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

053. 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

054. 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

055. 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

Раздел 12

056. 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

057. 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)

058. 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

059. Для хронически текущего первичного туберкулеза характерно

а) склонность 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

060. 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

Раздел 13

061. Различают следующие патогенетические формы пневмосклероза при туберкулезе у детей
- а) лимфогенный
 - б) постателектатический
 - в) гематогенный
 - г) плеврогенный
 - д) все перечисленные
062. 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) гиперсенсibiliзацию организма, в частности, гиперергическую настроенность эндотелия сосудов
 - д) все перечисленное
063. 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
064. Критерии активности специфического процесса базируются
- а) на клинических признаках заболевания
 - б) на изменениях при рентгеномографических исследованиях
 - в) лабораторных и биологических критериях
 - г) всем перечисленным
065. 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

Раздел 14

066. 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
067. 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

068. 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

069. 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

070. 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

Раздел 15

071. 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

072. 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

073. Осложненное течение первичного туберкулеза чаще встречается

- а) у детей раннего возраста
- б) у детей 6-7 лет
- в) у детей препубертатного возраста и подростков

074. 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

075. 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

Раздел 16

076. 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

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

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

078. О распространенности туберкулеза свидетельствуют такие показатели

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

079. 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

080. 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

Раздел 17

081. 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 выявленных больных
- д) выполнения плана обследования

082. 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, выделяющий микобактерии туберкулеза не менее 2 раз
- в) больной туберкулезом, выделяющий микобактерии всеми лабораторными методами исследования
- г) все перечисленные варианты

084. Показатель абациллирования контингентов - это

- а) число абациллированных 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 бациллярного учета

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

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

Раздел 18

086. 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

087. Эпителиоидно- и гигантоклеточная гранулема с клетками Ланхганса наблюдается

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

088. Туберкулезный бугорок представляет собой

- а) гранулему, состоящую из скопления лимфоидных, эпителиоидных клеток с включением гигантских клеток Ланхганса, 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

089.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

090.Под очагом туберкулезной инфекции следует понимать

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

Раздел 19

091.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

092.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

093.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

094.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

095.Для предупреждения распространения туберкулеза следует проводить все перечисленные виды дезинфекции, кроме

- а)текущей
- б)заключительной
- в)постоянной

Раздел 22

096.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

097. 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

098. Риск заболевания туберкулезом наиболее высок при наличии контактов:

- А) случайных
- Б) внутриквартирных
- В) производственных
- Г) внутрибольничных
- Д) внутрисемейных

099. 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

Раздел 22

101. 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 выявленных больных
- д) выполнения плана обследования

102. 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

103. 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

104.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 бациллярного учета

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

а)лимфоидных клеток

б)нейтрофильных клеток

в)эпителиоидных клеток с включением гигантских типа Ланхганса

г)эпителиоидных с включением гигантских клеток типа Ланхганса

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. 101д, 102г, 103г, 104а, 105г.