

№ ЛД-21

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

Кафедра фтизиопульмонологии

УТВЕРЖДЕНО
протоколом заседания
Центрального координационного
учебно-методического совета
02.04.2024 протокол №4

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине _____ Фтизиатрия _____

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы
специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело,
утвержденной 17.04.2024 г.

для студентов _____ 6 _____ курса _____

по специальности _____ 31.05.01 Лечебное дело _____

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
01. 04. 2024г., (протокол № 8)

Зав. кафедрой, доцент



О.З.Басиева

г. Владикавказ 2024 г

СТРУКТУРА ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

1. Титульный лист
2. Структура оценочных материалов
3. Рецензии на оценочные материалы
4. Паспорт оценочных материалов
5. Комплект оценочных материалов:
 - входной контроль
 - вопросы к модулю
 - вопросы к экзамену
 - банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр
 - эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением)
 - экзаменационные билеты/билеты к зачету

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**РЕЦЕНЗИЯ
на оценочные материалы**

**по дисциплине по Фтизиатрии
для студентов 6 курса лечебного факультета
по специальности 31.05.01 Лечебное дело.**

Оценочные материалы составлены на кафедре фтизиатрии на основании рабочей программы учебной дисциплины и соответствуют требованиям ФГОС ВО по специальности 31.05.01 «Лечебное дело».

Оценочные материалы включает в себя:

- вопросы к модулю,
- вопросы к экзамену,
- банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр,
- эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),
- экзаменационные билеты /билеты к зачету

Банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр включают в себя сами задания и шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины «Фтизиатрия»

формируемым при ее изучении компетенциям, и охватывают все её разделы. Банк содержит ответы ко всем ситуационным задачам/практическим заданиям/деловым играм.

Эталонные тестовые задания включают в себя следующие элементы: тестовые задания, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины «Фтизиатрия» формируемым при ее изучении компетенциям, и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Эталонные содержат ответы ко всем тестовым заданиям.

Количество экзаменационных билетов достаточно для проведения экзамена и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена в течение одного дня. Экзаменационные билеты/билеты к зачету выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Экзаменационный билет/билет к зачету включает в себя 3 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен/зачет. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам рабочей программы дисциплины, позволяющее более полно охватить материал дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач (анализы, рецепты, рентгенограммы, электрокардиограммы и т.д.)/ практических заданий/ деловых игр. Ситуационные задачи/практические задания/деловые игры дают возможность объективно оценить уровень усвоения обучающимся теоретического материала при текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации. Сложность вопросов в экзаменационных билетах/билетах к зачету распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом, оценочные материалы по дисциплине «Фтизиатрия»

способствует качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и

профессиональными компетенциями.

Рецензируемый оценочные материалы по дисциплине «Фтизиатрия» может быть рекомендован к использованию для промежуточной аттестации на лечебном факультете у обучающихся студентов 6 курса.

Рецензент:

Председатель ЦУМК
естественно-научных и математических дисциплин
с подкомиссией экспертизы оценочных материалов,
доцент кафедры химии и физики

Боцьева Н.И.



VERNO: специалист по кадрам отдела кадров и документооборота
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Боцьева Н.И.

" " 20 ____ г.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**РЕЦЕНЗИЯ
на оценочные материалы**

**по дисциплине по Фтизиатрии
для студентов 6 курса лечебного факультета
по специальности 31.05.01 Лечебное дело.**

Оценочные материалы составлены на кафедре фтизиатрии на основании рабочей программы учебной дисциплины и соответствуют требованиям ФГОС ВО по специальности 31.05.01 «Лечебное дело».

Оценочные материалы включает в себя:

- вопросы к модулю,
- вопросы к экзамену,
- банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр,
- эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),
- экзаменационные билеты /билеты к зачету

Банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр включают в себя сами задания и шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины «Фтизиатрия»

формируемым при ее изучении компетенциям, и охватывают все её разделы. Банк содержит ответы ко всем ситуационным задачам/практическим заданиям/деловым играм.

Эталонные тестовых заданий включают в себя следующие элементы: тестовые задания, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины «Фтизиатрия» формируемым при ее изучении компетенциям, и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Эталонные содержат ответы ко всем тестовым заданиям.

Количество экзаменационных билетов достаточно для проведения экзамена и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена в течение одного дня. Экзаменационные билеты/билеты к зачету выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Экзаменационный билет/билет к зачету включает в себя 3 вопросов. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен/зачет. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам рабочей программы дисциплины, позволяющее более полно охватить материал дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач (анализы, рецепты, рентгенограммы, электрокардиограммы и т.д.)/ практических заданий/ деловых игр. Ситуационные задачи/практические задания/деловые игры дают возможность объективно оценить уровень усвоения обучающимся теоретического материала при текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации. Сложность вопросов в экзаменационных билетах/билетах к зачету распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом, оценочные материалы по дисциплине «Фтизиатрия» способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и

профессиональными компетенциями.

Рецензируемый оценочные материалы по дисциплине «Фтизиатрия» может быть рекомендован к использованию для промежуточной аттестации на лечебном факультете у обучающихся студентов 6 курса.

Рецензент:

главный врач
ГБУЗ РКЦФП МЗ РСО-АЛАНИЯ
К.М.Н



Кобесов Н.В

*Кобесов Н.В. Кобесов
главный врач
ГБУЗ РКЦФП МЗ РСО-АЛАНИЯ
Метелко Е.С.*



**Паспорт оценочных материалов по дисциплине
«Фтизиатрия»**

№п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины / модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	5
Вид контроля	Текущий /Промежуточный		
1.	<p>Входной тестовый контроль.</p> <p>1.Теоретические основы фтизиатрии.</p> <p>2. Методы диагностики туберкулеза.</p> <p>3.Туберкулез органов дыхания у взрослых.</p> <p>4.Туберкулез в сочетании с другими заболеваниями.</p> <p>4.Лечение больных туберкулезом</p> <p>5.Основные организации противотуберкулезной помощи.</p> <p>6.Внелегочный туберкулез</p>	ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5 ОПК-7	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к экзамену, банк ситуационных задач, экзаменационные билеты.
2.	<p>1.Теоретические основы фтизиатрии.</p> <p>2. Методы диагностики туберкулеза.</p> <p>3.Туберкулез органов дыхания у взрослых.</p> <p>4.Туберкулез в сочетании с другими заболеваниями.</p> <p>4.Лечение больных туберкулезом</p> <p>5.Основные организации противотуберкулезной помощи.</p> <p>6.Внелегочный туберкулез</p>	ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5 ОПК-7	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к экзамену, банк ситуационных задач, экзаменационные билеты.
3.	<p>1.Теоретические основы фтизиатрии.</p> <p>2. Методы диагностики туберкулеза.</p> <p>3.Туберкулез органов дыхания у взрослых.</p> <p>4.Туберкулез в сочетании с другими заболеваниями.</p> <p>4.Лечение</p>	ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5 ОПК-7	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к экзамену, банк ситуационных задач, экзаменационные билеты.

	<p>больных туберкулезом</p> <p>5.Основные организации противотуберкулезной помощи.</p> <p>6.Внелегочный туберкулез</p>		
4.	<p>1.Теоретические основы фтизиатрии.</p> <p>2. Методы диагностики туберкулеза.</p> <p>3.Туберкулез органов дыхания у взрослых.</p> <p>4.Туберкулез в сочетании с другими заболеваниями.</p> <p>4.Лечение больных туберкулезом</p> <p>5.Основные организации противотуберкулезной помощи.</p> <p>6.Внелегочный туберкулез</p>	<p>ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5 ОПК-7</p>	<p>тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к экзамену, банк ситуационных задач, экзаменационные билеты.</p>

Вопросы к модулю

Вопросы к модулю №1

1. Теоретические основы фтизиатрии.
2. Этиология, Патогенез, Патоморфология и иммунология туберкулёза.
3. Выявление и диагностика туберкулёза органов дыхания.
4. Первичный туберкулёз: ранний период первичной туберкулезной инфекцией.
5. Первичный туберкулезный комплекс
6. Туберкулез внутригрудных лимфоузлов.
7. Милиарный туберкулез. Клиника, диагностика.
8. Подострый диссеминированный туберкулез легких. Клиника, диагностика.
9. Хронический диссеминированный туберкулез легких. Клиника, диагностика.
10. Дифференциальная диагностика диссеминированного туберкулёза.
11. Туберкулиндиагностика. Проба Манту, методика проведения пробы.
12. Противопоказания для постановки пробы Манту.
13. Кавернозный туберкулез. Клиника, диагностика.
14. Фиброзно- кавернозный туберкулез легких. Клиника, диагностика.
15. Туберкулезный плеврит.

Вопросы к модулю № 2

1. Специфическая профилактика туберкулеза: вакцинация, ревакцинация.
2. Показания и противопоказания вакцинации и ревакцинации.
3. Санитарная профилактика туберкулеза.
4. Рентгенологическое обследование детей и подростков.
5. Особенности туберкулеза у детей раннего возраста.
6. Особенности туберкулеза у подростков.
7. Осложнения туберкулеза органов дыхания у детей и подростков.
8. Лечение туберкулеза у детей и подростков.
9. Внелегочные формы туберкулеза у детей и подростков.
10. Диспансерное наблюдение детей, относящихся к группам риска по туберкулезу.
11. Работа врача -педиатра с группами риска детей, угрожаемых по развитию туберкулеза.
12. Дифференциальная диагностика осложнённых форм первичного туберкулеза у детей и подростков.
13. Профилактика туберкулеза у детей и подростков.
14. Туберкулез и материнство.
15. Влияние беременности и родов на развитие и течение туберкулеза.

Экзаменационные вопросы

1. Основные эпидемиологические показатели туберкулёза: инфицированность, заболеваемость, болезненность, смертность.
2. Организация борьбы с туберкулезом в Российской Федерации. История развития фтизиатрической службы.
3. Возбудитель туберкулёза и его свойства. Атипичные формы микобактерий.
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. Диаскинтест. 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. Внелёгочный 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
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра фтизиопульмонологии
Факультет лечебный
Дисциплина фтизиатрия

Курс 6

Ситуационная задача № 1

Ребенок 9 лет, учащийся СШ, направлен в детский кабинет областного клинического противотуберкулезного диспансера в связи с подозрением на заболевание туберкулезом после проведенной туберкулинодиагностики. Из анамнеза - контакт с пациентами туберкулезом не отмечает, в детстве перенес ветрянку, отмечает редкие простудные заболевания. Жалоб не предъявляет.

Объективно: кожные покровы чистые. Со стороны внутренних органов без особенностей. Периферические лимфоузлы не увеличены. Анализы крови, мочи в норме.

Рентгенограмма органов грудной клетки - норма. Вакцинирован в роддоме (один поствакцинальный рубчик). Проба Манту с 2ТЕ ППД- Л: в возрасте 1 года - папула 11, 2 лет - 10 мм, 3 лет - 5 мм, 4-8 лет - 8 мм, 9 лет - папула с везикулой 15 мм.

Врачебная тактика. Группа диспансерного учета.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

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

Кафедра фтизиопульмонологии
Факультет лечебный
Дисциплина фтизиатрия

Курс 6

Ситуационная задача № 2

У ребенка 6 лет проба Манту с 2ТЕ 1П1Д-Л - 10 мм папула.
В 1 год проба Манту была папула 10 мм, в 2 года - папула 8 мм, в 3,4,5 лет - отрицательная.
Ребенок обследован, патологии не выявлено.

Ваша тактика.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

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

Кафедра фтизиопульмонологии
Факультет лечебный
Дисциплина фтизиатрия

Курс 6

Ситуационная задача № 3

Пациент 48 лет в прошлом перенес туберкулез легких и снят с учета по выздоровлению.

При профилактическом обследовании рентгенологически выявлены изменения: во 2 сегменте правого легкого тонкостенная кольцевидная тень 3*2 см в диаметре с четкими внутренними и наружными контурами. В окружающей легочной ткани единичные очаги слабой интенсивности без четких контуров, в верхушечном сегменте 2 плотных очага с четкими контурами до 0,5 см. В мокроте обнаружены МБТ.

Гемограмма: СОЭ - 29 мм/час, л - $6,0 \cdot 10^9$ /л, п-я нейтроф. - 4%, лимф. - 34%.

Поставьте диагноз.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

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

Кафедра фтизиопульмонологии
Факультет лечебный
Дисциплина фтизиатрия

Курс 6

Ситуационная задача № 4

У пациента 43 лет шесть лет назад был диагностирован инфильтративный туберкулез 1,2 сегментов правого легкого в фазе распада, БК+. Лечился стационарно, неоднократно нарушал режим лечения, препараты принимал нерегулярно. Страдает хроническим алкоголизмом.

Объективно: пониженного питания. Температура тела субфебрильная. Определяется западение и отставание в акте дыхания правой половины грудной клетки. Частота дыхания - 28 в мин. В легких аускультативно над всеми отделами, но больше над правым легким множество влажных разнокалиберных и сухих хрипов. Тоны сердца глухие, тахикардия.

Рентгенограмма: правое легкое уменьшено в объеме за счет выраженных фиброзных изменений в верхнесредних отделах, в области верхней доли определяется каверна бобовидной формы. В нижележащих отделах правого легкого и по всем легочным полям левого легкого определяются очаги бронхогенной диссеминации. Органы средостения смещены вправо.

Гемограмма: СОЭ - 54 мм/час, л - 8,8-10⁹/л, п-я нейтроф. - 12%, лимф. - 14%. БК в мокроте обнаружены бактериоскопически и методом посева. Культура МБТ устойчива к стрептомицину, рифампицину.

Диагноз. Укажите вид лекарственной устойчивости.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

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

Кафедра фтизиопульмонологии
Факультет лечебный
Дисциплина фтизиатрия

Курс 6

Ситуационная задача № 5

У тракториста 34 лет 2 месяца назад отмечается ухудшение общего состояния, умеренная общая слабость к концу рабочего дня, потливость в ночное время. Указанные явления связывал с переутомлением на работе. На здоровье мало обращал внимания, по вечерам нередко употреблял алкоголь. В дальнейшем общая слабость стала более выраженной, появились постоянный кашель с умеренным количеством мокроты, субфебрильная, а затем и фебрильная температура тела до 38,2°С - 38,7°С. По вечерам лечился аспирином, народными средствами с временным улучшением до тех пор, пока не появилось обильное кровохарканье.

При рентгенологическом обследовании в районной поликлинике в обоих легких по всем легочным полям, преимущественно в верхних зонах, обнаружено множество очаговых и инфильтративных теней местами сливного характера невысокой интенсивности с нечеткими контурами. В верхних долях обоих легких контурировались несколько тонкостенных кольцевидных теней. Корни малоструктурны, размеры легочных полостей и средостения без особенностей. На флюорограмме выполненной год назад патологии в легких не определялось.

Гемограмма: СОЭ - 42 мм/час, л - 9,2-109/л. Проба Манту с 2ТЕ Ш1Д-Л - папула 12 мм. В мокроте бактериоскопически обнаружены БК в большом количестве.

Поставьте диагноз.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

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

Кафедра фтизиопульмонологии
Факультет лечебный
Дисциплина фтизиатрия

Курс 6

Ситуационная задача № 6

У пациента 54 лет внезапно среди полного здоровья на фоне приступообразного кашля появилась боль в левой половине грудной клетки, которая усиливалась при глубоком вдохе. Дыхание стало поверхностным, постепенно нарастала одышка, болевые ощущения усиливались. Прием валидола и нитроглицерина под язык положительного эффекта не оказали.

При осмотре отмечено отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, с этой же стороны аускультативно дыхание резко ослаблено.

Рентгенограмма: прозрачность правого и левого легкого неодинакова. Левое легочное поле наполовину разделено слабозаметной вертикальной линией, идущей от купола диафрагмы и теряющейся в верхней части. В медиальной зоне левого легочного поля отмечается сгущение легочного рисунка, а в латеральной зоне легочный рисунок отсутствует, здесь же резко усилена прозрачность. Средостение смещено в правую сторону. В правом легком резко усилен легочный рисунок на всем протяжении легочного поля. Томографически на 6 см в верхних отделах в медиальной зоне левого легкого определяется тонкостенная деформированная полость. В промывных водах бронхов бактериоскопически обнаружены единичные микобактерии.

Поставьте диагноз. Группа диспансерного учета. Лечение.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

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

Кафедра фтизиопульмонологии
Факультет лечебный
Дисциплина фтизиатрия

Курс 6

Ситуационная задача № 7

Юноша 17 лет, учащийся 10 класса, состоит на учете в 4 группе диспансерного учета (контакт с отцом, страдающим туберкулезом). При очередном обследовании выявлены патологические изменения на рентгенограмме. Жалоб не предъявляет. Месяц назад перенес грипп.

Объективно: кожные покровы чистые, периферические лимфоузлы не увеличены. На левом плече имеется один поствакцинальный рубчик. Легкие, сердце - без особенностей. Анализы крови и мочи в норме. БК в мокроте не обнаружены бактериоскопически и трижды методом посева. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л: в возрасте 1 года - папула 6 мм, 2-16 лет - отрицательная, 17 лет - папула 15 мм.

Рентгенограмма: справа в 3 сегменте определяется группа очагов средней интенсивности сливного характера с тяжистостью к корню. Корень расширен, наружный контур выпуклый.

Диагноз. Группа диспансерного учета. Стандартная схема химиотерапия.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

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

Кафедра фтизиопульмонологии
Факультет лечебный
Дисциплина фтизиатрия

Курс 6

Ситуационная задача № 8

Ребенок 7 лет направлен в детский кабинет тубдиспансера с жалобами на появление припухлости в области средней трети левого плеча, наличие свища с выделением небольшого количество гноя. Из анамнеза установлено, что четыре месяца назад проводилась ревакцинация БЦЖ.

Объективно: развитие ребенка соответствует возрасту. Со стороны внутренних органов без особенностей. Анализы крови, мочи в норме. На границе верхней и средней трети левого плеча припухлость 2*2,5 см со свищом в центре и наличием небольшого количества гноя, безболезненная. Кожа вокруг свища не изменена.

Диагноз. Группа диспансерного учет. Лечебные мероприятия.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

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

Кафедра фтизиопульмонологии
Факультет лечебный
Дисциплина фтизиатрия

Курс 6

Ситуационная задача № 9

Пациентка 70 лет, пенсионерка. Обратилась в поликлинику с жалобами на приступообразный кашель, слабость, похудание.

Физикально: в межлопаточной области слева выслушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Печень и селезенка не увеличены. На ЭКГ - умеренные диффузные изменения миокарда. АД 140/90 мм рт.ст.

Анализ крови: л - $9,5 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 26 мм/час. В мокроте обнаружены МБТ.

Рентгенограмма: в 6 сегменте левого легкого определяется фокус 5*4 см в диаметре без четких контуров с полостью распада в центре и воспалительной «дорожкой» к корню легкого.

Поставьте диагноз. Группа диспансерного учета.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

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

Кафедра фтизиопульмонологии
Факультет лечебный
Дисциплина фтизиатрия

Курс 6

Ситуационная задача № 10

Ребенок 4 месяцев, в роддоме не вакцинирован из-за недоношенности. В настоящее время вес соответствует возрасту, здоров.

Врачебная тактика.

Зав. кафедрой, доцент

О.З.Басиева

Кейс 1

Больная, 52 лет, жалобы на непродуктивный кашель, одышку при умеренной физической нагрузке, быструю утомляемость.

Курение, профессиональные вредности отрицает. Хронические бронхолегочные заболевания отрицает. В течение 6 месяцев отмечает вышеописанные жалобы. Обратилась за медицинской помощью.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Температура тела 36.4°C. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 78 в мин. АД - 130/80 мм рт. ст. SpO₂

– 98% на дыхании атмосферным воздухом. Дыхание везикулярное, равномерно ослабленное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Общий анализ крови: показатели в пределах референсных значений. Общий анализ мочи: показатели в пределах референсных значений.

Биохимический анализ крови: показатели в пределах референсных значений.

ЭКГ: ритм синусовый. Горизонтальная ЭОС.

Рентгенография органов грудной клетки: внутригрудная лимфаденопатия.

Вопрос:

1. План необходимых дополнительных обследований для постановки диагноза (множественный выбор)

- 1.1. компьютерная томография органов грудной клетки
- 1.2. УЗИ плевральных полостей
- 1.3. спирометрия
- 1.4. УЗИ вен нижних конечностей
- 1.5. тредмил-тест

2. Для заключения по данным спирометрии необходимо оценить следующие основные показатели (множественный выбор)

- 2.1. ОФВ1 (FEV1)
- 2.2. ФЖЕЛ (FVC)
- 2.3. ОФВ1/ФЖЕЛ (FEV1/ FVC)
- 2.4. ООЛ (RV)
- 2.5. DLco

3. Заключение по представленным показателям спирометрии следующее



- 3.1. нарушение вентиляции по рестриктивному типу
- 3.2. нарушение вентиляции по обструктивному типу
- 3.3. нарушение вентиляции по смешанному типу
- 3.4. нарушений вентиляции не выявлено

Кейс 2

Больная 18 лет обратилась к аллергологу с жалобами на сезонные (апрель-май) зуд век, слезотечение, гиперемия конъюнктивы, ощущение «инородного тела в глазах», светобоязнь и отек век.

Из анамнеза: вышеперечисленные жалобы беспокоят сезонно в течение 5 лет. Ухудшение состояния в солнечную ветреную погоду. В течение последних двух лет пищевая аллергия к персикам, абрикосам с клиникой орального синдрома. В настоящее время ремиссия заболевания.

Вопрос:

1. Наиболее вероятный диагноз:
 - А. Сезонный аллергический конъюнктивит, вызванный аллергией к пыльце деревьев
 - Б. Сезонный аллергический конъюнктивит, вызванный аллергией к непатогенным плесневым грибам
 - В. Контактный аллергический конъюнктивит
 - Г. Весенний кератоконъюнктивит
 - Д. Вирусный конъюнктивит
2. Для подтверждения диагноза необходимо провести дополнительные обследования:
 - А. Общеклинический анализ крови
 - Б. Кожные пробы с аллергенами
 - В. Провокационный конъюнктивальный тест с аллергенами
 - Г. Определение общего и специфических IgE
 - Д. Биохимический анализ крови

№ ЛД-21

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

Кафедра фтизиопульмонологии

Эталоны тестовых заданий

по дисциплине _____ фтизиатрии _____

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело утвержденной
17.04.2024 г.

для студентов лечебного факультета 6 курса _____

по специальности 31.05.01 лечебное дело _____

г. Владикавказ, 2024 год

Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Кол ичество тестов (всего)	стр. с __ по __
1	2	3	4	5
Вид контроля	Текущий контроль успеваемости/Промежуточная аттестация			
1.	Входной контроль уровня подготовки обучающихся	ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5 ОПК-7	10	28-42
2.	Теоретические основы фтизиатрии.	ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5 ОПК-7	10	28-42
3.	Методы диагностики туберкулеза.	ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5 ОПК-7	10	28-42
4.	Туберкулез органов дыхания у взрослых.	ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5 ОПК-7	10	28-42
5.	Туберкулез в сочетании с другими заболеваниями.	ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5 ОПК-7	10	28-42
6.	Лечение больных туберкулезом	ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5 ОПК-7	10	28-42
7.	Основные организации противотуберкулезной помощи.	ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5 ОПК-7	10	28-42
8.	Внелегочный туберкулез	ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5 ОПК-7	10	28-42

Входной контроль уровня подготовки обучающихся

Самым чувствительным методом обнаружения микобактерий туберкулеза в мокроте является:

- A. Бактериоскопия с окраской по Цилю-Нильсену
- B. Люминесцентная бактериоскопия
- C. Биологический метод
- D. Посев на среду Левенштейна-Йенсена
- E. Серологический метод

Чаще всего источником заражения человека МБТ могут явиться:

- A. Крупный и мелкий рогатый скот
- B. Насекомые
- C. Рыбы
- D. Земноводные
- E. Мыши

Противотуберкулезный иммунитет определяется всеми перечисленными факторами, кроме:

- A. Фагоцитоза
- B. Повышенной чувствительности замедленного типа
- C. Повышенной чувствительности немедленного типа
- D. Иммунологической памяти
- E. Киллерного эффекта

Для формирования противотуберкулезного иммунитета особое значение имеет:

- A. Взаимодействие макрофагов и Т-лимфоцитов
- B. Взаимодействие макрофагов и В-лимфоцитов
- C. Повышенная чувствительность немедленного типа к МБТ
- D. Образование нейтрализующих антител к МБТ
- E. Мукоцилиарный клиренс

Непатогенными для человека являются микобактерии:

- A. Человеческого вида
- B. Птичьего вида
- C. Мышиного вида
- D. Бычьего вида
- E. Птичьего и мышиного вида

Эпителиоидно- и гигантоклеточная гранулема с клетками Пирогова-Лангханса наблюдается:

- A. Только при туберкулезе
- B. При туберкулезе и саркоидозе
- C. При туберкулезе и раке
- D. При туберкулезе и лимфогранулематозе
- E. Только при саркоидозе

Возбудитель туберкулеза относится к:

- A. Простейшим
- B. Грибам
- C. Микобактериям
- D. Вирусам
- E. Условно-патогенной флоре

Наибольшей разрешающей способностью для обнаружения МБТ в практической

медицине является метод:

- A. Простой микроскопии с окраской мазка по методу Циля-Нильсена
- B. Метод люминесцентной микроскопии
- C. Бактериологический метод
- D. ПЦР диагностика
- E. Метод иммуноферментного анализа

Проникновение возбудителя туберкулеза в организм человека может произойти:

- A. По воздухоносным путям
- B. Через желудочно-кишечный тракт
- C. Трансплацентарно
- D. Контактным путем
- E. Все ответы верны

Туберкулезный бугорок представляет собой:

- A. Гранулема, состоящую из скопления лимфоидных, эпителиоидных клеток с включением гигантских клеток Лангганса и участки казеозного некроза
- B. Гранулема, состоящую из скопления лимфоидных, эпителиоидных клеток
- C. Инфильтрат, состоящий из скопления нейтрофилов, лимфоидных, эпителиоидных клеток с зонами некроза и включением гигантских клеток Лангганса
- D. Участок продуктивного воспаления, состоящий из скопления лимфоидных, эпителиоидных клеток
- E. Гранулема, состоящую из скопления лимфоидных, эпителиоидных клеток с включением гигантских клеток Лангганса

Рентгенологически очаговая тень в легких определяется как:

- A. Любое тенеобразование диаметром до 1,5 см
- B. Тень в легком, являющаяся отображением воспалительного процесса, в пределах доли легкого
- C. Тень долевой протяженности
- D. Тень опухолевого образования до 2 см
- E. Тенеобразование диаметром 3 см и более

В верхнезаднем отделе верхней доли левого легкого расположены:

- A. 1 сегмент
- B. 2 сегмент
- C. 1-2 сегменты
- D. 2-3 сегменты
- E. 3-4 сегменты

В верхнем отделе нижней доли легкого располагается:

- A. 9 сегмент
- B. 7 сегмент
- C. 8 сегмент
- D. 6 сегмент
- E. 10 сегмент

При рентгеноанатомическом анализе обзорной рентгенограммы органов грудной клетки в прямой проекции можно изучить:

- A. Состояние мягких тканей и костного скелета
- B. Состояние плевры
- C. Состояние корней легких и легочного рисунка
- D. Состояние средостения, диафрагмы, костно-диафрагмальных синусов
- E. Все перечисленное

При рентгенологическом исследовании полиморфизм очаговых теней в легких характеризуется:

- A. Разной величиной
- B. Особенностью их контура
- C. Различной локализацией
- D. Различной формой
- E. Различной интенсивностью

При оценке качества обзорной рентгенограммы органов грудной клетки установка считается правильной, если:

- A. Медиальные отрезки ключиц отстоят на одинаковом расстоянии от остистых отростков позвонков
- B. Медиальные отрезки ключиц отстоят на одинаковом расстоянии от позвоночника
- C. Остистые отростки позвонков делят грудную клетку на две симметричные половины
- D. Лопатки выведены за пределы грудной клетки
- E. Все ответы верны

При оценке фазы дыхания, в которой выполнена прямая обзорная рентгенограмма органов грудной клетки следует учитывать:

- A. Высоту положения правого купола диафрагмы
- B. Высоту положения левого купола диафрагмы
- C. Положение обоих куполов диафрагмы
- D. Степень прозрачности легочных полей
- E. Все ответы верны

При оценке технического качества обзорной рентгенограммы органов грудной клетки степень жесткости считается стандартной, если:

- A. Четко видны тела 2-х верхних грудных позвонков
- B. Четко видны тела 3-4-х верхних грудных позвонков
- C. Монолитный позвоночный столб намечается на фоне тени средостения
- D. Четко видны тела 5-6 грудных позвонков
- E. Четко виден весь позвоночный столб

Томография с назначением среза через корни легких и средостение в прямой проекции позволяет получить информацию:

- A. О состоянии внутригрудных лимфоузлов
- B. О состоянии просвета трахеи
- C. О состоянии просвета крупных бронхов
- D. О состоянии крупных сосудов, сердца
- E. Все ответы верны

Боковая рентгенограмма грудной клетки позволяет получить дополнительную информацию:

- A. О состоянии отделов грудной клетки, не получивших отображения в прямой проекции
- B. О локализации патологического процесса относительно долей и сегментов легких
- C. О распространенности патологического процесса в легких
- D. О локализации патологического процесса относительно позвоночного столба
- E. Все перечисленное верно

Теоретические основы фтизиатрии.

1. Туберкулезный горб обнаружен у человека, который жил во времена:

- 1) первобытно-общинного строя;
 - 2) каменного века;
 - 3) бронзового века;
 - 4) медного века;
 - 5) средневековья.
2. Термин «туберкулез» был введен в медицину:

- 1) Я. Сильвиусом;
- 2) Р. Мортонном;
- 3) Р. Лаэннеком и Шенлейном;
- 4) Гиппократом;
- 5) Ю. Конгеймом и Б. Вильменом.

3. Одним из первых инфекционную природу туберкулеза предположил:

- 1) Гален;
- 2) Авиценна;
- 3) Гиппократ;
- 4) Р. Кох;
- 5) Б. Вильмен.

4. Инфекционная природа туберкулеза была научно доказана:

- 1) Б. Вильменом;
- 2) Р. Мортонном;
- 3) Ю. Конгеймом;
- 4) Р. Кохом;
- 5) Я. Сильвиусом.

5. Среди факторов, способствующих развитию туберкулеза, Кох особенно подчеркивал роль:

- 1) венерических заболеваний;
- 2) ВИЧ-инфекции;
- 3) применения гормональных препаратов;
- 4) социального неблагополучия;
- 5) табакокурения.

6. В процессе работы с культурой микобактерий туберкулеза (МБТ) Кохом был создан:

- 1) стрептомицин;
- 2) туберкулин;
- 3) кахектин;
- 4) корд-фактор МБТ;
- 5) фрагмент 16S рРНК.

7. Принципиальная возможность использования туберкулина для обнаружения присутствия МБТ в организме человека была доказана:

- 1) Ш. Манту;
- 2) К. Пирке;
- 3) С. Эрлихом;
- 4) А. Гоном;
- 5) Р. Кохом.

8. Принципиальные изменения в представлениях о патогенезе туберкулеза были внесены:

- 1) Н. Аничковым;
- 2) Ф. Цилем и Ф. Нельсенном;

- 3) А. Абрикосовым;
- 4) Ф. Менделем;
- 5) И. Давыдовским.
9. Внутрикожная туберкулиновая проба разработана:
 - 1) К. Пирке;
 - 2) Ш. Манту и Ф. Менделем;
 - 3) Р. Кохом;
 - 4) Ф. Цилем и Ф. Нельсеном;
 - 5) А. Кальметом и К. Гереном.
10. Противотуберкулезная вакцина была создана и апробирована:
 - 1) А. Кальметом и К. Гереном 1921 г. во Франции;
 - 2) Ш. Манту и Ф. Менделем в 1910 г. в Швейцарии;
 - 3) Р. Кохом в 1989 г. в Германии;
 - 4) Ф. Цилем и Ф. Нельсеном в 1982-1984 г. в Швеции;
 - 5) В. Рентгеном в 1895 г. в Германии.

Методы диагностики туберкулеза.

1. Расспрос и физикальные методы исследования позволяют:
 - 1) заподозрить туберкулез;
 - 2) исключить туберкулез;
 - 3) верифицировать диагноз туберкулеза;
 - 4) установить массивность бактериовыделения;
 - 5) исключить возможность сочетания туберкулеза с ВИЧ-инфекцией.
2. Более ранним признаком туберкулеза является:
 - 1) одышка;
 - 2) кашель с мокротой;
 - 3) кровохарканье;
 - 4) боль в грудной клетке при дыхании;
 - 5) повышение температуры тела до 37-37,4 °С 2-3 раза в неделю.
3. Пальпацию грудной клетки проводят для определения:
 - 1) ритма дыхания;
 - 2) нижних границ легких;
 - 3) подвижности нижних краев легких;
 - 4) характера дыхания;
 - 5) голосового дрожания.
4. У больных с начальными проявлениями туберкулеза легких при осмотре обычно отмечают:
 - 1) дистрофические изменения кожи;
 - 2) расширенные межреберные промежутки;
 - 3) крыловидные лопатки;
 - 4) отсутствие каких-либо видимых патологических изменений;
 - 5) дефицит массы тела.
5. ПеркуSSION легкиx проводят для определения:
 - 1) ритма дыхания;
 - 2) побочных дыхательных шумов;
 - 3) подвижности нижних краев легких;

- 4) характера дыхания;
- 5) голосового дрожания.
6. Аускультацию легких проводят для определения:
 - 1) глубины дыхания;
 - 2) подвижности нижних краев легких;
 - 3) характера дыхания;
 - 4) голосового дрожания;
 - 5) патологического ритма дыхания.
7. Туберкулин содержит:
 - 1) L-формы возбудителя туберкулеза;
 - 2) все антигенные компоненты МБТ;
 - 3) отдельные антигенные компоненты возбудителя туберкулеза;
 - 4) убитые *M. bovis*;
 - 5) антитела к МБТ.
8. Ответная реакция на PPD-S и PPD-L более специфична, поскольку эти препараты не содержат:
 - 1) липидных фракций и нуклеиновых кислот МБТ;
 - 2) белка среды;
 - 3) полисахаридов МБТ;
 - 4) стабилизаторов и антисептиков;
 - 5) туберкулопротеидов.
9. Выявить специфическую аллергию к МБТ позволяет:
 - 1) общий анализ крови;
 - 2) рентгенография легких;
 - 3) микроскопическое исследование бронхиального содержимого;
 - 4) фибробронхоскопия;
 - 5) туберкулинодиагностика.
10. Внутривенное введение туберкулина:
 - 1) у неинфицированного МБТ человека может привести к заболеванию туберкулезом;
 - 2) у инфицированного МБТ человека вызывает формирование в месте введения папулы;
 - 3) у неинфицированного МБТ человека вызывает формирование в месте введения папулы;
 - 4) у неинфицированного МБТ человека позволяет выявить отрицательную анергию;
 - 5) у инфицированного МБТ человека позволяет выявить положительную анергию.

Туберкулез органов дыхания у взрослых.

1. Первичный туберкулез - заболевание, которое возникает:
 - 1) после первого контакта с больным туберкулезом;
 - 2) в связи с первым проникновением в организм вирулентных МБТ;
 - 3) после завершения латентной туберкулезной инфекции и формирования микрокальцинатов;
 - 4) в основном у невакцинированных БЦЖ детей первого года жизни;
 - 5) в основном у вакцинированных БЦЖ детей первого года жизни.
2. Первичный туберкулез отличается от вторичного:
 - 1) склонностью к прогрессированию;

- 2) сниженной чувствительностью к туберкулину;
 - 3) вовлечением в патологический процесс лимфатической системы;
 - 4) склонностью к формированию деструкции и бронхогенному распространению МБТ;
 - 5) преимущественным поражением верхних отделов легких.
3. Удельный вес заболевших первичным туберкулезом среди впервые выявленных больных составляет:
- 1) 1-5%;
 - 2) 5-10%;
 - 3) 10-15%;
 - 4) 15-20%;
 - 5) 20-25%.
4. У больных с неосложненным течением первичного туберкулеза чувствительность к туберкулину чаще:
- 1) отрицательная;
 - 2) сомнительная;
 - 3) нормергическая;
 - 4) гиперергическая;
 - 5) слабоположительная.
5. При первичном туберкулезе параспецифические реакции нередко проявляются:
- 1) лихорадкой;
 - 2) эпизодическим повышением температуры тела до субфебрильной;
 - 3) конъюнктивитом;
 - 4) потливостью;
 - 5) психоэмоциональной лабильностью.
6. Особенностью туберкулезной интоксикации как формы первичного туберкулеза является:
- 1) малый объем специфических изменений;
 - 2) локализация специфических изменений в периферических лимфатических узлах;
 - 3) преобладание в клинической картине симптомов локального поражения;
 - 4) частое наличие деструкции в зоне поражения;
 - 5) частое развитие отрицательной анергии.
7. Туберкулезная интоксикация как клиническая форма туберкулеза обычно проявляется:
- 1) стойким повышением температуры тела до 38-38,5 °С;
 - 2) одышкой и тахикардией;
 - 3) постепенно усиливающейся головной болью;
 - 4) различными функциональными расстройствами и микрополиаденопатией;
 - 5) анорексией и дистрофией.
8. Длительность туберкулезной интоксикации как формы первичного туберкулеза редко превышает:
- 1) 1 мес;
 - 2) 3 мес;
 - 3) 6 мес;
 - 4) 8 мес;
 - 5) 12 мес.
9. Установлено, что у больных с диагнозом туберкулезной интоксикации специфические изменения чаще поражают:
- 1) печень и селезенку;
 - 2) внутригрудные лимфатические узлы;
 - 3) легкие;
 - 4) почки;

5) внутренние половые органы.

10. При длительном течении туберкулезной интоксикации периферические лимфатические узлы:

- 1) чаще не изменены;
- 2) увеличены, мягкоэластической консистенции, безболезненные, иногда спаяны с кожей и подкожной клетчаткой;
- 3) увеличены, мягкоэластической консистенции, безболезненные, не спаяны с кожей и подкожной клетчаткой;
- 4) мелкие, плотной консистенции, безболезненные;
- 5) увеличены, с признаками периаденита.

11. Удельный вес больных диссеминированным туберкулезом среди впервые выявленных составляет около:

- 1) 5%;
- 2) 10-12%;
- 3) 15-25%;
- 4) 30-35%;
- 5) более 35%.

12. Диссеминированный туберкулез отличается от неосложненного первичного туберкулеза:

- 1) хроническим течением;
- 2) преимущественным расположением очагов в верхних отделах легких;
- 3) субплевральной локализацией очагов;
- 4) формированием внелегочных очагов поражения;
- 5) биологическим излечением на фоне лечения.

13. Диссеминированный туберкулез отличается от вторичного туберкулеза:

- 1) преимущественно бронхогенным распространением МБТ;
- 2) расположением очагов в верхних отделах легких;
- 3) субплевральной локализацией очагов;
- 4) преимущественно гематогенным распространением МБТ;
- 5) клиническим излечением на фоне лечения.

14. Фактор, исключаящий развитие диссеминированного туберкулеза легких:

- 1) бактериемия;
- 2) биологическая изменчивость МБТ;
- 3) положительная анергия;
- 4) внелегочная локализация источника диссеминации;
- 5) экзогенная суперинфекция.

1. Для развития диссеминированного туберкулеза особое значение имеет:

- 1) гипертермия;
- 2) гиперсенсibilизация;
- 3) гиперкетонемия;
- 4) гипертония;
- 5) гипергликемия.

16. При гематогенной диссеминации источником МБТ чаще бывает:

- 1) неравномерно обызвествленный внутригрудной лимфатический узел;
- 2) туберкулема с включениями солей кальция;
- 3) внелегочный осумкованный казеозный очаг;
- 4) свежая каверна;
- 5) фиброзная каверна.

17. При диссеминированном туберкулезе основной путь

распространения МБТ:

- 1) гематогенный;
- 2) лимфогенный;
- 3) бронхогенный;
- 4) перибронхогенный;
- 5) контактный.

18. При диссеминированном туберкулезе чаще поражаются:

- 1) почки и мочеточники;
- 2) матка и маточные трубы;
- 3) позвонки;
- 4) сетчатка глаза и мягкая мозговая оболочка;
- 5) легкие.

19. Диссеминированный туберкулез представляет особенно высокую опасность для жизни при поражении:

- 1) печени;
- 2) почек;
- 3) селезенки;
- 4) позвоночника;
- 5) мягкой мозговой оболочки.

20. При туберкулезе типичный морфологический признак очагов диссеминации:

- 1) верхнедолевая локализация;
- 2) ранняя инкапсуляция;
- 3) интерстициальное расположение;
- 4) выраженная инфильтрация вокруг очагов;
- 5) неоднородность структуры.

Туберкулез в сочетании с другими заболеваниями.

1. Наиболее частой формой пневмокониоза является:

- 1) берилиоз;
- 2) силикоз;
- 3) асбестоз;
- 4) алюминниоз;
- 5) антракоз.

2. Для развития туберкулеза у больных силикозом имеет значение:

- 1) пол;
- 2) возраст;
- 3) локализация силикотических поражений;
- 4) степень поражения бронхиального дерева;
- 5) распространенность силикотического поражения.

3. Среди больных туберкулезом и сахарным диабетом преобладают:

- 1) мужчины в возрасте 20-40 лет;
- 2) женщины в возрасте 20-50 лет;
- 3) дети школьного возраста и подростки;
- 4) дети дошкольного возраста;
- 5) люди пожилого и преклонного возраста.

4. Клиническая картина и течение ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в основном обусловлены:

- 1) особенностями гормонального профиля;

- 2) активностью гуморального звена иммунитета;
 - 3) наличием или отсутствием гипохромной анемии;
 - 4) стадией ВИЧ-инфекции и степенью иммунных нарушений;
 - 5) давностью первичного инфицирования МБТ.
5. Подавление противотуберкулезного иммунитета у больных с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза проявляется:
- 1) гипогликемией;
 - 2) положительной анергией;
 - 3) отрицательной анергией;
 - 4) гектической лихорадкой;
 - 5) вегетососудистой дистонией.
6. Силикотическая гранулема представлена:
- 1) фиброзными тяжами, казеозными массами, солями кальция;
 - 2) коллагеновыми волокнами, аневризматически расширенными сосудами;
 - 3) пылевыми частицами, клеточными элементами и коллагеновыми волокнами;
 - 4) пылевыми частицами, скоплениями лейкоцитов и гигантских клеток;
 - 5) пылевыми частицами, эпителиоидными и плазматическими клетками.
7. При бронхоскопии у больных силикозом, как правило, обнаруживают:
- 1) гиперемию слизистой оболочки бронха;
 - 2) атрофию слизистой оболочки бронха;
 - 3) дистонию бронхов;
 - 4) пылевые пятна в слизистой оболочке бронха;
 - 5) папилломатоз бронхов.
8. У больных сахарным диабетом чаще развивается:
- 1) туберкулез плевры;
 - 2) туберкулезный менингит;
 - 3) инфильтративный туберкулез легких;
 - 4) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;
 - 5) туберкулез брюшины.
9. Наиболее распространенной формой туберкулеза у больных алкоголизмом является:
- 1) очаговый туберкулез легких;
 - 2) туберкулез кишечника;
 - 3) фиброзно-кавернозный туберкулез легких;
 - 4) цирротический туберкулез легких;
 - 5) эмпиема плевры.
10. У больных с сочетанием туберкулеза и психического заболевания:
- 1) первым чаще бывает туберкулез;
 - 2) первым чаще бывает психическое заболевание;
 - 3) заболевания развиваются одновременно;
 - 4) установить последовательность развития заболеваний обычно не удастся;
 - 5) последовательность развития заболеваний зависит от социальных условий.

Лечение больных туберкулезом

1. По мнению ВОЗ, основной целью химиотерапии туберкулеза является:
 - 1) закрытие полостей распада;
 - 2) ликвидация клинических симптомов туберкулеза;

- 3) восстановление функции пораженного органа;
 - 4) прекращение бактериовыделения;
 - 5) биологическое излечение.
2. В России целью химиотерапии туберкулеза является:
- 1) клиническое излечение;
 - 2) биологическое излечение;
 - 3) закрытие полостей распада;
 - 4) прекращение бактериовыделения;
 - 5) восстановление функции пораженного органа.
3. При проведении химиотерапии туберкулеза принято выделять:
- 1) два основных этапа;
 - 2) три основных этапа;
 - 3) один основной этап;
 - 4) различные этапы в зависимости от возраста больного;
 - 5) два-три основных этапа.
4. Основной метод лечения больных туберкулезом:
- 1) диетотерапия;
 - 2) химиотерапия;
 - 3) хирургический;
 - 4) коллапсотерапия;
 - 5) патогенетическая терапия.
5. Принцип комбинированности химиотерапии подразумевает:
- 1) назначение химиопрепаратов на фоне рационального гигиенического режима;
 - 2) сочетание специфической химиотерапии с патогенетическими средствами;
 - 3) применение химиотерапии в сочетании с наложением искусственного пневмоторакса;
 - 4) одновременное назначение нескольких противотуберкулезных препаратов;
 - 5) сочетание химиотерапии с хирургическими вмешательствами.
6. Достаточная продолжительность и непрерывность химиотерапии уменьшают вероятность:
- 1) закрытия полостей распада;
 - 2) формирования фиброзных изменений в зоне поражения;
 - 3) быстрого развития устойчивости МБТ к лекарствам;
 - 4) появления нежелательных эффектов химиотерапии;
 - 5) трансформации МБТ в L-формы.
7. В основе нерегулярного приема химиопрепаратов больными туберкулезом часто лежит:
- 1) эйфория на фоне приема химиопрепаратов;
 - 2) мнение о высокой частоте побочных реакций при химиотерапии;
 - 3) вредные привычки и низкая общая культура;
 - 4) представление о высокой частоте самоизлечения;
 - 5) представление о невозможности излечения.
8. Продолжительность стационарного лечения больного туберкулезом легких в значительной степени определяется:
- 1) локализацией поражения в легком;
 - 2) биологическим видом возбудителя туберкулеза;
 - 3) социальным статусом больного;
 - 4) динамикой чувствительности к туберкулину;
 - 5) эффективностью проводимых лечебных мероприятий.
9. При сохранении полости распада у больного инфильтративным туберкулезом на фоне химиотерапии показана:

- 1) физиотерапия;
 - 2) кавернотомия;
 - 3) коллапсотерапия;
 - 4) коллапсохирургия;
 - 5) туберкулинотерапия.
10. Для излечения хронических деструктивных форм туберкулеза наряду с химиотерапией особое значение имеет:
- 1) хирургия;
 - 2) климатотерапия;
 - 3) коллапсотерапия;
 - 4) туберкулинотерапия;
 - 5) патогенетическая терапия.

Основные организации противотуберкулезной помощи.

1. В России основной источник финансирования лечебно-профилактических мероприятий при туберкулезе:
 - 1) фонд добровольного медицинского страхования;
 - 2) фонд обязательного медицинского страхования;
 - 3) средства госбюджета;
 - 4) международные фонды;
 - 5) благотворительные организации.
2. При подозрении на туберкулез необходимо обследование в условиях:
 - 1) поликлиники по месту жительства;
 - 2) диагностического центра;
 - 3) районной больницы;
 - 4) противотуберкулезного диспансера;
 - 5) учреждения службы Госсанэпиднадзора.
3. В России при выявлении туберкулеза учету и регистрации подлежат:
 - 1) только граждане России;
 - 2) граждане России и лица из стран ближнего зарубежья;
 - 3) граждане России и лица, не имеющие гражданства;
 - 4) граждане России и лица без определенного места жительства;
 - 5) граждане России, иностранные граждане и лица без гражданства.
4. В России учету и регистрации в противотуберкулезном диспансере подлежат:
 - 1) больные активным туберкулезом легких и лица с остаточными изменениями после первичного туберкулеза;
 - 2) больные активным внелегочным туберкулезом и лица с остаточными изменениями после внелегочного туберкулеза;
 - 3) только больные с рецидивами туберкулеза независимо от локализации процесса;
 - 4) лица с социальными и медико-биологическими факторами риска в отношении туберкулеза;
 - 5) все больные активным туберкулезом.
5. Извещение о больном, у которого впервые в жизни установлен диагноз туберкулеза, заполняет:
 - 1) медицинская сестра поликлиники;
 - 2) врач любой специальности;
 - 3) врач-фтизиатр;

- 4) медицинская сестра противотуберкулезного диспансера;
- 5) работник территориального органа Госсанэпиднадзора.
6. Извещение о больном, у которого впервые в жизни установлен диагноз туберкулеза, оформляется:
 - 1) только в учреждениях общей лечебной сети;
 - 2) только в стационарах;
 - 3) в медицинских учреждениях независимо от ведомственной принадлежности;
 - 4) только в поликлиниках;
 - 5) в органах Госсанэпиднадзора.
7. Врач при выявлении больного туберкулезом:
 - 1) сообщает о больном по телефону в противотуберкулезный диспансер;
 - 2) сообщает о больном по телефону в центр Роспотребнадзора;
 - 3) назначает больному противотуберкулезную терапию;
 - 4) оформляет извещение и отправляет его в территориальный орган Госсанэпиднадзора;
- 5) назначает контактным лицам превентивную химиотерапию.
8. Дубликат извещения о больном, у которого впервые в жизни установлен диагноз туберкулеза, направляется:
 - 1) в противотуберкулезный диспансер по месту фактического проживания больного;
 - 2) в противотуберкулезный диспансер по месту регистрации пациента;
 - 3) по месту работы больного;
 - 4) в поликлинику по месту фактического проживания больного;
 - 5) в поликлинику по месту регистрации.
9. Оформление извещения о больном, у которого впервые в жизни установлен диагноз туберкулеза, осуществляется:
 - 1) в течение 1 нед после получения анализа мокроты на МБТ;
 - 2) в 3-дневный срок;
 - 3) в 10-дневный срок;
 - 4) сразу после подтверждения бактериовыделения;
 - 5) в течение 2 нед.
10. Принадлежность очага туберкулезной инфекции к определенной эпидемической группе определяют:
 - 1) участковые терапевт и фтизиатр;
 - 2) участковые терапевт и педиатр;
 - 3) участковые фтизиатр и педиатр;
 - 4) врач-эпидемиолог и участковый терапевт;
 - 5) участковый фтизиатр и врач-эпидемиолог.

Внелегочный туберкулез

1. В России на 100 тыс. населения внелегочным туберкулезом заболевают:
 - 1) 1-2 человека;
 - 2) 3-4 человека;
 - 3) 5-6 человек;
 - 4) 7-8 человек;
 - 5) 8-10 человек.
2. Туберкулез чаще поражает:
 - 1) желудок и кожу;

- 2) почки, внутренние половые органы, кости;
 - 3) глаза, кишечник;
 - 4) мягкие ткани полости рта;
 - 5) центральную нервную систему.
3. Локализацией первоначальных очагов при развитии туберкулеза почек является:
- 1) капсула почки;
 - 2) медуллярное вещество;
 - 3) кортикальный слой паренхимы почки;
 - 4) окружающая почку клетчатка;
 - 5) мозговой слой.
4. К формам туберкулеза почки относится:
- 1) округлый инфильтрат;
 - 2) облаковидный инфильтрат;
 - 3) очаговый туберкулез;
 - 4) туберкулема;
 - 5) кавернозный туберкулез.
5. К неструктивным формам туберкулеза почки относится:
- 1) туберкулезный пионефроз;
 - 2) туберкулезный папиллит;
 - 3) гидронефроз;
 - 4) туберкулез почечной паренхимы;
 - 5) кавернозный туберкулез.
6. К своевременно выявленным формам туберкулеза почки относится:
- 1) гидронефроз;
 - 2) облаковидный инфильтрат;
 - 3) туберкулезный пионефроз;
 - 4) туберкулезный папиллит;
 - 5) туберкулез почечной паренхимы.
7. При туберкулезе почек рентгенологическая картина полости, заполненной контрастным веществом, с фестончатыми краями соответствует:
- 1) казеоме почки;
 - 2) пионефрозу;
 - 3) туберкулезу почечной паренхимы;
 - 4) кавернозной форме туберкулеза почки;
 - 5) туберкулезному папиллиту.
8. Отсутствие уретрита при наличии клинической картины эпидидимита является характерным признаком:
- 1) неспецифического эпидидимита;
 - 2) эпидидимита туберкулезной этиологии;
 - 3) опухолевого поражения придатка;
 - 4) гнойного поражения придатка;
 - 5) вирусного эпидидимита.
9. Проведение пробы Коха у больных туберкулезом мочевой системы необходимо для определения:
- 1) активности процесса;
 - 2) показаний для хирургического лечения;
 - 3) трудоспособности;
 - 4) степени нарушения функции почек;
 - 5) степени хронической почечной недостаточности.

10. Локализацией первоначальных очагов при развитии туберкулеза женских половых органов являются:

- 1) матка;
- 2) яичники;
- 3) проксимальные отделы маточных труб;
- 4) дистальные отделы маточных труб;
- 5)эндометрий.