

№ ОРД-ФТИЗ-23

**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 «14» марта 2023 г. №4

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

«Государственная итоговая аттестация»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» утвержденной 13.04.2023 г

для ординаторов 1 года обучения
уровень подготовки: кадры высшей квалификации
по специальности 31.08.51 Фтизиатрия

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «10» марта 2023 г., протокол № 8.

Заведующая кафедрой

доцент



О.З. Басиева

г. Владикавказ 2023 г.

СТРУКТУРА ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

1. Титульный лист
2. Структура оценочных материалов
3. Рецензии на оценочные материалы
4. Паспорт оценочных материалов

5. Комплект оценочных материалов:

- 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 России**

РЕЦЕНЗИЯ

На оценочные материалы к рабочей программе **«Государственная итоговая аттестация»**

Оценочные материалы составлены на кафедре фтизиопульмонологии на основании рабочей и типовой программ учебной дисциплины и соответствуют требованиям Федерального государственного стандарта ординатуры. Оценочные материалы утверждены на заседании Центрального координационного учебно-методического совета и скреплены печатью факультета подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры ординатуры и дополнительного профессионального образования.

Оценочные материалы включает в себя банк тестовых заданий ситуационные задачи а также ответы к ним. Тесты и задачи позволяют адекватно оценить уровень практической подготовки ординаторов к рабочей программе **«Государственная итоговая аттестация»** Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания варианты тестовых заданий шаблоны ответов. Все задания соответствуют образовательной программе высшего образования - программе ординатуры по специальности «Фтизиатрия» и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины (модуля) достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Количество билетов для зачета 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 рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом оценочные материалы к рабочей программе **«Государственная итоговая аттестация»** способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

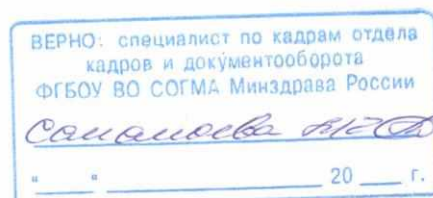
Рецензируемые оценочные материалы по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» может быть рекомендован к использованию для проведения зачета на Факультете подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры ординатуры и дополнительного профессионального образования у ординаторов.

Рецензент:

Председатель ЦУМК

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

Боциева Н.И.



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

РЕЦЕНЗИЯ

На оценочные материалы к рабочей программе **«Государственная итоговая аттестация»**

Оценочные материалы составлены на кафедре фтизиопульмонологии на основании рабочей и типовой программ учебной дисциплины и соответствуют требованиям Федерального государственного стандарта ординатуры. Оценочные материалы утверждены на заседании Центрального координационного учебно-методического совета и скреплены печатью факультета подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры ординатуры и дополнительного профессионального образования.

Оценочные материалы включает в себя банк тестовых заданий ситуационные задачи а также ответы к ним. Тесты и задачи позволяют адекватно оценить уровень практической подготовки ординаторов к рабочей программе **«Государственная итоговая аттестация»** Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания варианты тестовых заданий шаблоны ответов. Все задания соответствуют образовательной программе высшего образования - программе ординатуры по специальности «Фтизиатрия» и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины (модуля) достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Количество билетов для зачета 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 рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом оценочные материалы к рабочей программе **«Государственная итоговая аттестация»** способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» быть рекомендован к использованию для проведения зачета на Факультете подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры ординатуры и дополнительного профессионального ь

образования у ординаторов.

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
Центр е.с.



Паспорт оценочных материалов

к рабочей программе «Государственная итоговая аттестация» - основной профессиональной образовательной программы – программы ординатуры по специальности 31.08.51 Фтизиатрия

№ п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Текущий, промежуточный		
1.	Эпидемиология и организация борьбы с туберкулезом	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету, собеседование.
2.	Теоретические вопросы фтизиатрии	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету. собеседование.
3.	Диагностика туберкулеза органов дыхания.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету. собеседование.
4.	Первичный туберкулез.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету. собеседование.
5.	Вторичные формы туберкулеза.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету. собеседование.
6.	Внелегочные формы туберкулеза.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету. собеседование.
7.	Лечение туберкулеза	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету. собеседование.
8.	Профилактика туберкулеза.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	тестовый контроль, банк ситуационных задач, билеты к зачету. собеседование.

Вопросы для проведения Государственной итоговой аттестации

1. Возбудитель туберкулеза, морфологическое строение, свойства. Виды микобактерий туберкулеза, формы изменчивости. «Атипичные» микобактерии. Эпидемиологическое и клиническое значение различных видов и форм микобактерий.
2. Источники и пути передачи туберкулезной инфекции, восприимчивость к заболеванию людей и различных животных.
3. Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу в различных возрастных группах. Распространенность туберкулеза в зависимости от экологических и социальных условий. Эпидемиологические особенности туберкулеза в современных условиях.
4. Заражение туберкулезом, пути проникновения и распространения микобактерий в организме человека. Местные и общие реакции организма на туберкулезную инфекцию.
5. Роль наследственных факторов в развитии туберкулеза. Генетические факторы, определяющие восприимчивость организма к туберкулезной инфекции и особенности течения туберкулезного процесса. Значение генетических факторов в прогнозировании исхода первичного инфицирования при туберкулезе. Лечебная тактика при туберкулезе в зависимости от особенностей генотипа.
6. Понятие о гранулематозном процессе. Туберкулезная гранулема. Виды туберкулезных гранул. Тканевые реакции при туберкулезе. Морфологическая сущность параспецифических реакций при туберкулезе. Морфологические изменения при первичных и вторичных формах туберкулеза. Морфологическая характеристика остаточных изменений после перенесенного туберкулеза. Причины смерти больных туберкулезом.
7. Патоморфоз туберкулеза. Идиопатический и индуцированный патоморфоз.
8. Естественная резистентность к туберкулезу и противотуберкулезный иммунитет. Особенность формирования противотуберкулезного иммунитета.
9. Повышенная чувствительность замедленного типа. Аллергия и иммунитет при туберкулезе.
10. Туберкулиновые пробы, реакция организма на туберкулин, биологическая сущность. Значение иммунологических тестов в диагностике туберкулеза и определении его активности.
11. «Органый» и «изолированный» туберкулез в эксперименте. Изучение различных методов специфической терапии на модели экспериментального туберкулеза. Изучение побочных эффектов противотуберкулезных средств на модели экспериментального туберкулеза: аллергенности, мутагенности, канцерогенности, токсичности.
12. Функциональные методы обследования в диагностике туберкулеза. Функциональное исследование системы внешнего дыхания. Функциональные тесты в диагностике дыхательной недостаточности.
13. Микроскопия мокроты на МБТ, метод флотации, люминисцентная микроскопия.
14. Бактериологическое и биологическое исследование. Исследование МБТ на вирулентность, чувствительность к химиопрепаратам.
15. Современные молекулярно-генетические и ускоренные методы исследования микобактерий туберкулеза.
16. Методы рентгенологического обследования больных туберкулезом органов дыхания (рентгеноскопия, рентгенография, томография, флюорография, компьютерная томография).
17. Использование различных методов лучевой диагностики для дифференциальной диагностики туберкулеза органов дыхания (бронхография, ангиопульмонография, ультразвуковые исследования, радионуклидное исследование).

18. Гемограмма в клинике туберкулеза и ее диагностическое значение. Гематологические пробы и их значение, лабораторные тесты для определения лекарственной непереносимости противотуберкулезных препаратов.
19. Цитологическое исследование мокроты, бронхиолоальвеолярного смыва, экссудата, ликвора. Иммуноферментный метод в диагностике туберкулеза (серологическая верификация диагноза).
20. Биохимические исследования в клинике туберкулеза. Роль биохимических исследований при определении лечебной тактики и вида патогенетической терапии при туберкулезе.
21. Бронхоскопия, показания, методика проведения. Бронхиолоальвеолярный лаваж, показания, методика проведения, клиническая оценка.
22. Показания для эндобронхиальной и трансbronхиальной биопсии. Виды биопсий, сравнительная эффективность. Осложнения при эндобронхиальных исследованиях, их профилактика и лечение.
23. Торакоскопия и видеоторакоскопия. Показания, наложение искусственного пневмоторакса, методика проведения. Показания для торакоскопической биопсии. Осложнения торакоскопии, их профилактика и лечение.
24. Медиастиноскопия, показания, методика проведения и взятия биоптатов. Осложнения медиастиноскопии и пути их устранения.
25. Пункция и эксцизионная биопсия периферических лимфатических узлов. Показания, методика проведения.
26. Клиническая классификация туберкулеза. Международная классификация (МКБ 10). Основные принципы построения современной клинической классификации. Формулировка диагноза и изменение его в результате лечения.
27. Первичный туберкулез. Патогенез первичного туберкулеза у детей и подростков, взрослых. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков. Ранняя и хроническая туберкулезная интоксикация. Клинические признаки, течение, лечение.
28. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Клиническая и рентгенологическая диагностика поражения лимфатических узлов средостения. Особенности дифференциальной диагностики, лечения.
29. Миллиарный туберкулез. Патогенез и патоморфология миллиарного туберкулеза легких. Диагностика, клиника, характер рентгенологических изменений при миллиарном туберкулезе. Варианты клинического течения. Особенности лечения больных миллиарным туберкулезом.
30. Генерализованные формы туберкулеза. Острый туберкулезный сепсис. Исходы, прогноз и трудоспособность при генерализованном туберкулезе легких. Дифференциальная диагностика.
31. Диссеминированные формы туберкулеза. Патогенез гематогенной, лимфогенной и бронхогенной диссеминации. Острый, подострый и хронический диссеминированный туберкулез легких, патологоанатомические и рентгенологические признаки. Диагностика, клиника и лечение диссеминированного туберкулеза легких. Исходы, прогноз и экспертиза трудоспособности при диссеминированном туберкулезе легких. Дифференциальная диагностика.
32. Очаговый туберкулез легких. Патогенез и патоморфология очагового туберкулеза легких. Методы выявления, клиника и течение очаговых форм туберкулеза. Дифференциальная диагностика. Методы определения активности туберкулезных очагов. Лечение и исходы очагового туберкулеза легких.
33. Инфильтративный туберкулез легких. Патогенез и патоморфология инфильтративного туберкулеза. Клинико-рентгенологические варианты, особенности их течения. Дифференциальная диагностика. Лечение, исходы и прогноз инфильтративного туберкулеза.
34. Казеозная пневмония. Патогенез и патоморфология казеозной пневмонии. Клинические, рентгенологические и лабораторные признаки казеозной пневмонии. Дифференциальная

диагностика. Лечение, исходы и прогноз при казеозной пневмонии. Экспертиза трудоспособности при казеозной пневмонии

35. Туберкулема легких. Патогенез и патоморфология туберкулем легкого. Особенности клинической картины туберкулем легкого. Дифференциальная диагностика. Лечение и исходы в зависимости от величины туберкулемы и фазы процесса.

36. Кавернозный туберкулез легких. Патогенез каверны легкого. Морфологическое строение каверны. Дифференциальная диагностика. Клиническая характеристика кавернозного туберкулеза легких. Течение. Лечение. Санитарные каверны. Исходы, прогноз.

37. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Причины формирования фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Морфологические признаки. Клинико-рентгенологическая характеристика фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Клинические варианты. Дифференциальная диагностика. Осложнения фиброзно-кавернозного туберкулеза. Лечение больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. Исходы, прогноз и трудоспособность при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких.

38. Цирротический туберкулез легких. Патогенез и патоморфология цирротического туберкулеза легкого. Основные клинические синдромы, рентгенологические признаки. Дифференциальная диагностика. Течение и особенности лечения. Осложнения цирротического туберкулеза легких. Исходы, прогноз и экспертиза трудоспособности при цирротическом туберкулезе.

39. Разновидность пневмокониозов, частота сочетания с туберкулезом легких. Силикоз: этиология, патогенез, патоморфологические изменения. Особенности клинических проявлений заболеваний при их сочетании. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика силикотуберкулеза. Рентгенологическая характеристика силикотуберкулеза. Лечебная тактика, исходы. Профилактика.

40. Плевриты. Патогенез и классификация туберкулезных плевритов. Фибриновые сухие и экссудативные туберкулезные плевриты. Клиническая, рентгенологическая и цитологическая диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания для пункции плевральной полости и эвакуации плевральной жидкости, методика их проведения. Лечение и исходы плевритов.

41. Туберкулез в/дых. путей, трахеи, бронхов. Патогенез туберкулеза дыхательных путей и полости рта у больных туберкулезом органов дыхания. Симптомы. Показания для эндоскопического исследования дыхательных путей у больных туберкулезом и другими заболеваниями легких. Особенности лечения.

42. Ателектаз. Развития и клинические варианты, ателектазов. Диагностика и лечение, исходы.

43. Легочно-сердечная недостаточность. Хроническое легочное сердце, стадии развития, клинические проявления. Диагностика и лечение.

44. Амилоидоз внутренних органов. Клинические проявления, диагностика и лечение.

45. Легочное кровотечение. Лечение кровотечения, классификация, механизм развития. Дифференциальная диагностика. Профилактика легочных кровотечений.

46. Спонтанный пневмоторакс. Спонтанный пневмоторакс, механизм развития, виды. Методы диагностики спонтанного пневмоторакса. Лечение и исходы спонтанного пневмоторакса. Рецидивирующий спонтанный пневмоторакс. Дифференциальная диагностика.

47. Анафилактический шок. Определение. Варианты течения. Неотложная помощь. Дифференциальная диагностика.

48. Астматический статус. Определение. Варианты течения. Неотложная помощь. Дифференциальная диагностика

49. Отек легких. Определение. Варианты течения. Неотложная помощь. Дифференциальная диагностика

50. Туберкулез костей и суставов. Классификация, формулировка диагноза. Клинические проявления. Методы диагностики. Лечение: антибактериальная терапия и патогенетическая терапия, хирургические методы лечения (показания). Профилактические мероприятия.
51. Туберкулез мочеполовой системы. Классификация, формулировка диагноза. Клинические проявления. Методы диагностики. Лечение: консервативное и хирургическое (показания). Профилактика.
52. Туберкулез глаз. Клинические формы. Методы диагностики. Лечение и профилактика.
53. Туберкулез кожи и подкожной жировой клетчатки. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Осложнения. Лечение и профилактика.
54. Туберкулез мозговых оболочек ЦНС. Классификация. Клинические проявления. Патоморфоз туберкулезного менингита. Диагностика. Лечение. Профилактика.
55. Саркоидоз. Этиология, патогенез, патоморфология, иммунология саркоидоза. Классификация, клиническое течение. Рентгенологическая, бронхологическая, лабораторная диагностика саркоидоза. Особенности лечения саркоидоза. Исходы, прогноз, диспансеризация, экспертиза трудоспособности при саркоидозе.
56. Туберкулез и хронические неспецифические болезни легких. Патогенез заболеваний при их сочетании. Своеобразие клинических проявлений. Особенности рентгенологической характеристики. Бронхоскопическая картина. Лабораторная диагностика. Лечебная тактика. Исходы. Профилактика.
57. Туберкулез и микозы. Разновидность микозов, частота сочетания с туберкулезом легких. Особенности клинических проявлений заболеваний. Лабораторная диагностика. Рентгенологическая диагностика. Лечебная тактика, исходы. Профилактика микозов при туберкулезе легких.
58. Туберкулез легких и сахарный диабет. Патогенетические механизмы сочетания. Особенности клинических проявлений заболеваний при сочетании. Лабораторная диагностика. Рентгенологическая характеристика. Особенности лечебной тактики, исходы. Профилактика.
59. Туберкулез легких и язвенная болезнь. Патогенетическая взаимосвязь. Своеобразие клинического течения заболеваний при их сочетании. Диагностика язвенной болезни при туберкулезе. Рентгенологическая характеристика. Лечебная тактика, исходы. Профилактика.
60. Туберкулез легких и алкоголизм. Особенности клинических проявлений и течения заболеваний при их сочетании. Особенности лечебной тактики, исходы. Профилактика.
61. Туберкулез легких и заболевания почек. Особенности клинического течения, лечебная тактика. Прогноз.
62. Туберкулез и психические заболевания. Выявление туберкулеза в условиях психиатрических учреждений. Диагностика психических нарушений у больных туберкулезом. Особенности клинических проявлений. Лечение и профилактика.
63. Туберкулез и заболевания сердечно-сосудистой системы. Патогенез сочетания. Методы диагностики. Своеобразие клинических проявлений. Лечебная тактика, исходы. Профилактика
64. Туберкулез и пороки развития легких. Патогенетическая взаимосвязь. Методы диагностики. Особенности течения и клинических проявлений. Особенности лечебной тактики.
65. Туберкулез и рак легкого. Патогенез сочетания. Методы диагностики. Особенности клинического течения заболеваний при их сочетании. Лечебная тактика, прогноз. Профилактика.
66. Туберкулез и ВИЧ-инфекция. Туберкулез – маркер СПИДа. Патогенез сочетанного процесса. Особенности туберкулеза у больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных. Лечебная тактика, прогноз. Профилактика.
67. Туберкулез и наркомания. Особенности клинического течения заболеваний при их сочетании. Лечебная тактика, прогноз. Профилактика.

68. Туберкулез и табакокурение. Особенности клинического течения заболеваний при их сочетании. Лечебная тактика, прогноз. Профилактика.
69. Туберкулез и беременность. Беременность и роды – фактор риска заболевания туберкулезом. Показания для прерывания беременности при туберкулезе легких. Особенности течения туберкулеза легких во время беременности. Диагностика туберкулеза во время беременности и в послеродовом периоде, особенности лечебной тактики. Профилактика туберкулеза.
70. Противотуберкулезные антибактериальные препараты. Характеристика, методы введения, побочные реакции. Контроль за эффективностью антибактериальной химиотерапии.
71. Основные принципы и виды патогенетической терапии. Антиоксиданты, иммуномодуляторы и иммунокорректоры, патогенетические средства анаболического действия: показания, методика применения. Контроль эффективности патогенетической терапии.
72. Хирургическое лечение туберкулеза легких. Виды хирургических вмешательств. Показания к различным видам хирургического лечения. Осложнения при различных видах хирургического лечения, профилактика.
73. Санаторное лечение. Показания для санаторного лечения. Организация химиотерапии в условиях санатория. Оценка эффективности санаторного лечения.
74. Противотуберкулезный диспансер, структура, организация работы. Диспансерный метод наблюдения. Диспансерная группировка. Характеристика наблюдаемых контингентов.
75. Методы раннего выявления туберкулеза у детей, подростков и взрослых. Понятие о своевременном, несвоевременном и позднем выявлении туберкулеза.
76. Вакцинация БЦЖ. Техника введения вакцины, сроки, показания, противопоказания. Осложнения вакцинации и их лечение. Химиопрофилактика, показания и методика.
77. Санитарная профилактика туберкулеза. Бытовые эпидочаги туберкулеза. Классификация. Проведение оздоровительных мероприятий в очагах туберкулезной инфекции. Мероприятия по изоляции бактериовыделителей. Средства и методы дезинфекции.
78. Экспертиза трудоспособности больных туберкулезом. Временная нетрудоспособность, сроки, показания для направления больных туберкулезом на МРЭК. Клинический и трудовой прогноз и стойкая утрата трудоспособности. Группы инвалидности.
79. Реабилитация при туберкулезе. Медицинская, социальная и профессиональная реабилитация больных туберкулезом. Ограничения профессиональной деятельности в связи перенесенным туберкулезом. Трудоустройство больных туберкулезом.
80. Методы и формы санитарно-просветительной работы среди больных туберкулезом и населения. Формирование принципов здорового образа жизни.

КЕЙС 1

Больной К., 56 лет, токарь. Курит с 20 лет по 15 сигарет в день, алкоголь употребляет умеренно. В анамнезе хронический бронхит с частыми обострениями.

Жалобы: на слабость, снижение аппетита, похудание, повышение температуры тела до

37,2°C, сухой кашель, одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, кровохарканье.

Анамнез заболевания: считает себя больным около 2 месяцев, когда появился постоянный сухой кашель, одышка при физической нагрузке, периодическое повышение температуры тела до

37,2°C, слабость. К врачу не обращался. Три дня назад присоединилось кровохарканье. Обратился к врачу. При диагностической флюорографии выявлены изменения в легких. Госпитализирован.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен.

Флюорографическое обследование 2 года назад, на контроль не вызывали.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 169 см. Вес 52 кг. Кожный покров обычной окраски, чистый. Температура тела 37,4°C. Периферические лимфатические узлы непальпируются. ЧД 20 в мин. Перкуторно – притупление звука над верхним отделом правого легкого. Аускультативно – там же дыхание ослабленное. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 78 в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 100 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $5,4 \times 10^9/л$, п/я – 5%, с/я – 66%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 17%, моноциты – 8%, СОЭ – 55 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены, методом ПЦР ДНК МБТ не обнаружена, посевы в работе.

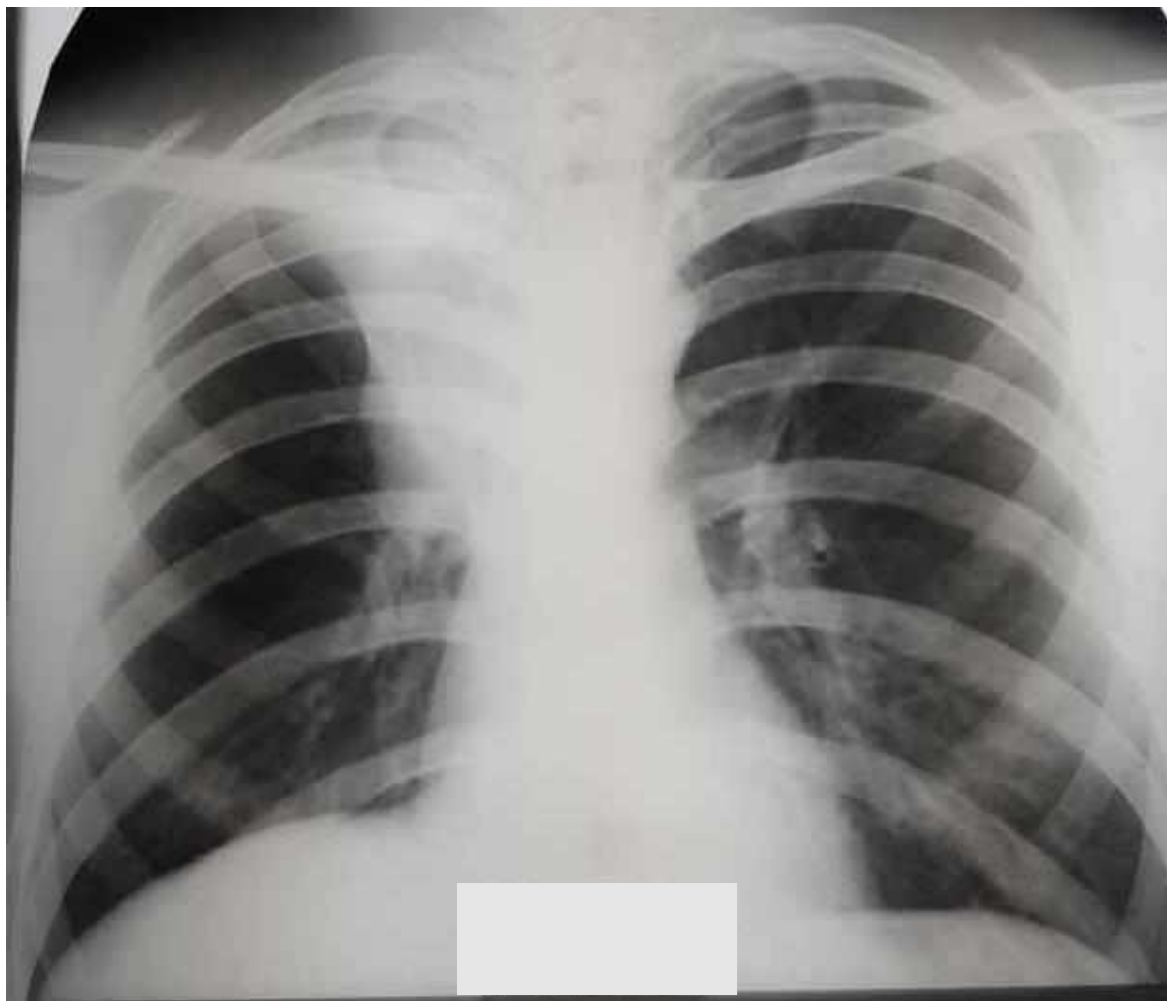
Иммунологические кожные тесты:

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л
– 4 мм. Реакция на пробу с АТР –
отрицательная.

Бронхоскопия: стеноз в/д бронха справа за счет рыхлой инфильтрации слизистой с беловатым налетом.

Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.



КЕЙС 2

Больная К., 37 лет, стоматолог. Не курит. Алкоголь не употребляет. С 9 лет сахарный диабет I типа.

Жалобы: на кашель со слизисто-гнойной мокротой, головную боль, боль в правой половине грудной клетки, одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела до 39,0°C.

Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия отмечает в течение двух дней, когда поднялась температура тела до 39,0°C, появилась слабость, ломота в суставах, головная боль. Затем присоединились кашель с мокротой, одышка при физической нагрузке. Обратилась к врачу. При рентгенологическом исследовании на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки выявлены изменения. Госпитализирована.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен.

Флюорографическое обследование 5 месяцев назад – на контроль не вызывали.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 164 см. Вес 66 кг. Кожный покров обычной окраски. Температура тела 38,3°C. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧД 20 в мин. Перкуторно – притупление над средним отделом правого легкого. Аускультативно – в среднем отделе правого легкого ослабление дыхания, среднепузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 78 в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – $14,5 \times 10^9$ /л; п/я – 8%, с/я – 62%, эозинофилы – 6%, лимфоциты – 18%, моноциты – 6%, СОЭ – 45 мм/ч.

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены, методом ПЦР ДНК МБТ не обнаружена.

Посев мокроты на микрофлору: *St. aureus* 1×10^5 , ЛУ к кларитромицину, хлорамфениколу.

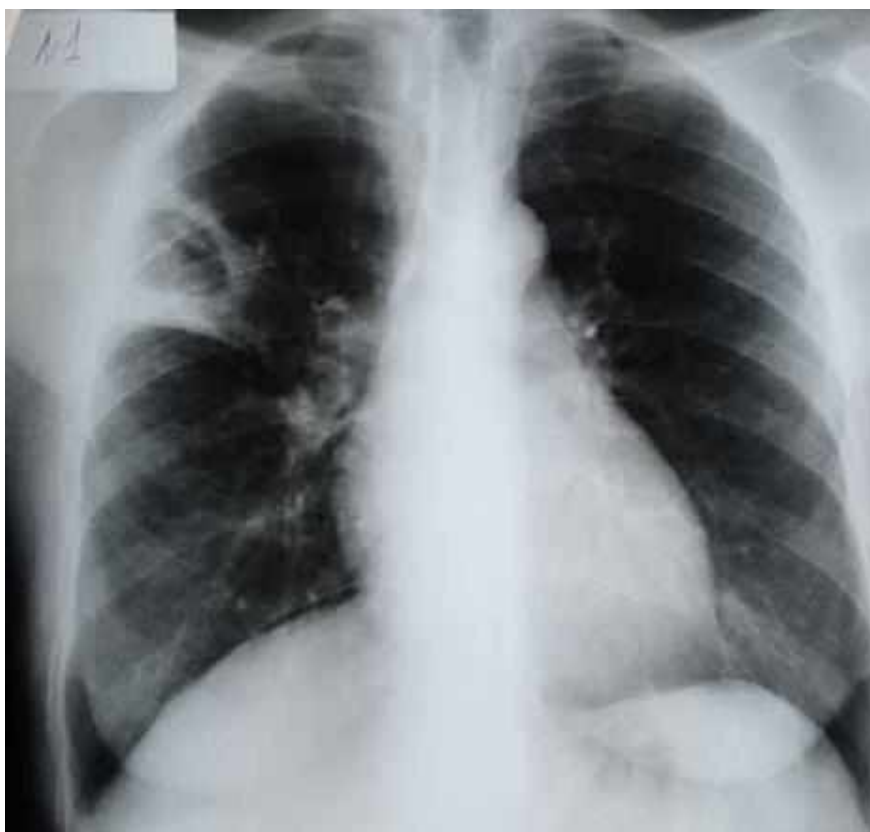
Иммунологические кожные тесты:

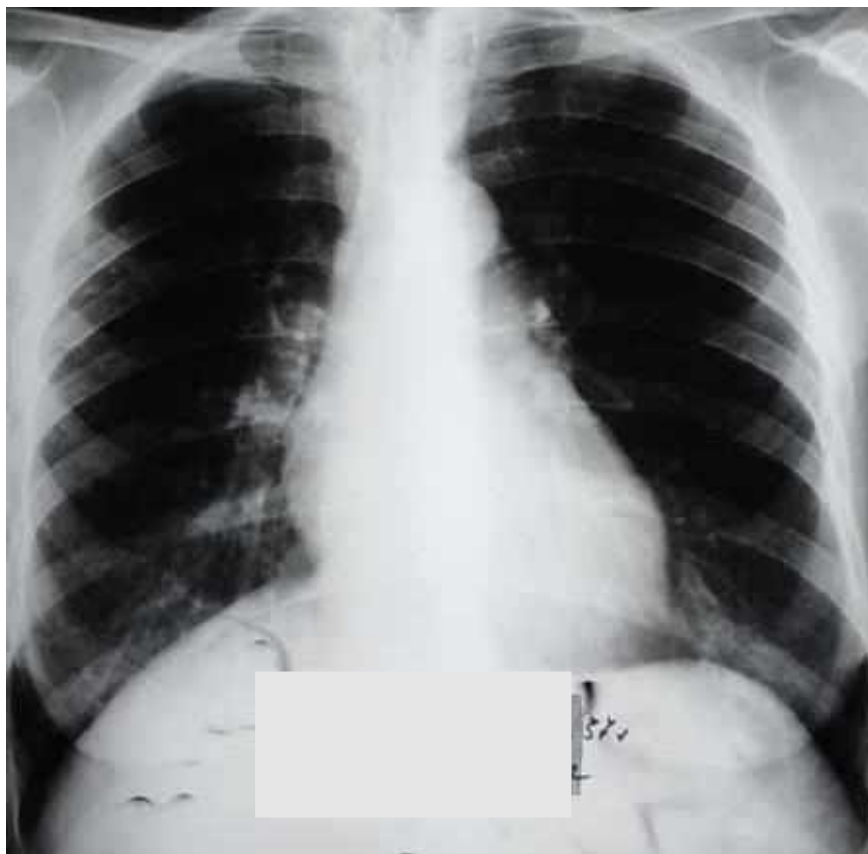
Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 6 мм.

Реакция на пробу с АТР – отрицательная.

Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.





КЕЙС 3

Больной Т., 45 лет, слесарь. Курит с 15 лет по 5-8 сигарет в день, злоупотребляет алкоголем.

Жалобы: на кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, кровохарканье, слабость, потливость, снижение аппетита, одышку при физической нагрузке.

Анамнез заболевания: три года назад выявлен инфильтративный туберкулез S1+2 левого легкого в фазе распада. Лечился не регулярно. Ухудшение состояния отметил 3 месяца назад, когда усилился кашель, мокрота приобрела слизисто-гнойный характер, появилось кровохарканье, одышка при физической нагрузке. Обратился к врачу, госпитализирован.

Фтизиатрический анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 175 см. Вес 59 кг. Кожный покров бледный с сероватым оттенком, тургор снижен. Левое плечо немного ниже правого. Температура тела 37,2°C. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧД 20 в мин. Перкуторно – над верхним отделом левого легкого тимпанический звук. Аускультативно – в верхнем отделе левого легкого амфорическое дыхание, влажные крупнопузырчатые хрипы после покашливания. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 85 в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей. Пастозность голеней.

Результаты обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты – $8,2 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 65%, лимфоциты – 26%, эозинофилы – 3%, моноциты – 5%, СОЭ – 45 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

Анализ двух образцов мокроты на МБТ: методом люминесцентной микроскопии обнаружены КУМ (++) , методом ПЦР ДНК МБТ обнаружена, ЛУ к R, H, посевы в работе.

Реакция на пробу с АТР – папула 4 мм.

Вопросы:

1. Опишите изменения на рентгенограммах. Выделите рентгенологические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Составьте перечень необходимых исследований для верификации диагноза.



№ ОРД-ФТИЗ-23

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

Кафедра фтизиопульмонологии

Эталоны тестовых заданий

к рабочей программе «Государственная итоговая аттестация»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы
ординатуры по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» утвержденной 13.04.2023 г

для ординаторов 1 года обучения
уровень подготовки: кадры высшей квалификации
по специальности 31.08.51 Фтизиатрия

г. Владикавказ, 2023 г.

Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Количество тестов (всего)	стр. с __ по __
1	2	3	4	5
Вид контроля	Текущий контроль успеваемости/Промежуточная аттестация			
1.	Эпидемиология и организация борьбы с туберкулезом	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	20	
2.	Теоретические вопросы фтизиатрии	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	20	
3.	Диагностика туберкулеза органов дыхания.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	20	
4.	Первичный туберкулез.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	20	
5.	Вторичные формы туберкулеза.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	10	
6.	Внелегочные формы туберкулеза.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	5	
7.	Лечение туберкулеза	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	5	
8.	Профилактика туберкулеза.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8	5	

Тема №1 Эпидемиология и организация борьбы с туберкулезом

1 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

2 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

10. 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 иммунодефицитов, вызванных различными причинами
- Д. Гипертонической болезни *

11. 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

12. О распространенности туберкулеза свидетельствуют такие показатели, как:

- А. Заболеваемость
- Б. Болезненность *
- В. Смертность
- Г. Инфицированность
- Д. Все перечисленное

13. Показатель распространенности туберкулеза — это:

- А. Число больных туберкулезом, стоящих на учете на конец года, в пересчете на 1 0 жителей так же на конец года *
- 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 1 0 жителей
- Д. Число больных туберкулезом, состоящих на учете в диспансере

14. Показатель смертности от туберкулеза — это:

- А. Число умерших от него и зарегистрированных противотуберкулезным диспансером
- Б. Число умерших от туберкулеза и зарегистрированных всеми службами здравоохранения в течение отчетного года
- В. Число умерших от туберкулеза в течение отчетного года и зарегистрированных всеми службами здравоохранения в пересчете на 1 0 среднегодового населения *
- Г. Число умерших от туберкулеза в течение года
- Д. Число умерших от туберкулеза в течение года и зарегистрированных всеми службами здравоохранения в пересчете на 1 0 среднегодового населения

15. Показатель заболеваемости и распространенности туберкулеза зависит от:

- А. Трактовки врачами «случай туберкулеза»
- Б. Полного охвата населения профилактическими осмотрами
- В. Технической оснащенности службы здравоохранения (лаборатории, рентгено-флюорография и т.д.)
- Г. Квалификации врачей
- Д. Всего перечисленного *

16. Показатель абациллирования контингентов — это:

- А. Число абациллированных и снятых с бациллярного учета в текущем году больных, умноженное на 1 и деленное на среднегодовое число больных с БК+, состоящих на учете на конец года *
- Б. Процент больных с БК(-) ко всему контингенту больных
- В. Число больных с БК(-) на 1 больных с БК(+)
- Г. Число больных, снятых с бациллярного учета
- Д. Все перечисленное

17. Заболеваемость туберкулезом — это:

- А. Число больных туберкулезом в пересчете на 1 0 жителей
- Б. Число больных туберкулезом в пересчете на 10 0 жителей
- В. Процент больных, исчисленный к населению данной местности
- Г. Число больных туберкулезом, выявленных в данном году
- Д. Число впервые выявленных в отчетном году больных туберкулезом в пересчете на 1 0 среднегодового населения*

18. Клиническое излечение туберкулеза определяется по формуле:

- А. Число больных, переведенных из активных групп, умноженное на 1 и деленное на число больных с активным туберкулезом
- Б. Число больных, снятых с учета, умноженное на 1 и деленное на число больных в контингенте
- В. Число больных III и VII групп учета, умноженное на 1 и деленное на общее число больных туберкулезом
- Г. Число больных туберкулезом, переведенных в III группу диспансерного учета, умноженное на 1 и деленное на среднегодовое число больных, состоящих на учете в активных группах диспансерного наблюдения *
- Д. Все верно

19. К основным группам детей, подверженных риску заразиться МБТ, относятся все перечисленные, кроме:

- А. Невакцинированных БЦЖ
- Б. Недоношенных, часто и длительно болеющих
- В. Живущих в очагах туберкулезной инфекции
- Г. Не имеющих послевакцинального знака
- Д. Перенесших туберкулез *

20. Группами "риска" по туберкулезу для подростков являются все перечисленные, кроме:

- А. Перенесших ранее локальный туберкулез
- Б. Давно инфицированных
- В. Из очагов туберкулезной инфекции
- Г. Курящих
- Д. Учащихся, работающих и живущих в благоприятных условиях *

Тема №2. Теоретические вопросы фтизиатрии

1. Возбудители туберкулеза относятся к виду

- а) бактерий
- б) грибов
- в) простейших
- г) вирусов

2. Выделяют все следующие типы микобактерий туберкулеза, кроме

- а) бычьего типа
- б) птичьего типа
- в) человеческого типа
- г) атипичных

3. Наибольшую роль в эпидемиологии и клинике туберкулеза человека играют

- а) микобактерии птичьего типа
- б) микобактерии человеческого типа
- в) атипичные микобактерии
- г) микобактерии бычьего типа

4. К основным биологическим особенностям возбудителя туберкулеза, которые делают его устойчивым к внешним воздействиям, относятся все перечисленные, кроме

- а) своеобразия строения оболочки микобактерий
- б) усиленного размножения
- в) среды обитания и способности выработать устойчивость к химиопрепаратам
- г) большого содержания липидов

5. Повышают приспособление микобактерий туберкулеза к изменяющимся условиям существования все перечисленное, кроме

- а) усиленного размножения
- б) трансформации
- в) реверсии
- г) анабиоза

- 6.Изменения микобактерий туберкулеза происходят под влиянием
- а)вакцинации
 - б)химиопрофилактики
 - в)химиотерапии
 - г)изменений внешней среды
 - д)всего перечисленного
- 7.Наиболее часто обнаруживают микобактерии во всех перечисленных видах материала, полученного от больного туберкулезом, кроме
- а)плевральной жидкости
 - б)промывных вод желудка и моче
 - в)мокроты
 - г)промывных вод бронхов
- 8.Наиболее эффективен и достоверен в выявлении микобактерий метод исследования
- а)люминесцентная микроскопия
 - б)культуральный посев
 - в)бактериоскопия
 - г)биохимическое исследование
 - д)все перечисленное
- 9.Палочка Коха может трансформироваться
- а)в риккетсии
 - б)в вирусы
 - в)в L-формы и фильтрирующиеся вирусоподобные формы
 - г)в кокки
- 010.Известно в настоящее время около
- а)5 видов атипичных микобактерий
 - б)10 видов атипичных микобактерий
 - в)20 видов атипичных микобактерий
 - г)40 видов атипичных микобактерий
 - д)1 видов атипичных микобактерий
- 011.Атипичные микобактерии по отношению к организму человека могут проявлять
- а)патогенные свойства
 - б)сапрофитные свойства
 - в)непатогенные свойства
 - г)вирулентные свойства
 - д)все перечисленные
- 012.Наиболее опасными для человека являются следующие группы атипичных микобактерий
- а)фотохромогенные
 - б)нефотохромогенные
 - в)быстрорастущие
 - г)скотохромогенные

013. Атипичные микобактерии обитают
- а) в почве
 - б) среди животных
 - в) в водоемах
 - г) среди птиц
 - д) все ответы правильные
014. Атипичные микобактерии могут вызывать у человека
- а) пневмонию
 - б) лепру
 - в) туберкулез
 - г) бронхиты
 - д) микобактериозы
015. Для идентификации атипичных микобактерий наиболее достоверны
- а) биологические методы
 - б) биохимические методы
 - в) иммунологические методы
 - г) культуральные методы
016. Возникновение заболевания туберкулезом определяют следующие условия, кроме
- а) контакта с возбудителем
 - б) проникновения его в ткани
 - в) фагоцитоза возбудителя тканевыми или альвеолярными макрофагами с лизисом или выделением из организма
 - г) фиксации в тех или иных органах с образованием в них очага воспаления
017. Ребенок при контакте с бактериовыделителем чаще взрослого инфицируется и заболевает туберкулезом вследствие
- а) постнатальной морфологической дифференциации тканей органов дыхания
 - б) не полностью сформировавшихся механизмов защиты легких
 - в) высокой реактивности организма ребенка
018. Генетическая зависимость различной поражаемости и неодинакового течения туберкулеза в пределах одного биологического вида организма
- а) теоретически возможна, но не доказана
 - б) невозможна
 - в) возможна и подтверждена как в лабораторных условиях, так и клинической практикой
019. Следующая патология эндокринной системы отрицательно влияет на течение туберкулезного процесса
- а) тиреотоксикоз
 - б) микседема
 - в) кортико-адреналовая недостаточность - аддисонизм
 - г) диабет
 - д) акромегалия
020. Возможны следующие пути проникновения возбудителя в организм человека

- а)аэрогенный
- б)алиментарный
- в)трансплацентарный
- г)контактный
- д)все перечисленные

Тема3. Диагностика туберкулеза органов дыхания.

- 1.Жалобы больного туберкулезом органов дыхания
 - а)слишком субъективны и не отражают истинной клинической картины заболевания
 - б)только частично отражают истинную клинику и симптоматику заболевания
 - в)объективно и в достаточной мере отражают истинную клинику заболевания
- 2.Ценность субъективных ощущений больного (жалоб) возрастают
 - а)при остром начале заболевания
 - б)при постепенном начале заболевания
 - в)при хроническом течении процесса
- 3.Жалобы больного туберкулезом
 - а)специфичны для этого заболевания и позволяют по ним провести дифференциальную диагностику с другой легочной патологией
 - б)имеют черты специфичности и позволяют заподозрить туберкулез органов дыхания
 - в)неспецифичны и не позволяют с уверенностью судить о природе заболевания
- 4.Условия жизни больного
 - а)не оказывают существенного влияния на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса
 - б)оказывают существенное влияние на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса
 - в)оказывают только некоторое влияние на риск заболеть туберкулезом и совсем мало влияют на его течение
- 5.Семейный анамнез представляет для фтизиатра интерес с точки зрения
 - а)наличия или отсутствия контакта с родственниками, больными заразной формой туберкулеза
 - б)семейной предрасположенностью к данному инфекционному заболеванию
 - в)как контакта с родственником, больным туберкулезом, так и семейной предрасположенностью к бронхолегочным заболеваниям
- 6.Клиническая симптоматика начала заболевания и его течение до выявления туберкулеза
 - а)может существенно повлиять на формирование диагноза клинической формы туберкулеза после завершения обследования больного
 - б)обычно мало влияет на концепцию о клинико-рентгенологической форме легочного туберкулеза
 - в)не сказывается на оценке клинико-рентгенологической формы легочного туберкулеза

7.Формы туберкулеза легких, протекающие с массивным размножением микобактерий туберкулеза в тканях и выраженной экссудативной реакцией в очаге (очагах) поражения выявляются с помощью

- а)клинических методов исследования
- б)флюорографических методов исследования
- в)лабораторных методов исследования

8.Формы туберкулеза, протекающие с малым накоплением микобактерий туберкулеза в очаге (очагах) поражения и характеризующиеся преимущественно продуктивной воспалительной реакцией выявляются обычно

- а)клиническим методом исследования
- б)флюорографическим методом исследования
- в)лабораторным методом исследования

9.Больные легочным туберкулезом с бактериовыделением предъявляют жалобы на недомогание, лихорадку, кашель с мокротой

- а)в 20-30% случаев
- б)в 30-50% случаев
- в)в 80-90% случаев

010.Туберкулезу органов дыхания более свойственно

- а)острое начало заболевания
- б)подострое начало заболевания
- в)бессимптомное начало заболевания

011.При туберкулезе органов дыхания между данными клинических методов исследования и изменениями, обнаруженными на рентгенограмме, как правило

- а)имеется полное соответствие
- б)нет полного соответствия, клиническая симптоматика более богата
- в)нет полного соответствия, рентгенологические изменения более обширны

012.Участок поражения легкого туберкулезом определяется с помощью перкуссии при его субплевральном расположении и размере

- а)от 2-3 см
- б)от 4-5 см
- в)от 7-8 см

013.Участок уплотнения легочной ткани определяется методом перкуссии при его расположении

- а)в субплевральном отделе
- б)в промежуточном отделе легкого
- в)в глубине легкого

014.Хрипы в легких при дыхании возникают

- а)в респироне легкого и респираторных бронхиолах
- б)в терминальных бронхиолах
- в)в бронхах
- г)в строме легкого

015. Мелкопузырчатые влажные хрипы в легких возникают обычно при поражении
- а) мелких (мембранных) бронхов
 - б) бронхов среднего калибра (5-8-го порядка)
 - в) крупных (1-4-го порядка) бронхов
016. Облегчает обнаружение хрипов в легких
- а) форсированное дыхание больного
 - б) кашель
 - в) подкашливание с последующим резким вдохом
017. Клинически малосимптомно и без изменений, выявляемых с помощью физических методов исследования, протекает
- а) очаговый туберкулез легких
 - б) инфильтративный туберкулез легких
 - в) диссеминированный туберкулез
 - г) фиброзно-кавернозный туберкулез
 - д) цирротический туберкулез
018. Клинической симптоматикой, как правило, сопровождается
- а) очаговый туберкулез легких
 - б) туберкулема легких
 - в) инфильтративный туберкулез легких
019. Обычно протекает инсидентно и выявляется только при массовой флюорографии населения
- а) туберкулема легких
 - б) инфильтративная форма туберкулеза легких
 - в) цирротическая форма туберкулеза легких
020. Выраженность патологических сдвигов в клиническом анализе крови и в ряде биохимических показателей крови и ее сыворотки определяется всеми следующими показателями, кроме
- а) распространенности поражения легких
 - б) наличия и выраженности экссудативных и казеозных изменений
 - в) длительности туберкулезного процесса
 - г) особенностей реакции костного мозга и некоторых других
021. Наиболее распространенные методы выявления микобактерий туберкулеза включают все перечисленные ниже, кроме
- а) бактериоскопического
 - б) культурального
 - в) метода обогащения
 - г) биологического
022. Основными объектами исследования на микобактерии туберкулеза служат все перечисленные, кроме
- а) мокроты
 - б) промывных вод бронхов

- в)пунктата из закрытых полостей
- г)мочи
- д)крови

023.Основными качественными и количественными методами определения микобактерий туберкулеза являются все перечисленные ниже, кроме

- а)метода Циля - Нильсена
- б)люминисцентного метода
- в)метода Гаффки - Стинкена
- г)иммунологического метода

024.Основными питательными средами, применяемыми для культивирования микобактерий туберкулеза, являются все указанные, кроме

- а)плотных сред
- б)жидких сред
- в)микрокультивирования по Прайсу

025.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

026.Задачей клинической туберкулинодиагностики у детей является

- а)диагностика туберкулеза
- б)определение активности туберкулезного процесса
- в)дифференциальная диагностика посттуберкулезных и постпневматических остаточных изменений
- г)контроль эффективности лечения
- д)оценка степени специфичности сенсibilизации как критерия активности туберкулезной инфекции в организме

27.Туберкулинодиагностика подразделяется

- а)на массовую
- б)на индивидуальную
- в)на клиническую
- г)на провокационную
- д)на все перечисленные выше

028.В амбулаторных условиях следует использовать

- а)только пробу Манту с 2 ТЕ и кожную градуированную пробу
- б)пробу Манту со 1 ТЕ
- в)пробу Коха
- г)все перечисленные пробы

029.Туберкулины - это

- а)препараты, способные вызывать специфическую аллергическую реакцию кожи у инфицированных или вакцинированных
- б)препараты, позволяющие выявить только инфицирование
- в)специфичные аллергены

030.В нашей стране применяются следующие виды туберкулинов

- а)АТК
- б)РРД-альфа
- в)сухой очищенный туберкулин
- г)все перечисленные выше

031.Туберкулины должны обладать

- а)специфичностью
- б)биологической активностью
- в)способностью к стандартизации
- г)высокой степенью очищенности от балластных веществ и точной дозируемостью
- д)всем перечисленным

032.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

033.Реакция на введение туберкулина может быть

- а)очаговой
- б)общей
- в)местной
- г)характеризоваться всем перечисленным

034.Понятие "парааллергии" включает

- а)несущественное повышение общей чувствительности к туберкулину
- б)комплекс неспецифических факторов, изменяющих чувствительность к туберкулину
- в)извращение чувствительности к туберкулину в результате заболевания
- г)аллергию к туберкулину

035.Основная причина анергии к туберкулину при системных и злокачественных заболеваниях - это

- а)дефект Т-клеточного звена иммунитета
- б)поражение лимфатической системы
- в)поражение костного мозга

036.Среди основных причин, вызывающих гиперергическую чувствительность к туберкулину, ведущими являются

- а)заболевание туберкулезом
- б)активизация туберкулезной инфекции в организме

- в)повышение уровня специфической сенсибилизации организма вследствие суперинфекции, а также активной формы туберкулеза
- г)фактор парааллергии

037.Среди критериев дифференциальной диагностики послевакцинной 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

038.Дополнительными критериями инфекционной аллергии служат

- а)окраска папулы
- б)четкость ее контура, наличие пигментации
- в)размер инфильтрата
- г)наличие гиперемии
- д)все перечисленное

039.В месте введения туберкулина при инфекционной аллергии пигментация кожи сохраняется вследствие

- а)более высокого уровня специфической аллергии
- б)наличия аллергического воспаления в толще кожи
- в)образования в толще кожи инфильтрата, по строению аналогичного малым специфическим изменениям с микронекрозом
- г)все перечисленное

040.Кожная градуированная проба оценивается

- а)по размеру инфильтрата и типу реакции
- б)путем сравнения результатов реакции через 24 и 48 часов
- в)интенсивностью реакции через 48 часов
- г)сопоставлением ее с пробой Манту
- д)всем перечисленным

Тема 4. Первичный туберкулез.

1.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

2.Основным методом выявления раннего периода первичной туберкулезной инфекции является

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

3. Биологическим критерием первичного инфицирования является
- а) гиперергия к туберкулину
 - б) узловатая эритема
 - в) выраж чувствительности к туберкулину
 - г) реакция периферических лимфоузлов
 - д) верно все перечисленное
4. Ведущим клиническим синдромом, характерным для первичного инфицирования, является
- а) лихорадка
 - б) синдром интоксикации
 - в) дефицит веса
 - г) параспецифические реакции
 - д) увеличение печени и селезенки
5. Морфологическим субстратом аллергического периода первичного инфицирования является
- а) казеозный лимфаденит
 - б) гиперплазия лимфаденоидной ткани
 - в) малые неспецифические изменения
 - г) малые специфические изменения
 - д) верно все, кроме одного
6. Различают следующие основные периоды первичного инфицирования
- а) инкубационный
 - б) латентного микробиоза
 - в) преаллергический и аллергический
 - г) бактериолимфии
 - д) все перечисленное
7. Основным исходом первичного инфицирования является
- а) выздоровление
 - б) развитие локальной формы туберкулеза
 - в) латентный микробиоз
 - г) формирование нестерильного иммунитета
 - д) инфицирование
8. Ведущий путь проникновения возбудителя в организм ребенка при первичном инфицировании
- а) алиментарный
 - б) аэрогенный
 - в) трансплацентарный
 - г) контактный
9. Возможны следующие пути распространения микобактерий туберкулеза в организме ребенка
- а) бронхогенный
 - б) лимфогенный

- в)гематогенный
- г)контактный
- д)все перечисленное

010.Появление у ребенка клинических параспецифических реакций свидетельствует

- а)о развитии локального туберкулеза
- б)о наличии суперинфекции
- в)об общей гиперсенсibilизации организма
- г)о деструкции в легочной ткани
- д)верно все перечисленное

011.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

012.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

013.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

014.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

015.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

016. 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
017. 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
018. 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
019. 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
020. Возрастной группой риска, в которой первичное инфицирование почти неизбежно переходит в заболевание, являются
- а) подростки
 - б) дети младшего школьного возраста
 - в) дети раннего возраста
021. 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
022. 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

023.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

024.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

025.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

026.Инволюция первичного легочного аффекта характеризуется основными этапами

- а)рассасыванием перифокального воспаления
- б)развитием соединительнотканной капсулы вокруг казеозного очага
- в)полным рассасыванием казеозного центра с образованием рубца
- г)обезвоживанием казеоза, отложением солей извести, полной кальцинацией очага
- д)все перечисленное

027.Заживление в регионарных лимфатических узлах происходит

- а)раньше, чем в легочной ткани
- б)более медленно с длительным сохранением активности процесса
- в)возможно и то, и другое
- г)закономерности нет

028.Источником бронхолегочных осложнений является

- а)первичный легочный аффект
- б)лимфангит
- в)регионарные лимфатические узлы
- г)все перечисленное

029.Причинами редкого развития первичного комплекса в настоящее время является

- а)уменьшение массивности туберкулезной инфекции
- б)повышение защитной роли лимфатической системы у вакцинированных детей
- в)изменение свойств микобактерий туберкулеза
- г)все перечисленное

030. 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

031. 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

032. Основным методом выявления больных туберкулезом внутригрудных лимфоузлов является

- а) флюорографическое обследование
- б) рентгеномографическое обследование
- в) клиническая картина заболевания
- г) туберкулинодиагностика
- д) все перечисленное

033. Выявление поражения внутригрудных лимфоузлов при рентгенологическом обследовании

- а) имеет диагностические трудности
- б) диагностических трудностей не имеет
- в) зависит от степени поражения лимфоузлов
- г) все перечисленное

034. Наиболее часто используется в клинической практике следующая схема топографии внутригрудных лимфоузлов

- а) Сукенникова
- б) Ангеля
- в) Жданова
- г) Есипова - Ангеля
- д) Сукенникова - Есипова - Ангеля

035. При рентгенологическом обследовании трудно выявить поражение следующих групп внутригрудных лимфоузлов

- а) передние бронхопульмональные
- б) задние и нижние бронхопульмональные слева
- в) бифуркационные
- г) верхние бронхопульмональные слева
- д) все перечисленные

036. Внутригрудные лимфатические узлы становятся доступны рентгенологической диагностике

- а) при наличии перифокального воспаления
- б) при значительной гиперплазии
- в) при отложении извести

г)при всех перечисленных изменениях

037.Наиболее типичным морфологическим изменением при туберкулезе внутригрудных лимфоузлов в активной фазе является

- а)перифокальное воспаление
- б)гиперплазия лимфаденоидной ткани
- в)казеозный некроз
- г)фиброзное перерождение лимфоузла
- д)кальцинация

038.К морфологическим критериям, позволяющим разграничить формы поражения внутригрудных лимфоузлов, относятся

- а)количество групп лимфоузлов, вовлеченных в патологический процесс
- б)наличие и выраженность перифокального воспаления
- в)степень кальцинации в лимфоузлах
- г)соотношение гиперпластических и казеозных изменений в ткани лимфоузла
- д)вовлечение в процесс бронхов и легочной ткани

039.Инфильтративную и опухолевую формы бронхаденита

- а)можно считать последовательными фазами одного и того же процесса
- б)нельзя считать последовательными фазами одного и того же процесса
- в)это различные формы патологического процесса

040.По данным рентгенологического обследования можно выделить следующие фазы течения туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов

- а)фаза инфильтрации
- б)фаза рассасывания
- в)фаза уплотнения
- г)фаза обызвествления
- д)все перечисленное

Тема 5. Вторичные формы туберкулеза.

1.Так называемый "первичный туберкулезный комплекс" - это

- а)первичный туберкулез, характеризующийся наличием туберкулезных изменений в легких
- б)туберкулез, характеризующийся наличием инфильтрата в легких, воспалительной дорожки к корню легкого и регионарным лимфаденитом
- в)туберкулез первичного периода, характеризующийся наличием очага или инфильтрата в легком, воспалительной дорожки и регионарным лимфаденитом

2.Так называемый "первичный туберкулезный комплекс" чаще наблюдается на территориях

- а)с высокой заболеваемостью туберкулезом
- б)со средним уровнем заболеваемости туберкулезом
- в)с низким уровнем заболеваемости туберкулезом
- г)с любым уровнем заболеваемости туберкулезом

3.Для первичного туберкулезного комплекса наиболее характерны морфологические изменения в виде всего перечисленного, кроме

- а)экссудативных реакций

- б)продуктивных реакций
- в)казеозного некроза в легких
- г)казеозного некроза в лимфатических узлах корня легкого

4.Для неосложненного первичного комплекса наиболее характерен

- а)сухой кашель
- б)влажный кашель
- в)боли в груди
- г)синдром интоксикации

5.Неосложненный первичный комплекс характеризуется следующими рентгенологическими признаками: 1)расширением и смазанностью структуры тени корня легкого 2)гомогенной тенью, захватывающей сегмент легкого с объемным его уменьшением 3)гомогенным участком затемнения легкого с нечеткими контурами 4)группой мягких очагов в одном сегменте легкого 5)группой мягких очагов в разных сегментах легкого 6)воспалительной дорожкой к корню

- а)правильные ответы 1, 3 и 6
- б)правильные ответы 1, 2 и 6
- в)правильные ответы 2, 4 и 5
- г)правильные ответы 3, 4 и 5
- д)правильные ответы 1, 4 и 6

6.Первичный туберкулезный комплекс необходимо дифференцировать

- а)с раком легкого с метастазами в лимфатические узлы легкого
- б)с острой пневмонией
- в)с пороком развития легкого
- г)с эозинофильным инфильтратом

7.При лечении больных первичным туберкулезным комплексом необходимо учитывать все следующие особенности химиотерапии этих больных, кроме

- а)выбора препарата с учетом возможной первичной лекарственной устойчивости МБТ
- б)подбора химиопрепаратов с учетом наличия казеозного некроза
- в)удлинения сроков химиотерапии с учетом замедленного заживления туберкулеза в лимфатических узлах
- г)учета того, что у больного молодого возраста ранее никогда не применялись химиопрепараты

8.Кальцинаты в лимфатических узлах при заживлении первичного туберкулезного комплекса

- а)формируются всегда
- б)не формируются
- в)формируются в порядке исключения
- г)формируются при выраженном казеозном некрозе

9.Формирование кальцинатов в лимфатическом узле при заживлении первичного туберкулезного комплекса зависит

- а)от характера проведенного лечения
- б)от величины лимфатического узла

- в)от выраженности казеозного некроза в лимфатическом узле
- г)от наличия или отсутствия осложнений процесса

010.Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов - это

- а)туберкулез органов дыхания с обязательным поражением внутригрудных лимфатических узлов
- б)туберкулез первичного периода с поражением внутригрудных лимфатических узлов
- в)туберкулез с локализацией во внутригрудных лимфатических узлах
- г)заболевание туберкулезом первичного или вторичного периода инфекционного процесса, основной локализацией которого является поражение внутригрудных лимфатических узлов

011.Туморозный вариант туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов характеризуется

- а)большим размером поражения лимфатических узлов
- б)выраженным казеозным некрозом
- в)склонностью к осложненному течению
- г)гиперергическими туберкулиновыми пробами
- д)всеми перечисленными признаками

012.Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов может осложниться

- а)туберкулезом бронхов и бронхолегочным поражением
- б)ателектазом
- в)диссеминацией
- г)плевритом
- д)все перечисленным

013.На обзорной и боковой рентгенограммах грудной клетки больного 20 лет средняя доля правого легкого уменьшена в объеме и гомогенно затемнена, структура тени правого корня легкого смазана, правый купол диафрагмы расположен на уровне 5-го межреберья. Для уточнения диагноза больному необходимо

- а)исследовать мокроту на клетки опухоли
- б)исследовать мокроту на МБТ
- в)произвести бронхоскопию
- г)произвести пробное лечение
- д)правильные ответы б) и в)

014.При неосложненной инфильтративной форме туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов наблюдаются все следующие рентгенологические признаки, за исключением

- а)тень корня смещена, наружный контур ее четкий, бугристый
- б)тень корня расширена
- в)структура тени корня смазана
- г)тень корня деформирована
- д)наружный контур тени нечеткий

015.Инфильтративную форму туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов отличает от туморозной следующий рентгенологический признак

- а)тень корня расположена обычно

- б)тень корня расширена
- в)структура тени корня смазана
- г)тень корня деформирована
- д)наружный контур тени нечеткий

016.Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов требует проведения дифференциальной диагностики

- а)с неспецифическим лимфаденитом
- б)с лимфогранулематозом
- в)с саркоидозом
- г)со злокачественной опухолью
- д)со всем перечисленным

017."Малая форма" туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов характеризуется следующими рентгенологическими признаками: 1)тень корня расположена обычно 2)тень корня расширена 3)тень корня не расширена 4)тень корня обычной формы 5)тень корня деформирована 6)наружный контур тени корня бугристый 7)структура тени корня смазана 8)тень корня структурна

- а)правильные ответы 1, 4, 6 и 7
- б)правильные ответы 1, 2, 6 и 7
- в)правильные ответы 1, 3, 5 и 8
- г)правильные ответы 1, 3, 4 и 7
- д)правильные ответы 2, 4, 6 и 8

018.При проведении химиотерапии у больных туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов необходимо учитывать все перечисленное, кроме

- а)наличия казеозных изменений в лимфатических узлах
- б)молодого возраста
- в)большой вероятности первичной лекарственной устойчивости МБТ
- г)замедленных темпов репаративных процессов

019.Кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах указывают на то, что

- а)туберкулезный процесс потерял активность
- б)туберкулезный процесс находится в фазе кальцинации
- в)туберкулез перешел в хроническую стадию
- г)необходимо провести уточнение активности туберкулезных изменений

020.Бронхолегочное поражение характеризуется следующими признаками

- а)туберкулезом крупного бронха
- б)ателектазом
- в)неспецифическим воспалением в ателектазированном участке легкого
- г)туберкулезным воспалением в ателектазированном участке легкого
- д)всеми перечисленными признаками

Тема 6. Внелегочные формы туберкулеза.

1.Основным путем распространения туберкулезной инфекции на мочеполовую систему является

- а) контактный
- б) гематогенный
- в) лимфогенный
- г) интраканаликулярный

2. Туберкулезные изменения в почке локализуются преимущественно

- а) в мозговом слое
- б) в корковом слое
- в) в чашечно-лоханочной системе

3. Частота поражения мочеполовой системы туберкулезом составляет

- а) около 10%
- б) около 5%
- в) около 2.5%
- г) около 1.5-2.0%

4. Заболевшие мочеполовым туберкулезом наблюдаются по группе учета

- а) V группе
- б) I группе
- в) II группе
- г) IVа б группе учета

5. Сочетание туберкулеза мочеполовой системы со специфическими поражениями других органов

- а) не наблюдается
- б) наблюдается нередко
- в) иногда встречается

6. Наиболее частой формой туберкулеза мочевого системы является

- а) туберкулезный папиллит
- б) фиброзно-кавернозная
- в) кавернозная
- г) паренхиматозная (туберкулез почечной паренхимы)

7. Наиболее характерными для туберкулеза мочевого системы клиническими признаками являются

- а) ноющие боли в области поясницы
- б) изменения в моче в виде гематурии
- в) острая боль в животе
- г) субфебрилитет
- д) изменения в моче в виде лейкоцитурии

8. Симптомы интоксикации для клинического течения нефротуберкулеза

- а) характерны
- б) не характерны
- в) встречаются не всегда

9. Основными методами выявления туберкулеза мочевого системы являются

- а) рентгенологический

- б)микробиологический
- в)туберкулиновых проб
- г)клинический

010.Среди инструментальных методов исследования наибольшее значение для распознавания туберкулеза мочевого пузыря имеет

- а)ретроградная пиелография
- б)цистоскопия
- в)внутривенная урография
- г)инфузионная урография
- д)хромоцистография

011.Внутривенная урография для диагностики туберкулеза почек

- а)является единственным методом диагностики
- б)не является единственным методом диагностики
- в)является малоэффективным методом диагностики

012.С целью определения нарушения функции почек радиоизотопная ренография

- а)может быть применена
- б)не применяется
- в)применяется иногда

013.О функциональном состоянии почек наиболее полное суждение может быть получено с помощью

- а)анализа мочи
- б)анализа мочи по Нечипоренко
- в)пробы Зимницкого
- г)пробы Реберга - Тареева

014.Для диагностики туберкулеза мочевой системы особенно у детей и подростков следует учитывать

- а)наличие контакта с больными туберкулезом
- б)ранее перенесенный внелегочный туберкулез
- в)текущий туберкулез других локализаций
- г)все вышеперечисленные факторы

015.Туберкулинодиагностика в ранней диагностике нефротуберкулеза

- а)не имеет существенного значения
- б)имеет важное значение
- в)должна приниматься во внимание

016.Основным путем выявления туберкулеза мочеполовой системы является

- а)обследование контактов
- б)обращение к врачу
- в)систематическая постановка туберкулиновых проб
- г)исследование анализа мочи
- д)проведение обзорной рентгенографии органов брюшной полости

017.Для выявления больных туберкулезом мочевой системы особое внимание следует обращать на лиц

- а)с опухолью почек
- б)с аномалией развития мочевой системы и с хроническими воспалительными заболеваниями почек
- в)с мочекаменной болезнью
- г)с нефрозом
- д)с заболеваниями туберкулезом других органов

018.При обследовании больных с подозрением на туберкулез мочевой системы вспомогательное значение имеет

- а)рентгенологический метод
- б)микробиологический метод
- в)серологический метод
- г)провокационная туберкулиновая проба

019.Оптимальные сочетания препаратов при лечении нефротуберкулеза - это лечение

- а)изониазидом + тизамидом и этамбутолом
- б)изониазидом + стрептомицином и протионамидом
- в)изониазидом + рифампицином и этамбутолом

020.При лечении нефротуберкулеза у детей раннего возраста применяют повышение дозы специфических препаратов, что обусловлено

- а)распространенностью туберкулезного процесса
- б)высокой экскрецией препарата через мочевые пути
- в)непереносимостью препаратов

Тема 7. Лечение туберкулеза

1.Лечебная тактика при туберкулезе определяется

- а)возрастом больных
- б)клинической формой туберкулеза и наличием деструктивных изменений
- в)наличием массивного бактериовыделения
- г)наличием сопутствующих заболеваний и их характером
- д)всем перечисленным

2.Под комплексным лечением больного туберкулезом понимают

- а)одновременное использование ряда лечебных средств и методов
- б)использование лечебных средств и методов, направленных на одни и те же звенья патологического процесса
- в)использование лечебных средств и методов, направленных как на возбудителя заболевания, так и на различные звенья и механизмы возникшего патологического процесса

3.Задачей комплексного лечения больного туберкулезом является

- а)воздействие на возбудителя заболевания
- б)улучшение фармакокинетики химиопрепаратов и повышение их концентрации в основной зоне специфического процесса
- в)повышение уровня защиты факторов организма больного, улучшение репаративных процессов и нормализация процессов метаболизма
- г)снижение выраженности нежелательного побочного действия химиопрепаратов

д)все перечисленное

4.Составными элементами комплексного лечения является

- а)химиотерапия
- б)патогенетическая терапия
- в)симптоматическая терапия и лечение неотложных состояний
- г)хирургическое лечение
- д)все перечисленное

5.Продолжительность лечения больного туберкулезом определяется

- а)возрастом больного
- б)клинической формой туберкулеза, наличием деструктивных изменений и наличием и массивностью бактериовыделения
- в)наличием сопутствующих заболеваний
- г)наличием и скоростью наступления положительных сдвигов в результате лечения и характером формирующихся остаточных изменений
- д)всем перечисленным

6.Необходимость стационарного этапа лечения больного туберкулезом определяется

- а)необходимостью всестороннего обследования с уточнением диагноза, распространенности и локализации процесса, осложнений и выявления сопутствующих заболеваний
- б)возможностью провести интенсивную терапию
- в)возможностью более современного подбора лечебных средств и методов
- г)лучшими условиями для контроля за проведением лечения
- д)всем перечисленным

7.Продолжительность пребывания больного в стационаре определяется

- а)характером туберкулезного процесса и его осложнениями
- б)наличием сопутствующих заболеваний
- в)скоростью наступления положительных рентгенологических сдвигов и скоростью прекращения бактериовыделения
- г)переносимостью химиотерапии
- д)всем перечисленным

8.Переход на амбулаторный этап лечения больного туберкулезом возможен

- а)при хорошей или удовлетворительной переносимости не менее двух противотуберкулезных химиопрепаратов
- б)после устранения вспышки инфекционного процесса
- в)после прекращения бактериовыделения
- г)при наметившейся в ходе лечения положительной рентгенологической динамики в течении процесса, позволяющей прогнозировать достижение значительного улучшения в конце основного курса химиотерапии
- д)все ответы правильные

9.Химиотерапия туберкулеза - это

- а)метод лечения туберкулеза с помощью различных химических веществ
- б)метод воздействия на возбудителя заболевания

- в)метод этиотропной терапии туберкулеза с помощью различных химических веществ
- г)ведущий метод лечения туберкулеза

010.Химиопрепараты - это

- а)вещества, губительно влияющие на микобактерии туберкулеза
- б)различные бактерицидные и бактериостатические препараты
- в)вещества, специфически поражающие возбудитель заболевания, не оказывая существенного влияния на организм больного
- г)различные химические соединения, способствующие излечению больного туберкулезом

011.Основными механизмами действия химиопрепаратов на микробную популяцию являются

- а)бактериостатический и бактерицидный эффект
- б)ограничение распространения в организме возбудителя заболевания со стимуляцией защитных и иммунных сил организма

012.В понятие "фармакокинетика лекарственного препарата" входит все перечисленное, кроме

- а)всасывания препарата из места введения
- б)распределения его по органам
- в)биотрансформации
- г)выделения
- д)воздействия на клетки и ткани

013.Основным принципом, на котором основана современная группировка противотуберкулезных препаратов, является

- а)химическое строение препаратов
- б)эффективность препаратов
- в)величина минимальной тормозящей концентрации
- г)особенности фармакокинетики

014.Современная группировка противотуберкулезных препаратов предусматривает их разделение: 1)на препараты 1-го ряда 2)на препараты 2-го ряда 3)на препараты класса А 4)на препараты класса В 5)на препараты класса С

- а)правильные ответы 1 и 2
- б)правильные ответы 3, 4 и 5

015.Основной предпосылкой эффективности химиотерапии туберкулеза является

- а)хорошая переносимость лечения
- б)высокий уровень защитных сил организма больного
- в)чувствительность микобактерий к применяемым препаратам
- г)хорошая или удовлетворительная фармакокинетика

016.Основным механизмом развития вторичной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза служит

- а)адаптация

- б)мутация
- в)селекция

017.Наиболее точным определением лекарственной устойчивости микроорганизма является

- а)отсутствие клинического эффекта при проведении химиотерапии
- б)продолжение роста и размножения микроорганизма в присутствии антимикробного средства
- в)переносимость микроорганизмом действия препарата в концентрации, которая превышает возможный уровень его содержания в тканях организма человека

018.Химиопрепаратами с быстрым типом формирования лекарственно устойчивой микобактерии являются: 1)изониазид 2)рифампицин 3)стрептомицин 4)этамбутол 5)пиразинамид 6)этионамид 7)канамицин 8)виомицин 9)цикloserин 10)ПАСК 11)тибон

- а)правильные ответы 1, 2, 3, 4, 8, 9
- б)правильные ответы 5, 6, 7, 8, 9, 10
- в)правильные ответы 1, 2, 3, 5, 6, 7
- г)правильные ответы 4, 8, 9, 10, 11

019.Химиопрепаратами с медленным типом формирования лекарственно устойчивой микобактерии являются: 1)изониазид 2)рифампицин 3)стрептомицин 4)этамбутол 5)пиразинамид 6)этионамид 7)канамицин 8)виомицин 9)цикloserин 10)ПАСК 11)тибон

- а)правильные ответы 1, 2, 3, 4, 8, 9
- б)правильные ответы 5, 6, 7, 8, 9, 10
- в)правильные ответы 1, 2, 3, 5, 6, 7
- г)правильные ответы 4, 8, 9, 10, 11

020.Развитие перекрестной лекарственной устойчивости возможно между следующими парами химиопрепаратов: 1)изониазид - стрептомицин 2)стрептомицин - ПАСК 3)стрептомицин - этамбутол 4)ПАСК - этамбутол 5)стрептомицин - канамицин 6)изониазид - пиразинамид 7)этионамид - тибон 8)канамицин - биомицин 9)стрептомицин - рифампицин 10)стрептомицин - биомицин

- а)правильные ответы 1, 2, 3, 4
- б)правильные ответы 5, 6, 7, 8
- в)правильные ответы 5, 7, 8, 10

Тема 8. Профилактика туберкулеза.

1. Противотуберкулезная вакцинация и ревакцинация БЦЖ - это

- а)неспецифическая профилактика туберкулеза
- в)специфическая профилактика туберкулеза
- в)мероприятия, которые иногда предупреждают туберкулез

2.Препарат, которым проводится вакцинация и ревакцинация БЦЖ, - это

- а)вакцина ППД-Л
- б)альтотуберкулин Коха
- в)вакцина БЦЖ
- г)стандартный туберкулин

3.Вакцина БЦЖ - это

- а)живые МБТ
- б)убитые МБТ

- V в)живые, но ослабленные микобактерии вакцинного штамма
- 4.Вакцина БЦЖ
- а)должна обладать иммуногенностью
 - б)должна быть стабильна при хранении
 - в)должна быть авирулентной
 - V г)соответствовать всем перечисленным требованиям
- 5.Оптимальной температурой режима хранения вакцины БЦЖ
- а)+20°C
 - б)+2°C
 - V в)+4°C
 - г)0°C
 - д)+5°C
- 6.Вакцины БЦЖ вводятся
- а)внутри и интраназально
 - б)внутримышечно
 - в)накожно
 - г)подкожно
 - V д)внутрикожно
- 7.Место введения вакцины БЦЖ
- а)подлопаточная область
 - б)область живота
 - V в)верхняя треть плеча
- 8.После правильно проведенной вакцинации и ревакцинации БЦЖ на коже остается
- а)пятно
 - V б)рубец
 - в)звездчатый рубец
 - г)келлоидный рубец
- 9.Оптимальный размер рубца
- а)1-3 мм
 - б)3-5 мм
 - V в)5-8 мм
 - г)8-10 мм
 - д)10-15 мм
- 10.Вакцинация БЦЖ проводится
- а)детям 1-14 лет
 - V б)новорожденным
 - в)подросткам 15-17 лет
- 11.Ревакцинация БЦЖ проводится всем перечисленным, кроме
- V а)новорожденных
 - б)детей
 - в)подростков
 - г)взрослых
- 12.Вакцинация БЦЖ проводится
- V а)в роддоме
 - б)в детском саду
 - в)в поликлинике
- 13.Вакцинация БЦЖ недоношенным детям проводится
- а)в детском саду

- ☒ в) в поликлинике
в) в школе
г) в роддоме
14. Ревакцинация БЦЖ детям проводится
а) в роддоме
☒ в) в школе
в) в диспансере
г) в детском саду
15. Ревакцинация БЦЖ подросткам осуществляется
а) в диспансере
☒ б) в школе (техникуме)
в) в поликлинике
г) в больнице
16. Вакцинация БЦЖ проводится
а) постовой медсестрой
б) врачом-педиатром
в) фтизиопедиатром
☒ г) специально обученной медсестрой (вакцинатором)
17. Вакцинация БЦЖ здоровых новорожденных проводится
а) на 5-7-й день жизни
б) на 1-е сутки жизни
☒ в) на 4-е сутки жизни
г) на 10-12-й день жизни
д) на 1-м месяце жизни
18. Ревакцинация БЦЖ обусловлена
☒ а) угасанием иммунитета после вакцинации
б) наличием контакта с больным туберкулезом
в) отсутствием послевакцинального знака
19. Декретированными возрастными для проведения ревакцинации БЦЖ являются все перечисленные, кроме
а) детей до 5 лет
б) детей 5-7 лет
в) детей 8-9 лет
☒ г) детей и подростков 10-17 лет
20. Основное показание к проведению ревакцинации БЦЖ - это
а) положительная реакция Манту с 2 ТЕ
☒ б) отрицательная реакция Манту с 2 ТЕ
в) сомнительная реакция Манту с 2 ТЕ
г) контакт с больным туберкулезом