

**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 31.05.02 Педиатрия,
утвержденной 17.04.2024 г.

для студентов _____ 6 _____ курса _____

по специальности _____ 31.05.02 Педиатрия _____

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
01.04.2024г., (протокол № 8).

Зав. кафедрой, доцент



О.З.Басиева

г. Владикавказ 2024

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
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)**

**РЕЦЕНЗИЯ
на оценочные материалы**

**по дисциплине «Фтизиатрия»
для студентов 6 курса педиатрического факультета.
по специальности 31.05.02 «Педиатрия».**

Оценочные материалы составлены на кафедре фтизиатрии на основании рабочей программы учебной дисциплины и соответствуют требованиям ФГОС ВО по специальности 31.05.02 «Педиатрия».

Оценочные материалы включает в себя:

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

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 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» 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 педиатрическом 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.



ВЕРНО: 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
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)**

**РЕЦЕНЗИЯ
на оценочные материалы**

**по дисциплине «Фтизиатрия»
для студентов 6 курса педиатрического факультета.
по специальности 31.05.02 «Педиатрия».**

Оценочные материалы составлены на кафедре фтизиатрии на основании рабочей программы учебной дисциплины и соответствуют требованиям ФГОС ВО по специальности 31.05.02 «Педиатрия».

Оценочные материалы включает в себя:

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

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 педиатрическом факультете у обучающихся студентов 6 курса.


Рецензент:

главный врач
ГБУЗ РКЦФП МЗ РСО-АЛАНИЯ
к.м.н



Кобесов Н.В

Кобесов Н.В. Кобесов
Заведующий отделом кадров
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 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 больных туберкулезом</p> <p>5.Основные организации противотуберкулезной</p>	ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к экзамену, банк ситуационных задач, экзаменационные билеты

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

Вопросы к модулю

Вопросы к модулю №1

1. Теоретические основы фтизиатрии.
2. Этиология и патогенез первичного туберкулеза.
3. Методы выявления туберкулеза у детей и подростков.
4. Группы риска по заболеванию туберкулезом на педиатрическом участке.
5. Массовая туберкулинодиагностика.
6. Методика проведения прививки против туберкулеза.
7. Осложнения после вакцинации и ревакцинации.
8. Показания к назначению профилактического лечения.
9. Особенности туберкулеза у детей раннего возраста.
10. Туберкулез и беременность

Вопросы к модулю № 2

1. Ведение ребенка от больного туберкулезом легких.
2. Врожденный туберкулез.
3. Режимы лечения детей и подростков, больных туберкулезом.
4. Группы диспансерного наблюдения детей и подростков.
5. Хронически текущий первичный туберкулез.
6. Лабораторные исследования при менингите.
7. Ранняя диагностика менингита специфической этиологии.
8. Химиопрофилактика туберкулеза у детей и подростков.
9. Первичный туберкулез.
10. Лучевая диагностика.

Экзаменационные вопросы

1. Основные эпидемиологические показатели: инфицированность, заболеваемость, болезненность, смертность.
2. Возбудитель туберкулеза и его свойства.
3. Подострый диссеминированный туберкулез легких.
4. Отечественная классификация туберкулеза.
5. Туберкулезная интоксикация.
6. Функции противотуберкулезного диспансера.
7. Виды туберкулезных проб. Оценка туберкулиновых проб.
8. Первичный туберкулезный комплекс.
9. Легочное кровотечение (патогенез, отличие от желудочного кровотечения, неотложная помощь).
10. «Виразж» туберкулиновой пробы.
11. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.
12. Хронический диссеминированный туберкулез легких.
13. Диспансерная группировка больных.
14. Очаговый туберкулез легких (клиника, диагностика).
15. Методы обследования мокроты на микобактерии туберкулеза.
16. Инфильтративный туберкулез легких (клиника, диагностика).
17. Спонтанный пневмоторакс (клиника, лечение).
18. Раннее выявление туберкулеза среди взрослого населения.
19. Клинический минимум обследования на туберкулез в условиях поликлиники и соматических стационаров.
20. Принципы лечения больных туберкулезом.
21. Осложнения первичного туберкулеза.
22. Противотуберкулезная вакцинация и ревакцинация
23. Кавернозный туберкулез легких (клиника, диагностика)
24. Группы «риска» заболевания туберкулезом.
25. Фибро-кавернозный туберкулез легких (клиника, диагностика).
26. Осложнения вакцинации и ревакцинации.
27. Санитарная профилактика.
28. Очаг туберкулезной инфекции.
29. Цирротический туберкулез (клиника, диагностика).
30. Типы очагов туберкулезной инфекции.
31. Контингенты обязательных профилактических осмотров на туберкулез.
32. Первичное обследование очага туберкулезной инфекции.
33. Причины ошибок в диагностике первичных форм туберкулеза.
34. Профилактическое лечение детей и подростков.
35. Причины ошибок в диагностике диссеминированного туберкулеза легких.
36. Первичная дезинфекция.
37. Причины ошибок в диагностике очагового туберкулеза легких.
38. Выявление туберкулеза среди лиц, контактировавших с больными.
39. Методы рентгенологического обследования, их информативность для диагностики туберкулеза.
40. Причины ошибок в диагностике инфильтративного туберкулеза.

41. Туберкулез и материнство.
42. Характеристика основных клинических симптомов при туберкулезе.
43. Причины ошибок в диагностике кавернозного туберкулеза.
44. Особенности туберкулеза у подростков.
45. Туберкулез костей и суставов.
46. Причины ошибок в диагностике цирротического туберкулеза.
47. Анатомо-физиологические особенности детей раннего возраста.
48. Особенности туберкулеза у детей раннего возраста.
49. Ведение ребенка от больной туберкулезом матери.
50. Врожденный туберкулез.
51. Особенности течения ВИЧ-инфекции и туберкулеза у детей.
52. Режимы лечения детей и подростков, больных туберкулезом.
53. Особенности лечения туберкулеза у детей.
54. Побочные реакции при лечении детей и подростков, больных туберкулезом.
55. Контингенты детей и подростков, наблюдаемые противотуберкулезными диспансерами.
56. Туберкулинодиагностика (определение, индивидуальная туберкулинодиагностика).
57. Туберкулинодиагностика (определение, туберкулоиммунодиагностика).
58. Реакции на введения туберкулина.
59. Иммунология туберкулиновых реакций.
60. Чувствительность организма человека к туберкулину.
61. Проба Коха (определение, техника постановки, оценка пробы).
62. Проба Манту (определение, техника постановки, оценка пробы).
63. Диаскинтест (определение, техника постановки, оценка пробы).
64. Послевакцинальный иммунитет (определение, отличительные особенности поствакцинальной аллергии от выража туберкулиновых проб).
65. Показатели инфицированности. Ежегодный риск инфицированности.
66. Побочные действия и противопоказания туберкулиновых проб.
67. Туберкулинодиагностика (уколочная реакция, общая реакция, очаговая реакция на введения туберкулина, выраж туберкулиновых проб).
68. Группы повышенного риска заболевания туберкулезом.
69. Выявление больных туберкулезом. Группы впервые выявленных больных.
70. Алгоритм исследования на выявление туберкулеза.
71. Лечебный и двигательный режим при туберкулезе.
72. Лечебное питание при туберкулезе.
73. Основные противотуберкулезные препараты (механизм действия, показания, противопоказания).
74. Резервные противотуберкулезные препараты (механизм действия, показания, противопоказания).
75. Новые противотуберкулезные препараты (механизм действия, показания, противопоказания).
76. Лекарственная устойчивость микобактерии туберкулеза.

77. Химиотерапия больных туберкулезом. Основные принципы химиотерапии больных туберкулезом.
78. Региональный режим химиотерапии больных туберкулезом.
79. Индивидуальный режим химиотерапии больных туберкулезом.
Формы побочных реакций противотуберкулезных препаратов.
80. Клинические проявления и методы устранения побочных реакций на основные противотуберкулезные препараты.
81. Клинические проявления и методы устранения побочных реакций на резервные противотуберкулезные препараты.
82. Клинические проявления и методы устранения побочных реакций на новые противотуберкулезные препараты.
83. Анафилактический шок.
84. Дезинтоксикационная терапия при туберкулезе.
85. Гормонотерапия при туберкулезе.
86. Метаболитная терапия при туберкулезе.
87. Иммуномодулирующая терапия при туберкулезе.
88. Стимуляторы репаративных процессов при туберкулезе.
89. Физиотерапия при туберкулезе.
90. Искусственный (лечебный) пневмоторакс (определение, показания, противопоказания, осложнения).
91. Искусственный (лечебный) пневмоторакс (определение, техника наложения, оценка эффективности).
92. Пневмоперитонеум (определение, показания, противопоказания, осложнения).
93. Пневмоперитонеум (определение, техника наложения, оценка эффективности).
94. Хирургическое лечение (цели, показания хирургического лечения, виды оперативного вмешательства).
95. Противотуберкулезная вакцинация (определение, иммунопатогенез, техника постановки, стадии развития прививочной реакции, противопоказания, осложнения).
96. Противотуберкулезная ревакцинация (определение, иммунопатогенез, техника постановки, стадии развития прививочной реакции, противопоказания, осложнения).
97. Химиофилактика.
98. Спинномозговая пункция (показания, техника проведения). Характеристика пунктата при туберкулезном менингите.
99. Противотуберкулезный диспансер (общая характеристика, структура задачи и функции).
100. Группы диспансерного наблюдения и учета взрослых контингентов противотуберкулезных учреждений.

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

**Кафедра фтизиопульмонологии
Факультет педиатрический
Дисциплина фтизиатрия**

Курс 6

Ситуационная задача № 1

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 педиатрический
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 педиатрический
Дисциплина фтизиатрия

Курс 6

Ситуационная задача № 3

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 педиатрический
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 - $8,8 \cdot 10^9$ /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 педиатрический
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°C - 38,7°C. 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 педиатрический
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 слабо заметной 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 педиатрический
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 педиатрический
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 педиатрический
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 педиатрический
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

Пациент В., 50 лет, жалобы на затрудненное дыхание на вдохе, непродуктивный кашель, охриплость голоса.

Вышеуказанные жалобы отмечает в течение последних 6 месяцев. Известно, что год назад перенес грипп, который осложнился развитием двусторонней пневмонии и острой дыхательной недостаточностью. В течение 1 недели находился на искусственной вентиляции легких, выполнялась трахеостомия. Хронические бронхолегочные заболевания отрицает.

Стаж курения 20 пачек/лет.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Стридорозное дыхание. Температура тела 36.5°C. ЧДД - 18 в мин. Тоны сердца ритмичные. Пульс - 70 в мин. АД - 110/80 мм рт. ст. SpO2 в покое – 98%. Дыхание везикулярное, проводные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Вопрос:

1. Для оценки вентиляции легких необходимо проведение
 - 1.1. рентгенографии органов грудной клетки
 - 1.2. спирометрии
 - 1.3. исследования оксида углерода в выдыхаемом воздухе
 - 1.4. исследования оксида азота в выдыхаемом воздухе
 - 1.5. компьютерной томографии органов грудной клетки
2. По представленным показателям спирометрии можно сделать следующее заключение

показатели	
ФЖЕЛ, л (%долж.)	6,38 (139)
ОФВ1, л (%долж.)	3,27 (89)
ОФВ1/ФЖЕЛ, %	51
МОС25, л/с	3,30 (43)
МОС50, л/с	2,97 (62)
МОС75, л/с	0,96 (49)
МОСвд50, л/с	2,20
МОСвд50/ МОСвыд50	менее 1

- 2.1. нарушение вентиляции по рестриктивному типу
 - 2.2. нарушение вентиляции по обструктивному типу
 - 2.3. нарушение вентиляции по смешанному типу
 - 2.4. нарушений вентиляции не выявлено
3. Ваш предположительный диагноз
 - 3.1. идиопатический легочный фиброз
 - 3.2. пневмония
 - 3.3. хронический необструктивный бронхит
 - 3.4. ларингит
 - 3.5. стеноз трахеи

Кейс 2

Больная 18 лет обратилась к аллергологу с жалобами на сезонные (апрель-май) зуд век, слезотечение, гиперемию 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

№ Пед-21

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

Кафедра фтизиопульмонологии

Эталоны тестовых заданий

по дисциплине _____ Фтизиатрия _____

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

для студентов _____ 6 _____ курса _____

по специальности 31.05.02 Педиатрия _____

г. Владикавказ, 2024 год

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.	Входной контроль уровня подготовки обучающихся	ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7	20	27-44
2.	Теоретические основы фтизиатрии.	ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7	10	27-44
3.	Методы диагностики туберкулеза.	ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7	10	27-44
4.	Туберкулез органов дыхания у взрослых.	ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7	20	27-44
5.	Туберкулез в сочетании с другими заболеваниями.	ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7	10	27-44
6.	Лечение больных туберкулезом	ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7	10	27-44
7.	Основные организации противотуберкулезной помощи.	ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7	10	27-44
8.	Внелегочный туберкулез	ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7	10	27-44

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

Е. Метод иммуноферментного анализа

Проникновение возбудителя туберкулеза в организм человека может произойти:

- А. По воздухоносным путям
- В. Через желудочно-кишечный тракт
- С. Трансплацентарно
- Д. Контактным путем
- Е. Все ответы верны

Туберкулезный бугорок представляет собой:

- А. Гранулему, состоящую из скопления лимфоидных, эпителиоидных клеток с включением гигантских клеток Лангганса и участки казеозного некроза
- В. Гранулему, состоящую из скопления лимфоидных, эпителиоидных клеток
- С. Инфильтрат, состоящий из скопления нейтрофилов, лимфоидных, эпителиоидных клеток с зонами некроза и включением гигантских клеток Лангганса
- Д. Участок продуктивного воспаления, состоящий из скопления лимфоидных, эпителиоидных клеток
- Е. Гранулему, состоящую из скопления лимфоидных, эпителиоидных клеток с включением гигантских клеток Лангганса

Рентгенологически очаговая тень в легких определяется как:

- А. Любое тенеобразование диаметром до 1,5 см
- В. Тень в легком, являющаяся отображением воспалительного процесса, в пределах доли легкого
- С. Тень долевого протяженности
- Д. Тень опухолевого образования до 2 см
- Е. Тенеобразование диаметром 3 см и более

В верхнезаднем отделе верхней доли левого легкого расположены:

- А. 1 сегмент
- В. 2 сегмент
- С. 1-2 сегменты
- Д. 2-3 сегменты
- Е. 3-4 сегменты

В верхнем отделе нижней доли легкого располагается:

- А. 9 сегмент
- В. 7 сегмент
- С. 8 сегмент
- Д. 6 сегмент
- Е. 10 сегмент

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

- А. Состояние мягких тканей и костного скелета
- В. Состояние плевры
- С. Состояние корней легких и легочного рисунка
- Д. Состояние средостения, диафрагмы, костно-диафрагмальных синусов
- Е. Все перечисленное

При рентгенологическом исследовании полиморфизм очаговых теней в легких характеризуется:

- А. Разной величиной
- В. Особенностью их контура
- С. Различной локализацией
- Д. Различной формой
- Е. Различной интенсивностью

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

- А. Медиальные отрезки ключиц отстоят на одинаковом расстоянии от остистых

от- ростков позвонков

В. Медиальные отрезки ключиц отстоят на одинаковом расстоянии от позвоночника

С. Остистые отростки позвонков делят грудную клетку на две симметричные половины

Д. Лопатки выведены за пределы грудной клетки

Е. Все ответы верны

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

А. Высоту положения правого купола диафрагмы

В. Высоту положения левого купола диафрагмы

С. Положение обоих куполов диафрагмы

Д. Степень прозрачности легочных полей

Е. Все ответы верны

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

А. Четко видны тела 2-х верхних грудных позвонков

В. Четко видны тела 3-4-х верхних грудных позвонков

С. Монолитный позвоночный столб намечается на фоне тени средостения

Д. Четко видны тела 5-6 грудных позвонков

Е. Четко виден весь позвоночный столб

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

А. О состоянии внутригрудных лимфоузлов

В. О состоянии просвета трахеи

С. О состоянии просвета крупных бронхов

Д. О состоянии крупных сосудов, сердца

Е. Все ответы верны

Боковая рентгенограмма грудной клетки позволяет получить дополнительную информацию:

А. О состоянии отделов грудной клетки, не получивших отображения в прямой проекции

В. О локализации патологического процесса относительно долей и сегментов легких

С. О распространенности патологического процесса в легких

Д. О локализации патологического процесса относительно позвоночного столба

Е. 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. Мортоном;
 - 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. Мортоном;
 - 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 представления о патогенезе туберкулеза были внесены:
- 1) Н. Аничковым;
 - 2) Ф. Цилем и Ф. Нельсеном;
 - 3) А. Абрикосовым;
 - 4) Ф. Менделем;
 - 5) И. Давыдовским.
9. Внутривожевая 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 легких 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. Внутрикожное 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) слабopоложительная.

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;
15. 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) алюминоз;
- 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 удается;
- 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;