

№ Стом-16

**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 № 4

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине _____ Фтизиатрия _____

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.05.03 Стоматология,
утвержденной 17.04.2024 г.

для студентов _____ 4 _____ курса _____

по специальности 31.05.03 Стоматология _____

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от 01.04.2024 г. протокол № 8

Зав. кафедрой, доцент



О.З.Басиева

г. Владикавказ 2024 г

СТРУКТУРА ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

1. Титульный лист
2. Структура оценочных материалов
3. Рецензии на оценочные материалы
4. Паспорт оценочных материалов
5. Комплект оценочных материалов:
 - входной контроль
 - вопросы к модулю
 - вопросы к зачету
 - 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 4 курса стоматологического факультета.
по специальности 31.05.03 «Стоматология».**

Оценочные материалы составлены на кафедре фтизиатрии на основании рабочей программы учебной дисциплины и соответствуют требованиям ФГОС ВО по специальности 31.05.03 «Стоматология».

Оценочные материалы включает в себя:

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

Банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр включают в себя сами задания и шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины «Фтизиатрия» формируемым при ее изучении компетенциям, и охватывают все её разделы. Банк содержит ответы ко всем ситуационным задачам/практическим заданиям/деловым играм.

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

Количество экзаменационных билетов достаточно для проведения экзамена и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена в течение одного дня.

Экзаменационные билеты/билеты к зачету выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Экзаменационный билет/билет к зачету включает в себя 3 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен/зачет. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам рабочей программы дисциплины, позволяющее более полно охватить материал дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач (анализы, рецепты, рентгенограммы, электрокардиограммы и т.д.)/ практических заданий/ деловых игр.

Ситуационные задачи/практические задания/деловые игры дают возможность объективно оценить уровень усвоения обучающимся теоретического материала при текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации. Сложность вопросов в экзаменационных билетах/билетах к зачету распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом, оценочные материалы по специальности 31.05.03 «Стоматология» способствует качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый оценочные материалы по специальности «Фтизиатрия» может быть рекомендован к использованию для промежуточной аттестации на стоматологическом факультете у обучающихся студентов 4 курса.

Рецензент:

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

Боциева Н.И.



ВЕРНО: специалист по кадрам отдела
кадров и документооборота
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России
Боциева 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 4 курса стоматологического факультета.
по специальности 31.05.03 «Стоматология».**

Оценочные материалы составлены на кафедре фтизиатрии на основании рабочей программы учебной дисциплины и соответствуют требованиям ФГОС ВО по специальности 31.05.03 «Стоматология»..

Оценочные материалы включает в себя:

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

Банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр включают в себя сами задания и шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины «Фтизиатрия» формируемым при ее изучении компетенциям, и охватывают все её разделы. Банк содержит ответы ко всем ситуационным задачам/практическим заданиям/деловым играм.

Эталонные тестовые задания включают в себя следующие элементы: тестовые задания, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины «Фтизиатрия» формируемым при ее изучении компетенциям, и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется.

Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Эталонные содержат ответы ко всем тестовым заданиям.

Количество экзаменационных билетов достаточно для проведения экзамена и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена в течение одного дня.

Экзаменационные билеты/билеты к зачету выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Экзаменационный билет/билет к зачету включает в себя 3 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен/зачет. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам рабочей программы дисциплины, позволяющее более полно охватить материал дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач (анализы, рецепты, рентгенограммы, электрокардиограммы и т.д.)/ практических заданий/ деловых игр.

Ситуационные задачи/практические задания/деловые игры дают возможность объективно оценить уровень усвоения обучающимся теоретического материала при текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации. Сложность вопросов в экзаменационных билетах/билетах к зачету распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом, оценочные материалы по специальности 31.05.03 «Стоматология» способствует качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый оценочные материалы по специальности «Фтизиатрия» может быть рекомендован к использованию для промежуточной аттестации на стоматологическом факультете у обучающихся студентов 4 курса.

Рецензент:

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



Кобесов Н.В

Кобесов Н.В. Кобесов
наверное начальником отдела кадров
ГБУЗ РКЦФП МЗ РСО-АЛАНИЯ
Менделеева Е.С.



Паспорт оценочных материалов
по дисциплине: «Фтизиатрия».

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов (всего)	Код формируемых компетенций	Наименование оценочного средства
1	2	3	4	5
Вид контроля	Текущий /Промежуточный			
1.	Входной контроль. Эпидемиология туберкулеза	20	ПК-5,ПК-8	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
2.	Профилактика туберкулеза	15	ПК-5,ПК-8	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
3.	Туберкулино- и лабораторная диагностика туберкулеза	18	ПК-5,ПК-8	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
4.	Первичный туберкулез легких	20	ПК-5,ПК-8	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
5.	Диссеминированный туберкулез легких	21	ПК-5,ПК-8	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
6.	Очаговый туберкулез легких	20	ПК-5,ПК-8	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
7.	Инфильтративный туберкулез легких	20	ПК-5,ПК-8	тестовый контроль, вопросы к модулю,

				вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
8.	Туберкулема	20	ПК-5,ПК-8	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
9.	Деструктивный туберкулез легких	20	ПК-5,ПК-8	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
10.	Цирротический туберкулез легких	17	ПК-5,ПК-8	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
11.	Туберкулезный плеврит	20	ПК-5,ПК-8	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
12.	Лечение туберкулеза легких	20	ПК-5,ПК-8	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.

Вопросы к модулю

Вопросы к модулю №1

1. Теоретические основы фтизиатрии.
2. Пути распространения микобактерий при туберкулёзе.
3. Методы исследования мокроты на микобактерии туберкулеза.
4. Клинический анализ крови больных туберкулезом.
5. Показания и противопоказания к постановке Манту.
6. Туберкулез слизистой оболочки рта.
7. Туберкулез языка.
8. Туберкулез твердого и мягкого неба.
9. Туберкулез слизистых оболочек губ и щек.
10. Туберкулез миндалин.
11. Возбудитель туберкулеза, методы микробиологической диагностики.
12. Профилактика туберкулеза.
13. Туберкулез глотки.
14. Туберкулез лобной кости.
15. Туберкулез скуловой кости.
16. Прогрессирующий артрит.
17. Хронический деструктивный артрит.
18. Туберкулез тканей периодонта.
19. Туберкулез слюнных желез.
20. Лечение туберкулеза челюстно-лицевой области.

Вопросы к зачету

1. Виды микобактерий туберкулеза. Свойства МБТ.
2. Пути распространения микобактерий при туберкулезе.
3. Методы исследования мокроты на микобактерии туберкулеза.
4. Клинический анализ крови больных туберкулезом.
5. Показания и противопоказания к постановке Манту.
6. Туберкулез слизистой оболочки рта.
7. Туберкулез языка.
8. Туберкулез твердого и мягкого неба.
9. Туберкулез слизистых оболочек губ и щек.
10. Туберкулез миндалин.
11. Туберкулез глотки.
12. Туберкулез лобной кости.
13. Туберкулез скуловой кости.
14. Прогрессирующий артрит.
15. Хронический деструктивный артрит.
16. Туберкулез тканей периодонта.
17. Туберкулез слюнных желез.
18. Лечение туберкулеза челюстно-лицевой области.
19. Особенности оказания стоматологической помощи больным туберкулезом легких.
20. Социальная профилактика туберкулеза.
21. Группы риска заболевания туберкулезом.
22. Химиопрофилактика.
23. Патогенез туберкулеза первичного периода.
24. Методы выявления туберкулеза в различных возрастных группах
25. Организационные формы лечения больного туберкулезом
26. Санитарная профилактика туберкулеза. Классификация очагов туберкулезной инфекции.
27. Латентная туберкулезная инфекция (определение, тактика)
28. Туберкулома: классификация. клиника, диагностика
29. Клиническая классификация туберкулеза
30. Казеозная пневмония, диагностика, лечение и дифференциальная диагностика.
31. Туберкулезный плеврит, виды, особенности патогенеза и клиники, дифференциальная диагностика.
32. Туберкулез периферических лимфатических узлов
33. Туберкулез и ВИЧ-инфекция
34. Спонтанный пневмоторакс: клиника, диагностика, неотложные мероприятия
35. Легочное кровотечение – этиология, патогенез, классификация, клинические проявления. Диагностика и тактика на до госпитальном и госпитальном этапах.
36. Подострый и хронический диссеминированный туберкулез – патогенез, особенности течения и клиники. Диагностика, лечение.
37. Очаговый туберкулез: патогенез, классификация, клиническая картина, особенности диагностики, определение активности.
38. Инфильтративный туберкулез – классификация, клинические формы. Диагностика и дифференциальная диагностика.

39. Понятие «вираж туберкулиновой чувствительности»: определение, значение. Тактика ведения детей с виражем.
40. Неотложные состояния при туберкулезе органов дыхания.
41. Туберкулез и материнство.
42. Цирротический туберкулез легких.
43. Принципы лечения деструктивного туберкулеза легких.
44. Факторы, играющие решающую роль в заболевании человека туберкулезом.
45. Диссеминированный туберкулез легких.
46. Гигиено-диетический режим больных туберкулезом.
47. Методика определения «виража», гиперергической и нарастающей аллергии и врачебная тактика при них.
48. Осложнения туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов.
49. Санитарная профилактика туберкулеза.
50. Под «маской» каких заболеваний чаще всего протекает туберкулез.
51. Дифференциальная диагностика.
52. «Вираж» туберкулиновой реакции и врачебная тактика при нем.
53. Хирургическое лечение туберкулеза легких. Показания и противопоказания.
54. Ателектаз легкого при туберкулезе. Патогенез, клиника и лечение.
55. Побочные действия противотуберкулезных препаратов и мероприятия при них.
56. Искусственный пневмоторакс и пневмоперитонеум: показания и методика.
57. Методы активного выявления туберкулеза.
58. Патологическая анатомия туберкулеза.
59. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов: патогенез, клиника, диагностика, лечение.
60. Этапы развития учения о туберкулезе.
61. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков.
62. Химиопрофилактика туберкулеза.
63. Туберкулиновые пробы, цель их применения.
64. Туберкулезный менингит. Патогенез, клиника, диагностика и лечение.
65. Методы профилактики туберкулеза.
66. Источники и пути заражения человека туберкулезом.
67. Ранняя туберкулезная интоксикация у детей и подростков. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение.
68. Туберкулез органов брюшной полости (абдоминальный туберкулез). Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
69. Клиническая классификация туберкулеза.
70. Казеозная пневмония. Патогенез, клиника, лечение.

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

Кафедра фтизиопульмонологии
Факультет стоматологический
Дисциплина фтизиатрия

Курс 4

Ситуационная задача № 1

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

Объективно: кожные покровы чистые. Со стороны внутренних органов без особенностей.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Анализы крови, мочи в норме.

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

Врачебная тактика. Группа диспансерного учета

Зав.кафедрой, доцент

О.З.Басиева

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

Кафедра фтизиопульмонологии
Факультет стоматологический
Дисциплина фтизиатрия

Курс 4

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 стоматологический
Дисциплина фтизиатрия

Курс 4

Ситуационная задача № 3

Пациент 48 лет в прошлом перенес туберкулез легких и снят с учета по выздоровлению. При профилактическом обследовании рентгенологически выявлены изменения: во 2 сегменте правого легкого тонкостенная кольцевидная тень 3*2 см в диаметре с четкими внутренними и наружными контурами. В окружающей легочной ткани единичные очаги слабой интенсивности без четких контуров, в верхушечном сегменте 2 плотных очага с четкими контурами до 0,5 см. В мокроте обнаружены МБТ.

Гемограмма: СОЭ - 29 мм/час, л - 6,0-10⁹/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 стоматологический
Дисциплина фтизиатрия

Курс 4

Ситуационная задача № 4

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

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

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

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

Диагноз. Укажите вид лекарственной устойчивости.

Зав.кафедрой, доцент

О.З.Басиева

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

Кафедра фтизиопульмонологии
Факультет стоматологический
Дисциплина фтизиатрия

Курс 4

Ситуационная задача № 5

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

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

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

Поставьте диагноз.

Зав.кафедрой, доцент

О.З.Басиева

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

Кафедра фтизиопульмонологии
Факультет стоматологический
Дисциплина фтизиатрия

Курс 4

Ситуационная задача № 6

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

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

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

Поставьте диагноз. Группа диспансерного учета. Лечение.

Зав.кафедрой, доцент

О.З.Басиева

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

Кафедра фтизиопульмонологии
Факультет стоматологический
Дисциплина фтизиатрия

Курс 4

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 стоматологический
Дисциплина фтизиатрия

Курс 4

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 стоматологический
Дисциплина фтизиатрия

Курс 4

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 - $9,5-10^9$ /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 стоматологический
Дисциплина фтизиатрия

Курс 4

Ситуационная задача № 10

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

Врачебная тактика.

Зав.кафедрой, доцент

О.З.Басиева

Кейс 1

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

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

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

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

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

Биохимический анализ крови: показатели в пределах референсных значений. ЭКГ: ритм синусовый. Горизонтальная ЭОС.

Рентгенография органов грудной клетки: внутригрудная лимфаденопатия.

Вопрос:

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

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

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

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

3. Заключение по представленным показателям спирометрии следующее



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

Кейс 2

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

№ Стом-16

**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 31.05.03 Стоматология утвержденной
17.04.2024 г.

для студентов _____ курса _____

по специальности 31.05.03 Стоматология _____

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	ПК-5,ПК-8	10	27-39
2.	Эпидемиология туберкулеза	ПК-5,ПК-8	10	27-39
3.	Профилактика туберкулеза	ПК-5,ПК-8	10	27-39
4.	Туберкулино- и лабораторная диагностика туберкулеза	ПК-5,ПК-8	10	27-39
5.	Первичный туберкулез легких	ПК-5,ПК-8	10	27-39
6.	Диссеминированный туберкулез легких	ПК-5,ПК-8	10	27-39
7.	Очаговый туберкулез легких	ПК-5,ПК-8	10	27-39
8.	Инфильтративный туберкулез легких	ПК-5,ПК-8	10	27-39
9.	Туберкулема	ПК-5,ПК-8	5	27-39
10.	Деструктивный туберкулез легких	ПК-5,ПК-8	5	27-39
11.	Цирротический туберкулез легких	ПК-5,ПК-8	5	27-39
12.	Туберкулезный плевры	ПК-5,ПК-8	10	27-39
13.	Лечение больных туберкулезом	ПК-5,ПК-8	10	27-39

Входной контроль уровня подготовки обучающихся

1. Оптимальный температурный режим для активного размножения микобактерий туберкулеза:
 - 1) 20-25°C
 - 2) 37-38°C
 - 3) 42-45°C
 - 4) 50-55°C
2. Температурный режим, при котором происходит гибель микобактерий туберкулеза при 15-минутном воздействии:
 - 1) (-140°C)
 - 2) (0°C)
 - 3) (+60°C)
 - 4) (+100°C)
3. Вид лучистой энергии, к которой высокочувствительны микобактерии туберкулеза при воздействии в течение часа:
 - 1) инфракрасное солнечное излучение
 - 2) ультрафиолетовое солнечное излучение
 - 3) постоянное и переменное магнитное поле
 - 4) радиоактивное излучение
4. Оптимальный срок роста культуры микобактерий туберкулеза на плотной питательной среде Левенштейна-Йенсена:
 - 1) 2-3 дня
 - 2) 2 недели
 - 3) 1-1,5 месяца
 - 4) 2,5-3 месяца
5. Наиболее опасный вид контакта с пациентом открытой формой туберкулеза, способствующий заражению:
 - 1) семейный
 - 2) бытовой
 - 3) производственный
 - 4) постельный
6. Наиболее качественный и информативный способ получения патологического материала у пациентов с заболеваниями легких на МБТ и вторичную флору:
 - 1) при естественном откашливании мокроты
 - 2) при целенаправленной бронхоскопии
 - 3) при интратрахеальном смыве с бронхов
 - 4) с помощью провоцирующих ингаляций
7. Метод общедоступной и срочной лабораторной диагностики МБТ, выполнимый в любом лечебно-профилактическом учреждении:
 - 1) бактериоскопия методом флотации
 - 2) прямая бактериоскопия
 - 3) бактериологическое исследование
 - 4) люминесцентная бактериоскопия
8. Наиболее результативный метод лабораторной диагностики на МБТ:
 - 1) люминесцентная бактериоскопия

- 2) прямая бактериоскопия
- 3) бактериологический метод с типированием возбудителя
- 4) бактериоскопия методом флотации
- 9. Наиболее распространенным методом выявления КУБ является:
 - 1) бактериоскопический
 - 2) бактериологический
 - 3) биологический
 - 4) ПЦР
- 10. Основной путь заражения туберкулезом человека:
 - 1) внутриутробный
 - 2) алиментарный
 - 3) ингаляционный (аэрогенный)
 - 4) контактный

Раздел 2

- 11. Что представляет собой туберкулин?
 - 1) убитые МБТ с целостным морфологическим строением
 - 2) фильтрат автоклавированной культуры МБТ с продуктами жизнедеятельности
 - 3) культура патогенных МБТ
 - 4) живая, но ослабленная культура МБТ
- 12. К группе лиц повышенного развития заболевания туберкулезом детей для проведения туберкулинодиагностики относят:
 - 1) детей из очага туберкулезной инфекции
 - 2) всех детей дошкольных учреждений
 - 3) ВИЧ-инфицированных детей
 - 4) детей из неполных семей
- 13. Противопоказаниями для постановки пробы Манту с 2 ТЕ 1111Д-Л являются:
 - 1) эпилепсия
 - 2) беременность
 - 3) БЦЖ-вакцинация в анамнезе
 - 4) заболевание туберкулезом родителей
- 14. Какова активность туберкулина в объеме 0,1 мл при массовой постановке пробы Манту у детей и подростков?
 - 1) 1ТЕ
 - 2) 2ТЕ
 - 3) 5ТЕ
 - 4) 10ТЕ
- 15. Какой метод введения туберкулина является общепринятым в настоящее время при массовой туберкулинодиагностике?
 - 1) накожный
 - 2) внутрикожный
 - 3) подкожный
 - 4) внутривенный
- 16. С какого размера папулы пробу Манту с 2ТЕ ППД-Л принято считать положительной?
 - 1) с 2 мм
 - 2) с 5 мм
 - 3) с 12 мм

- 4) с 17 мм
17. С какого размера папулы пробу Манту с 2ТЕ 1111Д-Л принято считать гиперергической у детей и подростков?
- 1) с 12 мм
- 2) с 17 мм
- 3) с 21 мм
- 4) с 25 мм
18. В каком случае имеет место «вираж» туберкулиновой пробы Манту с 2ТЕ 1111Д-Л?
- 1) папула 6 мм (год назад - 10 мм после вакцинации)
- 2) папула 10 мм (год назад проведена ревакцинация БЦЖ после отрицательной пробы)
- 3) папула 12 мм (год назад - проба отрицательная, вакцинация БЦЖ в роддоме 5 лет назад)
- 4) папула 2 мм (вакцинация БЦЖ в прошлом)
19. В какой возрастной группе выше риск заболевания туберкулезом в случае первичного инфицирования организма человека (наступившего «виража»)?
- 1) 1-3 года
- 2) 4-11 лет
- 3) 12-17 лет
- 4) 18-25 лет
20. В какой срок после постановки пробы Манту производится оценка ее результатов?
- 1) через 12 часов
- 2) через 24 часа
- 3) через 48 часов
- 4) через 72 часа

Раздел 3

21. При каких показателях папулы при постановке пробы Манту с 2ТЕ 1111Д-Л дети и подростки подлежат срочному углубленному обследованию на туберкулез?
- 1) 17 мм и выше
- 2) 10 мм и выше
- 3) 5 мм и выше
- 4) «0» мм
22. При каких показателях папулы при постановке пробы Манту с 2ТЕ 1П1Д-Л дети подлежат селективной ревакцинации БЦЖ в 7 лет?
- 1) 17 мм и выше
- 2) 12 мм и выше
- 3) 5 мм и выше
- 4) отрицательная проба
23. Противопоказания для постановки пробы Манту с 2ТЕ 11Д-Л:
- 1) положительная проба Манту в анамнезе
- 2) перенесенный туберкулез в анамнезе
- 3) кожные и аллергические заболевания
- 4) острые и хронические инфекционные заболевания в период обострения
24. Метод введения 50-100 ТЕ туберкулина при диагностической пробе Коха:
- 1) накожный
- 2) внутрикожный
- 3) подкожный
- 4) внутримышечный

25. Основной метод рентгенологической диагностики заболеваний органов грудной клетки в пульмонологической клинике:
- 1) стационарная среднеформатная флюорография
 - 2) обзорная рентгенография в 2-х проекциях (прямая и боковая)
 - 3) рентгеноскопия
 - 4) томография
26. Оценка правильности технического исполнения обзорной рентгенограммы легких в прямой проекции по «жесткости» рентгеновских лучей:
- 1) не определяется ни одного позвонка
 - 2) определяется отдельно только три верхних грудных позвонка
 - 3) определяются отдельно шесть верхних грудных позвонков
 - 4) все грудные позвонки четко определяются
27. Проекция шестого сегмента (С₆) правого легкого на обзорной рентгенограмме:
- 1) выше переднего отрезка 2 ребра
 - 2) в средней зоне легочного поля латерально (субкортикально)
 - 3) в средней зоне легочного поля медиально (ближе к корню)
 - 4) ниже переднего отрезка 4 ребра (над диафрагмой)
28. Проекция средней доли (С₄ и С₅) в правом легком на обзорной рентгенограмме:
- 1) в средней зоне легочного поля латерально
 - 2) в средней зоне легочного поля медиально
 - 3) в нижней зоне легочного поля латерально
 - 4) в нижней зоне легочного поля медиально
29. Проекция верхней доли (С₁-С₅) в левом легком на обзорной рентгенограмме:
- 1) от верхушки до 2 ребра
 - 2) от верхушки до 3 ребра
 - 3) от верхушки до 4 ребра
 - 4) от верхушки до диафрагмы
30. Какие сегменты легких наиболее часто поражаются при вторичных формах туберкулеза?
- 1) С₁+С₂
 - 2) С₃
 - 3) С₄+С₅
 - 4) С₈

Раздел 4

31. Обозначение в клиническом диагнозе локализации туберкулезного процесса в легких:
- 1) по долям и сегментам
 - 2) по полям
 - 3) по ребрам
 - 4) по межреберьям
32. Сколько сегментов включает верхняя доля левого легкого?
- 1) пять
 - 2) четыре
 - 3) три
 - 4) два
33. Сколько сегментов включает верхняя доля правого легкого?
- 1) два
 - 2) три

- 3) четыре
4) пять
34. Рентгенологические параметры очаговых теней крупных размеров:
1) до 3 мм
2) от 3 до 6 мм
3) от 6 до 10-15 мм
4) от 15 до 20 мм
35. Рентгенологические параметры фокусных теней средних размеров:
1) от 0,5 до 1,0 см
2) от 1 до 2 см
3) от 2 до 4 см
4) от 4 до 6 см
36. Интенсивность свежих, недавно возникших, очаговых тене- образований в легких туберкулезной этиологии:
1) высокая
2) малая
3) различная
4) средняя
37. Основная цель томографии в комплексном рентгенологическом обследовании больных туберкулезом легких:
1) определение места локализации поражения
2) определение размера выявленных теней
3) выявление участков деструкции в легких
4) определение интенсивности выявленных теней
38. Рентгенологическая характеристика активного туберкулезного процесса с прогрессирующим течением:
1) фокус затенения слабой интенсивности с кольцевидным просветлением внутри и немногочисленными очагами вокруг
2) группа очаговых теней в С₁ и С₂ справа слабой интенсивности гомогенной структуры
3) средней интенсивности фокус затенения с участками уплотнения
4) высокой интенсивности фокус затенения крупных размеров с участками обызвествления
39. Нехарактерный рентгенологический признак для туберкулемы:
1) круглая тень размером 4 см с четкими контурами и эксцентрическим просветлением
2) круглая тень размером 2 см с четкими контурами
3) округлый фокус затенения высокой интенсивности 3 см в диаметре неоднородной структуры с включением участков обызвествления
4) округлая изолированная тонкостенная полость без явлений инфильтрации и фиброза в окружающей легочной ткани
40. Какая фаза туберкулезного процесса (кроме других) обязательно отражается в заключительном диагнозе при заживлении каверны?
1) рассасывания
2) уплотнения
3) рубцевания
4) обызвествления

Раздел 5

41. Самая распространенная в настоящее время клиническая форма туберкулеза легких среди вновь выявленных пациентов:

- 1) очаговая
 - 2) диссеминированная
 - 3) инфильтративная
 - 4) туберкулема
42. Какая форма туберкулеза легких занимает промежуточное положение между свежими и далеко зашедшими хроническими формами?
- 1) кавернозная
 - 2) диссеминированная
 - 3) инфильтративная
 - 4) фиброзно-кавернозная
43. При какой форме туберкулеза легких чаще наблюдаются внелегочные локализации туберкулеза?
- 1) очаговой
 - 2) диссеминированной
 - 3) туберкулеме
 - 4) кавернозной
44. Что представляет собой вакцина БЦЖ?
- 1) культуру патогенных МБТ
 - 2) убитые МБТ
 - 3) живую, но ослабленную культуру МБТ
 - 4) продукты жизнедеятельности МБТ
45. Какой метод введения вакцины БЦЖ является общепринятым в настоящее время при вакцинации и ревакцинации детей и подростков?
- 1) пероральный
 - 2) накожный
 - 3) внутрикожный
 - 4) подкожный
46. Чем отличается вакцина БЦЖ-М от вакцины БЦЖ-1?
- 1) еще более ослаблен вакцинный штамм БЦЖ
 - 2) прививочная доза увеличена в 2 раза
 - 3) прививочная доза уменьшена в 2 раза
 - 4) ни чем не отличается, кроме фирменного знака
47. Особенности противотуберкулезной вакцинации в родильном доме недоношенных детей с весом от 2000 г. до 2500 г.:
- 1) не прививают
 - 2) прививают вакциной БЦЖ-1
 - 3) прививают вакциной БЦЖ-М
 - 4) отсрочка вакцинации до достижения нормального веса
48. К местным осложнениям БЦЖ-вакцинации относят:
- 1) холодный абсцесс
 - 2) узловатая эритема
 - 3) келоидный рубец
 - 4) фурункулез
49. Нормальные сроки появления прививочного инфильтрата у новорожденных после введения вакцины БЦЖ-1:
- 1) через 72 часа
 - 2) через неделю
 - 3) через 4-6 недель

- 4) к концу 2 месяца
50. Сроки формирования искусственного противотуберкулезного иммунитета при вакцинации новорожденного:
- 1) через 1-2 недели
- 2) через 2 месяца
- 3) через 4 месяца
- 4) через 6 месяцев

Раздел 6

51. Противопоказаниями для ревакцинации БЦЖ являются:
- 1) перенесенный туберкулез
- 2) острые и обострения хронических заболеваний
- 3) предварительная отрицательная проба Манту с 2ТЕ ППД-Л
- 4) предварительная положительная проба Манту с 2ТЕ ППД-Л
52. Сроки ревакцинации БЦЖ в Республике Беларусь туберкулиноотрицательных детей из групп риска:
- 1) в возрасте 3 лет
- 2) в возрасте 5 лет
- 3) в возрасте 7 лет
- 4) в возрасте 10 лет
53. Каким противотуберкулезным препаратом, как правило, проводится медикаментозная профилактика с целью предупреждения заболевания туберкулезом?
- 1) пиразинамидом
- 2) изониазидом или фтивазидом (препараты группы ГИНК)
- 3) рифампицином
- 4) этамбутолом
54. Кто нуждается в проведении обязательной медикаментозной профилактики изониазидом?
- 1) лица с малыми остаточными туберкулезными изменениями
- 2) взрослые лица, находящиеся в контакте с пациентом закрытой формой туберкулеза
- 3) дети, находящиеся в контакте с бактериовыделителем
- 4) дети с положительной пробой Манту в течение 3-х лет
55. Укажите противопоказания к химиопрофилактике препаратами группы ГИНК у детей из очагов туберкулезной инфекции:
- 1) артериальная гипертензия
- 2) язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки
- 3) эпилепсия
- 4) сахарный диабет
56. Самый важный критерий, определяющий степень эпидемиологической опасности очага туберкулезной инфекции:
- 1) жилищно-бытовые условия данной семьи
- 2) материальная обеспеченность семьи
- 3) санитарный и культурный уровень семьи
- 4) массивность бактериовыделения у пациента туберкулезом
57. Наиболее важный источник туберкулезной инфекции:
- 1) мокрота пациента
- 2) молоко от больных животных
- 3) остатки пищи пациента

- 4) посуда, которой пользовался пациент
58. Наиболее важный фактор, снижающий сопротивляемость организма к туберкулезной инфекции:
- 1) курение
 - 2) недостаточность питания
 - 3) употребление алкоголя
 - 4) простудные заболевания
59. С какого мероприятия желательно начинать выполнение комплекса нижеперечисленных экстренных противоэпидемических мер по оздоровлению очага туберкулезной инфекции?
- 1) изоляция бактериовыделителя и прекращение контакта со здоровыми лицами до абациллирования пациента
 - 2) регулярное обследование контактирующих лиц на туберкулез
 - 3) проведение химиофилактики всем здоровым членам семьи
 - 4) проведение текущей и заключительной дезинфекции
60. Кто выполняет текущую дезинфекцию в очагах туберкулезной инфекции?
- 1) участковый врач-терапевт с медицинской сестрой
 - 2) участковый врач-фтизиатр с медицинской сестрой
 - 3) дезинфекционный отдел Центра гигиены и эпидемиологии
 - 4) члены данной семьи и сам пациент туберкулезом

Раздел 7

61. Кто выполняет заключительную дезинфекцию в очагах туберкулезной инфекции?
- 1) участковый врач-терапевт с медицинской сестрой
 - 2) участковый врач-фтизиатр с медицинской сестрой
 - 3) дезинфекционный отдел Центра гигиены и эпидемиологии
 - 4) члены данной семьи и сам пациент туберкулезом
62. Наиболее достоверный метод диагностики туберкулеза легких:
- 1) рентгенография органов дыхания:
 - 2) бактериоскопия мокроты по обнаружению КУБ
 - 3) туберкулиновая проба
 - 4) общий анализ периферической крови
63. Сколько минимально микроскопических исследований мокроты на МБТ необходимо, как правило, выполнять при диагностике туберкулеза легких в случае не обнаружения возбудителя?
- 1) одно исследование
 - 2) два исследования
 - 3) три исследования
 - 4) четыре исследования и больше
64. Основной массовый метод выявления туберкулеза легких среди взрослого населения Республики Беларусь в настоящее время:
- 1) туберкулинодиагностика по пробе Манту с 2ТЕ Ш1Д-Л
 - 2) флюорография (стационарная и передвижная)
 - 3) рентгенография в различных проекциях органов грудной клетки
 - 4) исследование мокроты на МБТ
65. Наиболее эффективные варианты организации рентгенофлюорографического обследования населения на туберкулез:
- 1) групповые (выборочные) флюорографические обследования
 - 2) сплошные (массовые) флюорографические обследования
 - 3) максимальный охват рентгенофлюорографическими обследованиями населения при

обращении в ЛПУ

- 4) рациональное использование всех вышеуказанных вариантов
66. Частота профилактического флюорографического обследования большинства населения при благоприятной эпидемиологической обстановке по туберкулезу:
- 1) не реже 2 раз в год
 - 2) не реже 1 раза в год
 - 3) не реже 1 раза в два года
 - 4) не реже 1 раза в три года
67. Частота профилактического флюорографического обследования большинства населения при неблагоприятной эпидемиологической обстановке по туберкулезу:
- 1) не реже 2 раз в год
 - 2) не реже 1 раза в год
 - 3) не реже 1 раза в два года
 - 4) не реже 1 раза в три года
68. Частота профилактического флюорографического обследования большинства населения при напряженной эпидемиологической обстановке по туберкулезу:
- 1) не реже 2 раз в год
 - 2) не реже 1 раза в год
 - 3) не реже 1 раза в два года
 - 4) не реже 1 раза в три года
69. Какова частота рентгенофлюорографического обследования с профилактической целью основной части взрослого населения Республики Беларусь (кроме обязательных контингентов, и лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом) в настоящее время?
- 1) не реже 1 раза в 6 месяцев
 - 2) ежегодно
 - 3) не реже 1 раза в 2 года
 - 4) не реже 1 раза в 3 года
70. Частота флюорографического обследования лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом:
- 1) не реже 2 раз в год
 - 2) не реже 1 раза в год
 - 3) не реже 1 раза в два года
 - 4) не реже 1 раза в три года

Раздел 8

71. Частота флюорографического обследования «обязательных» контингентов:
- 1) не реже 2 раз в год
 - 2) не реже 1 раза в год
 - 3) не реже 1 раза в два года
 - 4) не реже 1 раза в три года
72. С каким заболеванием пациенты не включаются в группу повышенного риска по заболеванию туберкулезом?
- 1) гипертоническая болезнь
 - 2) язвенная болезнь желудка
 - 3) силикоз легких
 - 4) хроническая обструктивная болезнь легких
73. Какие контингенты среди населения Республики Беларусь не подлежат обязательным ежегодным рентгенологическим осмотрам в настоящее время?
- 1) работники детских дошкольных учреждений

- 2) работники лечебно-профилактических учреждений
 - 3) учащиеся старших классов средней школы
 - 4) работники молочно-товарных и животноводческих ферм
74. Кого из указанных категорий населения не относят к обязательным контингентам?
- 1) работников детских учреждений
 - 2) рентгеноположительных лиц
 - 3) работников пищевых предприятий
 - 4) лиц, проживающих в общежитиях
75. Сколько лет должны храниться в ЛПУ по месту жительства данные нормальных рентгенофлюорографических исследований населения?
- 1) не менее года
 - 2) не менее 2 лет
 - 3) не менее 3 лет
 - 4) не менее 5 лет

Раздел 9

76. В какой группе диспансерного учета (ГДУ) должны наблюдаться вновь выявленные пациенты с деструктивными изменениями в легких и бактериовыделением с сохраненной лекарственной чувствительностью?

- 1) 1-А ГДУ
- 2) 1-Б ГДУ
- 3) 2 ГДУ
- 4) 3 ГДУ

77. В какой группе диспансерного учета (ГДУ) должны наблюдаться лица, клинически излеченные от туберкулеза органов дыхания с лекарственно-чувствительными формами МБТ?

- 1) 1-А ГДУ
- 2) 2-Б ГДУ
- 3) 3-А ГДУ
- 4) 4-А ГДУ

78. Группа диспансерного учета (ГДУ) детей и подростков, у которых выявлен «Виразж»:

- 1) 1-А ГДУ
- 2) 3-Б ГДУ
- 3) 4-А ГДУ
- 4) 6-А ГДУ

79. Группа диспансерного учета (ГДУ) детей и подростков, заболевших первичным туберкулезным комплексом без бактериовыделения:

- 1) 1-А ГДУ
- 2) 2-В ГДУ
- 3) 3-А ГДУ
- 4) 5-А ГДУ

80. Группа диспансерного учета (ГДУ) пациентов, у которых проведено не менее двух курсов противотуберкулезного лечения, закончившихся неудачей:

- 1) 1-А ГДУ
- 2) 2-В ГДУ
- 3) 2-А ГДУ
- 4) 2-Б ГДУ

5) Раздел 10

81. Группа диспансерного учета (ГДУ) впервые выявленных лиц с МЛУ:
- 1) 1-А ГДУ
 - 2) 2-В ГДУ
 - 3) 2-А ГДУ
 - 4) 2-Б ГДУ
82. Группа диспансерного учета (ГДУ) здоровых лиц, контактирующих с пациентом-бактериовыделителем:
- 1) 1 А ГДУ
 - 2) 2 А ГДУ
 - 3) 3 А ГДУ
 - 4) 4 А ГДУ
83. Как назвать вспышку туберкулезного процесса у пациента туберкулезом легких, состоящего в 1-В группе диспансерного учета?
- 1) новое заболевание
 - 2) обострение
 - 3) ранний рецидив
 - 4) поздний рецидив
84. Как назвать вспышки туберкулезного процесса у излеченных от туберкулеза лиц, состоящих на учете в 3 группе диспансерного учета?
- 1) новое заболевание
 - 2) обострение
 - 3) рецидив
 - 4) прогрессирование заболевания
85. Врачи какой специальности должны активно выявлять пациентов с подозрением на туберкулез?
- 1) терапевты
 - 2) педиатры
 - 3) фтизиатры
 - 4) любой врачебной специальности

Раздел 11

86. Максимальная продолжительность выдачи больничного листа по временной нетрудоспособности стационарному пациенту туберкулезом по согласованию с ВКК, но без решения МРЭК:
- 1) до 2-х месяцев
 - 2) до 4-х месяцев
 - 3) до 6-ти месяцев
 - 4) до 10-ти месяцев
87. Показания для направления пациентов туберкулезом на МРЭК с целью установления группы инвалидности:
- 1) необходимость продолжения лечения более 6 месяцев с положительной динамикой туберкулезного процесса
 - 2) сохранение каверны в легком после 4 месяцев лечения
 - 3) после эффективного хирургического лечения без нарушений функции дыхания
 - 4) при выявлении пациента с запущенной формой туберкулеза и неэффективности лечения в течение 3-4 месяцев
88. Наиболее частая причина установления 2-й группы инвалидности пациенту туберкулезом легких при недостаточной эффективности основного курса химиотерапии:
- 1) нестойкое абациллирование мокроты

- 2) сохранение полости без дыхательной недостаточности
 - 3) наличие полости и фиброза с явлениями легочно-сердечной недостаточности 2 степени
 - 4) периодически появляющиеся непродолжительные кровохарканья без симптомов дыхательной недостаточности
89. Каким двум наиболее эффективным противотуберкулезным препаратам отдается предпочтение на всех этапах лечения пациентов туберкулезом (по методике ВОЗ)?
- 1) левофлоксацин + этамбутол
 - 2) изониазид + рифампицин
 - 3) ПАСК + тибон
 - 4) пипразинамид + этионамид

Раздел 11

90. Наиболее верная тактика врача при выявлении высокой степени лекарственной устойчивости МБТ к изониазиду:
- 1) заменить на фтивазид
 - 2) назначить изониазид внутривенно
 - 3) отменить изониазид и назначить вместо него 2 препарата из группы резерва
 - 4) увеличить суточную дозу изониазида
91. В какой ситуации устойчивость МБТ к двум препаратам следует расценивать как множественную лекарственную устойчивость?
- 1) изониазид+рифампицин
 - 2) изониазид+левофлоксацин
 - 3) рифампицин+этамбутол
 - 4) рифампицин+этионамид
92. Какой противотуберкулезный препарат может приводить к развитию ретробульбарного неврита?
- 1) изониазид
 - 2) рифампицин
 - 3) этамбутол
 - 4) пипразинамид
93. Какие два противотуберкулезных препарата нельзя применять одновременно при лечении пациента?
- 1) изониазид+фтивазид
 - 2) рифампицин+изониазид
 - 3) этамбутол+пипразинамид
 - 4) левофлоксацин+рифампицин
94. Назовите наиболее эффективный препарат при лечении пациентов туберкулезом:
- 1) изониазид
 - 2) левофлоксацин
 - 3) рифампицин
 - 4) этионамид
95. Назовите абсолютные противопоказания для назначения изониазида:
- 1) сердечная недостаточность
 - 2) дыхательная недостаточность
 - 3) снижение слуха
 - 4) эпилепсия

Пояснение:

Раздел 12

96. Назовите жизненно важные противотуберкулезные препараты:
- 1) изониазид
 - 2) ПАСК
 - 3) левофлоксацин
 - 4) пиразинамид
97. Какое сочетание противотуберкулезных препаратов неприемлемо?
- 1) этионамид+протионамид
 - 2) изониазид+ПАСК
 - 3) изониазид+левофлоксацин
 - 4) изониазид+канамицин
98. Назовите основное побочное действие изониазида:
- 1) ототоксичность
 - 2) нейротоксичность
 - 3) дисбактериоз
 - 4) нефротоксичность
99. Длительность интенсивной фазы курса химиотерапии у пациентов 1-ой клинической категории согласно рекомендациям ВОЗ:
- 1) 4 месяца
 - 2) 6 месяцев
 - 3) 8 месяцев
 - 4) 2 месяца
100. Какое количество химиопрепаратов необходимо назначить в первые два месяца лечения пациентам с ограниченной (малой) формой туберкулеза без деструкции в легких и без бактериовыделения?
- 1) два препарата
 - 2) три препарата
 - 3) четыре препарата
 - 4) пять препаратов