

№ МПД-19

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 Фтизиопульмонология

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –  
программы специалитета по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело,  
утвержденной 17.04.2024 г.

для студентов 6 курса

по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело

**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)
  - билеты к зачету

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

**РЕЦЕНЗИЯ**

**на оценочные материалы**

**по дисциплине «Фтизиопульмонологии»**

**для студентов 6 курса медико-профилактического факультета.**

**по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело.**

Оценочные материалы составлены на кафедре фтизиатрии на основании рабочей программы учебной дисциплины и соответствуют требованиям ФГОС ВО по специальности 32.05.01 «Медико-профилактическое дело».

Оценочные материалы включает в себя:

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

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

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

Эталоны тестовых заданий включают в себя следующие элементы: тестовые задания, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины «Фтизиопульмонологии» 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. Эталоны 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. Билеты к зачету выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. 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 «Фтизиопульмонологии» способствует качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый оценочные материалы по дисциплине «Фтизиопульмонологии» может быть рекомендован к использованию для промежуточной аттестации на медико-профилактическом факультете у обучающихся студентов 6 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**

**РЕЦЕНЗИЯ**

**на оценочные материалы**

**по дисциплине «Фтизиопульмонологии»**

**для студентов 6 курса медико-профилактического факультета.**

**по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело.**

Оценочные материалы составлены на кафедре фтизиатрии на основании рабочей программы учебной дисциплины и соответствуют требованиям ФГОС ВО по специальности 32.05.01 «Медико-профилактическое дело».

Оценочные материалы включает в себя:

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

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

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 «Фтизиопульмонологии» 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. Билеты к зачету выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. 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 «Фтизиопульмонологии» способствует качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый оценочные материалы по дисциплине «Фтизиопульмонологии» может быть рекомендован к использованию для промежуточной аттестации на медико-профилактическом факультете у обучающихся студентов 6 курса.

**Рецензент:**

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



Кобесов Н.В

*Кобесов Н.В. Кобесову  
Наверное начальнику отдела кадров  
ГБУЗ РКЦФП МЗ РСО-АЛАНИЯ  
Цетсикова Е.С.*



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

<b>№</b>	<b>Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля</b>	<b>Количество тестов (всего)</b>	<b>Код формируемых компетенций</b>	<b>Наименование оценочного средства</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Вид контроля</b>	<b>Текущий /Промежуточный</b>			
1.	Входной контроль. Эпидемиология туберкулеза		УК-1,ОПК-5,ОПК-1,ПКО-2	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
2.	Профилактика туберкулеза		УК-1,ОПК-5,ОПК-1,ПКО-2	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
3.	Туберкулино- и лабораторная диагностика туберкулеза		УК-1,ОПК-5,ОПК-1,ПКО-2	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
4.	Первичный туберкулез легких		УК-1,ОПК-5,ОПК-1,ПКО-2	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
5.	Диссеминированный туберкулез легких		УК-1,ОПК-5,ОПК-1,ПКО-2	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
6.	Очаговый туберкулез легких		УК-1,ОПК-5,ОПК-1,ПКО-2	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
7.	Инфильтративный туберкулез легких		УК-1,ОПК-5,ОПК-1,ПКО-2	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
8.	Туберкулема		УК-1,ОПК-5,ОПК-1,ПКО-2	Собеседование, ситуационные задачи, тестовые задания.
9.	Деструктивный туберкулез легких		УК-1,ОПК-5,ОПК-1,ПКО-2	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.

10.	Цирротический туберкулез легких	УК-1,ОПК-5,ОПК- 1,ПКО-2	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
11.	Туберкулезный плеврит	УК-1,ОПК-5,ОПК- 1,ПКО-2	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.
12.	Лечение туберкулеза легких	УК-1,ОПК-5,ОПК- 1,ПКО-2	тестовый контроль, вопросы к модулю, вопросы к зачету, банк ситуационных задач, билеты к зачету.

## Вопросы к модулю

### Вопросы к модулю №1

1. Оказание противотуберкулёзной помощи населению Российской Федерации
2. Клиническая классификация туберкулёза.
3. Патогенез первичного и вторичного туберкулёза
4. Клинико - лабораторные методы обследования больного туберкулёзом
5. Значение лучевых методов исследования во фтизиатрии
6. Клинические формы первичного туберкулёз
7. Очаговый туберкулёз лёгких
8. Инфильтративный туберкулёз лёгких, дифференциальная диагностика
9. Казеозная пневмония
10. Туберкулема лёгких
11. Диссеминированный туберкулёз лёгких, дифференциальная диагностика
12. Милиарный туберкулёз
13. Фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких, дифференциальная диагностика
14. Цирротический туберкулез лёгких
15. Стандарты и принципы лечения больных туберкулёзом
16. Принципы и основы хирургии туберкулёза, Коллапсотерапия
17. Туберкулёз и хронические неспецифические заболевания органов дыхания
18. Основные рентгенологические синдромы во фтизиопульмонологии
19. Дифференциальная диагностика фиброзно-кавернозного туберкулёза лёгких и абсцесса лёгкого
20. Дифференциальная диагностика туберкулёза позвоночника и дегенеративно-дистрофических заболеваний

## Вопросы к зачету

1. История развития фтизиатрии. Основные этапы.
2. Основные эпидемиологические показатели. Характеристика эпидемиологической ситуации по туберкулезу.
3. Формулы расчета показателей заболеваемости, смертности, распространенности туберкулеза и инфицированности МБТ.
4. Возбудитель туберкулёза и его свойства.
5. Биологические механизмы защиты легких от повреждающих факторов.
6. Факторы риска заболевания туберкулёзом.
7. Группы риска по туберкулёзу (медицинские, социальные, профессиональные).
8. Источники и пути заражения туберкулёзом.
9. Типы тканевых реакций при туберкулёзе.
10. Бугорок - как морфологическая единица при туберкулёзе.
11. Организация работы противотуберкулёзного диспансера (задачи, структура, взаимосвязь с другими службами).
12. Группы диспансерного наблюдения у детей и подростков, взрослых.
13. Организация противотуберкулёзной работы на педиатрическом участке.
14. Профилактика туберкулёза, ее виды.
15. Вакцинация БЦЖ: техника проведения, местная прививочная реакция, противопоказания к вакцинации.
16. Осложнения после введения вакцины БЦЖ (виды, причины, тактика).
17. Показания и противопоказания к вакцинации БЦЖ-М.
18. Ревакцинация БЦЖ: отбор, местная прививочная реакция, противопоказания.
19. Очаги туберкулёзной инфекции (определение, границы, виды, мероприятия в очаге).
20. Мероприятия при первичном обследовании очага по месту жительства.
21. Мероприятия при первичном обследовании очага по месту работы (учебы) больного.
22. Виды и техника проведения дезинфекции в очагах туберкулёзной инфекции.
23. Алгоритм диагностики туберкулёза легких.
24. Диагностический минимум обследования на туберкулез.
25. Методы выявления туберкулёза: индивидуальные, групповые, массовые.
26. Флюорография как метод выявления туберкулеза.
27. Бактериологические методы диагностики туберкулёза
28. Туберкулинодиагностика (определение, её виды, виды туберкулина)
29. Проба Манту с 2 ТЕ П11Д-Л: показания, подготовка к проведению.
30. Оценка результатов пробы Манту.
31. Интерпретация положительной пробы Манту.
32. Диаскинтест: характеристика препарата, техника проведения.
33. Диаскинтест: показания, противопоказания к проведению.
34. Диаскинтест: оценка результатов.
35. Патогенез первичных форм туберкулеза.
36. Параспецифические реакции при туберкулезе.
37. Первичный туберкулёзный комплекс (ПТК): патоморфология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения и исходы.
38. Туберкулёз внутригрудных лимфоузлов (ТВГЛУ): патоморфология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения и

исходы.

39. Милиарный туберкулез: патоморфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, исходы.
40. Диссеминированный туберкулёз: патоморфология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, исходы.
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** медико-профилактическое дело

**Курс** 6

**Дисциплина** фтизиопульмонологии

**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** медико-профилактическое дело  
**Дисциплина** фтизиопульмонологии

**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** медико-профилактическое дело  
**Дисциплина** фтизиопульмонологии

**Курс 6**

**Ситуационная задача № 3**

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

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

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

***Поставьте диагноз.***

**Зав. кафедрой, доцент**

**О.З.Басиева**

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

**Кафедра** фтизиопульмонологии  
**Факультет** медико-профилактическое дело  
**Дисциплина** фтизиопульмонологии

**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** медико-профилактическое дело  
**Дисциплина** фтизиопульмонологии

**Курс 6**

**Ситуационная задача № 5**

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

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

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

***Поставьте диагноз.***

**Зав. кафедрой, доцент**

**О.З.Басиева**

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

**Кафедра** фтизиопульмонологии  
**Факультет** медико-профилактическое дело  
**Дисциплина** фтизиопульмонологии

**Курс 6**

**Ситуационная задача № 6**

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

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

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

***Поставьте диагноз. Группа диспансерного учета. Лечение.***

**Зав.кафедрой, доцент**

**О.З.Басиева**

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

**Кафедра** фтизиопульмонологии  
**Факультет** медико-профилактическое дело  
**Дисциплина** фтизиопульмонологии

**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** медико-профилактическое дело  
**Дисциплина** фтизиопульмонологии

**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** медико-профилактическое дело  
**Дисциплина** фтизиопульмонологии

**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** медико-профилактическое дело  
**Дисциплина** фтизиопульмонологии

**Курс 6**

**Ситуационная задача № 10**

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

***Врачебная тактика.***

**Зав.кафедрой, доцент**

**О.З.Басиева**

### **Кейс 1**

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

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

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Температура тела 36.4°C. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 78 в мин. АД - 130/80 мм рт. ст. SpO<sub>2</sub>

– 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

№ МПД-19

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

Кафедра фтизиопульмонологии

### Эталоны тестовых заданий

по дисциплине Фтизиопульмонологии

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –  
программы специалитета по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое  
дело утвержденной 17.04.2024 г.

для студентов 6 курса

по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело.

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
<b>Вид контроля</b>	<b>Текущий контроль успеваемости/Промежуточная аттестация</b>			
1.	Входной контроль уровня подготовки обучающихся	УК-1,ОПК-5,ОПК-1,ПКО-2	14	20-32
2.	Эпидемиология туберкулеза	УК-1,ОПК-5,ОПК-1,ПКО-2	10	20-32
3.	Профилактика туберкулеза	УК-1,ОПК-5,ОПК-1,ПКО-2	12	20-32
4.	Туберкулино- и лабораторная диагностика туберкулеза	УК-1,ОПК-5,ОПК-1,ПКО-2	14	20-32
5.	Первичный туберкулез легких	УК-1,ОПК-5,ОПК-1,ПКО-2	14	20-32
6.	Диссеминированный туберкулез легких	УК-1,ОПК-5,ОПК-1,ПКО-2	14	20-32
7.	Очаговый туберкулез легких	УК-1,ОПК-5,ОПК-1,ПКО-2	14	20-32
8.	Инфильтративный туберкулез легких	УК-1,ОПК-5,ОПК-1,ПКО-2	14	20-32
9.	Туберкулема	УК-1,ОПК-5,ОПК-1,ПКО-2	14	20-32
10.	Деструктивный туберкулез легких	УК-1,ОПК-5,ОПК-1,ПКО-2	12	20-32
11.	Цирротический туберкулез легких	УК-1,ОПК-5,ОПК-1,ПКО-2	12	20-32
12.	Туберкулезный плеврит	УК-1,ОПК-5,ОПК-1,ПКО-2	10	20-32
13.	Лечение туберкулеза легких	УК-1,ОПК-5,ОПК-1,ПКО-2	10	20-32

## 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

- В. Грибам
- С. Микобактериям
- Д. Вирусам
- Е. Условно-патогенной флоре

Наибольшей разрешающей способностью для обнаружения МБТ в практической медицине является метод:

- А. Простой микроскопии с окраской мазка по методу Циля-Нильсена
- В. Метод люминесцентной микроскопии
- С. Бактериологический метод
- Д. 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 Ланганса 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 Ланганса
- Д. Участок продуктивного воспаления, состоящий из скопления лимфоидных, эпителиоидных клеток
- Е. Гранулему, состоящую из скопления лимфоидных, эпителиоидных клеток с включением гигантских клеток Ланганса

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

- D. 6 сегмент
- E. 10 сегмент

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

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

При рентгенологическом исследовании полиморфизм очаговых теней в легких характеризуется:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Эпидемиология туберкулеза

1. Социальные факторы, способствующие распространению туберкулеза

- 1) материальная необеспеченность
  - 2) неблагоприятные жилищно-бытовые условия
  - 3) беспорядочный образ жизни
- всё перечисленное

2. Очаг туберкулезной инфекции это:

- 1) больной, выделяющий МБТ
  - 2) жилище больного, выделяющего МБТ
  - 3) окружение больного, выделяющего МБТ
- всё перечисленное

3. Наиболее опасный очаг туберкулезной инфекции

- 1) бактериовыделитель, имеющий детей или лиц с асоциальным поведением
- 2) скудный бактериовыделитель, имеющий контакт только со взрослыми
- 3) больной, выделяющий МБТ периодически и находящийся в контакте со взрослыми

4. Основные источники туберкулезной инфекции для человека

- 1) продуктов питания
  - 2) предметы окружающей среды
  - 3) больной туберкулезом
- все перечисленное

5. Чаще других поражаются туберкулезом следующие виды животных

- 1) крупный рогатый скот
- 2) кошки и собаки
- 3) птицы

6. Возбудители туберкулеза относятся к виду:

- 1) бактерий
- 2) грибов
- 3) простейших
- 4) вирусов

7. Главная причина заболевания человека туберкулезом

- 1) микобактерии бычьего типа
- 2) микобактерии птичьего типа
- 3) микобактерии человеческого типа

- 4) атипичные микобактерии
8. Отличительным свойством МБТ является устойчивость к:
- 1) прямому солнечному свету
  - 2) кипячению
  - 3) кислотам, щелочам, спирту
  - 4) раствор хлорида натрия
  - 5) аммиаку
9. В высохшей мокроте МБТ могут сохраняться
- 1) 12 дней
  - 2) 70 дней
  - 3) 120 дней
  - 4) 12 месяцев
  - 5) 18 месяцев
10. В горячем молоке при температуре +95° выдерживают:
- 1) 3 – 5 мин.
  - 2) 8 – 10 мин.
  - 3) 15 – 20 мин
11. В сыром молоке сохраняют жизнеспособность:
- 1) 5 – 6 дней
  - 2) 8 – 10 дней
  - 3) До 18 дней
  - 4) 20 – 25 дней
12. Основном путь заражения человека туберкулезом
- 1) Аэрогенный
  - 2) Алиментарный
  - 3) Внутриутробно
  - 4) Контактный
13. В организме человека, чаще поражаются туберкулезом
- 1) Желудочно-кишечный тракт
  - 2) Органы дыхания
  - 3) Мочевыделительные органы
  - 4) Опорно-двигательный аппарат
14. Первая патоморфологическая реакция в очаге поражения
- 1) Образование казеозного некроза
  - 2) Образование туберкулезной гранулёмы
15. Специфическая морфологическая реакция в очаге поражения
- 1) Лимфоидные клетки
  - 2) Нейтрофильные клетки
  - 3) Эпителиоидные клетки с включением гигантских клеток типа Пирогова-Лангханса
16. Изменения, происходящие с МБТ под воздействием химиотерапии
- 1) Развитие устойчивости
  - 2) Снижение вирулентности

- 3) Снижение жизнеспособности
- 4) Трансформация в L-формы
- 5) Всё перечисленное верно

17. Основная причина развития вторичной лекарственной устойчивости

- 1) Лечение одним препаратом
- 2) Наличие сопутствующих заболеваний
- 3) Отсутствие витаминотерапии

18. Наиболее высокая заболеваемость туберкулёзом у:

- 1) Женщин
- 2) Подростков
- 3) Мужчин
- 4) Детей

19. Причины, способствующие возникновению туберкулеза

- 1) Алкоголизм
- 2) Табакокурение
- 3) Беременность
- 4) Всё перечислено верно

20. При каких заболеваниях чаще выявляется туберкулез

- 1) Наркомания
- 2) Алкоголизм
- 3) Язвенная болезнь желудка
- 4) Сахарный диабет
- 5) Всё перечисленное верно

### **Профилактика туберкулеза**

1. Каким из перечисленных видов профилактики занимается туберкулезная служба:

- 1) Специфическая БЦЖ
- 2) Химиопрофилактика
- 3) Санитарная
- 4) Социальная
- 5) Личная гигиена

2. Вакцина БЦЖ это:

- 1) Убитые МБТ
- 2) Продукты жизнедеятельности МБТ
- 3) Живая ослабленная культура МБТ
- 4) Культура патогенных МБТ

3. Метод введения вакцины БЦЖ

- 1) Подкожно
- 2) Внутримышечно
- 3) Перорально
- 4) Внутривожно
- 5) Внутривенно

4. Место введения вакцины БЦЖ

- 1) Подлопаточная область
- 2) Область живота

3) Верхняя треть плеча

5. Вакцинная БЦЖ проводится

- 1) Детям от 1 – 14 лет
- 2) Новорожденным
- 3) Подросткам 15 – 17 лет

6. Ревакцинация БЦЖ проводится всем перечисленным, кроме:

- 1) Подростков
- 2) Новорожденных
- 3) Детей
- 4) Взрослых

7.Ревакцинация БЦЖ необходима в связи:

- 1) Угасанием иммунитета после вакцинации
- 2) С наличием контакта с больным туберкулезом
- 3) С отсутствием послевакцинного знака

8. Декретированными возрастными для проведения ревакцинации БЦЖ, являются все кроме:

- 1) Детей до 5 лет
- 2) Детей 6 – 7 лет
- 3) Детей 14 – 15 лет

9. Определите понятие – первичная химиопрофилактика

- 1) Предупреждение заболевания у неинфицированных
- 2) Предупреждение заболевания у инфицированных
- 3) Противорецидивное лечение

10. Кто не подлежит вторичной химиопрофилактике:

- 1) Больные туберкулезом
- 2) Дети с выражением туберкулезной пробы
- 3) Лица, состоящие в контакте с бактериовыделителями
- 4) Лица, с гиперергической чувствительностью к туберкулину
- 5) Лица, с повышенным риском заболевания туберкулезом

11. Химиопрофилактику проводят в течение:

- 1) 3 – 6 мес. при выражении туберкулиновой пробы
- 2) До прекращения контакта с бактериовыделителем
- 3) Перечисленное верно
- 4) Перечисленное неверно

12. Противотуберкулёзные препараты, применяемые для химиопрофилактики

- 1) Изониазид, пиразинамид
- 2) Стрептомицин, канамицин
- 3) Протионамид, этамбутол

13. К санитарной профилактике относится все, кроме:

- 1) Изоляция и госпитализация больного
- 2) Химиопрофилактика
- 3) Текущая и заключительная дезинфекция
- 4) Санитарное просвещение

5) Личная гигиена

14. Санитарное просвещение проводится:

- 1) Среди здорового населения
- 2) Среди больных и лиц, находящихся в семейном контакте
- 3) Среди лиц, работающих в противотуберкулезных учреждениях
- 4) Все перечисленное верно
- 5) Все перечисленное неверно

15. Социальная профилактика означает:

- 1) Бесплатное противотуберкулезное лечение больных
- 2) Участие в трудоустройстве больных и сохранение места работы (должности) на срок, установленный законодательством РФ
- 3) Улучшение жилищных условий больных
- 4) Направление детей в детские оздоровительные учреждения
- 5) Все перечисленное верно

### **Туберкулино- и лабораторная диагностика**

Туберкулин это:

- 1) Культура патогенных МБТ
- 2) Смесь различных штаммов МБТ
- 3) Убитые МБТ
- 4) Продукты жизнедеятельности МБТ

2. Какой из туберкулинов применяется чаще?

- 1) Туберкулин Коха-АТК
- 2) Сухой очищенный туберкулин
- 3) Очищенный туберкулин в стандартном разведении

3. При постановке пробы Манту туберкулин вводится:

- 1) Интратрахеально
- 2) Внутривенно
- 3) Подкожно
- 4) Накожно

4. Реакция организма на туберкулин развивается через 6-8 часов и достигает своего пика:

- 1) Через 24 часа
- 2) Через 48-72 часа
- 3) Через 50 часов
- 4) Мгновенно по типу анафилактического шока

5. При постановке пробы Манту используют туберкулин в дозе:

- 1) 1 ТЕ
- 2) 5 ТЕ
- 3) 20 ТЕ
- 4) 100 ТЕ
- 5) 2 ТЕ

6. При постановке пробы Коха первоначально используют туберкулин в дозе:
- 1) 10 – 20 ТЕ
  - 2) 100 ТЕ
  - 3) 50 ТЕ
  - 4) 2 ТЕ
7. Какая туберкулиновая проба применяется для отбора лиц на ревакцинацию?
- 1) Проба Коха
  - 2) Градуированная проба Гринчара-Карпиловского
  - 3) Проба Пирке
  - 4) Проба Манту
8. Проба Манту считается положительной при размерах папулы:
- 1) 1 – 4 мм
  - 2) 5-10 мм
  - 3) 10-16 мм
  - 4) Более 17 мм.
  - 5) Все перечисленное верно, кроме
9. С какой целью ставится проба Коха?
- 1) Для выявления выража туберкулиновой пробы
  - 2) Для определения активности туберкулезного процесса
  - 3) Для определения инфицированности населения
10. Основным путем проникновения возбудителя в организм ребёнка при первичном инфицировании является:
- 1) Алиментарный
  - 2) Аэрогенный
  - 3) Трансплацентарный
  - 4) Контактный
11. Назовите наиболее опасные источники заражения МБТ
- 1) Зараженные мясомолочные продукты от больного скота
  - 2) Больные активным туберкулезом
  - 3) Больные с поражением органов дыхания с деструкцией легочной ткани и массивным бактериовыделением
12. Какой патологический материал используют для подтверждения бактериовыделения?
- 1) Мокроту
  - 2) Промывные воды бронхов или желудка
  - 3) Определяемое свищей
  - 4) Плевральный выпот
  - 5) Спинномозговую жидкость
  - 6) Все перечисленное верно
  - 7) Все перечисленное неверно

13. Какой из перечисленных методов наиболее достоверен при исследовании мокроты и др. определяемых?

- 1) Бактериологический
- 2) Бактериоскопический
- 3) Биологический
- 4) Полимеразной цепной реакции

14. Характер мокроты и бактериовыделения при фиброзно-кавернозном туберкулезе

- 1) Слизистая, МБТ+
- 2) Гнойная, МБТ-
- 3) Слизисто-гнойная, МБТ-
- 4) Слизисто-гнойная, МБТ+

15. Характер спинномозговой жидкости при туберкулезном менингите

- 1) Прозрачная, бесцветная
- 2) Прозрачная, бесцветная, слегка опалесцирующая
- 3) Мутная, желтого цвета

16. Наиболее характерные данные в периферической крови при туберкуломе

- 1) Кровь не изменена, МБТ-
- 2) Гиперлейкоцитоз, ускорение СОЭ, МБТ+
- 3) Лейкопения, эозинопения, МБТ-
- 4) Сдвиг влево, лимфоцитоз, ускорение СОЭ

17. При фиброзно-кавернозном туберкулезе в крови наблюдается

- 1) Умеренный лейкоцитоз, эозинофилия, моноцитоз
- 2) Гиперлейкоцитоз, выраженный сдвиг лейкограммы влево, СОЭ – 50-60 мм/час
- 3) Умеренный лейкоцитоз, лимфопения, сдвиг формулы влево, СОЭ – 20-30 мм/час
- 4) Лейкоциты в норме, небольшой правый сдвиг лейкограммы СОЭ – 10-20 мм/час
- 5) Кровь не изменена

18. Наиболее характерный признак туберкулезного поражения плевры при цитологическом исследовании:

- 1) Гигантские клетки Пирогова-Лангханса
- 2) Эителиоидные клетки
- 3) Лимфоциты
- 4) Макрофагально-гистиоцитарные элементы

### **Первичный туберкулез**

1. Что такое первичный туберкулез?

- 1) Впервые выявленный
- 2) Возникший в период первичного заражения или инфицирования
- 3) Туберкулезное заболевание, возникшее в организме, ранее не пораженном туберкулезной инфекцией

2. Особенность отличия первичного туберкулеза от вторичного?

- 1) Поражение внутригрудных лимфоузлов
- 2) Наличие туберкулезных изменений в легких
- 3) Выраженная интоксикация

3. Туберкулезная интоксикация это:
  - 1) Комплекс функциональных нарушений
  - 2) Функциональные расстройства без видимых локальных изменений в легких на фоне выража туберкулиновых проб
  - 3) Увеличение периферических лимфатических узлов
  
4. Основной метод выявления туберкулезной интоксикации
  - 1) Обследование детей по контакту
  - 2) Туберкулинодиагностика
  - 3) Выявление по обращаемости
  
5. В каком органе чаще локализуется морфологический субстрат у больных с туберкулезной интоксикацией
  - 1) Сердце
  - 2) Почки
  - 3) Легкие
  - 4) Лимфатические узлы
  - 5) Печень
  
6. Какая форма туберкулеза рентгенологически не определяется?
  - 1) Туберкулома
  - 2) Очаговый туберкулез
  - 3) Плеврит
  - 4) Туберкулезная интоксикация
  
7. Пути распространения МБТ в организме
  - 1) Бронхогенный
  - 2) Лимфогенный
  - 3) Гематогенный
  - 4) Контактный
  - 5) Всё перечисленное верно
  
8. Появление параспецифических реакций свидетельствует о:
  - 1) Развитие локального туберкулеза
  - 2) Наличие суперинфекции
  - 3) Общей гиперсенсидилиции организма
  
9. Параспецифические реакции это:
  - 1) Узловатая эритема
  - 2) Фликтенулезный конъюнктивит
  - 3) Увеличение печени и селезенки
  - 4) Увеличение периферических лимфоузлов
  - 5) Все перечисленное
  
10. К критериям туберкулезной инфекции относятся
  - 1) Локальная форма туберкулеза
  - 2) Синдром функциональных нарушений
  - 3) Патология функции внешнего дыхания
  
11. Основной исход первичного инфицирования

- 1) Выздоровление
- 2) Развитие локальной формы туберкулеза
- 3) Инфицирование
- 4) Формирование нестерильного иммунитета

12. Первичный туберкулезный комплекс – это:

- 1) Наличие туберкулезных изменений в легких
- 2) Туберкулез, характеризующийся наличием инфильтрата в легких, воспалительной дорожкой к корню и лимфоаденитом
- 3) Туберкулез первичного периода с наличием очага в легком, лимфангитом и лимфоаденитом

13. Какой морфологический признак не характерен для первичного туберкулезного комплекса?

- 1) Экссудативные реакции
- 2) Продуктивные реакции
- 3) Казеозный некроз в легких
- 4) Казеозный некроз в лимфатических узлах

14. Клинически для первичного туберкулезного комплекса характерно:

- 1) Сухой кашель
- 2) Влажный кашель
- 3) Боли в груди
- 4) Синдром интоксикации

15. Кокой рентгенологический признак не характерен для первичного туберкулезного комплекса

- 1) Расширение тени корня
- 2) Гомогенный участок затемнения в легком с нечеткими контурами
- 3) Группа мягких очагов
- 4) Воспалительная дорожка к корню легкого

16. Первичный туберкулезный комплекс чаще необходимо дифференцировать

- 1) С раком легкого
- 2) С острой пневмонией
- 3) С пороком развития легкого
- 4) С эозинофильным инфильтратом

17. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов это:

- 1) Туберкулез легких с обязательным поражением внутригрудных лимфоузлов
- 2) Туберкулез, основной локализацией которого является поражение внутригрудных лимфоузлов.

18. Туберкулезный бронхоаденит характеризуется:

- 1) Большим размером поражения лимфатических узлов
- 2) Выраженным казеозным некрозом
- 3) Склонностью к осложненному течению
- 4) Гиперергическими туберкулезными пробами
- 5) Все перечисленное верно

19. Рентгенологические признаки инфильтративного бронхоаденита

- 1) Тень корня расширена

- 2) Структура тени корня смазана
  - 3) Тень корня смещена
20. Дифференциальная диагностика внутригрудных лимфоузлов проводится:
- 1) С неспецифическим лимфаденитом
  - 2) С лимфогрануломатозом
  - 3) С саркаидозом
  - 4) Со злокачественной опухолью
  - 5) Все перечисленное верно

### **Диссеминированный туберкулез легких**

1. Для какой формы туберкулеза характерно наличие двусторонних очаговых изменений?
  - 1) Инфильтративный туберкулез
  - 2) Диссеминированный туберкулез
  - 3) Очаговый туберкулез
  - 4) Туберкулезный плеврит
2. Что может быть источником развития диссеминированного туберкулеза легких?
  - 1) Очаги Симона
  - 2) Туберкулезный очаг в почке
  - 3) Очаг Гопа
  - 4) Внутригрудные лимфоузлы
  - 5) Все перечисленное верно
3. Пути распространения инфекции при диссеминированном туберкулезе легких
  - 1) Бронхогенный
  - 2) Гематогенный
  - 3) Лимфогематогенный
  - 4) Все перечисленное верно
4. Диссеминированный туберкулез может протекать по перечисленным вариантам, кроме:
  - 1) Острого
  - 2) Подострого
  - 3) Хронического
  - 4) Рецидивирующего
5. Патоморфологическая особенность диссеминированного туберкулеза легких
  - 1) Интерстициальное распространение очагов
  - 2) Инфильтрация легочной ткани
  - 3) Формирование пневмосклероза
6. Наиболее частое внелегочное поражение при диссеминированном туберкулезе легких
  - 1) Гортань
  - 2) Суставы
  - 3) Мозговые оболочки
  - 4) Почки
  - 5) Мочевыделительная система
7. Какой симптом не соответствует миллиарному туберкулезу?
  - 1) Нарастающая до высоких цифр температура

- 2) Незначительный сухой кашель
- 3) Сильный кашель со скудной мокротой
- 4) Одышка, тахикардия

8. Для милиарного туберкулеза характерно:

- 1) Массивное бактериовыделение
- 2) Скудное бактериовыделение
- 3) Отсутствие МБТ

9. Когда появляются рентгенологические признаки при милиарном туберкулезе?

- 1) На 2 – 3 день
- 2) На 4 – 7 день
- 3) На 10 – 14 день

10. Деструктивные изменения в легких при милиарном туберкулезе

- 1) Встречаются часто
- 2) Встречаются редко
- 3) Не встречаются

11. Рентгенологическая картина при милиарном туберкулезе

- 1) Однотипные несливающиеся очаги, обеднение легочного рисунка
- 2) Множественные очаговые тени, местами сливающиеся в небольшие фокусы
- 3) Полиморфные очаги верхних отделов легких, мелкие участки просветления

12. Дифференциальную диагностику милиарного туберкулеза проводим с:

- 1) С хронической туберкулезной интоксикацией
- 2) Хроническим бронхитом
- 3) Брюшным тифом
- 4) Аспергиллёзом

13. Для подострого диссеминированного туберкулеза легких не характерно:

- 1) Внезапное начало
- 2) Патогенное начало
- 3) Малосимптомность

14. При подостром диссеминированном туберкулезе бывает:

- 1) Массивное бактериовыделение
- 2) Скудное бактериовыделение
- 3) Отсутствие МБТ
- 4) Все перечисленное верно

15. При какой форме туберкулеза рентгенологически определяются множественные средние и крупные, малой и средней интенсивности очаговые тени, тенденция очагов к слиянию в конгломераты

- 1) Милиарный туберкулез
- 2) Очаговый туберкулез
- 3) Хронический диссеминированный туберкулез
- 4) Подострый диссеминированный туберкулез легких

16. Исходом подострого диссеминированного туберкулеза легких при благоприятном течении могут быть:

- 1) Полное рассасывание уплотнение и фиброзно-склеротические изменения
- 2) Кальцинация

17. Для хронического диссеминированного туберкулеза легких характерно начало:

- 1) Острое
- 2) Подострое
- 3) Малосимптомное
- 4) Все перечисленное верно

18. Характер очагов при хроническом диссеминированном туберкулезе

- 1) Мелкие
- 2) Средние
- 3) Крупные разные

19. Рентгенологически при хроническом диссеминированном туберкулезе выявляются:

- 1) Мелкие несливающиеся очаги, объединение легочного рисунка
- 2) Крупные очаги, местами сливающиеся в конгломераты
- 3) Полиморфные очаги в верхне-средних отделах, сетчатый пневмосклероз, подтянутые корни, капельное сердце, эмфизема.

20. Что не характерно для туберкулезного менингита

- 1) Ассиметрия лица
- 2) Анизокория
- 3) Односторонний птоз
- 4) Косоглазие
- 5) Экзофтальм

21. Какой клинический симптом характерен для туберкулезного менингита?

- 1) Острое начало заболевания
- 2) Головная боль
- 3) Ригидность затылочных мышц
- 4) Поражение III, VI, VII, IX, XII пар черепных нервов

### **Очаговый туберкулез легких**

1. Очаговый туберкулез это:

- 1) Туберкулезный процесс ограниченной протяженности
- 2) Туберкулезный процесс со стертой клинической картиной
- 3) Туберкулезный процесс с невыраженной клиникой, скудным бактериовыделением, наличием одиночных или множественных очагов в одном, двух сегментах.

2. Факторы патогенеза очагового туберкулеза

- 1) Экзогенная суперинфекция
- 2) Реактивация остаточных посттуберкулезных изменений в легких
- 3) Реактивация внутригрудных лимфоузлов
- 4) Все перечисленное верно

3. Основные клинико-рентгенологические виды очагового туберкулеза, кроме:

- 1) Мягко-очаговый

- 2) Фиброзно-очаговый
- 4) Неактивный

4. Основные пути распространения инфекции при очаговом туберкулезе, кроме:

- 1) Гематогенный
- 2) Лимфогенный
- 3) Бронхогенный

5. Каким исследованием проводится определение активности очагового туберкулеза

- 1) Бронхоскопия
- 2) Проба Коха
- 3) Биопсия очага

6. Какое образование при рентгенологическом исследовании называют очагом?

- 1) До 1 см.
- 2) До 5 см.
- 3) До 7 см.
- 4) До 10 см.

7. Какие жалобы предъявляют больные с вновь выявленным очаговым туберкулезом?

- 1) Одышка
- 2) Повышение температуры
- 3) Головные боли
- 4) Слабость, утомляемость

8. Данные осмотра при очаговом туберкулезе легких

- 1) Грудная клетка симметрична, отстаёт при дыхании с одной стороны
- 2) Грудная клетка не изменена, симметрично участвует в акте дыхания
- 3) Западение грудной клетки с одной стороны
- 4) Все перечисленное верно
- 5) Все перечисленное неверно

9. Данные перкуссии при очаговом туберкулезе легких

- 1) Укорочение перкуторного звука над верхушкой с одной стороны, влажные хрипы
- 2) Коробочный звук в нижних отделах легкого
- 3) Небольшое укорочение перкуторного звука на ограниченном участке
- 4) Тимпанический звук в межлопаточном пространстве

10. Данные аускультации при очаговом туберкулезе легких

- 1) Разнокалиберные влажные хрипы на ограниченном участке
- 2) Рассеянные сухие хрипы
- 3) Крепитация над зоной поражения
- 4) Все перечисленное верно
- 5) Все перечисленное неверно

11. Какие лабораторные данные подтверждают активность очагового туберкулеза легких

- 1) Увеличение СОЭ

- 2) Лейкоцитоз
  - 3) Сдвиг лейкоцитарной формулы влево
  - 4) Бактериовыделение
  - 5) Все перечисленное верно
12. в каком материале у больных очаговым туберкулезом чаще обнаруживается МБТ
- 1) Биоптат внутригрудных лимфатических узлов
  - 2) Промывные воды желудка
  - 3) Мокроты
  - 4) Бронхоальвеолярная лаважная жидкость
13. Распространенность процесса при очаговом туберкулезе легких
- 1) Один сегмент
  - 2) Один-два сегмента
  - 3) Один-два сегмента обоих легких
  - 4) Все перечисленное верно
14. Какой рентгенологический признак не относится к очаговому туберкулезу
- 1) Округлая тень средней интенсивности 8 мм. В диаметре
  - 2) Малоинтенсивные тени 5-9 мм в диаметре
  - 3) Округлая тень средней интенсивности 15-18 мм в диаметре
  - 4) Полиморфные тени размером 2-4 мм
15. Взаиморасположение очагов при очаговом туберкулезе легких
- 1) Равномерное
  - 2) Густое
  - 3) Хаотичное
  - 4) Групповое
16. Рентгенологическая картина мягкоочагового туберкулеза легких
- 1) Наличие очагов повышенной интенсивности с четкими контурами
  - 2) Наличие очагов слабой интенсивности с нечеткими контурами
  - 3) Наличие фокусных теней неоднородной структуры протяженностью от верхушки до третьего ребра
  - 4) Наличие очагов слабой и средней интенсивности по всем легочным полям
17. Рентгенологическая картина фиброзно-очагового туберкулеза легких
- 1) Очаги повышенной интенсивности с четкими контурами на фоне пневмосклеротических изменений
  - 2) Очаги слабой интенсивности с нечеткими контурами
  - 3) Наличие фокусных полей средней интенсивности размером 1,5 см.
18. Какую фазу редко выявляют при очаговом туберкулезе легких
- 1) Инфильтрация
  - 2) Распад
  - 3) Рассасывание
  - 4) Уплотнение
19. Размеры полости распада при очаговом туберкулезе легких характеризуются:

- 1) Малыми размерами
  - 2) Средними размерами
  - 3) Значительными размерами
20. При каком заболевании очаги расположены в верхних долях легких?
- 1) Карциноматоз
  - 2) Саркоидоз
  - 3) Туберкулез
  - 4) Силикоз

### **Инфильтративный туберкулез**

1. Развитию инфильтратов наиболее часто предшествует:
  - 1) Очаговый туберкулез легких
  - 2) Обострение кальцинированных внутригрудных лимфоузлов
  - 3) Туберкулома
  - 4) Очаги после первичного отсева (абрикосова, Симона)
  - 5) Очаг Гона
2. Инфильтративный туберкулез легких это:
  - 1) Туберкулез легких характеризующийся участком затемнения
  - 2) Туберкулез легких, проявляющийся клиникой пневмонии
  - 3) Туберкулез легких, характеризующийся воспалительными изменениями с преобладанием экссудативного компонента и казеозным некрозом в центре
3. Выраженность клинических симптомов при инфильтративном туберкулезе определяет
  - 1) Объем поражения легкого
  - 2) Тип инфильтрата
  - 3) Распад легочной ткани
  - 4) Клинические проявления болезни
  - 5) Все перечисленное верно
  - 6) Все перечисленное неверно
4. Для округлого инфильтрата наиболее характерно:
  - 1) Однородный или неоднородный округлый фокус с четкими контурами и очагами вокруг и просветлением в центре
  - 2) Однородный, неправильной формы фокус без четких границ
  - 3) Треугольный неоднородный участок с очагами вокруг
5. Какие остаточные изменения формируются при эффективном лечении круглого инфильтрата
  - 1) Участок пневмосклероза
  - 2) Плотный очаг с умеренным пневмосклерозом
  - 3) Туберкулома
6. Круглый инфильтрат необходимо дифференцировать с:
  - 1) Пневмонией
  - 2) Раком легких
  - 3) Эхинококком
  - 4) Доброкачественной опухолью

7. Облаковидный инфильтрат характеризуется:

- 1) Клиническими признаками пневмонии
- 2) Клиническими симптомами бронхита
- 3) Отсутствием клинических проявлений

8. Основные жалобы больного с облаковидным инфильтратом

- 1) Слабость, головные боли
- 2) Кашель с большим количеством мокроты
- 3) Фебрильная температура
- 4) Субфебрильная температура, небольшой кашель с единичными плевками слизистой мокроты

9. Рентгенологическая картина облаковидного инфильтрата

- 1) Тень округлой формы с четкими границами
- 2) Неоднородное затемнение средней или слабой интенсивности без четких границ с наклоном к деструкции
- 3) Тень средней интенсивности, располагающаяся основанием на подчеркнутой междолевой плевре
- 4) Затемнение средней или повышенной интенсивности, занимающее всю долю легкого

10. При эффективном лечении облаковидного инфильтрата может сформироваться:

- 1) Участок пневмосклероза
- 2) Участок пневмосклероза с очагами
- 3) Все перечисленное верно

11. Облаковидный инфильтрат необходимо дифференцировать с:

- 1) Пневмонией
- 2) Раком легкого
- 3) Абсцедирующей пневмонией
- 4) Все перечисленное верно
- 5) Все перечисленное неверно

12. Характерные рентгенологические признаки перисцисурита:

- 1) Негомогенное затемнение, занимающее всю долю легкого
- 2) Однородный участок затемнения округлой формы с очагами
- 3) Тень средней интенсивности, треугольной формы располагающаяся основанием на подчеркнутой междолевой плевре

13. Клинические признаки перисцисурита:

- 1) Лихорадка
- 2) Сухой кашель
- 3) Сухие и мелкопузырчатые влажные хрипы
- 4) Укорочение перкуторного звука
- 5) Боли в груди на стороне поражения
- 6) Все перечисленное верно
- 7) Все перечисленное неверно

14. Перисцисурит в основном дифференцируют с:

- 1) Острой и абсцедирующей пневмонией
- 2) Раком легкого
- 3) Саркоидозом

- 4) Эозинофильной пневмонией
15. Какой рентгенологический признак не характерен для туберкулезного лобита
- 1) Участок затемнения, захватывающий часть доли
  - 2) Участок затемнения, охватывающий всю долю
  - 3) Наличие полости распада
16. Основное морфологическое отличие казеозной пневмонии от разновидности инфильтративного туберкулеза
- 1) Большой объем поражения
  - 2) Преобладание казеозного некроза
  - 3) Более частый распад
  - 4) Склонность к бронхогенной диссеминации
17. Клинические симптомы казеозной пневмонии
- 1) Острое начало
  - 2) Высокая лихорадка
  - 3) Влажный кашель
  - 4) Множество влажных хрипов
  - 5) Все перечисленное верно
  - 6) Все перечисленное неверно
18. Казеозная пневмония характеризуется
- 1) Скудным выделением МБТ
  - 2) Массовым выделением МБТ
  - 3) Редким выделением МБТ
  - 4) Однократным выделением МБТ
19. Рентгенологическая казеозная пневмония это:
- 1) Участок затемнения
  - 2) Неоднородная тень
  - 3) Высокая интенсивность тени
  - 4) Наличие распада
  - 5) Бронхогенная диссеминация
  - 6) Все перечисленное верно
  - 7) Все перечисленное неверно
20. При эффективном лечении казеозная пневмония чаще формируется:
- 1) Участок пневмоцироза
  - 2) Пневмосклероз с очагами
  - 3) Множественные туберкуломы
  - 4) Цирротический и фиброзно-кавернозный туберкулез легких

### **Туберкулема легких**

1. Развитию туберкуломы наиболее часто предшествует:
- 1) Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

- 2) Фиброзно-кавернозный туберкулез легких
  - 3) Диссеминированный туберкулез легких
  - 4) Инфильтративный туберкулез легких
2. Туберкулома легких представляет собой:
- 1) Очаг казеозного некроза, размером более 1 см., окруженный специфической грануляционной тканью
  - 2) Очаг казеозного некроза, размером более 1 см., со специфическим и неспецифическим воспалением вокруг
  - 3) Капсулированный фокус казеозной пневмонии диаметром более 1 см.
3. Какой морфологический признак подтверждает активность туберкуломы
- 1) Плотные очаги в окружающей легочной ткани
  - 2) Перифокальное воспаление
  - 3) Отсутствие кальцинации
4. Обострение туберкулезного процесса при туберкуломе связано с :
- 1) Появлением симптомов интоксикации
  - 2) Появлением в туберкуломе распада и перифокальной реакцией вокруг
  - 3) Размножением МБТ
5. Крупными считаются туберкуломы, размером:
- 1) 1 – 2 см.
  - 2) 3 – 4 см.
  - 3) 5 см. и более
6. Какой перкуторный звук определяется при туберкуломе:
- 1) Притупленный или легочной
  - 2) Претупленно-тимпанический
  - 3) Тупой
  - 4) Тимпанический
7. При аускультации определяется
- 1) Ослабленное везикулярное дыхание
  - 2) Рассеянные сухие хрипы
  - 3) Везикулярное дыхание
  - 4) Бронхиальное дыхание и мелкопузырчатые влажные хрипы
8. Какая жалоба не характерна при туберкуломе легкого в фазе распада
- 1) Недомогание
  - 2) Боли в боку
  - 3) Гектическая лихорадка
  - 4) Кашель с мокротой
  - 5) Кровохарканье
9. Что рентгенологически подтверждает прогрессирование процесса при туберкуломе?
- 1) Включение высокой интенсивности
  - 2) Немногочисленные очаги высокой интенсивности вокруг туберкуломы

3) Перифокальная инфильтрация

10. Варианты клинического течения туберкулом

- 1) Стационарный
- 2) Прогрессирующий
- 3) Регрессирующий
- 4) Все перечисленное верно

11. Наиболее вероятное течение туберкуломы в фазе инфильтрации и распада при эффективном лечении

- 1) Стационарное течение процесса
- 2) Прогрессирование
- 3) Регрессирование

12. При отказе больного с туберкулезом от лечения исходом процесса может быть:

- 1) Стационарный вариант
- 2) Прогрессирующий вариант
- 3) Регрессирующий вариант течения заболевания

13. С появлением полости распада у больных туберкулезом бактериовыделение будет:

- 1) Массовым и постоянным
- 2) Небольшим и непостоянным
- 3) Отсутствовать

14. Туберкулома чаще локализуется в сегментах

- 1) 1,2,6,7
- 2) 3,5,8,9
- 3) 4,5,7,9
- 4) 1,2,6,10

15. Туберкуломы в пределах сегмента чаще локализуются

- 1) Субплеврально
- 2) В центральном отделе
- 3) В среднем отделе

16. У туберкуломы в фазе инфильтрации контур бывает

- 1) Нечетким
- 2) Четким
- 3) Бугристым

17. Какой рентгенологический признак подтверждает уплотнение туберкуломы?

- 1) Четкость наружного контура
- 2) Нечеткие контуры
- 3) Кальцинаты в региональных лимфоузлах

18. Распад туберкуломы бывает:

- 1) Центральным
- 2) Экцентричным
- 3) Перечисленное верно

4) Перечисленное неверно

19. Туберкулому легких приходится дифференцировать:

- 1) С периферическим раком
- 2) С аспергиллёмой
- 4) С гамартохандромой
- 5) Все перечисленное верно

20. Необходимость хирургического вмешательства при туберкуломе обусловлено

- 1) Неэффективность химиотерапии
- 2) Частые легочные кровотечения
- 3) Прогрессирование процесса
- 4) Наличие множественных туберкулом

### **Деструктивные формы туберкулеза**

1. Развитию кавернозного туберкулеза наиболее часто предшествуют:

- 1) Инфильтративный туберкулез
- 2) Очаговый туберкулез
- 3) Диссеминированный туберкулез
- 4) Цирротический туберкулез
- 5) Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

2. Формы туберкулезного процесса, для которого характерно наличие изолированного полостного образования

- 1) Диссеминированный туберкулез легких в фазе распада
- 2) Инфильтративный туберкулез легких в фазе распада
- 3) Кавернозный туберкулез легких
- 4) Фибринозно-кавернозный туберкулез легких

3. При кавернозном туберкулезе легких, полость наиболее часто бывает:

- 1) С толстыми стенками, правильной округлой или овальной формы
- 2) С тонкими стенками гигантских размеров
- 3) Мелкая, толстостенная, деформированная
- 4) Диаметром 2-4 см., тонкостенная с очагами вокруг

4. Трансформация легочного туберкулеза в фазе распада в кавернозный может происходить:

- 1) Без проведения лечебных мероприятий
- 2) На фоне противотуберкулезного лечения
- 3) Перечисленное верно

5. Клиническая симптоматика (интоксикация, кашель с выделением мокроты, сухие и влажные хрипы) при кавернозном туберкулезе

- 1) Выражена
- 2) Чаще отсутствует
- 3) Выражено незначительно, или может даже отсутствовать

6. Наиболее характерными рентгенологическими признаками кавернозного туберкулеза являются:

- 1) Сформированная каверна
- 2) Протяженность процесса не более чем в двух сегментах

- 3) Отсутствие типичных признаков исхода исходной формы туберкулеза
- 4) Все перечисленное верно

7. Какое строение имеет стенка сформированной каверны?

- 1) Казеозно-некротический слой
- 2) Слой специфических грануляций
- 3) Фиброзный слой, перифокальное воспаление
- 4) Слой специфических грануляций, фиброзный слой
- 5) Казеозно-некротический слой, слой специфических грануляций, фиброзный слой.

8. При кавернозном туберкулезе выслушивается:

- 1) Бронхиальное дыхание
- 2) Амфорическое дыхание
- 3) Крупнопузырчатые влажные хрипы
- 4) Все перечисленное верно

9. Основная причина, приводящая к увеличению каверны в объеме

- 1) Нарушение дренажной функции бронха
- 2) Образование бронхоплеврального свища
- 3) Нарушение кровообращения
- 4) Прогрессирование туберкулеза

10. Основная причина «немых» каверн

- 1) Выраженное перифокальное воспаление
- 2) Обтурация дренирующего бронха
- 3) Фиброз окружающей ткани
- 4) Небольшие размеры каверны

11. При кавернозном туберкулезе бактериовыделение

- 1) Массивное и постоянное
- 2) Скудное и непостоянное
- 3) Отсутствует

12. Возможные осложнения при кавернозном туберкулезе

- 1) Кровотечение
- 2) Спонтанный пневмоторакс
- 3) Бронхогенная дессиминация
- 4) Туберкулез бронхов
- 5) Все перечисленное верно

13. В фиброзно-кавернозный туберкулез легких наиболее часто переходит:

- 1) Диссеминированный туберкулез бронхов
- 2) Туберкулома
- 3) Инфильтративный туберкулез легких
- 4) Кавернозный туберкулез

14. При фиброзно-кавернозном туберкулезе легких рентгенологически определяется:

- 1) В 6-м сегменте кольцевидная тень с толстыми стенками
- 2) В 3-м сегменте кольцевидная тень правильной овальной формы, стенки средней толщины, вокруг очага
- 3) В верхних отделах легких несколько тонкостенных полостей неправильной формы.

4) Верхняя доля уменьшена в размерах, негомогенно затемнена, каверна неправильной формы, средостении перетянута в сторону поражения, плевральные и фиброзные изменения.

15. Что отличает фиброзно-кавернозный туберкулез от кавернозного?

- 1) Наличие фиброзного слоя в стенке каверны
- 2) Трехслойная стенка каверны
- 4) Фиброз в окружающей ткани легкого

16. Клиническое течение фиброзно-кавернозного туберкулеза легких чаще всего характеризуется:

- 1) Волнообразным прогрессирующим течением
- 2) Частыми спонтанными ремиссиями
- 3) Длительным, стабильным состоянием больного
- 4) Длительным бессимптомным течением

17. Более вероятный исход фиброзно-кавернозного туберкулеза легких при соответствующем лечении:

- 1) Фиброзно-очаговый туберкулез
- 2) Туберкулома
- 3) Цирротический туберкулез легких

18. Наиболее часто встречающиеся осложнения фиброзно-кавернозного туберкулеза легких:

- 1) Легочное кровотечение
- 2) Ателектаз
- 3) Бронхоэктазы
- 4) Спонтанный пневмоторакс

19. Что противопоказано при легочном кровотечении?

- 1) Пентамин
- 2) Введение свежезамороженной плазмы
- 3) Аминокапроновая кислота
- 4) Дицинон
- 5) Кодтерпин

20. Какой метод лечения наряду с химиотерапией более перспективен для больных фиброзно-кавернозным туберкулезом?

- 1) Хирургический
- 2) Коллапсотерапия
- 3) Физиотерапия
- 4) Патогенетическая терапия

## Цирротический туберкулез легких

1. Наиболее часто цирротический туберкулез легких развивается из:
  - 1) Милиарного туберкулеза, кавернозного туберкулеза
  - 2) Туберкулеза внутригрудных лимфоузлов
  - 3) Туберкулеза бронхов
  - 4) Первичного туберкулезного комплекса
  - 5) Туберкуломы
  - 6) Хронического диссеминированного туберкулеза легких
  - 7) Фиброзно-кавернозного туберкулеза легких
  - 8) Лобита и казеозной пневмонии
  
2. Цирротический туберкулез легких характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:
  - 1) Развитие распространенных фиброзных изменений в легких и плевре
  - 2) Нарушений функций легких и плевры
  - 3) Потере активности туберкулезного процесса
  - 4) Периодического бактериовыделения
  
3. Основная причина формирования цирротического туберкулеза легких
  - 1) Заболевания туберкулезом в пожилом возрасте
  - 2) Несвоевременное выявление туберкулеза
  - 3) Длительное применение противотуберкулезных препаратов
  - 4) Прерывистое применение противотуберкулезных препаратов
  
4. Какой симптом чаще наблюдается у больных цирротическим туберкулезом?
  - 1) Боли в груди
  - 2) Снижение аппетита
  - 3) Отдышка
  - 4) Головная боль
  
5. Цирротический туберкулез чаще встречается у больных:
  - 1) Молодого возраста
  - 2) Среднего возраста
  - 3) Пожилого возраста
  - 4) Во всех возрастных группах одинаково часто
  
6. Чем в основном обусловлены клинические проявления цирротического туберкулеза?
  - 1) Выраженностью и распространением фиброзных изменений
  - 2) Наличием остаточных каверн
  - 3) Наличием казеозных очагов
  - 4) Специфическим эндобронхитом
  
7. Основной признак, указывающий на активность процесса при цирротическом туберкулезе:
  - 1) Интоксикация
  - 2) Кровохарканьем или кровотечением

3) Обнаружением МБТ

8. Основным рентгенологическим признаком цирроза легкого является:

- 1) Уменьшение объема, потеря воздушности в пораженном участке
- 2) Повышение воздушности непораженных отделов легких
- 3) Деформация, расширение, стеноз бронхов
- 4) Смещение и деформация корня легкого, смещение средостения в сторону поражения.

9. В патогенезе цирротического туберкулеза существенную роль играет все перечисленное, кроме

- 1) Формы исходного туберкулезного процесса
- 2) Осложнений в виде специфического и неспецифического поражения бронхов
- 3) Методов лечения исходного туберкулезного процесса
- 4) Сопутствующих заболеваний

10. Клиническая симптоматика при цирротическом туберкулезе в основном зависит:

- 1) От фазы течения туберкулезного процесса (инфильтрация, распад, обсеменение)
- 2) От распространенности поражения и осложнений.
- 3) От патогенеза, формирования цирротического туберкулеза.

11. Цирротический туберкулез может быть односторонним и ограниченным, если он формируется из:

- 1) Диссеминированного туберкулеза легких
- 2) Очагового туберкулеза
- 3) Фиброзно-кавернозного туберкулеза легких
- 4) Прогрессирующего инфильтративного туберкулеза легких

12. Перкуторно в области цирроза наиболее часто определяется:

- 1) Тупость
- 2) Укорочение легочного звука
- 3) Укорочение легочного звука с тимпаническим оттенком
- 4) Легочный звук не изменен

13. Какие данные аускультации типичны для цирротического туберкулеза легких?

- 1) Дыхание ослабленное, единичные сухие хрипы
- 2) Дыхание жесткое
- 3) Дыхание везикулярное
- 4) Дыхание бронхиальное, сухие влажные хрипы
- 5) Амфорическое дыхание

14. Осложнениями цирротического туберкулеза являются все перечисленные, кроме:

- 1) Кровохарканий и легочных кровотечений
- 2) Дыхательной и сердечной недостаточности
- 3) Амилоидоза внутренних органов
- 4) Бактериальной и грибковой инфекции

15. Специфическая химиотерапия у больных с цирротическим туберкулезом показано:

- 1) При появлении признаков интоксикации
- 2) При легочных кровотечениях
- 3) При дыхательной недостаточности.

4) При обострении туберкулезного процесса, подтвержденного лабораторными методами исследования

16. Предупреждает избыточное развитие соединительной ткани при туберкулезе:

- 1) Своевременное выявление заболевания
- 2) Рациональное комплексное лечение туберкулеза
- 3) Своевременная диагностика
- 4) Лечение сопутствующих заболеваний.

17. Хирургическое лечение при цирротическом туберкулезе показано:

- 1) При одностороннем и относительно ограниченном поражении с бронхоэктазами
- 2) При частых обострениях неспецифической инфекции в области цирротических изменений
- 3) У больных молодого и среднего возраста
- 4) При отсутствии тяжелой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности
- 5) Все перечисленное верно

### **Туберкулезный плевры**

1. Источник поражения плевры туберкулезом чаще всего локализуется:

- 1) В бронхах
- 2) В внутригрудных лимфоузлах
- 3) В субплеврально расположенном туберкулезном очаге
- 4) Внегрудно

2. Туберкулезная инфекция распространяется на плевру всеми перечисленными путями, кроме:

- 1) Лимфогенного
- 2) Гематогенного
- 3) Бронхогенного
- 4) Контактного

3. Наиболее вероятная причина выпота в плевральной полости у молодых?

- 1) Туберкулез легких
- 2) Сердечно-сосудистые заболевания
- 3) Злокачественная опухоль
- 4) Пневмония

4. Какая причина выпота в плевральной полости наиболее вероятна у пожилых?

- 1) Злокачественная опухоль
- 2) Пневмония
- 3) Туберкулез легких
- 4) Саркоидоз

5. Клиническая симптоматика фибринозного плеврита?

- 1) Боли в груди
- 2) Сухой кашель
- 3) Непостоянная субфебрильная температура
- 4) Небольшая слабость
- 5) Все перечисленное верно
- 6) Все перечисленное неверно

6. Клиника экссудативного плеврита

- 1) Период недомогания от нескольких дней до 2-3 недель
- 2) Высокая температура до  $38^{\circ} - 39^{\circ}$ , вслед продромальным периодом
- 3) Озноб
- 4) Головная боль
- 5) Слабость
- 6) Постепенно увеличивающаяся одышка
- 7) Все перечисленное верно
- 8) Все перечисленное неверно

7. Наиболее важным физикальным синдромом для фибринозного плеврита является:

- 1) Укорочение перкуторного тона
- 2) Ослабленное дыхание
- 3) Влажные мелкопузырчатые хрипы
- 4) Шум трения плевры

8. Излечение фибринозного плеврита чаще заканчивается:

- 1) Отсутствием изменений в плевре
- 2) Наличием плевральных наслоений плевроциррозом

9. Для экссудативного плеврита характерны следующие физикальные симптомы:

- 1) Укорочение или тупой перкуторный звук
- 2) Ослабление голосового дрожания
- 3) Ослабленное дыхание
- 4) Все перечисленное верно

10. Какие клетки преобладают в экссудате при туберкулезном плеврите?

- 1) Эозинофилы
- 2) Нейтрофилы
- 3) Лимфоциты
- 4) Моноциты

11. Какой рентгенологический симптом не характерен для экссудативного плеврита?

- 1) Косая верхняя граница затемнения
- 2) Изменение формы затемнения при глубоком вдохе
- 3) Изменение формы затемнения при перемене положения тела больного
- 4) Смещение тени средостения в здоровую сторону
- 5) Сосудистый рисунок на фоне затемнения

12. Какой метод исследования выявляет междолевой плеврит?

- 1) Прямая рентгенография
- 2) Ультразвуковое исследование
- 3) Пункция плевральной полости
- 4) Боковая рентгенография

13. Что подтверждает туберкулезную этиологию плевритов при исследовании экссудата?

- 1) Нейтрофильный
- 2) Высокое содержание белка
- 3) Рост МБТ

- 4) Все перечисленное верно
  - 5) Все перечисленное неверно
14. У больных старше 40 лет чаще наблюдается:
- 1) Опухолевый плеврит
  - 2) Туберкулезный плеврит
  - 3) Плеврит связанный с сердечно-сосудистой патологией
15. При какой форме туберкулеза чаще развивается эмпиема плевры?
- 1) Диссеминированный туберкулез легких
  - 2) Туберкулома
  - 3) Фиброзно-кавернозный туберкулез
  - 4) Очаговый
16. Какой плеврит перенес больной у которого имеются участки обызвествления плевры?
- 1) Аллергический
  - 2) Туберкулезный
  - 3) Саркоидный
  - 4) Ревматический
17. Какой плеврит является показанием к хирургическому лечению?
- 1) Фибринозный
  - 2) Серозный
  - 3) Хронический гнойный
  - 4) Гемарогический
18. В комплексное лечение туберкулезного плеврита следует включить:
- 1) Этиотропные химиопрепараты
  - 2) Противовоспалительные препараты
  - 3) Плевральные пункции
  - 4) Все верно
19. Что такое идиопатический плеврит?
- 1) Аллергический плеврит
  - 2) Плеврит, вследствие раковой опухоли
  - 3) Плеврит без ясной этиологии
  - 4) Плеврит, как осложнение пневмонии.
20. Что способствует рассасыванию туберкулезного плеврита?
- 1) Электрофорез с хлористым кальцием
  - 2) Фуросемид
  - 3) Преднизолон
  - 4) Все перечисленное верно
  - 5) Все перечисленное неверно

#### **Лечение больных туберкулезом легких**

1. Лечебная тактика при туберкулезе определяется:
- 1) Возрастом больных
  - 2) Клинической формой и наличием деструкции
  - 3) Наличием массивного бактериовыделения
  - 4) Наличием сопутствующих заболеваний

- 5) Все перечисленное верно.
2. Принципы лечения больных туберкулезом
  - 1) Комплексное
  - 2) Непрерывное
  - 3) Длительное
  - 4) С учетом переносимости препаратов
  - 5) С учетом чувствительности МБТ
  - 6) Все перечисленное верно
3. Задачей комплексного лечения является
  - 1) Воздействие на МБТ
  - 2) Повышение концентрации химиопрепаратов в зоне туберкулезного процесса
  - 3) Улучшение репаративных процессов
  - 4) Снижение побочного действия химиопрепаратов
  - 5) Все перечисленное верно
4. В комплексное лечение входит
  - 1) Химиотерапия
  - 2) Патогенетическая терапия
  - 3) Симптоматическая терапия
  - 4) Лечение неотложных состояний
  - 5) Хирургическое лечение
  - 6) Все перечисленное верно
5. Какой метод лечения туберкулеза является основным?
  - 1) Патогенетическая терапия
  - 2) Коллапсотерапия
  - 3) Антибактериальная терапия
  - 4) Хирургический
6. Патогенетическая терапия при туберкулезе способствует:
  - 1) Повышению сопротивляемости организма
  - 2) Повышению концентрации химиопрепарата в очаге поражения
  - 3) Замедлению формирования рубцовой ткани
  - 4) Подавлению или усилению воспалительной реакции
  - 5) Все перечисленное верно
7. Наиболее активные противотуберкулезные препараты в отношении МБТ:
  - 1) Протионамид, этамбутол
  - 2) Стрептомицин, канамицин
  - 3) Изониазид, рифампицин
  - 4) Этионамид, циклосерин
8. Продолжительность пребывания больного в стационаре определяется:
  - 1) Характером туберкулезного процесса и его осложнениями
  - 2) Наличием сопутствующих заболеваний
  - 3) Скоростью наступления положительной рентгенологической динамики и быстротой абациллирования.
  - 4) Переносимостью химиотерапии
  - 5) Все перечисленное верно

6) Все перечисленное неверно

9. Длительность интенсивной терапии при впервые выявленном неосложненном туберкулезе:

- 1) Непрерывная интенсивная терапия -12 мес.
- 2) Оперативное удаление зоны поражения и последующая непрерывная интенсивная терапия – 6 мес.
- 3) Интенсивная терапия первые 2 – 4 мес. и стабилизирующая терапия в последующие 4 – 6 мес.

10. Наибольшая концентрация лекарственного средства в очаге поражения достигается:

- 1) Внутривенно
- 2) Внутривнегочно
- 3) Внутримышечно
- 4) Перорально
- 5) Внутрикавернозно

11. У больных туберкулезом витаминная недостаточность развивается

- 1) При нехватке содержания витаминов в пище
- 2) При нарушении всасывания витаминов в кишечнике
- 3) В результате антагонизма между химиопрепаратами и витаминами
- 4) Все перечисленное верно
- 5) Все перечисленное неверно

12. Контролируемая химиотерапия необходима:

- 1) На начальном этапе лечения
- 2) На амбулаторном этапе лечения
- 3) На всем протяжении химиотерапии

13. Факторы определяющие эффективность химиотерапии

- 1) Прекращение бацилловыделения
- 2) Рассасывание очаговых и инфильтративных изменений
- 3) Закрытие полостей распада
- 4) Все перечисленное верно

14. Основным противопоказанием к назначению изониазида является:

- 1) Заболевания центральной и периферической нервной системы
- 2) Язвенная болезнь желудка
- 3) Сахарный диабет

15. Основным показанием к назначению рифампицина является:

- 1) Катаракта
- 2) Сахарный диабет
- 3) Язвенная болезнь желудка
- 4) Нарушение функции печени

16. Основное противопоказание к назначению стрептомицина является:

- 1) Сахарный диабет
- 2) Нарушение функции печени
- 3) Язвенная болезнь желудка
- 4) Кохлеарный неврит

5)

17. Какие препараты показаны при легочном кровотечении

- 1) Хлорид кальция
- 2) Диценол
- 3) Аминокапроновая кислота
- 4) Викасол
- 5) Все перечисленное верно
- 6) Все перечисленное неверно

18. Какой метод наиболее эффективен для излечения хронических деструктивных форм туберкулеза?

- 1) Искусственный пневмоторакс
- 2) Химиотерапевтический
- 3) Хирургический
- 4) Патогенетическая терапия

19. Где следует лечить впервые выявленного больного туберкулезом легких

- 1) В терапевтическом стационаре
- 2) В хирургическом стационаре
- 3) В дневном стационаре
- 4) Амбулаторно
- 5) В зависимости от медицинских и социальных показаний

20. Основной критерий эффективности химиотерапии туберкулеза легких, рекомендуемый ВОЗом:

- 1) Положительная рентгенологическая динамика процесса
- 2) Закрытие полости распада
- 3) Ликвидация симптомов интоксикации
- 4) Прекращение бактериовыделения с мокротой