

Электронная цифровая подпись

Лысов Николай Александрович



F 2 5 6 9 9 F 1 D E 0 1 1 1 E A

Бунькова Елена Борисовна



F C 9 3 E 8 6 A C 8 C 2 1 1 E 9

Утверждено 28 мая 2020 г.  
протокол № 6

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ  
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**Дисциплина «Фтизиатрия»**

**по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета)**

**Направленность: Лечебное дело**

**Форма обучения: очная**

**Квалификация (степень) выпускника: Врач - лечебник**

**Срок обучения: 6 лет**

Год поступления 2019,2020

## 1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

В результате освоения ОПОП обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине(модулю) «Фтизиатрия»:

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1	Этиология и эпидемиология туберкулеза. Патогенез и патологическая анатомия. Методы клинической диагностики туберкулеза	ОПК-5 ОПК-6 ПК-3 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, подготовка рефератов, подготовка презентаций, курация/разбор тематического больного	Пятибальная шкала оценивания
2	Аллергия и иммунитет при туберкулезе. Туберкулинодиагностика. Специфическая профилактика туберкулеза. Милиарный ТБ	ОПК-5 ОПК-6 ПК-3 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, подготовка рефератов, подготовка презентаций, курация/разбор тематического больного	Пятибальная шкала оценивания
3	Классификация туберкулеза. Формы первичного ТБ. Дифференциальная диагностика. Врачебная тактика.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-3 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, подготовка рефератов, подготовка презентаций, курация/разбор тематического больного	Пятибальная шкала оценивания
4	Формы ТБ вторичного периода. Диссеминированный ТБ. ТБ плеврит.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-3 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, подготовка рефератов, подготовка презентаций, курация/разбор тематического больного	Пятибальная шкала оценивания
5	Запущенные формы ТБ. Внегочный ТБ.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-3 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, подготовка рефератов, подготовка презентаций, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибальная шкала оценивания
6	Лечение ТБ. Профилактика ТБ (специфическая и неспецифическая). Понятие очага ТБ инфекции. Мероприятия в очаге ТБ инфекции. Зачёт с оценкой	ОПК-5 ОПК-6 ПК-3 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, подготовка рефератов, подготовка презентаций, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибальная шкала оценивания

## 2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа (семинары, практические

занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль;
- написание рефератов (презентаций);
- решения ситуационных задач;
- курация больного/разбор тематического больного,
- разбор истории болезни

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

**2.1 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы**

**2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)**

**Тема 1. Этиология и эпидемиология туберкулеза. Патогенез и патологическая анатомия. Методы клинической диагностики туберкулеза.**

**1. Клетки, осуществляющие захват МБТ в дыхательных путях и легких:**

1. Т-лимфоциты
2. В-лимфоциты
3. нейтрофилы
4. макрофаги

**2. К какому типу реакций относится гиперчувствительность замедленного типа?**

1. гуморальный иммунитет
2. неспецифическая резистентность
3. клеточный иммунитет
4. продуктивное воспаление

**3. Вид лучистой энергии, к которой высоко чувствительны 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. Вид микобактерий, наиболее часто вызывающих туберкулез у человека:**

1. *M. tuberculosis*
2. *M. bovis*
3. *M. avium*
4. *M. kansasii*

**5. Способ персистенции в организме возбудителя туберкулеза:**

1. в виде типичных микобактерий
2. в виде L-формы
3. в виде атипичных микобактерий
4. в виде зернистых форм

**6. Возбудители микобактериоза:**

1. микобактерии БЦЖ
2. атипичные микобактерии
3. L-формы микобактерий туберкулеза
4. *M. bovis*

**7. Оптимальный срок роста культуры микобактерий туберкулеза на плотной питательной среде Левенштейна-Йенсена:**

1. 2-3 дня
2. 2 недели
3. 1 месяц
4. 3 месяца

**8. Метод общедоступной и срочной лабораторной диагностики МБТ, выполнимый в любом лечебно-профилактическом учреждении:**

1. метод флотации
2. прямая бактериоскопия
3. бактериологическое исследование
4. люминесцентная бактериоскопия

**9. Вакцина БЦЖ – это**

1. анатоксин
2. комплекс противотуберкулёзных иммуноглобулинов
3. живая ослабленная вакцина
4. сыворотка

**10. Виды лекарственной устойчивости МБТ:**

1. медленная, быстрая
2. первичная, вторичная
3. латентная, текущая
4. неактивная, активная

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	4	2	1	2	2	3	2	3	2

**Тема 2. Аллергия и иммунитет при туберкулезе. Туберкулинодиагностика. Специфическая профилактика туберкулеза. Милиарный ТБ.**

**1. Клетки, осуществляющие захват МБТ в дыхательных путях и легких:**

1. Т-лимфоциты
2. В-лимфоциты
3. нейтрофилы
4. макрофаги

**2. К какому типу реакций относится гиперчувствительность замедленного типа?**

1. гуморальный иммунитет
2. неспецифическая резистентность
3. клеточный иммунитет
4. продуктивное воспаление

**3. Основной путь элиминации МБТ при клеточном иммунитете:**

1. реакция антигена с антителом
2. фагоцитоз
3. разрушение МБТ медиаторами-интерлейкинами
4. воздействие на МБТ факторов бактерицидной активности крови

**4. Иммунитет при туберкулезе в основном**

1. клеточный
2. гуморальный
3. неспецифический
4. естественный

**5. За клеточный иммунитет к туберкулезу у человека ответственные:**

1. В-лимфоциты
2. нейтрофилы
3. гистиоциты
4. Т-лимфоциты

**6. Наиболее характерные клетки для туберкулезной гранулемы:**

1. фибробласты
2. гистиоциты
3. клетки Березовского-Штеренберга
4. клетки Пирогова-Ланганса

**7. Патоморфологическая реакция, характерная для прогрессирования туберкулезного процесса:**

1. дистрофическая
2. казеозный некроз
3. атрофия тканей

4. продуктивное воспаление

**8. Особенности иммунитета при туберкулезе**

1. абсолютный
2. нестерильный
3. стерильный
4. врожденный
5. относительный
6. неспецифический

**9. Главная защитная (эффекторная) реакция при клеточном иммунитете к туберкулезу**

1. реакция антиген-антитело
2. выделение микобактерий из бронхов
3. фагоцитоз
4. воздействие комплемента

**10. Клетки, от которых преимущественно зависят реакции клеточного иммунитета при туберкулезе:**

1. В-лимфоциты
2. нейтрофилы
3. макрофаги
4. эозинофилы
5. Т-лимфоциты
6. мезотелиальные клетки

**Эталоны ответа**

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

**Тема 3. Классификация туберкулеза. Формы первичного ТБ. Дифференциальная диагностика. Врачебная тактика.**

**1. Наиболее характерные грудные жалобы больных туберкулезом легких:**

1. сухой надсадный кашель в течение недели
2. длительный, постепенно усиливающийся кашель с небольшим количеством мокроты
3. кашель с обильным количеством мокроты по утрам при вставании с постели
4. относительно редкий кашель в течение многих лет с легко отделяющейся мокротой слизисто-гнойного характера

**2. Каким методом лучше всего выявляются малые формы бронхоаденита?**

1. обзорная рентгенограмма в прямой проекции
2. обзорная рентгенограмма в боковой проекции
3. прицельная рентгенограмма
4. томограмма через корни легкого

**3. Какая основная форма туберкулеза у детей и подростков относится к первичному туберкулезу?**

1. очаговый туберкулез легких
2. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
3. туберкулема
4. инфильтративный туберкулез легких

**4. Какая туберкулиновая проба Манту обычно характерна для туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов у детей?**

1. сомнительная
2. слабоположительная
3. нормергическая в течение 5 лет
4. "вираж" туберкулиновой реакции

**5. Признаками, характерными для первичного туберкулеза являются:**

1. бронхогенное обсеменение
2. образование каверн
3. высокая степень специфической сенсибилизации организма
4. неблагоприятное течение
5. склонность к поражению лимфатической системы

6. эндогенная реактивация процесса

**6. Какие признаки более характерны для туберкулезной интоксикации у детей и подростков:**

1. боли в области сердца, суставов, субфебрильная температура
2. частые ангины в анамнезе
3. диспептические расстройства, снижение аппетита, массы тела
4. субфебрильная температура по вечерам, слабость, похудание, раздражительность, потливость
5. полиаденит шейных, надключичных, подмышечных лимфатических узлов
6. горечь во рту, болезненность в правом подреберье

**7. Для хронической туберкулезной интоксикации характерно:**

1. беспокойный упорный длительный кашель
2. выявление очага Гона при рентгенологическом обследовании
3. наличие высокой лихорадки в течение месяца и более
4. длительно (до 6 месяцев) отмечаются проявления интоксикации: слабость, похудание, потливость, снижение аппетита, недомогание, субфебрилитет и т. п.

**8. Какая клиническая форма туберкулеза протекает без видимых локальных поражений?**

1. «вираж» туберкулиновой реакции
2. туберкулезная интоксикация
3. малые формы туберкулезного бронхоаденита
4. туберкулезный мезоаденит

**9. Условием для постановки диагноза ранней туберкулезной интоксикации является:**

1. наличие МБТ в мокроте
2. увеличение внутригрудных лимфоузлов
3. «вираж» туберкулиновой реакции
4. наличие болей в суставах

**10. Первичный туберкулезный комплекс характеризуется:**

1. наличием очага в легких, увеличением периферических лимфоузлов и положительной пробой Манту с 2 ТЕ.
2. наличием очага в легких, увеличением внутригрудных лимфоузлов и лимфангитом
3. наличием очага в легком, симптомов интоксикации и МБТ в мокроте
4. наличием очаговых теней в легком длительным субфебрилитетом и «виражом» туберкулиновых проб

**Эталоны ответа**

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

**Тема 4. Формы ТБ вторичного периода. Диссеминированный ТБ. ТБ плеврит.**

**1. Основными морфологическими проявлениями активного туберкулезного процесса являются:**

1. развитие гиалиноза
2. появление эпителиоидноклеточных бугорков с некрозом
3. кальцинация
4. жировая дистрофия
5. возникновение участков творожистого (казеозного) некроза
6. появление и размножение атипических клеток

**2. Основной метод рентгенологической диагностики заболеваний органов грудной клетки в пульмонологической и фтизиатрической клинике:**

1. стационарная среднеформатная флюорография
2. обзорная рентгенография в 2-х проекциях / прямая и боковая/
3. рентгеноскопия
4. томография

**3. Какой сегмент легких наиболее часто поражается при вторичных формах туберкулеза?**

1. С2
2. С3
3. С5
4. С8

**4. Рентгенологические параметры очаговых теней крупных размеров:**

1. до 3 мм

2. от 3 до 6 мм
3. от 6 до 10 мм
4. от 15 до 20 мм

**5. Интенсивность свежих, недавно возникших очаговых тенеобразований в легких туберкулезной этиологии:**

1. высокая
2. малая
3. различная
4. средняя

**6. Рентгенологическая характеристика явно 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

**7. Самая распространенная в настоящее время клиническая форма туберкулеза легких среди вновь выявленных больных:**

1. очаговая
2. диссеминированная
3. инфильтративная
4. туберкулема

**8. Какая форма туберкулеза легких занимает промежуточное положение между свежими и далеко зашедшими хроническими формами?**

1. кавернозная
2. диссеминированная
3. инфильтративная
4. фиброзно-кавернозная

**9. Рентгенологический метод, позволяющий наиболее точно определять наличие полости распада в легких:**

1. рентгенография
2. рентгеноскопия
3. томография
4. флюорография

**10. Для плеврального экссудата характерен уровень белка:**

1. 5 г/литр
2. 12 г/литр
3. 17 г/литр
4. 2г/литр и более

**Эталоны ответа**

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

**Тема 5. Запущенные формы ТБ. Внелегочный ТБ.**

**1. Сроки появления на обзорной рентгенограмме легких мелкоочаговой диссеминации при остром милиарном туберкулезе:**

1. в первый день острых клинических проявлений
2. через 3 - 4 дня
3. через 5 дней
4. к концу месяца

**2. Какой метод рентгенологического исследования является основным в диагностике милиарного туберкулеза легких?**

1. полипозиционная рентгеноскопия
2. рентгенография в 3-х проекциях / прямой и боковых/
3. томография
4. компьютерная томография

**3. Какой метод обследования больного в большинстве случаев является решающим в своевременной диагностике милиарного туберкулеза?**

1. обнаружение МБТ в мокроте
2. проба Манту
3. бронхоскопия
4. повторно выполненные через 2 недели обзорные рентгенограммы

**4. Рентгенологическая картина при милиарном туберкулезе легких:**

1. множественные малоинтенсивные очаги различных размеров в обоих легких, местами сливающиеся между собой в фокусы с просветлениями
2. множественные малоинтенсивные мелкие очажки "просовидного" характера по всем легочным полям обоих легких, легочный рисунок не определяется
3. в средних и нижних отделах обоих легких определяются множественные крупные очаговые тени значительной интенсивности с четкими контурами, верхушки свободные
4. в верхних отделах обоих легких на фоне умеренного пневмофиброза определяются очаговые тени различной интенсивности

**5. Характерная клиническая картина при милиарном туберкулезе легких:**

1. постепенное начало, температура тела с субфебрильных цифр стабилизировалась утром и вечером на, кашель и одышка отсутствуют
2. острое начало, температура до 40, озноб, через несколько дней появился кашель с большим количеством мокроты
3. острое начало, температура тела утром субфебрильная, вечером, сильная потливость по ночам, беспокоит выраженная одышка, кашель небольшой
4. острое начало, температура тела субфебрильная, беспокоит сильный приступообразный кашель с болевыми ощущениями за грудиной

**6. Дифференциальная диагностика милиарного туберкулеза проводится:**

1. с крупозной пневмонией
2. с пневмосклерозом
3. с мелкоочаговой пневмонией
4. с периферическим раком

**7. При дифференциальной диагностике милиарного туберкулеза и карциноматоза для туберкулеза характерны:**

1. наличие высокой (до 39 – 40 С) температуры гектического типа
2. развитие экссудативного плеврита с упорным течением и геморрагическим экссудатом
3. появление одышки и ее постепенное нарастание
4. наличие мелких (до 0.5 см) очагов с четкими контурами без слияния между собой

**8. Рентгенологический исход патоморфологических изменений при милиарном туберкулезе легких в случае своевременной диагностики и длительной интенсивной химиотерапии:**

1. частичное рассасывание и уплотнение очагов
2. полное рассасывание без видимых остаточных изменений
3. формирование множественных мелких кальцинатов
4. формирование диффузного пневмосклероза с включением плотных очаговых теней

**9. Патогенез милиарного и диссеминированного туберкулеза чаще всего связан:**

1. с бронхогенным обсеменением
2. с лимфогематогенным распространением процесса
3. с контактным распространением
4. со спутогенным обсеменением

**10. Рентгеновская картина при подостром варианте диссеминированного туберкулеза легких:**

1. множественные полиморфные очаги различной интенсивности с участками просветлений на фоне пневмофиброза в верхних сегментах обоих легких
2. множественные мелкие очажки значительной интенсивности в обоих легких без деструкций в средне-нижних отделах; корни уплотнены.
3. множественные невысокой интенсивности разновеликие очаги в верхних отделах обоих легких, местами сливающиеся в фокусы с участками тонкостенных кольцевидных просветлений.
4. множественные очаги различной величины, невысокой интенсивности в



субкортикальных зонах средних отделов обоих легких без деструкций; корни с обеих сторон резко расширены за счет увеличенных бронхопульмональных лимфоузлов

#### Эталоны ответа

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	2	4	2	3	3	1	3	2	3

#### Тема 6. Лечение ТБ. Профилактика ТБ ( специфическая и неспецифическая). Понятие очага ТБ инфекции. Мероприятия в очаге ТБ инфекции.

##### 1. Очагом туберкулезной инфекции называется:

1. жилище, где проживает больной активным туберкулезом органов дыхания
2. местность, где произошла вспышка туберкулезной инфекции среди людей
3. местность, где произошла вспышка туберкулезной инфекции среди животных
4. учреждение, предприятие, где есть хотя бы один больной туберкулезом

##### 2. Очаги туберкулезной инфекции бывают:

1. 3-х категорий
2. 2-х категорий
3. 4-х категорий
4. не разделяются

##### 3. Эпидемиологически наиболее опасны очаги туберкулезной инфекции:

1. 3-ей категории
2. все одинаково опасны
3. 1-ой категории
4. 2-ой категории

##### 4. Очаг повышенной эпидемиологической опасности это:

1. в семье проживает алкоголик, переболевший туберкулезом
2. у одного из членов семьи определяются множественные кальцинаты
3. проживает больной очаговым туберкулезом в фазе рассасывания и уплотнения
4. проживает больной активным туберкулезом с выделением МБТ и наличием в семье детей

##### 5. Санитарная профилактика включает:

1. изоляцию и лечение больных, санитарное просвещение, работу в очаге туберкулезной инфекции, борьбу с туберкулезом сельскохозяйственных животных
2. изоляцию и лечение больных, санитарное просвещение, общеоздоровительные мероприятия
3. изоляцию и лечение больных, работу в очаге туберкулезной инфекции, массовые рентгенофлюорографические обследования
4. вакцинацию БЦЖ и химиопрофилактику

##### 6. Рентгенологические признаки первичного туберкулезного комплекса в пневмонической стадии:

1. округлая, субплеврально расположенная кольцевидная тень
2. множественные очаговые тени различной интенсивности
3. интенсивная тень в проекции нижней доли с косой верхней границей
4. затемнение в легком инфильтративного характера сливающееся с тенью корня

##### 7. К осложнениям первичного туберкулеза не относится:

1. бронхолулярный свищ
2. плеврит
3. ателектаз
4. легочно-сердечная недостаточность

##### 8. Дифференциальная диагностика туберкулезной интоксикации проводится:

1. с острой пневмонией
2. с хроническим тонзиллитом
3. с экссудативным плевритом
4. с саркоидозом
5. с глистной инвазией
6. с хроническим гастритом

##### 9. Госпитализация и лечение больных туберкулезом в стационаре как метод санитарной профилактики проводится:

1. до ликвидации симптомов интоксикации

2. до прекращения бактериовыделения
3. до появления положительной рентгенологической динамики
4. до клинического выздоровления

**10. В детское отделение противотуберкулезного диспансера направляются:**

1. при наличии р. Манту – папула – 7 мм через год после вакцинации
2. при переходе положительной реакции Манту в отрицательную
3. при многолетней отрицательной пробе Манту
4. при повышении показателя р. Манту на 6 мм и более по сравнению с предыдущим

**Эталоны ответа**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	3	4	1	4	4	2	2	4

**2.2 Перечень тематик рефератов и презентаций для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)**

**Тема 1. Этиология и эпидемиология туберкулеза. Патогенез и патологическая анатомия.**

**Методы клинической диагностики туберкулеза**

1. Этиология и эпидемиология туберкулеза.
2. Патогенез и патологическая анатомия.
3. Методы клинической диагностики туберкулеза

**Тема 2. Аллергия и иммунитет при туберкулезе. Туберкулинодиагностика. Специфическая профилактика туберкулеза. Милиарный ТБ**

4. Аллергия и иммунитет при туберкулезе. Туберкулинодиагностика. Специфическая профилактика туберкулеза.
5. Классификация туберкулеза.

**Тема 3. Классификация туберкулеза. Формы первичного ТБ. Дифференциальная диагностика. Врачебная тактика.**

6. Туберкулезная интоксикация.
7. Первичный туберкулезный комплекс. Дифференциальная диагностика.
8. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.
9. Осложнения первичного туберкулеза.
10. Принципы дифференциальной диагностики синдрома изменения корня легкого.

**Тема 4. Формы ТБ вторичного периода. Диссеминированный ТБ. ТБ плеврит.**

11. Диссеминированный туберкулез легких,
12. Милиарный туберкулез легких.
13. Очаговый туберкулез легких.
14. Инфильтративный туберкулез легких.
15. Туберкуломы.
16. Казеозная пневмония.
17. Туберкулезный плеврит.

**Тема 5. Запущенные формы Тб. Внелегочный ТБ.**

18. Кавернозный, фиброзно-кавернозный, цирротический туберкулез легких.
19. Внелегочный туберкулез.
20. Туберкулез верхних дыхательных путей, полости рта, трахеи, бронхов
21. Туберкулезный менингит.

**Тема 6. Лечение ТБ. Профилактика ТБ (специфическая и неспецифическая). Понятие очага ТБ инфекции. Мероприятия в очаге ТБ инфекции.**

22. Организация борьбы с туберкулезом
23. Работа врача общей лечебной сети по выявлению и профилактике туберкулеза. Туберкулез легких, комбинированный с другими заболеваниями.
24. Лечение туберкулеза.

Темы рефератов и презентаций могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем

**2.4. Перечень ситуационных задач для текущего контроля успеваемости.**

**Тема 1. Этиология и эпидемиология туберкулеза. Патогенез и патологическая анатомия. Методы клинической диагностики туберкулеза.**

**Ситуационная задача № 1.**

Больной Л., 27 лет, врач педиатр. Обратился к терапевту с жалобами на боли при вдохе справа под ключицей, сухой кашель, субфебрильную температуру, потливость по ночам. Считает себя больным около 1,5 месяцев. Самостоятельно в течение 10 дней принимал ампициллин и сульфаниламиды. В 10-летнем возрасте перенёс туберкулёз левого тазобедренного сустава, по поводу чего длительно лечился в санатории. Контакт с больными туберкулёзом в настоящее время отрицает. Последнее ФГ обследование лёгких 6 месяцев назад, без патологии.

Объективно: состояние удовлетворительное, пальпируются задние шейные, подмышечные лимфоузлы до горошины, плотные, безболезненные, подвижные. Грудная клетка правильной формы, перкуторный звук не изменён. Справа под ключицей единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, пульс 86 в/мин. АД 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

На обзорном снимке органов грудной клетки справа на уровне 1 межреберья тень 2х3 см средней интенсивности неоднородной структуры неправильной формы с единичными очагами отсева. Тень средостения в норме. Рёберно-диафрагмальные синусы свободные, глубокие, диафрагма ровная.

Общий анализ крови: Эр-  $3,5 \times 10^{12}/л$ , Нб-107 г/л, Ц.п.-0,98, Лейк- $6,8 \times 10^9/л$ , э-1%, п/я-7%, с/я-65%, л-17%, м-4%, СОЭ-21 мм/час.

Общ.анализ мочи: жёлтая, реакция кислая, относительная плотность 1020, белок 0,033 г/л, Лейк-12 в/п.зр., эпителий плоский незначит. количество.

Белковые фракции крови: общ.белок 50,0 г/л, альбумины - 45,7%, глобулины -54,3%, альфа1- 6,9%, альфа2- 14,5%, бета-11,5%, гамма-21,4%, индекс- 0,84. Ан.мокроты на МБТ по Циль-Нильсену однократно не обнаружены. Реакция Манту с 2 ТЕ - р. 12 мм, везикулы.

1. Оцените пробу Манту с 2 ТЕ, результаты лабораторного, рентгенологического обследования.

2. Укажите дополнительные методы обследования.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Оцените прогноз заболевания и трудоспособность при подтверждении туберкулеза легких.

ЭТАЛОН ОТВЕТА. Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого, ( БК-). Проба Манту гиперергическая. Необходим бактериологический метод для подтверждения диагноза и обнаружения МБТ.

### **Ситуационная задача № 2.**

Больная С., 55 лет. 2 года назад в связи с новообразованием проведена радикальная мастэктомия с курсом химиотерапии.

Год назад имела кратковременный контакт с больным туберкулёзом лёгких. Последние 3 недели отмечает ухудшение общего состояния: слабость, плохой аппетит, повышение температуры до 37,8 С, сухой кашель, одышка. Лечилась самостоятельно отварами трав, противокашлевыми средствами. На фоне лечения справа под лопаткой появились тупые боли, усиливающиеся при кашле. Обратилась к терапевту.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура 39,0 С, рост- 160 см, вес- 52 кг. Кожные покровы бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Справа от IV ребра и ниже притупление перкуторного звука, здесь же резко ослабленное дыхание. Частота дыханий - 20 в/мин. Тоны сердца ритмичные, пульс-100 в/мин, АД-100/70 мм рт. ст. Органы брюшной полости без особенностей.

Общ. ан. крови: Эр-  $3,7 \times 10^{12}/л$ , НБ- 102 г/л, цв.п. - 0,95, Лейк- $10,0 \times 10^9/л$ , э-2, п/я-12, с/я-68, л-12, м-6, СОЭ-38 мм/час. Сахар крови- 5,55 ммоль/л.

Обзорная рентгенограмма лёгких: справа от диафрагмы до IV ребра интенсивное гомогенное затемнение. Корни структурны. Органы средостения несколько смещены влево.

Госпитализирована в терапевтическое отделение, где проведена плевральная пункция - получено 400 мл прозрачной опалесцирующей жидкости: уд.вес-1030, белок 49,5 г/л, сахар-3,1, нейтрофилы- 32%, лимф- 68%. МБТ, АК, Флора не обнаружены. Р. Манту с 2 ТЕ - р. 4 мм.

В теч. 1 мес. пролечена пенициллином, стрептомицином, проведены 2 повторные плевральные пункции. В цитограмме плеврального выпота количество лимфоцитов

увеличилось до 82%. Общее состояние больной несколько улучшилось, но на рентгенограмме сохранился уровень жидкости до 5 ребра.

1. Проведите анализ лабораторных данных, пробы Манту с 2 ТЕ.
2. Укажите предварительный диагноз, проведите дифференциальную диагностику экссудативного плеврита.

3. Перечислите дополнительные методы обследования.

4. Тактика дальнейшего ведения больной.

Эталон ответа. Проба Манту сомнительная. Туберкулезный плеврит. Необходима дифференциальная диагностика с мезотелиомой плевры. Необходимо бактериологическое исследование плеврального содержимого.

## **Тема 2. Аллергия и иммунитет при туберкулезе. Туберкулинодиагностика. Специфическая профилактика туберкулеза. Миллиарный ТБ.**

### **Ситуационная задача № 1.**

Больная А., 67 лет. В течение 5 лет состоит на учёте у терапевта по поводу язвенной болезни желудка, хронического пиелонефрита. Последнее флюорографическое обследование лёгких проходила 4 года назад. Туберкулёзный контакт отрицает.

В настоящее время предъявляет жалобы на слабость, потливость, повышение температуры, одышку, боли слева под лопаткой и выделение крови изо рта при кашле.

Объективно: состояние удовлетворительное, пониженного питания. Периферические лимфоузлы пальпируются справа в подмышечной области до 0,6 см в диаметре /плотные, подвижные, безболезненные/. Перкуторный звук укорочен справа под лопаткой, здесь же выслушиваются среднепузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс 92 в/мин., АД- 150/90 мм рт.ст. Со стороны органов брюшной полости патологии не выявлено.

Общ. ан. крови: Эр-3,5 x 10<sup>12</sup>/л, НЬ-103 г/л, Ц. п. - 0,95, Лейк-6, Ох 10<sup>9</sup>/л, э- 2%, п/я - 7%, с/я -69%, л-14%, м-8%, СОЭ-60 мм/час.

Проба Манту с 2 ТЕ - р.6 мм.

Однократно в мокроте методом простой бактериоскопии обнаружены микобактерии туберкулёза.

На рентгенограмме лёгких в S10 справа определяется негетмогенное затемнение очаговой структуры с просветлением до 2 см в диаметре. Вокруг слабоконтурированные очаги. В правом корне единичные мелкие кальцинаты. Лёгкие повышенной пневмотизации. Сердечная тень в пределах возрастной нормы.

1. Проведите анализ результатов лабораторного, рентгенологического обследования.
2. Оцените качество диспансерного наблюдения за больной.
3. Сформулируйте предварительный диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

4. Составьте план дообследования.

5. Назначьте комплексное лечение при подтверждении диагноза туберкулёза.

Эталон ответа. Лабораторные и рентгенологические данные за активный туберкулезный процесс в легких. с учетом анамнеза- фиброзно- кавернозный туберкулез.

Ежегодное обследование ККФ.

Фиброзно- кавернозный туберкулез левого легкого, ДНП, БК+.

Стационарное лечение 4 основными препаратами в течение 3 месяцев ( 90 доз).

### **Ситуационная задача № 2.**

Больная М., 20 лет, мед. сестра детского отделения. Через 2 недели после медицинского аборта почувствовала ухудшение общего состояния: слабость, потливость, головная боль, повышение температуры до 38 С°, самостоятельно в течение 2-х дней принимала жаропонижающие средства. На фоне лечения подъем температуры до 39 С, появился озноб, сухой надсадный кашель, одышка, осиплость голоса, боли в горле при глотании.

Машиной скорой помощи доставлена в инфекционное отделение. Общее состояние больной тяжелое, поведение беспокойное. Кожа бледная, в области груди и живота тифоподобная сыпь. Цианоз губ. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипы не выслушиваются. Частота дыханий - 32 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс 120 в/мин., АД-90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, печень по краю реберной дуги безболезненная.

При поступлении на обзорной рентгенограмме легких признаки усиления легочного рисунка. Контрольное рентгенологическое обследование через 5 дней: по всем лёгочным полям определяются симметрично расположенные мелкоточечные очаговые тени без признаков слияния. Корень не увеличен. Синусы свободные. Тень средостения в пределах нормы.

Общ. ан. крови: Эр-3,23 x 10<sup>12</sup>/л, Нб-39 г/л, Ц.п. - 0,9, Лейк.- 12,6 x 10<sup>9</sup>/л, э-2%, п/я-12%, с/я-62%, л-14%, м-10%. СОЭ-47 мм/час.

Белковые фракции крови: общий белок - 58,7 г/л, А - 54,4%, Г- 45,6%, альфа1 - 3,6%, альфа2- 7,1%, бета - 13,0%, гамма- 21,9%, индекс-- 1,19.

Проба Манту с 2 ТЕ – отрицательная.

1. Оцените результаты проведенного обследования,  
2. Сформулируйте предварительный диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

3. Перечислите дополнительные методы обследования.

4. Назначьте комплексное лечение.

5. Укажите ориентировочные сроки лечения по больничному листу прогноз трудоспособности.

Эталон ответа.

1. Отрицательная анергия при пробе Манту.

2. Генерализованный туберкулез.

3. КТ легких. Осмотр гинеколога. Осмотр окулиста. Осмотр невролога.

4. Стационарное лечение. Интенсивная фаза. Одновременно 5 противотуберкулезных препаратов (90 доз).

5. 3 месяца интенсивная фаза, 6 месяцев поддерживающая фаза. Инвалидность второй группы по социальным показаниям.

### **Тема 3. Классификация туберкулеза. Формы первичного ТБ. Дифференциальная диагностика. Врачебная тактика.**

#### **Ситуационная задача № 1.**

Больной И., 42 лет, грузчик продовольственного магазина. Заболел постепенно после переохлаждения. Появилась субфебрильная температура, слабость, ночная потливость, сильный кашель с небольшим количеством мокроты и с прожилками крови, боли в подключичной области справа. Обратился к терапевту по месту жительства. После осмотра госпитализирован в терапевтическое отделение с подозрением на верхнедолевую правостороннюю пневмонию.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Гиперемия лица. Перкуторный звук укорочен справа под ключицей, здесь же выслушиваются среднепузырчатые влажные и единичные сухие хрипы. ЧД - 18 в/мин. Тоны сердца ритмичные, пульс-90 в/мин, АД-90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

На обзорной рентгенограмме лёгких справа во 2-м межреберье неомогенное затемнение с просветлением до 2 см, ниже множественные слабоконтурированные тени до 1 см в диаметре. Корень структурный, не увеличен. Тень средостения не изменена. Синусы свободные.

При бронхоскопии слизистая верхнедолевого бронха справа гиперемирована, отечная, кровоточивая. В смыве из верхнедолевого бронха обнаружены кислотоустойчивые палочки.

В анализе мокроты при люминесцентной микроскопии 3-хкратно микобактерии туберкулёза не обнаружены.

Общий анализ крови: Эр-3,31 x 10<sup>12</sup>/л, Нб-107 г/л, Ц.п. - 0,97, Лейк- 8,0 x 10<sup>9</sup>/л, п/я-3%, с/я-75%, л-18%, м-4%, СОЭ- 38 мм/час.

Общий анализ мочи в пределах нормы.

1. Оцените результаты проведенного обследования.

2. Сформулируйте предварительный диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

3. Перечислите дополнительные методы обследования.

4. Назначьте комплексное лечение в случае подтверждения туберкулеза.

5. Укажите ориентировочные сроки лечения по больничному листу, прогноз

трудоспособности.

Эталон ответа.

1. Не сделан бак посев на МБТ.
2. Инфильтративный ТБ верхней доли правого легкого, БК(+)
3. Бак посев на МБТ, посев на чувствительность МБТ. ФБС с посевом ЖБАЛ.
4. 1 режим химиотерапии по 109 Приказу.
5. 8 месяцев. При резистентности МБТ переход в фиброзно- кавернозный ТБ.

#### **Ситуационная задача № 2.**

Большая М., 23 лет, студентка. Состоит на учёте в противотуберкулёзном диспансере с диагнозом инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого, МБТ (-).

Пролечена в стационаре 8 месяцев. Лечение эффективно: достигнуто частичное рассасывание инфильтрата, прекратилось бактериовыделение. Через 2 года после заболевания родила доношенного здорового ребёнка, Роды протекали без осложнений. На 4-й день после родов появилось ухудшение самочувствия: слабость, потливость по ночам, повышение температуры до 39 С с ознобами, сухой кашель, выраженная одышка.

Объективно: состояние больной средней тяжести. Цианоз губ. Периферические л/узлы не увеличены. Дыхание в лёгких ослаблено, единичные сухие хрипы. Частота дыхания 30 в/мин. Тоны сердца ритмичные, пульс 110 в/мин., АД- 100/60 мм рт.ст. Живот без особенностей.

На обзорной рентгенограмме легких по всем лёгочным полям выявлены слабоконтурированные тени до 3 мм в диаметре, лёгочный рисунок обеднен. Корень структурный, не увеличен. Тень средостения в норме. Синусы свободные, диафрагма ровная.

Общий анализ крови; Эр. -  $4,59 \times 10^{12}/л$ , Нб - 139 г/л, цв.п. -0,9, L -  $10,2 \times 10^9/л$ , п/я – 14%, с/я – 78%, л – 6%, м- 2%., СОЭ-30 мм/час.

Однократно в общей сети методом бактериоскопии микобактерии туберкулёза не обнаружены.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы обследования.
3. Решите вопрос о вакцинации ребёнка, возможности грудного вскармливания.
4. Укажите мероприятия в очаге, которые необходимо провести перед выпиской ребёнка.
5. Тактика дальнейшего ведения больной.

Ответ.

1. Генерализованный ТБ.
2. ФБС с посевом ЖБАЛ и люм. МС ЖБАЛ.
3. Ребенка вакцинировать,изолировать от матери, искусственное вскармливание.
4. Заключительная дезинфекция. Проводит СЭС.

#### **Тема 4. Формы ТБ вторичного периода. Диссеминированный ТБ. ТБ плеврит.**

##### **Ситуационная задача № 1.**

Больной К. , 30 лет. Состоит на диспансерном учёте в туб. диспансере на протяжении 2 лет с диагнозом: Фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких в/доли справа, МБТ+, устойчивые к стрептомицину, изониазиду, рифампицину. От оперативного лечения отказывается. Проживает в частном доме. В семье: жена, воспитатель детского сада, дети: 3 и 9 лет. В личном хозяйстве имеется крупный рогатый скот.

За последний месяц состояние больного ухудшилось: появилось повышение температуры тела до 38 С, кашель со значительным количеством слизисто-гнойной мокроты, пропал аппетит. В последующем на фоне сильного кашля внезапно появилась острая боль в груди справа, одышка, резковыраженная слабость. Машиной скорой помощи доставлен в туб. диспансер.

Объективно: состояние больного тяжелое, возбужден. Кожа бледная, холодный пот. Дыхание поверхностное. При аускультации справа под ключицей немногочисленные влажные и сухие хрипы. Слева дыхание не прослушивается . Частота дыханий 24 в/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, пульс 100 в/мин., АД - 90/80 мм рт.ст. Органы брюшной полости без особенностей.

Общ. ан. крови при поступлении: Эр.  $3,2 \times 10^{12}/л$ , Нб - 98г/л, цв. п.-0.9, Лейк- $12,0 \times 10^9/л$ , п/я- 12%, с/я- 72%., л- 11%, м-5%, СОЭ-37мм/час.

В мокроте при микроскопии МБТ обнаружены.

На обзорном снимке органов грудной клетки по всем лёгочным полям неоднородные разной величины слабоконтурированные очаги, сливающиеся в фокусы, множественные крупные полости распада. Левое лёгкое несколько поджато к корню. Тень средостения смещена вправо. На 5 сутки от момента госпитализации наступил летальный исход.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите причины ухудшения состояния больного.
3. Определите категорию туберкулёзного очага, контактных, сроки их обследования,
4. Перечислите объём профилактических мероприятий, сроки наблюдения очага после смерти больного.
5. Оцените необходимость обследования на туберкулёз домашнего скота.

Ответ

1. Фиброзно- кавернозный туберкулез правого легкого в фазе инфильтративной вспышки по типу казеозной пневмонии. ДНЗ.
2. Инфильтративная вспышка.
3. Очаг первой категории, контактные все члены семьи. Всем контактным ККФ, РМ с 2 ТЕ, химиопрофилактику 3 месяца.
4. Заключительная дезинфекция, проводит СЭС.
5. Корове поставить в холку РМ с 5 ТЕ.

#### Ситуационная задача № 2.

Девочка Л. , 7 лет 3 мес., обратилась в поликлинику с жалобами на боль и наличие опухолевидного образования в подмышечной области слева.

Анамнез жизни: вакцинация БЦЖ в родильном доне, ревакцинация в 7 лет. Динамика туберкулиновых проб: 1год- р.6мм, 2года-р.7 мм, 3года- р.5мм, 5 лет- р.4 мм, 6-7 лет- отрицательная.

Анамнез заболевания: опухолевидное образование в левой подмышечной области появилось через 3 месяца после ревакцинации.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела до 37,2 С по вечерам. Кожа чистая, тургор снижен. В области левого плеча рубчик размером 6мм и инфильтрат 5мм. В левой подмышечной ямке опухолевидное образование до 20мм в диаметре, кожа над участком поражения не изменена. Другие группы периферических лимфоузлов не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, пульс 76 в/мин, АД- 100/70 мм рт.ст.

Органы брюшной полости без патологии.

Общий анализ крови: Эр-  $3,91 \times 10^{12}/л$ , Нб-120 г/л, цв. п. -0,9, Лс-  $6,4 \times 10^9/л$ , э – 2%, п/я – 1%, с/я – 45%, лимф – 45%, м- 7%. СОЭ- 10 мм/час.

1. Оцените эффективность вакцинации девочки в роддоме.
2. Проанализируйте динамику пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. С какими заболеваниями будете дифференцировать?
5. Тактика ведения ребенка врачом фтизиатром.

Ответ.

1. Вакцинация неэффективна. Туб. Инфицирование в первый год.
2. Монотонный характер папул. Свидетельствует о туб. Инфицировании.
3. Региональный лимфаденит как осложнение от ревакцинации инфицированного ребенка.
4. Лимфогранулематоз, лимфосаркома.
5. Лечение как формы первичного туберкулеза- в течении 3 месяцев 4 препарата.

#### Тема 5. Запущенные формы ТБ. Внелегочный ТБ.

##### Ситуационная задача № 1.

Больной С. , 65 лет. Спустя 2 месяца после перенесённого инфаркта миокарда появился внезапно возникающий приступ удушья с болью и кровохарканьем, субфебрильной температурой. Развилась правожелудочковая недостаточность с нарушением ритма сердца. В правой плевральной полости обнаружен геморрагический выпот. Печень увеличена на 3 см от края реберной дуги

В анализе крови лейкоцитоз -  $11,0 \times 10^9/л$ , СОЭ - 42 мм/час.

Гемограмма без патологии.

Ваше мнение? Тактика дообследования и лечения?

Ответ.

1. Синдром Дресслера.
2. Рентгенография легких.
3. Пункция. Исследование жидкости.

#### **Ситуационная задача № 2.**

Впервые выявленному больному с деструктивным туберкулёзом лёгких назначено лечение в стационаре стрептомицином, тубазидом и рифампицином. Получен положительный результат посева мокроты на МБТ. Оказалось у больного имеется первичная устойчивость микобактерий туберкулёза к тубазиду и стрептомицину.

Ваша тактика химиотерапии этого больного?

Ответ.

1. Лечить рифампицином и фторхинолонами, добавить пиразинамид и этамбутол.
2. Лечение по второму режиму в течение 4 месяцев под контролем МС МБТ.

#### **Тема 6. Лечение ТБ. Профилактика ТБ (специфическая и неспецифическая). Понятие очага ТБ инфекции. Мероприятия в очаге ТБ инфекции.**

##### **Ситуационная задача № 1.**

У больного С., 40 лет, инфильтративный туберкулез лёгких в S<sub>1</sub> и S<sub>2</sub> правого легкого в фазе распада, МБТ+.

После 2-х месяцев лечения химиопрепаратами (стрептомицин, изониазид, рифампицин) туберкулез осложнился кандидомикозом. Функция почек и печени нормальная.

Необходима коррекция лечения.

Ваше мнение и тактика лечения больного?

1. Вместо стрептомицина назначить пиразинамид. Добавить этамбутол.
2. Лечение продолжать еще 2 месяца по контролем МБТ.

##### **Ситуационная задача № 2.**

Больная К., 51 год. Госпитализирована в связи с нарастающей одышкой, болями и тяжестью в правой половине грудной клетки. Считает себя больной 2 месяца, за это время похудела на 20 кг.

Объективные данные: общее состояние больной тяжелое, симптомы дыхательной недостаточности к плеврального выпота справа, умеренный асцит. Температура тела 37,6 С.

Рентгенологически: правое лёгочное поле тотально затемнено. Затемнение имеет косую границу, сливаясь с тенью сердца и диафрагмы. Тень сердца и средостения незначительно смещены влево.

При плевральной пункции игла с трудом проходит через плевру, преодолевая твердое плотное покрытие. Получен один литр геморрагической жидкости. Исследование плевральной жидкости: положительная проба Ривальта, в экссудате клетки мезотелия (12%) с признаками полиморфизма. Гемограмма без изменений, СОЭ 40 мм/час.

Ваше мнение? Тактика дообследования и лечения.

Ответ.

1. Экссудативный плеврит справа.
2. Дифференцировать туберкулезный плеврит с мезотелиомой плевры.
3. Посев плевральной жидкости на МБТ. Осмотр на мезотеллиальные клетки.
4. УЗИ грудной клетки.

#### **2. СИТОВОЙ ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ**

##### **1. БОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЁЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

1. культуральный
2. иммунологический
3. прямая бактериоскопия
4. люминесцентная микроскопия

##### **2. К МЕТОДАМ ВЕРИФИКАЦИИ ТУБЕРКУЛЁЗА ОТНОСЯТ**

1. бактериологический и цито-гистологический
2. биохимический и иммунологический
3. рентгенологический и радиоизотопный
4. пробное лечение и динамическое наблюдение



3. В ЛАВАЖНОЙ ЖИДКОСТИ, ПОЛУЧЕННОЙ ОТ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЁЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, ПРЕОБЛАДАЮТ

1. лимфоциты
2. нейтрофилы
3. альвеолоциты
4. эозинофилы

4. КЛИНИЧЕСКИ МАЛОСИМПТОМНО, БЕЗ ИЗМЕНЕНИЙ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ С ПОМОЩЬЮ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРОТЕКАЕТ \_\_\_\_\_ ТУБЕРКУЛЁЗ ЛЁГКИХ

1. очаговый
2. инфильтративный
3. фиброзно-кавернозный
4. цирротический

5. ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. рентгенография
2. бронхография
3. ангиография
4. рентгеноскопия

6. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ, ПОЛУЧЕННЫЙ ОТ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЁЗОМ ПРИ АСПИРАЦИОННОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИОННОЙ БИОПСИИ, ПОДВЕРГАЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЮ

1. цитологическому и бактериологическому
2. цитологическому и биохимическому
3. биохимическому и морфологическому
4. бактериологическому и биохимическому

7. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ, ПОЛУЧЕННЫЙ ОТ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЁЗОМ ПРИ БРАШ-БИОПСИИ, ПОДВЕРГАЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЮ

1. цитологическому и гистологическому
2. цитологическому и биохимическому
3. биохимическому и морфологическому
4. бактериологическому и биохимическому

8. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРОМ ОЧАГОВОЙ ТЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ РАЗМЕРЫ ДО (ММ)

1. 10
2. 14
3. 16
4. 20

9. ТРАНСБРОНХИАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ НАИБОЛЕЕ РЕЗУЛЬТАТИВНА ПРИ

1. саркоидозе
2. гамартохондроме
3. эхинококкозе
4. периферическом раке лёгкого

10. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАЗЫ РАСПАДА ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ЛЁГКИХ

1. компьютерная томография
2. бронхоскопия
3. сцинтиграфия
4. магнитно-резонансная томография

11. РЕНТГЕНОГРАММУ В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ СЧИТАЮТ ВЫПОЛНЕННОЙ С ПОВЫШЕНИЕМ ЖЁСТКОСТИ РЕНТГЕНОВСКОГО ИЗЛУЧЕНИЯ, ЕСЛИ ВИДНЫ

1. более 4 верхних грудных позвонков
2. отчётливо 2 верхних грудных позвонка
3. отчётливо 3-4 верхних грудных позвонков
4. менее 3 верхних грудных позвонков

12. ВИД ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЁЗА ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ

1. культурального исследования
2. микроскопии
3. цитологического исследования
4. гистологии

13. ПРИ ВТОРИЧНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ЛЁГКИХ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ СЕГМЕНТЫ

1. I, II, VI
2. VIII, IX
3. IV, V
4. X, XI

14. БОЛЬНОМУ С ОКРУГЛЫМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В ЛЁГКОМ НЕУТОЧНЁННОЙ ЭТИОЛОГИИ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ

1. биопсию лёгкого
2. гормональную терапию
3. динамическое наблюдение
4. противотуберкулезную терапию

15. ПЕРВИЧНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СЧИТАЮТ

1. заболевание ранее неинфицированного человека
2. заболевание человека с положительной пробой Манту
3. заболевание человека, имеющего контакт с больными туберкулезом
4. впервые выявленные туберкулезные изменения в лёгких

16. КАЗЕОЗНЫЙ НЕКРОЗ СПЕЦИФИЧЕН ДЛЯ

1. туберкулёза
2. саркоидоза
3. бластомикоза
4. микобактериоза

17. В КЛИНИЧЕСКОМ ДИАГНОЗЕ ОБОЗНАЧЕНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО ПРОЦЕССА В ЛЁГКИХ ПРИНЯТО ПО

1. долям и сегментам
2. лёгочным полям
3. рёбрам
4. межреберьям

18. ВЫЯВЛЕНИЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОДНОСТОРОННЕГО РАСШИРЕНИЯ ТЕНИ КОРНЯ ЛЕГКОГО, НАРУШЕНИЯ ЕГО ФОРМЫ И СТРУКТУРЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. туберкулёза внутригрудных лимфатических узлов
2. туберкулёзной интоксикации
3. диссеминированного туберкулёза
4. конгломератной туберкулемы

19. ДИССЕМНИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ОСОБО ВЫСОКУЮ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ЖИЗНИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

1. мягкой мозговой оболочки
2. почек
3. печени
4. селезёнки

20. У ВЗРОСЛЫХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ФОРМА ТУБЕРКУЛЁЗА

1. инфильтративная
2. кавернозная
3. диссеминированная
4. очаговая

21. ДЛЯ БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ НАРЯДУ С ХИМИОТЕРАПИЕЙ БОЛЕЕ ПЕРСПЕКТИВЕН МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ

1. хирургический
2. бальнеологический
3. физиотерапевтический
4. патогенетический

22. У ВЗРОСЛЫХ САМОЙ ЧАСТОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

1.инфильтративная

2. очаговая

3. диссеминированная

4.фиброзно-кавернозная

23. ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЙСЯ ВЫРАЖЕННЫМИ ЭКССУДАТИВНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В ЛЕГКОМ, ВЫСОКОЙ ЧАСТОТОЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛОСТЕЙ РАСПАДА И ВЫДЕЛЕНИЯ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА, ОБРАТИМОСТЬЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ В ПРОЦЕССЕ ХИМИОТЕРАПИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1.инфильтративная

2. очаговая

3. диссеминированная

4. фиброзно-кавернозная

24. ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЙСЯ БЫСТРЫМ ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ С ОБРАЗОВАНИЕМ МНОГОЧИСЛЕННЫХ ПОЛОСТЕЙ РАСПАДА ИЛИ ГИГАНТСКИХ КАВЕРН, ТЯЖЕЛЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ, ВЫРАЖЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ЯВЛЯЕТСЯ

1.казеозная пневмония

2. инфилтративный туберкулез легких

3.диссеминированный туберкулез легких

4.фиброзно-кавернозный туберкулез легких

25. ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ, КОТОРЫЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ ФИБРОЗНОЙ КАВЕРНЫ, РАЗВИТИЕМ ФИБРОЗНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОКРУЖАЮЩЕЙ КАВЕРНУ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ, НАЛИЧИЕМ ОЧАГОВ БРОНХОГЕННОГО ОТСЕВА РАЗЛИЧНОЙ ДАВНОСТИ, РАЗВИТИЕМ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ В ВИДЕ ПНЕВМОСКЛЕРОЗА, ЭМФИЗЕМЫ, БРОНХОЭКТАЗОВ, ЯВЛЯЕТСЯ ПО ФОРМЕ

1.фиброзно-кавернозным

2. кавернозным

3. инфилтративным

4. диссеминированным

26. ФОРМА ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, КОТОРАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ НЕМНОГОЧИСЛЕННЫХ ОЧАГОВ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРОДУКТИВНОГО ХАРАКТЕРА, ЛОКАЛИЗУЮЩИХСЯ В ОГРАНИЧЕННОМ УЧАСТКЕ ОДНОГО ИЛИ ОБОИХ ЛЕГКИХ И ЗАНИМАЮЩИХ 1-2 СЕГМЕНТА, И МАЛОСИМПТОМНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ, МОЖЕТ БЫТЬ

1.очаговой

2. инфилтративной

3. диссеминированной

4.фиброзно-кавернозной

27. РЕГРЕСС ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1.образованием остаточных изменений

2. формированием полостей деструкции легочной ткани

3. возникновением очагов бронхогенного обсеменения

4.массивным выделением микобактерий туберкулеза

28. ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПЕРВИЧНОГО ГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1.туберкулез, развившийся вследствие первичного инфицирования

2. впервые выявленный случай активного туберкулеза

3. туберкулез легких у больного, ранее не получавшего химиопрепараты или принимавший химиопрепараты менее 1 месяца

4. туберкулез, выявленный у лица с отрицательной пробой Манту

28. НАРАСТАНИЕ ОДЫШКИ, БОЛИ В ГРУДИ, ОДНОСТОРОННЕГО ТИМПАНИТА ИЛИ КОРОБОЧНОГО ЗВУКА ПРИ ПЕРКУССИИ, ИСЧЕЗНОВЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ШУМОВ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

1.клапанный пневмоторакс

2. закрытый пневмоторакс

3. открытый пневмоторакс

4. пневмоперитонеум

29. НАИБОЛЕЕ БЫСТРЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ШТАММОВ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА С ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1.молекулярно-генетический метод
- 2.исследование ВАСТЕС MGIT 960
- 3.посев мокроты на твердую питательную среду
4. люминисцентная микроскопия мокроты

30. НАИМЕНЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ВЕРИФИКАЦИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1.рентгенологическая диагностика
- 2.молекулярно-генетический метод (ПЦР, ТБ-биочип, ДНК-стрипы)
3. исследование ВАСТЕС MGIT 960
- 4.морфологическая диагностика образцов ткани с выявлением туберкулезной гранулемы

31. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1.иммунодиагностика
- 2.ПЦР-диагностика
3. микроскопия мазка по Цилю – Нильсену
- 4.флюорография

32. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВТОРИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1.флюорография
2. иммунодиагностика
- 3.ПЦР-диагностика
4. микроскопия мазка по Цилю – Нильсену

33. ПРИ ОТКАЗЕ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ МАНТУ ИЛИ ДИАСКИНТЕСТА ВОЗМОЖНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1.альтернативных методов иммунодиагностики туберкулеза
- 2.профилактического лечения туберкулезной инфекции
3. ПЦР исследования крови на туберкулез
4. рентгенологического обследования органов грудной клетки

34. МНОЖЕСТВЕННАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ ОБОЗНАЧАЕТ УСТОЙЧИВОСТЬ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА К

- 1.Изониазиду и Рифампицину
- 2.двум и более химиопрепаратам
- 3.препаратам первого ряда
- 4.Изониазиду, Рифампицину и фторхинолонам

35. ШИРОКАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ ОБОЗНАЧАЕТ УСТОЙЧИВОСТЬ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА К

- 1.Изониазиду, Рифампицину, фторхинолонам и аминогликозидам
2. как минимум Изониазиду и Рифампицину
3. двум и более химиопрепаратам
- 4.препаратам первого ряда

36. К АНТИБИОТИКАМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ, КОТОРЫЕ ОБЛАДАЮТ ВЫРАЖЕННОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ АКТИВНОСТЬЮ И ОТНОСЯТСЯ К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ, ОТНОСЯТ

- 1.фторхинолоны
2. макролиды
3. аминопенициллины
4. цефалоспорины

37. ГЛАВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ В ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1.плевральная пункция, активный дренаж и аспирация
- 2.наблюдение и лечение основного заболевания
- 3.кардиотропная терапия и аналептики
- 4.наложение пневмоперитонеума и наблюдение

38. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1.M. tuberculosis humanus

2. *M. tuberculosis bovis*
3. *M. tuberculosis africanum*
4. *M. kansasii*

39. К ПРИЗНАКАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ СПЕЦИФИЧНОСТЬ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ГРАНУЛЕМЫ, ОТНОСЯТ

1. казеозный некроз
2. эпителиальные клетки
3. фибриноидный некроз
4. клетки Пирогова – Лангханса

40. ПЕРВИЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ДОЛЖНЫ ПРОВОДИТЬ

1. все диагностические и лечебно-профилактические учреждения общей лечебной сети
2. противотуберкулезные учреждения
3. родильные дома
4. учреждения Роспотребнадзора

41. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ЗАРАЖЕНИИ МИКОБАКТЕРИЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ФАГОЦИТОЗ НОСИТ ХАРАКТЕР

1. незавершенный
2. завершенный
3. индуцированный
4. физический

42. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. лучевой (флюорография)
2. микроскопия мокроты на микобактерии туберкулеза
3. посев мокроты на микобактерии туберкулеза
4. клинический анализ крови

43. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, КОТОРЫЙ ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР СПЕЦИФИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЁГКИХ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. микроскопия мокроты по методу Циля – Нельсена
2. клинический анализ крови и мочи
3. объективное исследование больного
4. рентгенография органов грудной клетки

44. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ТУБЕРКУЛЁЗ ЛЁГКИХ У ВЗРОСЛЫХ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В СЕГМЕНТАХ

1. 1, 2 и 6
2. 3, 4 и 5
3. 5, 7 и 8
4. 7, 8 и 9

45. ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ФОРМИРОВАНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ОБУСЛОВЛЕН

1. развитием повышенной чувствительности замедленного типа
2. развитием повышенной чувствительности немедленного типа
3. образованием иммунных комплексов
4. развитием иммунологической толерантности

46. К ПРЕПАРАТАМ ГРУППЫ ГИДРАЗИДА ИЗОНИКОТИНОВОЙ КИСЛОТЫ (ГИНК) ОТНОСИТСЯ

1. Изониазид
2. Пиразинамид
3. Протионамид
4. Этамбутол

47. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ, ВЫДЕЛЯЮЩИХ МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

1. лекарственно устойчивые к сочетанию основных и резервных противотуберкулезных препаратов
2. чувствительные ко всем противотуберкулезным препаратам
3. монорезистентные

4. полирезистентные

48. СТАНДАРТНЫМ РЕЖИМОМ ХИМИОТЕРАПИИ, НАЗНАЧАЕМЫМ БОЛЬНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА, ЯВЛЯЕТСЯ

1. IV

2. I

3. III

4. II

49. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. химиотерапия

2. диетотерапия

3. хирургический

4. патогенетическая терапия

50. ПО ХАРАКТЕРИСТИКЕ ЛИКВОРА ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ МЕНИНГИТ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С МЕНИНГИТОМ

1. серозно-вирусным

2. пневмококковым

3. нейротоксическим

4. менингококковым

51. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗНОГО КОМПЛЕКСА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

1. фокуса в лёгком, связанного «дорожкой» с увеличенным корнем лёгкого

2. ослабления лёгочного рисунка

3. линзообразной очерченной тени

4. бесструктурного корня, усиленного легочного рисунка

52. РЕАКЦИИ НА ТУБЕРКУЛИН РАЗВИВАЮТСЯ ЧЕРЕЗ (ЧАС)

1. 48-72

2. 6-12

3. 12-24

4. 24-48

53. ПРОБА МАНТУ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ РАЗМЕРАХ ПАПУЛЫ БОЛЕЕ (ММ)

1. 5

2. 1

3. 3

4. 12

54. ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА МИКОБАКТЕРИЯМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. аэрогенный

2. внутриутробный

3. алиментарный

4. чрезкожный

55. РИСК ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НАИБОЛЕЕ ВЫСОК ПРИ НАЛИЧИИ КОНТАКТОВ

1. внутрисемейных

2. внутриквартирных

3. производственных

4. случайных

56. ОКРУГЛОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ЛЕГКИХ С ЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ И НАЛИЧИЕМ ОЧАГОВ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

1. туберкулёме

2. раке легкого

3. эхинококке

4. пневмонии

57. КОЛЬЦЕВИДНАЯ ТЕНЬ В ЛЕГКИХ С ДОРОЖКОЙ К КОРНЮ И ПОЛИМОРФНЫМИ ОЧАГАМИ ВОКРУГ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1. туберкулёзной каверны

2. кисты легкого
3. опухоли с распадом
4. абсцесса

58. НАЛИЧИЕ В ЛЕГКИХ ТОНКОСТЕННОЙ ПОЛОСТИ С ЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ БЕЗ ОЧАГОВЫХ ТЕНЕЙ В ОКРУЖАЮЩЕЙ ТКАНИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1. кисты легкого
2. туберкулёзной каверны
3. аспергиллемы
4. эхинококка

59. ЗАТЕМНЕНИЕ С БУГРИСТЫМИ КОНТУРАМИ И ПРОСВЕТЛЕНИЕМ В ЦЕНТРЕ, ОТСУТСТВИЕМ ОЧАГОВ ВОКРУГ ВЫЯВЛЯЕТСЯ В ЛЁГКИХ ПРИ

1. опухоли с распадом
2. туберкулёзной каверне
3. абсцессе
4. кисте

60. ОТСУТСТВИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ФИБРИНОЗНОМ ПЛЕВРИТЕ СВЯЗАНО С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В \_\_\_\_\_ ОБЛАСТИ

1. междолевой
2. верхушечной
3. костальной
4. парамедиастенальной

61. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ЭТИОЛОГИИ ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

1. плевральную пункцию с микробиологическим и цитологическим исследованием экссудата
2. исследование мокроты на микобактерии туберкулеза
3. радиоизотопное исследование легких
4. торакоскопию с биопсией плевры

62. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЛЕВРЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БИОПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

1. клеток Пирогова – Лангханса
2. эпителиоидных клеток
3. лимфоцитов
4. макрофагально-гистиоцитарных элементов

63. МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЁЗА МОЖНО ВЫЯВИТЬ ПРИ МИКРОСКОПИИ ОКРАШЕННОГО ПРЕПАРАТА ПО

1. Цилю – Нельсену
2. Романовскому – Гимзе
3. Лейшману
4. Граму

64. К ПЕРВИЧНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ ОТНОСИТСЯ

1. туберкулёзная интоксикация у детей и подростков
2. туберкулёма
3. очаговая форма
4. фиброзно-кавернозная форма

65. К ОСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕМУ ТУБЕРКУЛЁЗУ ЛЁГКИХ ОТНОСИТСЯ

1. милиарный
2. очаговый
3. туберкулёма
4. кавернозный

66. ОСНОВНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. флюорография
2. бронхоскопия
3. спирография
4. сцинтиграфия

67. ДОСТОВЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ФИБРИНОЗНОГО ПЛЕВРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. шум трения плевры
2. наличие мелкопузырчатых влажных хрипов
3. наличие рассеянных сухих хрипов
4. отсутствие дыхания

#### 68. ЛУЧИСТОСТЬ КОНТУРА ОКРУГЛОГО ОБРАЗОВАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1. периферического рака
2. туберкулёмы
3. ретенционной кисты
4. эхинококка легкого

#### 69. ПРАВИЛЬНОСТЬ УСТАНОВКИ БОЛЬНОГО НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ОЦЕНИВАЕТСЯ

1. по одинаковому расстоянию между медиальными контурами ключиц и остистыми отростками позвонков
2. по одинаковым межреберным промежуткам
3. по симметричности легочных полей
4. когда тени лопаток не наслаиваются на легочные поля

#### 70. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

1. обзорной рентгенографии в прямой и боковой проекциях
2. флюорографии в прямой и боковой проекциях
3. рентгеноскопии в различных проекциях
4. томографии легких в прямой и боковой проекциях

#### 71. ПРИ МИЛИАРНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ РАЗМЕРЫ ОЧАГОВ (В ММ)

1. 1-2
2. 6
3. 10
4. 12

#### 72. РАЗВИТИЮ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ЧАСТО ПРЕДШЕСТВУЕТ

1. очаговый туберкулез легких
2. очаг Гона
3. диссеминированный туберкулез легких
4. кавернозный туберкулез легких

#### 73. ПРИ ФИБРОЗНОМ СМОРЩИВАНИИ ЛЕГКОГО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

1. уменьшение объема легочного поля, смещение средостения в пораженную сторону
2. однородное затемнение легочного поля, смещение средостения в здоровую сторону
3. опущение купола диафрагмы и корня легкого с больной стороны
4. симметричное расширение и бесструктурность корней легких

#### 74. МОКРОТА ПРИ ЛЕГОЧНОМ АМЕБИАЗЕ

1. обильная, «шоколадная»
2. скудная, с примесью крови, слизи
3. обильная, пенная, кровянистая
4. скудная, стекловидная по типу «вишневого желе»

#### 74. ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН

1. если он является застрахованным
2. после оперативного вмешательства
3. во всех случаях нетрудоспособности
4. при заболевании туберкулезом

#### 75. ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ ПРОБЫ МАНТУ С 2ТЕ ППД-Л ЯВЛЯЕТСЯ

1. уколочная реакция
2. гиперемия
3. папула 4 мм
4. папула 5 мм

#### 76. КЛИНИЧЕСКИ МАЛОСИМПТОМНО ПРОТЕКАЕТ

1. очаговый туберкулез легких



2. диссеминированный туберкулез
3. казеозная пневмония
4. фиброзно-кавернозный туберкулез

77. ВЫРАЖЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ СОПРОВОЖДАЕТСЯ \_\_\_\_\_ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. милиарный
2. цирротический
3. кавернозный
4. очаговый

78. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ПОВЫШАЮЩИМ РИСК РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА, ОТНОСИТСЯ

1. язвенная болезнь желудка и ДПК
2. ишемическая болезнь сердца
3. хронический пиелонефрит
4. желчнокаменная болезнь

79. К ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКАМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА ОТНОСЯТ

1. больного туберкулезом легких, выделяющего МБТ
2. продукты питания
3. больное животное
4. предметы окружающей среды

80. РАЗВИТИЮ ТУБЕРКУЛЕМЫ ЧАЩЕ ПРЕДШЕСТВУЕТ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. инфильтративный
2. диссеминированный
3. фиброзно-кавернозный
4. внутригрудных лимфатических узлов

81. ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НЕЗАВИСИМО ОТ ЕЁ СРОКОВ У БОЛЬНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОКАЗАНО ПРИ

1. распространенном деструктивном туберкулезе
2. ограниченном инфильтративном туберкулезе с распадом
3. очаговом туберкулезе
4. туберкулезе плевры

82. СОХРАНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ВОЗМОЖНО ПРИ

1. ограниченном туберкулезе без деструкции и бактериовыделения
2. цирротическом туберкулезе, осложненном тяжелой легочно-сердечной недостаточностью
3. диссеминированном туберкулезе легких в фазе распада
4. распространенном фиброзно-кавернозном туберкулезе

83. ПЕРВИЧНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ

1. дети и подростки
2. лица 20-30 лет
3. лица 30-40 лет
4. лица 40-60 лет

84. «ШТАМПОВАННЫЕ» КАВЕРНЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

1. подострого диссеминированного
2. очагового
3. милиарного
4. инфильтративного

85. ДЛЯ МИЛИАРНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ХАРАКТЕРНО \_\_\_\_\_ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. острое
2. подострое
3. малосимптомное
4. хроническое

86. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. массивное затемнение легочной ткани, состоящее из очагов, фокусов, сливающихся между собой, неоднородная структура тени за счет участков распада
2. уменьшенная в объеме, гомогенно затемненная доля лёгкого, выраженная реакция плевры, единичные очаги в окружающей легочной ткани

3. тень с размытыми контурами, малой интенсивности, однородной структуры, неизменённая окружающая легочная ткань
4. тень высокой интенсивности в пределах одного-двух сегментов с участками просветления и расширенная тень средостения

87. ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ, В ОТЛИЧИЕ ОТ ВТОРИЧНОГО, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. вовлечением лимфатической системы в патологический процесс
2. более частой локализацией специфических изменений в легком
3. отрицательной пробой Манту с 2 ППД-Л
4. положительной пробой Пирке

88. У ЧЕЛОВЕКА ПРИ ПОСТАНОВКЕ ПРОБЫ МАНТУ С 2ТЕ ППД-Л ВОЗНИКАЕТ РЕАКЦИЯ

1. только местная
2. только общая
3. местная и общая
4. местная и очаговая

89. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВНЕТОРАКАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ДИССЕМНИРОВАННОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. гортань
2. кишечник
3. печень
4. селезенка

90. ХАРАКТЕРНЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ ВЫСТУПАЮТ

1. лимфоидные, эпителиоидные, гигантские клетки Пирогова-Лангханса, казеозный некроз
2. клетки Березовского-Штернберга
3. эпителиоидные гранулемы с единичными клетками Пирогова-Лангханса
4. моноцитарная инфильтрация, эпителиоидные клетки

91. ЗАБОЛЕВАНИЕМ ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. сахарный диабет
2. гипертоническая болезнь
3. хронический вирусный гепатит
4. микседема

92. ОСНОВНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ЗАРАЖЕНИЯ ЛЮДЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЯВЛЯЮТСЯ

1. больные туберкулезом люди
2. предметы окружающей среды
3. больные животные
4. кровососущие насекомые

93. НАИБОЛЬШУЮ РОЛЬ В ЭПИДЕМИОЛОГИИ И КЛИНИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЧЕЛОВЕКА ИГРАЮТ

1. микобактерии человеческого типа
2. микобактерии птичьего типа
3. микобактерии бычьего типа
4. атипичные микобактерии

94. В УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ОТНОСЯТ

1. выявление больных туберкулезом среди населения
2. диагностику туберкулеза у больных
3. лечение и наблюдение больных туберкулезом
4. проведение специфической профилактики туберкулеза

95. ОТЛИЧИЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДИССЕМНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ОТ ДРУГИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

1. интерстициальном расположении очагов в легких
2. преобладание казеозно-некротической тканевой реакции
3. верхнедолевой локализации легочного процесса
4. раннем формировании пневмосклероза в легких

96. МАССОВЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. флюорографическое обследование органов дыхания

2. проведение туберкулинодиагностики по пробе Манту

3. проведение рентгенографии органов грудной клетки

4. исследование мокроты на микобактерии туберкулеза

97. МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ НА НАЛИЧИЕ КИСЛОУСТОЙЧИВЫХ МИКОБАКТЕРИЙ ПРОВОДИТСЯ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ЛАБОРАТОРИЯМИ

1. общей лечебной сети

2. городских поликлиник

3. противотуберкулезных диспансеров

4. областных и районных больниц

98. К ВЕДУЩЕМУ МЕТОДУ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПОДРОСТКОВ ОТНОСЯТ

1. флюорографию органов грудной клетки

2. туберкулинодиагностику по пробе Манту с 2 ТЕ ППД-Л

3. пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным

4. исследование мокроты на микобактерии туберкулеза

99. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ И ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ОБНАРУЖЕНИЯ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

1. культуральный

2. бактериоскопический

3. иммунно-генетический

4. люминесцентной микроскопии

100. К МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТ

1. сахарный диабет

2. хронический тонзиллит

3. тиреотоксикоз

4. ревматоидный артрит

101. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ОЧАГОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. флюорография органов грудной клетки

2. рентгеноскопия органов грудной клетки

3. полимеразная цепная реакция мокроты

4. туберкулинодиагностика по пробе Манту

102. ОТЛИЧИЕ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ОТ ВТОРИЧНОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. поражением лимфатических узлов

2. деструкцией легочной ткани

3. выраженной эндогенной интоксикацией

4. анергией к туберкулину

103. ОБНАРУЖЕНИЕ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ИНФИЛЬТРАТОМ В ЛЕГКОМ И НАЛИЧИЕМ МИКОБАКТЕРИЙ В МОКРОТЕ СООТВЕТСТВУЕТ

1. несвоевременному выявлению туберкулеза

2. своевременному выявлению туберкулеза

3. раннему выявлению туберкулеза

4. позднему выявлению туберкулеза

104. ГРУППА ПОВЫШЕННОГО РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ВКЛЮЧАЕТ БОЛЬНЫХ

1. язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

2. переболевших острым респираторным заболеванием

3. ревматоидным артритом

4. кишечной инфекцией

105. МЕТОДОМ ОБЩЕДОСТУПНОЙ И СРОЧНОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. прямая бактериоскопия мазка мокроты

2. люминесцентная бактериоскопия

3. простая микроскопия методом флотации

4. бактериологическое исследование

106. К ПОЗДНО ВЫЯВЛЕННОЙ ФОРМЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ОТНОСЯТ \_\_\_\_\_  
ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ

1. фиброзно-кавернозный
2. диссеминированный
3. очаговый
4. инфильтративный

107. ИССЛЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ НА МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ БОЛЬНЫХ С

1. хроническими заболеваниями легких
2. хроническим алкоголизмом
3. сахарным диабетом
4. длительным приемом иммунодепрессантов

108. ЭКССУДАТ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПЛЕВРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

1. лимфоцитарным
2. нейтрофильным
3. эозинофильным
4. хилезным

109. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С

1. рентгенографии органов грудной клетки
2. томосинтеза органов грудной клетки
3. флюорографии органов грудной клетки
4. компьютерной томографии органов грудной клетки

110. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ОБУСЛОВЛЕННЫ

1. гиперчувствительностью замедленного типа
2. антителообразованием
3. гиперчувствительностью немедленного типа
4. развитием толерантности

111. В СОСТАВЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ОТСУТСТВУЮТ

1. эозинофилы
2. лимфоциты
3. гигантские клетки Пирогова-Лангханса
4. эпителиоидные клетки

112. К ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ АКТИВНОСТИ ОЧАГОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ОТНОСЯТ

1. обнаружение микобактерий туберкулеза в мокроте
2. получение положительной реакции по пробе Манту
3. выявление кашля со скудной мокротой, слабости
4. обнаружение атипичных микобактерий в мокроте

113. МАТЕРИАЛ, ПОЛУЧЕННЫЙ ПРИ АСПИРАЦИОННОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИОННОЙ БИОПСИИ, ПОДЛЕЖИТ ИССЛЕДОВАНИЮ

1. цитологическому и бактериологическому
2. гистологическому и цитологическому
3. цитологическому и биохимическому
4. бактериологическому и биохимическому

114. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТУБЕРКУЛЕЗ ОБСЛЕДОВАНИЮ ПОДЛЕЖАТ БОЛЬНЫЕ С ЖАЛОБАМИ НА

1. кашель с мокротой, потливость, потерю массы тела
2. слабость, одышку, тяжесть за грудиной, потливость
3. потливость, одышку, головную боль, потерю массы тела
4. учащенное сердцебиение, потливость, малый субфебрилитет

115. В ЛАВАЖНОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРЕОБЛАДАЮТ

1. лимфоциты
2. нейтрофилы
3. моноциты

4. макрофаги

116. ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ УЧАСТКОВЫЙ МОЖЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ ТУБЕРКУЛЁЗ ЛЁГКИХ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ

1. бактериоскопического исследования мокроты

2. объективного обследования больного

3. результата общего анализа крови, мочи

4. результата туберкулинодиагностики

117. МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. выраженный казеозно-некротический компонент воспаления

2. преобладание параспецифических тканевых реакций

3. преобладание продуктивного компонента воспаления

4. раннее формирование фиброзных изменений в легких

118. К ЗАЩИТНОЙ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА ОТ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ

1. клеточный фактор иммунитета

2. гуморальный фактор иммунитета

3. клеточно-гуморальный фактор

4. неспецифический фактор защиты

119. У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПАРАСПЕЦИФИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ СВЯЗАНЫ С

1. первичным периодом туберкулезной инфекции

2. вторичным периодом туберкулезной инфекции

3. наличием наследственной патологии легких

4. наличием дисбиоза кишечника

120. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕМОЙ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ГРУППОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1. шейная

2. подмышечная

3. паховая

4. надключичная

121. КАЗЕОЗНАЯ ПНЕВМОНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ \_\_\_\_\_ ВЫДЕЛЕНИЕМ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЁЗА

1. обильным

2. скудным

3. редким

4. однократным

122. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СВЕТОВОГО МИКРОСКОПА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КИСЛОУСТОЙЧИВЫХ МИКОБАКТЕРИЙ СОСТАВЛЯЕТ БОЛЕЕ (МИКРОБНЫХ ТЕЛ В 1 МЛ)

1. 10 000

2. 1 000 000

3. 100

4. 1 000

123. ЭКССУДАЦИЯ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПЛЕВРИТЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПЛЕВРОЙ

1. висцеральной

2. диафрагмальной

3. медиастинальной

4. межреберной

124. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИХОДИТСЯ С

1. распадающимся раком легкого

2. туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов

3. саркоидозом легких и внутригрудных лимфоузлов

4. крупозной пневмонией

125. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА В ЛЕГКИХ ОТНОСЯТ

1. кровохарканье и легочное кровотечение
2. амилоидоз внутренних органов
3. инфекционно-токсический шок
4. хроническое легочное сердце

126. ВЕДУЩЕЕ МЕСТО В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРИНАДЛЕЖИТ

1. химиотерапии
2. диетотерапии
3. патогенетической терапии
4. хирургии

127. ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ НА ХИМИОТЕРАПИЮ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1. степенью выраженности побочного свойства
2. патогенезом выявляемых побочных реакций
3. правильной идентификацией химиопрепарата, вызвавшего побочный эффект
4. своевременным проведением корректирующих мероприятий

128. К КОМПЛЕКСУ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТ

1. Изониазид и Рифампицин
2. Стрептомицин и Канамицин
3. Этамбутол и Пиразинамид
4. Протионамид и Этионамид

129. ОСНОВНЫМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. Изониазид
2. Этамбутол
3. Рифампицин
4. Пиразинамид

130. ВТОРИЧНАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

1. лечении одним препаратом
2. вторичном иммунодефиците
3. спонтанных мутациях микобактерий туберкулеза
4. наличии сопутствующих заболеваний

131. МНОЖЕСТВЕННАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ К

1. Изониазиду и Рифампицину
2. Рифампицину и Этионамиду
3. Рифампицину и Канамицину
4. Изониазиду и Пиразинамиду

132. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИЗОНИАЗИДА ЯВЛЯЕТСЯ

1. заболевание центральной и периферической нервной систем
2. декомпенсированная форма сахарного диабета
3. обострение хронического холецистита и панкреатита
4. осложнение язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки

133. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЮТСЯ

1. боли в груди, усиливающиеся при вдохе, с иррадиацией в шею, иногда в эпигастральную или поясничную область и одышка
2. боли в груди колющего характера, затрудненное дыхание, кашель с мокротой и температура
3. лихорадка, сухой надсадный кашель, боли в груди с иррадиацией в поясничную область
4. лихорадка, кашель с мокротой, боли в груди и одышка непосредственно связанная с размером пневмоторакса

134. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ПРИМЕНЯЮТ

1. дренирование плевральной полости по Бюлау во II-III межреберье
2. наложение искусственного пневмоторакса во II-III межреберье
3. наложение давящей повязки на грудную клетку во II-III межреберье
4. медикаментозное лечение химиопрепаратами резервного ряда

135. МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ОЧАГОВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЧАЩЕ ОБНАРУЖИВАЮТ В

1. бронхоальвеолярной лаважной жидкости
2. биоптате внутригрудных лимфатических узлов
3. промывных водах желудка, мокроте
4. мокроте, моче, промывных водах желудка

136. ОСНОВНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ РИФАМПИЦИНА ЯВЛЯЕТСЯ

1. нарушение функции печени
2. сахарный диабет II типа
3. язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
4. врожденная катаракта

137. ЛЕЧЕНИЕ ИСКУССТВЕННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ ПРОВОДИТСЯ ПРИ

1. кавернозном туберкулезе легких
2. очаговом туберкулезе легких
3. казеозной пневмонии
4. цирротическом туберкулезе легких

138. К КОМПЛЕКСУ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПРИВЕСТИ К ИЗЛЕЧЕНИЮ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТ

1. специфическую химиотерапию, хирургическое лечение, патогенетическую терапию
2. специфическую химиотерапию, патогенетическую терапию, пневмоперитонеум
3. специфическую химиотерапию, патогенетическую терапию, искусственный пневмоторакс
4. хирургическое лечение, патогенетическую терапию, искусственный пневмоторакс

139. ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НА ТУБЕРКУЛИН У БОЛЬНЫХ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1. проявлением вторичного иммунодефицита
2. признаком хорошей переносимости препаратов
3. хорошим прогностическим признаком
4. плохим прогностическим признаком

140. ВНЕОЧЕРЕДНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ ОСМОТРАМ В ЦЕЛЯХ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОДЛЕЖАТ

1. лица, проживающие совместно с беременными женщинами и новорожденными
2. лица, снятые с диспансерного учета в противотуберкулезных учреждениях в связи с выздоровлением, в течение первых 3 лет после снятия с учета
3. пациенты, состоящие на диспансерном учете в наркологических и психиатрических учреждениях
4. лица, получающие кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию

141. К МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТ

1. методы на основе ПЦР
2. диаскинтест
3. квантифероновый тест
4. реакцию Манту

142. ХАРАКТЕРНЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ

1. лимфоидные, эпителиоидные и гигантские клетки Пирогова-Лангханса, казеозный некроз
2. эпителиоидные клетки, лимфоциты, макрофаги, плазматические клетки, фибробласты
3. моноцитарная инфильтрация, эпителиоидные клетки в кортикальных зонах
4. клетки Березовского-Штернберга

143. ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ЭТИОЛОГИЯ МЕНИНГИТА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ

1. обнаружением ДНК МБТ методом ПЦР при исследовании ликвора
2. повышением уровня сахара, снижением уровня белка, нейтрофильным цитозом
3. снижением уровня сахара, повышением уровня белка, лимфоцитарным цитозом
4. выпадением фибриновой пленки на поверхности ликвора

144. КОМБИНАЦИЯ НЕСКОЛЬКИХ ХИМИОПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1. для воздействия на разные стороны обмена веществ и жизнедеятельности МБТ и более выраженного бактериостатического эффекта

2. для предотвращения побочного действия химиопрепаратов
  3. с целью стимуляции иммунитета
  4. с целью устранения нежелательных явлений лекарственных средств
145. ОСНОВНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ
1. химиотерапия
  2. патогенетическая терапия
  3. симптоматическая терапия и лечение неотложных состояний
  4. хирургическое лечение
146. СОВРЕМЕННАЯ ГРУППИРОВКА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ИХ РАЗДЕЛЕНИЕ НА
1. препараты I, II и III рядов
  2. группы А и В
  3. препараты класса А и В
  4. препараты I и II рядов
147. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ НАЗНАЧЕННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
1. лекарственной устойчивости к препаратам
  2. тяжелых сопутствующих заболеваний
  3. туберкулеза бронхов и нарушения проходимости бронхов
  4. плевральных осложнений
148. ПАЦИЕНТАМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ МИКОБАКТЕРИЙ НАЗНАЧАЮТ \_\_\_\_\_ РЕЖИМ ХИМИОТЕРАПИИ
1. IV
  2. I
  3. II
  4. III
149. БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЯМ ДО 13 ЛЕТ НЕ ПОКАЗАН
1. этамбутол
  2. изониазид
  3. рифампицин
  4. пиразинамид
150. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННО-ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА НЕ ПОКАЗАН
1. левофлоксацин
  2. изониазид
  3. рифампицин
  4. пиразинамид
151. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, С ОСТОРОЖНОСТЬЮ НУЖНО ПРИМЕНЯТЬ
1. Канамицин, Амикацин
  2. Изониазид, Рифампицин
  3. Изониазид, Этамбутол
  4. Этамбутол, Рифампицин
152. МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НАЗЫВАЮТ
1. устойчивость *M. tuberculosis* к Изониазиду и Рифампицину одновременно вне зависимости устойчивости к другим препаратам
  2. устойчивость микобактерий туберкулеза, развившуюся во время лечения у больных, получавших их более 1 мес.
  3. устойчивость к Изониазиду, Рифампицину, одному из аминогликозидов или полипептиду (К, Ам или Сар) и фторхинолону вне зависимости от устойчивости к другим препаратам
  4. первичная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза
153. В УСЛОВИЯХ ЗАТУХАЮЩЕЙ АКТИВНОСТИ ПРОДУКТИВНОЙ ФАЗЫ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ВОСПАЛЕНИЯ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
1. СВЧ-терапию
  2. электрофорез лекарственных препаратов
  3. ингаляции
  4. гальванизацию тканей



154. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЯВЛЕНИЕМ ПРИ ПРИЕМЕ РИФАМПИЦИНА ЯВЛЯЕТСЯ

1. преходящее повышение трансаминаз
2. головная боль
3. тромбоцитопения
4. крапивница

155. КАКИМ ДЕЙСТВИЕМ НА МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ОБЛАДАЮТ ПРЕПАРАТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ГРУППЕ АМИНОГЛИКОЗИДОВ?

1. бактерицидным, ингибиторы синтеза белка в рибосомах
2. бактериостатическим, подавляют липидный обмен и метаболизм клеточных стенок
3. бактерицидным, ингибируют синтез миколовых кислот
4. бактерицидным, подавляют белковый синтез путем блокады транскрипции и синтеза мРНК

156. ВИДАМИ ОТВЕТНЫХ МЕСТНЫХ РЕАКЦИЙ НА ПРОБУ МАНТУ С 2 ТЕ PPD-L ЯВЛЯЮТСЯ

1. отрицательная, сомнительная, положительная, гиперергическая
2. отрицательная, сомнительная, положительная
3. отрицательная, сомнительная, положительная, неадекватная
4. отрицательная, нормергическая, гиперергическая, адекватная

157. ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗНЫЙ КОМПЛЕКС ЯВЛЯЕТСЯ

1. клинической формой первичного туберкулёза
2. клинической формой вторичного туберкулёза
3. рентгенологическим синдромом
4. одним из синдромов первичного туберкулёза

158. ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗНЫЙ КОМПЛЕКС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

1. фокуса специфического воспаления в легком, лимфангита, внутригрудного лимфаденита
2. фокуса специфического поражения в легком, подмышечного лимфаденита
3. фокуса специфического поражения в легком с отсевом в противоположное легкое
4. фокуса специфического поражения в легком с отсевом в противоположное легкое, регионарным лимфаденитом

159. ТУБЕРКУЛЕЗ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ И МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ПОДРАЗДЕЛЯЮТ НА ФОРМЫ

1. туморозную, инфильтративную, малую
2. туморозную, инфильтративную, кавернозную (при распаде лимфоузла)
3. туморозную, инфильтративную, осложненную и неосложненную
4. малую, туморозную, индуративную

160. ОЧАГОВЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗ ЛЁГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. малой формой туберкулёза
2. запущенной формой туберкулёза
3. осложнением деструктивных форм туберкулёза
4. регрессом любой формы туберкулёза органов дыхания

161. ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА, ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ РАЗВИТИЮ ИНФИЛЬТРАТА, ЯВЛЯЕТСЯ

1. очаговая
2. кавернозная
3. диссеминированная
4. туберкулёма

162. КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЁГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ

1. бронхолюбулярный инфильтрат, округлый инфильтрат, облаковидный инфильтрат, перисциссурит, лобит
2. бронхолюбулярный инфильтрат, инфильтрат Астмана, лобит, казеозная пневмония
3. бронхолюбулярный инфильтрат, округлый инфильтрат, облакообразный инфильтрат, казеозная пневмония
4. бронхолюбулярный инфильтрат, округлый инфильтрат, облаковидный инфильтрат, перисциссурит, лобит, казеозная пневмония

163. ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. клинической формой туберкулёза легких
  2. морфологическим субстратом туберкулёзного воспаления
  3. осложнением инфильтративного туберкулёза
  4. рентгенологическим синдромом в лёгких
164. С ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЛЕВРИТЕ ВЫПОЛНЯЮТ
1. рентгенографию, плевральную пункцию, фибробронхоскопию, торакоскопию
  2. фибробронхоскопию, ангиопульмонографию, компьютерную томографию
  3. бронхографию, плевральную пункцию, МРТ
  4. рентгенографию, торакоскопию
165. ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ ПО ПАТОГЕНЕЗУ БЫВАЕТ
1. первичный, вторичный, гематогенно-диссеминированный
  2. только первичный
  3. только вторичный
  4. первичный, гематогенно-диссеминированный
166. КАВЕРНОЗНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗ ЯВЛЯЕТСЯ
1. клинической формой туберкулёза лёгких
  2. рентгенологическим синдромом
  3. остаточным полостным образованием
  4. профессиональным полостным заболеванием
167. ЦИРРОТИЧЕСКИЙ ТУБЕРКУЛЁЗ ЛЁГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ
1. деформация легочного рисунка, уменьшение объема пораженного участка, смещение средостения к зоне цирроза, деформация плевры
  2. кольцевидная тень с зонами массивного фиброза, лимфангит в прилежащей зоне, очаги
  3. округлая тень в зоне деформации легочного рисунка, кальцинаты во внутригрудных лимфоузлах/фиброзная трансформация корней лёгких
  4. инфильтрация и деформация легочного рисунка
168. КРОВОХАРКАНЬЕМ НАЗЫВАЮТ
1. обнаружение прожилок, вкраплений крови в мокроте
  2. отхождение крови при кашле до 100 мл
  3. отхождение крови при кашле в количестве более 100 мл
  4. отхождение крови при кашле в количестве более 500 мл
169. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМИ КЛЕТОЧНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ САРКОИДНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ЯВЛЯЮТСЯ
1. клетки Пирогова-Лангкханса, эпителиоидные клетки
  2. гигантские клетки, Клетки Березовского-Штернберга
  3. эпителиоидные клетки и фибробласты
  4. ретикулярные клетки
170. ОСНОВОЙ МОРФОГЕНЕЗА САРКОИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
1. иммунная гранулема
  2. атипичные клетки
  3. клетки неспецифического воспаления
  4. специфическая иммунная гранулема
171. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЛЕГОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ
1. введение ганглиоблокаторов, глюкокортикостероидов, антибиотиков широкого спектра действия, кровевосполняющих препаратов, препаратов повышающих вязкость крови, противотуберкулезных препаратов
  2. введение кровевосполняющих препаратов, препаратов повышающих вязкость крови,
  3. введение гипотензивных препаратов, противотуберкулезных препаратов
  4. введение ганглиоблокаторов при постоянном контроле артериального давления
172. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ
1. длительная полихимиотерапия
  2. монотерапия длительным курсом
  3. частое чередование туберкулостатиков
  4. ранняя монотерапия

173. ТИПИЧНЫМ МЕТОДОМ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. флюорография
2. рентгеноскопия
3. рентгенография
4. УЗИ

174. БОЛЬНОЙ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ НА ФЛЮОРОГРАММЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРИВЛЕЧЕН К ДООБСЛЕДОВАНИЮ В ТЕЧЕНИЕ \_\_\_\_ НЕДЕЛЬ

1. 2
2. 3
3. 4
4. 6

175. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. бактериоскопический
2. иммунологический
3. культуральный (бактериологический)
4. биологический

176. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ГЛУХОТУ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

1. Стрептомицин
2. Изониазид
3. Рифампицин
4. Этамбутол

177. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НЕПРЕРЫВНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ТУБЕРКУЛЕЗА ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (В МЕСЯЦАХ)

1. 6
2. 2
3. 1
4. 3

178. НЕОБХОДИМОСТЬ ОДНОВРЕМЕННОГО НАЗНАЧЕНИЯ НЕСКОЛЬКИХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ БОЛЬНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОБУСЛОВЛЕНА

1. возможностью быстрого развития лекарственной устойчивости МБТ
2. низкой эффективностью каждого из них
3. наличием сопутствующей инфекции
4. сочетанием их побочных действий

179. ОСНОВНЫЕ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОБУСЛОВЛЕНА

1. гепатотоксичностью противотуберкулезных препаратов
2. кардиотоксичностью противотуберкулезных препаратов
3. влиянием на процессы возбуждения в ЦНС
4. влиянием на процессы торможения в ЦНС

180. ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ТАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, КАК

1. легочное кровотечение
2. экссудативный плеврит
3. туберкулез бронха
4. туберкулез гортани

181. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДЛЯ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

1. клапанного спонтанного пневмоторакса
2. открытого пневмоторакса
3. закрытого пневмоторакса
4. ятрогенного пневмоторакса

182. ВОЗБУДИТЕЛИ ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТСЯ К ВИДУ

1. бактерий
2. грибов

3. простейших

4. вирусов

183. В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ \_\_\_\_\_ ПУТЬ ЗАРАЖЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

1.аэрогенный

2. алиментарный

3. трансплацентарный

4. контактный

184. ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПУТЕЙ ПРОНИКНОВЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В ОРГАНИЗМ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

1.органы дыхания

2. желудочно-кишечный тракт

3. мочевыделительные органы

4. органы кроветворения

185. ЛОКАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЮТСЯ У ДЕТЕЙ В

1.лимфатической системе

2. кроветворной системе

3.кровеносной системе

4. бронхиальной системе

186. ПОНЯТИЕ «ЭКЗОГЕННАЯ СУПЕРИНФЕКЦИЯ» ВКЛЮЧАЕТ

1.проникновение извне инфекции в уже инфицированный организм

2. проникновение извне инфекции в ранее не инфицированный организм

3. повторное проникновение извне инфекции в ранее не инфицированный организм

4. одновременное проникновение нескольких инфекций

187. ДЛЯ ОСТРОГО МИЛИАРНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ ХАРАКТЕРНО

1.отсутствие бактериовыделения

2. скудное бактериовыделение

3. обильное бактериовыделение

4.наличие обильной мокроты

188. РАЗМЕР ОЧАГОВ В ЛЕГКИХ ПРИ ОСТРОМ МИЛИАРНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

1.мелкий

2. средний

3. крупный

4. разный

189. ДЕСТРУКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ ПРИ ОСТРОМ МИЛИАРНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

1.не встречаются

2. встречаются редко

3. встречаются часто

4. формируются на фоне фиброза

190. ДЛЯ СКРИНИНГА НА ТУБЕРКУЛЁЗНУЮ ИНФЕКЦИЮ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ ДИАСКИНТЕСТ ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ \_\_\_\_ ЛЕТ

1.8-17

2. 12-17

3. 10-17

4. 11-17

191. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ НА ТУБЕРКУЛЁЗ ПРОВОДИТСЯ С \_\_\_\_ ЛЕТ

1.15

2. 14

3. 10

4. 7

192. ТУБЕРКУЛЕМУ ЛЁГКОГО ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

1.периферическим раком

2. центральным раком

3. абсцессом лёгкого

#### 4. пневмонией

193. НАЛИЧИЕ КАЛЬЦИНАТОВ ВО ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ УКАЗЫВАЕТ НА

1. ранее перенесенный туберкулёзный процесс
2. потерю активности туберкулёзного процесса
3. сохранение активности туберкулёзных изменений
4. переход туберкулёзного процесса в хроническую стадию

194. ЭТИОЛОГИЮ ФОКУСНОЙ ТЕНИ В ЛЁГКОМ ПОЗВОЛИТ УТОЧНИТЬ

1. гистологическое и бактериологическое исследование патологического материала
2. цитологическое и бактериологическое исследование мокроты на микобактерии туберкулёза
3. иммуноферментный анализ крови пациента на наличие антител к туберкулёзу
4. длительная антибактериальная терапия неспецифическими препаратами и гистологическое исследование патологического материала

195. КРИСТАЛЛЫ ХОЛЕСТЕРИНА В МОКРОТЕ ОБНАРУЖИВАЮТ ПРИ

1. распаде первичного туберкулезного очага
2. бронхите
3. крупозной пневмонии
4. бронхиальной астме

Эталон ответа: 1

## 2.6 Ситуационные задачи итогового контроля

### №1

#### 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

##### 1.1. Ситуация

Больная 45 лет обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому

##### 1.2. Жалобы

на повышение температуры до 38° С, недомогание, слабость, ночную потливость, сухой кашель в течение последних 3-х недель

##### 1.3. Анамнез заболевания

В течение 2 недель отмечает ухудшение в состоянии, с появления температуры до 37,2° С, небольшой болезненности в грудной клетке при дыхании, усиления кашля, недомогания, слабости, ухудшения аппетита.

Было заподозрено течение двусторонней пневмонии и амбулаторно назначено лечение антибиотиками в течение 10 дней, однако эффективности лечения не отмечалось, 3 дня назад появились изменения в мокроте с прожилками крови в мокроте.

##### 1.4. Анамнез жизни

- росла и развивалась нормально
- в детские годы имела контакт с больным туберкулезом отцом
- состояла на диспансерном учете по поводу контакта, прошла курс первичной химиопрофилактики в течение 3-х месяцев
- перенесенные заболевания: в возрасте 15 лет острый бронхит, в 38 лет тяжелое течение гриппа, который был расценен как неспецифическая пневмония, рентгенологическое исследование не проводилось
- в течение последующих лет, периодически отмечалось ухудшение в состоянии в виде повышения субфебрильной температуры, сухого кашля по утрам, снижение массы тела
- неоднократно получала лечение по поводу обострения бронхита
- вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет
- проживает с ребенком 7 лет в однокомнатной квартире

##### 1.5. Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Вес -58 кг, рост - 165 см.

При перкуссии грудной клетки - справа ниже угла лопатки определяется участок укорочения перкуторного звука. В легких дыхание бронхиальное, больше в нижних отделах правого легкого, выслушиваются скудные влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены. ЧСС- 72 уд.в минуту, АД – 110/60 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических явлений не отмечается.

При проведении простой микроскопии мокроты обнаружены кислотоустойчивые микобактерии.

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 21 мм, Проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным, диаскинтест – папула 10 мм.

**Вопрос №1** К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят:

1. клинический анализ крови
2. прямая микроскопия мазка мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)
3. биохимический анализ крови
4. общий анализ мокроты

Д: общий анализ мочи

Е: бактериологическое исследование мокроты

### 3. Результаты лабораторных методов обследования

#### 3.1. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,27	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	135,0	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	36	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,82	0,8-1,0
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	29	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	34,6	32,0-37,0
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	224,0	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	10,4	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	3	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	48	47-72
Эозинофилы, %	0,0	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	14,1	19-37
Моноциты, %	12	2-10
СОЭ, мм/ч	25	м. 2-10 ж. 2-15

#### 3.2. Прямая микроскопия мазка мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)

Исследование мокроты 3-хкратно по Цилю-Нильсену – обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)

#### 3.3. Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Общий белок	68	65-85 г/л
Альбумин	30	32 - 48
Мочевина	4,5	2,5 - 6,4
Креатинин	92,0	53 - 115
Билирубин общий	12,3	3,0 - 17,0
Билирубин прямой	1,0	0,0 - 3,0
АЛТ	38,0	15,0 - 61,0
АСТ	16,0	15,0 - 37,0
Щелочная фосфатаза	98,0	50,0 - 136,0
Глюкоза	5,2	3,89 – 5,83

### 3.4. Общий анализ мокроты

Показатель	Результат	Нормы
Количество	50,0 мл	10-100 мл в сутки
Цвет	серый	бесцветная
Характер	слизисто-гнойная	слизистый
Реакция	щелочная	щелочная или нейтральная реакция
Консистенция	вязкая	мягкая
Примеси	-	-
Эпителий плоский (п/зр)	8-15	-
Цилиндрический эпителий (п/зр)	единичные	-
Альвеолярные макрофаги (п/зр)	10-20	-
Лейкоциты (п/зр)	20-40	2-5 в п/зр
Эритроциты (п/зр)	10-20	-
Эозинофилы	0-1	-
Волокна эластические	обнаружены	-
Грибы	-	-
Прочая флора	кокковая флора +	-
спирали Куршмана	-	-
кристаллы Шарко-Лейдена	-	-
коралловидные волокна	-	-

### 3.5. Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Нормы
Цвет мочи	соломенно-желтый	соломенно-желтый
Прозрачность	прозрачный	прозрачный
Плотность мочи	1015 г/л	1010-1022 г/л
Белок в моче	-	отсутствует, до 0,033 г/л
Глюкоза в моче	-	отсутствует, до 0,8 ммоль/л
Кетоновые тела	-	отсутствуют
Лейкоциты в моче	2-4	0-2 в п/зрения
Эритроциты в моче	0-1	0-1 п/ зрения
Эпителий в моче	2-6	до 10 клеток в поле зрения
Цилиндры в моче	-	единичные гиалиновые цилиндры
Соли в моче	-	отсутствуют
Бактерии в моче	-	отсутствуют

### 3.6. Бактериологическое исследование мокроты

Streptococcus альфа-гемолитический  $10^4$  (норма  $10^{5-10^6}$ ), результат получен на 4 день

**Вопрос №2** Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является:

1. обзорная рентгенография органов грудной клетки
2. компьютерная томография органов грудной клетки
3. исследование функции внешнего дыхания (спирометрия)
4. ультразвуковое исследование плевральных полостей

### 5. Результаты инструментальных методов обследования

#### 5.1. Обзорная рентгенография органов грудной клетки



В нижней доле определяется участок затемнения легочной ткани, неоднородной структуры с нечеткими контурами, с просветлением в центре инфильтрата. В прилежащих отделах легочной ткани на фоне усиленного рисунка мелкие очаги с нечеткими контурами, видна «дорожка» к корню легкого. Тень правого корня подтянута вверх, уплотнена.

### **5.2. Компьютерная томография органов грудной клетки**

Определяется выраженная инфильтрация с распадом в S<sub>6</sub> нижней доли правого легкого, отмечается симптом «воздушной бронхографии», лимфатические узлы средостения не увеличены. Жидкость в плевральных полостях не определяется.

### **5.3. Исследование функции внешнего дыхания (спирометрия)**

ЖЕЛ 94%, ОФВ1 90%,  
ОФВ1/ФЖЕЛ 85%

### **5.4. Ультразвуковое исследование плевральных полостей**

Свободная жидкость в плевральных полостях не определяется

**Вопрос №3** Реакцию кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у пациентки необходимо оценивать как:

1. положительную
2. гиперергическую
3. парадоксальную
4. сомнительную

**Вопрос №4** Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациентки, в первую очередь, предполагают:

1. инфильтративный туберкулез легких
2. полисегментарную пневмонию
3. милиарный туберкулез
4. эозинофильный инфильтрат

**Вопрос №5** На основании полученных результатов обследования данной больной можно поставить диагноз:

1. Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого, фаза распада и обсеменения, МБТ +, кровохарканье
2. Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого, фаза распада и обызвествления, МБТ +, кровохарканье
3. Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого, фаза рассасывания и уплотнения, МБТ +, кровохарканье
4. Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого, фаза инфильтрации и распада, МБТ +, плеврит справа

## **9. Диагноз**

Диагноз:

**9.1. Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого, фаза распада и обсеменения, МБТ +, кровохарканье**

**9.2. Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого, фаза распада и обызвествления, МБТ +, кровохарканье**

**9.3. Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого, фаза рассасывания и уплотнения, МБТ +, кровохарканье**

**9.4. Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого, фаза инфильтрации и распада, МБТ +, плеврит справа**



**Вопрос №6** Осложнением основного заболевания у больной является:

1. кровохарканье
2. плевральный выпот
3. легочное кровотечение
4. туберкулез бронхов

**Вопрос №7** Основным рентгенологическим синдромом по данным рентгенограммы органов грудной клетки является синдром:

1. долевого затемнения
2. очагового затемнения
3. субтотального затемнения
4. биполярного тенеобразования

**Вопрос №8** Аускультация при инфильтративном туберкулезе легких долевой локализации характеризуется:

1. бронхиальным дыханием над зоной поражения и влажными хрипами
2. ослабленным везикулярным дыханием, сухими и крупнопузырчатыми хрипами
3. везикулярным дыханием, отсутствием хрипов
4. удлинённой фазой выдоха и наличием свистящих хрипов

**Вопрос №9** При инфильтративном туберкулезе с сохраненной лекарственной чувствительностью МБТ целесообразно применять противотуберкулезные препараты:

1. первого ряда
2. третьего ряда
3. резервные препараты
4. второго ряда

**Вопрос №10** Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться 3.

1. стационаре (противотуберкулезного учреждения)
2. стационаре(терапевтического или пульмонологического отделения)
3. дневном стационаре
4. амбулаторных условиях (на дому)

**Вопрос №11** Дифференциальную диагностику инфильтративного туберкулеза легких в фазе распада проводят с:

1. абсцедирующей пневмонией
2. эозинофильной пневмонией
3. центральным раком легкого
4. крупозной пневмонией

**Вопрос №12** По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу \_\_\_\_\_ степени:

1. I
2. II
3. III
4. IV

**Эталон ответов:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

**№2**

## **1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

### **1.1. Ситуация**

Мужчина 30 лет, обратился в поликлинику к врачу терапевту участковому

### **1.2. Жалобы**

на повышение температуры до субфебрильных цифр, резкую слабость, сухой кашель, одышку, ознобы, боль в горле

### **1.3. Анамнез заболевания**

- возвратился домой после отпуска, проведенного на море в июле месяце
- в течение последнего месяца после отпуска, отмечает ухудшение в состоянии с нарастанием вышеперечисленных симптомов
- 2 недели назад обратился к врачу отоларингологу, по поводу появления болей в горле, которые прогрессивно нарастали

- при осмотре обнаружены инфильтративно-язвенные изменения слизистой надгортанника, выполнена биопсия, подтвержден диагноз туберкулеза гортани, направлен в противотуберкулезный диспансер, где была выполнена обзорная рентгенограмма органов грудной клетки

Рентгенологическая картина в легких оставалась без динамики

#### 1.4. Анамнез жизни

- рос и развивался по возрасту
- в детстве имел контакт с больной туберкулезом родственницей
- флюорографическое обследование органов грудной клетки не проходил 1,5 года
- перенесенные заболевания: болеет редко, в основном простудные заболевания
- вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет
- работает директором коммерческой фирмы
- проживает в отдельной квартире с женой и сыном 5 лет, материально-бытовые условия жизни удовлетворительные

#### 1.5. Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост -185 см, вес 65 кг. Температура 37,2° С. Кожные покровы чистые, влажные, обычной окраски, грудная клетка астенического телосложения, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. ЧДД – 22 в минуту.

- при перкуссии грудной клетки – укорочение перкуторного звука в межлопаточном пространстве, над нижними долями легочной звук с коробочным оттенком
- при аускультации –дыхание жесткое, выслушиваются единичные сухие хрипы слева паравертебрально от верхушки до 4 грудного позвонка
- тоны сердца приглушены. ЧСС -92 уд. В мин., АД - 120/80 мм рт.ст
- живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.
- при обследовании мокроты и промывных вод бронхов методом бактериоскопии, обнаружены кислотоустойчивые микобактерии

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – положительная, папула 12 мм.

Реакция на пробу с АТР, Диаскинтест – результат отрицательный.

**Вопрос №1** К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят:

1. клинический анализ крови
2. микроскопическое исследование мазка мокроты на микобактерии туберкулеза
3. биохимический анализ крови
4. общий анализ мокроты

Д: общий анализ мочи

Е: бактериологическое исследование мокроты

### 3. Результаты лабораторных методов обследования

#### 3.1. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,5	м. 4,4-5,0ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	135,0	м. 130-160ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	38	м. 39-49ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,82	0,8-1,0
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	32	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	35,6	32,0-37,0
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	462,0	180-400
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	13,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	6	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	64	47-72
Эозинофилы, %	4,0	1-5

Показатель	Результат	Нормы
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	10,0	19-37
Моноциты, %	16	2-10
СОЭ, мм/ч	35	м. 2-10ж. 2-15

**3.2. Микроскопическое исследование мазка мокроты на микобактерии туберкулеза**  
Исследование мокроты 3-хкратно по Цилю-Нильсену – обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)

### 3.3. Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Альбумин	28	32 - 48
Мочевина	5,5	2,5 - 6,4
Креатинин	102	53 - 115
Билирубин общий	12,3	3,0 - 17,0
Билирубин прямой	1,0	0,0 - 3,0
АЛТ	68,0	15,0 - 61,0
АСТ	42,0	15,0 - 37,0
Щелочная фосфатаза	98,0	50,0 - 136,0
Глюкоза	5,2	3,89 – 5,83

### 3.4. Общий анализ мокроты

Показатель	Результат	Нормы
Цвет	бесцветная	бесцветная
Характер	слизисто-гнойная	слизистый
Консистенция	густая	мягкая
Примеси	-	-
Эпителий плоский (п/зр)	умеренное кол-во	-
Цилиндрический эпителий (п/зр)	единичные	-
Альвеолярные макрофаги (п/зр)	10-30	
Лейкоциты (п/зр)	небольшое кол-во	2-5 в п/зр
Эритроциты (п/зр)	единичные в препарате	-
Эозинофилы	0-1	-
Волокна эластические	-	-
Грибы	-	-
Прочая флора	кокковая флора ++	-
спирали Куршмана	-	-
кристаллы Шарко-Лейдена	-	-
коралловидные волокна	-	-

### 3.5. Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Нормы
Цвет мочи	соломенно-желтый	соломенно-желтый
Прозрачность	прозрачный	прозрачный
Плотность мочи	1012 г/л	1010-1022 г/л
Белок в моче	-	отсутствует, до 0,033 г/л

Показатель	Результат	Нормы
Глюкоза в моче	-	отсутствует, до 0,8 ммоль/л
Кетоновые тела	-	отсутствуют
Лейкоциты в моче	2-4	0-2 в п/зрения
Эритроциты в моче	0-1	0-1 п/ зрения
Эпителий в моче	2-4	до 10 клеток в поле зрения
Цилиндры в моче	-	единичные гиалиновые цилиндры
Соли в моче	-	отсутствуют
Бактерии в моче	-	отсутствуют

### 3.6. Бактериологическое исследование мокроты

*Klebsiellapneumonia* -  $< 1 \cdot 10^3$ , (норма  $10^5$ ), результат получен на 5 день

**Вопрос №2** Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является:

1. обзорная рентгенография органов грудной клетки
2. компьютерная томография легких
3. фибробронхоскопия
4. электрокардиография

### 5. Результаты инструментального метода обследования

#### 5.1. Обзорная рентгенография органов грудной клетки



*Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки:* легочные поля в верхних отделах пониженной прозрачности, в кортикальных отделах определяются двусторонние множественные симметричные очаговые тени средней и крупной величины малой и средней интенсивности, без четких контуров с тенденцией к слиянию, образованию полостей деструкции, преимущественно в верхних отделах.

#### 5.2. Компьютерная томография легких

Определяются двусторонние множественные очаговые изменения, преимущественно в верхних долях легких, на фоне выраженных интерстициальных изменений легочной ткани. Очаги разной формы и размеров, без четких контуров, имеющих тенденцию к слиянию, образованию полостей деструкции. Лимфатические узлы средостения не увеличены. В правом корне кальцинаты. Жидкость в плевральных полостях не определяется.

#### 5.3. Фибробронхоскопия

В бронхоальвеолярном смыве определяются клеточные элементы, и отмечается преобладание лимфоцитов

#### 5.4. Электрокардиография

Увеличение толщины стенки и объема правого желудочка

**Вопрос №3** Отрицательный результат кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у больного отражает:

1. резко выраженную иммунологическую недостаточность
2. наличие сопутствующих заболеваний, провоцирующих иммунодефицит
3. указывает на отсутствие активной туберкулезной палочки
4. неактивную форму туберкулезного процесса

**Вопрос №4** Результаты рентгенограммы органов грудной клетки пациента предполагают:

1. диссеминированный туберкулез легких
2. медиастинально-легочную форму саркоидоза
3. двустороннюю очаговую пневмонию
4. карциноматоз легких

**Вопрос №5** Полиморфизм очагов на рентгенограмме ОГК при подостром течении диссеминированного туберкулеза обусловлен:

1. повторными волнами бактериемии
2. непрерывным поступлением микобактерий в кровь
3. одномоментным поступлением в кровь большого числа МБТ
4. одновременным поступлением МБТ по гематогенным, лимфогенным путям

**Вопрос №6** На основании полученных результатов обследования данному больному можно поставить диагноз:

1. Диссеминированный туберкулез легких, фаза инфильтрации и распада, МБТ (+), туберкулез гортани
2. Диссеминированный (подострый) туберкулез легких, туберкулез гортани, в фазе распада и обсеменения, МБТ (+)
3. Диссеминированный (острый) туберкулез легких, туберкулез гортани, в фазе рассасывания и обсеменения, МБТ (+)
4. Диссеминированный (хронический) туберкулез легких, туберкулез гортани, в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ (+)

#### **10. Диагноз**

Диагноз:

**10.1. Диссеминированный туберкулез легких, фаза инфильтрации и распада, МБТ (+), туберкулез гортани.**

**10.2. Диссеминированный (подострый) туберкулез легких, туберкулез гортани, в фазе распада и обсеменения, МБТ (+)**

**10.3. Диссеминированный (острый) туберкулез легких, туберкулез гортани, в фазе рассасывания и обсеменения, МБТ (+)**

**10.4. Диссеминированный (хронический) туберкулез легких, туберкулез гортани, в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ (+)**

**Вопрос №7** Достоверным методом обнаружения микобактерий туберкулеза является:

1. бактериологическая диагностика
2. бактериоскопическая диагностика
3. люминесцентная микроскопия
4. молекулярно-генетический метод

**Вопрос №8** По данным обзорной рентгенограммы органов грудной клетки основным рентгенологическим признаком является синдром:

1. диссеминации
2. субтотального затемнения
3. круглой тени
4. биполярного тенеобразования

**Вопрос №9** При диссеминированном туберкулезе легких и отсутствии лекарственной устойчивости, целесообразно применять противотуберкулезные препараты:

1. первого ряда
2. третьего ряда
3. резервные препараты
4. второго ряда

**Вопрос №10** Благоприятным исходом диссеминированного туберкулеза легких являются:

1. рассасывание, фиброзно-склеротические изменения

2. рассасывание, уплотнение, кавернозный туберкулез
3. уплотнение, кальцинация, цирроз
4. переход в хроническую форму туберкулеза

**Вопрос №11** Дифференциальную диагностику диссеминированного туберкулеза легких следует проводить с:

1. двусторонней мелкоочаговой пневмонией, карциноматозом легких
2. саркоидозом II стадии, гранулематозом Вегенера, силикозом легких
3. застойным легким, эозинофильной пневмонией
4. параканкротозной пневмонией, силикозом легких

**Вопрос №12** По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу \_\_\_ степени:

1. I
2. II
3. IV
4. III

**Эталон ответов:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

**№3**

### 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### 1.1. Ситуация

Больная 59 лет обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому

#### 1.2. Жалобы

на повышение температуры до 39,2° С, резкую слабость, утомляемость, сильный непродуктивный кашель, тахикардию, боли в грудной клетке.

#### 1.3. Анамнез заболевания

- отмечает ухудшение самочувствия в течение последнего года, что связывали с заболеванием сахарным диабетом II типа
- в течение последней недели состояние прогрессивно ухудшилось, появились лихорадка, сильный непродуктивный кашель, боли в грудной клетке.

#### 1.4. Анамнез жизни

- росла и развивалась по возрасту
- до 55 лет регулярно проходила регулярно флюорографическое обследование, патологические изменения в легких не выявлялись
- работала в школе учительницей, после выхода на пенсию рентгенологическое обследование органов грудной клетки регулярно не проходила
- вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет
- проживает в отдельной квартире с супругом, материально-бытовые условия жизни удовлетворительные

#### 1.5. Объективный статус

- состояние тяжелое. Температура 39,2° С. Кожные покровы чистые, бледные, тургор снижен, акроцианоз
- больная пониженного питания рост 165 см, вес 60 кг.
- грудная клетка правильной формы, при дыхании отстает правая половина ЧДД – 34 в минуту
- при перкуссии грудной клетки – притупление перкуторного звука в надключичной, подключичной и межлопаточной областях справа.
- при аускультации – в этих областях дыхание бронхиальное с большим количеством звонких разнокалиберных влажных хрипов.
- тоны сердца приглушены. ЧСС – 120 уд.вмин., АД – 90/60 мм рт.ст.
- живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень у реберной дуги, селезенка не увеличена. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.
- при обследовании мокроты и промывных вод бронхов - обнаружены кислотоустойчивые микобактерии.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная

Результат на пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным – отрицательный  
**Вопрос №1** К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся:

1. общий анализ крови
2. трехкратное исследование мокроты на кислотоустойчивые микобактерии ( КУМ) методом прямой микроскопии по Цилю-Нильсену
3. биохимический анализ крови
4. общий анализ мочи (нередко выявляется токсическая почка)
5. общий анализ мокроты
6. бактериологическое исследование мокроты

### 3. Результаты лабораторных методов обследования

#### 3.1. Общий анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	3,8	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	90,0	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	30	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,64	0,8-1,0
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	165	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	25,8	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	23	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	50	47-72
Эозинофилы, %	2	1-5
Базофилы, %	2	0-1
Лимфоциты, %	8,0	19-37
Моноциты, %	12	2-10
СОЭ, мм/ч	60	м. 2-10ж. 2-15

#### 3.2. Трехкратное исследование мокроты на кислотоустойчивые микобактерии ( КУМ) методом прямой микроскопии по Цилю-Нильсену

Исследование мокроты 3-хкратно по Цилю-Нильсену – обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)

#### 3.3. Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Общий белок	54	65-85 г/л
Альбумин	24	32 - 48
Мочевина	6,5	2,5 - 6,4
Креатинин	98,2	53 - 115
Билирубин общий	19,3	3,0 - 17,0
Билирубин прямой	1,0	0,0 - 3,0
АЛТ	68,0	15,0 - 61,0
АСТ	42,0	15,0 - 37,0
Щелочная фосфатаза	68,0	50,0 - 136,0
Глюкоза	9,2	3,89 – 5,83

#### 3.4. Общий анализ мочи(нередко выявляется токсическая почка)

Показатель	Результат	Нормы
------------	-----------	-------

Показатель	Результат	Нормы
Цвет мочи	соломенно-желтый	соломенно-желтый
Прозрачность	мутная	прозрачный
Плотность мочи	1008 г/л	1010-1022 г/л
Белок в моче	1,0	отсутствует, до 0,033 г/л
Глюкоза в моче	-	отсутствует, до 0,8 ммоль/л
Кетоновые тела	-	отсутствуют
Лейкоциты в моче	20-40	0-2 в п/зрения
Эритроциты в моче	5-15	0-1 п/ зрения
Эпителий в моче	10	до 10 клеток в поле зрения
Цилиндры в моче	2-6	единичные гиалиновые цилиндры
Соли в моче	-	отсутствуют
Бактерии в моче	+	отсутствуют

### 3.5. Общий анализ мокроты

Показатель	Результат	Нормы
Количество	50,0 мл	10-100 мл в сутки
Цвет	желтый	бесцветная
Характер	слизисто-гнойная с примесью крови	слизистый
Консистенция	густая	мягкая
Примеси	-	-
Эпителий плоский (п/зр)	8-15	-
Цилиндрический эпителий (п/зр)	единичные	-
Альвеолярные макрофаги (п/зр)	10-20	-
Лейкоциты (п/зр)	20-40	2-5 в п/зр
Эритроциты (п/зр)	10-30	-
Эозинофилы	0-1	-
Волокна эластические	обнаружены	-
Грибы	++	-
Прочая флора	кокковая флора	-
спирали Куршмана	-	-
кристаллы Шарко-Лейдена	-	-
коралловидные волокна	обнаружены	-

### 3.6. Бактериологическое исследование мокроты

*Klebsiella pneumoniae* -  $< 1 * 10^6$ , (норма  $10^5$ ), результат получен на 4 день

**Вопрос №2** Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования на уровне первичного звена является:

1. обзорная рентгенография органов грудной клетки
2. компьютерная томография легких
3. фибробронхоскопия
4. электрокардиография

### 5. Результаты инструментальных методов обследования

#### 5.1. Обзорная рентгенография органов грудной клетки





*Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки:* определяется интенсивное гомогенное затемнение правого легочного поля с просветлениями различной формы и величины в верхней и нижней доле правого легкого, в окружающей ткани очаги бронхогенного отсева средних размеров, высокое стояние правого купола диафрагмы и смещение средостения в сторону поражения.

### **5.2. Компьютерная томография легких**



Видны сегментарные и субсегментарные бронхи на фоне интенсивного затемнения легочной ткани справа, множество мелких полостей деструкции определяется выраженная инфильтрация с распадом в S<sub>6</sub> нижней доли правого легкого, отмечается симптом «воздушной бронхографии», лимфатические узлы средостения не увеличены. Жидкость в плевральных полостях не определяется.

### **5.3. Фибробронхоскопия**

В бронхоальвеолярном смыве определяются клеточные элементы, и отмечается преобладание лимфоцитов

### **5.4. Электрокардиография**

Ритм синусовый, с частотой 130 ударов в минуту, электрическая ось расположена вертикально, гипертрофия правого предсердия и правого желудочка с явлением перегрузки и замедлением внутрижелудочковой проводимости

**Вопрос №3** Отрицательный результат кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у данной больной является проявлением:

1. выраженного иммунодефицита
2. отсутствия инфицирования микобактерией туберкулеза
3. нарушения перевозки и хранения препарата
4. неактивной фазы туберкулезного процесса

**Вопрос №4** Достоверным методом обнаружения микобактерий туберкулеза является:

1. бактериологическая диагностика
2. бактериоскопическая диагностика
3. иммуно-генетический метод
4. люминесцентная микроскопия

**Вопрос №5** На основании полученных результатов обследования данной больной можно поставить диагноз:

1. Казеозная пневмония правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ +, легочно-сердечная недостаточность
2. Казеозная пневмония правого легкого в фазе рассасывания и обсеменения, МБТ (+), легочно-сердечная недостаточность
3. Инфильтративный туберкулез правого легкого, в фазе распада и обсеменения, МБТ (+), легочно-сердечная недостаточность
4. Инфильтративный туберкулез легких правого легкого, в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ (+)

## **9. Диагноз**

Диагноз:

**9.1. Казеозная пневмония правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ +, легочно-сердечная недостаточность**

**9.2. Казеозная пневмония правого легкого в фазе рассасывания и обсеменения, МБТ (+), легочно-сердечная недостаточность**

**9.3. Инфильтративный туберкулез правого легкого, в фазе распада и обсеменения, МБТ (+), легочно-сердечная недостаточность**

**9.4. Инфильтративный туберкулез легких правого легкого, в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ (+)**

**Вопрос №6** Причинами развития и быстрого прогрессирования туберкулезного процесса является:

1. снижение иммунной системы вследствие сахарного диабета
2. снижение иммунной системы вследствие длительного приёма гормонов и цитостатиков
3. неблагоприятная внешняя среда и стрессовые ситуации
4. проживание в очаге туберкулёзной инфекции

**Вопрос №7** Легочно-сердечная недостаточность у больной казеозной пневмонией обусловлен1.

1. разрушением лёгочной ткани и резко выраженной интоксикацией
2. распространенностью поражения легочной ткани с рестрикцией
3. появлением функциональных признаков диффузного поражения миокарда
4. дистрофическими изменениями миокарда

**Вопрос №8** При казеозной пневмонии с сохраненной лекарственной чувствительностью МБТ, противотуберкулезные препараты целесообразно применять:

1. первого ряда
2. второго ряда
3. третьего ряда
4. резервные

**Вопрос №9** Основным морфологическим отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является:

1. отсутствие морфологических признаков отграничения казеозного некроза
2. большой объем поражения легочной ткани с преобладанием казеозного некроза
3. склонность к бронхогенной диссеминации с преобладанием казеоза
4. большой объем поражения и нет признаков отграничения казеозного некроза

**Вопрос №10** Благоприятными исходами казеозной пневмонии являются:

1. цирротический и фиброзно-кавернозный туберкулез
2. множественные туберкулемы и кавернозный туберкулез легких
3. пневмосклероз с очагами и фиброзно-кавернозный туберкулез легких
4. участок пневмоцирроза и группа очагов

**Вопрос №11** Дифференциальную диагностику казеозной пневмонии проводят с:

1. крупозной пневмонией
2. параканкротической пневмонией
3. центральным раком легкого
4. саркоидозом II стадии с поражением органов дыхания

**Вопрос №12** По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу \_\_\_\_ степени:

1. II
2. I
3. III
4. IV

**Эталон ответов:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

№4

## 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

### 1.1. Ситуация

Женщина 25 лет, обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому после переохлаждения

### 1.2. Жалобы

На повышение температуры до 39,2° С, кашель, слабость, недомогание

### 1.3. Анамнез заболевания

- заболевание началось остро, после переохлаждения
- выставлен диагноз острой респираторной инфекции тяжелого течения
- рекомендована симптоматическая терапия, однако состояние не улучшалось, сохранялась лихорадка гектического характера, появился сухой мучительный кашель
- через 3 дня больная повторно была осмотрена терапевтом
- направлена на 5 день болезни в инфекционную больницу
- была выполнена обзорная рентгенограмма органов грудной клетки на 6-й день болезни, где отмечалась смазанность и размытость легочного рисунка
- проводилось лечение антибиотиками широкого спектра действия и симптоматическими средствами – без эффекта, сохранялись лихорадка, сухой кашель, нарастала одышка
- на 10 день заболевания внезапно появилась боль в грудной клетке справа, выраженная одышка

### 1.4. Анамнез жизни

- росла и развивалась по возрасту
- была вакцинирована БЦЖ при рождении в родильном доме, ревакцинирована в 7 и 14 лет
- до 15 – летнего возраста проба Манту была отрицательной, в 16 лет впервые положительная проба Манту, папула 12 мм
- была обследована в противотуберкулезном диспансере, назначена химиопрофилактика изониазидом в течение 3-х месяцев. Через 2 недели приема изониазида отметила появление головных болей, самостоятельно отказалась от приема препарата. Противотуберкулезный диспансер не посещала
- окончила институт, летом вышла замуж и уехала отдыхать на море.
- перенесенные заболевания: болеет редко, в основном простудные заболевания
- вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет
- проживает в отдельной квартире с мужем, материально-бытовые условия жизни удовлетворительные

### 1.5. Объективный статус

Состояние тяжелое. Температура 39,6° С. Кожные покровы чистые, бледные.

Вес 52 кг при росте 168 см. Кожные покровы бледные с цианотическим оттенком

Грудная клетка астенического телосложения, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. ЧДД – 38 в минуту.

При перкуссии грудной клетки – тимпанит.

При аускультации – дыхание ослабленное, мелкопузырчатые рассеянные влажные хрипы.

Тоны сердца приглушены, ЧСС – 128 уд.вмин., АД – 100/60 мм рт.

Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.

Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

На высоте лихорадки исследована кровь на стерильность - возбудитель не обнаружен.

При обследовании мокроты и промывных вод бронхов не обнаружены кислотоустойчивые микобактерии.

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л была отрицательной.

Аллерген туберкулезный рекомбинантный - результат отрицательный

**Вопрос №1** К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят:

1. клинический анализ крови
2. микроскопическое исследование мазка мокроты на микобактерии туберкулеза
3. биохимический анализ крови
4. общий анализ мокроты

Д: общий анализ мочи

Е: бактериологическое исследование мокроты

### 3. Результаты лабораторных методов обследования

#### 3.1. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	5,6	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	113,0	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	36,0	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,64	0,8-1,0
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	190	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	15,2	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	8	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	62	47-72
Эозинофилы, %	1	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	10,0	19-37
Моноциты, %	18	2-10
СОЭ, мм/ч	25	м. 2-10 ж. 2-15

#### 3.2. Микроскопическое исследование мазка мокроты на микобактерии туберкулеза

Исследование мокроты 3-хкратно по Цилю-Нильсену – (КУМ) кислотоустойчивые микобактерии – не обнаружены

#### 3.3. Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Общий белок	60	65-85 г/л
Альбумин	30	32 - 48
Мочевина	4,5	2,5 - 6,4
Креатинин	92,0	53 - 115
Билирубин общий	12,3	3,0 - 17,0
Билирубин прямой	1,0	0,0 - 3,0
АЛТ	68,0	15,0 - 61,0
АСТ	42,0	15,0 - 37,0
Щелочная фосфатаза	98,0	50,0 - 136,0
Глюкоза	5,2	3,89 – 5,83

#### 3.4. Общий анализ мокроты

Показатель	Результат	Нормы
Цвет	серый	бесцветная
Характер	слизисто-гнойная	слизистый
Консистенция	густая	мягкая
Примеси	-	-
Эпителий плоский (п/зр)	10-12	-

Показатель	Результат	Нормы
Цилиндрический эпителий (п/зр)	единичные	-
Альвеолярные макрофаги (п/зр)	10-30	
Лейкоциты (п/зр)	10-15	2-5 в п/зр
Эритроциты (п/зр)	2-4	-
Эозинофилы	0-1	-
Волокна эластические	-	-
Грибы	-	-
Прочая флора	кокковая флора ++	-
спирали Куршмана	-	-
кристаллы Шарко-Лейдена	-	-
коралловидные волокна	-	-

### 3.5. Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Нормы
Цвет мочи	соломенно-желтый	соломенно-желтый
Прозрачность	прозрачный	прозрачный
Плотность мочи	1010 г/л	1010-1022 г/л
Белок в моче	-	отсутствует, до 0,033 г/л
Глюкоза в моче	-	отсутствует, до 0,8 ммоль/л
Кетоновые тела	-	отсутствуют
Лейкоциты в моче	2-5	0-2 в п/зрения
Эритроциты в моче	0-1	0-1 п/ зрения
Эпителий в моче	5-8	до 10 клеток в поле зрения
Цилиндры в моче	-	единичные гиалиновые цилиндры
Соли в моче	-	отсутствуют
Бактерии в моче	+	отсутствуют

### 3.6. Бактериологическое исследование мокроты

*Streptococcus pneumoniae* 10<sup>3</sup>

**Вопрос №2** Необходимым методом первичного рентгенологического обследования при подозрении на туберкулез легких на уровне поликлиники является:

1. обзорная рентгенография органов грудной клетки
2. компьютерная томография органов грудной клетки
3. исследование функции внешнего дыхания (спирометрия)
4. фибробронхоскопия

### 5. Результаты рентгенологического метода обследования

#### 5.1. Обзорная рентгенография органов грудной клетки

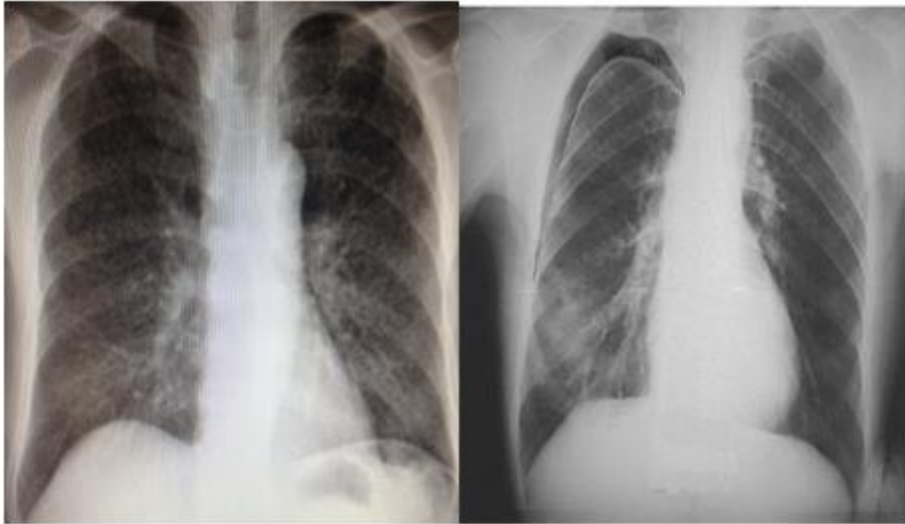


фото А) Б)

## 5.2. Компьютерная томография органов грудной клетки

А) Определяются в обоих легких множественные мономорфные очаги, располагающиеся на всем протяжении обоих легких от верхушек до диафрагмы. Очаги имеют правильную округлую форму, четкие контуры, однородную структуру. Полости деструкции и эмфизема легких отсутствуют. Очаговые изменения сочетаются с умеренно выраженной реакцией интерстициальных структур в виде диффузного утолщения междольковых перегородок. Часть очагов располагается в кортикальной и междолевой плевре. Лимфатические узлы средостения не увеличены. Жидкость в плевральных полостях не определяется

Б) С обеих сторон тотально по всем легочным полям определяются множественные мономорфные очаги без признаков слияния и явлений деструкции. Справа в области верхушки определяется воздух в ограниченном пространстве, картина верхушечного малого пневмоторакса.

## 5.3. Исследование функции внешнего дыхания (спирометрия)

ЖЕЛ 90%, ОФВ1 86%, ОФВ1/ФЖЕЛ 75%

## 5.4. Фибробронхоскопия

В бронхоальвеолярном смыве определяются клеточные элементы, и отмечается преобладание лимфоцитов

**Вопрос №3** По данным обзорной рентгенограммы органов грудной клетки основным рентгенологическим синдромом является синдром:

1. диссеминации
2. субтотального затемнения
3. круглой тени
4. очаговой тени

**Вопрос №4** Отрицательный результат кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у больного отражает:

1. резко выраженную иммунологическую недостаточность
2. отсутствие инфицирования микобактерией туберкулеза
3. наличие поствакцинальной аллергии
4. неактивную форму туберкулезного процесса

**Вопрос №5** Результаты рентгенограммы органов грудной клетки пациентки предполагают:

1. милиарный туберкулез
2. двустороннюю очаговую пневмонию
3. саркоидоз легких II стадия
4. карциноматоз легких

**Вопрос №6** На основании полученных результатов обследования данной больной можно поставить диагноз:

1. Милиарный туберкулез легких в фазе инфильтрации, МБТ (-), спонтанный пневмоторакс
2. Милиарный (острый) туберкулез легких в фазе рассасывания и обсеменения, МБТ (-), спонтанный пневмоторакс
3. Диссеминированный (подострый) туберкулез легких в фазе распада и обсеменения, МБТ (-), спонтанный пневмоторакс

4. Милиарный ( хронический) туберкулез легких в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ (-), спонтанный пневмоторакс

**10. Диагноз**

Диагноз:

**10.1. \*\*Милиарный туберкулез легких в фазе инфильтрации, МБТ (-), спонтанный пневмоторакс\*\***

**10.2. Милиарный ( острый) туберкулез легких в фазе рассасывания и обсеменения, МБТ (-), спонтанный пневмоторакс**

**10.3. Диссеминированный ( подострый) туберкулез легких в фазе распада и обсеменения, МБТ (-), спонтанный пневмоторакс**

**10.4. Милиарный ( хронический) туберкулез легких в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ (-), спонтанный пневмоторакс**

**Вопрос №7** Осложнением основного заболевания у больной является:

1. спонтанный пневмоторакс
2. компрессионный ателектаз
3. гидропневмоторакс
4. плевральный выпот

**Вопрос №8** Аускультация при милиарном туберкулезе легких характеризуется:

1. ослабленным дыханием, мелкопузырчатыми рассеянными влажными хрипами
2. бронхиальном дыханием, крупно-пузырчатыми рассеянными влажными хрипами
3. везикулярное дыхание, крупно-пузырчатыми рассеянными влажными хрипами
4. ослабленным дыханием, наличием свистящих рассеянных сухих хрипов

**Вопрос №9** При милиарной форме туберкулеза легких с сохраненной лекарственной чувствительностью МБТ к противотуберкулезным препаратам должны быть назначены препараты:

1. первого ряда
2. третьего ряда
3. резервные
4. второго ряда

**Вопрос №10** Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в:

1. стационаре (противотуберкулезного учреждения)
2. стационаре (терапевтического или пульмонологического отделения)
3. дневном стационаре
4. амбулаторных условиях (на дому)

**Вопрос №11** Дифференциальную диагностику милиарного туберкулеза легких следует проводить в первую очередь с:

1. милиарным карциноматозом лёгких
2. саркоидозом II стадии
3. мелкоочаговой двусторонней пневмонией
4. брюшным тифом

**Вопрос №12** По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу \_\_\_\_ степени:

1. III
2. II
3. I
4. IV

**Эталон ответов:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

**№5**

**1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**1.1. Ситуация**

Больной С. 47 лет, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому

**1.2. Жалобы**

на повышение температуры до 39,0° С, особенно ее подъем в ночное время, выраженную потливость, кашель с обильной зеленой мокротой, боли в грудной клетке слева при дыхании, одышку, снижение аппетита и массы тела вплоть до кахексии.

### 1.3. Анамнез заболевания

- в течение 4-х недель, отмечает повышенную потливость, резкую слабость
- кашель с обильной мокротой в течение последних 1,5 лет
- боли в грудной клетке слева в подмышечной области при дыхании.
- к врачам не обращался, не лечился

### 1.4. Анамнез жизни

- в детстве имел контакт с больной туберкулезом родственницей
- в течение последних 5 лет находился в местах лишения свободы
- флюорографическое обследование органов грудной клетки не проходил более 3 лет
- перенесенные заболевания: частые простудные заболевания
- вредные привычки: страдает хроническим алкоголизмом, употреблял наркотики
- не работает, проживает в однокомнатной квартире с матерью, материально-бытовые условия жизни неудовлетворительные

### 1.5. Объективный статус

Состояние тяжелое. Рост 185 см, масса тела 55 кг. Температура тела 39,8° С.

Больной истощен. Кожные покровы бледные, сухие, тургор тканей снижен, акроцианоз, румянец на щеках, астено-вегетативный синдром, тахикардия.

Грудная клетка астенического телосложения, левая половина грудной клетки отстает при дыхании, ЧДД 35 в минуту.

При перкуссии грудной клетки резко укорочен перкуторный звук слева.

При аускультации – слева дыхание ослабленное, разнокалиберные влажные хрипы, справа – рассеянные сухие хрипы.

Тоны сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС 120 уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст.

Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При обследовании мокроты и промывных вод бронхов обнаружены кислотоустойчивые микобактерии.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная

Реакция на пробу с АТР (Аллерген туберкулезный рекомбинантный) - отрицательная

**Вопрос №1** К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят:

1. клинический анализ крови
2. микроскопическое исследование мазка мокроты на кислотоустойчивые микобактерии
3. биохимический анализ крови
4. общий анализ мокроты

Д: общий анализ мочи

Е: бактериологическое исследование мокроты

### 3. Результаты лабораторных методов обследования

#### 3.1. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,2	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	90,0	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	30	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,64	0,8-1,0
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	185	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	15,8	4-9



Показатель	Результат	Нормы
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	20	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	54	47-72
Эозинофилы, %	3	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	10,0	19-37
Моноциты, %	9	2-10
СОЭ, мм/ч	48	м. 2-10 ж. 2-15

### 3.2. Микроскопическое исследование мазка мокроты на кислотоустойчивые микобактерии

Исследование мокроты 3-хкратно по Цилю-Нильсену – обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)

### 3.3. Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Общий белок	52	65-85 г/л
Альбумин	26	32 - 48
Мочевина	3,5	2,5 - 6,4
Креатинин	90,2	53 - 115
Билирубин общий	10,3	3,0 - 17,0
Билирубин прямой	1,0	0,0 - 3,0
АЛТ	42,0	15,0 - 61,0
АСТ	38,0	15,0 - 37,0
Щелочная фосфатаза	68,0	50,0 - 136,0
Глюкоза	4,2	3,89 – 5,83

### 3.4. Общий анализ мокроты

Показатель	Результат	Нормы
Количество	50,0 мл	10-100мл/сут
Цвет	серый	бесцветная
Характер	слизисто-гнойная	слизистый
Реакция	щелочная	щелочная или нейт. реакция
Консистенция	вязкая	мягкая
Примеси	-	-
Эпителий плоский (п/зр)	10-15	-
Цилиндрический эпителий (п/зр)	единичные	-
Альвеолярные макрофаги (п/зр)	10-20	
Лейкоциты (п/зр)	20-40	2-5 в п/зр
Эритроциты (п/зр)	10-15	-
Эозинофилы	0-1	-
Волокна эластические	обнаруж.	-
Грибы	-	-
Прочая флора	кокковая флора +	-
спирали Куршмана	-	-
кристаллы Шарко-Лейдена	-	-

Показатель	Результат	Нормы
коралловидные волокна	-	-

### 3.5. Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Нормы
Цвет мочи	соломенно-желтый	соломенно-желтый
Прозрачность	прозрачный	прозрачный
Плотность мочи	1015 г/л	1010-1022 г/л
Белок в моче	0,3	отсутствует, до 0,033 г/л
Глюкоза в моче	-	отсутствует, до 0,8 ммоль/л
Кетоновые тела	-	отсутствуют
Лейкоциты в моче	2-6	0-2 в п/зрения
Эритроциты в моче	0-2	0-1 п/ зрения
Эпителий в моче	2-6	до 10 клеток в поле зрения
Цилиндры в моче	-	ед. гиалиновые цилиндры
Соли в моче	-	отсутствуют
Бактерии в моче	-	отсутствуют

### 3.6. Бактериологическое исследование мокроты

Streptococcus альфа-гемолитический  $10^6$  (норма  $10^5$ - $10^6$ ), результат получен на 4 день

**Вопрос №2** Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является:

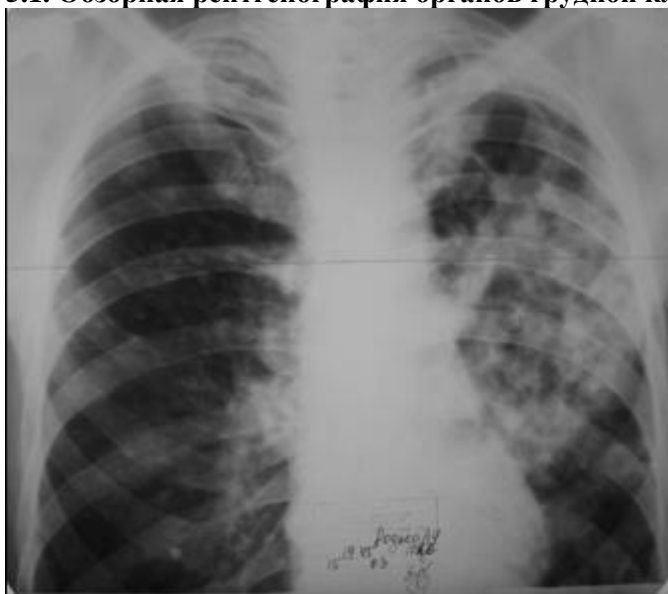
1. обзорная рентгенография органов грудной клетки
2. компьютерная томография легких
3. ларингоскопия
4. электрокардиография

Д: фибробронхоскопия

Е: медиастиноскопия

### 5. Результаты инструментального метода обследования

#### 5.1. Обзорная рентгенография органов грудной клетки



Определяется тотальное затемнение левого легочного поля с немногочисленными небольшими (до 1,5 см в диаметре) участками просветления в верхней доле, в нижней доле правого легкого немногочисленные очаги средних размеров бронхогенного отсева. Средостение смещено умеренно влево.

#### 5.2. Компьютерная томография легких

Видны сегментарные и субсегментарные бронхи на фоне интенсивного затемнения легочной ткани левого легкого, множество мелких полостей деструкции определяется выраженная инфильтрация с распадом, в другом легком также видны очаги бронхогенного отсева, лимфатические узлы средостения не увеличены. Жидкость в плевральных полостях не определяется.

### **5.3. Ларингоскопия**

Патологические изменения не выявлены

### **5.4. Электрокардиография**

Ритм синусовый, с частотой ЧСС 90 ударов в минуту, электрическая ось расположена вертикально, гипертрофия правого предсердия и правого желудочка с явлениями перегрузки и замедлением внутрижелудочковой проводимости.

### **5.5. Фибробронхоскопия**

В бронхоальвеолярном смыве определяются клеточные элементы, и отмечается преобладание лимфоцитов.

### **5.6. Медиастиноскопия**

Органы верхнего средостения без патологии. Биопсия не показана

**Вопрос №3** Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациента, в первую очередь, предполагают:

1. казеозную пневмонию
2. полисегментарную пневмонию
3. инфильтративный туберкулез
4. эозинофильный легочный инфильтрат

**Вопрос №4** Отрицательный результат кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у больного отражает:

1. выраженный иммунодефицит
2. отсутствие инфицирования микобактерией туберкулеза
3. нарушения перевозки и хранения препарата
4. неактивную фазу туберкулезного процесса

**Вопрос №5** На основании полученных результатов обследования, данному больному можно поставить диагноз:

1. Казеозная пневмония левого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ +, легочно-сердечная недостаточность, кахексия
2. Казеозная пневмония левого легкого в фазе рассасывания и уплотнения, МБТ +, легочно-сердечная недостаточность, кахексия
3. Инфильтративный туберкулез нижней доли левого легкого, фаза распада и обызвествления, МБТ +, кровохарканье, кахексия
4. Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого, фаза инфильтрации и распада, МБТ +, экссудативный плеврит справа

### **9. Диагноз**

Диагноз:

**9.1. Казеозная пневмония левого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ +, легочно-сердечная недостаточность, кахексия**

**9.2. Казеозная пневмония левого легкого в фазе рассасывания и уплотнения, МБТ +, легочно-сердечная недостаточность, кахексия**

**9.3. Инфильтративный туберкулез нижней доли левого легкого, фаза распада и обызвествления, МБТ +, кровохарканье, кахексия**

**9.4. Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого, фаза инфильтрации и распада, МБТ +, экссудативный плеврит справа**

**Вопрос №6** Наличие синдрома интоксикации у больного с казеозной пневмонией обусловлено:

1. большой зоной разрушения с резорбцией в кровь продуктов распада легочной ткани
2. повышенным апоптозом фагоцитирующих клеток и лимфоцитов в тканях
3. изменением гемостаза с развитием гиперфибриногенемии
4. массивным размножением микобактериальной популяции в ткани

**Вопрос №7** Осложнениями основного заболевания являются:

1. легочно-сердечная недостаточность, кахексия
2. полиорганная недостаточность, ателектаз легкого, кахексия
3. амилоидоз органов, легочное кровотечение, кахексия

4. туберкулез бронхов, легочно-сердечная недостаточность

**Вопрос №8** Данные аускультации при казеозной пневмонии характеризуются:

1. резко ослабленным дыханием, разнокалиберными влажными хрипами
2. бронхиальным дыханием, крупнопузырчатыми влажными хрипами
3. везикулярным дыханием, отсутствием хрипов
4. ослабленным дыханием, наличием свистящих хрипов

**Вопрос №9** При казеозной пневмонии с сохраненной лекарственной чувствительностью, целесообразно применять антибактериальные препараты:

1. первого ряда
2. второго ряда
3. третьего ряда
4. резервные

**Вопрос №10** Достоверным методом обнаружения микобактерий туберкулеза является:

1. бактериологическая диагностика
2. бактериоскопическая диагностика
3. люминесцентная микроскопия
4. молекулярно-генетическая диагностика

**Вопрос №11** Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в:

1. стационаре (противотуберкулезного учреждения)
2. стационаре (терапевтического или пульмонологического отделения)
3. дневном стационаре
4. амбулаторных условиях (на дому)

**Вопрос №12** Дифференциальную диагностику казеозной пневмонии следует проводить с:

1. крупозной пневмонией
2. параканкротической пневмонией
3. гангреной легкого
4. абсцедирующей пневмонией

**Эталон ответов:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1,2	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

**№6**

## **1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

### **1.1. Ситуация**

Мужчина 64 лет, обратился к участковому терапевту в поликлинику.

### **1.2. Жалобы**

На кашель с мокротой, наличие прожилок крови, боль в правом боку при вдохе, потливость, слабость, периодически - осиплость голоса, упорный, приступообразный кашель, повышение температуры тела до 37,4°C, в течение последних 2-х недель.

### **1.3. Анамнез заболевания**

В течение последних 2 недель отмечает ухудшение в состоянии, появление температуры до 37,2°C, небольшой болезненности в грудной клетке при дыхании, усиление упорного, приступообразного кашля, недомогания, слабости, ухудшения аппетита.

Было заподозрено течение двусторонней пневмонии и амбулаторно назначено лечение антибиотиками в течение 10 дней, однако эффективности лечения не было отмечено, 3 дня назад стал отмечать прожилки крови в мокроте.

### **1.4. Анамнез жизни**

В детские годы имел контакт с больным туберкулезом отцом.

Состоял на диспансерном учете по поводу контакта, прошел курс первичной химиопрофилактики в течение 3-х месяцев.

10 лет назад перенес очаговый туберкулез легких и был снят с учета.

Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Проживает с семьей в трехкомнатной квартире, имеет 2-х детей.

### **1.5. Объективный статус**

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Вес - 76 кг, рост - 185 см.

При перкуссии грудной клетки – укорочение перкуторного звука. При аускультации в обеих легких в верхних отделах выслушивается жесткое дыхание, в межлопаточном пространстве мелкопузырчатые хрипы после покашливания. ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 78 уд. в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических явлений не отмечается.

При проведении простой микроскопии мокроты - обнаружены МБТ(+)

Осмотр отоларинголога с проведением ларингоскопии:



При проведении фибробронхоскопии – поражение бронхов специфического характера обнаружены множественные туберкулезные бугорки на слизистой оболочке бронхов.

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 14 мм, диаскинтест – папула 3 мм.

**Вопрос №1** К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят:

1. общеклинический анализ крови
2. трехкратное микроскопическое исследование мазка мокроты на микобактерии туберкулеза
3. биохимический анализ крови
4. общий анализ мокроты

Д: общий анализ мочи

Е: бактериологическое исследование мокроты

### 3. Результаты лабораторных методов обследования

#### 3.1. Общеклинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,27	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	142,0	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	36	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,82	0,8-1,0
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	29	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	34,6	32,0-37,0
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	224,0	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	12,4	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	3	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	78	47-72
Эозинофилы, %	4,8	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	12,1	19-37
Моноциты, %	8	2-10

Показатель	Результат	Нормы
СОЭ, мм/ч	25	м. 2-10 ж. 2-15

### 3.2. Трехкратное микроскопическое исследование мазка мокроты на микобактерии туберкулеза

Исследование мокроты 3-хкратно по Цилю-Нильсену – обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)

### 3.3. Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Общий белок	66	65-85 г/л
Альбумин	28	32 - 48
Мочевина	5,5	2,5 - 6,4
Креатинин	92,0	53 - 115
Билирубин общий	12,3	3,0 - 17,0
Билирубин прямой	1,0	0,0 - 3,0
АЛТ	28,0	15,0 - 61,0
АСТ	21,0	15,0 - 37,0
Щелочная фосфатаза	78,0	50,0 - 136,0
Глюкоза	5,2	3,89 – 5,83

### 3.4. Общий анализ мокроты

Показатель	Результат	Нормы
Количество	50,0 мл	10-100 мл в сутки
Цвет	серый	бесцветная
Характер	слизисто-гнойная	слизистый
Реакция	щелочная	щелоч. или нейтрал. р-ция
Консистенция	вязкая	жидкая
Примеси	-	-
Эпителий плоский (п/зр)	10-15	-
Цилиндрический эпителий (п/зр)	единичные	-
Альвеолярные макрофаги (п/зр)	10-30	-
Лейкоциты (п/зр)	20-30	2-5 в п/зр
Эритроциты (п/зр)	6-10	-
Эозинофилы	0-1	-
Волокна эластические	-	-
Грибы	-	-
Прочая флора	кокковая флора ++	-
спирали Куршмана	-	-
кристаллы Шарко-Лейдена	-	-
коралловидные волокна	-	-

### 3.5. Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Нормы
Цвет мочи	соломенно-желтый	соломенно-желтый
Прозрачность	прозрачный	прозрачный
Плотность мочи	1015 г/л	1010-1022 г/л

Показатель	Результат	Нормы
Белок в моче	0,3	отсутствует, до 0,033 г/л
Глюкоза в моче	-	отсутствует, до 0,8 ммоль/л
Кетоновые тела	-	отсутствуют
Лейкоциты в моче	4-6	0-2 в п/зрения
Эритроциты в моче	0-2	0-1 п/ зрения
Эпителий в моче	2-6	до 10 клеток в поле зрения
Цилиндры в моче	-	единичные гиалиновые цилиндры
Соли в моче	-	отсутствуют
Бактерии в моче	-	отсутствуют

### 3.6. Бактериологическое исследование мокроты

Streptococcus альфа-гемолитический  $10^5$  (норма  $10^{5-10^6}$ ), результат получен на 4 день

**Вопрос №2** Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования в общей сети является:

1. обзорная рентгенография органов грудной клетки
2. компьютерная томография легких
3. фибробронхоскопия
4. эхокардиография

### 5. Результаты инструментального метода обследования

#### 5.1. Обзорная рентгенография органов грудной клетки



Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: в обоих легких выявляются разнокалиберные сливающиеся между собой очаги с нечеткими тяжистыми контурами. Корни легких неструктурны, кальцинаты в корнях. Тень сердца не смещена. Синусы прослеживаются.

**Заключение:** Рентгенологическая картина диссеминированного процесса в легких, с учетом анамнеза – туберкулезного генеза

#### 5.2. Компьютерная томография легких

Определяются двусторонние множественные очаговые изменения, по всем легочным полям, на фоне выраженных интерстициальных изменений легочной ткани. Очаги разной формы и размеров, без четких контуров, имеющих тенденцию к сливанию, образованию полостей деструкции. Лимфатические узлы средостения не увеличены. В правом корне кальцинаты. Жидкость в плевральных полостях не определяется.

#### 5.3. Фибробронхоскопия

В бронхоальвеолярном смыве определяются клеточные элементы, отмечается преобладание лимфоцитов, поражение бронхов специфического характера - обнаружены множественные туберкулезные бугорки на слизистой оболочке бронхов

#### **5.4. Эхокардиография**

Увеличение толщины стенки и объема правого желудочка.

**Вопрос №3** Результат пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л у пациента оценивают как \_\_\_\_\_ реакцию:

1. положительную
2. гиперергическую
3. парадоксальную
4. сомнительную

**Вопрос №4** Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациента, в первую очередь, предполагают:

1. диссеминированный туберкулез
2. острый гематогенно-диссеминированный туберкулез
3. саркоидоз легочно-медиастинальная форма
4. очаговую сливную пневмонию

**Вопрос №5** Рентгенологическим признаком затемнения легочной ткани является синдром:

1. диссеминации
2. субтотального затемнения
3. тотального затемнения
4. биполярного тенеобразования

**Вопрос №6** Данному больному выставлен диагноз:

1. Диссеминированный туберкулез легких, фаза инфильтрации и распада, МБТ {plus}, туберкулез гортани, бронхов
2. Диссеминированный туберкулез легких, фаза обсеменения и распада, МБТ {plus}, туберкулез гортани
3. Диссеминированный туберкулез легких, фаза рассасывания и распада, МБТ (-), плевральный выпот
4. Диссеминированный туберкулез легких, фаза обсеменения и уплотнения, МБТ {plus}, туберкулез бронхов

#### **10. Диагноз**

Диагноз:

**10.1. Диссеминированный туберкулез легких, фаза инфильтрации и распада, МБТ +, туберкулез гортани, бронхов**

**10.2. Диссеминированный туберкулез легких, фаза обсеменения и распада, МБТ +, туберкулез гортани**

**10.3. Диссеминированный туберкулез легких, фаза рассасывания и распада, МБТ (-), плевральный выпот**

**10.4. Диссеминированный туберкулез легких, фаза обсеменения и уплотнения, МБТ +, туберкулез бронхов**

**Вопрос №7** Осложнением основного заболевания у больного является:

1. туберкулез гортани и бронхов
2. туберкулез трахеи и бронхов
3. легочное кровотечение
4. плевральный выпот

**Вопрос №8** Наиболее информативным методом верификации диагноза при диссеминированном поражении легких является:

1. гистологическое исследование ткани легкого
2. микробиологическое исследование бронхиального содержимого
3. радионуклидное исследование легких
4. иммуногенетическое исследование крови

**Вопрос №9** При диссеминированном туберкулезе легких и отсутствии лекарственной устойчивости, целесообразно применять антибактериальные препараты:

1. первого ряда
2. третьего ряда
3. резервные



4. второго ряда

**Вопрос №10** Благоприятным исходом подострого диссеминированного туберкулеза легких является:

1. уплотнение и формирование фиброзных, фиброзно-очаговых изменений
2. формирование фиброзно-склеротических изменений и полное рассасывание
3. формирование фиброзно-склеротических изменений и кальцинация
4. уплотнение и кальцинация в легочной ткани

**Вопрос №11** Дифференциальную диагностику диссеминированного туберкулеза легких следует проводить с:

1. саркоидозом легких II стадии, карциноматозом легких
2. абсцедирующей пневмонией, гранулематозом Вегенера
3. лимфогранулематозом, туберкулемой легких
4. инфарктной пневмонией, центральным раком

**Вопрос №12** По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу \_\_\_\_\_ степени:

1. I
2. II
3. IV
4. III

**Эталон ответов:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

**№7**

## **1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

### **1.1. Ситуация**

Больной 41 год обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому.

### **1.2. Жалобы**

На повышение температуры до 38,2°C, слабость, небольшого кашля с небольшим количеством мокроты с прожилками крови, пониженный аппетит, похудание.

### **1.3. Анамнез заболевания**

Ухудшение в состоянии около 5 месяцев.

К врачам не обращался, не обследовался, не лечился.

При флюорографическом обследовании органов грудной клетки справа на уровне ключицы была выявлена небольших размеров тонкостенная кольцевидная полость с нечеткими наружными контурами.

В связи с подозрением на туберкулез, больной был направлен в противотуберкулезный диспансер.

### **1.4. Анамнез жизни**

- рос и развивался нормально
- в течение последних 5 лет находился в местах лишения свободы
- в анамнезе повторные пневмонии
- флюорографическое обследование органов грудной клетки не проходил последние 4 года
- вредные привычки: курит, ранее употреблял наркотики, употребляет алкоголь
- проживает с ребенком 7 лет в однокомнатной квартире друга

### **1.5. Объективный статус**

Состояние относительно удовлетворительное. Пациент пониженного питания, кожные покровы бледные, повышенной влажности.

Отставание при дыхании левой половины грудной клетки. ЧД – 22 в минуту.

При перкуссии грудной клетки – укорочение легочного звука в межлопаточном пространстве справа, в этой же зоне при аускультации – жесткое дыхание справа у ости лопатки и ниже ее угла, единичные влажные хрипы после покашливания.

Со стороны других органов патологии не обнаружено.

При проведении простой микроскопии мокроты обнаружены кислотоустойчивые микобактерии.

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 12 мм, диаскинтест – папула 8 мм.

**Вопрос №1** К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят:

1. общеклинический анализ крови

2. микроскопическое исследование мокроты на наличие кислотоустойчивых микобактерий
  3. биохимический анализ крови
  4. общий анализ мокроты
- Д: общий анализ мочи  
 Е: бактериологическое исследование мокроты

### 3. Результаты лабораторных методов обследования

#### 3.1. Общеклинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,27	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	132,0	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	36	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,82	0,8-1,0
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	29	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	34,6	32,0-37,0
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	180,0	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	12,4	4-9
<b>Лейкоцитарная формула</b>		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	3	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	61	47-72
Эозинофилы, %	2	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	18	19-37
Моноциты, %	12	2-10
СОЭ, мм/ч	26	м. 2-10 ж. 2-15

#### 3.2. Микроскопическое исследование мокроты на наличие кислотоустойчивых микобактерий

Исследование мокроты 3-хкратно по Цилю-Нильсену – обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)

#### 3.3. Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Общий белок	62	65-85 г/л
Альбумин	28	32 - 48
Мочевина	5,5	2,5 - 6,4
Креатинин	82,0	53 - 115
Билирубин общий	12,3	3,0 - 17,0
Билирубин прямой	1,0	0,0 - 3,0
АЛТ	48,0	15,0 - 61,0
АСТ	38,0	15,0 - 37,0
Щелочная фосфатаза	78,0	50,0 - 136,0
Глюкоза	5,2	3,89 – 5,83

#### 3.4. Общий анализ мокроты

Показатель	Результат	Нормы
Количество	50,0 мл	10-100 мл в сутки

Показатель	Результат	Нормы
Цвет	серый	бесцветная
Характер	слизисто-гнойная	слизистый
Реакция	щелочная	щелочная или нейтральная реакция
Консистенция	вязкая	мягкая
Примеси	-	-
Эпителий плоский (п/зр)	8-15	-
Цилиндрический эпителий (п/зр)	единичные	-
Альвеолярные макрофаги (п/зр)	10-15	
Лейкоциты (п/зр)	10-30	2-5 в п/зр
Эритроциты (п/зр)	10-20	-
Эозинофилы	0-1	-
Волокна эластические	обнаружены	-
Грибы	-	-
Прочая флора	кокковая флора +	-
спирали Куршмана	-	-
кристаллы Шарко-Лейдена	-	-
коралловидные волокна	-	-

### 3.5. Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Нормы
Цвет мочи	соломенно-желтый	соломенно-желтый
Прозрачность	прозрачный	прозрачный
Плотность мочи	1020 г/л	1010-1022 г/л
Белок в моче	-	отсутствует, до 0,033 г/л
Глюкоза в моче	-	отсутствует, до 0,8 ммоль/л
Кетоновые тела	-	отсутствуют
Лейкоциты в моче	1-2	0-2 в п/зрения
Эритроциты в моче	0-1	0-1 п/ зрения
Эпителий в моче	2-6	до 10 клеток в поле зрения
Цилиндры в моче	-	единичные гиалиновые цилиндры
Соли в моче	-	отсутствуют
Бактерии в моче	-	отсутствуют

### 3.6. Бактериологическое исследование мокроты

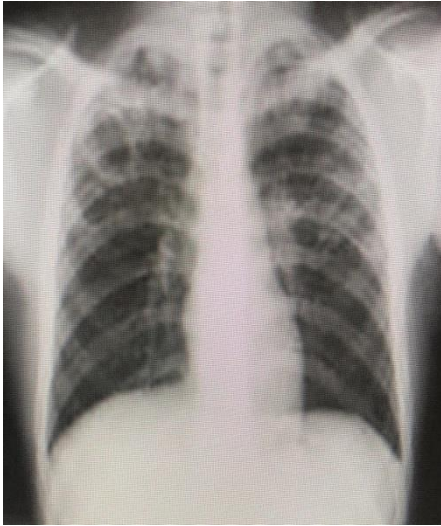
*Streptococcus pyogenes* (haemolyticus)  $10^6$  (норма  $10^5$ - $10^6$ ), результат получен на 4 день

**Вопрос №2** Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования в общей лечебной сети является:

1. обзорная рентгенография органов грудной клетки
2. компьютерная томография легких
3. исследование функции внешнего дыхания (спирометрия)
4. фибробронхоскопия

### 5. Результаты инструментального метода обследования

#### 5.1. Обзорная рентгенография органов грудной клетки



Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: справа в верхней доле (S2) определяется тонкостенное полостное образование размерами 3 x 2,5 см с четкими внутренними и нечеткими наружными контурами. В окружающей ткани единичные нечетко очерченные тени средней интенсивности. Тень правого корня подтянута вверх, уплотнена

## 5.2. Компьютерная томография легких



В верхней доле (S2) правого легкого полостное образование неправильной формы размерами 3 x 2,5 см с четкими внутренними и нечеткими наружными контурами. В окружающей ткани единичные нечетко очерченные тени средней интенсивности.

## 5.3. Исследование функции внешнего дыхания (спирометрия)

ЖЕЛ 92%, ОФВ1 90%, ОФВ1/ФЖЕЛ 84%

## 5.4. Фибробронхоскопия

В бронхоальвеолярном смыве определяются клеточные элементы, и отмечается преобладание лимфоцитов

**Вопрос №3** Реакцию кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у пациента оценивают как:

1. положительную
2. гиперергическую
3. парадоксальную
4. сомнительную

**Вопрос №4** Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациента, в первую очередь, предполагают:

1. кавернозный туберкулез
2. хронический абсцесс лёгкого
3. эхинококкоз легких
4. деструктивную пневмонию

**Вопрос №5** На основании полученных результатов обследования данного больного можно поставить диагноз:

1. Кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого (S2) в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ(+), кровохарканье
2. Кавернозный туберкулез S-2 сегмента правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ(+), кровохарканье
3. Кавернозный туберкулез S-2 сегмента правого легкого в фазе рассасывания и уплотнения, МБТ(+), плеврит справа
4. Кавернозный туберкулез S-2 сегмента правого легкого в фазе инфильтрации и распада, МБТ(-), кровохарканье

## 9. Диагноз

Диагноз:

**9.1. Кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого (S2) в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ(+), кровохарканье**

**9.2. Кавернозный туберкулез S-2 сегмента правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ(+), кровохарканье**

**9.3. Кавернозный туберкулез S-2 сегмента правого легкого в фазе рассасывания и уплотнения, МБТ(+), плеврит справа**

**9.4. Кавернозный туберкулез S-2 сегмента правого легкого в фазе инфильтрации и распада, МБТ(-), кровохарканье**

**Вопрос №6** Осложнением основного заболевания у больного является:

1. кровохарканье
2. плевральный выпот
3. легочное кровотечение
4. туберкулез бронхов

**Вопрос №7** По данным рентгенограммы органов грудной клетки, основным рентгенологическим признаком является синдром:

1. полости
2. очаговой тени
3. круглой тени
4. долевого затемнения

**Вопрос №8** При кавернозном туберкулезе легких бактериовыделение является:

1. скудным и непостоянным
2. массивным и постоянным
3. закономерно отсутствующим
4. массивным и непостоянным

**Вопрос №9** Впервые выявленный кавернозный туберкулез легких характеризуется :

1. отсутствием выраженных перикавитарных инфильтративных изменений
2. обилием полиморфных очагов в ткани, расположенной ниже каверны
3. грубым перикавитарным фиброзом и наличием секвестра в каверне
4. двухслойной стенкой каверны и обилием полиморфных очагов в ткани

**Вопрос №10** При кавернозном туберкулезе легких с сохраненной лекарственной чувствительностью целесообразно применять антибактериальные препараты:

1. первого ряда
2. третьего ряда
3. резервные препараты
4. второго ряда

**Вопрос №11** Дифференциальную диагностику кавернозного туберкулеза легких следует проводить с:

1. абсцессом легкого, полостной формой рака легкого, воздушной кистой
2. абсцедирующей пневмонией, осумкованным плевритом, буллой
3. параканкротозной пневмонией, гангреной легкого, аспергиллемой
4. гангреной легкого, эхинококкозом, кистой легкого

**Вопрос №12** По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу \_\_\_\_ степени:

1. I
2. II
3. III
4. IV

**Эталон ответов:**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

**№8****1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ****1.1. Ситуация**

Больная 39 лет обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому.

**1.2. Жалобы**

На повышение температуры до 39,2°C, слабость, утомляемость, боли в грудной клетке, кашель с выделением плевков гнойной мокроты, кровохарканье, выраженная потливость.

**1.3. Анамнез заболевания**

В течение последних 3-х недель отмечает ухудшение в состоянии, с появления вначале субфебрильной температуры до 37,2°C, небольшой болезненности в грудной клетке при дыхании, усиления кашля, недомогания, слабости, снижения аппетита.

**1.4. Анамнез жизни**

- росла и развивалась нормально
- в анамнезе контакт с больным туберкулезом мужем
- в течение последнего года, периодически отмечалось ухудшение в состоянии в виде повышения субфебрильной температуры, сухого кашля по утрам, слабости, снижение массы тела
- вредные привычки: злоупотребляет алкоголем, курит
- проживает с ребенком 6 лет в однокомнатной квартире

**1.5. Объективный статус**

Состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные, тургор снижен.

Больная пониженного питания, вес 55 кг, рост - 165 см. Грудная клетка правильной формы, при дыхании отстают правая половина, одышка в покое, ЧДД – 24 в минуту, акроцианоз.

При перкуссии грудной клетки - резко укорочен звук справа. При аускультации – в верхнем отделе правого легкого на фоне бронхиального дыхания выслушиваются сухие и влажные хрипы. ЧСС - 110 в минуту, акцент II тона над легочной артерией. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот втянут, печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений не отмечается.

При проведении простой микроскопии мокроты обнаружены кислотоустойчивые микобактерии. Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная, диаскинтест – отрицательный.

**Вопрос №1** К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят:

1. общеклинический анализ крови
2. микроскопическое исследование мокроты на наличие кислотоустойчивых микобактерий
3. биохимический анализ крови
4. общий анализ мокроты

Д: общий анализ мочи

Е: бактериологическое исследование мокроты

**3. Результаты лабораторных методов обследования****3.1. Общеклинический анализ крови**

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), * 10 <sup>12</sup> /л	4,27	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	115,0	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	34,0	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,82	0,8-1,0
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	29	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	34,6	32,0-37,0

Показатель	Результат	Нормы
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	180,0	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	20,4	4-9
<b>Лейкоцитарная формула</b>		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	18,0	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	48,0	47-72
Эозинофилы, %	5,0	1-5
Базофилы, %	0,0	0-1
Лимфоциты, %	5,0	19-37
Моноциты, %	12,0	2-10
СОЭ, мм/ч	55	м. 2-10 ж. 2-15

### 3.2. Микроскопическое исследование мокроты на наличие кислотоустойчивых микобактерий

Исследование мокроты 3-хкратно по Цилю-Нильсену – обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)

### 3.3. Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Общий белок	56	64-82 г/л
Альбумин	26	32 - 48
Мочевина	5,5	2,5 - 6,4
Креатинин	110	53 - 115
Билирубин общий	12,3	3,0 - 17,0
Билирубин прямой	1,0	0,0 - 3,0
АЛТ	48,0	15,0 - 61,0
АСТ	36,0	15,0 - 37,0
Щелочная фосфатаза	78,0	50,0 - 136,0
Глюкоза	5,2	3,89 – 5,83

### 3.4. Общий анализ мокроты

Показатель	Результат	Нормы
Количество	50,0 мл	10-100 мл в сутки
Цвет	серый	бесцветная
Характер	слизисто-гнойная	слизистый
Реакция	щелочная	щелочная или нейтральная реакция
Консистенция	вязкая	мягкая
Примеси	-	-
Эпителий плоский (п/зр)	8-15	-
Цилиндрический эпителий (п/зр)	единичные	-
Альвеолярные макрофаги (п/зр)	10-25	-
Лейкоциты (п/зр)	20-40	2-5 в п/зр
Эритроциты (п/зр)	10-20	-
Эозинофилы	0-1	-
Волокна эластические	обнаружены	-
Грибы	-	-
Прочая флора	кокковая флора +	-

Показатель	Результат	Нормы
спирали Куршмана	-	-
кристаллы Шарко-Лейдена	-	-
коралловидные волокна	-	-

### 3.5. Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Нормы
Цвет мочи	соломенно-желтый	соломенно-желтый
Прозрачность	прозрачный	прозрачный
Плотность мочи	1015 г/л	1010-1022 г/л
Белок в моче	0,3	отсутствует, до 0,033 г/л
Глюкоза в моче	-	отсутствует, до 0,8 ммоль/л
Кетоновые тела	-	отсутствуют
Лейкоциты в моче	2-4	0-2 в п/зрения
Эритроциты в моче	0-1	0-1 п/ зрения
Эпителий в моче	2-6	до 10 клеток в поле зрения
Цилиндры в моче	единичные	единичные гиалиновые цилиндры
Соли в моче	-	отсутствуют
Бактерии в моче	++	отсутствуют

### 3.6. Бактериологическое исследование мокроты

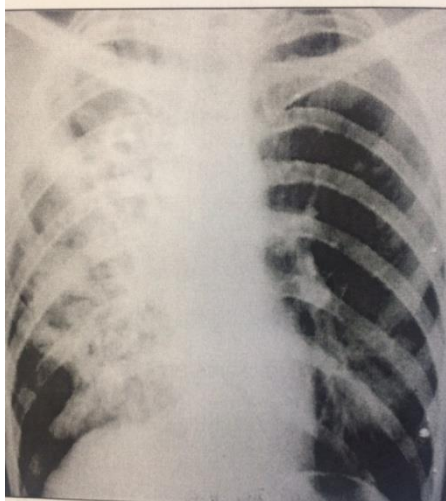
Streptococcus альфа-гемолитический  $10^8$  (норма  $10^5$ - $10^6$ ), результат получен на 4 день

**Вопрос №2** Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является:

1. обзорная рентгенография органов грудной клетки
2. компьютерная томография легких
3. электрокардиография
4. фибробронхоскопия

### 5. Результаты инструментального метода обследования

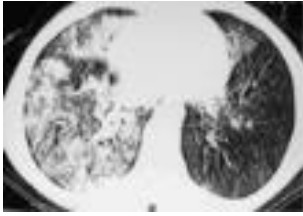
#### 5.1. Обзорная рентгенография органов грудной клетки



Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: определяется тотальное затемнение правого легочного поля в проекции 2,3,4,5 и 6 сегментов правого легкого, с множественными участками просветления, со смещением средостения в пораженную сторону, сужением межреберных промежутков и высоким стоянием купола диафрагмы справа. В язычковых сегментах нижней доле левого легкого – очаговые затемнения разных размеров слабой интенсивности.

#### 5.2. Компьютерная томография легких





Определяется субтотальное затемнение правого легочного поля в проекции 2,3,4,5 и 6 сегментов правого легкого, с множественными участками распада, смещение средостения в пораженную сторону, в язычковых сегментах нижней доле левого легкого – очаги обсеменения, слабой интенсивности.

### **5.3. Электрокардиография**

Ритм синусовый, с частотой 102 удара в минуту, электрическая ось расположена вертикально, гипертрофия правого предсердия и правого желудочка с явлением перегрузки и замедлением внутрижелудочковой проводимости

### **5.4. Фибробронхоскопия**

В бронхоальвеолярном смыве определяются клеточные элементы, и отмечается преобладание лимфоцитов

**Вопрос №3** Отрицательный результат диаскинтеста у данной больной является проявлением:

1. выраженного иммунодефицита
2. отсутствия инфицирования микобактерией туберкулеза
3. нарушения перевозки и хранения препарата
4. неактивной фазы туберкулезного процесса

**Вопрос №4** Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациентки, в первую очередь, предполагают:

1. казеозную пневмонию
2. крупозную пневмонию
3. инфильтративный туберкулез
4. эозинофильный легочный инфильтрат

**Вопрос №5** На основании полученных результатов обследования данной больной можно поставить диагноз:

1. Казеозная пневмония правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ {plus}, кровохарканье
2. Казеозная пневмония правого легкого в фазе рассасывания и уплотнения, МБТ {plus}, кровохарканье, кахексия
3. Инфильтративный туберкулез нижней долиправого легкого, фаза распада и обызвествления, МБТ {plus}, кровохарканье
4. Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого, фаза инфильтрации и распада, МБТ {plus}, экссудативный плеврит справа

### **9. Диагноз**

Диагноз:

**9.1. Казеозная пневмония правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ+, кровохарканье**

**9.2. Казеозная пневмония правого легкого в фазе рассасывания и уплотнения, МБТ+, кровохарканье, кахексия**

**9.3. Инфильтративный туберкулез нижней долиправого легкого, фаза распада и обызвествления, МБТ +, кровохарканье**

**9.4. Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого, фаза инфильтрации и распада, МБТ +, экссудативный плеврит справа**

**Вопрос №6** Осложнением основного заболевания у больной является:

1. кровохарканье
2. легочное кровотечение
3. плевральный выпот
4. туберкулез бронхов

**Вопрос №7** Клиническая картина казеозной пневмонии обычно характеризуется, как и в данном случае:

1. тяжелым, остро прогрессирующим течением
2. умеренно-выраженными клиническими признаками
3. волнообразным течением

4. рецидивирующим течением

**Вопрос №8** Аускультация при казеозной пневмонии характеризуется:

1. ослабленным бронхиальным дыханием и большим количеством звонких разнокалиберных влажных хрипов
2. ослабленным бронхиальным дыханием и наличием сухих и крупнопузырчатых хрипов, шум трения плевры
3. ослабленным везикулярным дыханием, сухими и крупнопузырчатыми хрипами, шум трения плевры
4. удлинённой фазой выдоха и наличием свистящих сухих хрипов

**Вопрос №9** При казеозной пневмонии с сохраненной лекарственной чувствительностью, целесообразно применять антибактериальные препараты:

1. первого ряда
2. резервные препараты
3. третьего ряда
4. второго ряда

**Вопрос №10** Основным морфологическим отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является:

1. выраженный казеозно-некротический компонент туберкулезного воспаления, отсутствие морфологических признаков отграничения казеозного некроза вследствие апоптоза клеток
2. большой объем поражения с преобладанием казеозного некроза на фоне обширных инфильтративных изменений с явлением деструкции легочной ткани в зоне поражения
3. резко выраженный экссудативный компонент воспаления с множественными казеозными очагами в пределах доли легкого
4. большой объем поражения и нет признаков отграничения казеозного некроза

**Вопрос №11** Дифференциальную диагностику казеозной пневмонии следует проводить с:

1. крупозной пневмонией
2. параканкротической пневмонией
3. гангреной легкого
4. абсцедирующей пневмонией

**Вопрос №12** По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу \_\_\_\_\_ степени:

1. I
2. II
3. III
4. IV

**Эталон ответов:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

**№9**

## **1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

### **1.1. Ситуация**

Больной 54 года, в настоящее время работает в горячем цеху металлургом, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому.

### **1.2. Жалобы**

На повышение температуры до 39,5°C, ночную потливость, резкую слабость, длительный сухой с небольшим количеством слизистой мокроты, иногда с прожилками крови, боль в грудной клетке, похудел за последние 6 месяцев на 8 кг.

### **1.3. Анамнез заболевания**

В течение последних 6 месяцев, отмечает ухудшение состояния с нарастанием вышеперечисленных симптомов

2 недели назад обратился к участковому врачу-терапевту, при обследовании в поликлинике была заподозрена пневмония, назначено лечение антибиотиками широкого спектра действия.

После 2 недель лечения отмечался незначительный клинический эффект: температура снизилась до субфебрильной, однако сохранялись слабость, кашель периодически с прожилками крови, болезненность в грудной клетке слева, выраженная потливость, снижение аппетита.

Рентгенологическая картина в легких оставалась после лечения без динамики.

Направлен на прием к фтизиатру в противотуберкулезный диспансер.

#### 1.4. Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, данные характера туберкулиновой чувствительности в школьные годы были положительными, однако курсы химиопрофилактики не проходил, выявлялась склонность к частым простудным заболеваниям.

Флюорографическое обследование органов грудной клетки проходил нерегулярно.

Перенесенные заболевания: частые простудные заболевания, хронический бронхит, язвенная болезнь желудка.

Вредные привычки: курит с 17 лет по 1 пачке сигарет в день, алкоголь - редко.

Проживает в 2х-комнатной квартире с супругой и дочерью 15 лет.

#### 1.5. Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 65 кг. Температура 37,2°C.

Кожные покровы бледные, повышенной влажности, мышечный и кожный тургор снижен.

Периферические лимфоузлы не увеличены, при пальпации безболезненные.

Грудная клетка астенического телосложения, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. ЧДД 17 в минуту.

При перкуссии грудной клетки – укорочение легочного звука в надключичном и межлопаточном пространствах слева.

При аускультации – дыхание жесткое, выслушиваются единичные сухие хрипы слева паравертебрально от верхушки до 4 грудного позвонка.

Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 88 ударов в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги.

При исследовании мокроты 3-хкратно по Цилю-Нильсену – обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ), исследование методом GeneXpert не установлена ЛУ к R.

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 10 мм, диаскинтест – папула 6 мм.

#### 1.6. Данные клинико-инструментальных методов исследования

Общеклинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	4,27	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	120,0	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT), %	36,0	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,82	0,8-1,0
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	29	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	34,6	32,0-37,0
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	224,0	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	8,7	4-9
<b>Лейкоцитарная формула</b>		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	59,0	47-72
Эозинофилы, %	1,0	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	12,0	19-37
Моноциты, %	12,0	2-10
СОЭ, мм/ч	25	м. 2-10 ж. 2-15

Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
------------	-----------	-------

Показатель	Результат	Нормы
Общий белок	60	64 - 82 г/л
Альбумин	28	32 - 48
Мочевина	5,5	2,5 - 6,4
Креатинин	102	53 - 115
Билирубин общий	12,3	3,0 - 17,0
Билирубин прямой	1,0	0,0 - 3,0
АЛТ	68,0	15,0 - 61,0
АСТ	42,0	15,0 - 37,0
Щелочная фосфатаза	98,0	50,0 - 136,0
Глюкоза	5,2	3,89 - 5,83

Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Нормы
Цвет мочи	соломенно-желтый	соломенно-желтый
Прозрачность	прозрачный	прозрачный
Плотность мочи	1020 г/л	1010-1022 г/л
Белок в моче	-	отсутствует, до 0,033 г/л
Глюкоза в моче	-	отсутствует, до 0,8 ммоль/л
Кетоновые тела	-	отсутствуют
Лейкоциты в моче	1-2	0-2 в п/зрения
Эритроциты в моче	0-1	0-1 п/ зрения
Эпителий в моче	2-8	до 10 клеток в поле зрения
Цилиндры в моче	-	единичные гиалиновые цилиндры
Соли в моче	+	отсутствуют
Бактерии в моче	+	отсутствуют

**Вопрос №1** Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются:

1. двукратное микроскопическое исследование мокроты методом Циля-Нильсена или люминесцентная микроскопия/LED микроскопия; посев на жидкие и плотные питательные среды
2. двукратное молекулярно-генетическое исследования на наличие маркеров ДНК МБТ и устойчивости к противотуберкулезным препаратам
3. диагностическая проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении
4. бактериологическое исследование мокроты

Д: общеклинический анализ мокроты

Е: посев крови на стерильность

**3. Результаты обследования**

**3.1. Двукратное микроскопическое исследование мокроты методом Циля-Нильсена или люминесцентная микроскопия/LED микроскопия; посев на жидкие и плотные питательные среды**

КУМ обнаружены (3+)

Посев на жидкой питательной среде – через три недели МБТ (+) обнаружены

Посев на плотной питательной среде – в работе

**3.2. Двукратное молекулярно-генетическое исследования на наличие маркеров ДНК МБТ и устойчивости к противотуберкулезным препаратам**

ДНК МБТ обнаружена

**3.3. Диагностическая проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении**

Папула 6 мм

**3.4. Бактериологическое исследование мокроты**

Роста микрофлоры не обнаружено

### 3.5. Общеклинический анализ мокроты

количество	скудная
цвет	белый
консистенция	вязкая
характер	слизисто-гнойная
примеси	отсутствуют
эпителий плоский (п/зр)	8-15
цилиндрический эпителий	единичные (п/зр)
альвеолярные макрофаги (п/зр)	10-30
лейкоциты	20-40 в поле зрения
эритроциты	4-6 в п.зр.
эозинофилы	0-1
атипичные клетки	не обнаружены
плоский эпителий	не обнаружен
альвеолярный эпителий	не обнаружен
волокна эластические	обнаружены
Спираль Куршмана	отсутствуют
Кристаллы Шарко-Лейдена	отсутствуют
Прочая флора	кокковая флора +++

### 3.6. Посев крови на стерильность

Роста не выявлено

**Вопрос №2** Обязательными инструментальными методами обследования при подозрении на туберкулез в условиях противотуберкулезного учреждения являются:

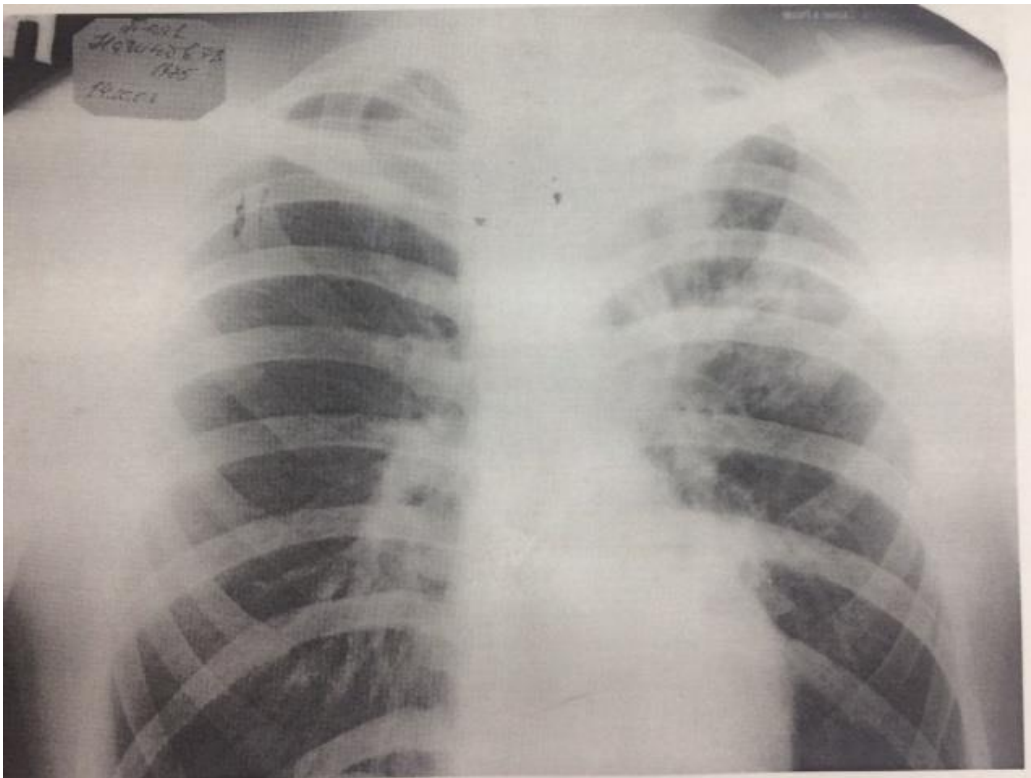
1. обзорная рентгенография органов грудной клетки
2. компьютерная томография органов грудной полости
3. исследование функции внешнего дыхания (спирометрия)
4. фибробронхоскопия

Д: электрокардиография

Е: трансбронхиальная катетербиопсия

### 5. Результаты инструментальных методов обследования

#### 5.1. Обзорная рентгенография органов грудной клетки



Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: слева в верхней доле определяется участок затемнения легочной ткани неправильной формы инфильтративного характера, неоднородной структуры, средней интенсивности с размытыми наружными контурами и участками просветления, видна «дорожка» к корню легкого.

В нижней доле левого легкого очаговые тени малой интенсивности. Тень левого корня подтянута вверх, уплотнена, содержит кальцинат

#### **5.2. Компьютерная томография органов грудной полости**

Определяется выраженная инфильтрация с распадом в S2 верхней доли левого легкого, отмечается симптом «воздушной бронхографии», лимфатические узлы средостения не увеличены. Жидкость в плевральных полостях не определяется.

#### **5.3. Исследование функции внешнего дыхания (спирометрия)**

ЖЕЛ 92%, ОФВ1 90%, ОФВ1/ФЖЕЛ 84%

#### **5.4. Фибробронхоскопия**

Обнаружены множественные туберкулезные бугорки на слизистой оболочке бронхов

#### **5.5. Электрокардиография**

Ритм синусовый, правильный. ЧСС 88 ударов в минуту. Вертикальное положение ЭОС.

#### **5.6. Трансбронхиальная катетербиопсия**

В биоптате – легочная ткань с элементами фиброза

**Вопрос №3** Результат кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у пациента оценивают как:

1. положительный
2. гиперергический
3. парадоксальный
4. сомнительный

**Вопрос №4** По данным клинико-рентгенологического обследования пациента, в первую очередь, необходимо предполагать:

1. инфильтративный туберкулез
2. полисегментарную пневмонию
3. кавернозный туберкулез
4. эозинофильную пневмонию

**Вопрос №5** Респираторная симптоматика, подозрительная на туберкулез органов дыхания, включает:

1. длительный сухой или с небольшим количеством слизистой мокроты кашель, кровохарканье, боль в грудной клетке

2. снижение массы тела при нормальном аппетите, кровохарканье, длительный субфебрилитет
3. общую немотивированную слабость, кашель с мокротой слизистого характера
4. ночную потливость, боль в грудной клетке, одышку при распространенных процессах

**Вопрос №6** Учитывая данные клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз:

1. Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого, фаза распада и обсеменения, МБТ {plus}, кровохарканье
2. Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого, фаза распада и обызвествления, МБТ {plus}, кровохарканье
3. Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого, фаза рассасывания и уплотнения, МБТ {plus}, кровохарканье
4. Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого, фаза инфильтрации и распада, МБТ {plus}, плеврит слева

**10. Диагноз**

Диагноз:

**10.1. Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого, фаза распада и обсеменения, МБТ +, кровохарканье**

**10.2. Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого, фаза распада и обызвествления, МБТ +, кровохарканье**

**10.3. Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого, фаза рассасывания и уплотнения, МБТ +, кровохарканье**

**10.4. Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого, фаза инфильтрации и распада, МБТ +, плеврит слева**

**Вопрос №7** Осложнением основного заболевания у больного является:

1. кровохарканье
2. легочное кровотечение
3. плевральный выпот
4. туберкулез бронхов

**Вопрос №8** Аускультация при инфильтративном туберкулезе легких долевого локализации характеризуется:

1. везикобронхиальным дыханием, могут выслушиваться немногочисленные мелкопузырчатые хрипы
2. ослабленным везикулярным дыханием, сухими и крупнопузырчатыми влажными хрипами
3. везикулярным дыханием, отсутствием хрипов
4. удлинённой фазой выдоха и наличием свистящих сухих хрипов

**Вопрос №9** Пациент госпитализирован в противотуберкулезный стационар, где ему назначен \_\_\_\_\_ режим химиотерапии:

1. I
2. II
3. III
4. IV

**Вопрос №10** Данный больной будет находиться на учете по \_\_\_\_\_ группе диспансерного наблюдения:

1. I
2. II А
3. III
4. II Б

**Вопрос №11** На втором месяце лечения получен результат теста на лекарственную чувствительность МБТ на плотных средах, где была выявлена устойчивость к HREKmCm. Необходима коррекция ХТ путем перевода больного на \_\_\_\_\_ режим:

1. IV
2. V
3. II
4. I

**Вопрос №12** Длительность лечения больного по IV режиму химиотерапии будет составлять не менее \_\_\_\_\_ месяцев:

1. 20

2. 24
3. 18
4. 12

**Эталон ответов:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1,2,3	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

**3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя зачет с оценкой.**

**Вопросы зачета (ОПК-5,ОПК-6,ПК-3,ПК-6,ПК-8,ПК-10):**

1. Задачи в области борьбы с туберкулезом на современном этапе.
2. Работа врача общелечебной сети по раннему выявлению туберкулеза.
3. Методы раннего выявления туберкулеза.
4. Состояния, подозрительные на туберкулез органов дыхания.
5. "Маски" туберкулеза органов дыхания и их значение в клинике.
6. Заболевания, повышающие риск развития туберкулеза.
7. Физиологические состояния, снижающие сопротивляемость организма к туберкулезу.
8. Признаки своевременного и несвоевременного выявления туберкулеза.
9. Причины несвоевременного выявления туберкулеза.
10. Морфологические признаки специфического туберкулезного воспаления.
11. Строение туберкулезного бугорка.
12. Типы туберкулезных микобактерий и их патогенность для человека.
13. Понятие о микобактериозах.
14. Эпидемиология туберкулеза, значение социальных корней и факторов эпидемиологии туберкулеза.
15. Пути внедрения туберкулезной инфекции в организм.
16. Природная устойчивость и приобретенный иммунитет при туберкулезе.
17. Особенности аллергии и иммунитета при туберкулезе.
18. Понятие о патоморфозе туберкулеза. Причины патоморфоза.
19. Современная клиническая классификация туберкулеза.
20. Особенности обследования больного туберкулезом легких.
21. Туберкулинодиагностика. Значение туберкулинодиагностики в диагностике первичного туберкулеза.
22. Противотуберкулезная вакцинация и ревакцинация.
23. Патогенез первичного туберкулеза.
24. Понятие о ранней и хронической туберкулезной интоксикации.
25. Первичный туберкулез: клинко-рентгенологические формы, диагностика, лечение, исходы, дифференциальная диагностика.
26. Осложненное течение первичного туберкулеза. Основные черты первичного туберкулеза.
27. Параспецифические реакции и их значение в клинике туберкулеза.
28. Диссеминированный туберкулез: патогенез, клинко-рентгенологические формы, дифференциальный диагноз.
29. Милиарный туберкулез: патогенез, клинко-рентгенологические формы, диф.диагноз, лечение, исходы.
30. Диссеминированный туберкулез легких: клинко- рентгенологические особенности, лечение, исходы. Причины несвоевременного выявления диссеминированного туберкулеза.
31. Очаговый туберкулез легких: патогенез, клинко-рентгенологические особенности, дифференциальный диагноз, лечение, исходы.
32. Инфильтративный туберкулез легких: патогенез, клинко-рентгенологические формы, дифференциальный диагноз, лечение, исходы.
33. Причины несвоевременного выявления инфильтративного туберкулеза. "Маски" инфильтративного туберкулеза.
34. Казеозная пневмония как остро прогрессирующая форма туберкулеза: клинко-рентгенологические особенности, исходы.
35. Туберкуломы легких: патогенез, клинко-рентгенологические формы, дифференциальный диагноз, лечебная тактика, исходы.
36. Кавернозный туберкулез легких: патогенез, клинко-рентгенологические особенности, дифференциальный диагноз, лечение, исходы.



37. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких: клинико-рентгенологические особенности, осложнения, течение, лечение, исходы.
38. Признаки каверны легких (перкуторные, аускультативные, рентгенологические и др.).
39. Цирротический туберкулез легких: клинико-рентгенологические особенности, лечение, исходы.
40. Легочное кровотечение и кровохарканье, неотложная помощь при них.
41. Спонтанный пневмоторакс и неотложная помощь при нем.
42. Туберкулезные плевриты: патогенез, классификация, особенности клинического течения, диагностика, лечение, исходы.
43. Туберкулезный менингит (патогенез, клиника, лечение, исходы).
44. Внелегочные формы туберкулеза.
45. Группы риска по внелегочному туберкулезу.
46. Принципы комплексного лечения больных туберкулезом.
47. Этиотропная терапия больных туберкулезом. Противотуберкулезные препараты, режимы химиотерапии.
48. Симптоматическая и общеукрепляющая терапия больных туберкулезом.
49. Патогенетическая терапия больных туберкулезом.
50. Особенности лечения больных туберкулезом при лекарственной устойчивости.
51. Побочные явления при противотуберкулезной терапии и пути их устранения.
52. Организация борьбы с туберкулезом.
53. Группировка диспансерных контингентов.
54. Критерии клинического излечения больных туберкулезом легких.
55. Оценка активности остаточных туберкулезных изменений.
56. Формы и методы диспансерной работы.
57. Роль флюорографического обследования в раннем выявлении туберкулеза.
58. Классификация очагов туберкулезной инфекции.
59. Санитарно-профилактические мероприятия в туберкулезном очаге.
60. Химиопрофилактика туберкулеза.
- 61.

**4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций**

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении студентами дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой *разделов (тем)* учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение студентами необходимыми компетенциями. Результат аттестации студентов на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций студентами.

#### 4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ОПК-5	способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	<b>Знать:</b> этиологию, патогенез, диагностику, клинические проявления, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний	Отсутствие знаний этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	Фрагментарные знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	Общие, но не структурированные знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	Сформированные систематические знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний
		<b>Уметь:</b> использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Отсутствие умений использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Частично освоенные умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Сформированное умение использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов

		<b>Владеть:</b> Методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков владения методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков владения методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки владения методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	Успешное и систематически применяемые навыки владения методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины
--	--	---	--	--	--	--	--

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ОПК-6	готовностью к ведению медицинской документации	<b>Знать:</b> Правила ведения медицинской документации на различных этапах оказания	Отсутствие знаний правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания	Фрагментарные знания правил ведения медицинской документации на различных этапах	Общие, но не структурированные знания правил ведения медицинской документации на	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания правил ведения	Сформированные систематические знания правил ведения медицинской документации на

		медицинской помощи	медицинской помощи	оказания медицинской помощи	различных этапах оказания медицинской помощи	медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	различных этапах оказания медицинской помощи
		<b>Уметь:</b> Грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями	Отсутствие умений грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями	Частично освоенные умения грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями	Сформированное умение грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями
		<b>Владеть:</b> Навыками заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение навыками заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Успешное и систематически применяемые навыки заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5

		освоения компетенций)					
ПК-3	способность и готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	<b>Знать:</b> учение об эпидемическом процессе; эпидемиологические аспекты номенклатуры и классификации болезней; эпидемиологические исследования (эпидемиологический метод); механизм развития и проявления эпидемического процесса при отдельных группах и нозологических формах инфекционных болезней; профилактические и противоэпидемические мероприятия и организация противоэпидемической работы; эпидемиология и профилактика наиболее распространенных инфекций в различных ситуациях, включая чрезвычайные;	Отсутствие знаний учения об эпидемическом процессе; эпидемиологических аспектов номенклатуры и классификации болезней; эпидемиологических исследований (эпидемиологический метод); механизмов развития и проявления эпидемического процесса при отдельных группах и нозологических формах инфекционных болезней; профилактических и противоэпидемических мероприятий и организации противоэпидемической работы; эпидемиологии и профилактики наиболее распространенных инфекций в различных ситуациях, включая	Фрагментарные знания учения об эпидемическом процессе; эпидемиологических аспектов номенклатуры и классификации болезней; эпидемиологических исследований (эпидемиологический метод); механизмов развития и проявления эпидемического процесса при отдельных группах и нозологических формах инфекционных болезней; профилактических и противоэпидемических мероприятий и организации противоэпидемической работы; эпидемиологии и профилактики наиболее распространенных инфекций в различных ситуациях, включая	Общие, но не структурированные знания учения об эпидемическом процессе; эпидемиологических аспектов номенклатуры и классификации болезней; эпидемиологических исследований (эпидемиологический метод); механизмов развития и проявления эпидемического процесса при отдельных группах и нозологических формах инфекционных болезней; профилактических и противоэпидемических мероприятий и организации противоэпидемической работы; эпидемиологии и профилактики наиболее распространенных инфекций в	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания учения об эпидемическом процессе; эпидемиологических аспектов номенклатуры и классификации болезней; эпидемиологических исследований (эпидемиологический метод); механизмов развития и проявления эпидемического процесса при отдельных группах и нозологических формах инфекционных болезней; профилактических и противоэпидемических мероприятий и организации противоэпидемической работы; эпидемиологии и профилактики наиболее распространенных	Сформированные систематические знания учения об эпидемическом процессе; эпидемиологических аспектов номенклатуры и классификации болезней; эпидемиологических исследований (эпидемиологический метод); механизмов развития и проявления эпидемического процесса при отдельных группах и нозологических формах инфекционных болезней; профилактических и противоэпидемических мероприятий и организации противоэпидемической работы; эпидемиологии и профилактики наиболее распространенных инфекций в различных

			чрезвычайные;	чрезвычайные;	различных ситуациях, включая чрезвычайные;	инфекций в различных ситуациях, включая чрезвычайные;	ситуациях, включая чрезвычайные;
		<p><b>Уметь:</b> использовать в повседневной деятельности инструктивно-методические документы, регламентирующие профилактическую и противоэпидемическую работу; владеть приемами эпидемиологической диагностики приоритетных нозоформ и использовать результаты диагностики в практической деятельности; проводить первичные профилактические и противоэпидемические мероприятия в очагах наиболее распространенных инфекционных заболеваний, включая чрезвычайные ситуации;</p>	<p>Отсутствие умений использовать в повседневной деятельности инструктивно-методические документы, регламентирующие профилактическую и противоэпидемическую работу; владеть приемами эпидемиологической диагностики приоритетных нозоформ и использовать результаты диагностики в практической деятельности; проводить первичные профилактические и противоэпидемические мероприятия в очагах наиболее распространенных инфекционных заболеваний, включая чрезвычайные ситуации;</p>	<p>Частично освоенные умения использовать в повседневной деятельности инструктивно-методические документы, регламентирующие профилактическую и противоэпидемическую работу; владеть приемами эпидемиологической диагностики приоритетных нозоформ и использовать результаты диагностики в практической деятельности; проводить первичные профилактические и противоэпидемические мероприятия в очагах наиболее распространенных инфекционных заболеваний, включая чрезвычайные</p>	<p>В целом успешно, но не систематически освоенные умения использовать в повседневной деятельности инструктивно-методические документы, регламентирующие профилактическую и противоэпидемическую работу; владеть приемами эпидемиологической диагностики приоритетных нозоформ и использовать результаты диагностики в практической деятельности; проводить первичные профилактические и противоэпидемические мероприятия в очагах наиболее распространенных инфекционных заболеваний,</p>	<p>В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения использовать в повседневной деятельности инструктивно-методические документы, регламентирующие профилактическую и противоэпидемическую работу; владеть приемами эпидемиологической диагностики приоритетных нозоформ и использовать результаты диагностики в практической деятельности; проводить первичные профилактические и противоэпидемические мероприятия в очагах наиболее распространенных инфекционных заболеваний,</p>	<p>Сформированное умение использовать в повседневной деятельности инструктивно-методические документы, регламентирующие профилактическую и противоэпидемическую работу; владеть приемами эпидемиологической диагностики приоритетных нозоформ и использовать результаты диагностики в практической деятельности; проводить первичные профилактические и противоэпидемические мероприятия в очагах наиболее распространенных инфекционных заболеваний, включая чрезвычайные</p>



ПК-6	<p>способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм</p> <p>соответствии с Международной статистической классификацией болезней и связанных со здоровьем X пересмотра</p>	<p><b>Знать:</b> Основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм. Принципы формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и связанных со здоровьем X пересмотра</p>	<p>Отсутствие знаний основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и связанных со здоровьем X пересмотра</p>	<p>Фрагментарные знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и связанных со здоровьем X пересмотра</p>	<p>Общие, но не структурированные знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и связанных со здоровьем X пересмотра</p>	<p>В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и связанных со здоровьем X пересмотра</p>	<p>Сформированные систематические знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и связанных со здоровьем X пересмотра</p>
		<p><b>Уметь:</b> применять Международную статистическую классификацию болезней и связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности</p>	<p>Отсутствие умений применять Международную статистическую классификацию болезней и связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности</p>	<p>Частично освоенные умения применять Международную статистическую классификацию болезней и связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности</p>	<p>В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения применять Международную статистическую классификацию болезней и связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессионально</p>	<p>В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения применять Международную статистическую классификацию болезней и связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессионально</p>	<p>Сформированное умение применять Международную статистическую классификацию болезней и связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности</p>



					й деятельности	й деятельности	
		<p><b>Владеть:</b>  навыками формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Отсутствие навыков формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Фрагментарное применение навыков формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но не систематически проявляемое владение навыками формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Успешное и систематически применяемые навыки формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины</p>

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5

ПК-8	способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическим и формами	<p><b>Знать:</b> Особенности течения и возможные осложнения при различной патологии</p>	Отсутствие знаний особенностей течения и возможных осложнений при различной патологии	Фрагментарные знания особенностей течения и возможных осложнений при различной патологии	Общие, но не структурированные знания особенностей течения и возможных осложнений при различной патологии	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания особенностей течения и возможных осложнений при различной патологии	Сформированные систематические знания особенностей течения и возможных осложнений при различной патологии
		<p><b>Уметь:</b> Исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов</p>	Отсутствие умений исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Частично освоенные умения исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	В целом успешно, но не систематически освоенные умения исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Сформированное умение исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов
		<p><b>Владеть:</b> Навыками составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины</p>	Отсутствие навыков составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение навыками составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	Успешное и систематически применяемые навыки составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ПК-10	готовностью к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	<b>Знать:</b> Алгоритмы диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Отсутствие знаний алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Фрагментарные знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Общие, но не структурированные знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания алгоритмов в диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Сформированные систематические знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний
		<b>Уметь:</b> Оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Отсутствие умений оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Частично освоенные умения оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Сформированное умение оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний
		<b>Владеть:</b> Навыками оказания медицинской помощи в полном	Отсутствие навыков оказания медицинской помощи в полном объеме при	Фрагментарное применение навыков оказания медицинской помощи в полном	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки	Успешное и систематически применяемые навыки оказания медицинской

		<p>объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>оказанием медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины</p>
--	--	---	--	---	---	--	---

## 4.2. Шкала и процедура оценивания

### 4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	текущий контроль промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, подготовка рефератов, подготовка презентаций, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни

### 4.2.2 Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

#### Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

#### Для стандартизированного тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

#### Для оценки реферата:

Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

### **Для оценки презентаций:**

Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

### **Для оценки решения ситуационной задачи:**

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

### **Для разбора тематического больного:**

**Отлично** – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

**Хорошо** – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

**Удовлетворительно** – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

**Неудовлетворительно** – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

### **Для курации больного:**

**Отлично**- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

**Хорошо** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

**Удовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

**Неудовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

**Для разбора истории болезни:**

Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

**4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации**

**Критерии оценки зачета с оценкой (в соответствии с п.4.1.):**

Оценка «отлично» выставляется, если при ответе на все вопросы билета студент демонстрирует полную сформированность заявленных компетенций отвечает грамотно, полно, используя знания основной и дополнительной литературы.

Оценка «хорошо» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует сформированность заявленных компетенций, грамотно отвечает в рамках обязательной литературы, возможны мелкие единичные неточности в толковании отдельных, не ключевых моментов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует частичную сформированность заявленных компетенций, нуждается в дополнительных вопросах, допускает ошибки в освещении принципиальных, ключевых вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета у студента отсутствуют признаки сформированности компетенций, не проявляются даже поверхностные знания по существу поставленного вопроса, плохо ориентируется в обязательной литературе.