

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра инфекционных болезней и фтизиатрии с курсом ДПО**

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой инфекционных болезней и
фтизиатрии с курсом ДПО

_____/Л.И.Ткаченко/

«_____» _____ 2026 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

Наименование дисциплины	Фтизиатрия
Направление подготовки	31.08.51 Фтизиатрия
Направленность (профиль)	Медицинская и организационно-управленческая деятельность врача-лечебника
Форма обучения	Очная

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
ПК-2	Способен к планированию, организации и проведению профилактических осмотров пациентов с целью своевременного выявления туберкулеза
ПК -5	Способен к постановке диагноза туберкулеза на основании диагностического исследования органов дыхания и других органов

1. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
ПК-2	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
ПК-1	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
Всего		100 заданий

2. Банк заданий по оценки уровня формирования компетенций

№ п/п	Наименование компетенций	Задание	Верный вариант								
1.	ПК-2	<p>Прочитайте текст и установите соответствие К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца.</p> <table border="1" data-bbox="502 1883 1214 2130"> <tbody> <tr> <td>А</td> <td>Основной метод профилактических осмотров на туберкулез у взрослых</td> <td>1</td> <td>Иммунологический</td> </tr> <tr> <td>Б</td> <td>Основной метод профилактических осмотров на</td> <td>2</td> <td>Флюорография</td> </tr> </tbody> </table>	А	Основной метод профилактических осмотров на туберкулез у взрослых	1	Иммунологический	Б	Основной метод профилактических осмотров на	2	Флюорография	<p>A4 B1 B2 Г3</p>
А	Основной метод профилактических осмотров на туберкулез у взрослых	1	Иммунологический								
Б	Основной метод профилактических осмотров на	2	Флюорография								

			туберкулез у детей			
		В	Вид рентгенологического исследования, применяемый у взрослых как скрининговый для своевременной диагностики туберкулеза органов дыхания	3	Проба Манту с 2 ТЕ	
		Г	Метод массовой иммунологической диагностики, применяемый у детей до 7 лет	4	Рентгенологический	
2.	ПК- 2	Категория		Вид и регламентированная кратность профилактического осмотра на туберкулез		А4 Б3 В2 Г2
		А	Сотрудники учреждений родовспоможения	1	Иммунологический 2 раза в год	
		Б	Подростки	2	Флюорография 1 раз в год	
		В	ВИЧ-инфицированные дети	3	Флюорография или ДСТ ежегодно	
		Г	Врачи-терапевты, хирурги, стоматологи	4	Флюорография 2 раза в год	
3.	ПК- 2	Категория пациентов		Регламентированная кратность профилактической флюорографии		А2 Б1 В1 Г2
		А	ВИЧ-инфицированные	1	Ежегодно	
		Б	С язвенной болезнью желудка и/или 12-перстной кишки			
		В	С сахарным диабетом	2	2 раза в год	
		Г	Получающие иммуносупрессивную терапию			
4.	ПК- 2	Категория пациентов		Вид и регламентированная кратность профилактического осмотра на туберкулез		А3 Б4 В1 Г2
		А	Дети до 7 лет, вакцинированные БЦЖ	1	Диаскинтест ежегодно	
		Б	Дети до 7 лет, не вакцинированные БЦЖ	2	Иммунологический тест 2 раза в год	
		В	Дети в возрасте 8-17 лет	3	Проба Манту с 2 ТЕ 1 раз в год	
		Г	Дети с сахарным диабетом	4	Проба Манту с 2 ТЕ 2 раза в год	

5.	ПК- 2	Категория пациентов		Вид фактора риска по заболеванию туберкулезом			
		А	Лица, контактные с больным туберкулезом с бактериовыделением	1	Социальный		
		Б	ВИЧ-инфицированные, больные с сахарным диабетом, хроническими воспалительными заболеваниями, язвенной болезнью, получающие иммуносупрессивную терапию	2	Биологический		A3 B4 B2 Г1
		В	Дети раннего и подросткового возраста	3	Эпидемиологический		
		Г	Мигранты, военнослужащие, пребывающие в социальных учреждениях, УФСИН, БОМЖ	4	Медицинский		
6.	ПК-2	Прочитайте текст и установите последовательность действий в рамках применения клинического метода диагностики туберкулеза				ВГАБ	
		<p>А. Уточнение истории жизни</p> <p>Б. Объективный осмотр</p> <p>В. Активный сбор и детализация жалоб</p> <p>Г. Уточнение истории заболевания</p>					
7.	ПК-2	Прочитайте текст и установите последовательность действий медицинского работника при подозрении им туберкулеза органов дыхания у взрослого пациента				ЖДЕЗ	
		<p>Д. Рентгенологическое обследование органов дыхания</p> <p>Е. Исследование мокроты на МБТ при наличии продуктивного кашля, ОАК, ОАМ</p> <p>Ж. Активный сбор и детализация жалоб, история заболевания, жизни, объективный осмотр</p> <p>З. Иммунологическая проба</p>					
8.	ПК-2	Прочитайте текст и установите последовательность применения рентгенологических методов в ходе диагностики туберкулеза органов дыхания				ЛКИМ	
		<p>И. Линейная томография</p> <p>К. Обзорная рентгенограмма органов грудной полости в прямой и боковой проекциях</p> <p>Л. Флюорография</p> <p>М. Компьютерная томография</p>					
9.	ПК-2	Прочитайте текст и установите последовательность действий участкового терапевта для полного и качественного проведения профилактических осмотров на туберкулез у взрослых				РПОН	
		Н. Проведение ФЛГ-обследования населения в соответствии с					

		<p>графиком</p> <p>О. Оповещение неработающего населения и руководителей учреждений, расположенных на территории участка, о плане-графике ФЛГ-осмотров</p> <p>П. Составление плана-графика профилактических ФЛГ-осмотров</p> <p>Р. Актуализация паспорта участка с выделением групп риска по заболеванию туберкулезом</p>	
10.	ПК-2	<p>Прочитайте текст и установите последовательность действий врачей-педиатров в рамках проведения массовой иммунологической диагностики</p> <p>С. Опрос и осмотр детей для выявления противопоказаний для проведения проб</p> <p>Т. Составление плана-графика профилактических иммунологических осмотров в организованных детских коллективах</p> <p>У. Оценка результатов иммунологических проб</p> <p>Ф. Проведение иммунологических проб</p>	ТСФУ
11.		<p>Продолжите предложение</p> <p>Основной метод своевременного выявления туберкулеза органов дыхания у взрослых - это _____</p>	Профилактическая флюорография
12.		Для своевременного выявления туберкулеза у детей применяется	Иммунологическая диагностика
13.	ПК-2	Детям до 7 лет в качестве метода профилактического осмотра на туберкулез проводится	Проба Манту с 2 ТЕ
14.		Детям от 8 до 17 лет в качестве метода профилактического осмотра на туберкулез проводится	Диаскинтест
15.		ВИЧ-инфицированные обследуются ежегодно на туберкулез	2 раза
16.	ПК-2	<p>Ответьте на заданные вопросы:</p> <p>Мужчина 55 лет обратился к участковому терапевту по поводу снижения массы тела. При обследовании выявлен повышенный уровень глюкозы крови. Выполнена профилактическая ФЛГ, выявлена патология, направлен на консультацию фтизиатра в краевой клинический противотуберкулезный диспансер.</p> <p>Жалобы на потерю 5 кг массы тела за 3 месяца, слабость, повышенную утомляемость, умеренный сухой кашель.</p> <p>Постоянный житель города, образование среднее, работает водителем-экспедитором ООО «Мясной маркет». Женат, живет в собственном благоустроенном доме с женой, взрослые дети живут отдельно. Туберкулезом ранее не болел, туберкулезный контакт не известен. Предыдущая ФЛГ год назад, норма. Из перенесенных заболеваний - ОРВИ, аппендэктомия в молодости. Алкоголем не злоупотребляет, курит всю взрослую жизнь по 1 пачке в день. Употребление ПАВ отрицает.</p> <p>Общее состояние удовлетворительное. Положение активное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, питание понижено: рост 165 см, масса тела 55 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной физиологической окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка цилиндрической формы, в акте дыхания участвует симметрично обеими половинами, ЧДД 19 в 1 мин. Перкуторно над легкими легочный звук, аускультативно дыхание</p>	<p>Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, МБТ? Соп.: СД 2 типа, в/в 1. По режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза до получения результатов посевов мокроты.</p> <p>3. Выраженную иммунодепрессию.</p> <p>4. Как человек, работающий с продуктами питания, он должен был проходить профилактическую ФЛГ не 1, а 2 раза в год.</p> <p>5. Да, эти заболевания отягощают течение друг друга.</p>

		<p>везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичны, приглушены. ЧСС 76 в 1 мин., АД 120/80 мм рт. ст. Органы брюшной полости без особенностей. Физиологические отправления в норме.</p> <p>В ОАК лейкоциты $7,36 \times 10^9/\text{л}$; эритроциты 4,49; гемоглобин 141 г/л; п/я – 2, нейтр. – 64, л – 26, м – 6, э – 1, б – 1, СОЭ 36 мм/ч.</p> <p>Диаскинтест отрицательный.</p> <p>В анализах мокроты МБТ методами световой и люминесцентной микроскопии, ПЦР не обнаружены. Анализы мокроты на МБТ методами посева на плотные и жидкие питательные среды в работе.</p> <p>На обзорной рентгенограмме органов грудной полости и тмг верхнего поля справа определяется: справа в S 1-2 участок уплотненной легочной ткани с просветами бронхов и деструкцией, субплевральнокальцинат. Рядом очаговые тени малых размеров слабой интенсивности. Слева легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких структурные. Латеральные синусы свободные. Органы средостения без особенностей.</p> <p>Пациент госпитализирован в противотуберкулезный стационар для лечения.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. По какому режиму пациенту должно быть назначено этиотропное лечение? 3. Что отражает отрицательный Диаскинтест у пациента? 4. Есть ли дефекты проведения профилактических осмотров у данного пациента? 5. Влияют ли сахарный диабет и туберкулез при коморбидной патологии друг на друга? 	
17.		<p>Женщина 52 лет страдает сахарным диабетом I типа в течение 30 лет, бронхиальной астмой. При плановом лечении в эндокринологическом отделении выявлены патологические изменения в S3 левого легкого. С предположением на С-г левого легкого направлена на консультацию онколога в онкологический диспансер. Дообследована, выполнена ФБС, диагноз С-г левого легкого не подтвержден, направлена на консультацию в противотуберкулезный диспансер.</p> <p>На момент госпитализации жалобы на боль в грудной клетке слева, влажный кашель с отхождением умеренного количества слизистой мокроты, потерю 8 кг массы тела за предшествующие 2 месяца. На обзорной рентгенограмме ОГП слева в S3 неомогенный фокус $2,4 \times 2,6$ см с неровными контурами, просветом дренирующего бронха, тяжестью к междолевой и костальной плевре. В прилежащей легочной ткани сближение легочного рисунка и понижение пневматизации. Справа в верхней доле очаговые тени.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост 155 см, вес 52,6 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены. Конституция нормостеническая, грудная клетка в акте дыхания участвует симметрично обеими половинами, ЧДД 20 в 1 минуту. Перкуторно над легкими легочный звук, аускультативно дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы выслушиваются в межлопаточной области. ЧСС 90 в 1 минуту, АД 105/75 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень + 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. С-м поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.</p> <p>Диаскинтест – папула 12 мм. В мокроте методом люминесцентной микроскопии выявлены МБТ.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Инфильтративный туберкулез S3 левого легкого в фазе распада и обсеменения в правое легкое, МБТ+. 2. Применение всех остальных методов этиологической диагностики: культуральный (посев материала на плотные и жидкие питательные среды с последующим определением лекарственной устойчивости МБТ), ПЦР. Томографическое рентгенологическое дообследование. Общеклинические анализы.

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие методы дообследования необходимы пациентке? 3. Как следует трактовать результат Диаскинтеста? 4. Какие факторы риска по заболеванию туберкулезом есть у пациентки? 5. Каковы особенности лечения выявленного заболевания у данной пациентки? 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Выраженный положительный. 4. Сахарный диабет. Бронхиальная астма. 5. Ввиду взаимного негативного влияния сахарного диабета и туберкулеза на клиническое течение, скорее всего, будет необходима коррекция гипогликемической терапии.
18.		<p>Женщина 32 лет прошла профилактическую ФЛГ при устройстве на работу, выявлена патология. В рамках дообследования сделана обзорная рентгенограмма органов грудной полости: в верхних отделах обеих легких определяются участки ограниченного затемнения малой интенсивности без четких контуров.</p> <p>Жалобы не предъявляет.</p> <p>Тубконтакт с братом мужа, который полгода назад приезжал и жил в семье около месяца, кашлял, у него был выявлен туберкулез с бактериовыделением, сейчас лечится в противотуберкулезном стационаре, клиническую форму туберкулеза у него пациентка не знает. О том, что жил в семье брата около месяца, больной фтизиатрам не сообщил.</p> <p>Живет в частично благоустроенном собственном доме с мужем и двумя детьми школьного возраста. Курит, алкоголь употребляет умеренно, со слов. Из заболеваний - хронический бронхит.</p> <p>Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Нормостенического телосложения. Питание умеренно снижено: рост 166 см, масса тела 53 кг. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими легочный звук, аускультативно дыхание везикулярное, при форсированном дыхании после покашливания в межлопаточных областях выслушиваются немногочисленные сухие и влажные хрипы. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. ЧСС 78 в 1 мин., АД 120/80 мм рт. ст. Органы брюшной полости без особенностей. Физиологические отправления в норме.</p> <p>В ОАК лейкоциты $10,2 \times 10^9/\text{л}$; гемоглобин 120 г/л, п/я – 0, л – 30, э – 1, с/я – 55, б – 1, м – 13. СОЭ – 17 мм/ч.</p> <p>Диаскинтест – папула 15 мм.</p> <p>Пациентка с подозрением на туберкулез направлена на консультацию фтизиатра.</p> <p>На линейной двухсторонней томограмме в верхних отделах легких на фоне инфильтрации легочной ткани определяются кольцевидные тени с нечеткими внутренними и наружными контурами овальной формы.</p> <p>В анализе мокроты методом световой микроскопии МБТ не обнаружены, методом люминесцентной микроскопии КУБ обнаружены (1+), ПЦР – ДНК МБТ обнаружена, мутаций не обнаружено. Посев на плотные среды, ВАСТЕК в работе.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Наметьте план лечения. 3. Есть ли «упущенные» диагностические возможности в 	<p>Инфильтративный туберкулез верхних долей легких в фазе распада и обсеменения, МБТ+ ЛУ-.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Длительное комплексное лечение в круглосуточном стационаре по лекарственно-чувствительному режиму, если не будет дальнейшими методами выявлена ЛУ. Цель – рассасывание инфильтрации легочной ткани, закрытие полостей распада, прекращение бактериовыделения. Если консервативно не будут закрыты полости распада – консультация фтизиохирурга. 2. Недостоверная информация об истории жизни брата мужа пациентки привела к тому, что члены семьи брата не были взяты на диспансерный учет как контактные с

		<p>случае диагностики данного заболевания?</p> <p>4. Как они повлияли на форму выявленного заболевания?</p> <p>5. Что должно быть сделано в отношении мужа и детей пациентки?</p>	<p>бактериовыделителем, не были обследованы, не получили химиопрофилактики и противотуберкулезными препаратами. Очаговые туберкулезные изменения в легочной ткани прогрессировали до инфильтрата с распадом легочной ткани, сформировался пневмофиброз.</p> <p>3. У пациентки развился двусторонний инфильтративный туберкулез легких с распадом легочной ткани и выявлением МБТ.</p> <p>4. Они должны быть взяты на диспансерный учет фтизиатрами (взрослым и детским) как находящиеся в контакте с бактериовыделителем с последующим обследованием и лечением в зависимости от результатов обследования.</p>
19.		<p>Женщина 29 лет обследована как контактная: у мужа выявлен инфильтративный туберкулез в фазе распада. На ФЛГ, а затем обзорной рентгенограмме органов грудной полости рентгенологом описано ограниченное затемнение в первом межреберье справа размером примерно 20×18 мм, средней интенсивности, с четкими контурами.</p> <p>Жалоб не предъявляет. Работает продавцом в отделе канцелярских товаров. Из заболеваний нечастые простудные. Предыдущая ФЛГ примерно 2 года назад.</p> <p>Общее состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. При объективном осмотре по органам и системам без патологических изменений. ЧДД 16 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. ОАК, ОАМ – норма. В анализах мокроты МБТ не обнаружены. Диаскинтест – папула 8 мм.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз. 2. Назначьте лечение. 3. Определите прогноз заболевания. 4. Перечислите заболевания, с которыми в данном случае необходимо провести дифференциальную</p>	<p>1. Туберкулома S1-2 правого легкого, МБТ -.</p> <p>2. Лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза. Консультация фтизиохирурга.</p> <p>3. Благоприятный. Оперативное лечение в связи с малыми размерами, вероятнее всего, нецелесообразно.</p> <p>4. Опухоль правого легкого. Заполненная</p>

		<p>диагностику.</p> <p>5. Определите принципы диспансерного наблюдения пациентки.</p>	<p>киста правого легкого.</p> <p>5. Наблюдение фтизиатра, обследование после завершения основного курса лечения. В последующем передача под наблюдение участковому терапевту.</p>
20.		<p>У мужчины 44 лет после переохлаждения появились жалобы на насморк, повышение температуры тела до 38 °С, общую слабость. Обратился за медицинской помощью в поликлинику к терапевту. Был предположен диагноз ОРВИ, назначено лечение противовирусными препаратами и симптоматическое дезинтоксикационное с хорошим результатом. Также пациент был направлен терапевтом на обзорную рентгенографию органов грудной полости, в верхних отделах левого легкого выявлена патология: в проекции пересечения переднего отрезка 1 ребра и ключицы ограниченное затемнение высокой интенсивности, однородное, с четкими контурами, размером примерно 18 на 18 мм. Пациент был направлен на консультацию фтизиатра.</p> <p>Постоянный житель края, высшее образование, женат, живет с женой и двумя детьми в благоустроенной 3-комнатной квартире. Работает автослесарем. Из заболеваний нечастые простудные, остеохондроз, артроз правого коленного сустава. ФЛГ не обследовался много лет. Не исключает туберкулезный контакт с родственником лет 10-11 назад. Не курит, алкоголь употребляет редко, умеренно.</p> <p>Общее состояние удовлетворительное. Высокого роста, удовлетворительного питания, нормостенического телосложения. При объективном осмотре по органам и системам без патологических изменений. ЧДД 16 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. ОАК, ОАМ – норма. В анализах мокроты МБТ не обнаружены. Диаскинтест – папула 8 мм.</p> <p>6. Сформулируйте диагноз.</p> <p>7. Назначьте лечение.</p> <p>8. Определите прогноз заболевания.</p> <p>9. Перечислите заболевания, с которыми в данном случае необходимо провести дифференциальную диагностику.</p> <p>10. Определите принципы диспансерного наблюдения пациента.</p>	<p>1. Туберкулома S1-2 левого легкого, МБТ -.</p> <p>2. Лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза. Консультация фтизиохирурга.</p> <p>3. Благоприятный. Оперативное лечение в связи с малыми размерами, вероятнее всего, нецелесообразно.</p> <p>4. Опухоль левого легкого. Заполненная киста левого легкого.</p> <p>5. Наблюдение фтизиатра, обследование после завершения основного курса лечения. В последующем передача под наблюдение участковому терапевту.</p>
		Прочитайте текст и выберите правильный ответ	
21.		<p>Туберкулезу органов дыхания более свойственно</p> <p>1) острое начало заболевания</p> <p>2) подострое начало заболевания</p> <p>3) бессимптомное начало заболевания</p>	
22.		<p>. Обычно протекает инاپероцептно и выявляется только при массовой флюорографии населения</p> <p>1) туберкулема легких</p> <p>2) инфильтративная форма туберкулеза легких</p> <p>3) цирротическая форма туберкулеза легких</p>	2
23.		<p>Основными объектами исследования на микобактерии туберкулеза служат все перечисленные, кроме</p>	

		<ol style="list-style-type: none"> 1) мокроты 2) промывных вод бронхов 3) пунктата из закрытых полостей 4) мочи 5) крови 	1
24.	ПК-2	<p>Иммунологическая диагностика подразделяется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на массовую 2) на индивидуальную 3) на перечисленные выше 	5
25.	ПК-2	<p>К социальным факторам, благоприятствующим распространению туберкулеза, относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) неблагоприятные жилищно-бытовые условия 2) материальная необеспеченность 3) низкий интеллектуальный уровень 4) беспорядочный образ жизни 5) все перечисленное 	3
26.	ПК-2	<p>Один нелеченный бацилярный больной туберкулезом за год заражает (инфицирует)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) около 20 человек 2) около 10 человек 3) около 3-5 человек 	5
27.	ПК-2	<p>Наибольшую опасность для окружающих представляет</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) больной с инфильтративным туберкулезом без распада, МБТ+ в мокроте определяется методом бактериокопии 2) больной с инфильтративным туберкулезом в фазе распада, МБТ+ в мокроте определяется методом посева 3) больной с фиброзно-кавернозным туберкулезом, МБТ+ в мокроте выявляется только методом посева 	2
28.	ПК-2	<p>Основным методом выявления туберкулеза у детей является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) массовая иммунологическая диагностика 2) флюорография 3) обследование на туберкулез групп риска 4) обследование на туберкулез лиц, обратившихся к фтизиатру 	1
29.	ПК-2	<p>Массовую иммунологическую диагностику у невакцинированных детей следует проводить</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 1 раз в 6 месяцев 2) 1 раз в 1 год 3) 4 раза в 1 год 4) 1 раз в два года 	1
30.	ПК-2	<p>К основным группам детей, подверженных риску заразиться туберкулезом, относятся все перечисленные, кроме</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) невакцинированных БЦЖ 2) недоношенных, часто и длительно болеющих детей 3) живущих в очагах туберкулезной инфекции 4) не имеющих поствакцинального знака 5) перенесших туберкулез 	1
31.	ПК-2	<p>Проведение массовой иммунологической диагностики осуществляется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) общей педиатрической сетью 2) противотуберкулезным диспансером 3) противотуберкулезным стационаром 4) санэпидемиологической службой 	5
32.	ПК-2	<p>Противотуберкулезная вакцинация и ревакцинация БЦЖ - это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) неспецифическая профилактика туберкулеза 2) специфическая профилактика туберкулеза 3) мероприятия, которые иногда предупреждают туберкулез 	1
33.	ПК-2	<p>Препарат, которым проводится вакцинация и ревакцинация БЦЖ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) очищенный туберкулин ППД-Л 2) альтуберкулин Коха 3) вакцина БЦЖ 4) стандартный туберкулин 	2
34.	ПК-2	<p>Вакцина БЦЖ - это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) живые МБТ 2) убитые МБТ 3) живые, но ослабленные микобактерии вакцинного штамма 	3
35.	ПК-2	<p>Вакцина БЦЖ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) должна обладать иммуногенностью 	

		2) должна быть стабильна при хранении 3) должна быть авирулентной 4) соответствовать всем перечисленным требованиям	3
36.	ПК-2	Заболееваемость туберкулезом - это 1) число больных туберкулезом в пересчете на 1000 жителей 2) число больных туберкулезом в пересчете на 10 000 жителей 3) процент больных, исчисленный к населению данной местности 4) число больных туберкулезом, выявленных в данном году 5) число вновь выявленных больных туберкулезом в пересчете на 100 000 населения	4
37.	ПК-2	Бактериовыделитель - это 1) больной активным туберкулезом, у которого микобактерии туберкулеза были обнаружены хотя бы один раз любым методом 2) больной, выделявший микобактерии туберкулеза не менее 2 раз 3) больной туберкулезом, выделяющий микобактерии всеми лабораторными методами исследования 4) все перечисленные варианты	5
38.	ПК-2	Выделяют следующие типы микобактерий туберкулеза, кроме 1) бычьего типа 2) птичьего типа 3) человеческого типа 4) атипичных	4
39.	ПК-2	Наибольшую роль в эпидемиологии и клинике туберкулеза человека играют 1) микобактерии птичьего типа 2) микобактерии человеческого типа 3) атипичные микобактерии 4) микобактерии бычьего типа	4
40.	ПК-2	Микобактерия туберкулеза может трансформироваться в 1) риккетсии 2) вирусы 3) L-формы и фильтрующиеся вирусоподобные формы 4) кокки	2
41.	ПК-2	Возможны следующие пути проникновения возбудителя в организм человека 1) аэрогенный 2) алиментарный 3) трансплацентарный 4) контактный 5) все перечисленные	3
42.	ПК-2	В клинической практике чаще всего наблюдается 1) аэрогенный путь заражения 2) алиментарный путь заражения 3) трансплацентарный путь заражения 4) контактный путь заражения	5
43.	ПК-2	Вне зависимости от путей проникновения туберкулезной инфекции в организм чаще поражаются туберкулезом 1) органы дыхания 2) желудочно-кишечный тракт 3) мочевыделительные органы 4) кроветворение 5) опорно-двигательный аппарат	1
44.	ПК-2	При защите организма человека от туберкулезной инфекции преобладают 1) гуморальный фактор иммунитета 2) клеточный фактор иммунитета 3) клеточно-гуморальный фактор иммунитета	1
45.	ПК-2	В состав первичного комплекса входят 1) легочный очаг и туберкулез регионарных лимфатических узлов 2) легочный очаг, специфический лимфангит и туберкулез регионарных лимфатических узлов 3) специфический эндобронхит, легочный очаг и туберкулез регионарных лимфатических узлов	2
46.	ПК-2	Вторичные формы туберкулеза - это 1) туберкулез у лиц среднего и пожилого возраста 2) легочная локализация туберкулеза 3) заболевание, возникшее через некоторое время после	2

		инфицирования, чаще вследствие эндогенной реактивации незаживших очагов первичного инфицирования и характеризующееся преимущественно органным поражением	
47.	ПК-2	Основная защита альвеолы от повреждающих ее агентов осуществляется 1) удалением их с фазами дыхательных движений 2) удалением ресничками мерцательного эпителия 3) фагоцитозом нейтрофилами 4) фагоцитозом альвеолярными макрофагами	3
48.	ПК-2	Противотуберкулезный иммунитет определяется следующими перечисленными факторами, кроме 1) фагоцитоза 2) повышенной чувствительности замедленного типа (ПЧЗТ) 3) антителообразования 4) иммунологической памяти 5) особенностей микобактерий туберкулеза	4
49.	ПК-2	Начальными проявлениями острого гематогенно-диссеминированного (милиарного) туберкулеза легких является все перечисленное ниже, кроме 1) нарастающей до высоких цифр температуры 2) незначительного, обычно сухого кашля 3) сильного кашля со скудной мокротой 4) появления одышки и тахикардии	5
50.	ПК-2	Размер очагов в легких при остром милиарном туберкулезе 1) мелкий 2) средний 3) крупный 4) разный	3

№ п/п	Наименование компетенций	Задание				Верный вариант
		Прочитайте текст и установите соответствие к каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца				
1	ПК-5	1	Туберкулома	А	Острое течение	1-Б 2-Г 3-А 4-В
		2	Инфильтративный туберкулез с распадом в виде лобита	Б	Бессимптомное течение	
		3	Милиарный туберкулез	В	Хроническое течение	
		4	Фиброзно-кавернозный туберкулез	Г	Подострое течение	
2	ПК-5	1	Уколочный след	А	Положительный ДСТ	1-Г 2-В 3-А 4-Б
		2	Гиперемия	Б	Гиперергический ДСТ	
		3	Папула 9 мм	В	Сомнительный ДСТ	
		4	Папула 15 мм	Г	Отрицательный ДСТ	
3	ПК-5	1	Единичные очаговые тени размером не более 12 мм в пределах 1-2 сегментов	А	Инфильтративный туберкулез с распадом	1-В 2-А 3-Б

	2	Ограниченное затемнение в S 1-2 с просветлением, малой интенсивности	Б	Туберкулома	
	3	Ограниченное затемнение средней интенсивности в S 6 с четкими контурами	В	Очаговый туберкулез	
4	1	Распространенное затемнение в нижнем отделе гемиторакса, однородное, средней интенсивности, с параболической формы верхней границей	А	Казеозная пневмония	1-В 2-Г 3-Б 4-А
	2	Единичная кольцевидная тень в легком с четкими внутренними и наружными контурами, без воспалительных и фиброзных изменений в окружающей легочной ткани	Б	Хронический диссеминированный туберкулез легких	
	3	Полиморфная диссеминация в обоих легких, двухсторонние кольцевидные тени с четкими контурами, корни легких подтянуты кверху	В	Экссудативный плеврит	
	4	Интенсивное распространное затемнение верхней доли с множественными кольцевидными тенями и четкой нижней границей	Г	Кавернозный туберкулез	
5					1-Г 2-А 3-Б 4-В
	1	Сбор жалоб, истории заболевания и жизни, объективный осмотр	А	Рентгенологические методы	
	2	Обзорная R-грамма ОГП, линейные томограммы, компьютерная томография	Б	Общелабораторные методы	
	3	ОАК, ОАМ,	В	Микробиологические	

		биохимический АК	методы	
		4 Бактериоскопия, посев, ПЦР	Г Клинические методы диагностики	
		Прочитайте текст и установите последовательность		
1	ПК-5	Укажите этапы возникновения методов иммунологической диагностики туберкулеза в хронологической последовательности: А. Диаскинтест Б. Проба Пирке В. Проба Манту с 2 ТЕ	Б,В,А	
2		Укажите последовательность внедрения противотуберкулезных препаратов в хронологической последовательности: А. Перхлорон Б. Изониазид В. Стрептомицин Г. Фторхинолоны	В,Б,Г,А	
3		Укажите фазы течения первичного туберкулезного комплекса в хронологической последовательности: А. Фаза рассасывания (биполярности) Б. Фаза кальцинации В. Пневмоническая фаза	В,А,Б	
4		Укажите этапы развития костно-суставного туберкулеза в хронологической последовательности: А. Разрушение сустава, облитерация его полости, формирование анкилоза с утратой функции Б. Первичный остит В. Распространение туберкулезного процесса из эпифиза или метафиза на сустав Г. Выраженный туберкулезный артрит	Б,В,Г,А	
5		Укажите этапы развития активного туберкулезного процесса в хронологической последовательности: А. Распад ткани с формированием деструкции (каверны) Б. Формирование инфильтрата В. Развитие очага туберкулезного воспаления Г. Формирование специфической гранулемы	Г,В,Б,А	
		Продолжите предложение		
1	ПК-5	Бактериовыделитель – это.....	Человек, больной активным туберкулезом с выделением микобактерий туберкулеза (МБТ) во внешнюю среду	
2		Первичный туберкулез – это.....	Туберкулез, развившийся у человека в результате первичного инфицирования его МБТ (после первого контакта)	
3		Вторичный туберкулез - ...	Туберкулез, развившийся у человека, инфицированного МБТ	
4		Монорезистентность – это.....	Устойчивость МБТ к 1 противотуберкулезному препарату	
5		МЛУ – это....	Множественная лекарственная устойчивость (наличие устойчивости МБТ как минимум к изониазиду и рифампицину)	
		Дайте ответы на заданные вопросы		
1	ПК-5	Мужчина 42 лет состоит на диспансерном учете у фтизиатра в течение 3-х лет по поводу	1. Туберкулома верхней	

		<p>диссеминированного туберкулеза легких в фазе инфильтрации и распада, МБТ+ ЛУ-. ВИЧ - инфицирован. Основной курс лечения проводился в течение 10 месяцев с неоднократными перерывами по инициативе больного, достигнута положительная клиничко-рентгенологическая динамика, прекращение бактериовыделения. Через 7 месяцев диагностировано обострение туберкулеза. Назначен повторный курс лечения с использованием резервных противотуберкулезных препаратов HRPtoAm. Рентгенологически справа в верхней доле ограниченное однородное затемнение средней интенсивности с четкими контурами. В верхних долях обоих легких пневмофиброз и единичные мелкие очаговые тени средней и высокой интенсивности.</p> <p>ОАК без патологических изменений. ДСТ – папула 8 мм.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие методы дообследования необходимо назначить пациенту? 3. Какое лечение необходимо применить в данном случае? 4. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику основного заболевания? 5. Прогноз лечения туберкулеза у этого пациента. 	<p>доли правого легкого, МБТ? Соп.: В20.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Исследование мокроты и промывных вод бронхов всеми методами с целью обнаружения МБТ (бактериологический, микроскопический, ПЦР). 3. Кроме консервативной противотуберкулезной терапии с учетом чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам, хирургическое лечение. АРВТ. 4. Периферический рак. Доброкачественная опухоль. Заполненная киста правого легкого. 5. Относительно благоприятный при условии соблюдения пациентом всех рекомендаций по лечению туберкулеза и В20.
2		<p>Мужчина 35 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до субфебрильных цифр, резкую слабость, сухой кашель, одышку, ознобы, боль в горле.</p> <p>Из анамнеза известно, что после возвращения домой после отпуска, проведенного на море в июле месяце, в течение последнего месяца отмечает ухудшение состояния в виде появления вышеперечисленных жалоб. 2 недели назад обратился к врачу-оториноларингологу по поводу болей в горле, которые прогрессивно нарастали. При осмотре: инфильтративно-язвенные изменения слизистой надгортанника, выполнена биопсия, в материале эпителиоидно-клеточные гранулемы с гигантскими многоядерными клетками по типу Пирогова-Лангханса и казеозным некрозом. Направлен на рентгенологическое исследование органов грудной полости, где выявлены изменения: 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. Направлен на консультацию к фтизиатру.</p> <p>Из анамнеза жизни известно, что в детстве имел контакт с больной туберкулезом родственницей.</p> <p>Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост 180 см, вес 62 кг. Температура тела 37,2°С. Кожа чистая, влажная, обычной окраски, грудная клетка астенического телосложения, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. ЧДД – 22 в минуту. Перкуторно: укорочение перкуторного звука в</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Подострый диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада, МБТ(+). Туберкулез гортани. Диагноз поставлен на основании клиничко-рентгенологического, бактериоскопического методов обследования, результатов биопсии гортани. 2. ПЦР и бактериологическое исследование мокроты, линейная послойная томография легких, общеклинические анализы. 3. Резко выраженную иммунологическую недостаточность. 4. Лекарственно-чувствительный режим химиотерапии: изониазид 5-10 мг/кг, рифампицин 10мг/кг, этамбутол 15-25 мг/кг, пиразинамид 20-30мг/кг массы тела до

		<p>межлопаточном пространстве, над нижними долями легочный 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 в минуту. АД 120 и 80 ммрт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.</p> <p>При исследовании мокроты и промывных вод бронхов методом бактериоскопии обнаружены кислотоустойчивые микобактерии. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – положительная, папула 12мм. Реакция на пробу с АТР, Диаскинтест – результат отрицательный.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие методы дообследования необходимы пациенту? 3. Что отражает отрицательный результат кожного теста с АТР у пациента? 4. Назначьте лечение пациенту. 5. Дифференциальную диагностику диссеминированного туберкулеза легких следует проводить с какими заболеваниями? 	<p>получения результатов лекарственной чувствительности мокроты.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Карциноматоз, двусторонняя неспецифическая очаговая пневмония, силикоз, саркоидоз 2 стадии, идиопатический фиброзирующий альвеолит, гистиоцитоз Х, гемосидероз, застойное легкое вследствие сердечной патологии, некоторые системные заболевания.
3		<p>Мужчина К., 45 лет, обратился к врачу-фтизиатру с жалобами на кашель со скудной мокротой слизистого характера, общую слабость, потливость, повышение температуры тела до 37,4С.</p> <p>Из анамнеза: около 8 лет страдает ХОБЛ с ежегодными обострениями. Вредные привычки: курит (индекс курения 24 пачко/лет). Контакт с больным туберкулезом: у гражданской жены был диагностирован туберкулез. Флюорографическое обследование: 2 года назад – без патологии. Самостоятельно сделал флюорограмму в поликлинике по месту жительства, где выявили изменения. Одновременно был вызван в противотуберкулезный диспансер для обследования по контакту с больной туберкулезом гражданской женой.</p> <p>Объективно: удовлетворительное, нормального телосложения. Температура тела 37,4С. Кожа чистая, сухая, бледная. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка правильной формы, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. ЧДД – 20 в минуту. При аускультации: дыхание жесткое, единичные сухие жужжащие хрипы. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 82 в минуту. АД 130 и 80 ммрт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферические отеки отсутствуют.</p> <p>При рентгенографии органов грудной полости в двух проекциях: в верхних отделах (S1) правого легкого и S1-2 левого легкого полиморфные очаговые тени диаметром 10мм без признаков распада, отграниченные между собой</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие методы дообследования необходимы пациенту? 3. Какое фоновое заболевание имеется у пациента? 4. Назначьте лечение пациенту. 5. Дифференциальную диагностику диссеминированного туберкулеза легких следует проводить с какими заболеваниями? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хронический ограниченный диссеминированный туберкулез верхних долей легких в фазе инфильтрации, МБТ? 2. Исследование мокроты на МБТ всеми методами: бактериоскопия по Цилю-Нильсену, люминесцентная бактериоскопия, ПЦР, посевы мокроты на жидкие и плотные питательные среды, линейная послойная томография легких, общеклинические анализы, иммунодиагностика (проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л, проба с АТР – Диаскинтест). 3. ХОБЛ. 4. Лекарственно-чувствительный режим химиотерапии: изониазид 5-10 мг/кг, рифампицин 10мг/кг, этамбутол 15-25 мг/кг, пиразинамид 20-30мг/кг массы тела до получения результатов лекарственной чувствительности мокроты.

			<p>5. Карциноматоз, двусторонняя неспецифическая очаговая пневмония, силикоз, саркоидоз 2 стадии, идиопатический фиброзирующий альвеолит, гистиоцитоз Х, гемосидероз, застойное легкое вследствие сердечной патологии, некоторые системные заболевания.</p>
4		<p>Мужчина, 51 года, обратился в поликлинику к врачу- терапевту участковому, так как отмечает ухудшение состояния, появление жалоб на одышку при физической нагрузке, общую слабость, со слов больного, снижение массы тела на 15 кг за три месяца, повышение температуры тела до 38-39 °С, кашель с мокротой, боль в грудной клетке. К врачу не обращался, занимался самолечением, принимал противовирусные, жаропонижающие средства без эффекта. ФЛГ не проходил более 2х лет. В поликлинике выполнено рентгенологическое исследование органов грудной полости, где выявлена кольцевидная тень в левом легком, уменьшение его в объеме, левый корень смещен вверх, деформирован, неструктурен. Органы средостения смещены влево. В правом легком очаговые тени, гуще в верхних и средних отделах. Направлен на консультацию к фтизиатру.</p> <p>Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост 176 см, вес 71 кг. Температура тела 37,2 °С. Кожа чистая, влажная, обычной окраски, грудная клетка астенической формы, левая половина отстаёт в акте дыхания. ЧДД – 22 в минуту. Перкуторно: укорочение перкуторного звука в межлопаточном пространстве, над нижними долями легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации: дыхание везикулярное ослабленное, выслушиваются единичные сухие и разнокалиберные влажные хрипы слева и справа. Тоны сердца приглушены. ЧСС 90 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет.</p> <p>При исследовании мокроты и промывных вод бронхов методом световой бактериоскопии обнаружены кислотоустойчивые микобактерии. Реакция на пробу с АТР, Диаскинтест – папула 12мм.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие методы дообследования необходимы пациенту? 3. Что отражает результат Диаскинтеста у пациента? 4. Назначьте лечение пациенту. 5. Дифференциальную диагностику фиброзно-кавернозного туберкулеза легких следует проводить с какими заболеваниями? 	<p>Фиброзно-кавернозный туберкулез левого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ(+).</p> <p>2. ПЦР и бактериологическое исследование мокроты, линейная послойная томография легких, общеклинические анализы. Фибробронхоскопия.</p> <p>3. Высокий уровень активности туберкулезного воспаления.</p> <p>4. Лекарственно-чувствительный режим химиотерапии: изониазид 5-10 мг/кг, рифампицин 10мг/кг, этамбутол 15-25 мг/кг, пиразинамид 20-30мг/кг массы тела до получения результатов лекарственной чувствительности мокроты.</p> <p>5. Рак левого легкого, левосторонняя абсцедирующая пневмония.</p>
5		<p>Больной 30 лет направлен на консультацию к фтизиатру участковым терапевтом. Жалобы: постоянный кашель с небольшим</p>	<p>Ведущие клинические симптомы: симптомы интоксикации: слабость,</p>

		<p>количеством слизистой мокроты. В течение последнего полугодия отмечает появление слабости, повышенной утомляемости. В анамнезе повторные пневмонии, неоднократно находился на лечении у терапевта и пульмонолога. На фоне проводимого лечения антибактериальными препаратами состояние улучшалось. Но рентгенологически слабо выраженная положительная динамика. Из анамнеза жизни: не работает. Контакт с больными туберкулезом не установлен. Предыдущая флюорография – около 3 лет назад. (без патологии, со слов пациента). Вредные привычки – курит, алкоголь не употребляет. В анамнезе частые простудные заболевания. Женат, ребенок 2 лет. Проживает в двухкомнатной квартире.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Нормостеник. Рост 180 см, вес – 68 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности, мышечный и кожный тургор снижен. Грудная клетка правильной формы. При перкуссии справа выше угла лопатки укорочение перкуторного звука. Слева перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно: справа дыхание жесткое у оси лопатки и ниже ее угла, единичные влажные хрипы, слева дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД -18 в мин. Пульс – 80 ударов в мин. Живот мягкий безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Стул, диурез в пределах нормы.</p> <p>В ОАК: Эр. $4,27 \times 10^{12}/л$, Нб 134 г/л, Лейк. $10,4 \times 10^9/л$, эоз. 1%, п/я 6%, с/я 68%, лимф. 15%, мон. 8%, СОЭ 34 мм/ч. В ОАМ: реакция – нейтральная, относительная плотность – 1010, белок – 0,033 г/л, лейкоциты – 1-2 в п/зр., эр. – 0-3 в п/зр. Биохимический анализ крови: СРБ 2 мг/л, АСТ – 50 Ед/л, АЛТ - 49 Ед/л, Глюкоза – 5,4 ммоль /л</p> <p>Анализ мазка мокроты на МБТ – скопчески 3-хкратно обнаружены КУМ .</p> <p>Диаскинтест — 8 мм папула.</p> <p>На обзорной рентгенограмме органов грудной полости справа на уровне ключицы – тонкостенное полостное образование размерами 3,0x2,5 см с четкими внутренними и нечеткими наружными контурами, вокруг нечетко очерченные очаговые тени средней интенсивности. В корне легкого определяются кальцинаты.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Выделите ведущие клинические синдромы. 2.Назначьте дополнительные методы обследования. 3.Сформулируйте клинический диагноз согласно классификации и обоснуйте его. 4. Перечислите факторы риска в развитии данного заболевания у пациента. 5. Определите тактику дальнейшего ведения пациента 6.Укажите противоэпидемические мероприятия, которые необходимо провести в семье. 	<p>повышенная утомляемость, снижение массы тела; торакальные симптомы: постоянный кашель с небольшим количеством слизистой мокроты.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Из дополнительных методов обследования необходимо выполнить анализы мокроты всеми методами: ПЦР, бактериоскопический, люминесцентный, посев на жидкие питательные среды, посев на плотные питательные среды с определением данных ЛУ. Томографическое обследование (линейные тмг или КТ). Фибробронхоскопию. 3. Кавернозный туберкулез S1-S2 правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения МБТ(+). Обоснование: в ан мокроты бактериоскопически 3-хкратно обнаружены КУМ; типичные рентгенологические изменения в легких; положительный ДСТ - папула 8 мм; изменения в ОАК и биохимическом анализе. 4. Факторы риска: пациент в течение последних 6 месяцев неоднократно обращался к врачу в связи с повторными пневмониями. С учетом, что пациент относится к категории пациентов с остаточными изменениями перенесенного туберкулеза, а также к лицам, у которых кашель длится более 3-х месяцев, его необходимо было проконсультировать у фтизиатра через 3 месяца от начала заболевания. Кроме того, несвоевременное прохождение ФЛГ – обследования (более 3 лет назад). 5. Пациента необходимо госпитализировать в противотуберкулезный диспансер по месту жительства. Лечение пациенту назначим по
--	--	--	--

			<p>режиму лекарственно – чувствительного туберкулеза до получения результатов определения чувствительности МБТ: изониазид 10 мг/кг, рифампицин 10 мг/кг, пипразинамид 20-30 мг/кг, этамбутол 15-25 мг/кг, вит В6 10 мг x 3 раза в день, гепатопротекторы, нейропротекторы. Выполнить рентген-контроль на фоне лечения через 2-3 месяца, консультация торакального хирурга.</p> <p>6. С учетом, что пациент является бактериовыделителем, его необходимо госпитализировать в круглосуточный стационар. По месту жительства пациента провести заключительную дезинфекцию. Совместно проживающим с ним жене и ребенку назначить обследование (туберкулинодиагностика, иммунодиагностика, рентгенография органов грудной полости). Контактным назначают профилактический курс лечения для предотвращения развития у них туберкулеза.</p>
№		Прочитайте текст и выберите один правильный ответ	
1		<p>Распределение очагов в легких при подостром гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких чаще</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) равномерное 2) неравномерное 3) групповое 4) любое из перечисленных 	4
2		<p>Деструктивные изменения в легки при хроническом гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) возможны 2) имеют место всегда 3) не встречаются 	2
3		<p>Внеторакальные локализации при хроническом гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) встречаются редко 2) не наблюдаются 3) встречаются часто 	3

4	<p>Очаговый туберкулез легких - это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) туберкулезный процесс ограниченной протяженности 2) туберкулезный процесс, характеризующийся стертой клинической картиной при выявлении и торпидном течении 3) туберкулезный процесс, характеризующийся наличием очаговых изменений в легких 4) туберкулезный процесс, характеризующийся стертой клинической картиной, торпидным течением, скудным бактериовыделением, а также наличием одиночных или множественных очаговых изменений в легких разного генеза и давности с локализацией в одном или обоих легких в пределах 1-2 сегментов 	4
5	<p>Взаимное расположение очагов при очаговом туберкулезе легких чаще представлено</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) равномерным поражением 2) густым расположением очагов 3) хаотичным их расположением 4) групповым расположением очагов 	4
6	<p>Инфильтративный туберкулез легких - это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) туберкулез легких, характеризующийся участком затемнения 2) туберкулез легких, проявляющийся клиникой пневмонии 3) туберкулез легких, характеризующийся воспалительными изменениями с преобладанием экссудативного компонента и казеозным некрозом в центре 	3
7	<p>В основу классификации клинико-рентгенологических вариантов инфильтратов положено</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) поражение бронха 2) степень выраженности специфического воспаления и его распространенность 3) наличие ателектатических изменений 4) объем поражения легкого 5) клинические проявления болезни 	2
8	<p>Основным морфологическим отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) большой объем поражения 2) преобладание казеозного некроза 3) более частый распад 4) склонность к бронхогенной диссеминации 5) поражение крупных бронхов 	2
9	<p>Казеозная пневмония характеризуется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) скудным выделением МБТ 2) обильным выделением МБТ 3) редким выделением МБТ 4) однократным выделением МБТ 	2
10	<p>Туберкулема легкого представляет собой</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфической грануляционной ткани 2) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфического и неспецифического воспаления 3) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный соединительнотканной капсулой с включением клеточных элементов туберкулезной гранулемы 	3
11	<p>Туберкулемы могут иметь следующий вариант клинического течения</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стационарный 	

		2) прогрессирующий 3) регрессирующий 4) все ответы правильные	4
12		Распад при туберкулезе бывает 1) центральным 2) периферическим 3) краевым 4) краевым, эксцентричным, в зоне дренирующего бронха 5) любой их перечисленных вариантов	4
13		Туберкулезу легкого обычно приходится дифференцировать 1) с периферическим раком 2) с аспергиллемой 3) с ретенционной кистой 4) с гамартохондромой 5) все ответы правильные	5
14		Проникновению противотуберкулезных химиопрепаратов в очаг инфекции при туберкулезе препятствует 1) перифокальное воспаление 2) специфическая грануляционная ткань 3) фиброзная капсула 4) все перечисленное	3
15		Фиброзно-кавернозный туберкулез легких - это 1) туберкулезный процесс, характеризующийся наличием в легких фиброзной каверны (каверн) и выраженным фиброзом в окружающей ткани 2) хронический деструктивный туберкулез, характеризующийся бактериовыделением, прогрессирующим (медленным или быстрым, нередко волнообразным) течением, а также присоединением как специфических, так и неспецифических осложнений 3) туберкулезный процесс с кавернами в легких, очагами бронхогенной диссеминации и фиброзом, протекающий с нарастающей дыхательной недостаточностью, присоединяющимися кровохарканьями и другими осложнениями	2
16	ПК-5	Для трансформации "свежего" деструктивного туберкулеза в фиброзно-кавернозный требуется около 1) 6-12 месяцев 2) 12-18 месяцев 3) около 18-24 месяцев 4) около 3-5 лет	3
17		При фиброзно-кавернозном туберкулезе легких стенка каверны имеет 1) слой казеозного некроза, слой специфических грануляций и фиброзной ткани 2) слой казеозного некроза, слой специфических грануляций и неспецифической инфильтрации 3) слой казеозного некроза и слой грубой рубцовой ткани с врастанием последней в интерстиций легкого	1
18		Каверна (каверны) при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких на рентгенограмме имеют представленные ниже признаки, кроме 1) значительной толщины и неравномерности по толщине ее стенок 2) неровного внутреннего контура 3) тяжистого и нечеткого наружного контура 4) тонкостенности и равномерности ее толщины на всем протяжении	4
19		Самым частым специфическим осложнением фиброзно-кавернозного туберкулеза легких являются	

	<ul style="list-style-type: none"> 1) туберкулез крупного бронха (главного, долевого) 2) туберкулез гортани 3) туберкулез кишечника 4) казеозная пневмония 5) милиарный туберкулез, туберкулезный менингит 	1
20	<p>Самым частым неспецифическим осложнением при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких является</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) дыхательная недостаточность 2) хроническое легочное сердце 3) легочная геморагия 4) амилоидоз внутренних органов 	1
21	<p>Бактериовыделение у больного фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, не подвергшегося лечению или в период обострения заболевания</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) обильное и постоянное 2) обильное, периодическое 3) скудное и постоянное 4) скудное, периодическое 	1
22	<p>Самым частым неспецифическим осложнением, приводящим больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких к смерти, является</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) легочно-сердечная недостаточность 2) легочное кровотечение 3) амилоидоз органов 4) истощение 	1
23	<p>Цирротический туберкулез – это</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) инфекционный процесс, характеризующийся грубым разрастанием соединительной ткани в легких, низкой активностью специфического воспаления и нарушением со стороны функции внешнего дыхания и гемодинамики легких 2) туберкулезный процесс, осложняющийся пневмоциррозом 3) массивное разрастание соединительной ткани в легком и плевре туберкулезной этиологии при сохранении активности инфекционного процесса 	1
24	<p>Основным признаком, указывающим на активность специфического процесса при цирротическом туберкулезе, является</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) интоксикация 2) кровохарканье или легочное кровотечение 3) обнаружение микобактерий туберкулеза 4) эффект от специфического лечения 	2
25	<p>Основным рентгенологическим признаком цирроза легкого или его части является</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) уменьшение объема, избыточность и деформация легочного рисунка, потеря воздушности в пораженном участке легкого 2) повышение воздушности непораженных отделов легких 3) деформация, расширение и стеноз бронхов 4) смещение и деформация корня легкого, смещение средостения в сторону поражения 5) все ответы правильные 	4
26	<p>Рентгенологическую картину выпотного плеврита определяют</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) количество накопившегося экссудата 2) наличие или отсутствие плевральных сращений 3) характер патологии в легком 4) все перечисленное 	4
27	<p>Спонтанный пневмоторакс является самым частым осложнением</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> 1) буллезной дистрофии легкого 2) туберкулеза легких 3) абсцесса легкого 4) опухоли легкого 	1
28	<p>Хроническое легочное сердце – это</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гипертрофия миокарда правого желудочка 2) гипертрофия миокарда левого желудочка 3) гипертрофия миокарда правого и левого желудочка 	1
29	<p>Основными отличительными рентгенологическими симптомами аспергиллемы от туберкулемы можно считать</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) симптом "серпа", симптом "погремушки" 2) наличие уровня в полости 3) четкость контура тени 4) нечеткость контура тени 	1
30	<p>Крупными считаются туберкулемы размером</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 1-2 см 2) 3.0-3.9 см 3) 4-5-6 см и более 	3

Разработан:
доцент кафедры инфекционных болезней и
фтизиатрии с курсом ДПО

Т. А.Шалайко