



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России)**

УТВЕРЖДАЮ

Начальник ОПКВК

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И.
Разумовского Минздрава России

Н.В. Щуковский

«27» _____ 02 _____ 2024_ г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ УЧЕБНОЙ
ДИСЦИПЛИНЫ «ФТИЗИАТРИЯ»
ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ
*Факультативы ФТД 1***

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ
32.08.12 Эпидемиология**

ФГОС ВО утвержден приказом 1139
Министерства образования и науки РФ
От 27.08.2014 года

Квалификация
Врач-эпидемиолог
Форма обучения
ОЧНАЯ


Нормативный срок освоения ОПОП – 2 года

ОДОБРЕНА

на учебно-методической конференции кафедры
фтизиатрии

Протокол от 22.01.2024_г. №_1_

Заведующий кафедрой:

 Т.И. Морозова

1. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ (ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНИВАНИЯ)

п/ №	номер/ индекс компетенции	содержание компетенции (или ее части)	наименование категории группы компетенций	код и наименование индикатора достижения компетенции	объекты или область знания	оценочные средства
1	2	3	4	5	6	7
1.	УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Системное и критическое мышление	ИД-1 УК-1.1. Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними ИД-2 УК-1.2. Определяет пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирует процессы по их устранению ИД-3 УК-1.3. Критически оценивает надежность источников информации, работает с противоречивой информацией из разных источников ИД-4 УК-1.4. Разрабатывает и содержательно аргументирует стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарного подходов	совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	тестовый контроль, контрольные вопросы

				ИД-5 УК-1.5. Строит сценарии реализации стратегии, определяя возможные риски и предлагая пути их устранения		
2.	УК-2	способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	Разработка и реализация проектов	<p>ИД-1 УК-2.1. Формулирует на основе поставленной проблемы проектную задачу и способ ее решения через реализацию проектного управления</p> <p>ИД-2 УК-2.2. Разрабатывает концепцию проекта в рамках обозначенной проблемы: формулирует цель, задачи, обосновывает актуальность, значимость, ожидаемые результаты и возможные сферы их применения</p> <p>ИД-3 УК-2.3. Разрабатывает план реализации проекта с учетом возможных рисков, следит за ходом реализации проекта и осуществляет его управление</p> <p>ИД-4 УК-2.4. Предлагает процедуры и механизмы</p>	совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	тестовый контроль, контрольные вопросы

				оценки качества проекта, инфраструктурные условия для внедрения результатов проекта		
3.	ОПК-4	способен к организации и проведению эпидемиологического надзора (мониторинга) инфекционных заболеваний (в том числе инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи), паразитарных и неинфекционных заболеваний	Медицинская деятельность	ИД-1 ОПК-4.1. организует сбор необходимого перечня документов для эпидемиологического надзора (мониторинга) инфекционных заболеваний (в том числе инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи), паразитарных и неинфекционных заболеваний ИД-2 ОПК-4.2. проводит качественный эпидемиологический надзор (мониторинг) за очагами инфекционных заболеваний (в том числе инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи), паразитарных и неинфекционных заболеваний	совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	тестовый контроль, ситуационные задачи, контрольные вопросы
4.	ОПК-6	способен к проведению эпидемиологического обоснования, организации проведения, оценке качества и эффективности профилактических и	Медицинская деятельность	ИД-1 ОПК-6.1. Демонстрирует готовность к проведению эпидемиологического анализа	совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для	тестовый контроль, ситуационные задачи, контрольные вопросы

		противоэпидемических мероприятий в отношении инфекционных и неинфекционных заболеваний		ИД-2 ОПК-6.2. Планирует противоэпидемические мероприятия в очагах различных заболеваний ИД-3 ОПК-6.3. Демонстрирует способность эпидемиологического обследования очагов инфекционных заболеваний	охраны здоровья граждан	
5.	ОПК-9	способен к планированию, организации и контролю деятельности отделов эпидемиологического профиля органов, осуществляющих федеральный государственный надзор, и учреждений, обеспечивающих их деятельность, а также эпидемиологического отдела медицинской организации	Медицинская деятельность	ИД-1 ОПК-9.1. демонстрирует навыки использования основ экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности.	совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	тестовый контроль, ситуационные задачи, контрольные вопросы
6.	ОПК-10	способен к организации и реализации деятельности по обеспечению эпидемиологической безопасности в медицинской организации	Медицинская деятельность	ИД-1 ОПК-10.1. организует деятельность по обеспечению эпидемиологической безопасности в медицинской организации. ИД-1 ОПК-10.2. реализует деятельность медицинской организации в	совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	тестовый контроль, ситуационные задачи, контрольные вопросы

				соответствии с требованиями эпидемиологической безопасности и проводит мероприятия по профилактике инфекционных (паразитарных) болезней, включая ИСМП, актуальных неинфекционных заболеваний, в том числе при возникновении ЧС.		
7.	ПК-1	готовность к проведению комплекса мероприятий, направленных на профилактику распространения и управление инфекционными заболеваниями, массовыми неинфекционными заболеваниями, в том числе отравлениями, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций	Производственно-технологическая деятельность	ИД-1 ПК-1.1 – демонстрирует знание комплекса мер, умения и навыки по профилактике распространения инфекционных и неинфекционных заболеваний, в том числе в чрезвычайных ситуациях	совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	тестовый контроль, ситуационные задачи, контрольные вопросы
8.	ПК-2	готовность к применению в своей профессиональной деятельности специализированного оборудования в том числе медицинского	Производственно-технологическая деятельность	ИД-1 ПК-2.1 демонстрирует знания, умения и навыки по применению специализированного оборудования и медицинских изделий в	совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны	тестовый контроль, ситуационные задачи, контрольные вопросы

				своей профессиональной трудовой деятельности	здоровья граждан	
<p>Основание (ПС, анализ иных требований, предъявляемых к выпускникам): профессиональный стандарт "Специалист в области медико-профилактического дела", утвержденный Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 25 июня 2015 г. N 399н "Об утверждении профессионального стандарта</p>						

1.2 РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ (ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНИВАНИЯ)

П/п	Код индикатора достижения компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)		
		Знать	Уметь	Владеть
1.	ИД-1 УК-1.1.	Знает методику анализа проблемной ситуации как системы, выявляя ее составляющие и связи между ними.	Умеет анализировать проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними.	Имеет навык сбора, анализа и обработки информации о проблемной ситуации как системы, выявляя ее составляющие и связи между ними.
2.	ИД-2 УК-1.2.	Знает методику определения пробелов в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирование процессов по их устранению.	Умеет определять пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектировать процессы по их устранению.	Имеет навык определения пробелов в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирование процессов по их устранению.
3.	ИД-3 УК-1.3	Знает методику критической оценки надежности источников информации, работы с противоречивой информацией из разных источников.	Умеет критически оценивать надежность источников информации, работать с противоречивой информацией из разных источников.	Имеет навык критической оценки надежности источников информации, работы с противоречивой информацией из разных источников.
4.	ИД-4 УК-1.4	Знает методику разработки и содержательной аргументации стратегии решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов.	Умеет разрабатывать и содержательно аргументировать стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов.	Имеет навык разработки и содержательной аргументации стратегии решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов.
5.	ИД-5 УК-1.5	Знает методику использования логико-методологического инструментария для критической оценки современных концепций	Умеет применять методику использования логико-методологического инструментария для критической оценки	Имеет навык навыками применения логико-методологического инструментария для критической

		философского и социального характера в своей предметной области.	современных концепций философского и социального характера в своей предметной области.	оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области
6.	ИД-1 УК-2.1	Знает методики формирования проектной задачи и ее управления.	Умеет применять различные принципы решения поставленных проектных задач, через методики управления.	Имеет навык по формированию задач проекта на основе поставленной проблемы и умеет реализовывать ее решение через управление проектом.
7.	ИД-2 УК-2.2	Знает методики разработки концепции проекта в рамках проблематики.	Умеет формулировать цель, задачи, обосновывает актуальность, значимость, ожидаемые результаты и возможные сферы их применения.	Имеет навык по разработке концепции проекта, формированию задач, цели, так же обосновывать актуальность и значимость проекта, оценивает ожидаемые результаты и возможные сферы их применения
8.	ИД-3 УК-2.3	Знает о возможных рисках проекта	Умеет разрабатывать планы проекта с учетом рисков при реализации проекта	Имеет навык реализации проекта с учетом рисков проекта и осуществлять управление им.
9.	ИД-4 УК-2.4	Знает процедуры и механизмы оценки качества проекта	Умеет использовать инфраструктурные условия для внедрения результатов проекта	Имеет навык реализации результатов проекта и внедрению их
10.	ИД-1 ОПК-4.1.	общие и организационные вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней; организацию эпидемиологических исследований; систему доказательств и принципы доказательности в принятии обоснованных решений по проведению профилактических и лечебных мероприятий; основы эпидемиологического надзора и эпидемиологической диагностики;	проводить статистический анализ; анализировать эпидемиологическую ситуацию на территории; использовать статистические методы для оценки эпидемиологической ситуации на территории и ее прогноза; научно обосновывать, организовывать осуществлять и интерпретировать результаты различных типов эпидемиологических исследований заболеваемости населения инфекционными и	методикой проведения ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа заболеваемости населения и эпидемиологического обследования очагов инфекционных заболеваний; методами оценки сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки, анализом и планированием организационных и противоэпидемических мероприятий;

		эпидемиологические исследования как научно-обоснованную медицинскую практику;	неинфекционными болезнями для выявления причин, условий и механизмов ее формирования; применять эпидемиологический метод исследования для решения задач обеспечения эпидемиологического благополучия населения; проводить эпидемиологический надзор за инфекционными заболеваниями;	технологиями систем эпидемиологического надзора и социально-гигиенического мониторинга, предэпидемической диагностики и применять их для эффективного управления заболеваемостью и сохранения здоровья населения; методами расчета статистических показателей, характеризующих эпидемический процесс и распространенность инфекционных и неинфекционных заболеваний; методами эпидемиологической диагностики госпитальных инфекций; современными методами диагностики паразитарных заболеваний;
11.	ИД-1 ОПК-4.2.	Знает тактику проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий при основных группах инфекций; основные показатели качества проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий; учётно-отчётные формы по разделу инфекционной патологии, используемые в органах и учреждениях Роспотребнадзора и в лечебно-профилактических учреждениях; основные законодательные акты, регламентирующие проведение	Умеет проводить эпидемиологическое обследование очагов инфекционных заболеваний и делать заключение об источниках, путях и факторах передачи возбудителей в очаге; определять тип вспышки, организовать расследование и ликвидацию вспышки; заполнять карты эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания; проводить сбор эпидемиологического анамнеза; формулировать и проверять гипотезы о причинных факторах путем	Имеет навык организации прививок, принятых в Российской Федерации, иммунологических медицинских препаратов, применяемых для защиты населения от инфекционных болезней (вакцины, анатоксины, специфические сыворотки, иммуноглобулины) и схем иммунизации; методикой организации контроля за проведением массовой иммунизации; методами оценки коллективного иммунитета, оценкой целесообразности, качества и эффективности

		<p>вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний по эпидемическим показаниям.</p>	<p>проведения различных типов эпидемиологических исследований, выявлять и подтверждать причинно-следственные связи заболеваемости населения и различных внутренних и внешних факторов; оценивать эпидемиологическую обстановку и осуществлять постановку эпидемиологического диагноза, расследовать эпидемические вспышки;</p> <p>разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий; организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению;</p> <p>принимать обоснованные решения по проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий;</p> <p>проводить анализ привитости населения, составлять отчетность по прививочной работе;</p> <p>формулировать конкретные рекомендации по оптимизации мер борьбы и профилактики, исходя из результатов эпидемиологического надзора;</p>	<p>специфической иммунопрофилактики в конкретной эпидемиологической ситуации методикой проведения ретроспективного и оперативного анализа вакцинации населения</p>
--	--	--	--	--

			проводить статистический анализ своевременности и качества вакцинации по эпидемическим показаниям.	
12.	ИД-1 ОПК-6.1.	Знает принципы и методы ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа, эпидемиологической диагностики инфекционных заболеваний статистические приёмы, используемые в эпидемиологическом анализе; цели и методы санитарно-эпидемиологических исследований и использование их результатов в профилактике и борьбе с инфекционными болезнями	Умеет проводить эпидемиологический анализ инфекционной заболеваемости, формулировать эпидемиологический диагноз самостоятельно; формулировать выводы на основе поставленной цели и реализованных задач эпидемиологических исследований	Имеет навык навыками проведения эпидемиологического обследования очага инфекционных заболеваний
13.	ИД-1 ОПК-6.2.	Знает современные теории учения об эпидемическом процессе; методы и средства иммунопрофилактики, методы определения уровня коллективного иммунитета; лабораторные методы диагностики инфекционных болезней, включая иммунологические методы диагностики;	Умеет выявлять факторы риска основных заболеваний человека, проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия при них;	Имеет навык методикой проведения эпидемиологического надзора при различных группах инфекций; технологиями системы организации профилактической и противоэпидемической помощи;
14.	ИД-1 ОПК-6.3	Знает содержание и организацию противоэпидемической работы в очагах инфекционных заболеваний	Умеет проводить эпидемиологическое обследование очага, определяя его границы, круг людей (животных), подлежащих эпидемиологическому (эпизоотологическому) наблюдению, изоляции,	Имеет навык методикой постановки эпидемиологического диагноза в изучаемой ситуации (во время вспышек, групповых заболеваний)

			ограничительным мероприятиям, лабораторному и клиническому обследованию	
15.	ИД-1 ОПК-9.1.	<p>Знает основы законодательства в сфере здравоохранения, директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения и Роспотребнадзора; основы законодательства, основные директивные и инструктивно-методические документы по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения; нормативно-правовую базу по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия и охраны, укрепления здоровья разных контингентов населения; нормативно-правовые документы, отражающие деятельность заинтересованных служб по борьбе с инфекционными болезнями; принципы и правовые основы деятельности министерств (ведомств, должностных лиц) по охране санитарно-эпидемиологического благополучия населения; основы экономики и права в профессиональной деятельности эпидемиолога; мониторинг экономической эффективности вакцинопрофилактики, критерии оценки</p>	<p>Умеет применять нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, технического регулирования, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей в своей профессиональной деятельности; применять экономические и правовые знания в профессиональной деятельности; осуществлять мероприятия, отраженные в планах, а также вытекающие из нормативно-регламентирующих документов; организовывать деятельность врача-эпидемиолога лечебно-профилактической организации; организовать работу врача-эпидемиолога и его помощника; аргументировать экономическую эффективность применения массовой иммунизации населения от конкретных инфекций.</p>	<p>Имеет навык использования нормативно-правовых актов Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения; навыками составления первичной документации (акты обследования эпидемического очага, «экстренные извещения», заключения, протоколы лабораторных исследований и др.); анализом применения и экономической целесообразностью вакцин.</p>

16.	ИД-1 ОПК-10.1.	Знает нормативно-правовую базу по обеспечению эпидемиологической безопасности в медицинской организации и профилактике ИСМП	Умеет организовать комплекс профилактических мероприятий в период отсутствия инфекционной заболеваемости в медицинской организации; организовать противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага ИСМП	Имеет навык учета случаев ИСМП различной локализации и этиологии; навыками организации мониторинга за гигиеной рук медицинского персонала; проведение анализа аварийных ситуаций и разработки мероприятий по эпидемиологической безопасности среди персонала медицинской организации;
17.	ИД-1 ОПК-10.2.	Знает классификацию медицинских отходов и правила обращения с ними; типы средств индивидуальной защиты (СИЗ); алгоритмы действия медицинского работника при возникновении аварийной ситуации на рабочем месте	Умеет организовать дезинфекцию (профилактическую и очаговую); правильно подобрать СИЗ при работе с разными пациентами и биологическими материалами; организовать внутренний контроль качества в области обеспечения эпидемиологической безопасности	Имеет навык организации и управления деятельностью организаций и их структурных подразделений, осуществляющих свою деятельность в целях обеспечения эпидемиологической безопасности
18.	ИД-1 ПК-1.1 –	Знает основы противоэпидемической защиты при чрезвычайных ситуациях; принципы организации санитарной охраны территории от заноса особо опасных инфекционных болезней; сущность экспресс-методов диагностики, направления и этапы исследования в условиях чрезвычайных ситуаций и катастроф; принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций.	Умеет осуществлять комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении различных групп инфекций, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций; организовывать мероприятия по ликвидации чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями; организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах	Имеет навык о порядке взаимодействия медицинских формирований и учреждений при ликвидации последствий в очагах поражения; знаниями об основных положениях нормативных правовых документов по мобилизационной подготовке здравоохранения и организации медицинского обеспечения населения в военное время и в чрезвычайных ситуациях мирного времени;

			поражения при чрезвычайных ситуациях.	способностью формулировать и оценивать гипотезы о причинно-следственных связях заболеваемости с факторами риска; способностью оценивать текущую эпидемиологическую ситуацию, формулировать управленческие цели, оценивать результативность управленческой деятельности; способностью выявлять предпосылки и предвестники осложнения эпидемической ситуации.
19.	ИД-1 ПК-2.1	<p>Знает лабораторные методы диагностики инфекционных болезней, включая иммунологические методы диагностики; современные методы лабораторной диагностики инфекционных заболеваний; средства и методы дезинфекции, стерилизации, дезинсекции, дератизации; правила проведения текущей и заключительной дезинфекции, дератизации и дезинсекции объектов; требования к оборудованию для «холодовой цепи»; требования к оборудованию для контроля температурного режима в системе «холодовой цепи»; общие требования к организации экстренных мероприятий по обеспечению «холодовой цепи» в</p>	<p>Умеет использовать компьютерные медико-технологические системы в процессе профессиональной деятельности; пользоваться набором средств сети Интернет для профессиональной деятельности; организовать проведение текущей и заключительной дезинфекции, дератизации и дезинсекции объектов; организовывать мероприятия по обеспечению «холодовой цепи» при хранении и транспортировке иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики; оценивать правильность хранения МИБП в медицинской организации; проводить бракераж МИБП.</p>	<p>Имеет навык работы с компьютерными программами, применяемыми в практической деятельности Роспотребнадзора; методами эпидемиологической диагностики госпитальных инфекций; современными методами диагностики паразитарных заболеваний; знаниями современных средств и методов дезинфекции и стерилизации, использовать их в практике; знаниями руководящих документов и умением организовать выполнение обязательных правил предстерилизационной обработки и стерилизации изделий медицинского назначения (в т.ч. эндоскопической техники);</p>

		случаях возникновения внештатных ситуаций.		навыками работы с лабораторными приборами и оборудованием.
--	--	--	--	--

1.3 СИСТЕМА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Тип задания	Указания по оцениванию	Результат оценивания (баллы, полученные за выполнение задания/характеристика правильности ответа)
Задание закрытого типа на установление соответствия	Задание считается верно выполненным, если правильно установлены все соответствия (позиции из одного столбца верно сопоставлены с позициями другого)	Полное совпадение с верным ответом оценивается 1 баллом; неверный ответ или его отсутствие – 0 баллов. <i>Либо</i> указывается «верно»/«неверно».
Задание закрытого типа на установление последовательности	Задание считается верно выполненным, если правильно указана вся последовательность цифр	Полное совпадение с верным ответом оценивается 1 баллом; если допущены ошибки или ответ отсутствует – 0 баллов. <i>Либо</i> указывается «верно»/«неверно».
Задание закрытого типа с выбором одного или нескольких вариантов ответа из предложенных	Задание считается верно выполненным, если правильно указана(-ы) цифра(-ы) ответа(-ов)	Полное совпадение с верным ответом оценивается 1 баллом; если допущены ошибки или ответ отсутствует – 0 баллов. <i>Либо</i> указывается «верно»/«неверно».
Задание закрытого типа с выбором одного верного ответа из предложенных с обоснованием выбора	Задание считается верно выполненным, если правильно указана цифра и приведены корректные аргументы, используемые при выборе ответа.	Совпадение с верным ответом оценивается 1 баллом; неверный ответ или его отсутствие – 0 баллов. <i>Либо</i> указывается «верно»/«неверно».
Задание закрытого типа с выбором нескольких вариантов ответа из предложенных с обоснованием выбора	Задание считается верно выполненным, если правильно указаны цифры и приведены корректные аргументы, используемые при выборе ответа.	Полное совпадение с верным ответом оценивается 1 баллом; если допущены ошибки или ответ отсутствует – 0 баллов. <i>Либо</i> указывается «верно»/«неверно».
Задание открытого типа с развернутым ответом	Задание считается верно выполненным, если ответ совпадает с эталонным по содержанию и полноте.*	Полный правильный ответ на задание оценивается 3 баллами; если допущена одна ошибка/неточность/ответ правильный, но не полный – 1 балл, если допущено более одной ошибки/ответ неправильный/ ответ отсутствует – 0 баллов.** <i>Либо</i> указывается «верно»/«неверно».

2. ПЕРЕЧЕНЬ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

№ п\п	Метод оценивания	Виды оценочных средств
1.	Тестирование	Комплект тестовых заданий
2.	Устный опрос	Перечень вопросов для подготовки к практическим и семинарским занятиям
3.	Решение ситуационных задача	Комплект типовых ситуационных задач

2.1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАДАНИЙ ПО ТИПАМ И УРОВНЯМ СЛОЖНОСТИ

№ п/п	Код компетенции	Индикатор сформированности компетенции	Номер задания	Тип задания	Уровень сложности задания	Время выполнения (мин.)
1	2	3	4	5	6	7
1.	УК-1	ИД-1 УК-1.1.	Т.В.1.1; Т.В.1.2; Т.В.1.3; Т.В.2.1; Т.В.2.2; Т.В.3.1; Т.В.3.3; Т.В.3.4; Т.В.4.1; Т.В.4.2; Т.В.5.1; Т.В.5.4; Т.В.6.2; Т.В.6.4; Т.В.6.5; Т.В.7.1; Т.В.7.2; Т.В.7.3; Т.В.8.8; Т.В.8.9; Т.В.9.1; Т.В.9.2; Т.В.9.3; Т.В.10.1; Т.В.10.2	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Все вопросы для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Все задачи для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
2.	УК-1	ИД-2 УК-1.2.	Т.В.1.1; Т.В.1.2; Т.В.1.3; Т.В.2.1; Т.В.2.2; Т.В.3.1; Т.В.3.3; Т.В.3.4; Т.В.4.1; Т.В.4.2; Т.В.5.1; Т.В.5.4; Т.В.6.2; Т.В.6.4; Т.В.6.5; Т.В.7.1; Т.В.7.2; Т.В.7.3; Т.В.8.8; Т.В.8.9; Т.В.9.1; Т.В.9.2; Т.В.9.3; Т.В.10.1; Т.В.10.2	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Все вопросы для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Все задачи для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
3.	УК-1	ИД-3 УК-1.3.	Т.В.1.1; Т.В.1.2; Т.В.1.3; Т.В.2.1; Т.В.2.2; Т.В.3.1; Т.В.3.3; Т.В.3.4; Т.В.4.1; Т.В.4.2; Т.В.5.1; Т.В.5.4; Т.В.6.2; Т.В.6.4; Т.В.6.5; Т.В.7.1; Т.В.7.2; Т.В.7.3; Т.В.8.8; Т.В.8.9;	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.

			Т.В.9.1; Т.В.9.2; Т.В.9.3; Т.В.10.1; Т.В.10.2			
			Все вопросы для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Все задачи для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
4.	УК-1	ИД-4 УК-1.4.	Т.В.1.1; Т.В.1.2; Т.В.1.3; Т.В.2.1; Т.В.2.2; Т.В.3.1; Т.В.3.3; Т.В.3.4; Т.В.4.1; Т.В.4.2; Т.В.5.1; Т.В.5.4; Т.В.6.2; Т.В.6.4; Т.В.6.5; Т.В.7.1; Т.В.7.2; Т.В.7.3; Т.В.8.8; Т.В.8.9; Т.В.9.1; Т.В.9.2; Т.В.9.3; Т.В.10.1; Т.В.10.2	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Все вопросы для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Все задачи для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
5.	УК-1	ИД-5 УК-1.5.	Т.В.1.1; Т.В.1.2; Т.В.1.3; Т.В.2.1; Т.В.2.2; Т.В.3.1; Т.В.3.3; Т.В.3.4; Т.В.4.1; Т.В.4.2; Т.В.5.1; Т.В.5.4; Т.В.6.2; Т.В.6.4; Т.В.6.5; Т.В.7.1; Т.В.7.2; Т.В.7.3; Т.В.8.8; Т.В.8.9; Т.В.9.1; Т.В.9.2; Т.В.9.3; Т.В.10.1; Т.В.10.2	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Все вопросы для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Все задачи для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
6.	УК-2	ИД-1 УК-2.1.	Т.В.1.4; Т.В.1.5; Т.В.2.5; Т.В.2.3; Т.В.2.4; Т.В.3.5; Т.В.3.6; Т.В.4.3; Т.В.4.4; Т.В.4.5; Т.В.5.2; Т.В.5.3; Т.В.5.5; Т.В.6.1; Т.В.6.3; Т.В.6.6; Т.В.7.4; Т.В.7.5; Т.В.8.1; Т.В.8.2; Т.В.8.3; Т.В.9.4; Т.В.9.5; Т.В.10.3 Т.В.10.4	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Все вопросы для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Все задачи для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.

7.	УК-2	ИД-2 УК-2.2.	Т.В.1.4; Т.В.1.5; Т.В.2.5; Т.В.2.3; Т.В.2.4; Т.В.3.5; Т.В.3.6; Т.В.4.3; Т.В.4.4; Т.В.4.5; Т.В.5.2; Т.В.5.3; Т.В.5.5; Т.В.6.1; Т.В.6.3; Т.В.6.6; Т.В.7.4; Т.В.7.5; Т.В.8.1; Т.В.8.2; Т.В.8.3; Т.В.9.4; Т.В.9.5; Т.В.10.3 Т.В.10.4	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Все вопросы для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Все задачи для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
8.	УК-2	ИД-3 УК-2.3	Т.В.1.4; Т.В.1.5; Т.В.2.5; Т.В.2.3; Т.В.2.4; Т.В.3.5; Т.В.3.6; Т.В.4.3; Т.В.4.4; Т.В.4.5; Т.В.5.2; Т.В.5.3; Т.В.5.5; Т.В.6.1; Т.В.6.3; Т.В.6.6; Т.В.7.4; Т.В.7.5; Т.В.8.1; Т.В.8.2; Т.В.8.3; Т.В.9.4; Т.В.9.5; Т.В.10.3 Т.В.10.4	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Все вопросы для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Все задачи для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
9.	УК-2	ИД-4 УК-2.4	Т.В.1.4; Т.В.1.5; Т.В.2.5; Т.В.2.3; Т.В.2.4; Т.В.3.5; Т.В.3.6; Т.В.4.3; Т.В.4.4; Т.В.4.5; Т.В.5.2; Т.В.5.3; Т.В.5.5; Т.В.6.1; Т.В.6.3; Т.В.6.6; Т.В.7.4; Т.В.7.5; Т.В.8.1; Т.В.8.2; Т.В.8.3; Т.В.9.4; Т.В.9.5; Т.В.10.3 Т.В.10.4	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Все вопросы для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Все задачи для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
10.	ОПК-4	ИД-1 ОПК-4.1	Т.В.1.6; Т.В.1.7; Т.В.1.18; Т.В.2.6; Т.В.2.7; Т.В.2.8; Т.В.3.7; Т.В.3.8; Т.В.4.6; Т.В.4.7; Т.В.4.8; Т.В.5.6; Т.В.5.7; Т.В.6.7; Т.В.6.8; Т.В.6.9; Т.В.7.6; Т.В.7.7; Т.В.8.4; Т.В.8.5;	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.

			Т.В.8.6; Т.В.9.6; Т.В.9.7; Т.В.10.5 Т.В.10.6			
			Все вопросы для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Все задачи для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
11.	ОПК-4	ИД-2 ОПК-4.2	Т.В.1.6; Т.В.1.7; Т.В.1.18; Т.В.2.6; Т.В.2.7; Т.В.2.8; Т.В.3.7; Т.В.3.8; Т.В.4.6; Т.В.4.7; Т.В.4.8; Т.В.5.6; Т.В.5.7; Т.В.6.7; Т.В.6.8; Т.В.6.9; Т.В.7.6; Т.В.7.7; Т.В.8.4; Т.В.8.5; Т.В.8.6; Т.В.9.6; Т.В.9.7; Т.В.10.5 Т.В.10.6	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Все вопросы для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Все задачи для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
12.	ОПК-6	ИД-1 ОПК-6.1	Т.В.1.8; Т.В.1.9; Т.В.1.19; Т.В.2.9; Т.В.2.10; Т.В.2.19; Т.В.3.9; Т.В.3.10; Т.В.4.9; Т.В.4.10; Т.В.4.11; Т.В.5.8; Т.В.5.9; Т.В.6.10; Т.В.6.11; Т.В.7.8; Т.В.7.9; Т.В.7.10; Т.В.8.7; Т.В.8.10; Т.В.8.11; Т.В.9.8; Т.В.9.9; Т.В.10.7 Т.В.10.8	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Все вопросы для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Все задачи для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
13.	ОПК-6	ИД-2 ОПК-6.2	Т.В.1.8; Т.В.1.9; Т.В.1.19; Т.В.2.9; Т.В.2.10; Т.В.2.19; Т.В.3.9; Т.В.3.10; Т.В.4.9; Т.В.4.10; Т.В.4.11; Т.В.5.8; Т.В.5.9; Т.В.6.10; Т.В.6.11; Т.В.7.8; Т.В.7.9; Т.В.7.10; Т.В.8.7; Т.В.8.10; Т.В.8.11; Т.В.9.8; Т.В.9.9; Т.В.10.7 Т.В.10.8	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Все вопросы для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Все задачи для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.

14.	ОПК-6	ИД-3 ОПК-6.3	Т.В.1.8; Т.В.1.9; Т.В.1.19; Т.В.2.9; Т.В.2.10; Т.В.2.19; Т.В.3.9; Т.В.3.10; Т.В.4.9; Т.В.4.10; Т.В.4.11; Т.В.5.8; Т.В.5.9; Т.В.6.10; Т.В.6.11; Т.В.7.8; Т.В.7.9; Т.В.7.10; Т.В.8.7; Т.В.8.10; Т.В.8.11; Т.В.9.8; Т.В.9.9; Т.В.10.7 Т.В.10.8	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Все вопросы для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Все задачи для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
15.	ОПК-9	ИД-1 ОПК-9.1	Т.В.1.10; Т.В.1.11; Т.В.1.20; Т.В.2.11; Т.В.2.12; Т.В.2.20; Т.В.3.4; Т.В.3.12; Т.В.4.12; Т.В.4.13; Т.В.4.14; Т.В.5.10; Т.В.5.11; Т.В.6.12; Т.В.6.13; Т.В.7.11; Т.В.7.12; Т.В.7.13; Т.В.8.12; Т.В.8.13; Т.В.9.10; Т.В.9.11; Т.В.9.12; Т.В.10.9; Т.В.10.10	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Все вопросы для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Все задачи для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
16.	ОПК-10	ИД-1 ОПК-10.1	Т.В.1.12; Т.В.1.13; Т.В.2.13; Т.В.2.14; Т.В.3.13; Т.В.3.14; Т.В.4.15; Т.В.4.16; Т.В.5.12; Т.В.5.19; Т.В.5.20; Т.В.6.14; Т.В.6.15; Т.В.6.16; Т.В.7.14; Т.В.7.15; Т.В.7.16; Т.В.8.14; Т.В.8.15; Т.В.9.13; Т.В.9.14; Т.В.9.15; Т.В.10.11; Т.В.10.12	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Все вопросы для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Все задачи для собеседования	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
17.	ОПК-10	ИД-2 ОПК-10.2	Т.В.1.12; Т.В.1.13; Т.В.2.13; Т.В.2.14; Т.В.3.13; Т.В.3.14; Т.В.4.15; Т.В.4.16; Т.В.5.12;	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.

			Т.В.5.19; Т.В.5.20; Т.В.6.14; Т.В.6.15; Т.В.6.16; Т.В.7.14; Т.В.7.15; Т.В.7.16; Т.В.8.14; Т.В.8.15; Т.В.9.13; Т.В.9.14; Т.В.9.15; Т.В.10.11; Т.В.10.12			
			Все вопросы для собеседования	Открытый <i>(с развернутым ответом)</i>	Повышенный	3-5 мин.
			Все задачи для собеседования	Открытый <i>(с развернутым ответом)</i>	Высокий	5-10 мин.
18.	ПК-1	ИД-1 ПК-1.1	Т.В.1.14; Т.В.1.15; Т.В.2.15; Т.В.2.16; Т.В.3.15; Т.В.3.16; Т.В.3.20; Т.В.4.17; Т.В.4.18; Т.В.5.13; Т.В.5.14; Т.В.5.15; Т.В.6.17; Т.В.6.18; Т.В.7.17; Т.В.7.18; Т.В.8.16; Т.В.8.17; Т.В.9.16; Т.В.9.17; Т.В.9.18; Т.В.10.13; Т.В.10.14; Т.В.10.15; Т.В.10.16	Закрытый <i>(задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора)</i>	Базовый	1-3 мин.
			Все вопросы для собеседования	Открытый <i>(с развернутым ответом)</i>	Повышенный	3-5 мин.
			Все задачи для собеседования	Открытый <i>(с развернутым ответом)</i>	Высокий	5-10 мин.
19.	ПК-2	ИД-1 ПК-2.1	Т.В.1.16; Т.В.1.17; Т.В.2.17; Т.В.2.18; Т.В.3.17; Т.В.3.18; Т.В.3.19; Т.В.4.19; Т.В.4.20; Т.В.5.16; Т.В.5.17; Т.В.5.18; Т.В.6.19; Т.В.6.20; Т.В.7.19; Т.В.7.20; Т.В.8.18; Т.В.8.19; Т.В.8.20; Т.В.9.19; Т.В.9.20; Т.В.10.17; Т.В.10.18; Т.В.10.19; Т.В.10.20	Закрытый <i>(задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора)</i>	Базовый	1-3 мин.
			Все вопросы для собеседования	Открытый <i>(с развернутым ответом)</i>	Повышенный	3-5 мин.
			Все задачи для собеседования	Открытый <i>(с развернутым ответом)</i>	Высокий	5-10 мин.

Комплект тестовых заданий к модулю 1 «Выявление и диагностика туберкулеза»

Выберите один правильный ответ

Вариант 1

При проведении пробы Коха оценивают следующие виды реакций:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	раннюю и отсроченную	
Б	местную, общую и очаговую	+
В	острую и хроническую	
Г	локальную и местную	
Д	центральную и периферическую	

Лейкоцитарная формула при активном туберкулезе легких часто характеризуется...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	нормальными соотношениями лейкоцитов	
Б	моноцитозом, лимфопенией, эозинопенией и палочкоядерным сдвигом	+
В	моноцитопенией, лимфоцитозом, эозинофилией и базофилией	
Г	палочкоядерным сдвигом, лимфоцитозом, эозинофилией, моноцитозом	
Д	моноцитозом, эозинопенией, лимфоцитозом, базофилией	

Симптом Воробьева-Поттенджера подразумевает...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	онемение пальцев рук, особенно в холодную погоду	
Б	телеангиоэктазии на передней поверхности грудной клетки	
В	выслушивание свистящих хрипов на выдохе	
Г	ригидность и болезненность мышц верхнего плечевого пояса	+
Д	анизокорию на высоте активного воспаления	

Наиболее часто туберкулез легких у взрослых локализуется в..

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	3, 7 и 10 сегментах	
Б	1, 5 и 9 сегментах	
В	1, 2 и 6 сегментах	+
Г	2, 8 и 10 сегментах	
Д	3, 7 и 9 сегментах	

Самой ранней формой первичного туберкулеза является...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	первичный туберкулезный комплекс	
Б	туберкулезная интоксикация детей и подростков	+
В	туберкулез внутригрудных лимфатических узлов	
Г	диссеминированный туберкулез	
Д	туберкулезный менингоэнцефалит	

Для острого диссеминированного (генерализованного) туберкулеза типичным путем диссеминации является...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	лимфогенный	
Б	гематогенный	+
В	бронхогенный	
Г	аэрогенный	
Д	контактный	

Острый диссеминированный туберкулез нередко требует дифференциальной диагностики...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	с брюшным тифом и другими инфекциями	+
Б	с хронической туберкулезной интоксикацией	
В	с первичной легочной гипертензией	
Г	с хроническим бронхитом	
Д	с болезнью Верльгофа	

При туберкулезном менингите в период разгара болезни в спинномозговой жидкости...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	содержание белка нормальное, повышено содержание нитратов	
Б	повышено содержание белка, понижено - сахара и хлоридов	+
В	понижено содержание белка, повышено - сахара и хлоридов	
Г	резко снижено содержание белка, хлоридов и сахара	
Д	повышено содержание белка, хлоридов и сахара	

Туберкулез гортани является нередким проявлением такой формы туберкулеза легких, как...

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	очаговый	
Б	туберкулемы	
В	диссеминированный	+
Г	ранняя туберкулезная интоксикация	
Д	туберкулезный бронхоаденит	

При локализации инфильтрата в области междолевой борозды ставится диагноз...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	лобит	
Б	облаковидный инфильтрат	
В	казеозная пневмония	
Г	сегментит	
Д	перисциссурит	+

Заболеваниями, с которыми проводится дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза легких, принято считать...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	периферический рак, пневмонию, эозинофильный инфильтрат	+
Б	гамартохондрому, липому, кисту	
В	лимфогранулематоз, саркоидоз, гистиоцитоз-Х	
Г	центральный рак, аденоматоз, гранулематоз Вегенера	
Д	альвеолярный протеиноз, актиномикоз, мезотелиому	

Отрицательная реакция на туберкулин у больных с казеозной пневмонией является...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	хорошим прогностическим признаком	
Б	плохим прогностическим признаком	+
В	признаком хорошей переносимости лечения	
Г	свидетельством отсутствия БЦЖ в детстве	
Д	основанием для смены диагноза	

У впервые выявленных взрослых пациентов наиболее часто встречается ...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	очаговый туберкулез	
Б	диссеминированный туберкулез	
В	кавернозный туберкулез	
Г	инфильтративный туберкулез	+

Д	туберкулемы	
---	-------------	--

Клиника инфильтративного туберкулеза легких характеризуется обычно...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	тяжелой интоксикацией с быстрым формированием кальцинатов	
Б	вариабельностью от легкого до крайне тяжелого течения	+
В	полной бессимптомностью и быстрой спонтанной ремиссией	
Г	коагулопатией потребления, ДВС-синдромом	
Д	боковым амиотрофическим склерозом	

При дифференциальной диагностике туберкулем необходимо учитывать такие диагнозы, как

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	пневмония, карциноматоз, гистиоцитоз-Х	
Б	гамартохондрома, липома, периферический рак	+
В	абсцесс легкого, эмпиема плевры, плеврит	
Г	саркоидоз 3 стадии, фиброзирующий альвеолит, пневмокониоз	
Д	мезотелиома плевры, релаксация купола диафрагмы, плеврит	

Формирование туберкулем наблюдается у лиц с

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	с высокой вероятностью ВИЧ-инфицирования	
Б	с неадекватным назначением глюкокортикоидов	
В	с длительным приемом цитостатиков в анамнезе	
Г	с высокой естественной сопротивляемостью и иммунитетом	+
Д	с невысокой сопротивляемостью и отсутствием иммунитета	

Фиброзно-кавернозный и цирротический туберкулез легких нередко приводят к таким осложнениям, как...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	прободная язва желудка и 12-перстной кишки	
Б	амилоидоз внутренних органов, легочная недостаточность	+
В	формирование гистиоцитоза-Х	
Г	формирование синдрома Пиквика и дыхательной недостаточности	
Д	синдром голубых склер	

Течение фиброзно-кавернозного туберкулеза легких характеризуется чаще всего.

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	волнообразным или прогрессирующим течением	+
Б	частыми спонтанными ремиссиями	
В	длительным стабильным состоянием больного	
Г	неуклонным улучшением состояния больного	
Д	бессимптомно	

Частота туберкулезного плеврита среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания составляет...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	50-55 %	
Б	80-90 %	
В	1 - 2 %	
Г	22-25 %	
Д	3 - 6 %	+

По патогенезу поражения плевры при туберкулезе выделяют...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	плеврит аллергический, перифокальный и туберкулез плевры	+
Б	плеврит инфильтративный и фиброзный	
В	плеврит травматический и идиопатический	
Г	плеврит лекарственный и инфекционный	
Д	плеврит трансторакальный, перифокальный и перикостальный	

Вариант 2

При стабилизации туберкулезного плеврита в экссудате преобладают...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	эозинофилы	
Б	нейтрофилы	
В	лимфоциты	+
Г	базофилы	
Д	моноциты	

При плеврите верхняя граница выпота принимает горизонтальное расположение если...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	объем выпота более 1000 мл	
Б	объем выпота более 2000 мл	

В	выпот имеет серозный характер	
Г	выпот произошел впервые	
Д	в плевральную полость проникает воздух	+

Под термином дыхательная недостаточность принято понимать...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	нарушения бронхиальной проходимости	
Б	расстройства гемодинамики малого круга кровообращения	
В	нарушения вентиляции, транспорта и утилизации кислорода	+
Г	нарушения газотранспортной функции крови	
Д	нарушения тканевого метаболизма кислорода	

Патоморфологической основой силикотуберкулеза является...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	сочетание силикотических гранул с казеозом	
Б	сочетание экссудации в плевральную полость с кальцинатами	
В	сочетание силикотических и туберкулезных гранул	+
Г	сочетание гиперплазии мерцательного эпителия с кальцинатами	
Д	сочетание туберкулезной гранулемы с деформацией бронхов	

При силикотуберкулезе внутригрудные лимфатические узлы хорошо контурируются за счет...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	выраженного эмфизематозного фона легочного рисунка	
Б	их опухолеподобной гиперплазии до 5-10 см	
В	выраженного латерального смещения корней легких	
Г	краевой кальцинации или симптома "яичной скорлупы"	+
Д	разрушения близлежащей легочной ткани	

Диссеминированный туберкулез легких - клиническая форма туберкулеза, которая протекает с образованием множественных очагов. Для него характерно все приведенное, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	преимущественно продуктивного типа воспаления	
Б	нередко отмечается бациллемия	
В	источником бациллемии всегда является активный процесс в лимфатических узлах	+
Г	одновременно поражаются многие органы и системы	
Д	двустороннего симметричного поражения легких	

При хронических формах туберкулеза (диссеминированный, фиброзно-кавернозный) довольно часто электрокардиограмма обнаруживает:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ритм атрио-вентрикулярного сочленения	
Б	желудочковую экстрасистолию	
В	WPW-синдром	
Г	гипертрофию левых отделов сердца	
Д	гипертрофию правых отделов сердца	+

Узловая форма силикотуберкулеза характеризуется фокусами 2-4 см в диаметре и называется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	туберкулемой	
Б	силикотуберкулемой	+
В	мицетомой	
Г	гамартохондромой	
Д	силикомой	

Для силикотуберкулезной каверны типичны:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	четкость стенок на интактном легочном фоне	
Б	четкость стенок и подвижный горизонтальный уровень	
В	нечеткость стенок и бухтообразная форма	+
Г	нечеткость стенок и подвижный горизонтальный уровень	
Д	четкость стенок и наличие в просвете округлой тени	

Остро протекающий диссеминированный (милиарный) туберкулез легких приходится дифференцировать со всеми нижеперечисленными патологическими состояниями, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	тифозная или паратифозная группа инфекции	
Б	идиопатический гемосидероз легких	+
В	менингит	
Г	менингоэнцефалит	
Д	двусторонняя очаговая пневмония	

Что из себя представляет на рентгенограмме инфильтрат Ассмана?

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	лобит	
Б	сегментит	
В	перисцисурит	
Г	округлый инфильтрат	+
Д	казеозная пневмония	

На рентгенограмме небольшое количество очаговых теней средних и крупных размеров, малой интенсивности с нечеткими контурами называют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	очагами Абрикосова	+
Б	очагами Равич-Щербо	
В	очагами Гона	
Г	очагами Рабухина	
Д	очагами Рубинштейна	

Какая картина крови более характерна для активного туберкулезного процесса:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	анемия, высокий лейкоцитоз, лимфопения	
Б	лейкоцитоз, эозинопения, моноцитов	
В	анемия, умеренный лейкоцитоз, моноцитопения	
Г	умеренный лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз	+
Д	лейкопения, лимфопения, моноцитоз	

При дифференциальной диагностике туберкулеза от других легочных заболеваний необходимо в анамнезе учитывать:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	туберкулезный контакт, сопутствующие заболевания	+
Б	наличие аллергии	
В	острое начало с ознобами	
Г	нарушение функции внешнего дыхания	
Д	симптомы интоксикации	

Как дифференцировать реактивацию фиброзно-очагового туберкулеза от проявлений неспецифической инфекции в бронхах в его зоне?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	бронхоскопически	
Б	рентгенологически	

В	с помощью пробного лечения антибиотиками широкого профиля	+
Г	бактериологически	
Д	томографически	

Что является абсолютным доказательством туберкулезной природы инфильтрата в легких?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	острое начало	
Б	наличие влажных хрипов	
В	высокая СОЭ	
Г	наличие МБТ в мокроте	+
Д	высокий лейкоцитоз	

Для какого из заболеваний не характерно увеличение внутригрудных лимфатических узлов?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	первичных форм туберкулеза легких	
Б	вторичных форм туберкулеза легких	+
В	саркоидоза	
Г	лимфогранулематоза	
Д	пневмонии	

При какой клинической форме туберкулеза на рентгенограмме виден симптом "плакучей ивы"?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	очаговой	
Б	туберкулема	
В	инфильтративной	
Г	кавернозной	
Д	фиброзно-кавернозной	+

Укажите, какие по возрасту (интенсивности) очаги выявляются при подостром диссеминированном туберкулезе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	разные	
Б	одинаковые, средней интенсивности	+
В	одинаковые, высокой интенсивности	
Г	малой и средней интенсивности	
Д	высокой и средней интенсивности	

Укажите главный метод обследования больного в постановке диагноза острого диссеминированного туберкулеза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	физикальный	
Б	лабораторный	
В	рентгенологический	+
Г	бронхологический	
Д	иммунологический	

Вариант 3

Укажите характерные изменения крови при остром диссеминированном туберкулезе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	умеренный лейкоцитоз, сдвиг влево, лимфопения, умеренно увеличенная СОЭ (25-30 мм/час)	+
Б	гиперлейкоцитоз, сдвиг влево, лимфопения, СОЭ 50-60 мм/час	
В	лейкопения, лимфоцитоз, СОЭ 40-50 мм/час	
Г	анемия, пойкилоцитоз, лейкопения, СОЭ 30-40 мм/час	
Д	нормальная картина крови	

Какова наиболее частая последовательность смены жалоб при туберкулезном плеврите в первом периоде:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	интоксикационный синдром - боли в боку - одышка	+
Б	кашель - одышка - интоксикационный синдром	
В	кашель - одышка - боль	
Г	кровохарканье - интоксикационный синдром - одышка	
Д	одышка - влажный кашель — боль	

Укажите, какой из черепно-мозговых нервов наиболее редко поражается при туберкулезном менингите:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	зрительный	
Б	глазоотводящий	
В	глазодвигательный	
Г	лицевой	
Д	слуховой	+

Укажите, какие изменения корней характерны для хронического диссеминированного туберкулеза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	инфильтрация	
Б	деформация и подтягивание вверх	+
В	редукция	
Г	увеличение в размерах	
Д	полнокровие	

Укажите перкуторную картину в легких при подостром диссеминированном туберкулезе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	притупление перкуторного звука в межлопаточном пространстве	+
Б	легочный звук	
В	коробочный оттенок звука в межлопаточном пространстве	
Г	притупление л/звука чаще справа соответственно верхней доли	
Д	притупление легочного звука в нижних отделах с обеих сторон	

Скажите, какие по генезу каверны характерны для диссеминированных процессов:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	пневмониогенные	
Б	штампованные	+
В	бронхогенные	
Г	разные	
Д	бронхогенные и пневмониогенные	

Остаточные изменения, которые формируются после перенесенного туберкулеза у взрослых

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	фиброз, плотные очаги	+
Б	кальцинаты	
В	петрификаты	
Г	распространенный цирроз лёгкого	
Д	массивные плевральные шварты	

Что является абсолютным доказательством туберкулезной природы инфильтрата в легких?

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	постепенное начало	
Б	скудная аускультативная картина	
В	лимфопения и моноцитоз	
Г	наличие МБТ в мокроте	+
Д	умеренный лейкоцитоз	

Симптом "плакучей ивы" характерен для..

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	очагового туберкулеза	
Б	туберкулемы	
В	инфильтративного туберкулеза	
Г	кавернозного туберкулеза	
Д	хронического диссеминированного туберкулеза	+

При подостром диссеминированном туберкулезе при рентгенологическом обследовании выявляют очаги

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	разные	
Б	одинаковые, средней интенсивности	+
В	одинаковые, высокой интенсивности	
Г	малой и средней интенсивности	
Д	высокой и средней интенсивности	

Характерные изменения крови при остром диссеминированном туберкулезе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	умеренный лейкоцитоз, сдвиг влево, лимфопения, умеренно увеличенная СОЭ (25-30 мм/час)	+
Б	гиперлейкоцитоз, сдвиг влево, лимфопения, СОЭ 50-60 мм/час	
В	лейкопения, лимфоцитоз, СОЭ 40-50 мм/час	
Г	анемия, пойкилоцитоз, лейкопения, СОЭ 30-40 мм/час	
Д	нормальная картина крови	

Наиболее частая последовательность смены жалоб при туберкулезном плеврите в первом периоде:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	интоксикационный синдром - боли в боку - одышка	+
Б	кашель - одышка - интоксикационный синдром	

В	кашель - одышка - боль	
Г	кровохарканье - интоксикационный синдром - одышка	
Д	одышка - влажный кашель — боль	

Изменения корней, характерные для хронического диссеминированного туберкулеза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	инфильтрация	
Б	деформация и подтягивание вверх	+
В	редукция	
Г	увеличение в размерах	
Д	полнокровие	

Аускультативно при обострении цирротического туберкулеза выявляется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	жесткое дыхание, единичные сухие хрипы	
Б	везикулярное дыхание	
В	бронхиальное дыхание, разнокалиберные влажные хрипы и сухие хрипы	+
Г	амфорическое дыхание, влажные хрипы	
Д	жесткое дыхание, хрипов нет	

Для рентгенологического синдрома при подостром диссеминированном туберкулезе легких характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	крупные очаговые тени с нечеткими контурами	
Б	образование штампованных каверн в верхушечно-подключичных областях	+
В	тотальное поражение легких с образованием мелких очаговых теней 1-2 мм	
Г	мелкосетчатое усиление легочного рисунка	
Д	увеличение внутригрудных лимфатических узлов	

Изменения в ликворе типичные для туберкулезного менингита:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	снижение белка	
Б	снижение сахара и хлоридов	+
В	цитоз до тысяч клеток	
Г	выпадение грубо-дисперсных белков	
Д	повышение хлоридов	

Одышка при милиарном туберкулезе вызвана:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	выключением части легких из акта дыхания	
Б	обтурацией бронхов слизью	
В	спазмом бронхиол и бронхов	
Г	нарушением диффузии газов	+
Д	гипертензией малого круга кровообращения	

Для рентгенологического синдрома при хроническом диссеминированном туберкулезе характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	множественные мелкие очаговые тени, расположенные симметрично с обеих сторон	
Б	разный возраст очаговых теней, подтягивание корней легких кверху, деформация средостения	+
В	образование участков затемнения с нечеткими контурами	
Г	свободные от очагов верхушки	
Д	высокоинтенсивные очаговые тени с четкими контурами	

Окраска (прозрачность) спинномозговой жидкости при туберкулезном менингите:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	прозрачная (как "слеза")	+
Б	мутная, желтая	
В	мутная, серого цвета	
Г	геморрагическая	
Д	мутная, зеленого цвета	

Клиническое проявление характерное для туберкулезного менингита:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	отсутствие лихорадки	
Б	изменения со стороны черепно-мозговых нервов	+
В	быстрая обратная динамика процесса	
Г	отсутствие продромального периода	
Д	психические нарушения	

Вариант 4.

Характер дыхания при хроническом диссеминированном туберкулезе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ослабленное везикулярное	
Б	везикулярное	
В	жесткое	
Г	бронхиальное	+
Д	амфорическое	

Клинический признак типичный для туберкулезного менингита у детей раннего возраста:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	постепенное начало	
Б	субфебрильная температура	
В	быстрый переход процесса на вещество мозга	+
Г	переход на оболочки спинного мозга	
Д	длительный продромальный период	

Патоморфологический признак типичный для туберкулезного менингита:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	процесс локализован в области лобных долей мозга	
Б	милиарные бугорки на основании головного мозга	+
В	наличие объемного образования головного мозга	
Г	гнойный экссудат	
Д	быстрый переход процесса на вещество спинного мозга	

При дифференциальной диагностике метастатического и туберкулезного плеврита наибольшее диагностическое значение имеет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	удовлетворительное состояние больного	
Б	серозно-геморрагический характер жидкости	
В	трансформация жидкости из серозной в серозно-геморрагическую	+
Г	постепенное развитие заболевания	
Д	длительное сохранение жидкости на фоне терапии антибиотиками широкого спектра	

Остаточные изменения типичные для больных, перенесших туберкулезный менингит:

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки
----------	------------------	------------------

выбора ответа		правильного ответа
А	гидроцефалия	+
Б	снижение слуха	
В	нарушение равновесия и шаткость походки	
Г	нарушение сознания	
Д	расстройства речи	

Наиболее характерная аускультативная картина при остром диссеминированном туберкулезе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	везикулярное дыхание с влажными крупно пузырьчатыми хрипами в межлопаточном пространстве	
Б	жесткое дыхание и сухие разнокалиберные хрипы	
В	жесткое дыхание	+
Г	бронхиальное дыхание с локализованными влажными хрипами	
Д	ослабленное дыхание	

Наиболее типичные клинические проявления ограниченного подострого диссеминированного туберкулеза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	одышка при физической нагрузке, температурные свечи, цианоз	
Б	гектическая температура, потливость, боли в грудной клетке	
В	понижение аппетита, повышенная утомляемость, раздражительность	+
Г	кашель с небольшим кол-вом мокроты, цианоз, одышка, фебрильная температура тела	
Д	резкое похудание, нарастание одышки, слабости, появление отеков	

Туберкулиновая проба характерная для больного милиарным туберкулезом в разгар клинических проявлений:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	сомнительная	
Б	отрицательная	+
В	нормергическая	
Г	гиперергическая	
Д	положительная (нормергическая или гиперергическая)	

Динамика стетоаускультативных феноменов в 3-м периоде туберкулезного плеврита:

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	появление сухих свистящих хрипов на фоне ослабленного дыхания	
Б	появление тимпанита в н/отделах, усиление голосового дрожания	
В	исчезновение притупления в н/отделах, отчетливое выслушивание дыхания, нарастание шума трения плевры	+
Г	появление крепитирующих хрипов	
Д	появление экспираторного стридора	

Чувствительность к туберкулину при туберкулезном менингите по пробе Манту с 2ТЕ:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	0-1 мм	+
Б	везикуло-некротическая реакция	
В	10 мм	
Г	12 мм и более	
Д	17 мм и более	

Изменения со стороны зрительно-нервного аппарата не типичные для туберкулезного менингита:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	отек дисков зрительных нервов	
Б	застойные соски зрительных нервов	
В	катаракта	+
Г	хориоретинальные очаги	
Д	неврит зрительных нервов	

Размеры очагов при милиарном туберкулезе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	1-2 мм	+
Б	3-5 мм	
В	6 мм и более	
Г	1-2 и 3-5 мм	
Д	разные	

Для острого диссеминированного туберкулеза типичным путем диссеминации является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	лимфогенный	
Б	гематогенный	+

В	бронхогенный	
Г	аэрогенный	
Д	контактный	

Наиболее частая причина смерти больных с хроническим диссеминированным туберкулезом:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	легочно-сердечная недостаточность	+
Б	амилоидоз внутренних органов	
В	эмпиема плевральной полости	
Г	прогрессирование туберкулезного процесса	
Д	спонтанный пневмоторакс	

Состав плевральной жидкости характерный для туберкулезного плеврита:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	уд. вес более 1015; белок более 30 г/л, серозная жидкость лимфоцитарного характера	+
Б	уд. вес менее 1015; белок более 30 г/л, в мазке эритроциты 10-20	
В	уд. вес менее 1015, белок менее 30 г/л, серозная жидкость лимфоцитарного характера	
Г	уд. вес менее 1015, белок менее 30 г/л, экссудат геморрагического характера	
Д	уд. вес более 1015, белок более 30 г/л, жидкость мутного цвета, нейтрофильного состава	

Отличие туберкулезного менингита от вирусного серозного менингита:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	серозный характер ликвора	
Б	высокая температура	
В	наличие менингеальных симптомов	
Г	тяжесть состояния и медленная обратная динамика процесса	+
Д	высокий цитоз в ликворе	

Уменьшение в объеме обеих верхушек легких, наличие старых кальцинированных очагов, подтянутость корней кверху характерны для:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ранней туберкулезной интоксикации	
Б	подострого диссеминированного туберкулеза	
В	острого диссеминированного туберкулеза	
Г	хронического диссеминированного туберкулеза	+

Д	мягкоочагового туберкулеза	
---	----------------------------	--

Наиболее типичные для хронического диссеминированного туберкулеза рентгенологические признаки:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	двусторонность мономорфных очаговых теней	
Б	наибольшая густота расположения очагов в среднем и нижнем легочных полях	
В	полиморфные очаговые тени с вовлечением верхних отделов	+
Г	множественные петрификаты в обоих корнях	
Д	синдром сотового легкого	

Для рентгенологического синдрома при подостром диссеминированном туберкулезе характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	очаговые тени различных размеров и разной интенсивности	
Б	очаговые тени мелких размеров одинаковой средней интенсивности	
В	образование каверн в верхушечно-подключичных областях	+
Г	подтягивание корней кверху	
Д	воспалительное усиление легочного рисунка	

Частое вовлечение апикальной плевры в воспаление при легочном туберкулезе подтверждает:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	массивный цирроз легочной ткани	
Б	высокий удельный вес плевральных "шапочек" у лиц, перенесших туберкулез	+
В	субплевральная локализация туберкулезного процесса	
Г	симптом Горнера	
Д	симптом "плечо-рука"	

Вариант 5.

Основным методом, позволяющим верифицировать туберкулез кишечника является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ирригоскопия	
Б	колоноскопия	
В	обнаружение МБТ в кале	

Г	фиброгастроскопия	
Д	КТ органов малого таза	

Выберите правильную формулировку диссеминированного туберкулёза органов дыхания:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	двустороннее обширное затемнение лёгких очаговой структуры	
Б	тотальное одностороннее очаговое поражение лёгких с интерстициальным компонентом	
В	двустороннее распространённое поражение лёгких с преобладанием очаговых и интерстициальных изменений с обязательным вовлечением верхушек	+
Г	двустороннее затемнение верхних долей лёгких	
Д	двустороннее деструктивное поражение легких с обсеменением в нижние отделы	

Синдром милиарной диссеминации в лёгких требует проведения дифференциальной диагностики с

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	саркоидозом	
Б	экзогенно-аллергическим альвеолитом	
В	синдромом Гудпасчера	+
Г	лейомиоматозом	
Д	периферическим раком легкого	

Основным методом выявления туберкулеза, рекомендуемым ВОЗ является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	рентгенография органов грудной клетки	
Б	крупнокадровая флюорография	+
В	туберкулинодиагностика по пробе Манту	
Г	микроскопия мазка мокроты в учреждениях общемедицинской сети	+
Д	компьютерная томография	

У больного 45 лет клиника плеврального выпота. Обязательными методами обследования являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	компьютерная томография органов грудной клетки	
Б	линейные томограммы органов грудной клетки	
В	пункция плевральной полости (торакоцентез)	+

Г	белковый состав крови	
Д	биохимический анализ крови	

Бронхогенная диссеминация при туберкулёзе лёгких это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	рассеянное очаговое поражение лёгких вследствие распространения инфекции по бронхам из участков деструкции в лёгких или из внутригрудных лимфоузлов при формировании бронхо-лимфатического свища	+
Б	рассеянные очаговые поражения лёгких вследствие распространения инфекции из туберкулёзного очага в стенке бронха	
В	субтотальное симметричное двустороннее очаговое поражение легких	
Г	односторонняя диссеминация в нижних отделах лёгкого	
Д	распространённая диссеминация дистальных отделов лёгких с обеих сторон	

Наиболее достоверный рентгенологический признак, указывающий на туберкулёзный генез полости в лёгких:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	наличие горизонтального уровня жидкости	
Б	парная полоска дренирующего бронха	
В	бронхогенное обсеменение	+
Г	наличие секвестра	
Д	локализация полости	

Цирротический туберкулёз характеризуется следующими признаками:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	развитием распространённых фиброзных изменений в лёгких и плевре	+
Б	наличием крупных полостей распада	
В	обильным бактериовыделением	
Г	потерей активности туберкулёзного процесса	
Д	наличием мягких очаговых теней при отсутствии фиброза	

Косвенными рентгенологическими признаками туберкулеза бронха является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	эмфизема легких	

Б	усиление легочного рисунка	
В	спонтанный пневмоторакс	
Г	гиповентиляция и бронхогенное обсеменение без явлений деструкции в легких	+
Д	наличие полости распада	

кончателный диагноз туберкулеза почек устанавливают на основании:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	выделения из мочи туберкулезных микобактерий	+
Б	УЗИ почек	
В	результатов экскреторной урографии	
Г	положительных серологических реакций на туберкулез	
Д	провокационного (туберкулинового) теста	

Гектическая температура тела с большим размахом в течение суток характерна для:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	милиарного карциноматоза	
Б	саркоидоза	
В	милиарного туберкулеза	+
Г	бронхиолоальвеолярного рака	
Д	пневмокониоза	

Мелкоочаговая диссеминация, отличающаяся от остальных острым началом клинических проявлений:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	идиопатический фиброзирующий альвеолит	
Б	милиарный туберкулез	+
В	карциноматоз	
Г	саркоидоз	
Д	пневмокониоз	

Мономерные однотипные очаги на фоне ослабленного легочного рисунка, нормальных размеров корней, расположенные равномерно в верхних и средних легочных полях, характерны для:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	подострого диссеминированного туберкулеза	+
Б	очаговой пневмонии	
В	саркоидоза	
Г	пневмокониоза	

Д	карциноматоза	
---	---------------	--

Множественные полиморфные очаги с преимущественной локализацией в верхушечных и задних сегментах на фоне мелко-сетчатого рисунка и фиброзных изменений при отсутствии аденопатии характерны для:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	саркоидоза	
Б	пневмокониоза	
В	карциноматоза	
Г	хронического диссеминированного туберкулеза	+
Д	фиброзирующего альвеолита	

Основным отличием туберкулезной гранулемы от саркоидной является наличие:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	единичных клеткок Пирогова-Лангханса	
Б	эпителиоидных клетки	
В	лимфоцитов	
Г	казеоза	+
Д	плазматических клеток	

Одним из наиболее важных признаков вспышки туберкулеза легких является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	нарушение сна	
Б	кровотечение и кровохарканье	+
В	прибавка в весе	
Г	появление раздражительности	
Д	повышение артериального давления	

Туберкулез плевры, сопровождающийся накоплением гнойного экссудата, называется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	пневмоплевритом	
Б	эмпиемой	+
В	гемотораксом	
Г	пиопневмотораксом	
Д	мезотелиомой	

При отсутствии МБТ в мокроте единственно точным методом дифференциальной диагностики туберкулемы и периферического рака легких является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	бронхоскопия	
Б	томография	
В	торакотомия с биопсией легкого	+
Г	плевроскопия	
Д	торакоскопия	

Для активного туберкулезного процесса характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	анемия, высокий лейкоцитоз, лимфопения	
Б	лейкоцитоз, эозинопения, моноцитоз	
В	анемия, умеренный лейкоцитоз, моноцитопения	
Г	умеренный лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз	+
Д	лейкопения, лимфопения, моноцитоз	

При дифференциальной диагностике туберкулеза от других легочных заболеваний необходимо в анамнезе учитывать:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	туберкулезный контакт, сопутствующие заболевания	+
Б	наличие аллергии	
В	острое начало с ознобами	
Г	нарушение функции внешнего дыхания	
Д	симптомы интоксикации	

Вариант 6.

Бронхоскопическая картина фистулезной формы туберкулеза бронха:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ограниченный участок инфильтрации и гиперемии слизистой	
Б	наличие свища	+
В	ограниченный участок отека	
Г	резкий стеноз бронха	
Д	диффузное распространение гиперемии и отека	

При закрытии бронха на 1/3 его диаметра формируется:

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	ателектаз	
Б	пневмосклероз	
В	обсеменение	
Г	эмфизема	
Д	гиповентиляция	+

Форма туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, при которой корень имеет полициклические очертания:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	инфильтративная	
Б	малая	
В	фибринозная	
Г	туморозная	+
Д	язвенная	

Группа лимфатических узлов средостения чаще поражающаяся при туберкулезе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	подчелюстные	
Б	паховые	
В	бронхопульмональная	+
Г	парапищеводные	
Д	мезентериальные	

Сформированные полости на рентгенограммах проявляются картиной:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	затемнения	
Б	просветления	+
В	фокусной тени	
Г	линейной тени	
Д	интенсивной тени	

Бронхолегочное поражение необходимо дифференцировать:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	сегментарная пневмония	+
Б	опухоль	
В	неспецифическая аденопатия	
Г	плеврит	

Д	киста	
---	-------	--

Рентгенологическая картина лимфогенного обсеменения:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	участок затемнения	
Б	очаг с участком просветления	
В	редкие очаги по ходу сосудов в прикорневой зоне	+
Г	множественные просовидные очаговые тени	
Д	фиброз на ограниченном участке	

В настоящее время первичный туберкулезный комплекс начинается клинически у детей школьного возраста:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	по типу сепсиса	
Б	по типу ревматизма	
В	малосимптомно	+
Г	по типу пневмонии	
Д	по типу брюшного тифа	

Осложнение первичного туберкулезного комплекса, встречающееся у детей, не вакцинированных БЦЖ:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	bronхолегочное поражение	
Б	менингит	+
В	лимфогенное обсеменение	
Г	bronхогенное обсеменение	
Д	плеврит	

Первичный туберкулезный комплекс чаще всего приходится дифференцировать:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	с неспецифическими аденопатиями	
Б	с тимомегалией	
В	с лимфогранулезатозом	
Г	с очаговой пневмонией	+
Д	с феноменом широких сосудов корня и средостения	

Режим антибактериальной терапии у ребенка с бронхолегочным поражением при контакте с больным ШЛУ МБТ туберкулезом:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	Ш	
Б	IV	+
В	П	
Г	V	
Д	I	

Первичный туберкулезный комплекс – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	Очаговая тень, лимфангоит, расширение тени корня	+
Б	Деформация и размытость тени корня	
В	Очаговая тень на верхушке	
Г	Завуалированность просвета стлового бронха	
Д	Деструкция в легочной ткани	

Параспецифические реакции при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	сдавление непарной вены	
Б	узловатая эритема	+
В	битональный кашель	
Г	Симптом Франка	
Д	«барабанные палочки»	

При милиарном туберкулезе рентгенографически видны:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	очаговые тени средних размеров	
Б	«штампованные каверны»	
В	«просовидные» очаговые тени	+
Г	очаговые тени с тенденцией к слиянию	
Д	пороки развития легких	

Осложнение первичного туберкулезного комплекса, встречающееся у подростков:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	бронхолегочное поражение	
Б	распад первичного легочного аффекта	+
В	лимфогенное обсеменение	

Г	спонтанный пневмоторакс	
Д	ателектаз	

Большие остаточные изменения перенесенного первичного туберкулезного комплекса:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	Туберкулема по типу «тутовой ягоды»	+
Б	Очаг Гона	
В	Мелкий кальцинат в легочной ткани	
Г	Мелкие кальцинаты в корне легкого	
Д	Фиброз в пределах одного сегмента	

При ателектазе верхней доли средостение смещается:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	в сторону поражения	+
Б	в здоровую сторону	
В	занимает срединное положение	
Г	в брюшную полость	
Д	данных нет	

Туберкулезный менингит чаще наблюдается:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	в возрасте до 1 года	+
Б	в 3 года	
В	в 7 лет	
Г	10 лет	
Д	17 лет	

Фаза инкрустации солями извести:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	инфильтрации	
Б	рассасывания	
В	распада	
Г	уплотнения	+
Д	обсеменения	

Паратрахеальная группа при поражении специфическим процессом рентгенографически визуализируется как:

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	расширение корня легкого	
Б	расширение верхнего средостения	+
В	бесструктурность корней	
Г	лимфогенная диссеминация	
Д	завуалированностью межуточного бронха	

Вариант 7.

Осложненная форма первичного туберкулеза – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	туберкулез внутригрудных лимфатических узлов	
Б	первичный туберкулезный комплекс	
В	милиарный туберкулез	+
Г	очаговый туберкулез	
Д	туберкулема	

Первичный туберкулезный комплекс чаще развивается в период:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	поствакцинальной аллергии	
Б	первичного туберкулезного инфицирования	+
В	сомнительных туберкулиновых проб	
Г	отрицательных туберкулиновых проб	
Д	давнего туберкулезного инфицирования	

Косвенный признак туберкулеза бронха:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ателектаз	+
Б	наличие жидкости в плевральной полости	
В	первичная легочная каверна	
Г	наличие микобактерий туберкулеза в моче	
Д	гематогенное обсеменение	

Чувствительность к туберкулину при милиарном туберкулезе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	отрицательная	+
Б	сомнительная	
В	слабо выраженная	

Г	выраженная	
Д	гиперергическая	

Режим антибактериальной терапии у ребенка с туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов, осложненным бронхолегочным поражением:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	III	
Б	I	+
В	II	
Г	V	
Д	IV	

Иммунологическая реакция помогает в диагностике туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	проба Манту с 5 ТЕ	
Б	проба с ДИАСКИНТЕСТОМ	+
В	проба Пирке	
Г	проба Шика	
Д	проба Квейма	

Возможные изменения в общем анализе крови у больного с опухолевой формой туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	лейкоцитоз, лимфоцитоз, высокая СОЭ	
Б	умеренный лейкоцитоз, лимфопения, эозинофилия	+
В	лейкопения, анэозинофилия	
Г	лейкоцитоз, сдвиг влево до юных форм	
Д	изменений нет	

При закрытии бронха на 1/3 его диаметра формируется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ателектаз	
Б	пневмосклероз	
В	обсеменение	
Г	эмфизема	
Д	гиповентиляция	+

Стридорозное дыхание встречается при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	малая	
Б	инфильтративная	
В	туморозная	+
Г	фиброзная	
Д	язвенная	

Срок лечения больных с осложненным первичным туберкулезом:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	3 мес.	
Б	6 мес.	
В	8 мес.	
Г	12 мес.	+
Д	24 мес.	

Симптом отсутствующий при туберкулезе бронха:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	кашель	
Б	боли в грудной клетке	
В	одышка	
Г	одутловатость лица	+
Д	кровохарканье	

Бронхоскопия может выявить при малой форме туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	участок инфильтрации	
Б	свищ	
В	язва	
Г	грануляции	
Д	эндоbronхит	+

Вид осложнения первичного туберкулеза у детей:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа

А	кровотечение	
Б	туберкулез бронха	+
В	амилоидоз внутренних органов	
Г	кровохарканье	
Д	спонтанный пневмоторакс	

Признак, позволяющий отличить туберкулезный менингит от вирусного серозного:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	постепенное начало заболевания	+
Б	острое начало заболевания	
В	высокая температура	
Г	наличие менингеальных симптомов	
Д	тяжесть состояния	

Схема лечения первичного туберкулезного комплекса у подростка по I режиму в интенсивную фазу:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	изониазид фтивазид стрептомицин этамбутол	
Б	изониазид пиразинамид канамицин ПАСК	
В	изониазид стрептомицин рифампицин этамбутол	+
Г	изониазид рифампицин этамбутол	
Д	изониазид циклосерин ПАСК	

Дополнительный способ введения противотуберкулезных препаратов при поражении бронхиального дерева:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	внутривенно	
Б	внутримышечно	
В	лимфотропно	
Г	интратрахеально	+
Д	интракавернозно	

Причина распада первичного легочного аффекта:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	расплавление и отторжение казеозных масс	+
Б	отложение солей кальция	
В	развитие инкапсуляции	
Г	развитие гиалиноза	
Д	развитие бронхогенной диссеминации	

Отличие туберкулезного плеврита от синпневмонического:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	острота клинических проявлений	
Б	количество экссудата	
В	наличие симптома шума трения плевры	
Г	характер плевральной жидкости	+
Д	нормергическая чувствительность к туберкулину	

Рентгенографически гематогенная диссеминация характеризуется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	мелкими очаговыми тенями по всем полям легких	+
Б	очаговыми тенями в прикорневой зоне	
В	очаговыми тенями в нижних отделах легких	
Г	интенсивными тенями в корнях легких	
Д	множественными просветлениями	

Чувствительность к туберкулину при аллергическом плеврите:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	отрицательная	
Б	сомнительная	
В	слабо выраженная	
Г	умеренно выраженная	
Д	гиперергическая	+

Вариант 8.

Спинномозговую пункцию необходимо проводить при наличии следующих симптомов:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	кашель, головная боль	
Б	головная боль, лихорадка, кашель, насморк	
В	головная боль, лихорадка, тошнота, рвота (не связанная с приемом пищи)	+
Г	тошнота, рвота, боли в животе	
Д	головная боль, кашель, боли в животе	

Вид осложнения первичного туберкулеза:

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	кровотечение	
Б	казеозная пневмония	+
В	спонтанный пневмоторакс	
Г	амилоидоз внутренних органов	
Д	легочно-сердечная недостаточность	

Основные элементы рентгенологической картины при бронхогенном обсеменении:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	участок затемнения	
Б	группа очаговых теней в нижних отделах легких	+
В	множественные «просовидные» очаговые тени	
Г	группа очаговых теней в прикорневой зоне	
Д	кольцевидная тень	

Патогенетическое средство, применяемое в лечении туберкулезного менингита:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ингибиторы протеаз	
Б	«гемостатитки»	
В	глюкокортикоидные гормоны	+
Г	ксантины	
Д	туберкулин	

Бронхоскопическая картина инфильтративной формы туберкулеза бронхов:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	наличие свища	
Б	резкий стеноз бронха	
В	ограниченный участок отека	
Г	диффузная распространенность гиперемии и отека с вовлечением всех стенок бронхов	
Д	ограниченный участок инфильтрации и гиперемии слизистой	+

При полном закрытии бронха формируется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	гиповентиляция	
Б	ателектаз	+
В	эмфизема	
Г	пневмосклероз	

Д	обсеменение	
---	-------------	--

Вид осложнения первичного туберкулеза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	легочно-сердечная недостаточность	
Б	амилоидоз внутренних органов	
В	распад первичного легочного аффекта	+
Г	кровотечение	
Д	спонтанный пневмоторакс	

Косвенно свидетельствует о туберкулезе бронха:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ателектаз	+
Б	наличие жидкости в плевральной полости	
В	первичная легочная каверна	
Г	наличие микобактерий в плевральном экссудате	
Д	гематогенное обсеменение	

Туберкулиновая чувствительность при первичном туберкулезном комплексе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	отрицательная	
Б	сомнительная	
В	рост пробы на 3 мм	
Г	гиперергическая	+
Д	проба не ставится	

Оптимальная комбинация препаратов у больных с осложненным первичным туберкулезом при лечении в фазе продолжения с большими остаточными изменениями:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	стрептомицин+изониазид+этамбутол	
Б	изониазид+рифампицин	
В	рифампицин+стрептомицин+изониазид	
Г	стрептомицин+изониазид+пиразинамид	
Д	изониазид+рифампицин+этамбутол	+

Признак косвенно свидетельствующий о туберкулезе бронха:

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	гематогенное обсеменение	
Б	бронхогенное обсеменение	+
В	наличие жидкости в плевральной полости	
Г	первичная легочная каверна	
Д	наличие микобактерий туберкулеза в экссудате	

Причина распада первичного легочного аффекта:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	расплавление и отторжение казеозных масс	+
Б	отложение солей кальция	
В	развитие инкапсуляции	
Г	развитие гиалиноза	
Д	туберкулез бронха	

Бронхоскопическая картина рубцовой формы туберкулеза бронха:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	сужение просвета бронха	+
Б	гиперемия слизистой	
В	ограниченный участок инфильтрации и гиперемии слизистой	
Г	ограниченный участок отека	
Д	наличие свища	

Метод исследования, используемый при подозрении на туберкулез внутригрудных лимфатических узлов при стойкой гиперергии на ДИАСКИНТЕСТ:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	рентгеноскопия	
Б	бронхоскопия	
В	линейные томограммы	
Г	компьютерная томография	+
Д	медиастинография	

Чувствительность к туберкулину при туберкулезном менингите:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	0-1 мм	+
Б	2-4 мм	
В	10 мм	
Г	12 мм	

Д	17 мм и более	
---	---------------	--

Рентгенологическая картина лимфогенного обсеменения:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	участок затемнения	
Б	очаг с участком просветления	
В	редкие очаги в прикорневой зоне	+
Г	несколько очагов разного размера и интенсивности	
Д	множественные «просовидные» очаговые тени	

Длительность непрерывного лечения осложненного первичного туберкулеза у детей:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	6 мес.	
Б	8 мес.	
В	10 мес.	
Г	12 мес.	+
Д	24 мес.	

Нарушение бронхиальной проходимости возникает при:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	наличию жидкости в плевре	
Б	обтурации бронха	+
В	симптомах интоксикации	
Г	наличию экссудата в альвеолах	
Д	наличию петрифицированных лимфоузлов в корне	

Исход ателектаза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	рассасывание	+
Б	рубец	
В	очаг	
Г	спайка	
Д	распад	

Рентгенологическая картина гематогенного обсеменения:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа

А	участок затемнения	
Б	множественные «просовидные» очаговые тени	+
В	редкие очаги по ходу бронхов	
Г	несколько очаговых теней разного размера и интенсивности	
Д	очаг с участком просветления	

Вариант 9

Назовите, какая форма туберкулёза чаще выявляется при массовом флюорографическом обследовании, которое проводится с периодичностью 1 раз в год?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	инфильтративная	
Б	очаговая	+
В	кавернозная	
Г	фиброзно-кавернозная	
Д	цирротическая	

Что такое очаги Симона?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	очаговые тени в 6-м сегменте справа	
Б	инкапсулированные очаги в правой верхушке	
В	петрификаты в корне	
Г	2-х сторонние очаговые тени в верхушках легких, формирующиеся в результате гематогенного отсева при первичном туберкулёзе	+
Д	парааортальные кальцинаты	

Какой метод диагностики наиболее информативен при наличии в лёгком единичной округлой тени неизвестной этиологии?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	рентгенологический	
Б	бактериологический	
В	туберкулинодиагностика	
Г	морфологический	+
Д	бронхоскопический	

Какой автор впервые описал инфильтративный туберкулёз, характеризуя его как серую и желатинозную пневмонию?

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	Лаэннек	+
Б	Ассманн	
В	Редеккер	
Г	В.Л.Эйнис	
Д	В.А. Равич-Щербо	

Выберите, какое место в настоящее время занимает инфильтративный туберкулез в структуре заболеваемости:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	первое	+
Б	второе	
В	третье	
Г	четвертое	
Д	пятое	

Назовите основной феномен, лежащий в основе противотуберкулезной защиты?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	феномен Артюса	
Б	гиперчувствительность немедленного типа	
В	гиперчувствительность замедленного типа	+
Г	анафилаксия	
Д	цитотоксический	

С высокой продукцией какого медиатора иммунного ответа обычно ассоциируются симптомы туберкулезной интоксикации у больных казеозной пневмонией и тяжелыми формами инфильтративного туберкулеза легких?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	фактор некроза опухоли- β	
Б	фактор некроза опухоли- α	+
В	интелейкина 4	
Г	интерлейкина 5	
Д	интерферона- γ	

Какие изменения в общем анализе крови характерны для инфильтративного туберкулеза?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	лейкопения и моноцитоз	
Б	изменения отсутствуют	

В	умеренный лейкоцитоз, небольшой палочкоядерный сдвиг влево, лимфопения, ускоренная СОЭ	+
Г	гиперлейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево до юных форм.	
Д	эозинофилия, базофилия, токсическая зернистость нейтрофилов	

Укажите метод, которым чаще всего выявляют больных периферическим раком легкого?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	серологический	
Б	туберкулинодиагностика	
В	молекулярно-генетический	
Г	флюорографический	+
Д	по обращению	

Какой морфологический вариант периферического рака легкого наиболее неблагоприятен в прогностическом отношении?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	плоскоклеточный	
Б	аденокарцинома	
В	мелкоклеточный	+
Г	крупноклеточный	
Д	карциноид	

Из какой клинической формы туберкулеза чаще формируются туберкулемы типа заполненной каверны:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	очаговый	
Б	кавернозный	+
В	инфильтративный	
Г	диссеминированный	
Д	фиброзно-кавернозный	

Какая из анатомических классификаций туберкулем правильная:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	туберкулемы первичные, вторичные	
Б	гомогенные, слоистые, конгломератные	+
В	острые, подострые	
Г	хронические, острые	
Д	торпидные, острые	

При какой форме туберкулёза, из числа тех, что приведены ниже, может возникать бронхогенная каверна:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	инфильтративный туберкулез	
Б	туберкулема	
В	очаговый туберкулез легких	+
Г	диссеминированная форма туберкулеза легких	
Д	первичный туберкулезный комплекс	

Какие заболевания могут привести к формированию вторичных бронхоэктазов?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	абсцессы легкого	
Б	туберкулезные каверны	
В	обтурация бронха инородным телом	
Г	опухоль	
Д	все ответы правильные	+

Укажите форму туберкулёза из числа тех, что перечислены ниже, для которой характерно наличие в легочной ткани пневмониогенной полости:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	очаговый	
Б	туберкулема	
В	инфильтративный туберкулез	+
Г	диссеминированный туберкулез	
Д	цирротическая форма туберкулеза	

Какому заболеванию из числа тех, что перечислены ниже, соответствует появление у больного трехслойной гнойной мокроты с запахом:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	пневмония	
Б	кавернозный туберкулез	
В	гангрена	+
Г	злокачественная опухоль с распадом	
Д	открытая эхинококковая киста	

Укажите механизм формирования булл легкого?

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	облитерация главного бронха	
Б	облитерация кровеносного сосуда	
В	локальное нарушение проходимости бронхиол с образованием в них клапанного механизма, пропускающего воздух в направлении альвеол	+
Г	облитерация долевого бронха	
Д	замещение альвеол соединительной тканью	

Укажите, какая каверна с морфологической точки зрения наиболее характерна для фиброзно-кавернозного туберкулеза легких?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	эластическая	
Б	гематогенная	
В	"старая"	+
Г	бронхогенная	
Д	пневмониогенная	

Укажите внешний вид больного бронхоэктатической болезнью:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	румянец щек, герпес на губах	
Б	не изменен	
В	истощение, серо-землистый цвет кожных покровов, деформация грудной клетки	
Г	одутловатое лицо, утолщенные губы, деформация конечных фаланг рук и ног по типу «барабанных палочек»	+
Д	цианоз, бледность кожных покровов	

Укажите, какие морфологические изменения преобладают в стенке фиброзной каверны?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	неспецифические воспалительные изменения	
Б	грануляции	
В	казеозно-некротические массы	
Г	фиброзные изменения	+
Д	эпителизация стенки полости	

Вариант 10

В каких сегментах наиболее часто локализуется очаговый туберкулёз?

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	1-2	+
Б	3	
В	4-5	
Г	6	
Д	7-10	

Назовите, какие остаточные изменения формируются после перенесенного очагового туберкулёза легких у взрослых?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	фиброз, плотные очаги	+
Б	кальцинаты	
В	петрификаты	
Г	распространенный цирроз лёгкого	
Д	массивные плевральные шварты	

Какие очаги относятся к очаговому туберкулезу в фазе инфильтрации вторичного периода?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	оч. Гона	
Б	оч. Абрикосова	+
В	оч. Симона	
Г	оч. Ашофф-Пуля	
Д	оч. Грау	

У больных казеозной пневмонией с множественной лекарственной устойчивостью МБТ назначение ГКС нецелесообразно из-за возможности:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	развития язвы желудка	
Б	усиления остеопороза	
В	апоптоза иммунокомпетентных клеток и прогрессирования туберкулеза	+
Г	развития синдрома Иценго-Кушинга	
Д	усиления побочного действия противотуберкулезных препаратов	

Выберите характерные аускультативные симптомы инфильтративного туберкулеза легких:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
---------------------------------	------------------	--

А	жесткое дыхание	
Б	резко ослабленное дыхание	
В	бронховезикулярное дыхание и масса влажных хрипов	
Г	амфорическое дыхание	
Д	везикулярное дыхание	+

Укажите, о чем свидетельствует наличие эластических волокон в мокроте:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	бронхоэктазии	
Б	распад легочной ткани	+
В	отек слизистой бронха	
Г	наличие инфильтрации в легком	
Д	наличие хронического бронхита	

Наиболее частый исход инфильтративного туберкулеза типа лобита:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	полное рассасывание	
Б	образование ограниченного фиброза и плотных очагов	
В	цирроз доли	+
Г	образование фокусных теней	
Д	переход в кавернозный туберкулез	

При какой пневмонии откашливается вязкая, тягучая мокрота типа «черносмординового желе» с неприятным запахом пригорелого мяса?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	микоплазменной	
Б	хламидийной	
В	пневмококковой	+
Г	фридлендеровской	
Д	стрептококковой	

Рентгенологическая картина в виде фокусной тени гомогенной структуры с четкими контурами на неизменном легочном фоне более характерна для:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	туберкулемы	
Б	ложной бронхиальной кисты	+
В	аденомы	
Г	аспергиллемы	
Д	рака легкого	

В каких легочных сегментах чаще локализуются туберкулемы:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	2,6,7,8,9	+
Б	1,2,4,5,6	
В	1,2,6,10	
Г	4,5	
Д	4,5,7,8	

Укажите, какое проявление болезни из числа тех, что перечислены ниже характерно для кавернозной формы туберкулеза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	острое начало	
Б	озноб	
В	бессимптомное или малосимптомное проявление заболевания	+
Г	прогрессирующие исхудание	
Д	кашель с мокротой и неприятным привкусом во рту	

Что такое истинная киста легкого?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	порок развития, связанный с нарушением эмбриогенеза мелкого бронха	+
Б	исход перенесенных легочных заболеваний (каверны, абсцесса, пневмонии)	
В	дефект альвеолярной ткани легкого	
Г	дефект соединительно-тканной стромы легкого	
Д	не полностью зажившая санированная каверна	

Укажите прямой рентгенологический признак полости в легочной ткани из нижеперечисленных:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	наличие в легком горизонтального уровня	
Б	выявление участка затемнение с четкими контурами	
В	выявление бронхосудистой "дорожки" в сторону корня	
Г	выявление в легком участка просветления, окруженного замкнутым затемнением	+
Д	появление в легочной ткани очагов бронхогенного обсеменения	

Укажите, какое дыхание выслушивается над зоной локализации крупной сформированной каверны при условии ее хорошего сообщения с дренирующим бронхом:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	везикулярное	
Б	амфорическое	+
В	бронхиальное	
Г	везикобронхиальное	
Д	ослабленное везикулярное	

Укажите, какая исходная форма туберкулеза из числа тех, что перечислены ниже может перейти в кавернозный туберкулез легких:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	первичный туберкулезный комплекс	
Б	милиарный туберкулез легких	
В	инфильтративный туберкулез легких	+
Г	туберкулез внутригрудных лимфоузлов	
Д	цирротический туберкулез легких	

Какая форма распада обычно бывает у туберкулем?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	правильная круглая, овальная	
Б	щелевидная, серповидная	+
В	треугольная	
Г	множественная	
Д	лентовидная	

Выберите наиболее характерную рентгенологическую картину периферического рака легкого:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	субплеврально расположенная фокусная тень с фестончатым контуром и тяжем в сторону плевры	+
Б	фокусная тень с четкими контурами и очагами вокруг	
В	фокусная тень с четкими контурами на неизменном легочном фоне	
Г	фокусная тень с эксцентрично расположенной полостью распада	
Д	фокусная тень на измененном легочном фоне в виде ограниченного фиброза и усиления легочного рисунка	

Выберите причину, приводящую к распаду опухолевого узла:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	сдавление, прорастание или тромбоз кровеносных сосудов, питающих опухоль	+
Б	активация местного фибринолиза и расплавление опухолевого узла	
В	активация кининовых ферментов в опухоли	
Г	усиление крово- и лимфообращения в опухоли	
Д	нарушение оттока бронхиального содержимого	

Отметьте, какая из полостей, перечисленных ниже, склонна трансформироваться в фиброзную каверну:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	пневмониогенная	
Б	бронхогенная	+
В	гематогенная	
Г	санитарованная каверна	
Д	эластическая полость	

Укажите, какое осложнение ведет к почечной недостаточности у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	легочное кровотечение	
Б	спонтанный пневмоторакс	
В	амилоидоз внутренних органов	+
Г	неспецифический пиелонефрит	
Д	киста почки	

Комплект тестовых заданий к модулю 2 «Организация противотуберкулезной помощи и лечение больных туберкулезом»

Выберите один правильный ответ

Вариант 1.

В основу современной отечественной классификации туберкулостатиков положено...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	химическое строение препаратов	

Б	время их открытия	
В	побочное действие на органы и системы	
Г	влияние на микобактерию туберкулеза	+
Д	влияние на неспецифическую флору	

Наиболее эффективным и признанным во всем мире препаратом ГИНК является...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	рифампицин	
Б	изониазид	+
В	фтивазид	
Г	тизамид	
Д	пиразинамид	

Хорошо проникают в ограниченные и инкапсулированные образования (например, туберкулему)...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	стрептомицин, канамицин, виомицин	
Б	ПАСК, тибон, солютизон	
В	цикloserин, тибон, ПАСК	
Г	канамицин, цикloserин, ПАСК	
Д	этионамид, протионамид, пиразинамид	+

При лечении вялотекущих туберкулезных процессов назначение туберкулостатиков целесообразно дополнить...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	лидазой	+
Б	преднизолоном	
В	димедролом или тавегилом	
Г	коллагсотерапией	
Д	кокарбоксилазой	

При наложении лечебного или диагностического пневмоперитонеума перед введением воздуха необходимо убедиться, что игла локализована именно в брюшной полости. Для этого...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	проводится тонометрия плечевой артерии на вдохе	
Б	проводится лапароскопия	
В	проводят тонометрию водным манометром во время акта дыхания	+
Г	проводят тишайшую перкуссию желудка	

Д	манипуляцию проводят под контролем рентгеноскопии	
---	---	--

Комплексная химиотерапия первичного туберкулеза легких у детей при лечении по I режиму продолжается обычно...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	3 - 4 года	
Б	8-10 месяцев	+
В	2 - 3 месяца	
Г	6 - 7 месяцев	
Д	4 - 6 недель	

Иммуностимулирующий препарат, назначаемый без предварительного иммунологического обследования?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	тимоген	
Б	иммунофан	
В	ликопид	+
Г	тималин	
Д	тимопептин	

При лечении туберкулем используют метод стимуляции процесса, позволяющий избежать операции, который состоит в

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	назначении глюкокортикоидов	
Б	назначении тималина, декариса, диуцифона и др.	
В	назначении гамма-глобулинов	
Г	назначении туберкулина, пирогенала, ультразвук-терапии и др.	+
Д	назначении интерферона	

Депонирование крови при лечении легочного кровотечения обеспечивается с помощью

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	наложения венозных жгутов и инъекции атропина	+
Б	наложения артериальных жгутов и инъекции викасола	
В	постановки системы с эpsilon-аминокапроновой кислотой	
Г	наложения искусственного пневмоторакса	
Д	введение ганглиоблокаторов	

Применение эпсилон-аминокапроновой кислоты при легочном кровотечении основано на ее действии в качестве...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ингибитора фибринолиза	+
Б	стимулятора фибринолиза	
В	стимулятора тромбообразования	
Г	ингибитора тромбообразования	
Д	антагониста гепарина	

При лечении больного с легочно-сердечной недостаточностью необходимо помнить о химической и фармакологической несовместимости при внутривенном введении...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	сердечных гликозидов и физиологического раствора хлорида натрия	
Б	адреномиметиков и холиноблокаторов	
В	бета-адреномиметиков и кромогликат натрия (интала)	
Г	теофиллина и физиологического раствора хлорида натрия	
Д	сердечных гликозидов и теофиллина	+

При наличии туберкулемы с распадом показано хирургическое лечение

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	торакопластика	
Б	экстраплевральный пневмолиз	
В	сегментарная резекция легких	+
Г	пульмонэктомия	
Д	плеврэктомия	

Наиболее эффективным методом лечения больных с кавернозной формой туберкулеза является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	специфическая химиотерапия	
Б	лечебный пневмоторакс	
В	хирургическое лечение	
Г	лечебный пневмоперитонеум	+
Д	патогенетическая терапия	

Иммунотропный препарат, способствующий завершению фагоцитоза - это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ликопид	
Б	полиоксидоний	
В	тималин	
Г	глутоксим	+
Д	амиксин	

У больного активным туберкулезом в сочетании с ХОБЛ в стадии обострения препаратами выбора для неспецифической антибактериальной терапии являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	защищенные аминопенициллины	
Б	респираторные фторхинолоны и макролиды	+
В	аминогликозиды	
Г	цефалоспорины	
Д	карбопенемы	

Вид хирургического лечения, который применяется у пациентов с крупными, сублеврально расположенными кавернами и массивной зоной обсеменения?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	сегментарная резекция легкого	
Б	лобэктомия	
В	торакопластика	+
Г	плеврэктомия	
Д	пульмонэктомия	

Продолжительность интенсивной фазы химиотерапии при лечении больных туберкулезом по режиму I составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	1 мес.	
Б	2 мес.	+
В	5 мес.	
Г	3 мес.	
Д	2-3 нед.	

Комплексная химиотерапии туберкулеза в интенсивную фазу лечения по режиму II должна проводиться комбинацией ...

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	2-х препаратов	
Б	4-х	
В	3-х	
Г	5-ти препаратов	+
Д	количество препаратов определяется индивидуально	

Выберите из приведенных ниже, какие пациенты должны лечиться по III режиму химиотерапии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	больные распространенным туберкулезом легких и плевры	
Б	больные с рецидивом туберкулеза любой классификации	
В	больные с активным туберкулезом легких без бактериовыделения	+
Г	пациенты с туберкулезом любой локализации, у которых были обнаружены МБТ, устойчивые к изониазиду и рифампицину	
Д	больные тяжелыми формами внелегочного туберкулеза	

Длительность химиотерапии в фазу продолжения лечения по режиму III у взрослых составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	2 мес.	
Б	3 мес.	
В	6 мес.	
Г	4 мес.	+
Д	5 мес.	

Вариант 2.

Фаза продолжения лечения по режиму II у взрослых составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	2 мес.	
Б	3 мес.	
В	6 мес.	+
Г	9 мес.	
Д	8 мес.	

Больные тяжелыми формами внелегочного туберкулеза любой локализации должны лечиться по режиму

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки
----------	------------------	------------------

выбора ответа		правильного ответа
А	III	
Б	I	+
В	II "Б"	
Г	IV	
Д	II "А"	

По какому режиму химиотерапии должны лечиться больные неосложненными и нетяжелыми формами туберкулеза внелегочной локализации

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	I	
Б	IV	
В	III	+
Г	II "А"	
Д	II "Б"	

Какая комбинация химиопрепаратов должна применяться в фазу продолжения лечения по режиму лечения II

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	изониазид+рифампицин+циклосерин	
Б	рифампицин, пиразинамид, фторхинолон, этамбутол	+
В	изониазид+рифампицин	
Г	изониазид+протионамид+циклосерин	
Д	изониазид+пиразинамид	

По II режиму химиотерапии должны лечиться пациенты

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	впервые выявленные больные туберкулезом любой локализации	
Б	больные тяжелыми и распространенными формами внелегочного туберкулеза	
В	все больные с рецидивами	
Г	больные туберкулезом, у которых выявлена лекарственная устойчивость к изониазиду	+
Д	больные малыми формами туберкулеза легких без бактериовыделения	

Пациенты, имеющие лекарственную устойчивость к изониазиду, при сохраненной чувствительности к рифампицину должны лечиться по режиму

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки
----------	------------------	------------------

выбора ответа		правильного ответа
А	I	
Б	III	
В	II	+
Г	У	
Д	IV	

При лечении по режиму 5 и непереносимости моксифлоксацина, он может быть заменен на

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	спарфлоксацин	
Б	левофлоксацин	+
В	офлоксацин	
Г	гатифлоксацин	
Д	ципрофлоксацин	

Основным фактором, определяющим эффективность химиотерапии у ранее лечившихся больных является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	нормализация самочувствия	
Б	нормализация гемограммы	
В	рубцевание полостей распада	
Г	прекращение бактериовыделения	+
Д	стабилизация туберкулезного процесса	

При аллергических побочных реакциях, возникающих при химиотерапии необходимо:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	снижение суточных и разовых доз химиопрепаратов	
Б	временная отмена химиопрепаратов	
В	полная отмена препарата и замена его на препараты другой группы	+
Г	изменение путей введения антибактериальных препаратов	
Д	использование витаминотерапии	

Направление в горноклиматические курорты показано больным

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	всеми формами туберкулеза легких в фазе инфильтрации	
Б	всеми деструктивными формами туберкулеза легких	

В	ограниченными торпиднотекущими формами туберкулеза легких	+
Г	всеми формами туберкулеза легких с признаками легочно-сердечной недостаточности	
Д	генерализованным туберкулезом	

Противопоказанием к наложению искусственного пневмоторакса является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	казеозная пневмония	+
Б	инфильтративный туберкулез в фазе распада	
В	кавернозный туберкулез	
Г	ограниченный фиброзно-кавернозный туберкулез	
Д	плохая переносимость АБ терапии	

Показанием для пневмоперитонеума является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	очаговый туберкулез	
Б	туберкулез бронха	
В	деструктивные процессы в нижних долях легких независимо от клинической формы	+
Г	деструктивные процессы в прикорневой области	
Д	локализация каверн в верхушке легкого	

Показанием к проведению клапанной бронхоблокации является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	наличие фокусной тени в легочной ткани	
Б	конгломератно расположенные казеозные очаговые тени	
В	тонкостенные каверны и полости распада без выраженной перифокальной инфильтрации при диссеминированном и фиброзно-кавернозном туберкулезе и невозможности резекции легкого	+
Г	наличие зоны массивного цирроза	
Д	рубцовый стеноз бронха	

Общая длительность химиотерапии у больных активным туберкулезом легких в послеоперационном периоде должна составлять не менее

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	6 мес	
Б	8 мес	
В	10 мес	

Г	12 мес	+
Д	5 мес	

Длительность интенсивной фазы химиотерапии больных активным туберкулезом легких в послеоперационном периоде составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	4 мес	
Б	6 мес	+
В	8 мес	
Г	2 мес	
Д	5 мес	

Минимальный срок химиотерапии больных активным туберкулезом перед хирургическим лечением составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	4 мес	
Б	6 мес	
В	8 мес	
Г	2 мес	+
Д	5 мес	

В режим химиотерапии может быть назначен до получения теста на лекарственную устойчивость по результатам молекулярно-генетических методов (МГМ) в следующих случаях...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	МГМ выявлена устойчивость к изониазиду и рифампицину	
Б	МГМ выявлена устойчивость к изониазиду, рифампицину, фторхинолонам	+
В	МГМ выявлена устойчивость к стрептомицину, рифампицину, изониазиду	
Г	МГМ выявлена устойчивость к этамбутолу, рифампицину, изониазиду	
Д	МГМ выявлена устойчивость к рифампицину, изониазиду, канамицину	

При длительном назначении каких противотуберкулезных препаратов возрастает риск развития гипотиреоза?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	изониазид+рифампицин	

Б	изониазид+этамбутол	
В	этамбутол+призинамид	
Г	ПАСК+протионамид	+
Д	линезолид+бедаквилин	

Доза инъекционных препаратов группы аминогликозидов при лечении туберкулеза у пожилых пациентов (60-75 лет) составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	0,5 гр.	
Б	0,75 гр.	+
В	1,0 гр.	
Г	0,8 гр.	
Д	0,9 гр.	

У пациентов с активными судорожными состояниями, не поддающихся медикаментозному контролю нельзя применять...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	этамбутол	
Б	пиразинамид	
В	канамицин	
Г	стрептомицин	
Д	циклосерин/теризидон	+

Вариант 3.

Препарат, который не следует назначать при выраженной печеночной недостаточности?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	изониазид	
Б	этамбутол	
В	офлаксоцин	
Г	пиразинамид	+
Д	протионамид	

Минимальная длительность ИФ химиотерапии при лечении больных с малыми формами туберкулеза МБТ- по 4 режиму составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	8 месяцев	
Б	6 месяцев	+
В	12 месяцев	

Г	5 месяцев	
Д	4 месяца	

Второй режим химиотерапии больных туберкулезом включает комбинацию...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	изониазид, рифампицин, этамбутол, пиразинамид	
Б	изониазид, рифампицин, ПАСК, протионамид	
В	рифампицин, пиразинамид, этамбутол, фторхинолон, аминогликозид	+
Г	изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол, фторхинолон, аминогликозид	
Д	рифампицин, пиразинамид, этамбутол, фторхинолон, ПАСК	

Длительность интенсивной фазы лечения в послеоперационном периоде у больных с МЛУ

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	2 месяца	
Б	не менее 4 месяцев	
В	3 месяца	
Г	8 месяцев	
Д	не менее 6 месяцев	+

При сочетании туберкулеза и сахарного диабета нежелательно назначать

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	изониазид	
Б	рифампицин	
В	пиразинамид	
Г	протионамид	+
Д	ПАСК	

Доза изониазида у больных туберкулезом при сопутствующей почечной недостаточности составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	300 мг	+
Б	450 мг	
В	600 мг	
Г	150 мг	
Д	200 мг	

У пожилых пациентов (60-75 лет) изониазид назначают из расчета...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	10 мг/кг	
Б	15 мг/кг	
В	5 мг/кг	+
Г	8 мг/кг	
Д	12 мг/кг	

Противопоказанием для применения операции клапанной бронхоблокации является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	деструктивные изменения в легких	
Б	массивная зона обсеменения	
В	кровохарканье	
Г	воспалительные заболевания бронхов	+
Д	прогрессирование процесса	

Фаза продолжения стандартного 4 режима должна включать следующую комбинацию препаратов...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	авелокс, канамицин, ПАСК, протионамид	
Б	авелокс, ПАСК, протионамид, этамбутол	
В	левофлоксацин, пиперазид, ПАСК, протионамид	+
Г	левофлоксацин, капреомицин, ПАСК, пиперазид	
Д	авелокс, ПАСК, пиперазид, этамбутол	

Второй режим химиотерапии назначают больным активным туберкулезом при...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	МЛУ	
Б	при тяжелом, прогрессирующем и осложненном течении туберкулеза	
В	моноустойчивости МБТ к рифампицину	
Г	устойчивости МБТ к изониазиду, но сохраненной чувствительности к рифампицину	+
Д	полирезистентности, но сохраненной чувствительности к изониазиду	

При проведении лечения по фазе продолжение 1 режима в случае противопоказаний к назначению пиперазида, его заменяют на ...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	офлоксацин	
Б	протионамид	
В	цикloserин	
Г	этамбутол	+
Д	ПАСК	

Фаза интенсивной терапии по режиму 1 может быть продлена до 120 доз:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	при положительной клинико-рентгенологической динамике процесса	
Б	при нарушении больным режима лечения	
В	при отрицательных результатах микроскопии, но при отсутствии положительной клинико-рентгенологической динамики	
Г	при тяжелом и осложненном течении туберкулеза любой локализации	+
Д	при отрицательных результатах микроскопии и положительной клинико-рентгенологической динамике процесса	

Хорошо проникают в ограниченные и инкапсулированные образования (например, туберкулему)...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	стрептомицин, канамицин, виомицин	
Б	ПАСК, тибон, цикloserин	
В	цикloserин, тибон, капреомицин	
Г	канамицин, цикloserин, ПАСК	
Д	этионамид, протионамид, пиразинамид	+

При наличии у больного судорожного синдрома следует с осторожностью назначать...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	рифампицин	
Б	пиразинамид	
В	перхлорзон	
Г	этамбутол	
Д	изониазид	+

У больного туберкулезом, получающего лечение по первому режиму химиотерапии на коже лица, груди, спины появились высыпания типа *acne vulgaris*. Указанные изменения являются побочным действием:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	изониазида	+
Б	рифампицина	
В	пиразинамида	
Г	стрептомицина	
Д	этамбутола	

При выявлении лекарственной устойчивости к канамицину следует назначить...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	амикацин	
Б	стрептомицин	
В	капреомицин	+
Г	линезолид	
Д	бедаквилин	

Препаратами, снижающими всасывание фторхинолонов из желудочно-кишечного тракта, являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	противосудорожные препараты	
Б	препараты алюминия	+
В	препараты калия	
Г	витамины группы В	
Д	пробиотики	

Длительность лечения туберкулеза в сочетании с ВИЧ должна быть...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	не менее 6 месяцев	
Б	не менее 8 месяцев	
В	не менее 12 месяцев	+
Г	не менее 24 месяцев	
Д	не менее 10 месяцев	

Пятый режим химиотерапии назначают при

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	лекарственной устойчивости к изониазиду	
Б	лекарственной устойчивости к рифампицину	

В	МЛУ	
Г	ШЛУ	+
Д	сочетании туберкулеза и ВИЧ	

Специфическими для группы фторхинолонов нежелательными реакциями являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	гепатотоксичность	
Б	тендиниты	+
В	нейротоксичность	
Г	ототоксичность	
Д	атрофия зрительного нерва	

Вариант 4.

Второй режим химиотерапии должен быть назначен

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	больным с рецидивом заболевания	
Б	с тяжелыми, распространенными формами туберкулеза	
В	при возобновлении бактериовыделения на фоне приема 60-90 доз по режиму 1	
Г	пациентам с лекарственной устойчивостью к изониазиду	+
Д	больным с устойчивостью к изониазиду, рифампицину и другим препаратам	

При противопоказаниях к назначению этамбутола в фазу продолжения лечения по 3 режиму следует назначить

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	протионамид	
Б	ПАСК	
В	цикloserин	
Г	пиразинамид	+
Д	офлоксацин	

Наиболее эффективным противотуберкулезным препаратом 3 ряда является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	амоксиклав	
Б	кларитромицин	
В	имипенем	
Г	линезолид	+

Д	меропенем	
---	-----------	--

Наиболее часто встречающимся побочным действием циклосерина является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	гепатотоксичность	
Б	ототоксичность	
В	нефротоксичность	
Г	патология сердца и сосудов	
Д	нейропсихические расстройства	+

Суточная доза линезолида при лечении больных туберкулезом с весом 51-70 кг составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	300 мг	
Б	500 мг	
В	600 мг	+
Г	400 мг	
Д	1000 мг	

Наиболее частым побочным действием от применения амикацина является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ототоксичность	+
Б	гепатотоксичность	
В	диспептические расстройства	
Г	головная боль	
Д	дерматит	

Кларитромицин в составе комплексной терапии туберкулеза может быть назначен...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	пациентам с впервые выявленным туберкулезом	
Б	пациентам с рецидивом туберкулеза МБТ+	
В	пациентам с МЛУ туберкулезом	
Г	пациентам с ШЛУ туберкулезом	+
Д	пациентам с генерализованным туберкулезом и устойчивостью к изониазиду и стрептомицину	

Длительность фазы продолжения по 4 режиму ХТ составляет

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	8 месяцев	
Б	10 месяцев	
В	12-18 месяцев	+
Г	6 месяцев	
Д	24 месяца	

Стандартный 4 режим химиотерапии в фазу продолжения включает следующую комбинацию антибактериальных препаратов...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	изониазид, рифабутин, пиразинамид, протионамид, этамбутол	
Б	этамбутол, пиразинамид, протионамид, рифабутин	
В	левофлоксацин, пиразинамид, циклосерин, протионамид	+
Г	моксифлоксацин, этамбутол, пиразинамид, протионамид	
Д	этамбутол, протионамид, моксифлоксацин, бедаквилин	

Назначение циклосерина при туберкулезе показано:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	при лечении сочетания микобактериоза и туберкулеза	
Б	при наличии резистентности МБТ к изониазиду и рифампицину	+
В	при наличии туберкулеза и ВИЧ	
Г	при сопутствующей психической патологии	
Д	при непереносимости изониазида	

Укажите механизм действия изониазида на микробную клетку:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	конкурентное влияние на группу витамина В	
Б	нарушение синтеза молекулы РНК микобактерий туберкулеза	
В	повреждение протоплазматической субстанции микобактерий туберкулеза	
Г	блокада синтеза миколовых кислот в клеточной стенке микобактерий туберкулеза	+
Д	угнетение синтеза фолиевой кислоты микобактерий туберкулеза	

Длительность интенсивной фазы химиотерапии по 4 режиму составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	180 доз	
Б	240 доз	+

В	120 доз	
Г	260 доз	
Д	360 доз	

Стандартный 4 режим химиотерапии в интенсивную фазу включает следующую комбинацию антибактериальных препаратов

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	изониазид, рифабутин, пиразинамид, протионамид, этамбутол	
Б	канамицин, этамбутол, пиразинамид, протионамид, рифабутин	
В	капреомицин, левофлоксацин, пиразинамид, циклосерин, ПАСК, протионамид	+
Г	канамицин, моксифлоксацин, этамбутол, пиразинамид, протионамид	
Д	амикацин, этамбутол, протионамид, моксифлоксацин, бедаквилин	

Стандартный IV режим химиотерапии может быть назначен до получения результатов теста на лекарственную устойчивость в случае:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	прогрессировании процесса после получения 30 доз по 1 режиму химиотерапии	
Б	прогрессировании туб. процесса на фоне тяжелой сопутствующей патологии	
В	отрицательной клинико-рентгенологической картине и сохранении бактериовыделения после приема пациентом 60 доз по 3 режиму химиотерапии	
Г	при отрицательной клинико-рентгенологической картине и сохранении или возобновлении бактериовыделения после приема пациентом 90 доз по 1 или 3 режиму химиотерапии	+
Д	прогрессировании туберкулезного процесса на фоне плохой переносимости противотуберкулезных препаратов	

Показаниями к назначению феназида является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	сопутствующие эндокринные заболевания	
Б	сопутствующие заболевания печени	
В	плохая переносимость препаратов рифампицина	
Г	сочетание туберкулеза и гипохромной анемии	+
Д	лекарственная устойчивость к изониазиду	

У больного 42 лет в клинике сочетанной патологии инфильтративного туберкулеза S1-2 слева и хронической почечной недостаточности присутствуют анемия, задержка жидкости, гипертензивный синдром. Укажите оптимальную суточную дозу этамбутола:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	25 мг/кг	
Б	30 мг/кг	
В	15 мг/кг	+
Г	10 мг/кг	
Д	5 мг/кг	

Препарат, который не должен применяться при беременности...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	изониазид	
Б	этамбутол	
В	пиразинамид	+
Г	рифампицин	
Д	метазид	

Изониазид имеет перекрестную устойчивость с препаратом...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	стрептомицин	
Б	рифампицин	
В	рифабутин	
Г	протионамид	+
Д	бедаквилин	

Механизм действия ПАСК

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	конкурентное влияние на группу витамина В	
Б	нарушение синтеза молекулы РНК микобактерий туберкулеза	
В	повреждение протоплазматической субстанции микобактерий туберкулеза	
Г	блокада синтеза миколовых кислот в клеточной стенке микобактерий туберкулеза	
Д	угнетение синтеза фолиевой кислоты микобактерий туберкулеза	+

Впервые выявленным больным туберкулезом без бактериовыделения назначают режим химиотерапии...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа

А	1	
Б	2	
В	3	+
Г	4	
Д	5	

Вариант 5.

Основным показанием к лечению феназидом является...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	сочетание туберкулеза и гипохромной анемии	+
Б	сочетание туберкулеза и сахарного диабета	
В	сочетание туберкулеза и язвенной болезни желудка	
Г	сочетание туберкулеза и нарушений функции почек	
Д	сочетание туберкулеза и гепатита	

При лечении препаратом бедаквилин (сиртуро) ЭКГ следует повторять

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	через 3-4 недели от начала терапии	
Б	через 2 месяца лечения	
В	на 2, 12, 24 неделе лечения	+
Г	на 5-6 неделе лечения	
Д	перед началом терапии и через 3 недели	

У больного на фоне лечения по 4 режиму химиотерапии развилась клиника нейротоксического поражения: головокружение, дезориентация, сонливость, нарушение зрения, депрессия. Наиболее вероятно, указанная клиника представляет собой нежелательные реакции на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ПАСК	
Б	протионамид	
В	цикloserин	+
Г	лемефлоксацин	
Д	амикацин	

Нейротоксические реакции в виде головокружения, парестезий преимущественно свойственны:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	этамбутолу	

Б	изониазиду	+
В	протионамиду	
Г	капреомицину	
Д	рифампицина	

Отметьте недопустимую комбинацию препаратов:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	klarитромицин+азитромицин +пиразинамид+этамбутол+циклосерин	+
Б	изониазид + рифампицин + пиразинамид+этамбутол	
В	спарфлоксацин + амикацин +пиразинамид + этамбутол+ПАСК	
Г	амикацин +изониазид+рифабутин+этамбутол+klarитромицин	
Д	рифампицин +пиразинамид+капреомицин+этамбутол	

Гриппоподобный синдром (flu-синдром), выражающийся появлением периодов недомогания, познабливания, субфебрилитета, миалгий и усилением болей в суставах, при химиотерапии туберкулеза связан с приемом:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	изониазида	
Б	рифампицина	+
В	пиразинамида	
Г	этамбутола	
Д	стрептомицина	

Побочное действие препарата Сиртуро (бедаквилин) может быть обусловлено

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	нарушение обмена витаминов группы В	
Б	нарушение ферментативных процессов в цикле Кребса	
В	повышение свертываемости крови и склонность к тромбообразованию	
Г	удлинение интервала QT на ЭКГ	+
Д	нарушение белкового обмена	

Появление гепатотоксических реакций преимущественно связано с применением:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	фтивазид	
Б	метазида	+
В	рифампицина	
Г	этамбутола	

Д	протионамида	
---	--------------	--

Причиной неэффективности лечения больных туберкулезом может являться:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	хорошая переносимость противотуберкулезных препаратов	
Б	использование комбинированных противотуберкулезных препаратов	
В	интермитирующий режим приема препаратов	
Г	лекарственная чувствительность МБТ	
Д	лекарственная резистентность МБТ	+

Механизм действия этионамида и протионамида

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	конкурентное влияние на группу витамина В	
Б	нарушение синтеза молекулы РНК микобактерий туберкулеза	
В	повреждение протоплазматической субстанции микобактерий туберкулеза	
Г	блокада синтеза миколовых кислот в клеточной стенке микобактерий туберкулеза	+
Д	угнетение синтеза фолиевой кислоты микобактерий туберкулеза	

У больного на фоне лечения стрептомицином появились ототоксические реакции.

Правильной тактикой является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	заменить стрептомицин на амикацин	
Б	уменьшить дозу стрептомицина	
В	суточную дозу стрептомицина вводить в два приема	
Г	заменить стрептомицин на этамбутол	+
Д	назначить витамин В1 на фоне приема стрептомицина	

К неустранимым нежелательным реакциям, требующим отмены рифампицина следует отнести:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	транзиторное повышение трансаминаз	
Б	тошнота	
В	тромбоцитопеническая пурпура	+
Г	простой гриппоподобный синдром	
Д	окрашивание мочи в красный цвет	

При выявлении лекарственной устойчивости на стрептомицин при проведении химиотерапии по 1 режиму, следует его заменить на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	канамицин	
Б	амикацин	
В	капреомицин	
Г	этамбутол	+
Д	феназид	

На фоне проведения 1 режима химиотерапии у больного 57 лет возникла артралгия с поражением крупных (преимущественно правый плечевой) и мелких суставов, миалгия. Изменение самочувствия вероятнее всего связано с нежелательными реакциями на прием:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	изониазида	
Б	рифампицина	
В	рифабутина	
Г	пиразинамида	+
Д	этамбутола	

Для предупреждения нежелательных реакций этионамида, протионамида возможно использование:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	препаратов висмута и никотинамида	+
Б	аскорбиновой кислоты	
В	ингибиторов протонной помпы	
Г	ликопида	
Д	активированного угля	

В основу современной отечественной классификации туберкулостатиков положено...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	химическое строение препаратов	
Б	время их открытия	
В	побочное действие на органы и системы	
Г	влияние на микобактерию туберкулеза	+
Д	влияние на неспецифическую флору	

Наиболее эффективным и признанным во всем мире препаратом ГИНК является...

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	рифампицин	
Б	изониазид	+
В	фтивазид	
Г	тизамид	
Д	пиразинамид	

Хорошо проникают в ограниченные и инкапсулированные образования (например, туберкулему)...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	стрептомицин, канамицин, виомицин	
Б	ПАСК, тибон, солютизон	
В	цикloserин, тибон, ПАСК	
Г	канамицин, цикloserин, ПАСК	
Д	этионамид, протионамид, пиразинамид	+

При лечении вялотекущих туберкулезных процессов назначение туберкулостатиков целесообразно дополнить...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	лидазой	+
Б	преднизолоном	
В	димедролом или тавегилом	
Г	коллапсотерапией	
Д	кокарбоксилазой	

При наложении лечебного или диагностического пневмоперитонеума перед введением воздуха необходимо убедиться, что игла локализована именно в брюшной полости. Для этого...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	проводится тонометрия плечевой артерии на вдохе	
Б	проводится лапароскопия	
В	проводят тонометрию водным манометром во время акта дыхания	+
Г	проводят тишайшую перкуссию желудка	
Д	манипуляцию проводят под контролем рентгеноскопии	

Вариант 6

Какой автор впервые описал инфильтративный туберкулёз, характеризуя его как серую и желатинозную пневмонию?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	Лаэннек	+
Б	Ассманн	
В	Редеккер	
Г	В.Л.Эйнис	
Д	В.А. Равич-Щербо	

Главными клетками, осуществляющими защиту от туберкулезной инфекции являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	моноциты	
Б	нейтрофилы	
В	лимфоциты	+
Г	базофилы	
Д	эритроциты	

Назовите ключевой медиатор иммунного ответа, недостаточная продукция которого ведет к прогрессированию туберкулеза?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	фактор некроза опухоли- β	
Б	фактор некроза опухоли- α	
В	интерлейкина 4	
Г	интерлейкина 5	
Д	интерферона- γ	+

Следует помнить, что одышка - это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	неспецифический полиэтиологический синдром	+
Б	специфический признак дыхательной недостаточности	
В	специфический признак вентиляционной недостаточности	
Г	ранний специфичный признак гипоксемии	
Д	специфический признак альвеолярно-капиллярного блока	

Из какой клинической формы туберкулеза чаще формируются туберкулемы типа заполненной каверны:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	очаговый	
Б	кавернозный	+
В	инфильтративный	
Г	диссеминированный	
Д	фиброзно-кавернозный	

Круглый инфильтрат характеризуется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	малосимптомностью течения заболевания	+
Б	умеренно выраженными и затяжными клиническими проявлениями	
В	выраженными клиническими проявлениями	
Г	неуклонным прогрессированием процесса	
Д	большой эпидемиологической опасностью	

Какой возбудитель вызывает фридлендеровскую пневмонию?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	микоплазма	
Б	хламидии	
В	атипичные микобактерии	
Г	кокки	
Д	клебсиелла	+

Какая из анатомических классификаций туберкулем правильная:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	туберкулемы первичные, вторичные	
Б	гомогенные, слоистые, конгломератные	+
В	острые, подострые	
Г	хронические, острые	
Д	торпидные, острые	

При эффективном лечении облаковидного инфильтрата наблюдается:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	частичное рассасывание инфильтрата и образование плотных очагов	+

Б	формируется грубый участок пневмосклероза	
В	остаются буллы и локальная эмфизема	
Г	формируется фиброателектаз доли легкого	
Д	смещение органов средостения	

Активаторами Т-лимфоцитов при формировании противотуберкулезного иммунитета у больных инфильтративным туберкулезом являются.

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	макрофаги, выделяющие интерлейкин-1	+
Б	плазматические клетки, выделяющие интерлейкин-1	
В	эозинофилы, выделяющие иммуноглобулины	
Г	тучные клетки, выделяющие гистамин	
Д	эндотелиальные клетки, содержащие микобактерию	

Пневмониогенная полость формируется при наличии

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	очагового туберкулеза	
Б	туберкулемы	
В	инфильтративного туберкулеза	+
Г	диссеминированного туберкулеза	
Д	цирротического туберкулеза	

Нормальная плевра визуально...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	прозрачная тонкая блестящая	+
Б	непрозрачная блестящая	
В	белесоватая плотная неэластическая	
Г	тусклая белая	
Д	эластическая с выраженным сосудистым рисунком	

Морфологически размеры очагов при милиарном туберкулезе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	1-2 мм	+
Б	3-5 мм	
В	6 мм и более	
Г	1-2 и 3-5 мм	
Д	разные	

Уровень поражения сосудов при остром диссеминированном туберкулезе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	капилляры	+
Б	венулы	
В	вены	
Г	артериолы	
Д	крупные венозные стволы	

Морфологическая картина в виде: уменьшения в объеме обеих верхушек легких, наличие старых кальцинированных очагов, подтянутость корней кверху характерна для:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ранней туберкулезной интоксикации	
Б	подострого диссеминированного туберкулеза	
В	острого диссеминированного туберкулеза	
Г	хронического диссеминированного туберкулеза	+
Д	мягкоочагового туберкулеза	

При какой локализации сухой плеврит чаще протекает мало- или бессимптомно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	костальный	
Б	верхушечный	
В	междолевой	+
Г	диафрагмальный	
Д	косто-диафрагмальный	

Морфологически для милиарного туберкулеза характерны очаги...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	экссудативные	
Б	продуктивные	+
В	казеозно-некротические	
Г	фиброзные	
Д	кальцинированные	

При сочетании туберкулеза и сахарного диабета морфологически характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	отсутствие изменения легочного рисунка в легких	
Б	частое развитие туберкулем	+

В	обязательное наличие множественных деструкций в легких	
Г	лимфопения	
Д	обязательное вовлечение в патологический процесс лимфатической системы	

При диссеминированном процессе очаги формируются?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	на стенках бронхов	
Б	на стенках альвеол	
В	в межочечном пространстве	+
Г	на стенках сосудов	
Д	на стенках бронхов и сосудов	

Патоморфологическая картина - легкие уплотнены, молочно-белого цвета с белесоватыми узелками под плеврой, в плевральных полостях нередко хилезная жидкость - характерна для:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	лимфогранулематоза	
Б	идиопатического фиброзирующего альвеолита	
В	саркоидоза	
Г	пневмокониоза	
Д	лейомиоматоза	+

Вариант 7

Главными клетками, осуществляющими защиту от туберкулезной инфекции являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	моноциты	
Б	нейтрофилы	
В	лимфоциты	+
Г	базофилы	
Д	эритроциты	

Какая патоморфологическая картина характерна для летучих инфильтратов?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	продуктивное воспаление	
Б	казеоз, окруженный зоной перифокального воспаления	
В	казеоз отграниченный капсулой	

Г	серозное воспаление со значительным скоплением эозинофилов в альвеолах	+
Д	специфическая грануляционная ткань по ходу междолевой борозды	

Укажите, о чем свидетельствует наличие эластических волокон в мокроте:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	бронхоэктазии	
Б	распад легочной ткани	+
В	отек слизистой бронха	
Г	наличие инфильтрации в легком	
Д	наличие хронического бронхита	

В морфологической картине облаковидных инфильтратов преобладает зона:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	перифокального воспаления	
Б	казеоза	
В	специфической грануляционной ткани	
Г	казеоза и перифокального воспаления	+
Д	фиброза	

Исчезновение, каких клеток в общем анализе крови больных с прогрессирующим инфильтративным туберкулезом является неблагоприятным прогностическим признаком?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	эритроцитов	
Б	моноцитов	
В	лейкоцитов	
Г	базофилов	
Д	эозинофилов	+

Какой инфильтрат был описан Г.Р. Рубинштейном?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	округлый	
Б	облаковидный	+
В	лобит	
Г	бронхолобулярный	
Д	казеозная пневмония	

Кто из авторов предложил морфологическую классификацию туберкулем?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	М.М.Авербах	+
Б	А.Е.Рабухин	
В	А.Г.Хоменко	
Г	А.А.Приймак	
Д	А.В.Васильев	

Какие из перечисленных изменений в анализе крови могут быть при прогрессировании туберкулем?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	умеренный лейкоцитоз, умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, лимфопения, моноцитоз, ускоренная СОЭ	+
Б	высокий лейкоцитоз, лимфопения, ускоренная СОЭ	
В	умеренный лейкоцитоз, моноцитоз	
Г	анемия, лимфопения, ускоренная СОЭ	
Д	анемия, высокий лейкоцитоз, ускоренная СОЭ	

Назовите ключевой медиатор иммунного ответа, недостаточная продукция которого ведет к прогрессированию туберкулеза?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	фактор некроза опухоли-β	
Б	фактор некроза опухоли-α	
В	интелейкина 4	
Г	интерлейкина 5	
Д	интерферона-γ	+

Какая морфологическая форма рака лёгкого наиболее неблагоприятна в прогностическом отношении?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	плоскоклеточный рак	
Б	аденокарцинома	
В	мелкоклеточный	+
Г	крупноклеточный	
Д	мукоэпидермоидный рак	

Источником лимфогенной диссеминации при развитии туберкулеза кишечника являются

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	мезентеральные лимфатические узлы	+
Б	туберкулезные очаги в брюшине	
В	пораженные туберкулезом легкие	
Г	половые органы	
Д	мочевые пути	

Равномерное и симметричное распределение очагов характерно для одной из нижеперечисленных диссеминаций:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	острая пневмония	
Б	хронический диссеминированный туберкулез	
В	пневмокониоз	
Г	саркоидоз	
Д	милиарный туберкулез	+

Множественные очаги разрежения костной ткани в фалангах пальцев кистей и стоп характерны для:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	карциноматоза	
Б	лимфогранулематоза	
В	пневмокониоза	
Г	саркоидоза	+
Д	диссеминированного туберкулеза	

Диссеминация, которая не относится к гранулематозам:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	саркоидоз	
Б	гематогенно-диссеминированный туберкулез	
В	гистиоцитоз	
Г	пневмокониоз	
Д	лейомиоматоз	+

Для саркоидной гранулемы характерным морфологическим признаком является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	наличие экссудативного воспаления с перифокальной неспецифической реакцией	

Б	наличие гранулемы с гигантскими клетками Пирогова-Лангханса с казеозом в центре	
В	отсутствие в центре эпителиоидно-клеточной гранулемы творожистого некроза	+
Г	раннее развитие кольцевидного склероза с гиалинозом в зоне бластных клеток	
Д	гранулемы, располагаясь группами, сливаются между собой	

Типичные узелки, состоящие из концентрически или вихреобразно расположенных, частично гиалинизированных пучков соединительной ткани, характерно для:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	силикоза	+
Б	карциноматоза	
В	гистиоцитоза Х	
Г	хронического диссеминированного туберкулеза	
Д	хронического неспецифического заболевания легких	

Аденопатия не встречается при:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	саркоидозе	
Б	лимфогранулематозе	
В	пневмокониозе	
Г	острой пневмонии	
Д	идиопатическом фиброзирующем альвеолите	+

Обнаружение комплексов атипических клеток высокодифференцированной аденокарциномы характерно для:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	милиарного карциноматоза	
Б	бронхиолоальвеолярного рака	+
В	центральной бронхокарциномы	
Г	метастатического рака легких	
Д	саркоидоза	

Гранулемы, состоящие из гигантских многоядерных клеток с наклонностью к некротизации, характерны для:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	лейомиоматоза	
Б	гистиоцитоза Х	

В	гранулематоза Вегенера	
Г	диссеминированного туберкулеза	
Д	саркоидоза	+

Внутриальвеолярное расположение мелких кальцинатов характерно для:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	хронического диссеминированного туберкулеза	
Б	пневмокониоза	
В	легочного альвеолярного микролитиаза	
Г	карциноматоза	
Д	саркоидоза	+

Вариант 8.

Укажите морфологический характер очаговых теней при активном фиброзно-очаговом туберкулезе?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	экссудативный	
Б	фиброзный	
В	продуктивный	+
Г	кальцинированный	
Д	деструктивный	

Главными клетками, осуществляющими защиту от туберкулезной инфекции являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	моноциты	
Б	нейтрофилы	
В	лимфоциты	+
Г	базофилы	
Д	эритроциты	

Остаточные изменения, которые формируются после перенесенного очагового туберкулеза легких у взрослых

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	фиброз, плотные очаги	+
Б	кальцинаты	
В	петрификаты	
Г	распространенный цирроз лёгкого	
Д	массивные плевральные шварты	

Классическое строение туберкулезной гранулемы представляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	казеоз, лимфоциты, моноциты, эпителиальные клетки, гигантские клетки Пирогова-Лангханса, фибробласты	+
Б	лимфоциты, моноциты, эпителиальные клетки, гигантские клетки Пирогова-Лангханса, фибробласты	
В	лимфоциты, моноциты, эпителиальные клетки, фибробласты	
Г	казеоз, лимфоциты, моноциты, эпителиальные клетки, гигантские клетки Пирогова-Лангханса, нейтрофилы	
Д	лимфоциты, эозинофилы, базофилы, фиброз	

В основу клинико-рентгенологических вариантов инфильтратов положены

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	поражение бронха	
Б	степень выраженности специфического воспаления	
В	наличие ателектатических изменений	
Г	клинико-морфологические особенности	+
Д	только клинические проявления болезни	

Активаторами Т-лимфоцитов при формировании противотуберкулезного иммунитета являются...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	макрофаги, выделяющие интерлейкин-1	+
Б	плазматические клетки, выделяющие интерлейкин-1	
В	эозинофилы, выделяющие иммуноглобулины	
Г	тучные клетки, выделяющие гистамин	
Д	эндотелиальные клетки, содержащие микобактерию	

Бронхогенная каверна формируется из

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	инфильтративного туберкулеза	
Б	туберкулемы	+
В	очагового туберкулеза легких	
Г	диссеминированного туберкулеза легких	
Д	первичного туберкулезного комплекса	

Каверна с морфологической точки зрения наиболее характерная для фиброзно-кавернозного туберкулеза легких

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	эластическая	
Б	гематогенная	
В	фиброзная с толстыми стенками	+
Г	бронхогенная	
Д	пневмониогенная	

Морфология микобактерии характеризуется...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	высокой стабильностью строения и формы	
Б	наличием ундулирующей мембраны и жгутиков	
В	отсутствием ядра или ядерной субстанции	
Г	полиморфизмом	+
Д	высоким сходством с вирусами	

Общим свойством для L-форм микобактерий и БЦЖ-штамма микобактерий туберкулеза является...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	вирусоподобная структура	
Б	сниженная вирулентность возбудителя	+
В	наличие жгутиков	
Г	наличие ундулирующей мембраны	
Д	повышенная подвижность в жидких средах	

Клетки-эффекторы клеточного иммунитета при туберкулезе расположены в...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	в костном мозге и в периферической крови	
Б	в тканевой жидкости и в костном мозге	
В	в тимус-зависимых зонах селезенки и костном мозге	
Г	в тимус-зависимых зонах селезенки и лимфатических узлах	+
Д	в костном мозге и лимфатических узлах	

Переработку туберкулезного антигена и предъявление его иммунокомпетентным клеткам осуществляют...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	тромбоциты	

Б	эозинофилы	
В	тучные клетки	
Г	клетки Пирогова-Ланханса	
Д	макрофаги	+

Мономерные однотипные крупные очаги на фоне ослабленного легочного рисунка, нормальных размеров корней, расположенные равномерно в верхних и средних легочных полях, характерны для:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	подострого диссеминированного туберкулеза	+
Б	очаговой пневмонии	
В	саркоидоза	
Г	пневмокониоза	
Д	карциноматоза	

Опухолевидное образование, относящиеся к дисэмбриомам и являющиеся следствием порока эмбрионального развития зародышевой ткани – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	аденома	
Б	липома	
В	гамартохондрома	+
Г	фиброма	
Д	миома	

Туберкулез плевры, сопровождающийся накоплением гнойного экссудата, называется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	пневмоплевритом	
Б	эмпиемой	+
В	гемотораксом	
Г	пиопневмотораксом	
Д	мезотелиомой	

Диагноз туберкулеза брюшины верифицируют на основании

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	обзорной рентгенографии органов брюшной полости	
Б	ирригоскопии	
В	колоноскопии	
Г	результатов гистологического исследования операционного материала	+

Д	результатов ДСТ	
---	-----------------	--

К эпителиальным доброкачественным опухолям относятся

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	аденомы	+
Б	невриномы	
В	липомы	
Г	хондромы	
Д	ангиомы	

Цирротический туберкулёз характеризуется следующими признаками:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	развитием распространённых фиброзных изменений в лёгких и плевре	+
Б	наличием крупных полостей распада	
В	обильным бактериовыделением	
Г	потерей активности туберкулёзного процесса	
Д	наличием мягких очаговых теней при отсутствии фиброза	

С точки зрения иммунологов туберкулин это...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	мутаген	
Б	МРСА	
В	фактор миграции нейтрофилов	
Г	полный антиген	
Д	гаптен	+

Типичным исходом очагового туберкулеза является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	полное рассасывание очагов	
Б	частичное рассасывание с формированием фиброзных очагов	+
В	формирование туберкулемы	
Г	формирование кавернозного туберкулеза	
Д	формирование фиброзно-кавернозного туберкулеза	

Вариант 9.

Главными клетками, осуществляющими защиту от туберкулезной инфекции, являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	моноциты	
Б	нейтрофилы	
В	лимфоциты	+
Г	базофилы	
Д	эритроциты	

При проведении пробы Коха оценивают следующие виды реакций:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	раннюю и отсроченную	
Б	местную, общую и очаговую	+
В	острую и хроническую	
Г	локальную и местную	
Д	центральную и периферическую	

С точки зрения иммунологов туберкулин это...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	мутаген	
Б	МРСА	
В	фактор миграции нейтрофилов	
Г	полный антиген	
Д	гаптен	+

Наиболее часто туберкулез легких у взрослых локализуется в

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	3, 7 и 10 сегментах	
Б	1, 5 и 9 сегментах	
В	1, 2 и 6 сегментах	+
Г	2, 8 и 10 сегментах	
Д	3, 7 и 9 сегментах	

В основу современной отечественной классификации туберкулостатиков положено...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	химическое строение препаратов	
Б	время их открытия	

В	побочное действие на органы и системы	
Г	влияние на микобактерию туберкулеза	+
Д	влияние на неспецифическую флору	

Сформированная каверна имеет трехслойную стенку, которую составляют (изнутри наружу):

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	уровень гнойного содержимого, капсула, фиброзная ткань	
Б	казеозные массы, соединительная ткань, клетки воспаления	
В	тканевой детрит, фиброзная капсула, грануляционная ткань	
Г	слой лимфоцитов, слой макрофагов, эндотелий	
Д	казеозные массы, грануляционная ткань, соединительная ткань	+

По патогенезу поражения плевры при туберкулезе выделяют...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	плеврит аллергический, перифокальный и туберкулез плевры	+
Б	плеврит инфильтративный и фиброзный	
В	плеврит травматический и идиопатический	
Г	плеврит лекарственный и инфекционный	
Д	плеврит трансторакальный, перифокальный и перикостальный	

Морфологическая картина, которая не может быть отнесена к параспецифическим реакциям

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	диффузная и узелковая макрофагальная реакция	
Б	диффузная и узелковая лимфогистиоцитарная реакция	
В	неспецифические васкулиты	
Г	фиброидный некроз	
Д	гранулематоз, в центре гранулем - творожистый некроз	+

К факторам неспецифической защиты организма человека от МБТ относятся:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	У-интерферон	+
Б	противотуберкулезные антитела	
В	Т-лимфоциты	
Г	В-лимфоциты	
Д	клетки памяти	

В каких клетках происходит выработка противотуберкулезных антител:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	в фибробластах	
Б	в макрофагах	
В	в плазмоцитах	+
Г	в лаброцитах	
Д	в лимфоцитах	

Выберите нозологическую форму туберкулеза легких, которая чаще всего является основой для формирования цирротического туберкулеза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	очаговая	
Б	инфильтративная	
В	кавернозная	
Г	фиброзно-кавернозная	+
Д	диссеминированная	

Иммунотропный препарат, способствующий завершению фагоцитоза - это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ликопид	
Б	полиоксидоний	
В	тималин	
Г	глутоксим	+
Д	амиксин	

Какие утверждения верны?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	Морфологические особенности цирротического туберкулеза обусловлены поражением плевры	
Б	Морфологические особенности цирротического туберкулеза связаны с бронхолегочными изменениями	
В	Цирротическому туберкулезу присущи морфологические изменения со стороны других органов и систем	
Г	Морфологически цирротическому туберкулезу свойственно диффузное развитие соединительной ткани	+
Д	Цирротический туберкулез характеризуется казеозно-некротическими изменениями в легочной ткани	

Укажите, какая каверна с морфологической точки зрения наиболее характерна для фиброзно-кавернозного туберкулеза легких?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	эластическая	
Б	гематогенная	
В	"старая"	+
Г	бронхогенная	
Д	пневмониогенная	

Сформированная каверна имеет трехслойную стенку, которую составляют (изнутри наружу):

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	уровень гнойного содержимого, капсула, фиброзная ткань	
Б	казеозные массы, соединительная ткань, клетки воспаления	
В	тканевой детрит, фиброзная капсула, грануляционная ткань	
Г	слой лимфоцитов, слой макрофагов, эндотелий	
Д	казеозные массы, грануляционная ткань, соединительная ткань	+

Среди факторов местной защиты органов дыхания существенную роль играют

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	Т-лимфоциты	
Б	В-лимфоциты	
В	Ig E	
Г	секреторный Ig A	+
Д	натуральные киллерные клетки	

Укажите, какие морфологические изменения преобладают в стенке фиброзной каверны?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	неспецифические воспалительные изменения	
Б	грануляции	
В	казеозно-некротические массы	
Г	фиброзные изменения	+
Д	эпителизация стенки полости	

Укажите, какие по возрасту /интенсивности\ очаги выявляются при подостром диссеминированном туберкулезе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	разные	

Б	одинаковые, средней интенсивности	+
В	одинаковые, высокой интенсивности	
Г	малой и средней интенсивности	
Д	высокой и средней интенсивности	

Какие изменения корней характерны для хронического диссеминированного туберкулеза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	инфильтрация	
Б	деформация и подтягивание вверх	+
В	редукция	
Г	увеличение в размерах	
Д	полнокровие	

Кто из авторов предложил морфологическую классификацию туберкулем?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	М.М. Авербах	+
Б	А.Е. Рабухин	
В	А.Г. Хоменко	
Г	А.А. Приймак	
Д	А.В. Васильев	

Вариант 10.

Фактором риска развития туберкулеза является заболевание

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	гломерулонефрит	
Б	ишемическая болезнь сердца	
В	хронический синусит	
Г	сахарный диабет	+
Д	полинейропатия	

В основе постановки пробы с диаскин-тестом лежит:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	гиперчувствительность немедленного типа	
Б	гиперчувствительность замедленного типа	+
В	реакция антиген-антитело	
Г	феномен Артюса	
Д	аллергическая реакция	

Антигены используемые в пробе с диаскин-тестом...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	H37Rv	
Б	M. bovis	
В	ESAT-6+CFP-10	+
Г	H37Rv+ M. bovis (БЦЖ)	
Д	ППД-L	

Какой преимущественный тип воспаления присущ цирротическому туберкулезу?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	экссудативный	+
Б	продуктивный	
В	казеозный	
Г	смешанный	
Д	казеозно-некротический	

На вскрытии: верхушки легких на ощупь плотные, уменьшены в объеме. На разрезе стекает серо-бурая жидкость. Видна фиброзная тягистость, среди которой многочисленны, разных размеров полости с хорошо выраженной соединительнотканной капсулой в их стенке, в некоторых из которых содержится гной. Вокруг многочисленные очаги, пневмонические фокусы. В нижней доле слева свежие очаги. Бронхи и трахея содержат кровь. Причиной смерти больного явилось развитие:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ДВС-синдрома	
Б	спонтанного пневмоторакса	
В	легочного кровотечения	+
Г	ателектаза	
Д	бронхогенного обсеменения	

Микобактерии туберкулеза наиболее чувствительны:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	к высушиванию	
Б	к замораживанию	
В	к ионизирующему излучению	
Г	к ультрафиолетовому облучению	+
Д	к действию спиртов и щелочей	

Для туберкулезной каверны типичны:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	четкие контуры полостной тени на интактном легочном фоне	
Б	четкий внутренний и наружный контур и узкая зона (1-2 мм) замкнутого затемнения с очагами в прилежащей легочной ткани	+
В	нечеткие контуры и бухтообразная форма полостного образования	
Г	нечеткие контуры и широкая зона замкнутого затемнения более 0,5 см	
Д	четкость стенок и наличие в просвете округлой тени	

Патоморфологически для саркоидоза характерно наличие

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	альвеолита	
Б	гранулематоза с участками казеоза	
В	эпителиодно-клеточных гранулем без казеоза	+
Г	фиброза	
Д	клеток Пирогова-Лангханса	

Среди факторов местной защиты органов дыхания существенную роль играют

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	Т-лимфоциты	
Б	В-лимфоциты	
В	Ig E	
Г	секреторный Ig A	+
Д	натуральные киллерные клетки	

Инфильтратом Ассмана называют...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	лобит	
Б	сегментит	
В	перисциссурит	
Г	округлый инфильтрат	+
Д	казеозная пневмония	

Остаточные изменения, которые формируются после перенесенного туберкулеза у взрослых

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа

А	фиброз, плотные очаги	+
Б	кальцинаты	
В	петрификаты	
Г	распространенный цирроз лёгкого	
Д	массивные плевральные шварты	

Отложение извести в виде "яичной скорлупы" характерно для...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	саркоидоза	
Б	силикоза	+
В	туберкулеза	
Г	гистиоцитоза Х	
Д	гемосидероза	

Отрицательная проба Манту наиболее характерна для...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	туберкулеза	
Б	саркоидоза	+
В	аспергиллеза	
Г	пневмокониоза	
Д	карциноматоза	

Увеличение внутригрудных лимфатических узлов не характерно для...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	первичных форм туберкулеза легких	
Б	вторичных форм туберкулеза легких	+
В	саркоидоза	
Г	лимфогранулематоза	
Д	пневмонии	

Симптом "плакучей ивы" характерен для...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	очагового туберкулеза	
Б	туберкулемы	
В	инфильтративного туберкулеза	
Г	кавернозного туберкулеза	
Д	хронического диссеминированного туберкулеза	+

Изменения корней, характерные для хронического диссеминированного туберкулеза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	инфильтрация	
Б	деформация и подтягивание вверх	+
В	редукция	
Г	увеличение в размерах	
Д	полнокровие	

Патоморфологический признак типичный для туберкулезного менингита:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	процесс локализован в области лобных долей мозга	
Б	милиарные бугорки на основании головного мозга	+
В	наличие объемного образования головного мозга	
Г	гнойный экссудат	
Д	быстрый переход процесса на вещество спинного мозга	

Изменения сосудов, без которых диссеминированный туберкулез не может возникнуть:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	облитерация	
Б	повышение проницаемости и нарушение целостности	+
В	ангиоэктазы	
Г	тромбозы	
Д	спазм	

Главными клетками, осуществляющими защиту от туберкулезной инфекции, являются...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	моноциты	
Б	нейтрофилы	
В	лимфоциты	+
Г	базофилы	
Д	эритроциты	

Остаточные морфологические изменения типичные для больных, перенесших туберкулезный менингит:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	гидроцефалия	+
Б	архноидит	

В	отек вещества головного мозга	
Г	формирование объемного образования	
Д	некроз	

Методика оценивания тестирования

Количество правильно решенных тестовых заданий:

менее 70% - «неудовлетворительно»

71-79% - «удовлетворительно»

80-89% - «хорошо»

90% и выше – «отлично».

Перечень вопросов для проведения устного опроса на практическим занятиях модулей 1 и 2

1. Назовите виды микобактерий туберкулезного комплекса?
2. Что является основными биохимическими компонентами МБТ?
3. Что подразумевают под термином «устойчивость» МБТ к факторам внешней среды?
4. Что подразумевают под термином изменчивостью МБТ к факторам внешней среды?
5. Что такое L-формы МБТ?
6. Основные пути передачи туберкулезной инфекции?
7. Что такое воздушно-капельный путь передачи инфекции?
8. Что подразумевают под воздушно-пылевым пути передачи инфекции?
9. Что представляет собой алиментарный путь передачи туберкулезной инфекции?
10. Что представляет собой контактный путь передачи туберкулезной инфекции?
11. Что представляет собой внутриутробный путь передачи инфекции?
12. Опишите морфологическое строение туберкулезной гранулемы.
13. В чем преимущество культуральных исследования МБТ на жидких средах?
14. Иммунодиагностика туберкулеза. Определение.
15. Какой антиген используется в диаскинтесте?
16. Что такое тест СПОТ-ТБ?
17. Основные разделы клинической классификации туберкулеза.
18. Каким приказом утверждена отечественная классификация туберкулеза?
19. По каким признакам дается характеристика туберкулезного процесса при формулировании диагноза туберкулеза?
20. Какие фазы туберкулезного процесса указывают на его прогрессирование?
21. Какие фазы туберкулезного процесса, указывают на его обратное развитие?
22. В каком случае диагноз туберкулеза считается вероятным?
23. В каком случае диагноза туберкулеза считается установленным?
24. В каком случае диагноз туберкулеза считается верифицированным?
25. В какой срок после установления диагноза туберкулез пациент информируется об этом?
26. Какие бывают осложнения туберкулеза?
27. Какая форма статистической отчетности заполняется при впервые установленном диагнозе туберкулеза?
28. Какая форма статистической отчетности подается при впервые установленном бактериовыделении у больного туберкулезом?
29. Что означает понятие бактериовыделитель?
30. Международная статистическая классификация болезней.
31. Какие жалобы, относят к подозрительным на туберкулез?
32. Респираторная симптоматика свойственная туберкулезному поражению?

33. Назовите клинические формы первичного туберкулеза. Перечень заболеваний с которыми проводится дифференциальная диагностика первичных форм туберкулеза.
34. Характерные клинические проявления первичного туберкулезного комплекса.
35. Характерные рентгенологические признаки первичного туберкулезного комплекса.
36. Какие осложнения характерны для первичного туберкулезного комплекса?
37. Осложнения первичного туберкулеза.
38. Какие варианты туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов вы знаете?
39. Инфильтративный туберкулез ВГЛУ. Характерные признаки.
40. «Малые» варианты туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов. Характерные рентгенологические признаки.
41. Опухолевидный («туморозный») туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Клинические проявления.
42. Опухолевидный («туморозный») туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Рентгенологическая картина.
43. Осложнения туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов.
44. Отличие первичных форм туберкулеза от вторичных.
45. Назовите клинические формы вторичного туберкулеза.
46. Методы микробиологической диагностики туберкулеза, применяемые в противотуберкулезном учреждении.
47. Молекулярно-генетические методы, используемые в диагностике туберкулеза
48. Иммунологические методы диагностики туберкулеза.
49. Методы раннего выявления туберкулеза у детей и подростков.
50. Методы своевременного выявления туберкулеза у взрослых.
51. Лучевые методы, которые применяются в противотуберкулезном учреждении.
52. Определение очагового туберкулеза. Критерии постановки диагноза.
53. Дифференциальная диагностика очагового туберкулеза. Перечень заболеваний. Методы диагностики.
54. Определение инфильтративного туберкулеза легких.
55. Симптомы интоксикации, наиболее характерные для туберкулеза легких.
56. Дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза. Перечень заболеваний. Методы диагностики.
57. Определение туберкулемы.
58. Клинические варианты течения туберкулем.
59. Клинико-морфологическая классификация туберкулем.
60. Дифференциальная диагностика туберкулем. Перечень заболеваний. Методы диагностики.
61. Казеозная пневмония. Определение.
62. Характерные изменения в общем анализе крови при казеозной пневмонии.
63. Клинико-морфологические варианты казеозной пневмонии.
64. Дифференциальная диагностика казеозной пневмонии. Перечень заболеваний.
65. Назовите рентгенологические признаки, свойственные милиарному туберкулезу легких.
66. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика милиарного туберкулеза.
67. Гематогенно-диссеминированный туберкулез легких. Характерные рентгенологические признаки.
68. Клинические формы милиарного туберкулеза.
69. Подострый гематогенно-диссеминированный туберкулез легких. Характерные черты.
70. Хронический гематогенно-диссеминированный туберкулез легких. Клиническая картина.

71. Рентгенологические признаки хронической формы гематогенно-диссеминированного туберкулеза легких.
72. Определение кавернозного туберкулеза легких. Отличие его от фазы распада.
73. Какие клинические формы туберкулеза предшествуют возникновению кавернозного туберкулеза?
74. Благоприятные и неблагоприятные исходы кавернозного туберкулеза.
75. Что такое псевдотуберкулема? Из какой формы туберкулеза, чаще всего образуется псевдотуберкулема.
76. Характерные рентгенологические признаки фиброзно-кавернозного туберкулеза легких.
77. Клинические варианты течения фиброзно-кавернозного туберкулеза легких.
78. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика кавернозного туберкулеза.
79. Цирротический туберкулез легких. Характерные признаки.
80. Экссудативный плеврит. Клинико-морфологические варианты экссудативного плеврита.
81. Назовите основные формы туберкулеза бронхов и трахеи.
82. Что такое спонтанный пневмоторакс?
83. Характерная рентгенологическая картина спонтанного пневмоторакса?
84. Клинические признаки туберкулезного менингита.
85. Изменения спинномозговой жидкости, свойственные туберкулезному менингиту.
86. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика туберкулезного менингита?
87. Осложнения, которые могут наблюдаться при туберкулезном менингите?
88. Туберкулема мозга. Определение. Клинические проявления.
89. Особенности туберкулезного менингита у пациентов с ВИЧ-инфекцией.
90. Туберкулез кишечника. Локализация. Клинические и морфологические признаки.
91. Туберкулез брюшины.
92. Туберкулез брыжеечных (мезентериальных) лимфатических узлов.
93. Туберкулезный спондиллит. Клинические и рентгенологические признаки.
94. Туберкулез костей и суставов. Рентгенологические признаки туберкулезного остита.
95. Хронический деструктивный артрит туберкулезной этиологии. Туберкулезно-аллергические синовиты и артриты.
96. Виды остаточных изменений после перенесенного туберкулезного процесса.
97. В каких сегментах наиболее часто локализуется туберкулезный процесс?
98. Периферический рак легкого. Клинические проявления.
99. Характерные рентгенологические признаки периферического рака легкого.
100. Центральный рак легкого. Определение. Клинические проявления.
101. Характерная рентгенологическая картина при центральном раке легкого.
102. Какие методы диагностики применяются при подозрении на центральный рак легкого?
103. Методы морфологической диагностики периферического и центрального рака легкого.
104. Методы своевременного выявления туберкулеза у взрослых.
105. Организация профилактических осмотров на туберкулез здорового населения.
106. Нормативные документы, регламентирующие работу по своевременному выявлению туберкулеза.
107. Химиотерапия. Определение.
108. Цели массовой туберкулинодиагностики.
109. Цели индивидуальной туберкулинодиагностики.

110. Препараты туберкулина.
111. Техника проведения пробы Манту.
112. Оценка результатов пробы Манту.
113. Диаскинтест. Техника проведения.
114. Оценка результатов диаскинтеста.
115. Показания к проведению диаскинтеста.
116. Противопоказания к проведению диаскинтеста.
117. Группы риска по заболеванию легочным туберкулезом.
118. Экстренная помощь при спонтанном пневмотораксе.
119. Группы риска по заболеванию внелегочным туберкулезом.
120. Туберкулинодиагностика. Массовая и индивидуальная.
121. Дифференциальная диагностика поствакцинальной и постинфекционной аллергии.
122. Нормативные документы.
123. Профилактика туберкулеза. Виды. Противотуберкулезная санитарно-просветительная работа.
124. Факторы, направленные на сохранение здоровья населения. Питание. Климатотерапия.
125. Санаторно-курортное лечение туберкулеза.
126. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.15.0
127. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.15.1
128. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.15.2
129. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.15.3
130. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.16.0
131. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.16.1
132. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.16.5
133. Понятие латентной туберкулезной инфекции.
134. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.16.8
135. Примерная формулировка диагноза при активном туберкулез легких
136. Микроскопия мазка мокроты. Принцип. Кратность применения в учреждениях общей лечебной сети.
137. Люминесцентная микроскопия. Кратность применения в противотуберкулезных учреждениях.
138. Посевы биологического материала на жидкие питательные среды.
139. Посевы биологического материала на твердые питательные среды.
140. Лекарственная устойчивость. Первичная и вторичная.
141. Эпидемическое значение первичной и вторичной лекарственной устойчивости.
142. Микробиологические методы определения лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза.
143. Молекулярно-генетические методы определения лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза.
144. Множественная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза.
145. Пре широкая лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза
146. Широкая лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза.
147. Как часто проводится микробиологическое обследование пациента с туберкулезом в интенсивную фазу лечения?
148. Как часто проводится микробиологическое обследование пациента с туберкулезом в фазу продолжения?
149. В чем преимущество культуральных методов исследования перед микроскопией?
150. В чем преимущество молекулярно-генетических методов исследования?

151. В чем преимущество компьютерной томографии перед линейными томограммами?
152. Какие методы эндоскопического исследования используются наиболее часто а практическом здравоохранении?
153. Что такое латентная туберкулезная инфекция?
154. Какие биохимические исследования проводятся пациенту перед началом химиотерапии?
155. Понятие «рецидив» туберкулеза.
156. Понятие «заболевание» туберкулезом
157. Цирротический туберкулез легких. Определение.
158. Формы туберкулеза бронхов, трахеи, верхних дыхательных путей
159. Кониотуберкулез. Определение.
160. Генерализованный туберкулез. Определение.
161. Полиорганный туберкулез.
162. Реабилитация инвалидов
163. Основные направления реабилитации и абилитации инвалидов
164. Может ли родильница, больная туберкулезом легких кормить грудью новорожденного ребенка?
165. Особенности ведения пациентов больных туберкулезом с почечной недостаточностью.
166. Где проводиться родоразрешение беременных женщин больных туберкулезом легких.
167. Назовите основной метод выявления очагового туберкулеза.
168. Какие остаточные изменения формируются после перенесенного очагового туберкулеза легких.
169. Укажите размер теней в легких, которые можно отнести к очаговому туберкулезу легких.
170. Какие очаговые тени относят к мелким.
171. Какой морфологический характер очаговых теней при мягкоочаговом туберкулезе?
172. Какие очаговые тени относят к средним?
173. Укажите морфологический характер очаговых теней при фиброзно-очаговом туберкулезе?
174. Какова протяженность поражения легких при очаговом туберкулезе?
175. Какие очаговые тени относят к крупным?
176. Какие клинические проявления характерны для очагового туберкулеза?
177. Какой метод обследования позволяет окончательно решить вопрос об активности туберкулезного процесса?
178. Чем может быть вызвано кровохарканье при фиброзно-очаговом туберкулезе?
179. Какие остаточные изменения при очаговом туберкулезе относят к малым?
180. Назовите распространенность процесса при 2-хстороннем очаговом туберкулезе?
181. Какое начало свойственно очаговому туберкулезу?
182. Назовите основной генез возникновения очагового туберкулеза у взрослых.
183. Какие гематологические изменения характерны для очагового туберкулеза? - небольшой палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, нормальное или незначительное увеличение лейкоцитов, небольшое ускорение СОЭ.
184. Какие клинические формы туберкулеза относятся к своевременнов выявленным?
185. Прогноз при очаговом туберкулезе при своевременноначатом лечении?
186. Прогноз при очаговом туберкулезе при отсутствии лечения?

187. Какой внешний вид больных очаговым туберкулезом?
188. Назовите основные клинико-морфологические варианты инфильтративного туберкулеза легких?
189. Какая клиническая картина характерна для инфильтративного туберкулеза типа лобита?
190. Какая клиническая картина характерна для округлого инфильтрата?
191. Какая клиническая картина характерна для облаковидного инфильтрата?
192. Какие по возрасту (интенсивности) выявляются очаги при хроническом диссеминированном туберкулезе?
193. Главный метод обследования больного милиарным туберкулезом?
194. Характерные изменения корней при хроническом диссеминированном туберкулезе легких?
195. Какие по генезу каверны характерны для диссеминированного туберкулеза легких?
196. Где чаще располагаются каверны при диссеминированном туберкулезе легких?
197. Какое наиболее часто встречающееся осложнение наблюдается при диссеминированном туберкулезе легких?
198. Какой генез развития милиарного туберкулеза?
199. Какие клинико-морфологические варианты диссеминированного туберкулеза вы знаете?
200. Размеры очагов, свойственные милиарному туберкулезу?

Эталоны ответов на вопросы для проведения устного опроса модулей 1 и 2

Микобактерии туберкулезного комплекса включает *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. microti*, *M. canettii*, *M. caprae*, *M. pinnipedii*

1. Основными биохимическими компонентами микобактерий являются белки (туберкулопротеиды), углеводы (полисахариды), липиды (корд-фактор).
2. МБТ устойчивы к факторам внешней среды: они выдерживают нагревание до 80-90 °, низкие температуры до -260°, высушивание, устойчивы к большинству химических и физических факторов.
3. При неблагоприятных условиях МБТ теряют клеточную стенку и превращаются в кокковидные (округлые), ультрамелкие (фильтрующиеся) формы, способны к L-трансформации.
4. L-формы МБТ-это ультрамелкие, безоболочечные формы МБТ, которые способны длительно сохранять свою жизнеспособность внутри клетки.
5. Основные пути передачи туберкулеза (воздушно-пылевой, алиментарный, контактный, внутриутробный).
6. Воздушно-капельный путь передачи инфекции: при кашле, чихании, громком разговоре, пении или любом форсированном дыхании МБТ выделяются в окружающую среду.
7. Воздушно-пылевой путь передачи инфекции: МБТ накапливается в пыли помещений, в которых находился или находится больной туберкулезом в течение длительного времени.
8. Алиментарный путь передачи инфекции: МБТ, находящиеся в молоке, молочных продуктах, мясе животных, больных туберкулезом, могут стать причиной инфицирования и заболевания, особенно в детском возрасте. Входными воротами в таком случае становятся лимфатические узлы пищеварительного тракта.
9. Контактный путь передачи инфекции: МБТ могут накапливаться на предметах, которые использует больной туберкулезом. Для предотвращения этого пути передачи инфекции в очагах туберкулеза применяют дезинфекцию.

10. Внутриутробный путь: заражение происходит путем передачи инфекции от матери к плоду при поражении туберкулезом плаценты, встречается крайне редко.
11. Морфологическое строение туберкулезной гранулемы: казеоз, лимфоциты, макрофаги, гигантские многоядерные клетки Пирогова-Лангханса, эпителиоидные клетки, фибробласты.
12. Основным преимуществом культуральных исследований на жидких средах с помощью автоматизированных систем является сокращение сроков диагностики туберкулеза в 2-3 раза и повышением чувствительности на 10% по сравнению с традиционными методом культивирования на плотных питательных средах.
13. Иммунодиагностика туберкулеза подразумевает включение кожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении в комплексное клинико-лабораторное и рентгенологическое обследование пациента при отрицательных результатах микробиологического и молекулярно-генетического исследования.
14. Кожная проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (диаскинтест) содержит высоко специфические антигены (белок CFP10-ESAT6)
15. СПОТ-ТБ – это упрощенный вариант теста ELISPOT. он определяет реакцию на специфические антигены всех типов Т-клеток (CD4 и CD8)..
16. Классификация состоит из 4 разделов: клинические формы туберкулез, характеристика туберкулезного процесса, осложнения туберкулеза, остаточные изменения после излеченного туберкулеза.
17. Отечественная классификация туберкулеза утверждена приказом МЗ России № 109 от 21.03.2003.
18. Характеристика туберкулезного процесса дается по локализации, клинико-рентгенологическим признакам, по наличию или отсутствию бактериовыделения. Локализация и распространенность в легких по долям, сегментам.
19. На прогрессирование туберкулезного процесса указывают фазы инфильтрации, распада, обсеменения.
20. На обратное развитие заболевания указывают фазы рассасывания, уплотнения, рубцевания, кальцинации.
21. Диагноз туберкулеза считается вероятным при наличии симптомов подозрительных на туберкулез и положительной пробе с аллергеном туберкулезным рекомбинантным или других положительных тестов определения высвобождения гамма-интерферона.
22. Диагноз туберкулеза считается установленным, если у пациента имеются клинико-рентгенологические признаки заболевания, но отсутствует бактериовыделение и гистологическое подтверждение диагноза.
23. Диагноз туберкулеза считается верифицированным, если у пациента, наряду с клинико-лабораторными и рентгенологическими признаками туберкулеза идентифицированы МБТ любым микробиологическим и молекулярно-генетическим методом методом и/или получены результаты гистологического исследования.
24. Пациент информируется об установлении диагноза туберкулез в 3 дневный срок.
25. Осложнения туберкулеза: кровохарканье и легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, легочно-сердечная недостаточность, ателектаз, амилоидоз, свищи.
26. Форма статистической отчетности заполняется при впервые установленном диагнозе туберкулеза - 089-у
27. Форма статистической отчетности подается при впервые установленном бактериовыделении у больного туберкулезом №58.
28. Обнаружение микобактерий туберкулеза у пациента в мокроте, промывных водах бронха или биологических жидкостях, выделяющихся в окружающую среду

- любым стандартным микробиологическим методом при наличии клинико-рентгенологических данных активности процесса.
29. Международная статистическая классификация болезней. и проблем, связанных со здоровьем обеспечивает единство сбора и сопоставимость данных о здоровье населения, распространенности заболеваний и их эпидемиологии как в пределах одной страны, так и в разных странах.
 30. Жалобы подозрительные на туберкулез слабость, ночная потливость, снижение массы тела при нормальном аппетите, субфебрильная температура, преимущественно в вечернее время (более 3 недель) хорошо переносимая пациентом.
 31. Респираторная симптоматика свойственная туберкулезному поражению: кашель (длительностью более 2 недель), сухой или с небольшим количеством слизистой мокроты без запаха, кровохарканье, боль в грудной клетке, одышка.
 32. Клинические формы первичного туберкулеза (туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, первичный туберкулезный комплекс), дифференциальная диагностика проводится с лимфогранулематозом, лимфопролиферативными заболеваниями, пневмониями, тимомегалией, кистами легкого.
 33. Клинические проявления первичного туберкулезного комплекса. Он может протекать малосимптомно, а может давать симптомы туберкулезной интоксикации (слабость, потерю в весе, субфебрильную температуру в вечернее время, микрополиадению).
 34. Характерные рентгенологические признаки первичного туберкулезного комплекса участок затемнения легочной ткани (легочный аффект), дорожка к корню легкого, обусловленная лимфангоитом, увеличение размеров корня (лимфаденит)
 35. Осложнения, характерные для первичного туберкулезного комплекса (обширный инфильтрат с поражением сегмента или доли легкого, распад с образованием первичной каверны, туберкулез бронхов, ателектаз, лимфогенная или гематогенная диссеминация)
 36. Осложнения первичного туберкулеза (бронхолегочное поражение, гиповентиляция, ателектаз, туберкулез бронха, лимфогенная или гематогенная диссеминация, развитие внелегочных очагов, плеврит)
 37. Варианты туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов: малая, инфильтративная, опухолевидная.
 38. Инфильтративный туберкулез ВГЛУ характеризуется не только их увеличением, но и развитием инфильтративных изменений в прикорневых отделах. В клинической картине – симптомы интоксикации.
 39. «Малые» варианты туберкулеза ВГЛУ характеризуются незначительным их увеличением и диагностируются по «косвенным признакам»: снижение структуры тени корня, двойной контур срединной тени, обогащение легочного рисунка в прикорневой зоне на ограниченном участке. Умеренные симптомы туб. интоксикации.
 40. Опухолевидный («туморозный») туберкулез ВГЛУ – это вариант первичного туберкулеза, при котором преобладает казеозное поражение лимфатических узлов. Симптомы туб. интоксикации выражены, нередко осложненное течение.
 41. Рентгенологическая картина опухолевидного («туморозного») туберкулеза ВГЛУ корень расширен, бесструктурен, контуры выпуклые, бугристые, четкие.
 42. Осложнения туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов (бронхолегочное поражение, гиповентиляция, ателектаз, туберкулез бронха, диссеминация).
 43. Первичные формы туберкулеза отличаются от вторичного развитием гиперсенсебилизации, поражением лимфатической системы, генерализацией и частым появлением внелегочных форм заболевания.

44. Клинические формы вторичного туберкулеза (очаговый, инфильтративный, милиарный, диссеминированный, кавернозный, фиброзно-кавернозный, цирротический туберкулез, туберкулема).
45. Методы микробиологической диагностики туберкулеза, применяемые в противотуберкулезном учреждении люминесцентная микроскопия, посев на жидкие и твердые питательные среды.
46. Молекулярно-генетические методы, используемые в диагностике туберкулеза полимеразная цепная реакция в режиме реального времени, стриповые и картриджные технологии (Xpert/MTB/RIF) для выделения ДНК и определения чувствительности к изониазиду и рифампицину или как минимум к рифампицину.
47. Иммунологические методы диагностики туберкулеза – специфические диагностические тесты с применением аллергена туберкулезного, а также аллергена рекомбинантного и /или IGRA-тесты проводятся с целью выявления сенсибилизации организма (инфицирования) к микобактериям туберкулеза.
48. Методы раннего выявления туберкулеза у детей и подростков туберкулинодиагностика, постановка пробы с аллергеном рекомбинантным и /или IGRA-тесты
49. Методы своевременного выявления туберкулеза у взрослых флюорография, прямая микроскопия мазка мокроты с окраской по Циль-Нильсену.
50. Лучевые методы, которые применяются в противотуберкулезном учреждении рентгенография грудной клетки цифровая или аналоговая, спиральная компьютерная томография, ультразвуковое исследование легких и органов средостения.
51. Очаговый туберкулез легких характеризуется наличием очаговых образований до 1 см в диаметре продуктивного, экссудативного и казеозно-некротического генеза, локализующихся в одном или обоих легких и занимающих 1-2 сегмента.
52. Дифференциальная диагностика очагового туберкулеза проводится с внебольничной пневмонией. Методы диагностики: рентгенография грудной клетки, КТ органов грудной клетки, микробиологические методы.
53. Инфильтративный туберкулез легких характеризуется наличием в легких участков затемнения размером более 1 см в диаметре, преимущественно экссудативного характера с казеозным некрозом и наличием или отсутствием деструкции легочной ткани и бронхогенного обсеменения.
54. Длительная умеренно выраженная лихорадка, чаще субфебрильная, нарастающая в вечерние часы, хорошо переносимая, ночное потоотделение, немотивированная слабость, утомляемость, снижение массы тела, раздражительность.
55. Дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза проводится с пневмониями, центральным раком легкого. Для диагностики применяют лучевые методы, инструментальные (фибробронхоскопию), микробиологические и морфологические методы.
56. Туберкулема легких – это фокус казеозного некроза размером более 1 см в диаметре, окруженный фиброзной капсулой
57. Клинические варианты течения туберкулем стационарное, прогрессирующее, регрессирующее.
58. Клинико-морфологическая классификация туберкулем (казеома, слоистая, конгломератная)
59. Дифференциальная диагностика туберкулем. Проводиться с периферическим раком, доброкачественными опухолями легких, заполненными кистами, паразитарными кистами, одиночным метастазом.
60. Казеозная пневмония– это развитие специфического процесса с преобладанием казеозно-некротического воспаления, локализующегося в пределах доли легкого и

- более, для которого характерны тяжелое состояние пациента, выраженная интоксикация, обильное бактериовыделение.
61. Характерные изменения в общем анализе крови при казеозной пневмонии умеренный лейкоцитоз, умеренный палочкоядерный сдвиг влево, выраженная лимфопения, моноцитоз, значительное ускорение СОЭ.
 62. Клинико-морфологические варианты казеозной пневмонии (бронхо-лобулярная, лобарная, тотальная).
 63. Дифференциальная диагностика казеозной пневмонии с пневмококковой пневмонией, ковид-пневмонией, параканкротической пневмонией, деструктивными пневмониями другой этиологии.
 64. Рентгенологические признаки, свойственные милиарному туберкулезу легких – тотальное поражение обоих легких, мелкие 1-2 мм очаговые тени средней интенсивности, не сливающиеся, корень в процесс не вовлекается, легочный рисунок перекрывается очаговыми тенями.
 65. Острое течение с быстрой генерализацией в другие органы. Дифференциальная диагностика милиарного туберкулеза проводится с брюшным тифом, альвеолитами, милиарным карциноматозом.
 66. Характерные рентгенологические признаки гематогенно-диссеминированного туберкулеза: всегда двусторонний, обязательно вовлечены верхушки легких, корни легких интактны, по всем легочным полям множество очаговых теней, склонных к слиянию. Клинические формы милиарного туберкулеза.
 67. Клинические формы милиарного туберкулеза (легочная, тифоидная, менингеальная)
 68. Подострый гематогенно-диссеминированный туберкулез легких развивается постепенно, выраженные симптомы интоксикации, в легких однотипные очаговые тени средних и крупных размеров, преимущественно в верхне-средних отделах легких, могут быть «штампованные» каверны.
 69. Хронический гематогенно-диссеминированный туберкулез легких характеризуется волнообразным течением с наличием симптомов интоксикации в период вспышки и выраженным бронхолегочным синдромом (кашель, одышка), деформацией грудной клетки (западение над и подключичных ямок, сужение межреберных промежутков) развитием эмфиземы.
 70. В верхне-средних отделах легких множественные очаговые тени разной величины и интенсивности, каверны, подтягивание корней легких кверху, деформация бронхосудистого рисунка, признаки выраженного пневмосклероза, вторичные бронхоэктазы.
 71. Кавернозный туберкулез – это промежуточная форма и характеризуется наличием сформированной каверны с отсутствием выраженных фиброзных изменений в окружающей каверну легочной ткани. Контуры затемнения вокруг полости четкие, а ширина замкнутого затемнения вокруг полости не превышает 0,5 см.
 72. Инфильтративный туберкулез, очаговый и туберкулема.
 73. Благоприятный исход (рубцевание полости в виде линейного или звездчатого рубца), а неблагоприятный – трансформация процесса в фиброзно-кавернозный туберкулез.
 74. Псевдотуберкулема – это туберкулема в виде «заполненной» каверны. Чаще всего развивается из кавернозной формы туберкулеза при закрытии дренирующего бронха камнем, частицами мокроты или рубцевым стенозом.
 75. Характерные рентгенологические признаки фиброзно-кавернозного туберкулеза легких - старая каверна неправильной «бобовидной» формы, с четкими контурами, обусловленная фиброзом, в легких выраженный фиброз, деформация бронхосудистых пучков, смещение средостения, очаги бронхогенного отсева.

76. Различают два варианта течения ФКТ: 1) ограниченный и относительно стабильный фиброзно-кавернозный туберкулез, 2) прогрессирующий фиброзно-кавернозный туберкулез.
77. Дифференциальная диагностика кавернозного туберкулеза проводится с острым и хроническим абсцессом легкого, ретиционными и бронхогенными кистами, полостной формой периферического рака. паразитарными кистами (эхинококкоз).
78. Цирротический туберкулез легких характеризуется разрастанием грубой соединительной ткани в легких и плевре в результате инволюции фиброзно-кавернозного туберкулеза, хронического диссеминированного, инфильтративного туберкулеза типа «лобита», казеозной пневмонии.
79. Экссудативный туберкулезный плеврит. Скопление серозной или серозно-фибринозной жидкости в плевральной полости, жидкость является экссудатом с большим содержанием белка. Клинико-морфологические варианты экссудативного плеврита: аллергический, перифокальный, туберкулез плевры (эмпиема).
80. Три основные формы туберкулеза бронхов и трахеи: инфильтративная, язвенная и свищевая
81. Спонтанный пневмоторакс – это дефект висцеральной плевры и скопление воздуха между париетальным и висцеральным листком плевры.
82. Характерная рентгенологическая картина спонтанного пневмоторакса наличие контура поджатого легкого и участок, лишенный легочного рисунка.
83. Клинические признаки туберкулезного менингита: сильная головная боль, рвота без предшествующей тошноты, спутанность сознания, менингеальный синдром, застойные диски зрительных нервов, поражение черепно-мозговых нервов, парезы и параличи.
84. Изменения спинномозговой жидкости, свойственные туберкулезному менингиту: серозный характер преимущественно лимфоцитарного характера, со значительным снижением сахара и хлоридов, выпадение паутины.
85. Дифференциальная диагностика туберкулезного менингита проводится с серозными менингитами другой этиологии (вирусный, герпетический, вторичный менингит при пневмониях, при паротите, эпидемическим), с метастатическим поражением мозговых оболочек.
86. Осложнения, которые могут наблюдаться при туберкулезном менингите (гидроцефалия, кисты головного мозга, туберкулема головного мозга, арахноидит, атрофия дисков зрительных нервов, психические нарушения).
87. Туберкулема мозга - осумкованный очаг творожистого некроза в субкортикальных отделах ткани головного мозга или в мозговых оболочках. Клинически проявляется повышением внутричерепного давления и очаговой симптоматикой.
88. Особенности туберкулезного менингита у пациентов с ВИЧ-инфекцией (отсутствие головной боли, невыраженный менингеальный синдром, отсутствие поражения черепно-мозговых нервов, нормальное содержание сахара и хлоридов).
89. Туберкулез кишечника локализуется в илеоцекальной области, характеризуется бугорковыми высыпаниями на слизистой кишки. Инфильтративно-язвенный процесс - образованием язв. Клинически: интоксикация, боли, диспепсия, перитонит, кровотечения, непроходимость кишечника.
90. Туберкулез брюшины - бугорковые высыпания на брюшине. гематогенного генеза. Симптомы интоксикации отсутствуют. при появлении экссудата – интоксикация, диспепсия, потеря массы тела.
91. Туберкулез брыжеечных (мезентериальных) лимфатических узлов - в инфильтративной фазе воспалительная инфильтрация в мезентериальных лимфатических узлах без выраженных перифокальных явлений и симптомов интоксикации, в казеозно-некротической фазе – увеличение узлов с перифокальной реакцией и вовлечением брюшины.

92. Туберкулезный спондиллит – поражение тела позвонка. неопределенные боли в позвоночнике, ограничение подвижности позвоночника, натечные абсцессы, спинно-мозговые расстройства.
93. Туберкулез костей и суставов. Рентгенологические признаки туберкулезного остита – формирование очага специфического воспаления (локальный остеопороз) в эпифизе или метафизе одной из костей, образующих сустав.
94. Хронический деструктивный артрит туберкулезной этиологии - наличие очага деструкции в костной ткани в области эпифиза или метафиза трубчатой кости. Туберкулезно-аллергические синовиты и артриты- аллергическое воспаление, вызванное МБТ без морфологических признаков туберкулезного поражения.
95. Виды остаточных изменений после перенесенного туберкулезного процесса фиброзные, фиброзно-очаговые, буллезно-дистрофические, кальцинаты, плевропневмосклероз, рубцовые изменения в различных органах. Делятся на малые и большие.
96. Туберкулезный процесс наиболее часто локализуется в сегментах 1,2,6,10
97. Периферический рак легкого - злокачественное новообразование, которое развивается из сегментарных и субсегментарных бронхов. На ранней стадии протекает бессимптомно, выявляется чаще флюорографически.
98. Характерные рентгенологические признаки периферического рака легкого объемное образование с бугристыми или лучистыми контурами (симптом «раковой короны», у места впадения дренирующего бронха может быть «вырезка Риглера»
99. Центральный рак легкого. злокачественное новообразование легких, которое развивается из крупных бронхов (главных, долевых). Клинические признаки – кровохарканье, боли в грудной клетке, мучительный кашель с отделением слизистой мокроты, потеря в весе, лихорадка, анемия.
100. Характерная рентгенологическая картина при центральном раке легкого - расширение тени корня, гиповентиляция, ателектаз, параканкротная пневмония.
101. При подозрении на центральный легкого, прежде всего, показана фибробронхоскопия с биопсией и цитологическим исследованием.
102. Методы морфологической диагностики периферического и центрального рака легкого (фибробронхоскопия с биопсией, видеоторакоскопия с биопсией и гистологическим исследованием, диагностическая торакотомия с гистологическим исследованием)
103. Методы своевременного выявления туберкулеза у взрослых флюорография, прямая микроскопия мазка мокроты трехкратно.
104. Организация профилактических осмотров на туберкулез здорового населения и контроль за их проведением осуществляется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан и регламентируется Приказ №124н МЗ РФ от 06.06.2017, СанПИН 3.3686-21 от 28.01.2021
105. Нормативные документы, регламентирующие работу по своевременному выявлению туберкулеза (приказ МЗ РФ № 109 от 21.03.2003, СанПИН 3.3686-21 от 28.01.2021, методическими рекомендациями МЗ РФ «Туберкулез легких у взрослых» от 2022 года.
106. Химиотерапия – основной компонент лечения туберкулеза заключается в длительном применении комбинации лекарственных препаратов, подавляющих размножение МБТ (бактериостатический эффект) или уничтожение их в организме пациента (бактерицидный эффект)
107. Цели массовой туберкулинодиагностики (выявление «виража», гиперергических проб или усиления туб. чувствительности, отбор лиц на ревакцинацию БЦЖ, ранняя диагностика туберкулеза у детей и подростков, определение эпид. показателей

108. Цели индивидуальной туберкулинодиагностики: дифференциальная диагностика инфекционной и поствакцинальной аллергии, определение активности туб. процесса, оценка эффективности противотуберкулезного лечения
109. Препараты из антигенов МБТ или культуральных фильтратов. Для туберкулинодиагностики- 1) аллерген туберкулезный очищенный (ППД) в стандартном разведении, 2) аллерген туберкулезный очищенный сухой для диагностики туберкулеза в ПТУ и 3) диагностикум эритроцитарный туберкулезный, антигенный сухой для лабораторной диагностики.
110. Техника проведения пробы Манту. Строго внутрикожно специально обученной мед.сестрой, шприцы туберкулиновые, иглы № 0845, набирают из ампулы 0,2 мл туберкулина и вводят 0,1 мл медленно до образования папулы в виде «лимонной корочки» размером 7-9мм.
111. Оценка результатов пробы Манту проводится через 72 часа, оценивается врачом или специально обученной мед. сестрой, измеряют размер папулы горизонтально прозрачной миллиметровой линейкой.
112. Диаскинтест. Техника проведения. Строго внутрикожно специально обученной мед.сестрой, шприцы туберкулиновые, иглы № 0845, набирают из ампулы 0,2 мл аллергена туберкулезного рекомбинантного и вводят 0,1 мл медленно до образования папулы в виде «лимонной корочки» размером 7-9мм.
113. Оценка результатов диаскинтеста. проводится через 72 часа, оценивается врачом или специально обученной мед. сестрой, измеряют размер папулы горизонтально прозрачной миллиметровой линейкой.
114. Показания к проведению диаскинтеста: диагностика, дифференциальная диагностика туберкулеза, диф. диагностика инфекционной и поствакцинальной аллергии, контроль за эффективностью лечения.
115. Острые и хронические заболевания в период обострения, аллергические реакции, эпилепсия, карантин по инфекционным заболеваниям, кожные заболевания.
116. Группы риска по заболеванию легочным туберкулезом (больные ХОБЛ и другими хроническими бронхолегочными заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией, сахарный диабетом, язвенной болезнью желудка и 12-типерстной кишки).
117. Экстренная помощь при клапанном спонтанном пневмотораксе - дренирование плевральной полости (пассивная аспирация (дренаж по Бюлау), активная аспирация воздуха с помощью электроотсосов).
118. Группы риска по заболеванию внелегочным туберкулезом (больные с хроническими заболеваниями мочеполовой системы не установленной этиологии, женщины, страдающие бесплодием, особенно первичным, хроническими воспалительными заболеваниями женской половой сферы, больные хроническими артритами, артрозами, дети с нарушением осанки, болями в животе неясной этиологии).
119. Туберкулинодиагностика – диагностический тест для определения специфической сенсибилизации организма к микобактериям туберкулеза. Применяется при массовых обследованиях населения на туберкулез (массовая туберкулинодиагностика) или индивидуальных обследованиях (индивидуальная туберкулинодиагностика)
120. Дифференциальная диагностика поствакцинальной и постинфекционной аллергии.
121. Применяется тест с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (диаскинтест)-внутрикожная проба. Оценка через 72 часа.
122. Профилактика туберкулеза – предупреждение распространения МБТ и развития заболевания. Специфическая (вакцинация) и неспецифическая.

123. Факторы, направленные на сохранение здоровья населения. Питание. Климатотерапия. Сбалансированное, калорийное питание, с достаточным содержанием белка. Хорошие материально бытовые условия. Санаторное лечение.
124. Санаторно-курортное лечение туберкулеза – важный этап лечения больных туберкулезом, который осуществляется в санаториях Южного берега Крыма, горных, степных и местных курортах.
125. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.15.0 Туберкулез легких, подтвержденный бактериоскопически с наличием или отсутствием роста культуры
126. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.15.1 Туберкулез легких, подтвержденный только ростом культуры
127. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.15.2 Туберкулез легких, подтвержденный гистологически
128. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.15.3 туберкулез легких, подтвержденный неуточненными методами, но без бактериологического или гистологического подтверждения
129. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.16. туберкулез легких при отрицательных результатах бактериологических и гистологических исследований
130. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.16.1 туберкулез легких без проведения бактериологических и гистологических исследований.
131. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.16.5 туберкулезный плеврит без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении
132. Понятие латентной туберкулезной инфекции.- это отсутствие клинико-рентгенологических признаков туберкулеза при наличии положительных результатов диаскинтеста или IGRA- тестов.
133. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.16.8 туберкулез других органов без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении
134. Инфильтративный туберкулез С1,2 верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения МБТ-
135. Микроскопия мазка мокроты основана на кислото-спирто, щелочеустойчивости МБТ. Красители карболовый фуксин и метиленовая синька. Обычный бинокулярный микроскоп. Проводиться 3кратно за 2 дня.
136. Люминесцентная микроскопия основана на оценке свечения биологических объектов при окраске их флюорохромными красителями (ауромин. родомин) и облучения ультрафиолетовым светом. Кратность применения в противотуберкулезных учреждениях двукратно.
137. Посевы биологического материала на жидкие питательные среды в полуавтоматизированной системе БАКТЕК, среда МИДЕЛЬБРУК 7Н9/
138. Посевы биологического материала на твердые питательные среды Левенштейна –Йенсена и Финна 2. Кратность двукратно исходно и однократно каждый месяц в интенсивную фазу лечения.
139. Лекарственная устойчивость. Это способность микроорганизмов сохранять жизнедеятельность при воздействии на него лекарственных препаратов. Первичная – у лиц ранее не леченых или леченых менее 1 месяца. Вторичная у лиц, получавших антибактериальные препараты более 1месяца.
140. Первичная лекарственная устойчивость отражает напряженность эпид. ситуации и эффективность работы национальных программ борьбы с туберкулезом, вторичная лекарственная устойчивость отражает качество лечебной работы.

141. Микробиологические методы определения лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (микроскопия мазка мокроты с окраской по Циль-Нельсену, люминесцентная микроскопия, посевы на жидкие и твердые питательные среды).
142. Молекулярно-генетические методы определения лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (ПЦР в режиме реального времени, картриджные (Xpert/MTB/Rif) и стриповые технологии).
143. Множественная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза – это устойчивость МБТ как минимум к изониазиду и рифампицину, независимо от устойчивости к другим препаратам.
144. Пре широкая лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза – это устойчивость МБТ к изониазиду, рифампицину, фторхинолонам.
145. Широкая лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза- это устойчивость к изониазиду, рифампицину, фторхинолонам и бедаквилину и/или линезолиду.
146. Микробиологическое обследование пациента с туберкулезом в интенсивную фазу лечения проводится до начала лечения двукратно, далее однократно ежемесячно.
147. Микробиологические исследования на МБТ проводят в фазу продолжения 1 раз в 2 месяца 1 раз в 2 месяца
148. Культуральные исследования более чувствительны и специфичны и позволяют определить лекарственную устойчивость МБТ
149. Молекулярно-генетические методы более чувствительны и специфичны, отличаются быстротой получения результата и возможностью быстрого определения лекарственной устойчивости МБТ.
150. КТ позволяет детализировать локализацию, протяженность, структуру туб. изменений. строить трехмерное изображение, определить плотность выявленных изменений и избежать суммационного эффекта.
151. Фибробронхоскопия с биопсией, видеоторакоскопия с биопсией.
152. Понятие латентной туберкулезной инфекции.- это отсутствие клинико-рентгенологических признаков туберкулеза при наличии положительных результатов диаскинтеста или IGRA- тестов.
153. Биохимические исследования перед началом химиотерапии (билирубин, АСТ ,АЛТ, глюкоза, мочева кислота, креатинин. уровень калия)
154. Понятие «рецидив» туберкулеза – это пациент, у которого предыдущий курс химиотерапии был завершен эффективно. А затем был зарегистрирован повторный эпизод заболевания
155. Понятие «заболевание» туберкулезом характеризуется появлением морфологических, клинико-рентгенологических и микробиологических признаков патологии.
156. Цирротический туберкулез - форма туберкулеза, в которой доминирует разрастание соединительной ткани в легких и плевре при сохранении в толще цирротических изменений фиброзной каверны.
157. Формы туберкулеза бронхов, трахеи, верхних дыхательных путей: инфильтративная, язвенная, свищевая.
158. Кониотуберкулез – все формы туберкулеза органов дыхания, комбинированные с профессиональными заболеваниями легких: силикоза, асбестоза и др.
159. Генерализованный туберкулез – диссеминированное поражение легких, печени, селезенки, почек, кишечника, мозговых оболочек и других органов и систем.

160. Полиорганный туберкулез – одновременная локализация активного и неактивного процесса в двух и более органах (исключая туберкулезный менингит, который при множественных поражениях является проявлением генерализованного туберкулеза).
161. Реабилитация инвалидов – система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной или иной деятельности.
162. Основные направления реабилитации и абилитации инвалидов: медицинская, реабилитация, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение.
163. Родильница, больная туберкулезом легких не может кормить ребенка грудью, ребенок переводится на искусственное вскармливание.
164. При почечной недостаточности у больного туберкулезом в зависимости от уровня креатинина снижают дозировки противотуберкулезных препаратов, и или увеличивают интервал между их приемом.
165. Родоразрешение беременных женщин больных туберкулезом проводится в специализированных родильных домах в мельцеровских боксах.
166. Основной метод выявления очагового туберкулеза легких – флюорографический.
167. Остатчные изменения, которые формируются после перенесенного очагового туберкулеза легких ограниченный фиброз, плотные очаги.
168. Размер теней в легких, которые можно отнести к очаговому туберкулезу легких – до 1 см.
169. Очаговые тени относят к мелким при размерах очага до 3 мм.
170. Морфологический характер очаговых теней при мягкоочаговом туберкулезе – экссудативные.
171. Очаговые тени относят к средним при размере очагов 4-6 мм.
172. Морфологический характер очаговых теней при фиброзно-очаговом туберкулезе - продуктивные
173. Протяженность поражения легких при очаговом туберкулезе – не более 2 сегментов при одностороннем процессе и не более одного сегмента с каждой стороны при двустороннем.
174. Очаговые тени относят к крупным при размерах очагов от 6 мм до 1 см.
175. Клинические проявления характерные для очагового туберкулеза легких – малосимптомное течение, слабость, снижение аппетита.
176. Метод обследования, позволяющий окончательно решить вопрос об активности туберкулезного процесса – рентгенологическое обследование в динамике после курса специфической терапии.
177. Кровохарканье при фиброзно-очаговом туберкулезе может быть обусловлено разрывом мелких артерий в зоне фиброза
178. Остатчные изменения при очаговом туберкулезе называются малыми при наличии единичных 6 очагов фиброзного характера. Наличие ограниченного фиброза.
179. Распространенность процесса при 2-х стороннем очаговом туберкулезе не более 1 сегмента с каждой стороны.
180. Очаговому туберкулезу свойственно постепенное начало.
181. Основной генез возникновения очагового туберкулеза у взрослых – бронхогенный.
182. Гематологические изменения характерные для очагового туберкулеза - небольшой палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, нормальное или незначительное увеличение лейкоцитов, небольшое ускорение СОЭ.

183. Клинические формы туберкулеза, относящиеся к своевременнов выявленным (очаговый, инфильтративный без распада, мелкие туберкулемы без распада).
 184. Прогноз при очаговом туберкулезе при своевременно начатом лечении – благоприятный.
 185. Прогноз при очаговом туберкулезе при отсутствии лечения – прогрессирование процесса и перехо в инфильтративный туберкулез или туберкулему.
 186. Внешний вид больных очаговым туберкулезом не изменен.
 187. Основные клинико-морфологические варианты инфильтративного туберкулеза легких (округлый, облаковидный, бронхолобулярный, перисциссурит, лобит)
 188. Клиническая картина характерная для инфильтративного туберкулеза типа лобита – тяжелое состояние, гектическая лихорадка, выраженная слабость, потливость, кашель с мокротой, одышка, боли плеврального характера кровохарканье.
 189. Клиническая картина характерная для округлого инфильтрата – мало или бессимптомная
 190. Клиническая картина характерна для облаковидного инфильтрата- средне-тяжелое состояние, фебрильная лихорадка, слабость, потливость, гематологические изменения, кашель с мокротой, одышка, кклиическая картина напоминающая пневмонию.
 191. Очаги при хроническом диссеминированом туберкулезе разной интенсивности – высокой (кальцинаты), средней и малой.
 192. Главный метод обследования больного милиарным туберкулезом – рентгенологический.
 193. Характерные изменения корней при хроническом диссеминированном туберкулезе легких – деформация и подтягивние их кверху.
 194. Гематогенные каверны характерны для диссеминированного туберкулеза легких.
 195. Каверны при диссеминированном туберкулезе легких располагаются преимущественно в верхушечно-подключичных областях.
 196. Наиболее часто встречающиеся осложнение при диссеминированном туберкулезе легких – туберкулез гортани.
 197. Генез развития милиатрного туберкулеза – гематогенный.
 198. Клинико-морфологические варианты диссеминированного туберкулеза - острый, подострый, хронический.
 199. Размер очагов, свойственных милиарному туберкулезу – 1-2 мм.
 200. Исход хронического диссеминированного туберкулеза легких трансформация процесса в цирротический туберкулез, а затем цирроз.
- химиотерапии

Методика оценивания результатов устного опроса

Ответ оценивается на «отлично», если ординатор:

- дает полный, исчерпывающий и аргументированный ответ на заданный вопрос, а также на дополнительные вопросы;
- ответ на вопрос(ы) отличается логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;
- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение пользоваться ими при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если ординатор:

- дает полный, исчерпывающий и аргументированный ответ на заданный вопрос, а также на дополнительные вопросы;
- ответ на вопрос(ы) отличается логической последовательностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если ординатор:

- дает неполный и слабо аргументированный ответ на заданный вопрос, дополнительные вопросы, что демонстрирует лишь общее представление и элементарное понимание ординатором существа поставленного вопроса(ов), понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается на «неудовлетворительно», если ординатор:

- демонстрирует незнание и непонимание поставленного вопроса, а также дополнительных вопросов.

КОМПЛЕКТ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ проведения практических занятий МОДУЛЕЙ 1 и 2

Задача 1.

Больной Д., 19 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, недомогание, понижение трудоспособности, сухой кашель, периодические подъемы температуры тела вечером, повышенную потливость в ночные часы. Заболевание началось постепенно. Состояние больного удовлетворительное.. При аускультации органов грудной клетки – жесткое дыхание.

При двукратном исследовании мокроты методом микроскопии с окраской мазка по Циль-Нельсену кислотоупорные микобактерии (КУМ) не обнаружены. В общем анализе крови – умеренный лейкоцитоз - $8,9 \times 10^9/\text{л}$, лимфопения 19%, СОЭ - 28 мм/час.

Рентгенологически в зоне 6-го сегмента слева выявлялся участок затемнения размерами 4,5х3 см с полостью распада около 0,6 см. В прилежащих участках легочной ткани определялись немногочисленные очаговые тени (которые не были описаны рентгенологом).

Врачом терапевтом был поставлен диагноз деструктивной пневмонии, по поводу которой в течение месяца проводилось лечение антибиотиками широкого спектра действия. При контрольном рентгенологическом обследовании позитивных сдвигов со стороны легочного процесса не отмечено. При более тщательном сборе анамнеза удалось установить наличие контакта с больным туберкулезом родственником 1,5 года назад.

Вопросы.

1. Предположительный диагноз
2. Обоснуйте диагноз?

Эталоны ответов к задаче 1

Ответ 1. Инфильтративный туберкулез S6 левого легкого в фазе распада и обсеменения МБТ.

Ответ 2. Контакт с больным туберкулезом, постепенное начало заболевания, наличие симптомов интоксикации, подозрительных на туберкулез, скудная аускультативная картина, гематологические изменения в виде незначительного лейкоцитоза, лимфопения, характерная рентгенологическая картина.

Задача 2. Больной Б., 24 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, недомогание, понижение трудоспособности, сухой кашель, периодические подъемы температуры тела вечером, повышенную потливость в ночные часы. Заболевание началось постепенно. Состояние больного удовлетворительное.. При аускультации органов грудной клетки – жесткое дыхание.

При двухкратном исследовании мокроты методом микроскопии с окраской мазка по Циль-Нельсену кислотоупорные микобактерии (КУМ) не обнаружены. В общем анализе крови – умеренный лейкоцитоз - $8,9 \times 10^9/\text{л}$, лимфопения 19%, СОЭ - 28 мм/час. Рентгенологически в зоне 6-го сегмента слева выявлялся участок затемнения размерами 4,5х3 см с полостью распада около 0,6 см. В прилежащих участках легочной ткани определялись немногочисленные очаговые тени (которые не были описаны рентгенологом).

Врачом терапевтом был поставлен диагноз деструктивной пневмонии, по поводу которой в течение месяца проводилось лечение антибиотиками широкого спектра действия. При контрольном рентгенологическом обследовании позитивных сдвигов со стороны легочного процесса не отмечено. При более тщательном сборе анамнеза удалось установить наличие контакта с больным туберкулезом родственником 1,5 года назад.

Вопрос 1.

Какие дополнительные методы микробиологического обследования необходимо назначить пациенту?

Эталон ответа задача 2.. Трехкратное исследование мокроты на наличие МБТ методом люминесцентной микроскопии, исследование двух образцов мокроты методом ПЦР (полимеразной цепной реакции), посева на жидкие и/или плотные питательные среды.

Задача 3. Больной С., 30 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, недомогание, понижение трудоспособности, сухой кашель, периодические подъемы температуры тела вечером, повышенную потливость в ночные часы. Заболевание началось постепенно. Состояние больного удовлетворительное.. При аускультации органов грудной клетки – жесткое дыхание.

При двухкратном исследовании мокроты методом микроскопии с окраской мазка по Циль-Нельсену кислотоупорные микобактерии (КУМ) не обнаружены. В общем анализе крови – умеренный лейкоцитоз - $8,9 \times 10^9/\text{л}$, лимфопения 19%, СОЭ - 28 мм/час. Рентгенологически в зоне 6-го сегмента слева выявлялся участок затемнения размерами 4,5х3 см с полостью распада около 0,6 см. В прилежащих участках легочной ткани определялись немногочисленные очаговые тени (которые не были описаны рентгенологом).

Врачом терапевтом был поставлен диагноз деструктивной пневмонии, по поводу которой в течение месяца проводилось лечение антибиотиками широкого спектра действия. При контрольном рентгенологическом обследовании позитивных сдвигов со стороны легочного процесса не отмечено. При более тщательном сборе анамнеза удалось установить наличие контакта с больным туберкулезом родственником 1,5 года назад.

Вопрос 1. Укажите рентгенологические признаки, наиболее характерные для туберкулеза?

Эталон ответа задача 3. Локализация процесса в 6 сегменте, наличие участка затемнения с полостью распада и очагами бронхогенного обсеменения в окружающей легочной ткани.

Задача 4. Больной Д., 25 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, недомогание, понижение трудоспособности, сухой кашель, периодические подъемы температуры тела вечером, повышенную потливость в ночные часы. Заболевание началось постепенно. Состояние больного удовлетворительное.. При аускультации органов грудной клетки – жесткое дыхание.

При двухкратном исследовании мокроты методом микроскопии с окраской мазка по Циль-Нельсену кислотоупорные микобактерии (КУМ) не обнаружены. В общем анализе крови – умеренный лейкоцитоз - $8,9 \times 10^9/\text{л}$, лимфопения 19%, СОЭ - 28 мм/час. Рентгенологически в зоне 6-го сегмента слева выявлялся участок затемнения размерами 4,5х3 см с полостью распада около 0,6 см. В прилежащих участках легочной ткани

определялись немногочисленные очаговые тени (которые не были описаны рентгенологом).

Врачом терапевтом был поставлен диагноз деструктивной пневмонии, по поводу которой в течение месяца проводилось лечение антибиотиками широкого спектра действия. При контрольном рентгенологическом обследовании позитивных сдвигов со стороны легочного процесса не отмечено. При более тщательном сборе анамнеза удалось установить наличие контакта с больным туберкулезом родственником 1,5 года назад.

Вопрос 1. Какие инструментальные методы обследования показаны данному пациенту?

Эталон ответа задача 4. Больному показана фибробронхоскопия с исследованием бронхоальвеолярных смывов на МБТ туберкулеза.

Задача 5. Больной А., 20 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, недомогание, понижение трудоспособности, сухой кашель, периодические подъемы температуры тела вечером, повышенную потливость в ночные часы. Заболевание началось постепенно. Состояние больного удовлетворительное. При аускультации органов грудной клетки – жесткое дыхание.

При двукратном исследовании мокроты методом микроскопии с окраской мазка по Циль-Нельсену кислотоупорные микобактерии (КУМ) не обнаружены. В общем анализе крови – умеренный лейкоцитоз - $8,9 \times 10^9/\text{л}$, лимфопения 19%, СОЭ - 28 мм/час.

Рентгенологически в зоне 6-го сегмента слева выявлялся участок затемнения размерами 4,5х3 см с полостью распада около 0,6 см. В прилежащих участках легочной ткани определялись немногочисленные очаговые тени (которые не были описаны рентгенологом).

Врачом терапевтом был поставлен диагноз деструктивной пневмонии, по поводу которой в течение месяца проводилось лечение антибиотиками широкого спектра действия. При контрольном рентгенологическом обследовании позитивных сдвигов со стороны легочного процесса не отмечено. При более тщательном сборе анамнеза удалось установить наличие контакта с больным туберкулезом родственником 1,5 года назад.

Вопрос 1. Проанализируйте данный случай и укажите 3-4 основные причины, которые, на ваш взгляд, объясняют позднюю диагностику деструктивного туберкулеза у больного Д.

Эталон ответа задача 5. 1) отсутствие полноты собранного анализа 2) скудность физикальной симптоматики, что более характерно для туберкулеза; 3) неверная трактовка рн-картины заболевания при отсутствии положительной динамики на фоне проводимой неспецифической терапии; 4) несоблюдение кратности исследования мокроты на КУМ в условиях терапевтического стационара.

Задача 6. Больной Д., 25 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, недомогание, понижение трудоспособности, сухой кашель, периодические подъемы температуры тела вечером, повышенную потливость в ночные часы. В анамнезе контакт с больным туберкулезом. Заболевание началось постепенно. Состояние больного удовлетворительное. При аускультации органов грудной клетки – жесткое дыхание.

При двукратном исследовании мокроты методом микроскопии с окраской мазка по Циль-Нельсену кислотоупорные микобактерии (КУМ) не обнаружены. В общем анализе крови – умеренный лейкоцитоз - $8,9 \times 10^9/\text{л}$, лимфопения 19%, СОЭ - 28 мм/час.

Рентгенологически в зоне 6-го сегмента слева выявлялся участок затемнения размерами 4,5х3 см с полостью распада около 0,6 см. В прилежащих участках легочной ткани определялись немногочисленные очаговые тени (которые не были описаны рентгенологом).

Вопросы.

1. Какую отчетную форму необходимо заполнить при постановке диагноза туберкулез данному пациенту.

Эталон ответа задача 6. Заполнить форму 089-у на больного с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза.

Задача 7.

Врач фтизиатр приглашен в терапевтическое отделение к пациенту мужчине 24 лет в качестве консультанта. Жалобы пациента на: слабость, недомогание, понижение трудоспособности, сухой кашель, периодические подъемы температуры тела вечером до 37,4°C, небольшую болезненность в межлопаточной области слева, повышенную потливость в ночные часы. Считает себя больным в течение 3,5 недель. Заболевание началось остро, предшествовало переохлаждение.

Лечился амбулаторно 10 дней, получил амоксициллин 0,5 г 3 раза в день перорально без эффекта, затем был госпитализирован в терапевтическое отделение с диагнозом «внебольничная пневмония». Получил цефтриаксон 1 г 2 раза в день внутримышечно в течение 10 дней, отхаркивающие препараты.

При поступлении в стационар выполнен общеклинический анализ крови (лейкоциты 8,6 x 10⁹/л, эритроциты, 4,2 x 10¹²/л, гемоглобин, 140,0 г/л, СОЭ 20 мм/ч), проведено рентгенологическое обследование органов грудной клетки, при котором выявлен участок затемнения в 6 сегменте левого легкого, двукратное исследование мокроты методом микроскопии с окраской мазка по Циль-Нельсену, кислотоупорные микобактерии (КУМ) не обнаружены.

После 10 дней лечения цефтриаксоном отметил улучшение общего самочувствия, но сохраняются умеренно выраженные симптомы интоксикации в виде субфебрильной температуры, потливости, общей слабости.

Вопрос 1. Какое инструментальное обследование необходимо провести больному.

Эталоны ответов к задаче 7

Ответ 1. обзорную и боковую рентгенограмму органов грудной клетки (ОГК)

Задача 8. Жалобы пациента на: слабость, недомогание, понижение трудоспособности, сухой кашель, периодические подъемы температуры тела вечером до 37,4°C, небольшую болезненность в межлопаточной области слева, повышенную потливость в ночные часы. Считает себя больным в течение 3,5 недель. Заболевание началось остро, предшествовало переохлаждение.

Лечился амбулаторно 10 дней, получил амоксициллин 0,5 г 3 раза в день перорально без эффекта, затем был госпитализирован в терапевтическое отделение с диагнозом «внебольничная пневмония». Получил цефтриаксон 1 г 2 раза в день внутримышечно в течение 10 дней, отхаркивающие препараты.

После 10 дней лечения отметил улучшение общего самочувствия, но сохраняются умеренно выраженные симптомы интоксикации в виде субфебрильной температуры, потливости, общей слабости.

Вопрос 1. Для исключения туберкулеза пациенту необходимо назначить лабораторные методы обследования.....

Эталоны ответов к задаче 8

Ответ 1. Исследование 3 проб мокроты в течение 2 дней подряд методом микроскопии мазка с окраской по Цилю-Нильсену.

Задача 9.

Больной С., 23 лет. На приеме у терапевта районной поликлиники. При прохождении профилактической флюорографии в S2 правого легкого выявлено затемнение округлой формы диаметром 1,8 см. Предыдущее флюорографическое обследование 3 года назад - патологии не было. Контакт с больными туберкулезом – отрицает. Жалоб не предъявляет. При осмотре. Гиперстенического телосложения. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура 36,9. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 74 в 1 минуту. АД 120/70 мм. рт. ст. Над всеми легочными полями перкуторно легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Физиологические отправления в норме.

Произведено рентгенологическое дообследование. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и прямой томограмме 7 см. справа в верхней доле в проекции второго сегмента определяется фокусная тень 1,8 x 1,7 см с четкими контурами неоднородной структуры за счет наличия участка просветления, эксцентрично расположенного у медиального отдела фокуса. В прилегающей легочной ткани видны очаговые тени средних размеров средней интенсивности с нечеткими контурами, местами сливающиеся между собой.

Общий анализ крови – без изменений. Общий анализ мочи – без патологии. Проба Манту – 16 мм.

Вопрос 1. Сформулируйте предположительный диагноз согласно классификации.

Эталон ответа задача 9. Туберкулема S2 верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения.

Задача 10.

Больной Б., 23 лет. На приеме у терапевта районной поликлиники. При прохождении профилактической флюорографии в S2 правого легкого выявлено затемнение округлой формы диаметром 1,8 см. Предыдущее флюорографическое обследование 3 года назад - патологии не было. Контакт с больными туберкулезом – отрицает. Жалоб не предъявляет. При осмотре. Гиперстенического телосложения. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура 36,9. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 74 в 1 минуту. АД 120/70 мм. рт. ст. Над всеми легочными полями перкуторно легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Физиологические отправления в норме.

Произведено рентгенологическое дообследование. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и прямой томограмме 7 см. справа в верхней доле в проекции второго сегмента определяется фокусная тень 1,8 x 1,7 см с четкими контурами неоднородной структуры за счет наличия участка просветления, эксцентрично расположенного у медиального отдела фокуса. В прилегающей легочной ткани видны очаговые тени средних размеров средней интенсивности с нечеткими контурами, местами сливающиеся между собой.

Общий анализ крови – без изменений. Общий анализ мочи – без патологии. Проба Манту – 16 мм.

Вопрос 1. Какие признаки позволяют заподозрить туберкулезную этиологию процесса?

Эталоны ответов к задаче 10 Молодой возраст, отсутствие клинических проявлений, скудная аускультативная картина, положительная проба Манту, рентгенологические признаки свойственные туберкуломе, локализация во втором сегменте.

Задача 11.

Больной Б., 23 лет. На приеме у терапевта районной поликлиники. При прохождении профилактической флюорографии в S2 правого легкого выявлено затемнение округлой

формы диаметром 1,8 см. Предыдущее флюорографическое обследование 3 года назад - патологии не было. Контакт с больными туберкулезом – отрицает. Жалоб не предъявляет. При осмотре. Гиперстенического телосложения. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура 36,9. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 74 в 1 минуту. АД 120/70 мм. рт. ст. Над всеми легочными полями перкуторно легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Физиологические отправления в норме. Произведено рентгенологическое дообследование. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и прямой томограмме 7 см. справа в верхней доле в проекции второго сегмента определяется участок затемнения 1,8 x 1,7 см с нечеткими контурами неоднородной структуры за счет центрально расположенного участка просветления. В прилегающей легочной ткани видны очаговые тени средних размеров средней интенсивности с нечеткими контурами, местами сливающиеся между собой.

Вопрос 1. Какие методы обследования надо дополнительно назначить больному для подтверждения или исключения туберкулезной этиологии процесса?

Эталон ответа к задаче 11.

Трехкратное исследование мокроты на наличие МБТ методом микроскопии, исследование мокроты методом ПЦР, двух образцов мокроты методом посева на жидкие и/или плотные питательные среды, постановка диаскин-теста (ДСТ).

Задача 12.

Больной Б., 63 лет. На приеме у терапевта районной поликлиники. При прохождении профилактической флюорографии в S2 правого легкого выявлено затемнение округлой формы диаметром 1,8 см. Предыдущее флюорографическое обследование 3 года назад - патологии не было. Контакт с больными туберкулезом – отрицает. Жалоб не предъявляет. При осмотре. Гиперстенического телосложения. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура 36,9. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 74 в 1 минуту. АД 120/70 мм. рт. ст. Над всеми легочными полями перкуторно легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Физиологические отправления в норме.

Произведено рентгенологическое дообследование. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и прямой томограмме 7 см. справа в верхней доле в проекции второго сегмента определяется фокусная тень 2 x 1,7 см с четкими контурами. В прилегающей легочной ткани очаговых теней четко не видно.

Вопрос 1. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Эталон ответа к задаче 12 Дифференциальная диагностика проводится с опухолями легких (гамартохондрома, аденома, периферический рак легкого), шаровидной пневмонией), паразитарными кистами легких (эхинококкоз и др.), заполненными бронхиальными и ретенционными кистами легких.

Задача 13.

Больной С., 63 лет. На приеме у терапевта районной поликлиники. При прохождении профилактической флюорографии в S2 правого легкого выявлено затемнение округлой формы диаметром 1,8 см. Предыдущее флюорографическое обследование 3 года назад - патологии не было. Контакт с больными туберкулезом – отрицает. Жалоб не предъявляет.

При осмотре. Гиперстенического телосложения. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура 36,9. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 74 в 1 минуту. АД 120/70 мм. рт. ст. Над всеми легочными полями перкуторно легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и прямой томограмме 7 см. справа в верхней доле в проекции второго сегмента определяется фокусная тень 2 x 1,7 см с четкими контурами. В прилегающей легочной ткани очаговых теней четко не видно.

Вопрос 1. Какой инструментальный метод используется в трудных случаях диагностики этиологии округлых образований легких для окончательной верификации диагноза?

Эталоны ответов к задаче № 13

Диагностическая торакотомия или видеоторакоскопическая биопсия легкого с гистологическим или цитологическим исследованием материала.

Задача 14.

Больная З. - 46 лет, жительница Калининского района.

Поступила в стационар областного противотуберкулезного диспансера с жалобами на кашель, одышку, повышение температуры до 39°C, слабость, отсутствие аппетита.

Анамнез. Больной себя считает в течении нескольких дней, когда появились вышеуказанные жалобы. При флюорографическом обследовании при обращении к терапевту выявлена диссеминация в легких. В течение 18 лет пациентка работала дояркой в хозяйстве, где выявлялся туберкулезный скот. Флюорографически обследовалась ежегодно, на предыдущей флюорограмме патологии не было. Из перенесенных заболеваний – редкие ОРЗ, пролапс митрального клапана, пневмония. Социально-бытовые условия плохие. Живет одна, в частном доме без удобств, помещение сырое. Не работает. Питание плохое.

Объективные данные. Состояние средней тяжести. Бледная. Адинамичная. Одышка в покое до 28 в минуту. Лихорадка гектического типа. Перкуторно - легочный звук над всеми полями легких. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тахикардия, ЧСС -95 в 1 минуту. Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Проба Манту с 2 ТЕ – 0 мм.

Общий анализ крови – эр $4,4 \cdot 10^{12}$, Нб – 148 г/л, лейкоциты – $7,3 \cdot 10^9$, эозинофилы -1, палочкоядерные лейкоциты – 11%, сегментоядерные – 49%, лимфоциты – 30%, моноциты - 9, СОЭ– 30 мм/ч. Общий анализ мочи – без патологии.

Фибробронхоскопия – патологии в бронхиальном дереве не обнаружено. В мокроте методом микроскопии и методом посева МБТ не найдены.

Вопрос 1.

1. Какие клиничко-anamнестические могут указывать на туберкулезную этиологию заболевания?

Эталоны ответов к задаче № 14 Наличие в анамнезе контакта с больным туберкулезом скотом. Работала дояркой в течении 18 лет. Плохое питание, плохие жилищно-бытовые условия. Клинические признаки (кашель, одышка, бледность кожных покровов, адинамия, лихорадка гектического типа).

Задача 15.

Больная М. - 45 лет.

Поступила в стационар ОКПТД с жалобами на кашель, одышку, повышение температуры до 39°C, слабость, отсутствие аппетита.

Анамнез. Больной себя считает в течении нескольких дней, когда появились вышеуказанные жалобы. При флюорографическом обследовании при обращении к терапевту выявлена диссеминация в легких. В течение 18 лет пациентка работала дояркой

в хозяйстве, где выявлялся туберкулезный скот. Флюорографически обследовалась ежегодно, на предыдущей флюорограмме патологии не было. Из перенесенных заболеваний – редкие ОРЗ, пролапс митрального клапана, пневмония. Социально-бытовые условия плохие. Живет одна, в частном доме без удобств, помещение сырое. Не работает. Питание плохое.

Объективные данные. Состояние средней тяжести. Бледная. Адинамичная. Одышка в покое до 28 в минуту. Лихорадка гектического типа. Перкуторно - легочный звук над всеми полями легких. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тахикардия, ЧСС -95 в 1 минуту. Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Проба Манту с 2 ТЕ – 0 мм.

Общий анализ крови – эр $4,4 \cdot 10^{12}$, Нб – 148 г/л, лейкоциты – $7,3 \cdot 10^9$, эозинофилы -1, палочкоядерные лейкоциты – 11%, сегментоядерные – 49%, лимфоциты – 30%, моноциты - 9, СОЭ– 30 мм/ч. Общий анализ мочи – без патологии.

Фибробронхоскопия – патологии в бронхиальном дереве не обнаружено. В мокроте методом микроскопии и методом посева МБТ не найдены.

Вопрос 1. Какая форма диссеминированного туберкулеза наиболее вероятна в данном случае и почему?

Эталонные ответы к задаче № 15

Наиболее вероятен милиарный туберкулез. Об этом свидетельствуют следующие признаки (острое начало заболевания, гектическая лихорадка, одышка, сухой кашель, отсутствие вовлечения в процесс бронхиального дерева, туберкулиновая анергия, отсутствие бактериовыделения при наличии диссеминации в легких на флюорограмме).

Задача 16.

Больная Б. - 42 лет.

Поступила в стационар ОКПТД с жалобами на кашель, одышку, повышение температуры до 39°C, слабость, отсутствие аппетита.

Анамнез. Больной себя считает в течении нескольких дней. При флюорографическом обследовании при обращении к терапевту выявлена диссеминация в легких. В течение 18 лет пациентка работала дояркой в хозяйстве, где выявлялся туберкулезный скот.

Флюорографически обследовалась ежегодно, на предыдущей флюорограмме патологии не было. Социально-бытовые условия плохие. Живет одна, в частном доме без удобств, помещение сырое. Не работает. Питание плохое.

Объективные данные. Состояние средней тяжести. Бледная. Адинамичная. Одышка в покое до 28 в минуту. Лихорадка гектического типа. Перкуторно - легочный звук над всеми полями легких. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тахикардия, ЧСС -95 в 1 минуту. Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Вопрос 1. Предположительный диагноз. Какие рентгенологические признаки характерны для этой формы туберкулезного процесса?

Эталонные ответы к задаче № 16

Предположительный диагноз милиарный туберкулез. Характерные признаки: тотальное поражение легких, множественные мелкие очаговые тени размером 1-2 мм по всем легочным полям, зеркальная симметричность расположения очагов, очаги одинаковой средней интенсивности, не склонные к слиянию и распаду.

Задача 17. Больная С. - 40 лет.

Поступила в стационар ОКПТД с жалобами на кашель, одышку, повышение температуры до 39°C, слабость, отсутствие аппетита.

Анамнез. Больной себя считает в течении нескольких дней. При флюорографическом обследовании при обращении к терапевту выявлена диссеминация в легких. В течение 18 лет пациентка работала дояркой в хозяйстве, где выявлялся туберкулезный скот.

Флюорографически обследовалась ежегодно, на предыдущей флюорограмме патологии не

было. Социально-бытовые условия плохие. Живет одна, в частном доме без удобств, помещение сырое. Не работает. Питание плохое. Объективные данные. Состояние средней тяжести. Бледная. Адинамичная. Одышка в покое до 28 в минуту. Лихорадка гектического типа. Перкуторно - легочный звук над всеми полями легких. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тахикардия, ЧСС -95 в 1 минуту. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Рентгенологически выявлена тотальное поражение легких, множественные мелкие очаговые тени размером 1-2 мм по всем легочным полям, зеркальная симметричность расположения очагов, очаги одинаковой средней интенсивности, не склонные к слиянию и распаду.

Вопрос 1. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика

Эталон ответа задача 17. Дифференциальная диагностика проводится с брюшным тифом, с экзогенно-аллергическим альвеолитом, с милиарным карциноматозом легких.

Задача 18. Больная Д. -35 лет.

Поступила в стационар ОКПТД с жалобами на кашель, одышку, повышение температуры до 39°C, слабость, отсутствие аппетита.

Анамнез. Больной себя считает в течении нескольких дней. При флюорографическом обследовании при обращении к терапевту выявлена диссеминация в легких. В течение 18 лет пациентка работала дояркой в хозяйстве, где выявлялся туберкулезный скот.

Флюорографически обследовалась ежегодно, на предыдущей флюорограмме патологии не было. Социально-бытовые условия плохие. Живет одна, в частном доме без удобств, помещение сырое. Не работает. Питание плохое.

Объективные данные. Состояние средней тяжести. Бледная. Адинамичная. Одышка в покое до 28 в минуту. Лихорадка гектического типа. Перкуторно - легочный звук над всеми полями легких. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тахикардия, ЧСС -95 в 1 минуту. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Рентгенологически выявлена тотальное поражение легких, множественные мелкие очаговые тени размером 1-2 мм по всем легочным полям, зеркальная симметричность расположения очагов, очаги одинаковой средней интенсивности, не склонные к слиянию и распаду.

Вопрос 1. Какой инструментальный метод позволит окончательно верифицировать диагноз в случае диагностических трудностей?

Эталон ответа задача 18.

Диагностическая торакотомия или видеоторакоскопическая биопсия легкого с гистологическим или цитологическим исследованием материала.

Задача 19.

Больной Р. - 18 лет. До поступления в стационар в течение года без эффекта лечился у ревматолога по поводу болей в правом тазобедренном суставе. Туб. контакт – отрицает. Туб. инфицирован с 2010 года, химиопрофилактику туберкулеза не получал.

При осмотре: увеличение объема правого тазобедренного сустава, повышение местной температуры, наличие боли и ограничение подвижности в суставе. Складка подкожно-жирового слоя над пораженным суставом больше, чем над здоровым.

Рентгенологически на фоне выраженного остеопороза головки бедренной кости определяется краевой участок деструкции размером 1 на 1,5 см с крупным эпифизарным секвестром. Замыкательная пластинка наружного отдела головки не видна. Суставная щель прослеживается не на всем протяжении. Пациент был прооперирован в НИИ травматологии и ортопедии. Во время оперативного лечения обнаружено следующее: Головка бедренной кости лишена кортикального слоя, остеопорозна, в ней определяется глубокий дефект, содержащий крупный секвестр, грануляции и гнойно-некротические массы.

Вопрос 1.

1. Какое заболевание можно заподозрить по имеющимся данным? Обоснуйте.

Эталоны ответов к задаче №19

Ответ 1. Туберкулёзный артрит правого тазобедренного сустава. Об этом свидетельствует факт первичного туберкулезного инфицирования в анамнезе, отсутствие химиопрофилактики туберкулеза в период выража туберкулиновой пробы, медленное постепенное развитие заболевания в течение года, отсутствие в анамнезе указаний на гнойный процесс, обнаружение гнойно-некротических масс, деструкции, локального остеопороза и костного секвестра при оперативном лечении.

Задача 20. Больной Р. - 18 лет. До поступления в стационар в течение года без эффекта лечился у ревматолога по поводу болей в правом тазобедренном суставе. Туб. контакт – отрицает. Туб. инфицирован с 2010 года, химиопрофилактику туберкулеза не получал. При осмотре: увеличение объёма правого тазобедренного сустава, повышение местной температуры, наличие боли и ограничение подвижности в суставе. Складка подкожно-жирового слоя над пораженным суставом больше, чем над здоровым.

Рентгенологически на фоне выраженного остеопороза головки бедренной кости определяется краевой участок деструкции размером 1 на 1,5 см с крупным эпифизарным секвестром. Замыкательная пластинка наружного отдела головки не видна. Суставная щель прослеживается не на всем протяжении. Пациент был прооперирован в НИИ травматологии и ортопедии. Во время оперативного лечения обнаружено следующее: Головка бедренной кости лишена кортикального слоя, остеопорозна, в ней определяется глубокий дефект, содержащий крупный секвестр, грануляции и гнойно-некротические массы.

Вопрос 1. Какие дополнительные методы лабораторного исследования необходимо использовать для окончательного установления диагноза?

Эталоны ответов к задаче № 20

Показано дополнительное обследование: постановка пробы диаскинтеста, обзорная рентгенограмма органов грудной клетки, гистологическое и микробиологическое исследование операционного материала.

Задача 21. Больной Р. - 18 лет. До поступления в стационар в течение года без эффекта лечился у ревматолога по поводу болей в правом тазобедренном суставе. Туб. контакт – отрицает. Туб. инфицирован с 2010 года, химиопрофилактику туберкулеза не получал. При осмотре: увеличение объёма правого тазобедренного сустава, повышение местной температуры, наличие боли и ограничение подвижности в суставе. Складка подкожно-жирового слоя над пораженным суставом больше, чем над здоровым.

Рентгенологически на фоне выраженного остеопороза головки бедренной кости определяется краевой участок деструкции размером 1 на 1,5 см с крупным эпифизарным секвестром. Замыкательная пластинка наружного отдела головки не видна. Суставная щель прослеживается не на всем протяжении. Пациент был прооперирован в НИИ травматологии и ортопедии. Во время оперативного лечения обнаружено следующее: Головка бедренной кости лишена кортикального слоя, остеопорозна, в ней определяется глубокий дефект, содержащий крупный секвестр, грануляции и гнойно-некротические массы.

Вопрос 1. Имеет ли какое либо значение наличие в анамнезе факта первичного туберкулезного инфицирования?

Эталоны ответов к задаче № 21

Факт первичного туберкулезного инфицирования имеет значение, так как весь внелегочный туберкулез, в том числе и костно-суставной происходит из первичных форм туберкулеза, которые не всегда распознаются и могут протекать в виде малых форм, и могут послужить источником гематогенного рассеивания инфекции.

Задача 22. Больной С. - 19 лет. До поступления в стационар в течение года без эффекта лечился у ревматолога по поводу болей в правом тазобедренном суставе. Туб. контакт – отрицает. Туб. инфицирован с 2010 года, химиопрофилактику туберкулеза не получал. При осмотре: увеличение объема правого тазобедренного сустава, повышение местной температуры, наличие боли и ограничение подвижности в суставе. Складка подкожно-жирового слоя над пораженным суставом больше, чем над здоровым. Рентгенологически на фоне выраженного остеопороза головки бедренной кости определяется краевой участок деструкции размером 1 на 1,5 см с крупным эпифизарным секвестром. Замыкательная пластинка наружного отдела головки не видна. Суставная щель прослеживается не на всем протяжении. Пациент был прооперирован в НИИ травматологии и ортопедии. Во время оперативного лечения обнаружено следующее: Головка бедренной кости лишена кортикального слоя, остеопорозна, в ней определяется глубокий дефект, содержащий крупный секвестр, грануляции и гнойно-некротические массы.

Вопрос 1. Для чего пациентам с внелегочными формами туберкулеза необходимо рентгенологическое исследование грудной клетки?

Эталоны ответов к задаче № 22

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки необходимо с целью исключения активного легочного туберкулеза и остаточных изменений после перенесенного ранее туберкулезного процесса, что также подтверждает туберкулезную природу заболевания.

Задача 23.

Больной Д. - 49 лет обратился к врачу с жалобами на кровохарканье. Контакт с больными туберкулёзом отрицает. В течение многих лет курит сигареты по 1 пачке в день. При осмотре больного: состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Над верхней долей справа притупление перкуторного звука, здесь же ослабленное везикулярное дыхание.

На обзорной рентгенограмме и линейных томограммах органов грудной клетки в проекции первого сегмента правого легкого участок затемнения округлой формы с четкими, неровными контурами размером 3 см с просветлением в центре диаметром 2,5 см. Правый корень несколько расширен. Очаговых теней отчетливо не видно. Синусы свободны.

В динамике через 1 месяц противотуберкулезной терапии отмечается увеличение в размерах фокуса и полости распада в нём. Участок затемнения неправильной формы с нечеткими лучистыми контурами, связанный с одной стороны с плеврой, с другой - с головкой правого корня, корень расширен и бесструктурен.

Вопрос 1

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.

Эталоны ответов к задаче № 23

периферический рак S 1 правого легкого (полостная форма). В пользу рака легкого свидетельствуют анамнез (курит в течение многих лет), клинические проявления (кровохарканье, малосимптомное течение заболевания), рентгенологические признаки

(фокусная тень с полостью распада без очагов в легочной ткани, лучистые контуры фокуса), отрицательная динамика на фоне противотуберкулезной терапии.

Задача 24.

Больной С.- 50 лет обратился к врачу с жалобами на кровохарканье. Контакт с больными туберкулёзом отрицает. В течение многих лет курит сигареты по 1 пачке в день.

При осмотре больного: состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Над верхней долей справа притупление перкуторного звука, здесь же ослабленное везикулярное дыхание.

На обзорной рентгенограмме и линейных томограммах органов грудной клетки в проекции первого сегмента правого легкого участок затемнения округлой формы с четкими, неровными контурами размером 3 см с просветлением в центре диаметром 2,5 см. Правый корень несколько расширен. Очаговых теней отчетливо не видно. Синусы свободны.

Вопрос 1 С какими заболеваниями необходима дифференциальная диагностика?

Эталоны ответов к задаче № 24

Дифференциальная диагностика должна проводиться с туберкулезом в фазе распада, хроническим абсцессом легкого, паразитарной кистой

Задача 25. Больной М. - 60 лет обратился к врачу с жалобами на кровохарканье. Контакт с больными туберкулёзом отрицает. В течение многих лет курит сигареты по 1 пачке в день. При осмотре больного: состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Над верхней долей справа притупление перкуторного звука, здесь же ослабленное везикулярное дыхание.

На обзорной рентгенограмме и линейных томограммах органов грудной клетки в проекции первого сегмента правого легкого участок затемнения округлой формы с четкими, неровными контурами размером 3 см с просветлением в центре диаметром 2,5 см. Правый корень несколько расширен. Очаговых теней отчетливо не видно. Синусы свободны.

В динамике через 1 месяц противотуберкулезной терапии отмечается увеличение в размерах фокуса и полости распада в нём. Участок затемнения неправильной формы с нечеткими лучистыми контурами, связанный с одной стороны с плеврой, с другой - с головкой правого корня, корень расширен и бесструктурен.

Вопрос 1. Какой инструментальный метод исследования наиболее информативен для окончательной верификации диагноза?

Эталоны ответов к задаче № 25

Для верификации диагноза необходима трансторакальная видеоторакоскопия грудной клетки с биопсией патологического образования

Задача 26. Больной М. - 60 лет обратился к врачу с жалобами на сухой кашель, кровохарканье. Контакт с больными туберкулёзом отрицает. В течение многих лет курит сигареты по 2 пачки в день.

При осмотре больного: состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Над верхней долей справа притупление перкуторного звука, здесь же ослабленное везикулярное дыхание.

На обзорной рентгенограмме и линейных томограммах органов грудной клетки в проекции третьего сегмента правого легкого фокусная тень с бугристыми контурами. Очаговых теней отчетливо не видно. Синусы свободны.

Вопрос 1. Какая должна быть тактика врача терапевта.

Эталоны ответов к задаче № 26

Тактика врача – больного необходимо направить на консультацию к онкологу и торакальному хирургу.

Задача 27.

Больной Б. - 32 года. Год назад имел контакт с больным туберкулезом соседом. Последние 3 недели отмечает быструю утомляемость, потливость по ночам, потерю в весе 4 кг, по вечерам - повышение t до $37,5^{\circ}$. К врачам не обращался. Последние два дня самочувствие ухудшилось, появилась осиплость голоса, боль при глотании, t повысилась до 38°C . Обратился к терапевту. Аускультативно – по всем легочным полям дыхание жесткое, рассеянные сухие и влажные хрипы, ч.д. 25 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, $\text{чс.} - 80$ уд. в 1 мин. На обзорной рентгенограмме: с обеих сторон от верхушек до IV ребер очаговые тени различных размеров ср. интенсивности, с наклоном к слиянию с образованием участков затемнения неоднородной структуры.

Вопрос 1. Какие микробиологические методы исследования на туберкулез необходимо назначить данному пациенту в условиях поликлиники?

Эталоны ответов к задаче № 27

Необходимо обследование для исключения туберкулезной этиологии образования (3-кратное исследование мокроты в течение 2-х дней) на наличие МБТ методом микроскопии с окраской мазка по Цилю-Нильсену.

Задача 28.

Больной А. - 33 года. Год назад имел контакт с больным туберкулезом соседом. Последние 3 недели отмечает быструю утомляемость, потливость по ночам, потерю в весе 4 кг, по вечерам - повышение t до $37,5^{\circ}$. К врачам не обращался. Последние два дня самочувствие ухудшилось, появилась осиплость голоса, боль при глотании, t повысилась до 38°C . Обратился к терапевту. Аускультативно – по всем легочным полям дыхание жесткое, рассеянные сухие и влажные хрипы, ч.д. 25 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, $\text{чс.} - 80$ уд. в 1 мин. На обзорной рентгенограмме: с обеих сторон от верхушек до IV ребер очаговые тени различных размеров ср. интенсивности, с наклоном к слиянию с образованием участков затемнения неоднородной структуры.

Вопрос. 1. Какие дополнительные лабораторные методы обследования необходимо назначить данному пациенту в условиях противотуберкулезного диспансера?

Эталоны ответов к задаче № 28

Исследование двух образцов мокроты методом ПЦР, методом посева на жидкие и/или плотные питательные среды, постановка диаскин-теста (ДСТ), фибробронхоскопия, а также исследование мокроты на цитологию, общий анализ мокроты, общий анализ крови, общий анализ мочи, компьютерная томография органов грудной клетки.

Задача 29

Больной М., 42 лет, слесарь-сантехник. Курит около 30 лет, злоупотребляет алкоголем. Обратился в поликлинику с жалобами на кашель с мокротой, одышку при физической нагрузке, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела по вечерам до $37,68^{\circ}\text{C}$. Врач, обследовавший больного, поставил диагноз: хронический бронхит, обострение и назначил противовоспалительное лечение, отхаркивающие средства, ингаляции. После проведенного лечения самочувствие больного улучшилось, уменьшился кашель, одышка почти исчезла, нормализовалась температура тела. Сохранялась невыраженная общая слабость. Врач разрешил больному приступить к работе. Через 2 месяца при очередном флюорографическом обследовании обнаружено обширное затемнение в области верхней доли правого легкого, неомогенное по структуре, с

участками просветления, в нижних отделах правого легкого — множественные, расположенные группами, малоинтенсивные очаговые тени.

Вопросы к задаче 29.

1. Усматриваете ли Вы ошибки участкового врача, если да, то какие?
2. О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании данных флюорографии?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?
4. Какова должна быть тактика участкового врача?
5. Укажите, какие рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.

Эталоны ответов к задаче № 29

1. Не выполнен клинический минимум обследования на туберкулез.
2. Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения.
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, проба Манту, исследование мокроты на БК бактериоскопическим методом трехкратно, томография правого легкого, бронхоскопия.
4. Провести клинический минимум обследования на туберкулез.
5. Затенение в верхней доле справа, неомогенное по структуре, с участками просветления, очаги обсеменения в нижних отделах малоинтенсивные, расположены группами.

Задача 30. Больная П., 23 лет, швея, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела (в вечерние часы) до 38С, понижение аппетита, похудание, одышку при физической нагрузке, сухой кашель. Больной себя считает около трех месяцев, когда была на седьмом месяце беременности. Сначала появилась общая слабость, субфебрильная температура тела, затем присоединился сухой кашель. Лечилась у участкового терапевта по поводу бронхита, эффект незначительный. На второй день после родов повысилась температура тела до 38,6С, появилась одышка. Анамнез жизни: в детстве перенесла скарлатину, пневмонию. Муж здоров. Флюорографическое обследование не проходила более 4-х лет. Объективно: правильное телосложения, пониженного питания, кожа чистая, бледная, умеренный акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 110 уд. в мин., ритмичный. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца приглушены. АД 100/60 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, перкуторно ясный легочной звук, аускультативно в легких с обеих сторон везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыхания 36 в мин. Живот мягкий, нижний край печени на 2 см. ниже реберной дуги, чувствительный при пальпации. Общий анализ мочи без патологических изменений. Общий анализ крови: эритроциты $2,28 \times 10^{12}/л$, Нв – 86 г/л, лейкоциты $11,5 \times 10^9/л$, э–0%, п–5%, с–65%, л–18%, м–12%, СОЭ–24 мм/ч. Рентгенологически: в легких на всем протяжении, больше на верхушках, по ходу сосудов множественные мелкие средней интенсивности очаговые тени. Структура корней легких не изменена. Синусы свободны. Сердце без особенностей. В правом корне единичные мелкие кальцинаты. Произведено исследование мокроты на КУМ — в шести анализах методом микроскопии микобактерии не обнаружены. Проба Манту с 2 ТЕ — отрицательная.

Вопросы к задаче 30.

1. Какие заболевания могут протекать со сходной симптоматикой?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо применить для уточнения диагноза?
3. О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании клинико-рентгенологических данных?

- 4 Укажите, какие рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.
- 5 О чем говорит отрицательная проба Манту у данной больной?

Эталонные ответы к задаче № 30

1. Милиарный туберкулез легких, саркоидоз легких, карциноматоз легких, двусторонняя очаговая пневмония.
2. УЗИ органов брюшной полости, осмотр гинекологом с целью исключения первичной опухоли, фибробронхоскопия, фиброгастроскопия.
3. Милиарный туберкулез легких, МБТ (-).
4. Наличие множественных очагов средней интенсивности по ходу сосудов в обоих легких, преимущественно на верхушках
5. Отрицательная проба Манту свидетельствует о значительно сниженной реактивности организма

Задача 31.

Больной Б. - 32 года. Год назад имел контакт с больным туберкулезом соседом. Последние 3 недели отмечает быструю утомляемость, потливость по ночам, потерю в весе 4 кг, по вечерам - повышение t до $37,5^{\circ}$. К врачам не обращался. Последние два дня самочувствие ухудшилось, появилась осиплость голоса, боль при глотании, t повысилась до $38-39^{\circ}\text{C}$. Обратился к терапевту. Аускультативно – по всем легочным полям дыхание жесткое, рассеянные сухие и влажные хрипы, ч.д. 25 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, чсс. – 80 уд. в 1 мин. На обзорной рентгенограмме: с обеих сторон от верхушек до IV ребер очаговые тени различных размеров ср. интенсивности, с наклоном к сливанию с образованием участков затемнения неоднородной структуры.

Вопросы.

1. Какие методы лабораторного исследования необходимо назначить больному в поликлинике для уточнения диагноза
2. Какие методы лабораторного исследования необходимо назначить больному в противотуберкулезном учреждении для окончательного подтверждения диагноза?
3. Какие изменения в дополнительных исследованиях будут говорить за специфический характер изменений?
4. Ваш предварительный диагноз?
5. Какое осложнение возникло у больного и консультацию ?

Эталонные ответы к задаче 31

Ответ 1. В поликлинике больному необходимо назначить общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты, исследование мокроты методом прямой микроскопии мазка с окраской по Циль-Нельсену на КУМ – 3 кратно.

Ответ 2. 3-кратное исследование мокроты на наличие МБТ методом люминесцентной микроскопии, исследование двух образцов мокроты методом посева на жидкие и/или плотные питательные среды. Определение лекарственной чувствительности МБТ методом Xpert/MTB-Rif, методом БАКТЕК и посевом на плотные питательные среды.

Ответ 3. За специфический характер изменений в легочной ткани будут говорить обнаружение МБТ в мокроте, обнаружение ДНК МБТ в мокроте.

Ответ 4.

Предварительный диагноз: Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада.

Ответ 5. Учитывая появление боли в горле, осиплости голоса на фоне диссеминированного процесса у больного возможно имеет место осложнение процесса туберкулезом гортани.

Задача 32.

Больная Н., 39 лет, домохозяйка. Жалобы на кашель с выделением скудной слизистой мокроты, непостоянные боли в правой половине грудной клетки, одышку при быстрой ходьбе.

Анамнез заболевания: указанные жалобы больную беспокоят на протяжении двух месяцев, но к врачу не обращалась. Патологические изменения в области корней легких выявлены флюорографически при устройстве на работу.

Предыдущее флюорографическое обследование год назад — без патологии.

Объективно: температура тела 36,6С. Правильного телосложения, повышенного питания. На коже голени — узловатая эритема. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 72 уд. в мин, ритмичный. Тоны сердца ясные. АД 130/70 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная. Перкуторно легочной звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Общий анализ крови: эритроциты $4,1 \times 10^{12}/л$, Нв—126 г/л, лейкоциты $5,7 \times 10^9/л$, э—1%, п—1%, с—53%, л—37%, м—8%, СОЭ—6 мм/ч. При исследовании мокроты микобактерии и опухолевые клетки не обнаружены. Проба Манту с 2 ТЕ — отрицательная.

На рентгенографии: легкие без очаговых и инфильтративных теней, корни легких расширены, бесструктурные за счет увеличенных лимфоузлов бронхопальмональной группы.

Вопросы к задаче 32.

1. Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?
2. Какие заболевания могут протекать со сходной симптоматикой?
3. О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании клинко-рентгенологических данных?
4. Укажите, какие клинко-рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.
5. Где должна лечиться и наблюдаться в дальнейшем данная больная?

Эталонные ответы к задаче 32.

1. Фибробронхоскопия, УЗИ органов брюшной полости.
2. Саркоидоз внутригрудных лимфоузлов, туберкулез внутригрудных лимфоузлов, лимфогранулематоз, лимфосаркома, центральный рак.
3. Саркоидоз внутригрудных лимфоузлов, активная фаза.
4. Малосимптомность течения заболевания, наличие узловатой эритемы, отсутствие изменений в гемограмме, характерная рентгенологическая картина.
5. В пульмонологическом отделении

Задача 33

Больной В., 35 лет, зоотехник, доставлен “Скорой помощью” в ЦРБ с жалобами на повышение температуры тела до 39С, одышку при незначительной физической нагрузке, сухой кашель, умеренные боли в грудной клетке справа, общую слабость.

Из анамнеза: больным себя считает в течении пяти, когда после простудного фактора повысилась температура тела, появилась одышка, постепенно нарастала. К врачу не обращался, не лечился. При более тщательном сборе анамнеза выяснилось, что больной около 2-х мес. назад начал постепенно худеть, стал сильно уставать, считал это последствиями возросшей нагрузки на работе.

Объективно: правильного телосложения, пониженного питания, кожа бледная, грудная клетка обычной формы, правая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания, тоны сердца ритмичные, приглушены, границы сердца в норме, ЧСС 96 в мин, АД 100/70 мм рт. ст. Перкуторно слева легочной звук, справа — притупление, аускультативно в легких слева — везикулярное дыхание, справа — ослабленное, хрипов нет, ЧД 20 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови — эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв—121 г/л, лейкоциты $9,9 \times 10^9/л$, э—1%, п—40%, с—6%, л—18%, м—11%, СОЭ 31 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 76 г/л, общий билирубин 12 мкмоль/л, сахар 4,0 ммоль/л.

Рентгенологически: левое легочное поле прозрачное, справа с уровня II ребра до купола диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение, неотделимое от тени утолщенной костальной плевры, органы средостения смещены влево.

Дважды производились плевральные пункции, удалено соответственно 2800 мл и 400 мл соломенно-желтой, прозрачной жидкости, произведен анализ плеврального содержимого: белок 50 г/л, цитоз умеренно-клеточный, лимфоциты 96%, нейтрофилы 4%, микобактерии, опухолевые клетки не обнаружены.

Диаскинтест — 24 мм, в центре папулы — везикула.

Вопросы к задаче 33

1. Какой предварительный диагноз Вы поставили бы больному при поступлении в ЦРБ?

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения этиологии плеврита?

3. Между какими заболеваниями в первую очередь нужно проводить дифференциальную диагностику?
4. По клинико-рентгенологическим данным о какой этиологии процесса можно думать? Почему?
5. Какова дальнейшая тактика врача ЦРБ?

Эталоны ответов к задаче 33.

1. Экссудативный плеврит справа.

2. ЭКГ, фибробронхоскопия, фиброгастроскопия, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
3. Между туберкулезным плевритом, плевритом неспецифической этиологии, мезотелиомой плевры, метастатическим плевритом, кардиогенным выпотом.
4. С наибольшей вероятностью можно думать об экссудативном плеврите справа туберкулезной этиологии, в пользу данного диагноза говорит постепенное развитие заболевания, характерные изменения в гемограмме, лимфоцитарный цитоз плевральной жидкости, гиперергический диаскинтест.
5. Консультация фтизиатра, с последующим переводом больного для лечения в противотуберкулезный диспансер.

Задача 34.

Больной В., 36 лет. Жалобы на субфебрильную температуру, слабость, повышенную потливость, особенно по ночам, быструю утомляемость, небольшой сухой кашель.

Заболевание началось постепенно. Болен в течение месяца.

При обследовании общее состояние удовлетворительное. Астеничного телосложения.

Температура тела 37,1С. Кожные покровы чистые, бледные, румянец на щеках.

Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими легочной звук, незначительное притупление легочного звука над верхушкой справа. Дыхание в легких везикулярное, справа, в верхних отделах на фоне жесткого дыхания прослушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Стул и мочеиспускание не изменены.

В гемограмме: Лейк. $9,1 \times 10^9/л$, эоз.—3%, п/я—6%, с/я—59%, лимф.—18%, мон.—14%, СОЭ 24 мм/час.

Диаскинтест — 9 мм. Посев мокроты на МБТ отр.

Рентгенологически: справа в С₂ на фоне размытого легочного рисунка полиморфные очаги диаметром 5–9 мм с нерезкими контурами, выражена наклонность к слиянию очагов.

Вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Какая тень на рентгенограмме называется очагом?
3. С каким заболеванием в первую очередь необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. В какой группе учета должен состоять данный больной?
5. Какое лечение будет назначено?

Эталоны ответов к задаче 34

1. Очаговый туберкулез С₂ правого легкого, фаза инфильтрации. МБТ -
2. Рентгенологически округлая тень диаметром до 10–12 мм называется очагом.
3. Очаговый туберкулез в первую очередь дифференцируем с очаговой пневмонией.
4. Больной с активным туберкулезным процессом в легких при проведении лечения должен состоять в I группе диспансерного учета.
5. До получения сведений о лекарственной чувствительности возбудителя лечение будет проводиться по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол).

Задача 35.

Больная А, 27 лет, обратилась на консультацию к фтизиатру по поводу появления узловатой эритемы на коже в области голеностопного сустава, общей слабости, потливости, похудания за последний год на 3–4 кг. Из анамнеза заболевания выявлено, что ухудшение состояния отмечается после родов, когда появились боли в крупных суставах, субфебрильная температура до 37,7С. Красновато-синюшные пятна на коже голеней. Больная обратилась к врачу-терапевту. Была обследована ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, ревмо-фактор, Р-графия коленных суставов. Выставлен диагноз: Ревматоидный артрит? Лечилась по поводу данного заболевания, принимала преднизолон коротким курсом. Состояние больной несколько стабилизировалось, но беспокоили слабость, потливость. Спустя 6 месяцев во время профосмотра на флюорографии органов грудной клетки выявлена мелкоочаговая диссеминация легких, расширение тени корня легких с обеих сторон за счет увеличения лимфатических узлов бронхопупьмональной группы. Проба Манту с 2 ТЕ отрицательная. По поводу чего больную направили на консультацию к фтизиатру.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы обследования необходимы для постановки диагноза у этой больной?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. Какова тактика лечения?
5. Нуждается ли больная в диспансерном учете, и в какой группе?

Эталоны ответов к задаче 35.

1. Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов и легких.
2. Р-графия органов дыхания.
3. Туберкулез легких, рак легких, пневмокониоз, саркоидоз, альвеолиты.
4. Преднизолон, антиоксиданты, иммуномодуляторы.
5. Больная не подлежит диспансерному учету в противотуберкулезном учреждении и должна лечиться у пульмонолога.

Задача 36.

Больной С., заболел 1 мес. назад, когда стала повышаться температура тела свечками до 39С, появился кашель с мокротой, иногда с примесью крови, боли в правом боку, одышка,

слабость, ночная потливость, отсутствие аппетита. Был госпитализирован с диагнозом двухсторонняя пневмония в терапевтическую клинику.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание сохранено. Пониженного питания. Кожа чистая, влажная. Дыхание бронхиальное, ослаблено, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон, более выраженные справа. Органы желудочно-кишечного тракта без особенностей, температура тела — 38,3С, гектического характера.

Гемограмма: $L-12,0 \times 10^9$ г/л, СОЭ—49 мм/час.

На обзорной рентгенограмме: справа в верхней доле массивная инфильтрация легочной ткани, множественные участки просветления. Слева в нижней доле инфильтрация, участки просветления, очаговые тени без четких контуров.

Вопросы:

1. Где должен лечиться больной?
2. Необходимы ли дополнительные методы обследования?
3. Предварительный диагноз?
4. Какие осложнения возможны?
5. Какое лечение необходимо назначить?

Эталоны ответов к задаче 36.

1. В стационаре противотуберкулезного диспансера.
2. проведение томографического обследования, исследование мокроты на МБТ методом люминесцентной микроскопии и методом посева на жидкие и твердые питательные среды и определение лекарственной чувствительности возбудителя
3. Казеозная пневмония.
4. Кровотечение, дыхательная, легочно-сердечная недостаточность.
5. До получения теста на лекарственную чувствительность возбудителя лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол) + аминогликозид

Задача 37.

Больная Х., 19 лет, не работает. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на слабость, быструю утомляемость, сухой кашель. Два месяца назад роды при сроке 32 недели, без осложнений. Незначительное недомогание почувствовала сразу после родов, однако данное состояние расценивала как недомогание в послеродовом периоде, между тем, недомогание нарастало. Начато лечение амбулаторно в течение двух недель (неспецифическая антибактериальная терапия) без эффекта. Больная госпитализирована в терапевтическое отделение. К этому моменту увеличивается слабость, потливость, повышается температура тела до 38,6С в вечернее время, утром нормальная. Кашель к этому моменту усиливается, слабость нарастает, появляется чувство разбитости, появляется головная боль.

Объективно: температура тела 38,3С. Больная правильного телосложения, пониженного питания, отмечается небольшой цианоз губ. Грудная клетка симметрична, обе половины активно участвуют в акте дыхания. Кожные покровы влажные, периферические лимфатические узлы не увеличены. При перкуссии в нижних отделах справа притупление перкуторного звука. Аускультативно слева везикулярное дыхание, справа в нижних отделах слегка ослабленное. Живот мягкий, печень на 2 см выступает из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Эр. $3,6 \times 10^{12}$ г/л, Нв—115 г/л, э—3, п—9, л—14, м—11, $L-9,1 \times 10^9$ г/л, СОЭ — 29 мм/час. Общий анализ мочи без особенностей.

Рентгенологически: справа в С₁, С₂, С₆, массивная инфильтрация легочной ткани, состоящая из сливных очагов.

В течение месяца больной с диагнозом крупозная пневмония проводилась неспецифическая антибактериальная терапия. Эффекта от лечения не отмечено. В тяжелом состоянии больная переведена в отделение реанимации, где в течение 10 дней

также проводилась интенсивная терапия и тоже без эффекта. Больная консультировалась онкологом. Опухолевый процесс в легком исключен.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения диагноза?
2. Интерпретируйте общий анализ крови.
3. Назовите сходные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения
4. Предположительный диагноз?
5. Назначьте лечение.

Эталоны ответов к задаче № 37

1. Клинический минимум обследования на туберкулез: жалобы, анамнез, объективные исследования, общий анализ крови, общий анализ мочи, мокроту на КУМ бактериоскопическим методом, обзорную рентгенографию грудной клетки, диаскинтест.
2. Умеренный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг лейкоформулы влево, лимфопения, умеренное увеличение СОЭ.
3. Казеозная пневмония, крупозная пневмония, центральный рак легкого, осложненный ателектазом, абсцедирующая пневмония.
4. Инфильтративный туберкулез С₁С₂С₆ правого легкого.
5. До получения теста на лекарственную чувствительность возбудителя лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза интенсивная фаза (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол) + аминогликозид

Задача 38.

Больная М., 20 лет, не работает. На 4 день после родов поднялась высокая температура до 39С, слабость, одышка. Лечение антибиотиками широкого спектра действия к улучшению состояния не привело.

Объективно: больная правильного телосложения, пониженного питания. Кожа чистая, бледная, губы с цианотическим оттенком. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 110 уд. в мин., ритмичный, температура тела 39,4С. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца приглушены, над верхушкой - нежный систолический шум. АД 110/60 мм рт. ст. Число дыхания 36 в минуту. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, при перкуссии легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно с обеих сторон скудные рассеянные влажные и сухие хрипы. Живот мягкий, нижний край печени на 2 см. ниже реберной дуги, чувствительный при пальпации. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: Эр. $3,28 \times 10^{12}$ г/л, Нв -106 г/л, лейкоциты $11,5 \times 10^9$ г/л, эоз.-0,п/я-5%, с/я-65%, лимф.-18%, мон.-12%, СОЭ 24 мм/ч. Анализ мочи без патологии. В мокроте МБТ не обнаружены. На рентгенограмме органов грудной полости по всем легочным полям равномерно мелкие очаговые тени по ходу сосудов. Синусы свободны.

Вопросы:

1. Интерпретируйте анализ крови.
2. О каком заболевании можно думать?
3. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику
4. Назначьте наиболее эффективную комбинацию препаратов
5. Исходы и возможные осложнения данного заболевания.

Эталоны ответов к задаче № 38

1. Снижение уровня гемоглобина, лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево, моноцитоз, увеличение СОЭ.
2. О остром гематогенно-диссеминированном туберкулезе (милиарный туберкулез)
3. Саркоидоз легких, мелкоочаговая двусторонняя пневмония, карциноматоз, коллагенозы.

4. До получения теста на лекарственную чувствительность возбудителя лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза интенсивная фаза (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол) + аминогликозид
5. При своевременной диагностике и лечении возможно полное излечение. Частым осложнением является туберкулезный менингит. Возможен летальный исход.

Задача 39.

Больной А., 43 года, прибыл из исправительно-трудового учреждения.. При устройстве на работу обследован флюорографически. Выявлены изменения в легких: слева в верхней доле легкого группа очагов.

При обследовании жалоб не предъявляет. В анамнезе указаний на перенесенный туберкулез нет. В последние годы ежегодно обследовался флюорографически, но ни разу на изменения в легких не указывалась.

При объективном обследовании: кожные покровы нормальной окраски, подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание ослабленное, хрипы не выслушиваются.

Анализ крови: СОЭ 4 мм/час, Нв–126 г/л, лейкоцитов $4,6 \times 10^9$ /л, э–2%, п–2%, с–63%, л–26%, мон.–7%.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: слева в области 1 и 2 сегментов легкого определяются полиморфные очаги на фоне ограниченного пневмосклероза, интенсивные, четко очерченные. Корни легких несколько уплотнены, в левом - единичный петрификат размером до 1 см. Тень сердца не изменена.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л — папула 14 мм. В мокроте люминесцентной микроскопией МБТ не выявлены.

Вопросы:

1. Какой должна быть тактика терапевта?
2. О каком заболевании с большей вероятностью необходимо думать?
3. Каким должно быть обследование для подтверждения диагноза?
4. Где должен лечиться больной?
5. Какие исходы этого заболевания могут быть?

Эталоны ответов к задаче № 39

1. Терапевт должен направить больного на консультацию в противотуберкулезный диспансер.
2. С большей вероятностью необходимо думать об очаговом туберкулезе легких.
3. ОАК, диаскинтест, обзорная рентгенография, прицельная рентгенография легких, томография легких, исследование мокроты на МБТ.
4. Больной должен лечиться в стационаре противотуберкулезного диспансера.
5. Исходы очагового туберкулеза: рассасывание, уплотнение, прогрессирование.

Задача № 40

Больной А., 40 лет, при устройстве на работу обследован флюорографически, когда в верхней доле правого легкого обнаружена округлая тень с достаточно четкими контурами на фоне фиброзных изменений, в корне правого легкого кальцинаты. Установлено, что в детстве состоял на учете в противотуберкулезном диспансере с диагнозом: туберкулез внутригрудных лимфатических узлов справа. В рядах армии не служил.

Флюорографически не обследовался много лет.

Вопросы:

1. О каком заболевании должен думать терапевт?
2. Каким должно быть обследование для подтверждения диагноза?
3. Где должен лечиться больной?
4. Какую реакцию на диаскинтест у данного больного следует ожидать?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Эталоны ответов к задаче № 40

1. Терапевт должен думать о туберкулезе верхней доли правого легкого.

2. Обследование должно включать: ОАК, ОАМ, обзорная рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях, анализ мокроты на МБТ бактериоскопическим методом трехкратно, томография верхней доли правого легкого, диаскинтест, бронхоскопия.
3. Больной должен лечиться в стационаре противотуберкулезного диспансера.
4. Положительная или гиперергическая реакция на диаскинтест.
5. С периферическим раком легкого, доброкачественными опухолями легких, кистами легких (паразитарной и непаразитарной этиологии), пневмонией, инфильтратами туберкулезными, грибковыми поражениями легких.

Задача № 41

Больной С., 33 года, водитель автобуса. При очередном флюорографическом обследовании в поликлинике выявлены изменения в правом легком, в верхней доле определяется неомогенный фокус затемнения с нечеткими контурами, с дорожкой к корню и просветлением в центре.

После вызова на дообследование в рентгенологическом кабинете врачом-рентгенологом установлено, что у больного 2 года назад был контакт с больным туберкулезом соседом. За 2 недели до профосмотра перенес гриппоподобное состояние, в течении недели отмечал повышения температуры тела в вечернее время до 37,5 - 37,8С, слабость, недомогание. К врачам не обращался. В момент посещения терапевта отмечает небольшую общую слабость, других жалоб нет.

На обзорной рентгенограмме справа в 1, 2 сегментах легкого определяется затемнение размером 5 на 6 см, средней интенсивности, неомогенное, с более плотными очаговыми включениями и просветлениями, с дорожкой к корню легкого, неправильной формы с размытыми контурами.

Вопросы:

1. Какой должна быть дальнейшая тактика рентгенологического обследования?
2. О каком заболевании с большей вероятностью необходимо думать?
3. Какое обследование должен провести терапевт для подтверждения диагноза?
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
5. Тактика лечения заболевания?

Эталоны ответов к задаче № 41

1. Томография верхней доли правого легкого.
2. Инфильтративный туберкулез верхней доли (С₁, С₂) правого легкого, фаза распада.
3. Диаскинтест, анализ мокроты на КУМ методом микроскопии мазка мокроты с окраской по Циль-Нельсену трехкратно, общий анализ крови, общий анализ мочи.
4. Бронхопневмония, крупозная пневмония, грипп.
5. До получения теста на лекарственную чувствительность возбудителя лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза интенсивная фаза (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол)

Задача № 42

Больной И., 32 года, водитель. Жалоб нет. Выявлен при профосмотре. Последняя флюорография 3 года назад.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное. АД – 120/70. Пульс 80 ударов в 1 минуту.

Гемограмма: без патологических отклонений.

Анализ мокроты на МБТ отр.

Диаскинтест 10 мм.

Рентгенологическое исследование: Слева в С1–С2 группа немногочисленных очагов средней интенсивности с нечеткими контурами.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования больного должны быть назначены в противотуберкулезном диспансере?
3. Является ли показателем отсутствия активности туберкулезного процесса отсутствие в мокроте микобактерий туберкулеза?
4. Нужна ли антибактериальная терапия, режим лечения?
5. Группа диспансерного учета?

Эталоны ответов к задаче № 42.

1. Очаговый туберкулез С1–С2 левого легкого в фазе инфильтрации, МБТ-.
2. Анализ мокроты на МБТ 3-кратно методом люминесцентной микроскопии и посева на жидкие и твердые питательные среды.
3. отсутствие в мокроте микобактерий туберкулеза не является показателем отсутствия активности процесса.
4. До получения теста на лекарственную чувствительность возбудителя лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза интенсивная фаза (изониазид, рифампицин, пипразинамид, этамбутол)
5. При проведении лечения I группа (активный туберкулез) до окончания основного курса химиотерапии.

Задача № 43

При массовом флюорографическом обследовании у больного 32 лет в верхней доле левого легкого обнаружена округлая тень размером 2,5 на 3 см, с четкими контурами, неоднородная по структуре за счет более плотных включений. На томограмме верхней доли (срезы 6,5 и 7,5 см) подтверждается четкость границы и неоднородность структуры тени за счет просветления, прилегающего к дренирующему бронху, и более плотных включений, в окружающей легочной ткани фиброзные и очаговые изменения. При обследовании у врача поликлиники установлено, что флюорографию проходил 2 года назад, считает себя здоровым, жалоб не предъявляет. Год назад, во время эпидемии гриппа, заболел остро с катаральными изменениями, кашель с субфебрильной температурой сохранялись около месяца, астенический синдром - более 2-х месяцев. Объективно: Грудная клетка не деформированна, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно определяется ясный легочный звук, хрипов не выслушивается.

В крови: СОЭ - 7 мм/час, Л - $6,4 \times 10^9$ /л, э - 1%, п/я - 4%, с/я - 65%, л - 26%, м - 4%.

Терапевт заподозрила периферический рак легкого, больной направлен на консультацию в онкологический диспансер. В онкодиспансере при обследовании обнаружены микобактерии туберкулеза.

Вопросы:

1. На основании имеющихся данных о каком заболевании думаете Вы?
2. Укажите, на основании каких признаков можно думать о туберкулезе?
3. В консультации какого врача нуждается больной?
4. Интерпретируйте общий анализ крови?
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Эталоны ответов к задаче № 43

1. О конгломератной туберкулезе в фазе распада, МБТ (+).
2. На основании обнаружения на томограмме округлой тени с четкими контурами, неоднородной структуры в окружении фиброза и очагов. На основании клинических признаков: длительный субфебрилитет и астенический синдром.
3. Фтизиатра.
4. Анализ крови без патологических изменений.
5. С периферическим раком легкого, доброкачественными опухолями легких, кистами легких (паразитарной и непаразитарной этиологии, пневмонией, грибковыми поражениями легких).

Задача № 44

Больная А., 22 года, заболела 2 недели назад: постепенно ухудшалось состояние, по вечерам повышалась температура до 37С, отмечалась слабость, потливость, появились головные боли, усиливающиеся при ярком свете и шуме, запор. День назад наступило резкое ухудшение всех симптомов: температура повысилась до 38,2С, выросла интенсивность головной боли, светобоязнь, на теле спонтанно возникают и исчезают красные пятна.

Объективно: Состояние тяжелое. Сознание спутанное. Нормостенического телосложения. Кожные покровы чистые, выраженный красный дермографизм, выраженные пятна Труссо. Зев чистый. Температура тела 39,2С. АД 140/90. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, тахикардия 92 удара в минуту. Живот втянутый, ладьевидной формы. Отмечается запор. Мочеиспускание не нарушено. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, Кернига, Брудзинского) положительные. Отмечается левосторонний птоз, сходящееся косоглазие.

В гемограмме: лейкоцитов $12,8 \times 10^9/\text{л}$, э - 3%, с/я - 51%, лимф. - 8%, мон 11%, СОЭ - 32 мм/час. Исследование ликвора: Жидкость опалесцирующая, вытекает струей. Кол-во клеток $0,15 \times 10^6/\text{л}$, лимфоциты 70%, нейтрофилы 30%. Выпала паутиная пленка. Сахар 16 ммоль/л, хлориды 92 ммоль/л. Анализ ликвора на МБТ: Бактериоскопически микобактерии туберкулеза не обнаружены. Рентгенологически: легочные поля прозрачные, чистые, в С2 справа имеется очаг Гона.

Вопросы:

1. Какие черепнолицевые нервы повреждены?
2. Ваш диагноз? К какой группе диспансерного наблюдения относится данный больной?
3. Что говорит в пользу данного диагноза?
4. Методы лечения данного больного?
5. Прогноз болезни? Какие осложнения заболевания возможны?

Эталоны ответов к задаче № 44

1. Поражение 3 и 6 пары черепно-мозговых нервов.

2. Туберкулезный менингит, МБТ - I группа диспансерного учета до окончания основного курса химиотерапии
3. В пользу данного диагноза говорит постепенное начало заболевания, поражение черепномозговых нервов, показатели ликвора, рентгенологически - перенесенный ранее туберкулезный процесс.
4. Длительное стационарное лечение с применением не менее 4 противотуберкулезных препаратов с обязательным использованием патогенетических средств.
5. При своевременном и правильном лечении - выздоровление, при неблагоприятном течении заболевания возможен летальный исход. Возможны осложнения в виде потери зрения и слуха, органических поражений головного мозга.

Задача № 45

Больной В., 35 лет. Жалобы на субфебрильную температуру, слабость, повышенную потливость, особенно по ночам, быструю утомляемость, небольшой сухой кашель. Заболевание началось постепенно. Болен в течение месяца.

При обследовании: Состояние средней тяжести. Астеничного телосложения. Температура тела 37,1 С. Кожные покровы чистые, бледные, румянец на щеках. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка цилиндрической формы.

Перкуторно над легкими легочный звук, незначительное притупление легочного звука над верхушкой справа. Дыхание в легких везикулярное, справа, в верхних отделах на фоне жесткого дыхания прослушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Стул и мочеиспускание не изменены.

В гемограмме: Лейк. $8,1 \times 10^9 /л$, эоз. – 3 %, п/я - 6%, с/я - 59 %, лимф. – 18 %, мон. - 14 %. СОЭ 24 мм/час.

Диаскинтест - 9 мм. Посев мокроты на МБТ отр.

Рентгенологически: Справа в С2 на фоне размытого легочного рисунка полиморфные очаги диаметром 5-9 мм с нерезкими контурами, выражена склонность к слиянию очагов.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какая тень на рентгенограмме называется очагом?
3. С каким заболеванием в первую очередь необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. В какой группе учета должен состоять данный больной?
5. Возможные исходы заболевания?

Эталонные ответы к задаче № 45

1. Очаговый туберкулез С2 правого легкого, фаза инфильтрации. МБТ -.
2. Рентгенологически округлая тень диаметром до 10-12 мм называется очагом.
3. Очаговый туберкулез в первую очередь дифференцируем с очаговой пневмонией.
4. Больной с активным туберкулезным процессом в легких должен состоять в I группе диспансерного учета в течении всего периода лечения.
5. При адекватной терапии частичное рассасывание и уплотнение очагов, при отсутствии лечения прогрессирование процесса слияние очагов с образованием инфильтратов и переход процесса в инфильтративный туберкулез.

Задача № 46

Больная А., 44 года поступила в клинику с жалобами на повышенную температуру до 38,5С, слабость, отсутствие аппетита, быструю утомляемость, слабый кашель с небольшим количеством мокроты, боли в межлопаточной области, больше справа.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, повышенной влажности, стойкий красный дермографизм. Положительный симптом Поттенджера (Болезненность мышц плечевого пояса при пальпации), более выражен справа. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими легочный звук, незначительное притупление звука над верхушкой правого легкого, при аускультации над верхушкой правого легкого после покашливания определяются сухие и полусухие, трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Стул и мочеиспускание не нарушены. В гемограмме: Лейк. $12,8 \times 10^9$ /л, эоз. – 3 %, п/я - 8%, с/я - 58 %, лимф. – 17 %, мон. - 14 %. СОЭ 24 мм/час.

Посев мокроты на микобактерии туберкулеза положительный.

Рентгенологически: В С1-С2 правого легкого участок затемнения 2х3 см, с нечеткими, размытыми контурами, средней интенсивности, неоднородный по структуре с участками просветления.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какая группа диспансерного учета у данного больного?
3. С каким заболеванием в первую очередь проводим дифференциальную диагностику?
4. Тактика. Какие лекарственные препараты необходимо назначить больному?
5. Какие осложнения возможны?

Эталонные ответы к задаче № 46

1. Инфильтративный туберкулез С2-С2 правого легкого, фаза распада. МБТ+.
2. Больные с активным туберкулезным процессом при проведении лечения наблюдаются в первой группе диспансерного наблюдения.
3. Дифференциальный диагноз в первую очередь проводим с внебольничной пневмонией.
4. Обязательная госпитализация в противотуберкулезный стационар, подача формы 089-у, направление экстренного извещения в центр госсанэпиднадзора при первом положительном результате на МБТ, противотуберкулезное лечение.
5. Кровохаркание, кровотечение, ателектаз.

Задача № 47

Больной З., 56 лет поступил в клинику с жалобами на повышенную утомляемость, температуру до 38,1С, слабость, отсутствие аппетита, понижение веса, кашель с мокротой с прожилками крови, боли в межлопаточной области, больше слева. За последние полгода похудел на 5 килограмм.

Объективно: Состояние средней тяжести. Астеничного телосложения. Кожные покровы повышенной влажности, стойкий красный дермографизм. АД 90/60. Положительный симптом Поттенджера (Болезненность мышц плечевого пояса при пальпации), более выражен слева. Грудная клетка цилиндрической формы. При аускультации над верхушкой левого легкого после покашливания определяются сухие и полусухие, трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Стул и мочеиспускание не нарушены. В гемограмме: Лейк. $14,6 \times 10^9/\text{л}$, эоз. – 3 %, п/я - 8%, с/я - 58 %, лимф. – 17 %, мон. - 14 %. СОЭ 28 мм/час.

Рентгенологически: В С1-С2 левого легкого определяется тень 4x5 см, с нечеткими, размытыми контурами, средней интенсивности, неоднородная по структуре с участками просветления и очагами отсева.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какой режим химиотерапии необходимо назначить больному?
4. Какие нежелательные действия данных препаратов?
5. Прогноз заболевания?

Эталоны ответов к задаче № 47

1. Инфильтративный туберкулез С2-С2 левого легкого, фаза распада и обсеменения МБТ+
2. Посев мокроты на МБТ на жидкие и твердые питательные среды, молекулярно-генетическое исследование мокроты для определения лекарственной устойчивости МБТ, диаскинтест, бронхоскопическое исследование.
3. До получения теста на лекарственную чувствительность возбудителя лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза интенсивная фаза (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол)
4. Рифампицин и пиразинамид гепатотоксичны, Изониазид гепатотоксичен, нейротоксичен. Этамбутол может вызвать атрофию зрительного нерва.
5. При своевременном правильном лечении прогноз благоприятный, при несвоевременном или некачественном лечении переход в хронические формы туберкулеза.

Задача № 48.

Больной Ф., 56 лет. Жалобы на слабость, повышенную до 38,0С температуру тела, кашель со слизистой мокротой, кровохарканье, одышку при физической нагрузке.

4 года назад был диагностирован инфильтративный туберкулез с распадом, МБТ+.

Лечился стационарно, но очень неаккуратно, злоупотреблял алкоголем. Не долечившись, ушел самовольно из стационара. Живет один, не работает, 2 раза находился в ИТУ.

Состояние средней тяжести. Пониженного питания. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. При аускультации в верхних отделах справа влажные хрипы, а на остальном протяжении сухие. В правом отделе при перкуссии коробочный звук. ЧД – 26 в мин. Печень выступает на 2 см. из-под края реберной дуги.

Гемограмма: Л – $11,7 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 52 мм/час, п-7.

Мокрота: МБТ+.методом микроскопии и посева.

Рентгенологически: Справа в С1 выраженный фиброз, фиброзно-рубцовые изменения, разнокалиберные деформированные полости, очаги с элементами полиморфизма. Справа в С6 С10, слева в С4 С5 очаги отсева. Корень правого легкого деформирован, подтянут кверху, слева легкое чистое.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Почему произошло прогрессирование процесса?
3. Какие дополнительные методы исследования Вы бы провели?
4. Какие осложнения возможны?
5. План лечения
6. Прогноз.

Эталоны ответов к задаче №48

1. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ +.
2. Лечился неаккуратно, беспорядочно и т.д.
3. Бронхоскопия для исключения туберкулеза бронхов, исследование мокроты на лекарственную чувствительность МБТ к антибактериальным препаратам 1 и 2 ряда.
4. Эмфизема. кровотечение, дыхательная, легочно-сердечная недостаточность, амилоидоз.
5. Длительное антибактериальное лечение с учетом чувствительности МБТ к препаратам. Оперативное лечение после стабилизации туберкулезного процесса.

Задача № 49

Больная Х., 21 год, с детства страдает сахарным диабетом. Заболела 2 месяца назад: постепенно ухудшалось состояние, повышалась температура, появилась слабость, потливость, кашель с небольшим количеством мокроты. Перкуторно сзади слева сверху до средней трети лопатки укорочение звука, там же жесткое дыхание, сухие хрипы. В гемограмме: лейкоз. $8,0 \times 10^9/\text{л}$, эоз. – 2%, с/я – 51%, лимф. – 8%, мон. – 12%, СОЭ – 34 мм/час. В мокроте при микроскопии обнаружены МБТ. Диаскинтест гиперергический. Рентгенологически: прозрачность 2-го сегмента левого легкого неравномерно понижена за счет очаговых и инфильтративных изменений, с участками, подозрительными на полости распада?

Вопросы:

1. Интерпретируйте общий анализ крови.
2. Что способствовало заболеванию?
3. Какая клиническая форма туберкулеза легких?
4. Какой рентгенологический метод позволит уточнить характер изменений в левом легком?
5. Какое лечение будет назначено?

Эталоны ответов к задаче № 49

1. В общем анализе крови имеется незначительный лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, умеренное увеличение СОЭ.
2. Сахарный диабет. Пациент относится к группе риска по заболеванию туберкулезом.
3. Инфильтративный туберкулез С2 левого легкого в фазе распада, МБТ+.
4. Томография.
5. До получения теста на лекарственную чувствительность возбудителя лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза интенсивная фаза (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол).

Задача № 50

Больной 50 лет. Жалобы на кашель с мокротой с примесью крови, одышку при физической нагрузке, 5 лет назад был диагностирован инфильтративный туберкулез

верхней доли правого легкого в фазе распада, МБТ+. Лечился стационарно и амбулаторно, неаккуратно, злоупотреблял алкоголем. Пониженного питания, первая половина грудной клетки отстает при дыхании. Соответственно верхней доле определяется притупление перкуторного звука, амфорическое дыхание, единичные влажные хрипы. Над нижними отделами обоих легких коробочный звук. ЧД – 24 в минуту, ЧСС – 96 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см.

Анализ легких: лейкоц. – $13,0 \times 10^9/\text{л}$, эоз. – 2, п/я – 8, с/я – 61, лим. – 15, мон. – 14, СОЭ – 40 мм/час.

Рентгенологически: уменьшение в объеме верхней доли справа, в ней система полостей неправильной формы, корень подтянут вверх.

В мокроте обнаружены МБТ методом люминесцентной микроскопии.

Вопросы:

1. Интерпретируйте общий анализ крови.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Что способствовало развитию данной клинической формы туберкулеза.
4. Перечислите осложнения, которые могут встречаться при данной форме туберкулеза.
5. Составьте план лечебных мероприятий.

Эталоны ответов к задаче №50

1. Умеренный лейкоцитоз, снижение относительного содержания лимфоцитов, моноцитоз, увеличение СОЭ.
2. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого, МБТ+, эмфизема легких, ДН II стадии.
3. Наличие вредных привычек, злоупотребление алкоголем, нерегулярное лечение, отрывы от лечения.
4. Легочное сердце, кровотечение, амилоидоз, дыхательная недостаточность.
5. У больного высокий риск МЛУ, необходимо исследование мокроты на ЛУ молекулярно-генетическими методами и методом посева, до получения результатов лечение в стационаре по режиму МЛУ туберкулеза.

Собеседование по типовой ситуационной задаче

Результат работы с ситуационной задачей оценивается по системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценка **«отлично»** - ординатор правильно и полноценно оценил клиническую ситуацию, определил основные патологические синдромы, правильно оценил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы, демонстрирует свободное владение материалом, умение применять знания в конкретной ситуации; не допускает неточностей (ошибок), анализирует результаты собственных действий.

Оценка **«хорошо»** - ординатор правильно и полноценно оценил клиническую ситуацию, определил основные патологические синдромы, правильно оценил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы, демонстрирует достаточный уровень владения материалом в конкретной ситуации; допускает некоторые неточности (малозначительные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет, анализирует результаты собственных действий.

Оценка **«удовлетворительно»** - ординатор правильно, но неполноценно оценил клиническую ситуацию, не смог выделить все патологические синдромы, правильно, но неполноценно изучил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы не в полном объеме, демонстрирует ограниченное владение материалом в конкретной ситуации; допускает неточности (ошибки), которые обнаруживает и быстро исправляет после указания на них членов государственной экзаменационной комиссии, анализирует результаты собственных действий.

Оценка **«неудовлетворительно»** - ординатор не смог полноценно и грамотно оценить клиническую ситуацию, неправильно выделил основные патологические синдромы, плохо ориентируется в результатах дополнительного обследования, не ориентирован в основных вопросах специальности, установленных программой государственной итоговой аттестации, или делает грубые ошибки при их выполнении, не может самостоятельно исправить ошибки.

Тест промежуточный по модулю (проводятся на компьютере)

Если ординатор написал тестирование менее 70%, то 0 баллов, если 71% и выше, то зачтено.

Решение ситуационных задач по каждому модулю:

Если ординатор ответил на вопросы ситуационной задачи и продемонстрировал:

- Демонстрирует полное понимание проблемы
- Демонстрирует понимание проблемы.
- Демонстрирует частичное понимание проблемы

Оценивание результатов практических навыков (деловая игра/кейс или иные формы контроля вплоть до проведения «у постели больного» контрольного опроса)

Интегральная оценка за занятие/тему в дисциплине (модуле):

Складывается из составляющих, выраженных в пятибалльной системе:

- Тестирования текущего контроля
- Ситуационная задача
- Аттестация по практическим навыкам (деловая игра, Кейс/практикоориентированные вопросы)

Допуском к Зачету/Экзамену по дисциплине следует считать успешное освоение тем /разделов/модулей дисциплины по результатам более 70% положительных оценок к темам.

3. ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ

3.1 Карта компетенций с указанием этапов их формирования, видов и форм контроля

№ п/п	Контролируемые разделы учебной дисциплины	Контролируемые компетенции	Индикатор выполнения компетенции	Фонд оценочных средств		
				Вид оценочного средства	Количество вариантов заданий	Форма контроля
1	Раздел 1 Выявление и диагностика туберкулеза	УК-1 УК-2 ОПК-4 ОПК-6 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2	ИД-1 УК-1.1. ИД-2 УК-1.2. ИД-3 УК-1.3 ИД-4 УК-1.4 ИД-5 УК-1.5	Комплект тестовых заданий	64	зачет
	Комплект вопросов к зачету			94		
	Раздел 2. Организация противотуберкулезной помощи и лечение больных туберкулезом		ИД-1 УК-2.1 ИД-2 УК-2.2 ИД-3 УК-2.3 ИД-4 УК-2.4 ИД-1 ОПК-4.1. ИД-1 ОПК-4.2. ИД-1 ОПК-6.1. ИД-2 ОПК-6.2. ИД-3 ОПК-6.3 ИД-1 ОПК-9.1. ИД-1 ОПК-10.1. ИД-2 ОПК-10.2. ИД-1 ПК-1.1 ИД-1 ПК-2.1	Комплект ситуационных задач	60	зачет
				Комплект тестовых заданий	115	
				Комплект вопросов к зачету	126	
				Комплект ситуационных задач	80	

3.2 Промежуточная аттестация проводится после каждого семестра и включает в себя следующие темы:

№ п/п	№ промежуточной аттестации	Темы
1.	промежуточная аттестация в форме зачета после 1 семестра обучения	Выявление и диагностика туберкулеза
2.		Организация противотуберкулезной помощи и лечение больных туберкулезом
3.		

3.3 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАДАНИЙ ПО ТИПАМ И УРОВНЯМ СЛОЖНОСТИ

№ п/п	Код компетенции	Индикатор сформированности компетенции	Номер задания	Тип задания	Уровень сложности задания	Время выполнения (мин.)
1	2	3	4	5	6	7
1.	УК-1	ИД-1 УК-1.1.	Тестовые задания 43-63	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Вопросы 163-189	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Задачи 69-85	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
2.	УК-1	ИД-2 УК-1.2.	Тестовые задания 43-63	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Вопросы 163-189	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Задачи 69-85	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
3.	УК-1	ИД-3 УК-1.3.	Тестовые задания 43-63	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Вопросы 163-189	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Задачи 69-85	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
4.	УК-1	ИД-4 УК-1.4.	Тестовые задания 43-63	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Вопросы 163-189	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Задачи 69-85	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
5.	УК-1	ИД-5 УК-1.5.	Тестовые задания 43-63	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.

			Вопросы 163-189	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Задачи 69-85	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
6.	УК-2	ИД-1 УК-2.1.	Тестовые задания 106-126	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Вопросы 1-27	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Задачи 35-51	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
7.	УК-2	ИД-2 УК-2.2.	Тестовые задания 106-126	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Вопросы 1-27	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Задачи 35-51	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
8.	УК-2	ИД-3 УК-2.3	Тестовые задания 106-126	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Вопросы 1-27	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Задачи 35-51	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
9.	УК-2	ИД-4 УК-2.4	Тестовые задания 106-126	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Вопросы 1-27	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Задачи 35-51	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
10.	ОПК-4	ИД-1 ОПК-4.1	Тестовые задания 1-21	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Вопросы 190-220	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Задачи 52-68	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.
11.	ОПК-4	ИД-2 ОПК-4.2	Тестовые задания 1-21	Закрытый (<i>задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора</i>)	Базовый	1-3 мин.
			Вопросы 190-220	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Повышенный	3-5 мин.
			Задачи 52-68	Открытый (<i>с развернутым ответом</i>)	Высокий	5-10 мин.

12.	ОПК-6	ИД-1 ОПК-6.1	Тестовые задания 85-105	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.
			Вопросы 136-162	Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.
			Задачи 1-17	Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
13.	ОПК-6	ИД-2 ОПК-6.2	Тестовые задания 85-105	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.
			Вопросы 136-162	Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.
			Задачи 1-17	Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
14.	ОПК-6	ИД-3 ОПК-6.3	Тестовые задания 85-105	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.
			Вопросы 136-162	Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.
			Задачи 1-17	Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
15.	ОПК-9	ИД-1 ОПК-9.1	Тестовые задания 148-180	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.
			Вопросы 28-54	Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.
			Задачи 86-102	Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
16.	ОПК-10	ИД-1 ОПК-10.1	Тестовые задания 22-42	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.
			Вопросы 55-81	Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.
			Задачи 18-34	Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
17.	ОПК-10	ИД-2 ОПК-10.2	Тестовые задания 22-42	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.
			Вопросы 55-81	Открытый (с развернутым ответом)	Повышенный	3-5 мин.
			Задачи 18-34	Открытый (с развернутым ответом)	Высокий	5-10 мин.
18.	ПК-1	ИД-1 ПК-1.1	Тестовые задания 64-84	Закрытый (задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора)	Базовый	1-3 мин.

			Вопросы 82-108	Открытый <i>(с развернутым ответом)</i>	Повышенный	3-5 мин.
			Задачи 103-119	Открытый <i>(с развернутым ответом)</i>	Высокий	5-10 мин.
19.	ПК-2	ИД-1 ПК-2.1	Тестовые задания 127-147	Закрытый <i>(задание с выбором ответа; с выбором одного ответа и обоснованием выбора)</i>	Базовый	1-3 мин.
			Вопросы 109-135	Открытый <i>(с развернутым ответом)</i>	Повышенный	3-5 мин.
			Задачи 120-140	Открытый <i>(с развернутым ответом)</i>	Высокий	5-10 мин.

КОМПЛЕКТ ТИПОВЫХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ (ЗАЧЕТА/ЭКЗАМЕНА)

Выберите один правильный ответ

1. Какое определение в наибольшей мере соответствует понятию «медицина, основанная на доказательствах»:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	сознательный поиск, анализ и оценка имеющихся доказательств с последующим выбором наилучшей тактики ведения пациента	+
Б	организация и проведение научных исследований по изучению эффективности и безопасности медицинских технологий в соответствии с едиными методическими подходами	
В	комплекс организационных технологий, направленных на внедрение в практику наиболее эффективных и безопасных методов диагностики, лечения, профилактики	
Г	оценка имеющихся доказательств с последующим выбором наилучшей тактики ведения пациента	

2.. Систематический обзор - это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	научный труд, проведенный по ранее спланированной методике, где объектом изучения служат результаты оригинальных исследований по нескольким взаимосвязанным проблемам медицины	
Б	научный труд, проведенный по ранее спланированной методике, где объектом изучения служат результаты оригинальных исследований по одной и той же проблеме медицины	+
В	научный труд, проведенный по ранее спланированной методике, где объектом изучения служат изменения здоровья населения в динамике	
Г	обзор литературы по определённой проблеме, обновляемый систематически	

3. Убедительность рекомендаций о целесообразности использования медицинских технологий относится к категории А, если они подтверждены результатами:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	крупных рандомизированных исследований с однозначными результатами и минимальной вероятностью ошибки	+
Б	небольших рандомизированных исследований с противоречивыми результатами и средней вероятностью ошибки	
В	нерандомизированных перспективных контролируемых исследований	

4. Основными направлениями, обеспечивающими предельно высокую безопасность пациента, являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	внедрение оптимальных технологий управления лечебно-диагностическим процессом	
Б	постоянный контроль со стороны родственников	
В	использование медицинских вмешательств с доказанной клинической и экономической эффективностью	+
Г	обучение пациентов	

5.К заболеваниям, описываемым как легочные диссеминации, относят

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	пневмонию, центральный рак, туберкулез	
Б	гистиоцитоз-Х, фиброзирующие альвеолиты, гемосидероз	+
В	периферический рак и мезотелиому плевры	
Г	эмпиему плевры, пневмоторакс и бериллиоз	
Д	болезнь легионеров, лихорадку-ку, инфильтрат Лефлера	

6. Дифференциальную диагностику инфильтративного туберкулеза проводят с заболеваниями...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	периферический рак, пневмония, эозинофильный инфильтрат	+
Б	гамартохондрома, липома, киста	
В	лимфогранулематоз, саркоидоз, гистиоцитоз-Х	
Г	центральный рак, аденоматоз, гранулематоз Вегенера	
Д	альвеолярный протеиноз, актиномикоз, мезотелиома	

7. При дифференциальной диагностике туберкулем необходимо учитывать такие диагнозы, как

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	пневмония, карциноматоз, гистиоцитоз-Х	
Б	гамартохондрома, липома, периферический рак	+
В	абсцесс легкого, эмпиема плевры, плеврит	
Г	саркоидоз 3 стадии, фиброзирующий альвеолит, пневмокониоз	
Д	мезотелиома плевры, релаксация купола диафрагмы, плеврит	

8. У больного инфильтративным туберкулезом и сопутствующей венозной болезнью нижних конечностей внезапно возникла выраженная одышка, боль за грудиной, потеря сознания. О каком заболевании в первую очередь можно думать?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	плеврит	
Б	тромбоэмболия легочной артерии	+
В	спонтанный пневмоторакс	
Г	расслаивающая аневризма аорты	
Д	инфаркт миокарда	

9. Легочная гипертензия осложняет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	эозинофильную пневмонию	
Б	обструктивные заболевания легких	+
В	ожирение	
Г	периферический рак	
Д	туберкулемы	

10. При каком заболевании сохраняется нормальное давление в малом круге кровообращения?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	заболевания, ограничивающие движения грудной клетки	
Б	обструктивные заболевания легких	
В	ожирение	+
Г	тромбоэмболия легочной артерии	
Д	легочный инфильтрат	

11. Томография с поперечным направлением размазывания в прямой проекции дает дополнительную информацию:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	о состоянии трахеи и крупных бронхов	
Б	о состоянии бифуркации трахеи	
В	о невидимых на томограмме с продольным размазыванием щелевидных полостях в легких	
Г	о возможных кальцинатах в бифуркационных лимфатических узлах	
Д	все ответы верны	+

12. При фибробронхоскопии в случае центрального рака легкого в бронхиальном дереве выявляют

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	обтурацию главного бронха	+
Б	бледно-розовую окраску слизистой оболочки	
В	четко выраженный хрящевый рисунок	
Г	сравнительно узкие бифуркация трахеи и межбронхиальные шпоры	
Д	нормальные просветы бронхов	

13. У больной 18 лет острая очаговая пневмония протекает при удовлетворительном состоянии, температура тела быстро нормализовалась, однако к концу 3-ей недели все еще сохраняются физикальные и рентгенологические признаки инфильтрации легочной ткани. Необходимо проведение дифференциальной диагностики с:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	эозинофильным инфильтратом	
Б	бронхиальной астмой	
В	очаговым туберкулезом	+
Г	силикозом	
Д	ни с одним из названных	

14. У 26-летней женщины заболевание началось с симптомов катарального бронхита. Рентгенологически определяются мелкие очаги затемнения и увеличенные лимфатические узлы в корне легкого. Увеличены и болезненны лимфатические узлы на шее, отмечается увеличение печени. Больше оснований думать о наличии у больной:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	диссеминированного туберкулеза легких	
Б	саркоидоза	
В	пневмокониоза	
Г	пневмомикоза	
Д	метастатического поражения легких	+

15. У больного 61 года при профилактической флюорографии выявлено шаровидное образование в легких. При проведении дифференциальной диагностики наименее вероятным диагнозом является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	периферический рак	

Б	туберкулома	
В	доброкачественная опухоль	
Г	ретенционная киста	
Д	шаровидный фокус хронической неспецифической пневмонии	+

16. Одиночная правильно округлая тень больших размеров, выявленная при рентгенологическом обследовании наиболее характерна для...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ретенционной кисты	
Б	туберкулемы	
В	эхинококковой кисты	+
Г	острой пневмонии	
Д	ни одно из перечисленных	

17. Округлая тень в легочной ткани менее 2 см в диаметре с эксцентричной полостью распада при бессимптомном течении заболевания наиболее вероятна для...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ретенционная киста	
Б	туберкулема	+
В	гематома	
Г	острая пневмония	
Д	ни одно из перечисленных	

18. Нечеткие, местами размытые контуры тени с распадом и образованием полости с уровнем, сопровождающиеся температурной реакцией и кашлем со слизисто-гноной мокротой наиболее характерны для...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	туберкулемы	
Б	округлого туберкулезного инфильтрата	
В	абсцесса	+
Г	распадающейся опухоли	
Д	ни одному из приведенных	

19. Наиболее информативный метод исследования при новообразованиях средостения:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	компьютерная томография	
Б	пневмомедиастинум	

В	ангиография	
Г	пункция новообразования	+
Д	медиастиноскопия	

20. При обнаружении шаровидного образования в легком у мужчины 64 лет в первую очередь следует исключить:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	туберкулему	
Б	кисту	
В	гематому	
Г	периферический рак	+
Д	эхинококк	

21. Больной Я., 60 лет, курит в течении 40 лет. Заболевание началось остро: температура до 38 С, кашель с небольшим количеством мокроты, боли в правой половине грудной клетки. В поликлинике диагностирован "грипп", назначено лечение, включая антибиотики. Подобный "грипп" повторялся трижды за последние 6 месяцев. Во время последнего в мокроте появились прожилки крови, усилилась одышка. Рентгенологически: ателектаз верхней доли правого легкого, расширение тени средостения. Ваш предварительный диагноз:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	киста	
Б	рак	+
В	пневмония	
Г	туберкулез	
Д	пневмокониоз	

22. Наличие лимфогрануломатоза доказывает обнаружение:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	миеломных клеток	
Б	клеток с тельцами Ауэра	
В	клеток Березовского-Штернберга	+
Г	эритробластов	
Д	лимфобластов	

23. Мужчина 72 лет, поступил в стационар с рецидивирующим плевритом неясной природы. 2 года назад обнаружено фокусное образование в печени, обследовался у терапевта с подозрением на опухоль в печени. Результаты обследования не знает. В крови эозинофилов 8%, лимфоцитов 34%, СОЭ 28 мм в час. О каком из нижеперечисленных заболеваний следует думать в первую очередь:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	эхинококкоз	+
Б	метастатическое поражение плевры	
В	туберкулезный плеврит	
Г	аллергический плеврит	
Д	мезотелиома плевры	

24. Больной М., 35 лет, обратил внимание участкового терапевта на увеличенный узел до 2 см в диаметре в правой надключичной области. Врач рекомендовал спиртовые компрессы. Через полгода появился увеличенный лимфоузел в левой надключичной области. Были назначены антибиотики и тепловые процедуры. Лимфоузлы сначала уменьшились в размерах, затем снова увеличились до 2-3 см. Вскоре поднялась температура до 38,5 - 39,5 С, которая не снижалась от приема антибиотиков, обильная потливость, кожный зуд, боли в костях. При осмотре и пальпации выявлены дополнительно увеличенные лимфоузлы подмышечных областей. Пальпируется печень и селезенка. Ваш предварительный диагноз:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	лимфогранулематоз	+
Б	острый лейкоз	
В	туберкулез	
Г	мононуклеоз	
Д	саркоидоз	

25. Механизмом действия изониазида на микробную клетку является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	блокада синтеза миколевых кислот в клеточной стенке микобактерий туберкулеза	+
Б	повреждение протоплазматической субстанции микобактерий туберкулеза	
В	нарушение синтеза молекулы РНК микобактерий туберкулеза	
Г	конкурентное влияние на группу витамина В	
Д	нарушение клеточной стенки микобактерий туберкулеза	

26. Наиболее эффективным и признанным во всем мире препаратом ГИНК является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	изониазид	+
Б	фтивазид	
В	тизамид	

Г	пиразинамид	
Д	ПАСК	

ОПК-5.

27. По III режиму химиотерапии должны лечиться больные туберкулезом

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	без бактериовыделения при отсутствии риска множественной лекарственной устойчивости	+
Б	с малыми формами туберкулеза	
В	бактериовыделители при сохраненной лекарственной чувствительности МБТ	
Г	у которых бактериовыделение определяется только методом посева	
Д	бактериовыделители с множественной лекарственной устойчивостью	

28. По какому режиму должны лечиться больные с рецидивом туберкулеза бактериовыделители, если во время предыдущего лечения лекарственная устойчивость не определялась?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	I	+
Б	III	
В	II	
Г	IV	
Д	V	

29. По какому режиму химиотерапии должны лечиться больные туберкулезом внелегочной локализации без бактериовыделения и риска множественной лекарственной устойчивости?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	I	+
Б	II	
В	IV	
Г	III	
Д	V	

30. По какому режиму химиотерапии должны лечиться больные урогенитальным туберкулезом с бактериовыделением при сохраненной чувствительности возбудителя к изониазиду и рифампицину?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа

А	I	+
Б	II	
В	IV	
Г	III	
Д	V	

31. По какому режиму химиотерапии должны лечиться впервые выявленные больные туберкулезом бактериовыделители без риска множественной лекарственной устойчивости?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	I	+
Б	II	
В	IV	
Г	III	
Д	V	

32. Какую комбинацию химиопрепаратов следует признать нерациональной?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	изониазид и пиразинамид	
Б	изониазид и рифампицин	
В	этамбутол и пиразинамид	
Г	изониазид и этамбутол	
Д	циклосерин и теризидон	+

33. Под термином «множественная лекарственная устойчивость» МБТ понимают

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	устойчивость к изониазиду и рифампицину одновременно	+
Б	устойчивость ко всем препаратам, кроме изониазида и рифампицина	
В	устойчивость к рифампицину, офлоксацину и канамицину	
Г	устойчивость к трем и более препаратам, исключая рифампицин	
Д	устойчивость к трем препаратам	

34. Что понимают под термином «полирезистентная лекарственная устойчивость» МБТ?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	устойчивость к трем и более препаратам, исключая рифампицин	+
Б	устойчивость ко всем препаратам, кроме изониазида и рифампицина	
В	устойчивость к рифампицину, офлоксацину и канамицину	
Г	устойчивость к изониазиду и рифампицину одновременно	

Д	устойчивость к изониазиду , рифампицину и офлоксацину	
---	---	--

35. Что понимают под термином «широкая лекарственная устойчивость» МБТ?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	устойчивость к изониазиду, рифампицину, фторхинолонам и одному из инъекционных препаратов второго ряда	+
Б	устойчивость ко всем препаратам, кроме изониазида и рифампицина	
В	устойчивость к изониазиду, фторхинолонам и одному из инъекционных препаратов второго ряда	
Г	устойчивость к трем и более препаратам, исключая рифампицин	
Д	устойчивость к изониазиду и рифампицину одновременно	

36. При выявлении лекарственной устойчивости к изониазиду при проведении химиотерапии по I режиму, следует

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	перерегистрировать больного на II режим химиотерапии	+
Б	заменить изониазид на стрептомицин	
В	заменить изониазид на два противотуберкулезных препарата	
Г	увеличить продолжительность интенсивной фазы лечения I режима	
Д	заменить изониазид на ПАСК	

37. Какая комбинация препаратов является недопустимой?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	klarитромицин, пиразинамид, этамбутол, циклосерин, азитромицин	+
Б	изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол, стрептомицин	
В	спарфлоксацин, амикацин, пиразинамид, этамбутол, ПАСК	
Г	амикацин, изониазид, рифабутин, этамбутол, klarитромицин	
Д	изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол, протионамид	

38. Гриппоподобный синдром (flu-синдром), выражающийся появлением периодов недомогания, познабливания, субфебрилитетом, миалгиями и усилением болей в суставах, при химиотерапии туберкулеза связан с приемом

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	стрептомицина	
Б	пиразинамида	

В	этамбутола	
Г	рифампицина	+
Д	ПАСК	

39. Физическая реабилитация рекомендуется пациентам с сердечной недостаточностью:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	I – IV функциональным классом сердечной недостаточности по NYHA	+
Б	I функциональным классом сердечной недостаточности	
В	III функциональным классом сердечной недостаточности	
Г	II функциональным классом сердечной недостаточности	

40. Реабилитация пациентов с туберкулезом, перенесших инфаркт миокарда, на поликлиническом этапе должна проводиться:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	всем больным по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда	+
Б	при неосложненном течении инфаркта миокарда	
В	только лицам трудоспособного возраста	
Г	только при осложненном течении инфаркта миокарда	

41. Для исключения сердечной недостаточности пациентам старших возрастных групп проводят оценку переносимости физической нагрузки по тесту:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	5 минутной ходьбы	
Б	7 минутной ходьбы	
В	8 минутной ходьбы	
Г	6 минутной ходьбы	+

42. В каком из перечисленных видов реабилитации больше всего нуждаются инвалиды:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	профессионально-производственной адаптации	
Б	трудоустройстве	
В	социально-средовой адаптации	+

43. Выберите наиболее корректное определение понятия «реабилитация»:

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	реабилитация = восстановление физического, психологического и социально-трудового статуса больного	+
Б	реабилитация = восстановление способности к труду	
В	реабилитация = долечивание	
Г	реабилитация = лечение + профилактика осложнений и рецидивов заболевания	

44. Социальная реабилитация обеспечивается:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	медицинской, технической и профессиональной реабилитацией	+
Б	медицинскими мероприятиями	
В	техническими средствами	
Г	профессиональным образованием	

45. Профессиональная реабилитация пациентов с сердечно-сосудистой патологией включает в себя:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	профессиональную ориентацию, профессиональное обучение	+
Б	протезирование и ортезирование	
В	социально-средовую адаптацию	
Г	восстановительную терапию	

46. На каких курортах может лечиться больной хроническими формами туберкулеза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	в местных туберкулезных санаториях	+
Б	на бальнеологических курортах	
В	на горных курортах	
Г	на южном побережье Крыма в жаркое время года	

47. К медицинской реабилитации при туберкулезе относятся:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	восстановительная терапия, санаторно-курортное лечение	+
Б	профессиональная ориентация и обучение	
В	социально-средовая ориентация и адаптация	
Г	трудоустройство	

48. По основным природным лечебным факторам курорты классифицируются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	климатические, бальнеологические, грязевые	+
Б	горные, равнинные, морские	
В	климатические, грязевые	
Г	климатические, морские, бальнеологические	

49. Метод лечения, который может входить в состав комплексной курортной терапии больного туберкулезом

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ванны с углекислыми, радоновыми, сероводородными, хлоридными водами	-
Б	воздушные ванны	+
В	аэрозольтерапия	+
Г	солнечные ванны при РЭТ от +30-40	-

50. Воздействия, относящиеся к климатотерапии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	аэротерапия, гелиотерапия, талассотерапия	+
Б	цветотерапия, фототерапия	
В	фармакотерапия, фитотерапия	
Г	фитотерапия, аромотерапия	

51. При средней степени перегревания организма человека появляются следующие симптомы

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	заторможенность	+
Б	кожные покровы и видимые слизистые оболочки сухие	
В	зрачки расширены	
Г	температура тела достигает 40-42°C	

52. Что необходимо сделать после истечения максимального срока выдачи листка нетрудоспособности при сохраняющемся состоянии нетрудоспособности пациента:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	направить к главному врачу	
Б	направить в бюро МСЭ	+
В	направить к заведующему отделением	
Г	направить к лечащему врачу	

53. До какого срока лечащий врач может продлить листок нетрудоспособности единолично:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	до 15 дней;	+
Б	до 10 дней;	
В	до 25 дней;	
Г	до 30 дней	

54. На какой максимальный срок может продлить листок нетрудоспособности врачебная комиссия при туберкулезе

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	до 2 месяцев;	
Б	до 3 месяцев;	
В	до 6 месяцев;	
Г	до 12 месяцев.	+

55. Лист нетрудоспособности при благоприятном трудовом и клиническом прогнозе при туберкулезе максимально выдается на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	на 6 месяцев;	
Б	на 7 месяцев;	
В	на 8 месяцев;	
Г	на 12 месяцев.	+

56. Листок нетрудоспособности не выдается:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	при отпуске для санаторно-курортного лечения;	
Б	при уходе за больным членом семьи;	
В	лицам, находящимся в отпуске без сохранения заработной платы;	+
Г	при бытовой травме.	

57. На врачебную комиссию врач представляет больного, имеющего листок нетрудоспособности, на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	10 день;	
Б	15 день;	+
В	20 день;	
Г	25 день;	

58. Гражданам, направленным медицинскими организациями и органами управления здравоохранением на лечение в клиники НИИ курортологии, физиотерапии и реабилитации, листок нетрудоспособности выдается медицинским работником на основании решения врачебной комиссии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	на время лечения;	
Б	на время лечения и проезда к месту лечения;	
В	на время лечения и проезда к месту лечения и обратно	+
Г	не выдается.	

59. Временная утрата трудоспособности это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	состояние, при котором пациент вынужден прекратить свою трудовую деятельность;	
Б	состояние, при котором нарушенные функции организма, препятствующие труду, носят временный, обратимый характер;	+
В	состояние, при котором нарушенные функции организма несмотря на комплексность	
Г	лечения, приняли стойкий необратимый или частично обратимый характер.	

60. Направление больному для прохождения МСЭ выдает:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	лечащий врач;	
Б	зав.отделением;	
В	главный врач;	
Г	клинико-экспертная комиссия;	+

61. Листок нетрудоспособности боьным туберкулезом при благоприятном трудовом и клиническом прогнозе максимально выдается на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	на 6 месяцев;	
Б	на 7 месяцев;	
В	на 9 месяцев;	
Г	на 12 месяцев.	+

62. По классификации, принятой в Российской Федерации, выделено

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа

А	3 группы инвалидности	+
Б	2 группы инвалидности	
В	4 группы инвалидности	
Г	5 групп инвалидности	

63..Окончательное решение о необходимости направления больного на медико-социальную экспертизу принимает:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	клинико-экспертная комиссия ЛПУ	+
Б	лечащий врач, совместно с заведующим отделением	
В	лечащий врач, совместно с заместителем главного врача по лечебной работе	
Г	лечащий врач, совместно с заместителем главного врача по клинико-экспертной работе (КЭР)	

64. Переосвидетельствование инвалида может осуществляться заблаговременно, но не более чем за:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	1 месяц до установленного срока	+
Б	2 месяца до установленного срока	
В	3 месяца до установленного срока	
Г	4 месяца до установленного срока	

65.У больного 26 лет при хорошем самочувствии на профилактическом флюорографическом обследовании выявлены изменения в легких в виде множественных очаговых теней преимущественно средних размеров, расположенных симметрично в пределах верхушек обеих легких, отсутствие изменений в корнях. О какой патологии можно говорить с большей долей вероятности?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	метастазы рака	
Б	диссеминированный туберкулез	+
В	саркоидоз	
Г	очаговая пневмония	
Д	ни одно из названных	

66.Метод, позволяющий выявить туберкулез мочеполовой системы на ранней стадии заболевания

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	экскреторная урография	+

Б	ретроградная урография	
В	цистоскопия и цистография	
Г	бактериологическое исследование мочи	
Д	обзорная рентгенография	

67. Какому из перечисленных заболеваний наиболее вероятно соответствует определение: «тень менее 2 см в диаметре с полостью распада при бессимптомном течении заболевания»?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	гамартома	
Б	ретенционная киста	
В	острая пневмония	
Г	туберкулема	+
Д	эхинококк	

68. Лейкоцитарная формула при активном распространенном туберкулезе легких часто характеризуется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	моноцитозом, лимфопенией, эозинопенией	+
Б	моноцитопенией, лимфоцитозом, эозинофилией и базофилией	
В	палочкоядерным сдвигом, лимфоцитозом, эозинофилией, моноцитозом	
Г	нормальными соотношениями лейкоцитов	
Д	моноцитопенией, лимфоцитозом, , эозинофилией	

69. В трудных случаях дифференциальной диагностики туберкулеза дополнительно в комплексном обследовании пациентов используется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ПЦР для выявления ДНК <i>M. tuberculosis</i>	+
Б	метод посева на твердые питательные среды	
В	метод непрямой микроскопии	
Г	метод люминесцентной микроскопии	
Д	бронхоскопия	

70. Наиболее достоверный признак в диагностике туберкулеза легких

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	гиперергический диаскинтест	
Б	полость распада и очаги	

В	кровотечение и кровохарканье	
Г	бактериовыделение	+
Д	повышение температуры	

71. Какая из жалоб доминирует у больного сухим плевритом?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	головокружение	
Б	одышка в покое и/или при нагрузке	
В	повышение температуры	
Г	сухой кашель	
Д	боль в груди	+

72. Тесты IGRA включают

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	пробу Манту с 2 ТЕ	
Б	Диаскинтест	
В	пробу Пирке	
Г	пробу Коха	
Д	тест T SPOT TB	+

73. Для ежегодной плановой иммунодиагностики туберкулеза детям старше 8-ми летнего возраста применяют

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	пробу Манту с 2 ТЕ	
Б	Диаскинтест	+
В	ПЦР-диагностику	
Г	иммуноферментный анализ	
Д	квантифероновый тест	

74. Для раннего выявления туберкулезной инфекции у детей раннего возраста применяют

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ПЦР-диагностику	
Б	иммуноферментный анализ	
В	пробу Манту с 2 ТЕ	+
Г	ДИАСКИНТЕСТ	
Д	вакцинацию БЦЖ	

75. Срок обследования подростков у фтизиатра при выявлении патологии на флюорограммах

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	3 дня	+
Б	10 дней	
В	1 месяц	
Г	3 месяца	
Д	6 месяцев	

76. Тесты IGRA включают

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	пробу Манту с 2 ТЕ	
Б	квантифероновый тест	+
В	пробу Пирке	
Г	пробу Коха	
Д	Диаскинтест	

77. Среди факторов местной защиты органов дыхания существенную роль играют

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	Ig G	
Б	Ig A	+
В	тимоциты	
Г	клетки Купфера	
Д	тучные клетки	

78. Из перечисленных признаков наиболее характерным для ТЭЛА является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	Боль в грудной клетке	
Б	Кровохарканье	
В	Приступы одышки в горизонтальном положении	
Г	Приступы одышки в вертикальном положении	+

79. Препараты выбора при остро развившемся отеке легких на фоне диастолической дисфункции левого желудочка:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	Нитропруссид натрия в сочетании с нитроглицерином	
Б	Метопролол, эсмолол (или верапамил) в сочетании с низкими дозами нитроглицерина и петлевыми диуретиками	+
В	Никардипин и фуросемид	

Г	Амлодипин и нитропруссид натрия	
---	---------------------------------	--

80. При развитии острого ишемического инсульта на фоне гипертонического криза предпочтительно назначать следующие препараты:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	Никардипин или лабетолол	+
Б	Нитропруссид натрия и нитроглицерин	
В	Эсмолол и фуросеми	
Г	Верапамил и торасемид	

81. При острой ишемии миокарда, развившейся на фоне гипертонического криза, предпочтительны следующие препараты

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	Нитропруссид натрия и нитроглицерин	
Б	Амлодипин и нитроглицерин	
В	Лабетолол или эсмолол и нитроглицерин	+
Г	Верапамил и фуросемид	

82. Для предупреждения нарушения ауторегуляции кровообращения жизненно важных органов при осложненном гипертоническом кризе необходимо

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	Быстрое снижение АД в течение 15-20 минут короткодействующими препаратами	
Б	Быстрое снижение АД в течение 30 минут длительно действующими препаратами	
В	Длительные инфузии короткодействующих препаратов, снижающие АД на 10-15% от исходного в течение часа	+
Г	Длительные инфузии короткодействующих препаратов, снижающие АД на 20-30% от исходного в течение 2 часов	

83. Препараты выбора при гипертоническом кризе, вызванном избытком катехоламинов (феохромоцитомы)

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	Метопролол или эсмолол	
Б	Фентоламин или триметафан	+
В	Престариум или капотен	
Г	Гипотиазид или фуросемид	

84. Правильным расположением ладоней при проведении закрытого массажа сердца является

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	В области средней трети грудины	
Б	В области мечевидного отростка	
В	Слева от грудины в области iv межреберья	
Г	В области нижней трети грудины на два поперечных пальца выше основания мечевидного отростка	+

85. Наиболее частым осложнением наружного массажа сердца у больных пожилого и старческого возраста является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	Повреждение печени	
Б	Фибрилляция желудочков	
В	Переломы ребер	+
Г	Пневмоторакс	

86. При асистолии вводится:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	Адреналин	+
Б	Допамин	
В	Хлорид кальция	
Г	Атропин	

87. Полным прекращением кровообращения характеризуется следующее нарушение сердечной деятельности:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	Коллапс с отсутствием пульса на периферических артериях	
Б	Желудочковая брадикардия	
В	Асистолия, фибрилляция желудочков, желудочковая тахикардия без пульса	+

88. Для купирования приступа желудочковой тахикардии в первую очередь используют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	Новокаинамид	
Б	Лидокаин	+
В	Пропранолол	
Г	Верапамил	

89. Для купирования приступа суправентрикулярной тахикардии в первую очередь используют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
---------------------------------	------------------	--

А	Новокаинамид	
Б	Лидокаин	
В	Пропранолол	
Г	Верапамил	+

90. Адреналин, амиодарон и дефибрилляция в совокупности используются при лечении:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	асистолии	
Б	фибрилляции предсердий	
В	фибрилляции желудочков	+
Г	электромеханической диссоциации	

91. При проведении пробы Коха оценивают следующие виды реакций:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	раннюю и отсроченную	
Б	местную, общую и очаговую	+
В	острую и хроническую	
Г	локальную и местную	
Д	центральную и периферическую	

92. Лейкоцитарная формула при активном туберкулезе легких часто характеризуется...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	нормальными соотношениями лейкоцитов	
Б	моноцитозом, лимфопенией, эозинопенией и палочкоядерным сдвигом	+
В	моноцитопенией, лимфоцитозом, эозинофилией и базофилией	
Г	палочкоядерным сдвигом, лимфоцитозом, эозинофилией, моноцитозом	
Д	моноцитозом, эозинопенией, лимфоцитозом, базофилией	

93. Симптом Воробьева-Поттенджера подразумевает...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	онемение пальцев рук, особенно в холодную погоду	
Б	телеангиоэктазии на передней поверхности грудной клетки	
В	выслушивание свистящих хрипов на выдохе	
Г	ригидность и болезненность мышц верхнего плечевого пояса	+
Д	анизокорию на высоте активного воспаления	

94. Наиболее часто туберкулез легких у взрослых локализуется в..

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	3, 7 и 10 сегментах	
Б	1, 5 и 9 сегментах	
В	1, 2 и 6 сегментах	+
Г	2, 8 и 10 сегментах	
Д	3, 7 и 9 сегментах	

95. Самой ранней формой первичного туберкулеза является...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	первичный туберкулезный комплекс	
Б	туберкулезная интоксикация детей и подростков	+
В	туберкулез внутригрудных лимфатических узлов	
Г	диссеминированный туберкулез	
Д	туберкулезный менингоэнцефалит	

96. Для острого диссеминированного (генерализованного) туберкулеза типичным путем диссеминации является...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	лимфогенный	
Б	гематогенный	+
В	бронхогенный	
Г	аэрогенный	
Д	контактный	

97. Острый диссеминированный туберкулез нередко требует дифференциальной диагностики...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	с брюшным тифом и другими инфекциями	+
Б	с хронической туберкулезной интоксикацией	
В	с первичной легочной гипертензией	
Г	с хроническим бронхитом	
Д	с болезнью Верльгофа	

98. При туберкулезном менингите в период разгара болезни в спинномозговой жидкости...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	содержание белка нормальное, повышено содержание нитратов	
Б	повышено содержание белка, понижено - сахара и хлоридов	+
В	понижено содержание белка, повышено - сахара и хлоридов	
Г	резко снижено содержание белка, хлоридов и сахара	
Д	повышено содержание белка, хлоридов и сахара	

99.Туберкулез гортани является нередким проявлением такой формы туберкулеза легких, как...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	очаговый	
Б	туберкулемы	
В	диссеминированный	+
Г	ранняя туберкулезная интоксикация	
Д	туберкулезный бронхоаденит	

100.При локализации инфильтрата в области междолевой борозды ставится диагноз...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	лобит	
Б	облаковидный инфильтрат	
В	казеозная пневмония	
Г	сегментит	
Д	перисциссурит	+

101.Заболеваниями, с которыми проводится дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза легких, принято считать...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	периферический рак, пневмонию, эозинофильный инфильтрат	+
Б	гамартохондрому, липому, кисту	
В	лимфогранулематоз, саркоидоз, гистиоцитоз-Х	
Г	центральный рак, аденоматоз, гранулематоз Вегенера	
Д	альвеолярный протеиноз, актиномикоз, мезотелиому	

102.При дифференциальной диагностике туберкулем необходимо учитывать такие диагнозы, как

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	пневмония, карциноматоз, гистиоцитоз-Х	
Б	гамартохондрома, липома, периферический рак	+
В	абсцесс легкого, эмпиема плевры, плеврит	
Г	саркоидоз 3 стадии, фиброзирующий альвеолит, пневмокониоз	
Д	мезотелиома плевры, релаксация купола диафрагмы, плеврит	

103.Формирование туберкулем наблюдается у лиц с

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	с высокой вероятностью ВИЧ-инфицирования	
Б	с неадекватным назначением глюкокортикоидов	
В	с длительным приемом цитостатиков в анамнезе	
Г	с высокой естественной сопротивляемостью и иммунитетом	+
Д	с невысокой сопротивляемостью и отсутствием иммунитета	

104.Фиброзно-кавернозный и цирротический туберкулез легких нередко приводят к таким осложнениям, как...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	прободная язва желудка и 12-перстной кишки	
Б	амилоидоз внутренних органов, легочная недостаточность	+
В	формирование гистиоцитоза-Х	
Г	формирование синдрома Пиквика и дыхательной недостаточности	
Д	синдром голубых склер	

105.Частота туберкулезного плеврита среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания составляет...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	50-55 %	
Б	80-90 %	
В	1 - 2 %	
Г	22-25 %	
Д	3 - 6 %	+

106.По патогенезу поражения плевры при туберкулезе выделяют...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	плеврит аллергический, перифокальный и туберкулез плевры	+

Б	плеврит инфильтративный и фиброзный	
В	плеврит травматический и идиопатический	
Г	плеврит лекарственный и инфекционный	
Д	плеврит трансторакальный, перифокальный и перикостальный	

107. При хронических формах туберкулеза (диссеминированный, фиброзно-кавернозный) довольно часто электрокардиограмма обнаруживает:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ритм атрио-вентрикулярного сочленения	
Б	желудочковую экстрасистолию	
В	WPW-синдром	
Г	гипертрофию левых отделов сердца	
Д	гипертрофию правых отделов сердца	+

108. Что из себя представляет на рентгенограмме инфильтрат Ассмана?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	лобит	
Б	сегментит	
В	перисциссурит	
Г	округлый инфильтрат	+
Д	казеозная пневмония	

109. На рентгенограмме небольшое количество очаговых теней средних и крупных размеров, малой интенсивности с нечеткими контурами называют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	очагами Абрикосова	+
Б	очагами Равич-Щербо	
В	очагами Гона	
Г	очагами Рабухина	
Д	очагами Рубинштейна	

110. Какая картина крови более характерна для активного туберкулезного процесса:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	анемия, высокий лейкоцитоз, лимфопения	
Б	лейкоцитоз, эозинопения, моноцитоз	
В	анемия, умеренный лейкоцитоз, моноцитопения	
Г	умеренный лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз	+
Д	лейкопения, лимфопения, моноцитоз	

111.Что является абсолютным доказательством туберкулезной природы инфильтрата в легких?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	острое начало	
Б	наличие влажных хрипов	
В	высокая СОЭ	
Г	наличие МБТ в мокроте	+
Д	высокий лейкоцитоз	

112.Для какого из заболеваний не характерно увеличение внутригрудных лимфатических узлов?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	первичных форм туберкулеза легких	
Б	вторичных форм туберкулеза легких	+
В	саркоидоза	
Г	лимфогранулематоза	
Д	пневмонии	

113.При какой клинической форме туберкулеза на рентгенограмме виден симптом "плакучей ивы"?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	очаговой	
Б	туберкулеме	
В	инфильтративной	
Г	кавернозной	
Д	фиброзно-кавернозной	+

114.Укажите, какие по возрасту (интенсивности) очаги выявляются при подостром диссеминированном туберкулезе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	разные	
Б	одинаковые, средней интенсивности	+
В	одинаковые, высокой интенсивности	
Г	малой и средней интенсивности	
Д	высокой и средней интенсивности	

115. Укажите главный метод обследования больного в постановке диагноза острого диссеминированного туберкулеза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	физикальный	
Б	лабораторный	
В	рентгенологический	+
Г	bronхологический	
Д	иммунологический	

116. При лечении деструктивных форм туберкулезных процессов назначение туберкулостатиков целесообразно дополнить

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	туберкулином	
Б	преднизолоном	
В	тавегилом	
Г	коллапсотерапией	+
Д	витамины группы В	

117. С точки зрения иммунологов туберкулин является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	мутагеном	
Б	полным антигеном	
В	фактором миграции нейтрофилов	
Г	гаптеном	+
Д	антигеном	

118. Даже своевременно выявленный и эффективно леченный первичный туберкулезный комплекс заканчивается

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	выраженными кальцинатами в железистом и легочном компонентах	+
Б	выраженной деструкцией железистого и легочного компонента	
В	полным рассасыванием железистого и легочного компонентов	
Г	нагноением железистого и легочного компонентов	
Д	частичным рассасыванием железистого и легочного компонентов	

119. Диаскинтест считается положительным при

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	папуле любого размера	+
Б	наличии гиперемии без инфильтрата	
В	папуле не менее 5 миллиметров	
Г	папуле не менее 9 миллиметров	
Д	папуле не менее 4 миллиметров	

120. Диаскинтест считается сомнительным при

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	гиперемии без инфильтрата	+
Б	папуле один-два миллиметра	
В	папуле три-четыре миллиметра	
Г	уколочной реакции	
Д	папуле два-три миллиметра	

121. Форма туберкулёза чаще всего выявляемая при хорошо организованном массовом флюорографическом обследовании населения

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	инфильтративная	
Б	очаговая	+
В	кавернозная	
Г	фиброзно-кавернозная	
Д	цирротическая	

122. Проба Манту с 2ТЕ считается гиперергической у детей при размерах папулы не менее

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	17 мм	+
Б	10 мм	
В	12 мм	
Г	21 мм	
Д	14 мм	

123. Как часто должны обследоваться на внелегочный туберкулез лица, составляющие группу риска?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	1 раз в 2 года	
Б	ежегодно	
В	1 раз в 6 месяцев	
Г	1 раз в 3 года	+
Д	раз в 5 лет	

124. Группу риска по заболеванию внелегочными формами туберкулеза составляют

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	женщины, страдающие хроническими воспалительными заболеваниями женской половой сферы	+
Б	больные стенокардией	
В	пациенты с ХОБЛ	
Г	больные мочекаменной болезнью	
Д	пациенты с холециститом	

125. Больные легочным туберкулезом с установленным бактериовыделением наблюдаются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	по 1 группе	+
Б	по 3 группе	
В	по 4а группе	
Г	по 4б группе	
Д	по 0 группе	

126. Лица, состоящие в бытовом и производственном контакте с бактериовыделителями, наблюдаются по

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	3 группе	
Б	2 группе	
В	0 группе	
Г	4б группе	
Д	4а группе	+

127. Одним из основных врачебных мероприятий для 4 группы учета в противотуберкулезном диспансере является...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	проведение комплексного длительного лечения	
Б	проведение первичной или вторичной химиопрофилактики	+
В	проведение поэтапного хирургического лечения	
Г	наложение искусственного пневмоторакса	
Д	трансторакальное дренирование туберкулезной полости	

128. Больные с крупными туберкулемами (более 4 см) находятся под многолетним наблюдением фтизиатра по...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	2 группе диспансерного учета	+
Б	1 группе диспансерного учета	
В	5 группе диспансерного учета	
Г	4 группе диспансерного учета	
Д	0 группе диспансерного учета	

129. Срок наблюдения по II группе диспансерного учета?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	Не более 12 месяцев	
Б	Не более 24 месяцев	
В	Длительность не ограничена	+
Г	Не более 6 месяцев	
Д	Не более 9 месяцев	

130. Лечебные мероприятия для детей и подростков, наблюдающихся по VI«В» группе диспансерного учета

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	Комплексный основной курс лечения	
Б	Противорецидивное лечение	
В	Диагностическое лечение	
Г	Превентивное лечение	+
Д	Лечебные мероприятия не проводятся	

131. Диссеминированная БЦЖ инфекция без летального исхода как осложнение прививки БЦЖ - это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	холодный абсцесс	
Б	язва	
В	регионарный лимфаденит	
Г	волчанка	+
Д	келоидный рубец	

130. Среди факторов местной защиты органов дыхания существенную роль играют

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	Т-лимфоциты	
Б	В-лимфоциты	
В	Ig E	
Г	секреторный Ig A	+
Д	натуральные киллерные клетки	

130. Главными клетками, осуществляющими защиту от туберкулезной инфекции, являются ...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	моноциты	
Б	нейтрофилы	
В	лимфоциты	+
Г	базофилы	
Д	эритроциты	

131. Ребенок подлежит консультации у фтизиатра при наличии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	на месте введения вакцины пустула 6 мм	

Б	гиперемия	
В	подмышечный лимфатический узел 5 мм	
Г	надключичный лимфатический узел 6 мм	
Д	на месте введения вакцины сохраняется "язвочка" 8 мм в течение 7 месяцев	+

132. Малые остаточные посттуберкулезные изменения:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	единичные мелкие свежие очаги	
Б	ограниченные мелкие фокусы в легочной ткани	
В	осумкованный плеврит	
Г	единичные средних размеров кальцинаты в правом корне	+
Д	фиброзно-цирротические изменения в пределах доли	

133. Лечебные мероприятия у взрослых при наблюдении в IVА группе диспансерного учета

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	комплексный основной курс лечения	
Б	противорецидивные курсы химиотерапии	
В	диагностическое лечение	
Г	превентивное лечение	
Д	химиопрофилактика	+

134. Дети и подростки с "виражом" туберкулиновой чувствительности наблюдаются в группе учета ...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	I "А"	
Б	I "Б"	
В	II	
Г	VI "А"	+
Д	VI "Б"	

135. Дети и подростки с гиперергической реакцией на туберкулин наблюдаются в группе учета...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	I "А"	
Б	I "Б"	
В	II	

Г	VI "А"	
Д	VI "Б"	+

136. Госпитализация беременных женщин с остаточными изменениями, из очага туберкулезной инфекции осуществляется в палату патологии беременных за...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	1 неделю до родов	
Б	2 недели до родов	+
В	3 недели до родов	
Г	4 недели	
Д	при начале родовой деятельности	

137. Больной 28 лет, гипотоник, переведен на фазу продолжения лечения с остаточными явлениями после перенесенного экссудативного плеврита. Показано санаторно-курортное лечение. Наиболее целесообразно его проводить в условиях:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	лесной климатической зоны	
Б	высокогорной климатической зоны	+
В	степной климатической зоны	
Г	горной климатической зоны	
Д	приморской климатической зоны	

138. Больная 52 лет, наблюдается по III группе диспансерного учета с малыми остаточными изменениями после перенесенного инфильтративного туберкулеза S6 правого легкого. сопутствующая патология – язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии ремиссии. показано санаторно-курортное лечение. наиболее целесообразно его проводить в условиях:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	лесной климатической зоны	
Б	высокогорной климатической зоны	
В	степной климатической зоны	+
Г	горной климатической зоны	
Д	приморской климатической зоны	

139. Больной 62 лет, наблюдается по III группе диспансерного учета с большими остаточными изменениями после перенесенного инфильтративного туберкулеза S1-2 левого легкого. сопутствующая патология – ибс, стенокардия напряжения II фк. атеросклероз аорты, атеросклеротический кардиосклероз. показано санаторно-курортное лечение. наиболее целесообразно его проводить в условиях:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	лесной климатической зоны	+
Б	высокогорной климатической зоны	
В	степной климатической зоны	
Г	горной климатической зоны	
Д	приморской климатической зоны	

140. Реабилитация пациентов с ранее перенесенным туберкулезом и перенесших инфаркт миокарда, на поликлиническом этапе должна проводиться:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	всем больным по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда	+
Б	при неосложненном течении инфаркта миокарда	
В	только лицам трудоспособного возраста	
Г	только при осложненном течении инфаркта миокарда	

141. Для исключения сердечной недостаточности пациентам с туберкулезом старших возрастных групп проводят оценку переносимости физической нагрузки по тесту:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	5 минутной ходьбы	
Б	7 минутной ходьбы	
В	8 минутной ходьбы	
Г	6 минутной ходьбы	+

142. В каком из перечисленных видов реабилитации больше всего нуждаются инвалиды:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	профессионально-производственной адаптации	
Б	трудоустройстве	
В	социально-средовой адаптации	+

143. Впервые выявленный больной туберкулезом легких имеет право на оплачиваемый больничный лист сроком до...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	12 месяцев	+
Б	2 месяцев	
В	5 лет	

Г	3 недель	
Д	15 месяцев	

144. Каким приказом регламентируется выдача листков временной нетрудоспособности....

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	1089 Н	+
Б	127 Н	
В	109	
Г	Клиническими рекомендациями	
Д	Постановление 198	

145. Впервые больной туберкулезом легких в сочетании с ВИЧ-инфекцией имеет право на оплачиваемый больничный лист сроком до...

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	12 месяцев	+
Б	2 месяцев	
В	5 лет	
Г	3 недель	
Д	15 месяцев	

146. Временная утрата трудоспособности это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	состояние, при котором пациент вынужден прекратить свою трудовую деятельность;	
Б	состояние, при котором нарушенные функции организма, препятствующие труду, носят временный, обратимый характер;	+
В	состояние, при котором нарушенные функции организма несмотря на комплексность	
Г	лечения, приняли стойкий необратимый или частично обратимый характер.	

147. Направление больному туберкулезом для прохождения МСЭ выдает:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	лечащий врач;	
Б	зав.отделением;	
В	главный врач;	
Г	клинико-экспертная комиссия;	+

148.. Листок нетрудоспособности боьным туберкулезом при благоприятном трудовом и клиническом прогнозе максимально выдается на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	на 6 месяцев;	
Б	на 7 месяцев;	
В	на 9 месяцев;	
Г	до 12 месяцев.	+

149.. По классификации, принятой в Российской Федерации, выделено

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	3 группы инвалидности	+
Б	2 группы инвалидности	
В	4 группы инвалидности	
Г	5 групп инвалидности	

150. Решение о необходимости направления больноготуберкулезом на медико-социальную экспертизу принимает:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	Центральная врачебно-консультативня комиссия ПТУ	+
Б	Лечащий врач, совместно с заведующим отделением	-
В	Лечащий врач, совместно с заместителем главного врача по лечебной работе	-
Г	Лечащий врач, совместно с заместителем главного врача по клинико-экспертной работе (КЭР)	-

151. Переосвидетельствование инвалида может осуществляться заблаговременно, но не более чем за:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	1 месяц до установленного срока	+
Б	2 месяца до установленного срока	-
В	3 месяца до установленного срока	-
Г	4 месяца до установленного срока	-

152. Какое сопутствующее туберкулезу заболевание наиболее часто приводит к стойкой утрате трудоспособности пациента

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа

А	ВИЧ-инфекция	+
Б	Патология щитовидной железы	-
В	Сахарный диабет	-
Г	Гипертоническая болезнь	-

153. Какой фактор является противопоказанием к направлению больного туберкулезом на санаторное лечение

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	большие остаточные изменения в легких	-
Б	малые остаточные изменения в легких	-
В	паличие плевральных щшwart	-
Г	бактериовыделение	+

154.Какая клиническая форма туберкулеза не позволяет направить больного на санаторное лечение?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	очаговый туберкулез	-
Б	туберкулема	-
В	инфильтративный	-
Г	туберкулезный менингит в острый период	+
Д	диссеминированный	-

155. Какие лекарственные препараты назначают больным туберкулезом в санатории, если больной лечится по I режиму химиотерапии?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	цикloserн, левофлоксацин	
Б	изониазид и, рифампицин	+
В	стрептомицин, моксифлоксацин	
Г	бедаквилин, линезолид	
Д	ПАСК, теризидон	

156.62-летний больной туберкулезом, страдающий бронхиальной астмой, за последнее время стал отмечать появление болей за грудиной стенокардического характера и ощущение перебоев в работе сердца. Обсуждается вопрос медикаментозной терапии. Какой из препаратов противопоказан в данной ситуации?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	коринфар (нифедипин)	

Б	обзидан (пропранолол)	+
В	нитросорбид (изосорбида динитрат)	
Г	сустанк (депо-нитроглицерин)	
Д	ритмилен	

157. Отличительным признаком сердечной астмы от бронхиальной является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	сухие хрипы в легких	
Б	акцент II тона над легочной артерией	
В	левожелудочковая недостаточность	+
Г	правожелудочковая недостаточность	
Д	эозинофилы в мокроте	

158. У больного с бронхоспастическим синдромом эозинофилы в периферической крови до 15%. Этот патологический признак важен для установления диагноза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	бронхиальной астмы	+
Б	хронического обструктивного бронхита	
В	пневмонии	
Г	гельминтоза	
Д	туберкулеза	

159. Ребенок 6 мес. в родильном доме не привит - родился с массой тела 1900г. Доставлен по линии санитарной авиации в крайне тяжелом состоянии: высокая температура до 39 С, одышка, цианоз. Рентгенографически тотально по всем полям обилие мелких очаговых теней, не сливающихся между собой, корни не дифференцируются. Туберкулезный контакт с отцом, у которого 2 мес. назад выявлен инфильтративный туберкулез легких в фазе распада, МБТ -. Больше оснований в данной случае думать о:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	очаговой пневмонии	
Б	менингоэнцефалите	
В	остром лейкозе	
Г	брюшном тифе	
Д	милиарном туберкулезе	+

160. Остро протекающий диссеминированный (милиарный) туберкулез легких приходится дифференцировать с:

Поле для	Варианты ответов	Поле для отметки

выбора ответа		правильного ответа
А	раком легкого	
Б	тифозной и паратифозной группой инфекций	+
В	крупозной пневмонией	
Г	эхинококкозом	
Д	кистами легкого	

161.Какая клиническая форма туберкулеза чаще всего приводит к легочным кровотечениям

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	очаговый туберкулез	-
Б	фиброзно-кавернозный	+
В	инфильтративный	-
Г	туберкулемам	-
Д	милиарный	-

162.Какая клиническая форма туберкулеза чаще всего приводит к спонтанному пневмотораксу

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	очаговый туберкулез	-
Б	фиброзно-кавернозный	+
В	инфильтративный	-
Г	туберкулемам	-
Д	милиарный	-

163. Какое кровотечение называется профузным

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	до 50 мл	-
Б	до 100мл	-
В	500 мл и более	+
Г	до10 мл	-
Д	до 150 мл	-

164.Какое неотложное мероприятие следует провести при клапанном пневмотораксе?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	введение антибиотиков	-
Б	Прием нестероидных протivotуберкулезных прпрепаратов	-

В	Введение солевых растворов	-
Г	дренирование плевральной полости	+
Д	обезболивание	-

165. Какой вид пневмоторакса является наиболее опасным

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	закрытый	-
Б	открытый	-
Г	клапанный	+

166. Какой лекарственный препарат необходимо обязательно ввести больному туберкулезом с легочным кровотечением?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	введение антибиотиков	-
Б	нестероидные противотуберкулезные препараты	-
В	солевые растворы	-
Г	Е-аминокапроновую кислоту	+
Д	обезболивание	-

167. Какое положение следует придать больному с легочным кровотечением?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	горизонтальное	-
Б	вертикальное	-
В	с приподнятым ногами	-
Г	полусидячее	+
Д	сидячее	-

168. Какое лечебное мероприятие необходимо провести в первую очередь для остановки легочного кровотечения?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	бронхоскопию	-
Б	экстренное хирургическое вмешательство	-
В	аэрозольтерапию	-
Г	наложение венозных жгутов	+
Д	введение наркотических анальгетиков	-

169. Люди с латентной туберкулезной инфекцией:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	представляют эпидемическую опасность для окружающих	
Б	не имеют клинических, лабораторных и рентгенологических признаков туберкулеза, при отсутствии сенсibilизации к МБТ	
В	не имеют клинических, лабораторных и рентгенологических признаков туберкулеза, при наличии сенсibilизации к МБТ	+
Г	не имеют клинических признаков туберкулеза, однако эпизодически выделяют МБТ	
Д	имеют кальцинаты в легких	

170. Каков размер частиц инфекционного аэрозоля (капельных ядер) наиболее опасен в плане распространения туберкулезной инфекции:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	менее 1 микрона	
Б	1-5 микрон	+
В	10-20 микрон	
Г	20-50 микрон	
Д	Не имеет значения	

171. МБТ может трансформироваться:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	в риккетсии	
Б	в вирусы	
В	в L-формы и фильтрующиеся, вирусоподобные формы	+
Г	в кокки	
Д	стабильны	

172. Размножение МБТ происходит раз в:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	30 минут	
Б	в 1-2 часа	
В	в 6 часов	
Г	в 12-96 часов	+
Д	Каждую секунду	

173. Положительный ДИАСКИНТЕСТ у ребенка 13 лет при отсутствии симптомов интоксикации и изменений на рентгенограмме свидетельствует о

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	ранней туберкулезной интоксикации	+
Б	латентной туберкулезной инфекции	
В	первичном туберкулезном инфицировании	
Г	первичном туберкулезном комплексе	
Д	хронической форме туберкулеза	

174. Клетки-эффекторы клеточного иммунитета при туберкулезе расположены

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	в тимус-зависимых зонах селезенки и лимфатических узлах	+
Б	в костном мозге и лимфатических узлах	
В	в тимус-зависимых зонах селезенки и костном мозге	
Г	в тканевой жидкости	
Д	в костном мозге	

175. Переработку туберкулезного антигена и предъявление его иммунокомпетентным клеткам осуществляют

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	нейтрофилы	
Б	клетки Пирогова-Ланганса	
В	тучные клетки	
Г	эозинофилы	
Д	макрофаги	+

180. Активаторами т-лимфоцитов при формировании противотуберкулезного иммунитета являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	тучные клетки, выделяющие гистамин	
Б	плазматические клетки, выделяющие интерлейкин-1	
В	эозинофилы, выделяющие иммуноглобулины	
Г	макрофаги, выделяющие интерлейкин-1	+
Д	клетки Пирогова-Ланганса	

КОМПЛЕК ТИПОВЫХ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ В ЦЕЛОМ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ФТИЗИАТРИЯ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ»

1. Назовите виды микобактерий туберкулезного комплекса?
2. Что является основными биохимическими компонентами МБТ?

3. Что подразумевают под термином «устойчивость» МБТ к факторам внешней среды?
4. Что подразумевают под термином изменчивостью МБТ к факторам внешней среды?
5. Что такое L-формы МБТ?
6. Основные пути передачи туберкулезной инфекции?
7. Что такое воздушно-капельный путь передачи инфекции?
8. Что подразумевают под воздушно-пылевым пути передачи инфекции?
9. Что представляет собой алиментарный путь передачи туберкулезной инфекции?
10. Что представляет собой контактный путь передачи туберкулезной инфекции?
11. Что представляет собой внутриутробный путь передачи инфекции?
12. Опишите морфологическое строение туберкулезной гранулемы.
13. В чем преимущество культуральных исследования МБТ на жидких средах?
14. Иммунодиагностика туберкулеза. Определение.
15. Какой антиген используется в диаскинтесте?
16. Основные разделы клинической классификации туберкулеза.
17. Каким приказом утверждена отечественная классификация туберкулеза?
18. По каким признакам дается характеристика туберкулезного процесса при формулировании диагноза туберкулеза?
19. Какие фазы туберкулезного процесса указывают на его прогрессирование?
20. Какие фазы туберкулезного процесса, указывают на его обратное развитие?
21. В каком случае диагноз туберкулеза считается вероятным?
22. В каком случае диагноза туберкулеза считается установленным?
23. В каком случае диагноз туберкулеза считается верифицированным?
24. В какой срок после установления диагноза туберкулез пациент информируется об этом?
25. Какая форма статистической отчетности заполняется при впервые установленном диагнозе туберкулеза?
26. Какая форма статистической отчетности подается при впервые установленном бактериовыделении у больного туберкулезом?
27. Международная статистическая классификация болезней.
28. Организация профилактических осмотров на туберкулез здорового населения.
29. Характерные клинические проявления первичного туберкулезного комплекса.
30. Какие варианты туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов вы знаете?
31. Методы микробиологической диагностики туберкулеза, применяемые в противотуберкулезном учреждении.
32. Молекулярно-генетические методы, используемые в диагностике туберкулеза.
33. Иммунологические методы диагностики туберкулеза.
34. Методы раннего выявления туберкулеза у детей и подростков.
35. Методы своевременного выявления туберкулеза у взрослых.
36. Лучевые методы, которые применяются в противотуберкулезном учреждении.
37. Что такое спонтанный пневмоторакс?
38. Характерная рентгенологическая картина спонтанного пневмоторакса?
39. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика туберкулезного менингита?

40. Осложнения, которые могут наблюдаться при туберкулезном менингите?
41. Методы своевременного выявления туберкулеза у взрослых.
42. Назовите клинические формы первичного туберкулеза. Перечень заболеваний с которыми проводится дифференциальная диагностика первичных форм туберкулеза.
43. Нормативные документы, регламентирующие работу по своевременному выявлению туберкулеза.
44. Цели массовой туберкулинодиагностики.
45. Цели индивидуальной туберкулинодиагностики.
46. Экстренная помощь при спонтанном пневмотораксе.
47. Группы риска по заболеванию внелегочным туберкулезом.
48. Нормативные документы.
49. Профилактика туберкулеза. Виды. Противотуберкулезная санитарно-просветительная работа.
50. Факторы, направленные на сохранение здоровья населения. Питание. Климатотерапия.
51. Санаторно-курортное лечение туберкулеза.
52. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.15.0
53. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.15.1
54. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.15.2
55. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.15.3
56. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.16.0
57. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.16.1
58. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.16.5
59. Понятие латентной туберкулезной инфекции.
60. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.16.8
61. Примерная формулировка диагноза при активном туберкулезе легких.
62. Микроскопия мазка мокроты. Принцип. Кратность применения в учреждениях общей лечебной сети.
63. Люминесцентная микроскопия. Кратность применения в противотуберкулезных учреждениях.
64. Посевы биологического материала на жидкие питательные среды.
65. Посевы биологического материала на твердые питательные среды.
66. Лекарственная устойчивость. Первичная и вторичная.
67. Эпидемическое значение первичной и вторичной лекарственной устойчивости.
68. Понятие «заболевание» туберкулезом.
69. Реабилитация инвалидов.
70. Основные направления реабилитации и абилитации инвалидов.
71. Может ли родильница, больная туберкулезом легких кормить грудью новорожденного ребенка?
72. Где проводится родоразрешение беременных женщин больных туберкулезом легких.
73. Чем может быть вызвано кровохарканье при фиброзно-очаговом туберкулезе?
74. Какое наиболее часто встречающееся осложнение наблюдается при диссеминированном туберкулезе легких?
75. Медико-биологические группы риска заболевания туберкулезом органов

дыхания.

76. Группы риска по заболеванию внелегочным туберкулезом.
77. Какие противотуберкулезные препараты противопоказаны больным сочетанием туберкулеза и обострением хронического гепатита со значительным нарушением функции печени?
78. Какой противотуберкулезный препарат противопоказан больным туберкулезом с нарушением ритма сердца с удлинением интервала Q-T?
79. Сколько режимов химиотерапии используется для лечения туберкулеза?
80. Сколько фаз в химиотерапии туберкулеза и какие?
81. На какие группы подразделяют химиопрепараты для лечения туберкулеза?
82. На какие группы ВОЗ рекомендует деление препаратов для лечения туберкулеза с устойчивостью МБТ к рифампицину и изониазиду (или только рифампицину)?
83. Какой режим рекомендуется назначить пациенту с впервые выявленным случаем туберкулеза и/или с рецидивом туберкулеза до получения тестов на лекарственную чувствительность?
84. Какой режим рекомендуется назначить при установленной устойчивости возбудителя к изониазиду, но при сохранении чувствительности к рифампицину?
85. Какой режим рекомендуется назначить для лечения туберкулеза с установленной ЛУ возбудителя к рифампицину и изониазиду (или только рифампицину) и чувствительностью ко всем препаратам группы фторхинолонов, а также пациентам с риском МЛУ возбудителя?
86. Какой режим рекомендуется назначить для лечения туберкулеза с установленной ЛУ возбудителя к рифампицину и изониазиду (или только рифампицину) и хотя бы одному препарату группы фторхинолонов или неизвестной ЛЧ к лекарственным препаратам группы фторхинолонов, а также пациентам с риском пре-ШЛУ возбудителя?
87. Какие препараты назначаются для лечения пациентов по режиму химиотерапии лекарственно-чувствительного туберкулеза в фазу интенсивной терапии для полного подавления микробной популяции?
88. Какие препараты рекомендуется назначить в дополнение к комбинации основных препаратов для предотвращения развития лекарственной устойчивости возбудителя к основной комбинации препаратов?
89. Рекомендуемая продолжительность интенсивной фазы по химиотерапии лекарственно-чувствительного туберкулеза?
90. Рекомендуемая длительность фазы продолжения по химиотерапии лекарственно-чувствительного туберкулеза?
91. Сколько раз в неделю рекомендуется назначение рифапентина?
92. Длительность интенсивной фазы при назначении режима химиотерапии МЛУ ТБ?
93. Длительность фазы продолжения при назначении режима химиотерапии МЛУ ТБ?
94. Туберкулез почек. Классификация.
95. Дифференциальная диагностика туберкулеза костей и суставов.
96. Дифференциальная диагностика туберкулеза половой и мочевыделительной системы.
97. Какое количество антибактериальных препаратов назначается пациентам с МЛУ – туберкулезом в интенсивную фазу лечения?
98. Что такое искусственный пневмоторакс?

99. Показания для лечения пневмотораксом.
100. Показания для наложения пневмоперитонеума?
101. Противопоказания для наложения пневмоперитонеума?
102. Немикаментозные методы патогенетической терапии.
103. Медикаментозные методы патогенетической терапии. Группы препаратов.
104. Реабилитационные мероприятия при туберкулезе. Цель применения.
105. Какая форма туберкулезного поражения почек относится к самым ранним?
106. Какой метод позволяет выявить туберкулез мочеполовой системы на ранней стадии заболевания?
107. При назначении режима химиотерапии МЛУ ТБ сколько месяцев продолжительность терапии?
108. Что такое коллапсотерапия?
109. Что такое искусственный пневмоторакс (ИП)?
110. Является ли туберкулез бронха противопоказанием к наложению искусственного пневмоторакса?
111. Что такое пневмоперитонеум?
112. Что такое клапанная бронхоблокация.
113. Факторы, направленные на сохранение здоровья населения. Питание. Климатотерапия.
114. Санаторно-курортное лечение туберкулеза.
115. Эпидемическое значение первичной и вторичной лекарственной устойчивости.
116. Что такое патогенетическая терапия?
117. Какие методы и средства включает патогенетическая терапия.
118. Какие немедикаментозные методы патогенетической терапии вы знаете?
119. Назовите медикаментозные методы патогенетической терапии.
120. Для чего назначается препарат глутоксим (глутамил-цистеинил-глицин динатрия) при лечении пациентов с МЛУ-?
121. Показания для назначения глюкокортикостероидов (преднизолон) при лечении больных туберкулезом?
122. Реабилитация инвалидов.
123. Основные направления реабилитации и абилитации инвалидов.
124. Основной механизм, вызывающий развитие спонтанного пневмоторакса.
125. Клинические признаки, свойственные спонтанному пневмотораксу?
126. Виды спонтанного пневмоторакса?
127. Метод, позволяющий поставить диагноз спонтанный пневмоторакс?
128. Лечебная тактика при клапанном пневмотораксе.
129. Экстренная помощь при напряженном (клапанном) пневмотораксе.
130. Лечебная тактика при закрытом спонтанном пневмотораксе.
131. Опасность открытого пневмоторакса?
132. Цвет крови при легочном кровотечении?
133. Какой объем крови изливается при профузном кровотечении?
134. Наиболее частая причина смерти при легочном кровотечении?
135. Характерная локализация аспирационной пневмонии.
136. Что такое кровохарканье?
137. Какое положение необходимо придать пациенту с легочным кровотечением?
138. Назовите препараты основного ряда для лечения больных с лекарственно-чувствительным туберкулезом легких.
139. Основные статистические показатели при туберкулезе.
140. Экспертиза временной трудоспособности при туберкулезе. Сроки больничного листа при туберкулезе не более 12 месяцев.

141. Какие специалисты проводят эпидемиологическое обследование очага туберкулеза?
142. Поиск возможного источника распространения туберкулезной инфекции осуществляется?
143. Оценка степени эпидемиологической опасности очага?
144. Роль врача-фтизиатра в оценке эпидемиологической опасности очага туберкулеза?
145. Какие санитарно-противоэпидемические мероприятия проводятся в очагах туберкулеза?
146. Кратность обследования очагов туберкулезной инфекции?
147. Какие мероприятия проводятся в очагах специалистами органов санитарно-эпидемиологического надзора?
148. Что входит в обязанности больных туберкулезом?
149. Срок изоляции новорожденного после вакцинации БЦЖ, родившегося от матери больной туберкулезом составляет?
150. Проведение химиопрофилактики туберкулеза ВИЧ инфицированным?
151. Определение «Очаг туберкулезной инфекции»?
152. Сроки внесения данных о больном туберкулезом в Федеральный регистр лиц, больных туберкулезом?
153. В каких случаях прекращается диспансерное наблюдение за пациентом?
154. Укажите документ, регламентирующий порядок диспансерного наблюдения за больным туберкулезом?
155. Какие пациенты подлежат диспансерному наблюдению врача-фтизиатра?
156. Где проводится диспансерное наблюдение за пациентом больным туберкулезом?
157. Какая учетная форма заполняется на больного туберкулезом с впервые установленным диагнозом туберкулеза?
158. На больных, с выделением МБТ заполняется и подается учетная форма?
159. Сроки подачи учетных форм на больных с впервые установленным активным туберкулезом.
160. Сроки подачи «Экстренного извещения» на больных с выделением МБТ?
161. Подлежат ли случаи смерти больных от туберкулеза регистрации?
162. Учету и регистрации при ведении федерального государственного статистического наблюдения подлежат пациенты?
163. Учету и регистрации при ведении федерального государственного статистического наблюдения подлежат пациенты из групп повышенного риска заболевания туберкулезом?
164. Какие сведения о выполненной кожной иммунологической пробе, прививке БЦЖ заносятся в учетные формы медицинской документации?
165. Проведение дезинфекции в противотуберкулезных учреждениях?
166. Цель проведения санитарно-гигиенических мероприятий в противотуберкулезных учреждениях?
167. Частота прохождения медицинских осмотров на туберкулез лиц, проживающих в учреждениях социального обслуживания и лиц социальной помощи БОМЖ?
168. Частота прохождения медицинских осмотров на туберкулез лиц с ВИЧ-инфекцией?
169. Частота прохождения медицинских осмотров на туберкулез военнослужащих, проходящие военную службу по призыву?
170. Где оказывается медицинская помощь больным ВИЧ-инфекцией с подозрением на туберкулез?
171. Кодирование по МКБ-10 контактных по туберкулезу?

172. Что значит понятие «очаговая дезинфекция»?
173. Что значит понятие «профилактическая дезинфекция»?
174. Сроки первичного обследования очага по месту работы?
175. Сроки первичного обследования очага по месту учебы больного?
176. Какие специалисты проводят эпидемиологическое обследование в детских учреждениях, включая образовательные учреждения?
177. Укажите цель проведения противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза?
178. Какие «положения» включаются врачом-фтизиатром в план оздоровления очага?
179. Что такое санитарная профилактика?
180. Какие основные факторы определяют риск заражения туберкулезом?
181. Учетная форма 089/у – это?
182. Учетная форма 058/у – это?
183. Кратность обследования лиц, находящихся или находившимися в контакте с источником туберкулезной инфекции?
184. Специфическая профилактика в очагах туберкулеза – это?
185. Проведение заключительной дезинфекции в очаге, где проживает беременная?
186. Обследование на туберкулез лиц, из окружения детей/подростков, имеющие измененную чувствительность при постановке пробы Манту с 2 ТЕ?
187. Обследование на туберкулез лиц, из окружения детей/подростков, имеющие измененную чувствительность при постановке пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (Диаскинтест)?
188. Выявление латентной туберкулезной инфекции у детей и подростков, проживающих в очагах туберкулеза?
189. Кто проводит медицинские обследования населения на туберкулез?
190. Какие сведения вносятся в учетные формы при проведении вакцинации/ревакцинации БЦЖ?
191. Респираторы какого класса используются как средство защиты сотрудниками противотуберкулезных учреждений?
192. Как осуществляется перевозка больных с активной формой туберкулеза?
193. Кто осуществляет динамический контроль своевременности, качества и полноты проведения в очаге комплекса противоэпидемических мероприятий?
194. Какие условия представляют наибольшую эпидемиологическую опасность заражения туберкулезом?
195. Определение очагового туберкулеза. Критерии постановки диагноза.
196. Дифференциальная диагностика очагового туберкулеза. Перечень заболеваний. Методы диагностики.
197. Определение инфильтративного туберкулеза легких.
198. Симптомы интоксикации, наиболее характерные для туберкулеза легких.
199. Дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза. Перечень заболеваний. Методы диагностики.
200. Определение туберкулемы.
201. Клинические варианты течения туберкулем.
202. Клинико-морфологическая классификация туберкулем.
203. Дифференциальная диагностика туберкулем. Перечень заболеваний. Методы диагностики.
204. Казеозная пневмония. Определение.
205. Характерные изменения в общем анализе крови при казеозной пневмонии.

206. Клинико-морфологические варианты казеозной пневмонии.
207. Дифференциальная диагностика казеозной пневмонии. Перечень заболеваний.
208. Назовите рентгенологические признаки, свойственные милиарному туберкулезу легких.
209. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика милиарного туберкулеза.
210. Гематогенно-диссеминированный туберкулез легких. Характерные рентгенологические признаки.
211. Клинические формы милиарного туберкулеза.
212. Подострый гематогенно-диссеминированный туберкулез легких. Характерные черты.
213. Хронический гематогенно-диссеминированный туберкулез легких. Клиническая картина.
214. Рентгенологические признаки хронической формы гематогенно-диссеминированного туберкулеза легких.
215. Определение кавернозного туберкулеза легких. Отличие его от фазы распада.
216. Какие клинические формы туберкулеза предшествуют возникновению кавернозного туберкулеза?
217. Благоприятные и неблагоприятные исходы кавернозного туберкулеза.
218. Что такое псевдотуберкулема? Из какой формы туберкулеза, чаще всего образуется псевдотуберкулема.
219. Характерные рентгенологические признаки фиброзно-кавернозного туберкулеза легких.
220. Клинические варианты течения фиброзно-кавернозного туберкулеза легких.

Эталоны ответов на типовые вопросы учебной дисциплины «Фтизиатрия» к зачету в целом

1. Микобактерии туберкулезного комплекса включает *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. microti*, *M. canettii*, *M. caprae*, *M. pinnipedii*
2. Основными биохимическими компонентами микобактерий являются белки (туберкулопротеиды), углеводы (полисахариды), липиды (корд-фактор).
3. МБТ устойчивы к факторам внешней среды: они выдерживают нагревание до 80-90 °, низкие температуры до -260°, высушивание, устойчивы к большинству химических и физических факторов.
4. При неблагоприятных условиях МБТ теряют клеточную стенку и превращаются в кокковидные (округлые), ультрамелкие (фильтрующиеся) формы, способны к L-трансформации.
5. L-формы МБТ-это ультрамелкие, безоболочечные формы МБТ, которые способны длительно сохранять свою жизнеспособность внутри клетки.
6. Основные пути передачи туберкулеза (воздушно-пылевой, алиментарный, контактный, внутриутробный).
7. Воздушно-капельный путь передачи инфекции: при кашле, чихании, громком разговоре, пении или любом форсированном дыхании МБТ выделяются в окружающую среду.
8. Воздушно-пылевой путь передачи инфекции: МБТ накапливается в пыли помещений, в которых находился или находится больной туберкулезом в течение длительного времени.

9. Алиментарный путь передачи инфекции: МБТ, находящиеся в молоке, молочных продуктах, мясе животных, больных туберкулезом, могут стать причиной инфицирования и заболевания, особенно в детском возрасте. Входными воротами в таком случае становятся лимфатические узлы пищеварительного тракта.
10. Контактный путь передачи инфекции: МБТ могут накапливаться на предметах, которые использует больной туберкулезом. Для предотвращения этого пути передачи инфекции в очагах туберкулеза применяют дезинфекцию.
11. Внутриутробный путь: заражение происходит путем передачи инфекции от матери к плоду при поражении туберкулезом плаценты, встречается крайне редко.
12. Морфологическое строение туберкулезной гранулемы: казеоз, лимфоциты, макрофаги, гигантские многоядерные клетки Пирогова-Лангханса, эпителиоидные клетки, фибробласты.
13. Основным преимуществом культуральных исследований на жидких средах с помощью автоматизированных систем является сокращение сроков диагностики туберкулеза в 2-3 раза и повышением чувствительности на 10% по сравнению с традиционными методом культивирования на плотных питательных средах.
14. Иммунодиагностика туберкулеза подразумевает включение кожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении в комплексное клинико-лабораторное и рентгенологическое обследование пациента при отрицательных результатах микробиологического и молекулярно-генетического исследования.
15. Кожная проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (диаскинтест) содержит высоко специфические антигены (белок CFP10-ESAT6)
16. СПОТ-ТБ – это упрощенный вариант теста ELISPOT. он определяет реакцию на специфические антигены всех типов Т-клеток (CD4 и CD8)..
17. Классификация состоит из 4 разделов: клинические формы туберкулез, характеристика туберкулезного процесса, осложнения туберкулеза, остаточные изменения после излеченного туберкулеза.
18. Отечественная классификация туберкулеза утверждена приказом МЗ России № 109 от 21.03.2003.
19. Характеристика туберкулезного процесса дается по локализации, клинико-рентгенологическим признакам, по наличию или отсутствию бактериовыделения. Локализация и распространенность в легких по долям, сегментам.
20. На прогрессирование туберкулезного процесса указывают фазы инфильтрации, распада, обсеменения. На обратное развитие заболевания указывают фазы рассасывания, уплотнения, рубцевания, кальцинации.
21. Диагноз туберкулеза считается вероятным при наличии симптомов подозрительных на туберкулез и положительной пробе с аллергеном туберкулезным рекомбинантным или других положительных тестов определения высвобождения гамма-интерферона.
22. Диагноз туберкулеза считается установленным, если у пациента имеются клинико-рентгенологические признаки заболевания, но отсутствует бактериовыделение и гистологическое подтверждение диагноза.
23. Диагноз туберкулеза считается верифицированным, если у пациента, наряду с клинико-лабораторными и рентгенологическими признаками туберкулеза идентифицированы МБТ любым микробиологическим и молекулярно-генетическим методом методом и/или получены результаты гистологического исследования.
24. Пациент информируется об установлении диагноза туберкулез в 3 дневный срок.
25. Форма статистической отчетности заполняется при впервые установленном диагнозе туберкулеза - 089-у

26. Форма статистической отчетности подается при впервые установленном бактериовыделении у больного туберкулезом №58.
27. Международная статистическая классификация болезней. и проблем, связанных со здоровьем обеспечивает единство сбора и сопоставимость данных о здоровье населения, распространенности заболеваний и их эпидемиологии как в пределах одной страны, так и в разных странах.
28. Организация профилактических осмотров на туберкулез здорового населения и контроль за их проведением осуществляется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан и регламентируется Приказ №124н МЗ РФ от 06.06.2017, СанПИН 3.3686-21 от 28.01.2021
29. Клинические проявления первичного туберкулезного комплекса. Он может протекать малосимптомно, а может давать симптомы туберкулезной интоксикации (слабость, потерю в весе, субфебрильную температуру в вечерне время, микрополиадению).
30. Варианты туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов: малая, инфильтративная, туморозная.
31. Методы микробиологической диагностики туберкулеза, применяемые в противотуберкулезном учреждении люминесцентная микроскопия, посев на жидкие и твердые питательные среды.
32. Молекулярно-генетические методы, используемые в диагностике туберкулеза полимеразная цепная реакция в режиме реального времени, стриповые и картриджные технологии (Xpert/MTB/RIF) для выделения ДНК и определения чувствительности к изониазиду и рифампицину или как минимум к рифампицину.
33. Иммунологические методы диагностики туберкулеза – специфические диагностические тесты с применением аллергена туберкулезного, а также аллергена рекомбинантного и /или IGRA-тесты проводятся с целью выявления сенсibilизации организма (инфицирования) к микобактериям туберкулеза.
34. Методы раннего выявления туберкулеза у детей и подростков туберкулинодиагностика, постановка пробы с аллергеном рекомбинантным и /или IGRA-тесты
35. Методы своевременного выявления туберкулеза у взрослых флюорография, прямая микроскопия мазка мокроты с окраской по Циль-Нильсену.
36. Лучевые методы, которые применяются в противотуберкулезном учреждении рентгенография грудной клетки цифровая или аналоговая, спиральная компьютерная томография, ультразвуковое исследование легких и органов средостения.
37. Спонтанный пневмоторакс – это дефект висцеральной плевры и скопление воздуха между париетальным и висцеральным листком плевры.
38. Характерная рентгенологическая картина спонтанного пневмоторакса наличие контура поджатого легкого и участок, лишенный легочного рисунка.
39. Дифференциальная диагностика туберкулезного менингита проводится с серозными менингитами другой этиологии (вирусный, герпетический, вторичный менингит при пневмониях, при паротите, эпидемическим), с метастатическим поражением мозговых оболочек.
40. Осложнения, которые могут наблюдаться при туберкулезном менингите (гидроцефалия, кисты головного мозга, туберкулема головного мозга, арахноидит, атрофия дисков зрительных нервов, психические нарушения).
41. Методы своевременного выявления туберкулеза у взрослых флюорография, прямая микроскопия мазка мокроты трехкратно.
42. Клинические формы первичного туберкулеза (туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, первичный туберкулезный комплекс), дифференциальная

- диагностика проводится с лимфогранулематозом, лимфопролиферативными заболеваниями, пневмониями, тимомегалией, кистами легкого
43. Нормативные документы, регламентирующие работу по своевременному выявлению туберкулеза (приказ МЗ РФ № 109 от 21.03.2003, СанПИН 3.3686-21 от 28.01.2021, методическими рекомендациями МЗ РФ «Туберкулез легких у взрослых» от 2022 года.
 44. Цели массовой туберкулинодиагностики (выявление «виража», гиперергических проб или усиления туб. чувствительности, отбор лиц на ревакцинацию БЦЖ, ранняя диагностика туберкулеза у детей и подростков, определение эпид. показателей
 45. Цели индивидуальной туберкулинодиагностики: дифференциальная диагностика инфекционной и поствакцинальной аллергии, определение активности туб. процесса, оценка эффективности противотуберкулезного лечения
 46. Экстренная помощь при клапанном спонтанном пневмотораксе - дренирование плевральной полости (пассивная аспирация (дренаж по Бюлау), активная аспирация воздуха с помощью электроотсосов).
 47. Группы риска по заболеванию внелегочным туберкулезом (больные с хроническими заболеваниями мочеполовой системы не установленной этиологии, женщины, страдающие бесплодием, особенно первичным, хроническими воспалительными заболеваниями женской половой сферы, больные хроническими артритами, артрозами, дети с нарушением осанки, болями в животе неясной этиологии.
 48. Нормативные документы. Нормативные документы, регламентирующие работу по своевременному выявлению туберкулеза (приказ МЗ РФ № 109 от 21.03.2003, СанПИН 3.3686-21 от 28.01.2021, методическими рекомендациями МЗ РФ «Туберкулез легких у взрослых» от 2022 года.
 49. Профилактика туберкулеза – предупреждение распространения МБТ и развития заболевания. Специфическая (вакцинация) и неспецифическая.
 50. Факторы, направленные на сохранение здоровья населения. Питание. Климатотерапия. Сбалансированное, калорийное питание, с достаточным содержанием белка. Хорошие материально бытовые условия. Санаторное лечение.
 51. Санаторно-курортное лечение туберкулеза – важный этап лечения больных туберкулезом, который осуществляется в санаториях Южного берега Крыма, горных, степных и местных курортах.
 52. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.15.0 Туберкулез легких, подтвержденный бактериоскопически с наличием или отсутствием роста культуры
 53. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.15.1 Туберкулез легких, подтвержденный только ростом культуры
 54. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.15.2 Туберкулез легких, подтвержденный гистологически
 55. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.15.3 туберкулез легких, подтвержденный неуточненными методами, но без бактериологического или гистологического подтверждения
 56. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.16. туберкулез легких при отрицательных результатах бактериологических и гистологических исследований
 57. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.16.1 туберкулез легких без проведения бактериологических и гистологических исследований.
 58. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.16.5 туберкулезный плеврит без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении
 59. Понятие латентной туберкулезной инфекции.- это отсутствие клинико-рентгенологических признаков туберкулеза при наличии положительных результатов диаскинтеста или IGRA- тестов.

60. Кодировка туберкулеза органов дыхания по МКБ А.16.8 туберкулез других органов без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении
61. Инфильтративный туберкулез С1,2 верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения МБТ-
62. Микроскопия мазка мокроты основана на кислото-спирто, щелочеустойчивости МБТ. Красители карболовый фуксин и метиленовая синька. Обычный бинокулярный микроскоп. Проводиться 3кратно за 2 дня.
63. Люминесцентная микроскопия основана на оценке свечения биологических объектов при окраске их флюорохромными красителями (ауромин, родомин) и облучения ультрафиолетовым светом. Кратность применения в противотуберкулезных учреждениях двукратно.
64. Посевы биологического материала на жидкие питательные среды в полуавтоматизированной системе БАКТЕК, среда МИДЕЛЬБРУК 7Н9/
65. Посевы биологического материала на твердые питательные среды Левенштейна – Йенсена и Финна 2. Кратность двукратно исходно и однократно каждый месяц в интенсивную фазу лечения.
66. Лекарственная устойчивость. Это способность микроорганизмов сохранять жизнедеятельность при воздействии на него лекарственных препаратов. Первичная – у лиц ранее не леченых или леченых менее 1 месяца. Вторичная у лиц, получавших антибактериальные препараты более 1 месяца.
67. Первичная лекарственная устойчивость отражает напряженность эпид. ситуации и эффективность работы национальных программ борьбы с туберкулезом, вторичная лекарственная устойчивость отражает качество лечебной работы.
68. Понятие «заболевание» туберкулезом характеризуется появлением морфологических, клинико-рентгенологических и микробиологических признаков патологии.
69. Реабилитация инвалидов – система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной или иной деятельности.
70. Основные направления реабилитации и абилитации инвалидов: медицинская, реабилитация, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение.
71. Родильница, больная туберкулезом легких не может кормить ребенка грудью, ребенок переводиться на искусственное вскармливание.
72. Родоразрешение беременных женщин больных туберкулезом проводиться в специализированных родильных домах в мельцеровских боксах.
73. Кровохарканье при фиброзно-очаговом туберкулезе может быть обусловлено разрывом мелких аневризм в зоне фиброза
74. Наиболее часто встречающиеся осложнения при диссеминированном туберкулезе легких – туберкулез гортани.
75. Группы риска по заболеванию легочным туберкулезом (больные ХОБЛ и другими хроническими бронхолегочными заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией, сахарный диабетом, язвенной болезнью желудка и 12-типерстн кишки).
76. Группы риска по внелегочному туберкулезу (больные с хроническими заболеваниями мочеполовой системы, женщины, страдающие бесплодием, хроническими воспалительными заболеваниями женской половой сферы, больные артритами, артрозами, дети с нарушением осанки, болями в животе неясной этиологии).
77. Противотуберкулезные препараты противопоказаны больным сочетанием туберкулеза и обострением хронического гепатита со значительным нарушением функции печени – рифампцин, пипразинамид.
78. Больным с туберкулезом в сочетании с аритмией и удлинением интервала Q-T

- противопоказан бедаквилин.
79. В лечении туберкулеза используется пять режимов химиотерапии
 80. В химиотерапии туберкулеза 2 фазы: интенсивная и фаза продолжения
 81. Подразделяет на препараты основного (первого) и резервного (второго) ряда
 82. Группа А, В, С
 83. Режим лекарственно-чувствительный
 84. Назначение режима изониазид-резистентного туберкулеза
 85. Режим химиотерапии МЛУ ТБ
 86. Режим химиотерапии пре-ШЛУ ТБ
 87. Назначается комбинация лекарственных препаратов из изониазида, рифампицина, пиразинамида
 88. Назначение этамбутола или стрептомицина
 89. Длительность интенсивной фазы не менее 2 месяцев
 90. Длительность фазы продолжения не менее 4 месяцев
 91. Прием рифапентина 3 раза в неделю
 92. Не менее 6 месяцев
 93. Не менее 12 месяцев
 94. Туберкулез почек. Туберкулез почечной паренхимы, туберкулезный папиллит, кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез почки, пионефроз почки.
 95. Дифференциальная диагностика туберкулеза костей и суставов проводится с неспецифическими остеомиелитами, артритами, артрозами.
 96. Дифференциальная диагностика туберкулеза половой и мочевыделительной системы проводится с пиелонефритами неспецифической этиологии, с мочекаменной болезнью, эпидидимитами неспецифической этиологии.
 97. В интенсивную фазу лечения больным с МЛУ-туберкулезом назначается 5 препаратов.
 98. Что такое искусственный пневмоторакс?
 99. Показания для лечения пневмотораксом.
 100. Показания для наложения пневмоперитонеума?
 101. Противопоказания для наложения пневмоперитонеума?
 102. Немикаментозные методы патогенетической терапии
 103. Медикаментозные методы патогенетической терапии. Группы препаратов.
 104. Реабилитационные мероприятия при туберкулезе. Цель применения.
 105. Туберкулез почечной паренхимы.
 106. Бактериологическое исследование мочи.
 107. Не менее 18 месяцев
 108. Метод лечения туберкулеза, заключающийся в введении газа в плевральную или брюшную полость и вызывающий при этом коллапс легкого.
 109. Метод лечения туберкулеза легких, заключающийся во введении через иглу воздуха в грудную клетку между париетальным и висцеральным листками плевры
 110. Активный туберкулез бронха является противопоказанием к ИП
 111. Метод лечения туберкулеза легких, заключающийся во введении через иглу воздуха в брюшную полость
 112. Бронхоблокация (КББ) – метод создания лечебной гиповентиляции в пораженном участке легкого с сохранением дренажной функции бронха путем установки в его просвет эндобронхиального клапана (ЭК).
 113. Факторы, направленные на сохранение здоровья населения. Питание. Климатотерапия. Сбалансированное, калорийное питание, с достаточным содержанием белка. Хорошие материально бытовые условия. Санаторное лечение.
 114. Санаторно-курортное лечение туберкулеза – важный этап лечения больных туберкулезом, который осуществляется в санаториях Южного берега Крыма, горных, степных и местных курортах.

115. Первичная лекарственная устойчивость отражает напряженность эпид. ситуации и эффективность работы национальных программ борьбы с туберкулезом, вторичная лекарственная устойчивость отражает качество лечебной работы.
116. Патогенетическая терапия - это комплекс средств и методов, воздействующих не на возбудителя заболевания, а на состояние различных систем организма.
117. Методы и средства патогенетической терапии делятся на медикаментозные и немедикаментозные.
118. Немедикаментозные методы патогенетической терапии - режим, питание, воздействие климата и других санаторных факторов, коллапсотерапия, аэрозольтерапия, физиотерапия.
119. Медикаментозные методы патогенетической терапии дезинтоксикационные, противовоспалительные, противоаллергические, стимуляторы торпидно протекающего туберкулезного процесса, антиоксиданты, антигипоксанты и ангиопротекторы, витамины, лекарства, ускоряющие репаративные процессы.
120. Препарат глутоксим (глутамил-цистеинил-глицин динатрия) при лечении пациентов с МЛУ ТБ назначаются с целью минимизации риска развития побочных реакций, связанных с приемом противотуберкулезных препаратов.
121. Показания для назначения глюкокортикостероидов (преднизолона) при лечении больных туберкулезом (купирование побочных реакций на противотуберкулезные препараты, адьювантная терапия при лечении пациентов с МЛУ ТБ).
122. Реабилитация инвалидов – система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной или иной деятельности.
123. Основные направления реабилитации и абилитации инвалидов: медицинская, реабилитация, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение.
124. Основной механизм, вызывающий развитие спонтанного пневмоторакса – разрыв висцерального листка плевры.
125. Клинические признаки, свойственные спонтанному пневмотораксу – сильная боль в пораженной стороне грудной клетки, кашель, одышка, нарушение гемодинамики.
126. Виды спонтанного пневмоторакса: закрытый, открытый, клапанный.
127. Метод, позволяющий поставить диагноз спонтанный пневмоторакс – рентгенологический.
128. Лечебная тактика при клапанном пневмотораксе – предполагает оказание экстренной помощи (пунктирование, дренирование плевральной полости)
129. Экстренная помощь при напряженном (клапанном) пневмотораксе – плевральная пункция, дренирование плевральной полости
130. Лечебная тактика при закрытом спонтанном пневмотораксе – создание покоя, наблюдение 1-2 суток.
131. Опасность открытого пневмоторакса – баллотирование средостения.
132. Цвет крови при легочном кровотечении - алая
133. Профузным называется кровотечение объемом более 500 мл.
134. Наиболее частая причина смерти при легочном кровотечении – асфиксия.
135. Характерная локализация аспирационной пневмонии нижележащие отделы пораженного легкого.
136. Кровохарканье – это выделение крови объемом менее 50 мл.
137. Положение больного с легочным кровотечением с приподнятым изголовьем.

138. Препараты основного ряда для лечения больных с лекарственно-чувствительным туберкулезом легких. (изониазид, рифампицин, этамбутол, пиперазид).
139. Основные статистические показатели при туберкулезе (заболеваемость, смертность, распространенность)
140. Сроки больничного листа при туберкулезе не более 12 месяцев.
141. Проводится совместно специалистами органов, уполномоченных осуществлять федеральный надзор и/или специалистами учреждений, обеспечивающих их деятельность, и специалистами территориальных медицинских организаций по профилю «фтизиатрия» в течение 3 календарных дней с момента получения экстренного извещения.
142. Для выявления возможных источников распространения туберкулезной инфекции устанавливаются лица, контактировавшие с больным в семье, квартире, доме, уточняется место фактического проживания, сведения о месте работы/обучения больного туберкулезом, в том числе, по совместительству, род деятельности больного
143. Оценивается степень его эпидемиологической опасности, условия быта, уровень санитарно-гигиенических навыков членов семьи и других лиц, контактировавших с больным туберкулезом, наличие в очаге детей, подростков, беременных женщин, лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией, больных ВИЧ-инфекцией.
144. Принадлежность очага туберкулеза к разным группам заражения МБТ определяется участковым врачом-фтизиатром.
145. Мероприятия в очаге включают: первичное обследование очага и лиц, контактировавших с больным в течение 14 календарных дней с момента выявления больного; разработка планов оздоровительных мероприятий, динамическое наблюдение за очагом, изоляция и лечение больного туберкулезом; изоляция из очагов детей,
146. Кратность обследования очагов туберкулеза врачом-фтизиатром совместно эпидемиологами при динамическом наблюдении: очаги 1 группы – 4 раза в год; для очагов 2 группы – 2 раза в год; для очагов 3 группы – 1 раз в год.
147. Определяются границы эпидемического очага, составляется план оздоровления очага и проведение дезинфекционных мероприятий.
148. Проходить лечение и соблюдать режим лечения, правила личной гигиены и предписания врача-фтизиатра в целях профилактики и распространения инфекции.
149. Срок изоляции новорожденного, привитого вакциной БЦЖ, от матери, больной туберкулезом составляет не менее 2-х месяцев.
150. Химиопрофилактика туберкулеза проводится всем ВИЧ инфицированным лицам вне зависимости от степени иммуносупрессии и результата реакции Манту с 2 ТЕ (Диаскинтест) при исключении активного туберкулеза.
151. Очаг туберкулезной инфекции – место пребывания больного туберкулезом вместе с окружающими его людьми и предметами внешней среды в тех пределах пространства и времени, в которых возможно возникновение новых случаев заражений и заболеваний.
152. В течение 3 рабочих дней со дня установления диагноза туберкулез врач – фтизиатр представляет данные о пациенте в электронном виде в Федеральный регистр лиц, больных туберкулезом.
153. Диспансерное наблюдение пациента прекращается в случаях: истечения сроков диспансерного наблюдения; смерти больного; письменного отказа пациента от диспансерного наблюдения (кроме лиц, с активной формой туберкулеза).
154. Приказ МЗ России от 13.03.2019 № 127н «Об утверждении порядка

- диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами, с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза.
155. Диспансерному наблюдению подлежат: больные туберкулезом – больные активной формой туберкулеза; лица с подозрением на туберкулез; лица, находящиеся в контакте с источником туберкулеза; лица, излеченные от туберкулеза.
 156. Диспансерное наблюдение осуществляется по месту жительства (места пребывания), а также по месту отбывания наказания в виде лишения свободы, в местах содержания под стражей.
 157. На каждого больного с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, в том числе и посмертно по месту его выявления в каждом медицинском учреждении, врачом заполняется учетная форма № 089/у-00.
 158. На больных, у которых установлено выделение МБТ, кроме учетной формы № 089/у-00 составляется «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (далее - Экстренное извещение) - № 058/у.
 159. Форма № 089/у-00 в течение 2 часов сообщают по телефону, а затем в течение 12 часов в письменной форме направляют экстренное извещение о каждом больном в органы госсанэпиднадзора, по месту выявления, фактического проживания и работы/учебы больного.
 160. Форма № 058/у в течение 2 часов сообщают по телефону, а затем в течение 12 часов в письменной форме направляют экстренное извещение о каждом больном в органы госсанэпиднадзора, по месту выявления, фактического проживания и работы/учебы больного.
 161. Учету и регистрации подлежат все случаи смерти больных от туберкулеза, а также случаи смерти больных туберкулезом от ВИЧ-инфекции.
 162. Статистическому учету и регистрации подлежат пациенты: лица, больные активной формой туберкулеза; лица, нуждающиеся в уточнении активности туберкулезного процесса/дифференциальной диагностике туберкулеза; лица, с клинически излеченным туберкулезом в первые 3 года со дня клинического излечения; лица с коинфекцией ТБ/ВИЧ.
 163. Статистическому учету и регистрации подлежат пациенты из групп повышенного риска заболевания туберкулезом: контактные по туберкулезу (с больными людьми, животными); лица, с измененными результатами кожных иммунологических проб); дети с осложнениями на противотуберкулезную вакцинацию БЦЖ.
 164. В учетные формы медицинской документации по месту проведения вакцинации БЦЖ, поставленных кожных иммунологических проб вносятся сведения: дата введения, название препарата, номер, серия, доза, контрольный номер, срок годности, характер реакции на введение).
 165. Заключительная дезинфекция в противотуберкулезных организациях проводится 1 раз в год, а также перед сносом или перепрофилированием здания.
 166. Цель санитарно-гигиенических мероприятий в противотуберкулезных учреждениях – защита персонала от заболевания туберкулезом, профилактика внутрибольничной суперинфекции, защита территории стационара от обсеменения МБТ.
 167. Частота прохождения медицинских осмотров на туберкулез лиц, проживающих в учреждениях социального обслуживания и лиц социальной помощи БОМЖ – 1 раз в год.
 168. Частота прохождения медицинских осмотров на туберкулез лиц с ВИЧ-инфекцией – 2 раза в год.

169. Частота прохождения медицинских осмотров на туберкулез военнослужащих, проходящие военную службу по призыву – 2 раза в год.
170. Медицинская помощь больным ВИЧ-инфекцией с подозрением на туберкулез оказывается амбулаторно в кабинетах противотуберкулезной помощи для больных ВИЧ-инфекцией, в условиях стационара – в боксированных отделениях инфекционного стационара или противотуберкулезных организаций для больных с ВИЧ-инфекцией.
171. По МКБ-10 контакт с больным и возможность заражения туберкулезом кодируется – Z20.1
172. .Очаговая дезинфекция – проводится в эпидемических очагах в местах проживания/пребывания/учебы/ работы источника инфекции в соответствии с пространственными и временными границами эпидемического очага.
173. .Профилактическая дезинфекция проводится без выявления источника инфекции, но в случае предположения его присутствия (места скопления людей, объекты водоснабжения, общественного питания, перерабатывающих/реализующих пищевые продукты и др.).
174. Не позднее 7 дней после получения сообщения о больных, выделяющих МБТ, врач-фтизиатр и эпидемиолог, проводят эпидемиологическое обследование предприятия.
175. Не позднее 7 дней после получения сообщения о больных, выделяющих МБТ, врач-фтизиатр и эпидемиолог, проводят эпидемиологическое обследование в средних специальных и высших учебных заведениях.
176. Эпидемиологические обследования проводятся в каждом случае регистрации больных активными формами туберкулеза. Его проводят эпидемиологи, врач-фтизиатр с участием медицинского работника, обслуживающего данное учреждение и его руководитель.
177. Цель проведения противозидемических мероприятий: предупреждение новых случаев инфицирования МБТ; снижение числа заболеваний в окружении больных туберкулезом.
178. План оздоровления очага туберкулеза включает: госпитализация больного; обследование контактных и проведение профилактического лечения; заключительная и текущая дезинфекция; вакцинация и ревакцинация БЦЖ; изоляция контактных; обучение санитарно-гигиеническим навыкам.
179. Санитарная профилактика туберкулеза – планомерная организационная система санитарно-гигиенических и профилактических мероприятий, направленных на предупреждение инфицирование МБТ.
180. Риск заражения микобактериями туберкулеза определяется двумя основными факторами: контакт с больным туберкулезом и повышенная восприимчивость к инфекции.
181. Учетная форма 089/у-00 – это «извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза»

заполняется на каждый случай впервые выявленного заболевания туберкулезом или рецидива туберкулеза (в том числе посмертно).

182. Учетная форма 058/у - это «экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку, включая случаи смерти от инфекционного заболевания».
183. Кратность обследования лиц, находящихся или находившимися в контакте с источником туберкулезной инфекции, составляет не реже 1 раза в 6 месяцев.
184. Специфическая профилактика в очагах туберкулеза включает: иммунопрофилактика туберкулеза – вакцинация БЦЖ-М (при отсутствии медицинских противопоказаний) и проведение превентивного лечения, которое проводится 2-мя препаратами с учетом лекарственной устойчивости МБТ у источника туберкулеза (сроком не менее 6 месяцев, при условии изоляции ребенка/подростка от больного туберкулезом).
185. Проведение заключительной дезинфекции в очаге, где проживает беременная – после госпитализации больного и повторно перед выпиской новорожденного из родильного дома.
186. Лица, из окружения детей/подростков, имеющие измененную чувствительность при постановке пробы Манту с 2 ТЕ, обследуются внепланово на туберкулез, если с момента последнего флюорографического обследования прошло 6 месяцев и более.
187. Лица, из окружения детей/подростков, имеющие измененную чувствительность при постановке кожной пробы с Диаскинтестом, обследуются внепланово на туберкулез, если с момента последнего флюорографического обследования прошло 6 месяцев и более.
188. Постановка кожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным
189. 2 раза в год. При положительном результате – обследование, для исключения активного туберкулеза (проведение КТ органов грудной клетки), проведение профилактического лечения.
190. Планирование профилактических осмотров взрослого населения на туберкулез проводится медицинской организацией, обслуживающей взрослое население после уточнения численности населения, прикрепленного к медицинской организации.
191. Сведения о выполненной вакцинации / ревакцинации БЦЖ (дата введения, название препарата, номер серии, доза, контрольный номер, срок годности, характер реакции на введение) вносятся в учетные формы медицинской документации.
192. Сертифицированные респираторы класса защиты FFP2 и FFP3.
193. Перевозка больных с активной формой туберкулеза осуществляется в условиях, исключающих инфицирование других лиц; условия организации безопасных условий переезда определяется врачом-фтизиатром.
194. Динамический контроль своевременности, качества и полноты проведения в очаге комплекса противоэпидемических мероприятий, предусмотренных планом

оздоровления очага, включая дезинфекционные, осуществляет врач-фтизиатр, врач-эпидемиолог.

195. Наибольшую эпидемиологическую опасность представляют больные туберкулезом легких с наличием бактериовыделения и/или с деструктивными процессами в легких.
196. Лучевые методы, которые применяются в противотуберкулезном учреждении рентгенография грудной клетки цифровая или аналоговая, спиральная компьютерная томография, ультразвуковое исследование легких и органов средостения.
197. Очаговый туберкулез легких характеризуется наличием очаговых образований до 1 см в диаметре продуктивного, экссудативного и казеозно-некротического генеза, локализующихся в одном или обоих легких и занимающих 1-2 сегмента.
198. Дифференциальная диагностика очагового туберкулеза проводится с внебольничной пневмонией. Методы диагностики: рентгенография грудной клетки, КТ органов грудной клетки, микробиологические методы.
199. Инфильтративный туберкулез легких характеризуется наличием в легких участков затемнения размером более 1 см в диаметре, преимущественно экссудативного характера с казеозным некрозом и наличием или отсутствием деструкции легочной ткани и бронхогенного обсеменения.
200. Длительная умеренно выраженная лихорадка, чаще субфебрильная, нарастающая в вечерние часы, хорошо переносимая, ночное потоотделение, немотивированная слабость, утомляемость, снижение массы тела, раздражительность.
201. Дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза проводится с пневмониями, центральным раком легкого. Для диагностики применяют лучевые методы, инструментальные (фибробронхоскопию), микробиологические и морфологические методы.
202. Туберкулема легких – это фокус казеозного некроза размером более 1 см в диаметре, окруженный фиброзной капсулой
203. Клинические варианты течения туберкулем стационарное, прогрессирующее, регрессирующее.
204. Клинико-морфологическая классификация туберкулем (казеома, слоистая, конгломератная)
205. Дифференциальная диагностика туберкулем. Проводиться с периферическим раком, доброкачественными опухолями легких, заполненными кистами, паразитарными кистами, одиночным метастазом.
206. Казеозная пневмония – это развитие специфического процесса с преобладанием казеозно-некротического воспаления, локализующегося в пределах доли легкого и более, для которого характерны тяжелое состояние пациента, выраженная интоксикация, обильное бактериовыделение.
207. Характерные изменения в общем анализе крови при казеозной пневмонии умеренный лейкоцитоз, умеренный палочкоядерный сдвиг влево, выраженная лимфопения, моноцитоз, значительное ускорение СОЭ.
208. Клинико-морфологические варианты казеозной пневмонии (бронхо-лобулярная, лобарная, тотальная).
209. Дифференциальная диагностика казеозной пневмонии с пневмококковой пневмонией, ковид-пневмонией, параканкротической пневмонией, деструктивными пневмониями другой этиологии.
210. Рентгенологические признаки, свойственные милиарному туберкулезу легких – тотальное поражение обоих легких, мелкие 1-2 мм очаговые тени средней

- интенсивности, не сливающиеся, корень в процесс не вовлекается, легочный рисунок перекрывается очаговыми тенями.
211. Острое течение с быстрой генерализацией в другие органы. Дифференциальная диагностика милиарного туберкулеза проводится с брюшным тифом, альвеолитами, милиарным карциноматозом.
 212. Характерные рентгенологические признаки гематогенно-диссеминированного туберкулеза: всегда двусторонний, обязательно вовлечены верхушки легких, корни легких интактны, по всем легочным полям множество очаговых теней, склонных к слиянию. Клинические формы милиарного туберкулеза.
 213. Клинические формы милиарного туберкулеза (легочная, тифоидная, менингеальная)
 214. Подострый гематогенно-диссеминированный туберкулез легких развивается постепенно, выраженные симптомы интоксикации, в легких однотипные очаговые тени средних и крупных размеров, преимущественно в верхне-средних отделах легких, могут быть «штампованные» каверны.
 215. Хронический гематогенно-диссеминированный туберкулез легких характеризуется волнообразным течением с наличием симптомов интоксикации в период вспышки и выраженным бронхолегочным синдромом (кашель, одышка), деформацией грудной клетки (западение над и подключичных ямок, сужение межреберных промежутков) развитием эмфиземы.
 216. В верхне-средних отделах легких множественные очаговые тени разной величины и интенсивности, каверны, подтягивание корней легких вверх, деформация бронхососудистого рисунка, признаки выраженного пневмосклероза, вторичные бронхоэктазы.
 217. Кавернозный туберкулез – это промежуточная форма и характеризуется наличием сформированной каверны с отсутствием выраженных фиброзных изменений в окружающей каверну легочной ткани. Контуры затемнения вокруг полости четкие, а ширина замкнутого затемнения вокруг полости не превышает 0,5 см.
 218. Инфильтративный туберкулез, очаговый и туберкулема.
 219. Благоприятный исход (рубцевание полости в виде линейного или звездчатого рубца), а неблагоприятный – трансформация процесса в фиброзно-кавернозный туберкулез.
 220. Псевдотуберкулема – это туберкулема в виде «заполненной» каверны. Чаще всего развивается из кавернозной формы туберкулеза при закрытии дренирующего бронха камнем, частицами мокроты или рубцевым стенозом.

Комплект типовых ситуационных задач для проведения промежуточной аттестации

Задача 1.

Больной Д., 19 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, недомогание, понижение трудоспособности, сухой кашель, периодические подъемы температуры тела вечером, повышенную потливость в ночные часы. Заболевание началось постепенно. Состояние больного удовлетворительное. При аускультации органов грудной клетки – жесткое дыхание.

При двухкратном исследовании мокроты методом микроскопии с окраской мазка по Циль-Нельсену кислотоупорные микобактерии (КУМ) не обнаружены. В общем анализе крови – умеренный лейкоцитоз - $8,9 \times 10^9/\text{л}$, лимфопения 19%, СОЭ - 28 мм/час.

Рентгенологически в зоне 6-го сегмента слева выявлялся участок затемнения размерами 4,5х3 см с полостью распада около 0,6 см. В прилежащих участках легочной

ткани определялись немногочисленные очаговые тени (которые не были описаны рентгенологом).

Врачом терапевтом был поставлен диагноз деструктивной пневмонии, по поводу которой в течение месяца проводилось лечение антибиотиками широкого спектра действия. При контрольном рентгенологическом обследовании позитивных сдвигов со стороны легочного процесса не отмечено. При более тщательном сборе анамнеза удалось установить наличие контакта с больным туберкулезом родственником 1,5 года назад.

Вопросы.

1. Предположительный диагноз
2. Обоснуйте диагноз?

Эталонные ответы к задаче 1

Ответ 1. Инфильтративный туберкулез S6 левого легкого в фазе распада и обсеменения МБТ-.

Ответ 2. Контакт с больным туберкулезом, постепенное начало заболевания, наличие симптомов интоксикации, подозрительных на туберкулез, скудная аускультативная картина, гематологические изменения в виде незначительного лейкоцитоза, лимфопения, характерная рентгенологическая картина.

Задача 2. Больной Б., 24 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, недомогание, понижение трудоспособности, сухой кашель, периодические подъемы температуры тела вечером, повышенную потливость в ночные часы. Заболевание началось постепенно. Состояние больного удовлетворительное. При аускультации органов грудной клетки – жесткое дыхание.

При двукратном исследовании мокроты методом микроскопии с окраской мазка по Циль-Нельсену кислотоупорные микобактерии (КУМ) не обнаружены. В общем анализе крови – умеренный лейкоцитоз - $8,9 \times 10^9/\text{л}$, лимфопения 19%, СОЭ - 28 мм/час.

Рентгенологически в зоне 6-го сегмента слева выявлялся участок затемнения размерами 4,5x3 см с полостью распада около 0,6 см. В прилежащих участках легочной ткани определялись немногочисленные очаговые тени (которые не были описаны рентгенологом).

Врачом терапевтом был поставлен диагноз деструктивной пневмонии, по поводу которой в течение месяца проводилось лечение антибиотиками широкого спектра действия. При контрольном рентгенологическом обследовании позитивных сдвигов со стороны легочного процесса не отмечено. При более тщательном сборе анамнеза удалось установить наличие контакта с больным туберкулезом родственником 1,5 года назад.

Вопрос 1.

Какие дополнительные методы микробиологического обследования необходимо назначить пациенту?

Эталон ответа задача 2. Трехкратное исследование мокроты на наличие МБТ методом люминесцентной микроскопии, исследование двух образцов мокроты методом ПЦР (полимеразной цепной реакции), посева на жидкие и/или плотные питательные среды.

Задача 3. Больной С., 30 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, недомогание, понижение трудоспособности, сухой кашель, периодические подъемы температуры тела вечером, повышенную потливость в ночные часы. Заболевание началось постепенно. Состояние больного удовлетворительное. При аускультации органов грудной клетки – жесткое дыхание.

При двукратном исследовании мокроты методом микроскопии с окраской мазка по Циль-Нельсену кислотоупорные микобактерии (КУМ) не обнаружены. В общем анализе крови – умеренный лейкоцитоз - $8,9 \times 10^9/\text{л}$, лимфопения 19%, СОЭ - 28 мм/час.

Рентгенологически в зоне 6-го сегмента слева выявлялся участок затемнения размерами 4,5х3 см с полостью распада около 0,6 см. В прилежащих участках легочной ткани определялись немногочисленные очаговые тени (которые не были описаны рентгенологом).

Врачом терапевтом был поставлен диагноз деструктивной пневмонии, по поводу которой в течение месяца проводилось лечение антибиотиками широкого спектра действия. При контрольном рентгенологическом обследовании позитивных сдвигов со стороны легочного процесса не отмечено. При более тщательном сборе анамнеза удалось установить наличие контакта с больным туберкулезом родственником 1,5 года назад.

Вопрос 1. Укажите рентгенологические признаки, наиболее характерные для туберкулеза?

Эталон ответа задача 3. Локализация процесса в 6 сегменте, наличие участка затемнения с полостью распада и очагами бронхогенного обсеменения в окружающей легочной ткани.

Задача 4. Больной Д., 25 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, недомогание, понижение трудоспособности, сухой кашель, периодические подъемы температуры тела вечером, повышенную потливость в ночные часы. Заболевание началось постепенно. Состояние больного удовлетворительное.. При аускультации органов грудной клетки – жесткое дыхание.

При двукратном исследовании мокроты методом микроскопии с окраской мазка по Циль-Нельсену кислотоупорные микобактерии (КУМ) не обнаружены. В общем анализе крови – умеренный лейкоцитоз - $8,9 \times 10^9/\text{л}$, лимфопения 19%, СОЭ - 28 мм/час.

Рентгенологически в зоне 6-го сегмента слева выявлялся участок затемнения размерами 4,5х3 см с полостью распада около 0,6 см. В прилежащих участках легочной ткани определялись немногочисленные очаговые тени (которые не были описаны рентгенологом).

Врачом терапевтом был поставлен диагноз деструктивной пневмонии, по поводу которой в течение месяца проводилось лечение антибиотиками широкого спектра действия. При контрольном рентгенологическом обследовании позитивных сдвигов со стороны легочного процесса не отмечено. При более тщательном сборе анамнеза удалось установить наличие контакта с больным туберкулезом родственником 1,5 года назад.

Вопрос 1. Какие инструментальные методы обследования показаны данному пациенту?

Эталон ответа задача 4. Больному показана фибробронхоскопия с исследованием бронхоальвеолярных смывов на МБТ туберкулеза.

Задача 5. Больной А., 20 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, недомогание, понижение трудоспособности, сухой кашель, периодические подъемы температуры тела вечером, повышенную потливость в ночные часы. Заболевание началось постепенно. Состояние больного удовлетворительное.. При аускультации органов грудной клетки – жесткое дыхание.

При двукратном исследовании мокроты методом микроскопии с окраской мазка по Циль-Нельсену кислотоупорные микобактерии (КУМ) не обнаружены. В общем анализе крови – умеренный лейкоцитоз - $8,9 \times 10^9/\text{л}$, лимфопения 19%, СОЭ - 28 мм/час.

Рентгенологически в зоне 6-го сегмента слева выявлялся участок затемнения размерами 4,5х3 см с полостью распада около 0,6 см. В прилежащих участках легочной ткани определялись немногочисленные очаговые тени (которые не были описаны рентгенологом).

Врачом терапевтом был поставлен диагноз деструктивной пневмонии, по поводу которой в течение месяца проводилось лечение антибиотиками широкого спектра действия. При контрольном рентгенологическом обследовании позитивных сдвигов со стороны

легочного процесса не отмечено. При более тщательном сборе анамнеза удалось установить наличие контакта с больным туберкулезом родственником 1,5 года назад.

Вопрос 1. Проанализируйте данный случай и укажите 3-4 основные причины, которые, на ваш взгляд, объясняют позднюю диагностику деструктивного туберкулеза у больного Д.

Эталон ответа задача 5. 1) отсутствие полноты собранного анализа 2) скудность физикальной симптоматики, что более характерно для туберкулеза; 3) неверная трактовка рн-картины заболевания при отсутствии положительной динамики на фоне проводимой неспецифической терапии; 4) несоблюдение кратности исследования мокроты на КУМ в условиях терапевтического стационара.

Задача 6. Больной Д., 25 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, недомогание, понижение трудоспособности, сухой кашель, периодические подъемы температуры тела вечером, повышенную потливость в ночные часы. В анамнезе контакт с больным туберкулезом. Заболевание началось постепенно. Состояние больного удовлетворительное. При аускультации органов грудной клетки – жесткое дыхание.

При двухкратном исследовании мокроты методом микроскопии с окраской мазка по Циль-Нельсену кислотоупорные микобактерии (КУМ) не обнаружены. В общем анализе крови – умеренный лейкоцитоз - $8,9 \times 10^9/\text{л}$, лимфопения 19%, СОЭ - 28 мм/час.

Рентгенологически в зоне 6-го сегмента слева выявлялся участок затемнения размерами 4,5x3 см с полостью распада около 0,6 см. В прилежащих участках легочной ткани определялись немногочисленные очаговые тени (которые не были описаны рентгенологом).

Вопросы.

1. Какую отчетную форму необходимо заполнить при постановке диагноза туберкулез данному пациенту.

Эталон ответа задача 6. Заполнить форму 089-у на больного с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза.

Задача 7.

Врач фтизиатр приглашен в терапевтическое отделение к пациенту мужчине 24 лет в качестве консультанта. Жалобы пациента на: слабость, недомогание, понижение трудоспособности, сухой кашель, периодические подъемы температуры тела вечером до $37,4^\circ\text{C}$, небольшую болезненность в межлопаточной области слева, повышенную потливость в ночные часы. Считает себя больным в течение 3,5 недель. Заболевание началось остро, предшествовало переохлаждение.

Лечился амбулаторно 10 дней, получил амоксициллин 0,5 г 3 раза в день перорально без эффекта, затем был госпитализирован в терапевтическое отделение с диагнозом «внебольничная пневмония». Получил цефтриаксон 1 г 2 раза в день внутримышечно в течение 10 дней, отхаркивающие препараты.

При поступлении в стационар выполнен общеклинический анализ крови (лейкоциты $8,6 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты, $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин, 140,0 г/л, СОЭ 20 мм/ч), проведено рентгенологическое обследование органов грудной клетки, при котором выявлен участок затемнения в 6 сегменте левого легкого, двукратное исследование мокроты методом микроскопии с окраской мазка по Циль-Нельсену, кислотоупорные микобактерии (КУМ) не обнаружены.

После 10 дней лечения цефтриаксоном отметил улучшение общего самочувствия, но сохраняются умеренно выраженные симптомы интоксикации в виде субфебрильной температуры, потливости, общей слабости.

Вопрос 1. Какое инструментальное обследование необходимо провести больному.

Эталоны ответов к задаче 7

Ответ 1. обзорную и боковую рентгенограмму органов грудной клетки (ОГК)

Задача 8. Жалобы пациента на: слабость, недомогание, понижение трудоспособности, сухой кашель, периодические подъемы температуры тела вечером до 37,4°C, небольшую болезненность в межлопаточной области слева, повышенную потливость в ночные часы. Считает себя больным в течение 3,5 недель. Заболевание началось остро, предшествовало переохлаждение.

Лечился амбулаторно 10 дней, получил амоксициллин 0,5 г 3 раза в день перорально без эффекта, затем был госпитализирован в терапевтическое отделение с диагнозом «внебольничная пневмония». Получил цефтриаксон 1 г 2 раза в день внутримышечно в течение 10 дней, отхаркивающие препараты.

После 10 дней лечения отметил улучшение общего самочувствия, но сохраняются умеренно выраженные симптомы интоксикации в виде субфебрильной температуры, потливости, общей слабости.

Вопрос 1. Для исключения туберкулеза пациенту необходимо назначить лабораторные и инструментальные методы обследования.....

Ответ 1. Больному необходимо назначить контрольное рентгено-томографическое обследование органов грудной клетки, исследование мокроты на КУМ, поставить диаскин-тест.

Задача 9.

Больной С., 23 лет. На приеме у терапевта районной поликлиники. При прохождении профилактической флюорографии в S2 правого легкого выявлено затемнение округлой формы диаметром 1,8 см. Предыдущее флюорографическое обследование 3 года назад - патологии не было. Контакт с больными туберкулезом – отрицает. Жалоб не предъявляет.

При осмотре. Гиперстенического телосложения. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура 36,9. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 74 в 1 минуту. АД 120/70 мм. рт. ст. Над всеми легочными полями перкуторно легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме.

Произведено рентгенологическое дообследование. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и прямой томограмме 7 см. справа в верхней доле в проекции второго сегмента определяется фокусная тень 1,8 x 1,7 см с четкими контурами неоднородной структуры за счет наличия участка просветления, эксцентрично расположенного у медиального отдела фокуса. В прилегающей легочной ткани видны очаговые тени средних размеров средней интенсивности с нечеткими контурами, местами сливающиеся между собой.

Общий анализ крови – без изменений. Общий анализ мочи – без патологии. Проба Манту – 16 мм.

Вопрос 1. Сформулируйте предположительный диагноз согласно классификации.

Эталон ответа задача 9. Туберкулема S2 верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения.

Задача 10.

Больной Б., 23 лет. На приеме у терапевта районной поликлиники. При прохождении профилактической флюорографии в S2 правого легкого выявлено затемнение округлой формы диаметром 1,8 см. Предыдущее флюорографическое обследование 3 года назад - патологии не было. Контакт с больными туберкулезом – отрицает. Жалоб не предъявляет.

При осмотре. Гиперстенического телосложения. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура 36,9. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 74 в 1 минуту. АД 120/70 мм. рт. ст. Над всеми легочными полями перкуторно легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме.

Произведено рентгенологическое дообследование. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и прямой томограмме 7 см. справа в верхней доле в проекции второго сегмента определяется фокусная тень 1,8 x 1,7 см с четкими контурами неоднородной структуры за счет наличия участка просветления, эксцентрично расположенного у медиального отдела фокуса. В прилегающей легочной ткани видны очаговые тени средних размеров средней интенсивности с нечеткими контурами, местами сливающиеся между собой.

Общий анализ крови – без изменений. Общий анализ мочи – без патологии. Проба Манту – 16 мм.

Вопрос 1. Какие признаки позволяют заподозрить туберкулезную этиологию процесса?

Эталон ответов к задаче 10 Молодой возраст, отсутствие клинических проявлений, скудная аускультативная картина, положительная проба Манту, рентгенологические признаки свойственные туберкуломе, локализация во втором сегменте.

Задача 11.

Больной Б., 23 лет. На приеме у терапевта районной поликлиники. При прохождении профилактической флюорографии в S2 правого легкого выявлено затемнение округлой формы диаметром 1,8 см. Предыдущее флюорографическое обследование 3 года назад - патологии не было. Контакт с больными туберкулезом – отрицает. Жалоб не предъявляет.

При осмотре. Гиперстенического телосложения. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура 36,9. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 74 в 1 минуту. АД 120/70 мм. рт. ст. Над всеми легочными полями перкуторно легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме. Произведено рентгенологическое дообследование. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и прямой томограмме 7 см. справа в верхней доле в проекции второго сегмента определяется участок затемнения 1,8 x 1,7 см с нечеткими контурами неоднородной структуры за счет центрально расположенного участка просветления. В прилегающей легочной ткани видны очаговые тени средних размеров средней интенсивности с нечеткими контурами, местами сливающиеся между собой.

Вопрос 1. Какие методы обследования надо дополнительно назначить больному для подтверждения или исключения туберкулезной этиологии процесса?

Эталон ответа к задаче 11.

Трехкратное исследование мокроты на наличие МБТ методом микроскопии, исследование мокроты методом ПЦР, двух образцов мокроты методом посева на жидкие и/или плотные питательные среды, постановка диаскин-теста (ДСТ).

Задача 12.

Больной Б., 63 лет. На приеме у терапевта районной поликлиники. При прохождении профилактической флюорографии в S2 правого легкого выявлено затемнение округлой формы диаметром 1,8 см. Предыдущее флюорографическое обследование 3 года назад - патологии не было. Контакт с больными туберкулезом – отрицает. Жалоб не предъявляет.

При осмотре. Гиперстенического телосложения. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура 36,9. Тоны сердца ритмичные,

ясные. ЧСС – 74 в 1 минуту. АД 120/70 мм. рт. ст. Над всеми легочными полями перкуторно легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме.

Произведено рентгенологическое дообследование. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и прямой томограмме 7 см. справа в верхней доле в проекции второго сегмента определяется фокусная тень 2 x 1,7 см с четкими контурами. В прилегающей легочной ткани очаговых теней четко не видно.

Вопрос 1. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Эталон ответа к задаче 12 Дифференциальная диагностика проводится с опухолями легких (гамартохондрома, аденома, периферический рак легкого), шаровидной пневмонией), паразитарными кистами легких (эхинококкоз и др.), заполненными бронхиальными и ретенционными кистами легких.

Задача 13.

Больной С., 63 лет. На приеме у терапевта районной поликлиники. При прохождении профилактической флюорографии в S2 правого легкого выявлено затемнение округлой формы диаметром 1,8 см. Предыдущее флюорографическое обследование 3 года назад - патологии не было. Контакт с больными туберкулезом – отрицает. Жалоб не предъявляет.

При осмотре. Гипертенического телосложения. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура 36,9. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 74 в 1 минуту. АД 120/70 мм. рт. ст. Над всеми легочными полями перкуторно легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и прямой томограмме 7 см. справа в верхней доле в проекции второго сегмента определяется фокусная тень 2 x 1,7 см с четкими контурами. В прилегающей легочной ткани очаговых теней четко не видно.

Вопрос 1. Какой инструментальный метод используется в трудных случаях диагностики этиологии округлых образований легких для окончательной верификации диагноза?

Эталон ответа к задаче № 13

Диагностическая торакотомия или видеоторакоскопическая биопсия легкого с гистологическим или цитологическим исследованием материала.

Задача 14.

Больная З. - 46 лет, жительница Калининского района.

Поступила в стационар областного противотуберкулезного диспансера с жалобами на кашель, одышку, повышение температуры до 39°C, слабость, отсутствие аппетита.

Анамнез. Больной себя считает в течении нескольких дней, когда появились вышеуказанные жалобы. При флюорографическом обследовании при обращении к терапевту выявлена диссеминация в легких. В течение 18 лет пациентка работала дояркой в хозяйстве, где выявлялся туберкулезный скот. Флюорографически обследовалась ежегодно, на предыдущей флюорограмме патологии не было. Из перенесенных заболеваний – редкие ОРЗ, пролапс митрального клапана, пневмония. Социально-бытовые условия плохие. Живет одна, в частном доме без удобств, помещение сырое. Не работает. Питание плохое.

Объективные данные. Состояние средней тяжести. Бледная. Адинамичная. Одышка в покое до 28 в минуту. Лихорадка гектического типа. Перкуторно - легочный звук над всеми полями легких. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тахикардия, ЧСС -95 в 1 минуту.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Проба Манту с 2 ТЕ – 0 мм.

Общий анализ крови – эр $4,4 \cdot 10^{12}$, Нб – 148 г/л, лейкоциты – $7,3 \cdot 10^9$, эозинофилы -1, палочкоядерные лейкоциты – 11%, сегментоядерные – 49%, лимфоциты – 30%, моноциты – 9, СОЭ – 30 мм/ч. Общий анализ мочи – без патологии.

Фибробронхоскопия – патологии в бронхиальном дереве не обнаружено. В мокроте методом микроскопии и методом посева МБТ не найдены.

Вопрос 1.

1. Какие клинико-anamnestические могут указывать на туберкулезную этиологию заболевания?

Эталон ответа к задаче № 14 Наличие в анамнезе контакта с больным туберкулезом скотом. Работала дояркой в течение 18 лет. Плохое питание, плохие жилищно-бытовые условия. Клинические признаки (кашель, одышка, бледность кожных покровов, адинамия, лихорадка гектического типа).

Задача 15.

Больная М. - 45 лет.

Поступила в стационар ОКПТД с жалобами на кашель, одышку, повышение температуры до 39°C , слабость, отсутствие аппетита.

Анамнез. Больной себя считает в течении нескольких дней, когда появились вышеуказанные жалобы. При флюорографическом обследовании при обращении к терапевту выявлена диссеминация в легких. В течение 18 лет пациентка работала дояркой в хозяйстве, где выявлялся туберкулезный скот. Флюорографически обследовалась ежегодно, на предыдущей флюорограмме патологии не было. Из перенесенных заболеваний – редкие ОРЗ, пролапс митрального клапана, пневмония. Социально-бытовые условия плохие. Живет одна, в частном доме без удобств, помещение сырое. Не работает. Питание плохое.

Объективные данные. Состояние средней тяжести. Бледная. Адинамичная. Одышка в покое до 28 в минуту. Лихорадка гектического типа. Перкуторно - легочный звук над всеми полями легких. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тахикардия, ЧСС -95 в 1 минуту.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Проба Манту с 2 ТЕ – 0 мм.

Общий анализ крови – эр $4,4 \cdot 10^{12}$, Нб – 148 г/л, лейкоциты – $7,3 \cdot 10^9$, эозинофилы -1, палочкоядерные лейкоциты – 11%, сегментоядерные – 49%, лимфоциты – 30%, моноциты – 9, СОЭ – 30 мм/ч. Общий анализ мочи – без патологии.

Фибробронхоскопия – патологии в бронхиальном дереве не обнаружено. В мокроте методом микроскопии и методом посева МБТ не найдены.

Вопрос 1. Какая форма диссеминированного туберкулеза наиболее вероятна в данном случае и почему?

Эталон ответа к задаче № 15

Наиболее вероятен милиарный туберкулез. Об этом свидетельствуют следующие признаки (острое начало заболевания, гектическая лихорадка, одышка, сухой кашель, отсутствие вовлечения в процесс бронхиального дерева, туберкулиновая анергия, отсутствие бактериовыделения при наличии диссеминации в легких на флюорограмме).

Задача 16.

Больная Б. - 42 лет.

Поступила в стационар ОКПТД с жалобами на кашель, одышку, повышение температуры до 39°C , слабость, отсутствие аппетита.

Анамнез. Больной себя считает в течении нескольких дней. При флюорографическом обследовании при обращении к терапевту выявлена диссеминация в легких. В течение 18 лет пациентка работала дояркой в хозяйстве, где выявлялся туберкулезный скот. Флюорографически обследовалась ежегодно, на предыдущей флюорограмме патологии не

было. Социально-бытовые условия плохие. Живет одна, в частном доме без удобств, помещение сырое. Не работает. Питание плохое.

Объективные данные. Состояние средней тяжести. Бледная. Адинамичная. Одышка в покое до 28 в минуту. Лихорадка гектического типа. Перкуторно - легочный звук над всеми полями легких. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тахикардия, ЧСС -95 в 1 минуту.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Вопрос 1. Предположительный диагноз. Какие рентгенологические признаки характерны для этой формы туберкулезного процесса?

Эталон ответов к задаче № 16

Предположительный диагноз милиарный туберкулез. Характерные признаки: тотальное поражение легких, множественные мелкие очаговые тени размером 1-2 мм по всем легочным полям, зеркальная симметричность расположения очагов, очаги одинаковой средней интенсивности, не склонные к слиянию и распаду.

Задача 17. Больная С. - 40 лет.

Поступила в стационар ОКПТД с жалобами на кашель, одышку, повышение температуры до 39°C, слабость, отсутствие аппетита.

Анамнез. Больной себя считает в течении нескольких дней. При флюорографическом обследовании при обращении к терапевту выявлена диссеминация в легких. В течение 18 лет пациентка работала дояркой в хозяйстве, где выявлялся туберкулезный скот. Флюорографически обследовалась ежегодно, на предыдущей флюорограмме патологии не было. Социально-бытовые условия плохие. Живет одна, в частном доме без удобств, помещение сырое. Не работает. Питание плохое.

Объективные данные. Состояние средней тяжести. Бледная. Адинамичная. Одышка в покое до 28 в минуту. Лихорадка гектического типа. Перкуторно - легочный звук над всеми полями легких. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тахикардия, ЧСС -95 в 1 минуту.

Лабораторные и инструментальные методы исследования. Рентгенологически выявлена тотальное поражение легких, множественные мелкие очаговые тени размером 1-2 мм по всем легочным полям, зеркальная симметричность расположения очагов, очаги одинаковой средней интенсивности, не склонные к слиянию и распаду.

Вопрос 1. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика

Эталон ответа задача 17. Дифференциальная диагностика проводится с брюшным тифом, с экзогенно-аллергическим альвеолитом, с милиарным карциноматозом легких.

Задача 18. Больная Д. -35 лет.

Поступила в стационар ОКПТД с жалобами на кашель, одышку, повышение температуры до 39°C, слабость, отсутствие аппетита.

Анамнез. Больной себя считает в течении нескольких дней. При флюорографическом обследовании при обращении к терапевту выявлена диссеминация в легких. В течение 18 лет пациентка работала дояркой в хозяйстве, где выявлялся туберкулезный скот. Флюорографически обследовалась ежегодно, на предыдущей флюорограмме патологии не было. Социально-бытовые условия плохие. Живет одна, в частном доме без удобств, помещение сырое. Не работает. Питание плохое.

Объективные данные. Состояние средней тяжести. Бледная. Адинамичная. Одышка в покое до 28 в минуту. Лихорадка гектического типа. Перкуторно - легочный звук над всеми полями легких. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тахикардия, ЧСС -95 в 1 минуту.

Лабораторные и инструментальные методы исследования. Рентгенологически выявлена тотальное поражение легких, множественные мелкие очаговые тени размером 1-

2 мм по всем легочным полям, зеркальная симметричность расположения очагов, очаги одинаковой средней интенсивности, не склонные к слиянию и распаду.

Вопрос 1. Какой инструментальный метод позволит окончательно верифицировать диагноз в случае диагностических трудностей?

Эталон ответа задача 18.

Диагностическая торакотомия или видеоторакоскопическая биопсия легкого с гистологическим или цитологическим исследованием материала.

Задача 19.

Больной Р. - 18 лет. До поступления в стационар в течение года без эффекта лечился у ревматолога по поводу болей в правом тазобедренном суставе. Туб. контакт – отрицает. Туб. инфицирован с 2010 года, химиопрофилактику туберкулеза не получал.

При осмотре: увеличение объема правого тазобедренного сустава, повышение местной температуры, наличие боли и ограничение подвижности в суставе. Складка подкожно-жирового слоя над пораженным суставом больше, чем над здоровым.

Рентгенологически на фоне выраженного остеопороза головки бедренной кости определяется краевой участок деструкции размером 1 на 1,5 см с крупным эпифизарным секвестром. Замыкательная пластинка наружного отдела головки не видна. Суставная щель прослеживается не на всем протяжении. Пациент был прооперирован в НИИ травматологии и ортопедии. Во время оперативного лечения обнаружено следующее: Головка бедренной кости лишена кортикального слоя, остеопорозна, в ней определяется глубокий дефект, содержащий крупный секвестр, грануляции и гнойно-некротические массы.

Вопрос 1.

1. Какое заболевание можно заподозрить по имеющимся данным? Обоснуйте.

Эталоны ответов к задаче №19

Ответ 1. Туберкулёзный артрит правого тазобедренного сустава. Об этом свидетельствует факт первичного туберкулезного инфицирования в анамнезе, отсутствие химиопрофилактики туберкулеза в период виража туберкулиновой пробы, медленное постепенное развитие заболевания в течение года, отсутствие в анамнезе указаний на гнойный процесс, обнаружение гнойно-некротических масс, деструкции, локального остеопороза и костного секвестра при оперативном лечении.

Задача 20. Больной Р. - 18 лет. До поступления в стационар в течение года без эффекта лечился у ревматолога по поводу болей в правом тазобедренном суставе. Туб. контакт – отрицает. Туб. инфицирован с 2010 года, химиопрофилактику туберкулеза не получал. При осмотре: увеличение объема правого тазобедренного сустава, повышение местной температуры, наличие боли и ограничение подвижности в суставе. Складка подкожно-жирового слоя над пораженным суставом больше, чем над здоровым.

Рентгенологически на фоне выраженного остеопороза головки бедренной кости определяется краевой участок деструкции размером 1 на 1,5 см с крупным эпифизарным секвестром. Замыкательная пластинка наружного отдела головки не видна. Суставная щель прослеживается не на всем протяжении. Пациент был прооперирован в НИИ травматологии и ортопедии. Во время оперативного лечения обнаружено следующее: Головка бедренной кости лишена кортикального слоя, остеопорозна, в ней определяется глубокий дефект, содержащий крупный секвестр, грануляции и гнойно-некротические массы.

Вопрос 1. Какие дополнительные методы лабораторного исследования необходимо использовать для окончательного установления диагноза?

Эталоны ответов к задаче № 20

Показано дополнительное обследование: постановка пробы диаскинтеста, обзорная рентгенограмма органов грудной клетки, гистологическое и микробиологическое исследование операционного материала.

Задача 21. Больной Р. - 18 лет. До поступления в стационар в течение года без эффекта лечился у ревматолога по поводу болей в правом тазобедренном суставе. Туб. контакт – отрицает. Туб. инфицирован с 2010 года, химиопрофилактику туберкулеза не получал. При осмотре: увеличение объема правого тазобедренного сустава, повышение местной температуры, наличие боли и ограничение подвижности в суставе. Складка подкожно-жирового слоя над пораженным суставом больше, чем над здоровым.

Рентгенологически на фоне выраженного остеопороза головки бедренной кости определяется краевой участок деструкции размером 1 на 1,5 см с крупным эпифизарным секвестром. Замыкательная пластинка наружного отдела головки не видна. Суставная щель прослеживается не на всем протяжении. Пациент был прооперирован в НИИ травматологии и ортопедии. Во время оперативного лечения обнаружено следующее: Головка бедренной кости лишена кортикального слоя, остеопорозна, в ней определяется глубокий дефект, содержащий крупный секвестр, грануляции и гнойно-некротические массы.

Вопрос 1. Имеет ли какое либо значение наличие в анамнезе факта первичного туберкулезного инфицирования?

Эталоны ответов к задаче № 21

Факт первичного туберкулезного инфицирования имеет значение, так как весь внелегочный туберкулез, в том числе и костно-суставной происходит из первичных форм туберкулеза, которые не всегда распознаются и могут протекать в виде малых форм, и могут послужить источником гематогенного рассеивания инфекции.

Задача 22. Больной С. - 19 лет. До поступления в стационар в течение года без эффекта лечился у ревматолога по поводу болей в правом тазобедренном суставе. Туб. контакт – отрицает. Туб. инфицирован с 2010 года, химиопрофилактику туберкулеза не получал. При осмотре: увеличение объема правого тазобедренного сустава, повышение местной температуры, наличие боли и ограничение подвижности в суставе. Складка подкожно-жирового слоя над пораженным суставом больше, чем над здоровым.

Рентгенологически на фоне выраженного остеопороза головки бедренной кости определяется краевой участок деструкции размером 1 на 1,5 см с крупным эпифизарным секвестром. Замыкательная пластинка наружного отдела головки не видна. Суставная щель прослеживается не на всем протяжении. Пациент был прооперирован в НИИ травматологии и ортопедии. Во время оперативного лечения обнаружено следующее: Головка бедренной кости лишена кортикального слоя, остеопорозна, в ней определяется глубокий дефект, содержащий крупный секвестр, грануляции и гнойно-некротические массы.

Вопрос 1. Для чего пациентам с внелегочными формами туберкулеза необходимо рентгенологическое исследование грудной клетки?

Эталоны ответов к задаче № 22

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки необходимо с целью исключения активного легочного туберкулеза и остаточных изменений после перенесенного ранее туберкулезного процесса, что также подтверждает туберкулезную природу заболевания.

Задача 23.

Больной Д. - 49 лет обратился к врачу с жалобами на кровохарканье. Контакт с больными туберкулёзом отрицает. В течение многих лет курит сигареты по 1 пачке в день.

При осмотре больного: состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Над верхней долей справа притупление перкуторного звука, здесь же ослабленное везикулярное дыхание.

На обзорной рентгенограмме и линейных томограммах органов грудной клетки в проекции первого сегмента правого легкого участок затемнения округлой формы с четкими, неровными контурами размером 3 см с просветлением в центре диаметром 2,5 см. Правый корень несколько расширен. Очаговых теней отчетливо не видно. Синусы свободны.

В динамике через 1 месяц противотуберкулезной терапии отмечается увеличение в размерах фокуса и полости распада в нём. Участок затемнения неправильной формы с нечеткими лучистыми контурами, связанный с одной стороны с плеврой, с другой - с головкой правого корня, корень расширен и бесструктурен.

Вопрос 1

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.

Эталоны ответов к задаче № 23

1. Периферический рак S 1 правого легкого (полостная форма). В пользу рака легкого свидетельствуют анамнез (курит в течение многих лет), клинические проявления (кровохарканье, малосимптомное течение заболевания), рентгенологические признаки (фокусная тень с полостью распада без очагов в легочной ткани, лучистые контуры фокуса), отрицательная динамика на фоне противотуберкулезной терапии.

Задача 24.

Больной С. - 50 лет обратился к врачу с жалобами на кровохарканье. Контакт с больными туберкулёзом отрицает. В течение многих лет курит сигареты по 1 пачке в день.

При осмотре больного: состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Над верхней долей справа притупление перкуторного звука, здесь же ослабленное везикулярное дыхание.

На обзорной рентгенограмме и линейных томограммах органов грудной клетки в проекции первого сегмента правого легкого участок затемнения округлой формы с четкими, неровными контурами размером 3 см с просветлением в центре диаметром 2,5 см. Правый корень несколько расширен. Очаговых теней отчетливо не видно. Синусы свободны.

Вопрос 1 С какими заболеваниями необходима дифференциальная диагностика?

Эталоны ответов к задаче № 24

Дифференциальная диагностика должна проводиться с туберкулезом в фазе распада, хроническим абсцессом легкого, паразитарной кистой

Задача 25. Больной М. - 60 лет обратился к врачу с жалобами на кровохарканье. Контакт с больными туберкулёзом отрицает. В течение многих лет курит сигареты по 1 пачке в день.

При осмотре больного: состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Над верхней долей справа притупление перкуторного звука, здесь же ослабленное везикулярное дыхание.

На обзорной рентгенограмме и линейных томограммах органов грудной клетки в проекции первого сегмента правого легкого участок затемнения округлой формы с четкими, неровными контурами размером 3 см с просветлением в центре диаметром 2,5 см. Правый корень несколько расширен. Очаговых теней отчетливо не видно. Синусы свободны.

В динамике через 1 месяц противотуберкулезной терапии отмечается увеличение в размерах фокуса и полости распада в нём. Участок затемнения неправильной формы с нечеткими лучистыми контурами, связанный с одной стороны с плеврой, с другой - с головкой правого корня, корень расширен и бесструктурен.

Вопрос 1. Какой инструментальный метод исследования наиболее информативен для окончательной верификации диагноза?

Эталоны ответов к задаче № 25

Для верификации диагноза необходима трансторакальная видеоторакоскопия грудной клетки с биопсией патологического образования

Задача 26. Больной М .- 60 лет обратился к врачу с жалобами на сухой кашель, кровохарканье. Контакт с больными туберкулёзом отрицает. В течение многих лет курит сигареты по 2 пачки в день.

При осмотре больного: состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Над верхней долей справа притупление перкуторного звука, здесь же ослабленное везикулярное дыхание.

На обзорной рентгенограмме и линейных томограммах органов грудной клетки в проекции третьего сегмента правого легкого фокусная тень с бугристыми контурами Очаговых теней отчетливо не видно. Синусы свободны.

Вопрос 1. Какая должна быть тактика врача терапевта.

Эталоны ответов к задаче № 26

Тактика врача – больного необходимо направить на консультацию к онкологу и торакальному хирургу.

Задача 27.

Больной Б. - 32 года. Год назад имел контакт с больным туберкулезом соседом. Последние 3 недели отмечает быструю утомляемость, потливость по ночам, потерю в весе 4 кг, по вечерам - повышение t до $37,5^{\circ}$. К врачам не обращался. Последние два дня самочувствие ухудшилось, появилась осиплость голоса, боль при глотании, t повысилась до 38°C . Обратился к терапевту. Аускультативно – по всем легочным полям дыхание жесткое, рассеянные сухие и влажные хрипы, ч.д. 25 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, чсс. – 80 уд. в 1 мин. На обзорной рентгенограмме: с обеих сторон от верхушек до IV ребер очаговые тени различных размеров ср. интенсивности, с наклоном к слиянию с образованием участков затемнения неоднородной структуры.

Вопрос 1. Какие микробиологические методы исследования на туберкулез необходимо назначить данному пациенту в условиях поликлиники?

Эталоны ответов к задаче № 27

Необходимо обследование для исключения туберкулезной этиологии образования (3-кратное исследование мокроты в течение 2-х дней) на наличие МБТ методом микроскопии с окраской мазка по Циль- Нильсену.

Задача 28.

Больной А. - 33 года. Год назад имел контакт с больным туберкулезом соседом. Последние 3 недели отмечает быструю утомляемость, потливость по ночам, потерю в весе 4 кг, по вечерам - повышение t до $37,5^{\circ}$. К врачам не обращался. Последние два дня самочувствие ухудшилось, появилась осиплость голоса, боль при глотании, t повысилась до 38°C . Обратился к терапевту. Аускультативно – по всем легочным полям дыхание жесткое, рассеянные сухие и влажные хрипы, ч.д. 25 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, чсс. – 80 уд. в 1 мин. На обзорной рентгенограмме: с обеих сторон от верхушек до IV ребер

очаговые тени различных размеров ср. интенсивности, с наклоном к слиянию с образованием участков затемнения неоднородной структуры.

Вопрос. 1. Какие дополнительные лабораторные методы обследования необходимо назначить данному пациенту в условиях противотуберкулезного диспансера?

Эталоны ответов к задаче № 28

Исследование двух образцов мокроты методом ПЦР, методом посева на жидкие и/или плотные питательные среды, постановка диаскин-теста (ДСТ), фибробронхоскопия, а также исследование мокроты на цитологию, общий анализ мокроты, общий анализ крови, общий анализ мочи, компьютерная томография органов грудной клетки.

Задача 29

Больной М., 42 лет, слесарь-сантехник. Курит около 30 лет, злоупотребляет алкоголем. Обратился в поликлинику с жалобами на кашель с мокротой, одышку при физической нагрузке, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела по вечерам до 37,68 С. Врач, обследовавший больного, поставил диагноз: хронический бронхит, обострение и назначил противовоспалительное лечение, отхаркивающие средства, ингаляции. После проведенного лечения самочувствие больного улучшилось, уменьшился кашель, одышка почти исчезла, нормализовалась температура тела. Сохранялась невыраженная общая слабость. Врач разрешил больному приступить к работе. Через 2 месяца при очередном флюорографическом обследовании обнаружено обширное затемнение в области верхней доли правого легкого, неомогенное по структуре, с участками просветления, в нижних отделах правого легкого — множественные, расположенные группами, малоинтенсивные очаговые тени.

Вопросы к задаче 29.

1. Усматриваете ли Вы ошибки участкового врача, если да, то какие?
2. О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании данных флюорографии?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?
4. Какова должна быть тактика участкового врача?
5. Укажите, какие рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.

Эталоны ответов к задаче № 29

1. Не выполнен клинический минимум обследования на туберкулез.
2. Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения.
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, проба Манту, исследование мокроты на БК бактериоскопическим методом трехкратно, томография правого легкого, бронхоскопия.
4. Провести клинический минимум обследования на туберкулез.

5. Затенение в верхней доле справа, неомогенное по структуре, с участками просветления, очаги обсеменения в нижних отделах малоинтенсивные, расположены группами.

Задача 30. Больная П., 23 лет, швея, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела (в вечерние часы) до 38С, понижение аппетита, похудание, одышку при физической нагрузке, сухой кашель. Больной себя считает около трех месяцев, когда была на седьмом месяце беременности. Сначала появилась общая слабость, субфебрильная температура тела, затем присоединился сухой кашель. Лечилась у участкового терапевта по поводу бронхита, эффект незначительный. На второй день после родов повысилась температура тела до 38,6С, появилась одышка. Анамнез жизни: в детстве перенесла скарлатину, пневмонию. Муж здоров. Флюорографическое обследование не проходила более 4-х лет. Объективно: правильного телосложения, пониженного питания, кожа чистая, бледная, умеренный акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 110 уд. в мин., ритмичный. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца приглушены. АД 100/60 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, перкуторно ясный легочной звук, аускультативно в легких с обеих сторон везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыхания 36 в мин. Живот мягкий, нижний край печени на 2 см. ниже реберной дуги, чувствительный при пальпации. Общий анализ мочи без патологических изменений. Общий анализ крови: эритроциты $2,28 \times 10^{12}/л$, Нв – 86 г/л, лейкоциты $11,5 \times 10^9/л$, э–0%, п–5%, с–65%, л–18%, м–12%, СОЭ–24 мм/ч. Рентгенологически: в легких на всем протяжении, больше на верхушках, по ходу сосудов множественные мелкие средней интенсивности очаговые тени. Структура корней легких не изменена. Синусы свободны. Сердце без особенностей. В правом корне единичные мелкие кальцинаты. Произведено исследование мокроты на КУМ — в шести анализах методом микроскопии микобактерии не обнаружены. Проба Манту с 2 ТЕ — отрицательная.

Вопросы к задаче 30.

1. Какие заболевания могут протекать со сходной симптоматикой?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо применить для уточнения диагноза?
3. О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании клинико-рентгенологических данных?
4. Укажите, какие рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.
5. О чем говорит отрицательная проба Манту у данной больной?

Эталонные ответы к задаче № 30

1. Милиарный туберкулез легких, саркоидоз легких, карциноматоз легких, двусторонняя очаговая пневмония.
2. УЗИ органов брюшной полости, осмотр гинекологом с целью исключения первичной опухоли, фибробронхоскопия, фиброгастроскопия.
3. Милиарный туберкулез легких, МБТ (–).
4. Наличие множественных очагов средней интенсивности по ходу сосудов в обоих легких, преимущественно на верхушках
5. Отрицательная проба Манту свидетельствует о значительно сниженной реактивности организма

Задача 31.

Больной Б. - 32 года. Год назад имел контакт с больным туберкулезом соседом. Последние 3 недели отмечает быструю утомляемость, потливость по ночам, потерю в весе 4 кг, по вечерам - повышение t до $37,5^{\circ}$. К врачам не обращался. Последние два дня самочувствие ухудшилось, появилась осиплость голоса, боль при глотании, t повысилась до $38-39^{\circ}\text{C}$. Обратился к терапевту. Аускультативно – по всем легочным полям дыхание жесткое, рассеянные сухие и влажные хрипы, ч.д. 25 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, $\text{чс.} - 80$ уд. в 1 мин. На обзорной рентгенограмме: с обеих сторон от верхушек до IV ребер очаговые тени различных размеров ср. интенсивности, с наклоном к слиянию с образованием участков затемнения неоднородной структуры.

Вопросы.

1. Какие методы лабораторного исследования необходимо назначить больному в поликлинике для уточнения диагноза

2. Какие методы лабораторного исследования необходимо назначить больному в противотуберкулезном учреждении для окончательного подтверждения диагноза?

3. Какие изменения в дополнительных исследованиях будут говорить за специфический характер изменений?

4. Ваш предварительный диагноз?

5. Какое осложнение возникло у больного и консультацию ?

Эталон ответа к задаче 31

Ответ 1. В поликлинике больному необходимо назначить общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты, исследование мокроты методом прямой микроскопии мазка с окраской по Циль-Нельсену на КУМ – 3кратно.

Ответ 2. 3-кратное исследование мокроты на наличие МБТ методом люминесцентной микроскопии, исследование двух образцов мокроты методом посева на жидкие и/или плотные питательные среды. Определение лекарственной чувствительности МБТ методом Xpert/MTB-Rif, методом БАКТЕК и посевом на плотные питательные среды.

Ответ 3. За специфический характер изменений в легочной ткани будут говорить обнаружение МБТ в мокроте, обнаружение ДНК МБТ в мокроте.

Ответ 4.

Предварительный диагноз: Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада.

Ответ 5. Учитывая появление боли в горле, осиплости голоса на фоне диссеминированного процесса у больного возможно имеет место осложнение процесса туберкулезом гортани.

Задача 32.

Больная Н., 39 лет, домохозяйка. Жалобы на кашель с выделением скудной слизистой мокроты, непостоянные боли в правой половине грудной клетки, одышку при быстрой ходьбе.

Анамнез заболевания: указанные жалобы больную беспокоят на протяжении двух месяцев, но к врачу не обращалась. Патологические изменения в области корней легких выявлены флюорографически при устройстве на работу.

Предыдущее флюорографическое обследование год назад — без патологии.

Объективно: температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Правильного телосложения, повышенного питания. На коже голеней — узловатая эритема. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 72 уд. в мин, ритмичный. Тоны сердца ясные. АД 130/70 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная. Перкуторно легочной звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: эритроциты $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$, $\text{Hb} - 126$ г/л, лейкоциты $5,7 \times 10^9/\text{л}$, э–1%, п–1%, с–53%, л–37%, м–8%, СОЭ–6 мм/ч. При исследовании мокроты микобактерии и опухолевые клетки не обнаружены. Проба Манту с 2 ТЕ — отрицательная.

На рентгенографии: легкие без очаговых и инфильтративных теней, корни легких расширены, бесструктурные за счет увеличенных лимфоузлов бронхопульмональной группы.

Вопросы к задаче 32.

1. Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?
2. Какие заболевания могут протекать со сходной симптоматикой?
3. О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании клинико-рентгенологических данных?
4. Укажите, какие клинико-рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.
5. Где должна лечиться и наблюдаться в дальнейшем данная больная?

Эталоны ответов к задаче 32.

6. Фибробронхоскопия, УЗИ органов брюшной полости.
7. Саркоидоз внутригрудных лимфоузлов, туберкулез внутригрудных лимфоузлов, лимфогранулематоз, лимфосаркома, центральный рак.
8. Саркоидоз внутригрудных лимфоузлов, активная фаза.
9. Малосимптомность течения заболевания, наличие узловой эритемы, отсутствие изменений в гемограмме, характерная рентгенологическая картина.
10. В пульмунологическом отделении

Задача 33

Больной В., 35 лет, зоотехник, доставлен “Скорой помощью” в ЦРБ с жалобами на повышение температуры тела до 39С, одышку при незначительной физической нагрузке, сухой кашель, умеренные боли в грудной клетке справа, общую слабость.

Из анамнеза: больным себя считает в течении пяти, когда после простудного фактора повысилась температура тела, появилась одышка, постепенно нарастала. К врачу не обращался, не лечился. При более тщательном сборе анамнеза выяснилось, что больной около 2-х мес. назад начал постепенно худеть, стал сильно уставать, считал это последствиями возросшей нагрузки на работе.

Объективно: правильного телосложения, пониженного питания, кожа бледная, грудная клетка обычной формы, правая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания, тоны сердца ритмичные, приглушены, границы сердца в норме, ЧСС 96 в мин, АД 100/70 мм рт. ст. Перкуторно слева легочной звук, справа — притупление, аускультативно в легких слева — везикулярное дыхание, справа — ослабленное, хрипов нет, ЧД 20 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови — эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв—121 г/л, лейкоциты $9,9 \times 10^9/л$, э—1%, п—40%, с—6%, л—18%, м—11%, СОЭ 31 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 76 г/л, общий билирубин 12 мкмоль/л, сахар 4,0 ммоль/л.

Рентгенологически: левое легочное поле прозрачное, справа с уровня II ребра до купола диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение, неотделимое от тени утолщенной костальной плевры, органы средостения смещены влево.

Дважды производились плевральные пункции, удалено соответственно 2800 мл и 400 мл соломенно-желтой, прозрачной жидкости, произведен анализ плеврального содержимого: белок 50 г/л, цитоз умеренно-клеточный, лимфоциты 96%, нейтрофилы 4%, микобактерии, опухолевые клетки не обнаружены.

Диаскинтест — 24 мм, в центре папулы — везикула.

Вопросы к задаче 33

1. Какой предварительный диагноз Вы поставили бы больному при поступлении в ЦРБ?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения этиологии плеврита?
3. Между какими заболеваниями в первую очередь нужно проводить дифференциальную диагностику?
4. По клинико-рентгенологическим данным о какой этиологии процесса можно думать? Почему?
5. Какова дальнейшая тактика врача ЦРБ?

Эталоны ответов к задаче 33.

1. Экссудативный плеврит справа.
2. ЭКГ, фибробронхоскопия, фиброгастроскопия, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
3. Между туберкулезным плевритом, плевритом неспецифической этиологии, мезотелиомой плевры, метастатическим плевритом, кардиогенным выпотом.
4. С наибольшей вероятностью можно думать об экссудативном плеврите справа туберкулезной этиологии, в пользу данного диагноза говорит постепенное развитие заболевания, характерные изменения в гемограмме, лимфоцитарный цитоз плевральной жидкости, гиперергический диаскинтест.
5. Консультация фтизиатра, с последующим переводом больного для лечения в противотуберкулезный диспансер.

ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
ПК-3 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения, медицинского освидетельствования и медицинских экспертиз

Задача 34.

Больной В., 36 лет. Жалобы на субфебрильную температуру, слабость, повышенную потливость, особенно по ночам, быструю утомляемость, небольшой сухой кашель. Заболевание началось постепенно. Болен в течение месяца.

При обследовании общее состояние удовлетворительное. Астеничного телосложения. Температура тела 37,1С. Кожные покровы чистые, бледные, румянец на щеках. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими легочной звук, незначительное притупление легочного звука над верхушкой справа. Дыхание в легких везикулярное, справа, в верхних отделах на фоне жесткого дыхания прослушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Стул и мочеиспускание не изменены.

В гемограмме: Лейк. $9,1 \times 10^9$ /л, эоз.-3%, п/я-6%, с/я-59%, лимф.-18%, мон.-14%, СОЭ 24 мм/час.

Диаскинтест — 9 мм. Посев мокроты на МБТ отр.

Рентгенологически: справа в С₂ на фоне размытого легочного рисунка полиморфные очаги диаметром 5–9 мм с нерезкими контурами, выражена наклонность к слиянию очагов.

Вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Какая тень на рентгенограмме называется очагом?

3. С каким заболеванием в первую очередь необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. В какой группе учета должен состоять данный больной?
5. Какое лечение будет назначено?

Эталоны ответов к задаче 34

1. Очаговый туберкулез С₂ правого легкого, фаза инфильтрации. МБТ -
2. Рентгенологически округлая тень диаметром до 10–12 мм называется очагом.
3. Очаговый туберкулез в первую очередь дифференцируем с очаговой пневмонией.
4. Больной с активным туберкулезным процессом в легких при проведении лечения должен состоять в I группе диспансерного учета.
5. До получения сведений о лекарственной чувствительности возбудителя лечение будет проводиться по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол).

Задача 35.

Больная А, 27 лет, обратилась на консультацию к фтизиатру по поводу появления узловой эритемы на коже в области голеностопного сустава, общей слабости, потливости, похудания за последний год на 3–4 кг. Из анамнеза заболевания выявлено, что ухудшение состояния отмечается после родов, когда появились боли в крупных суставах, субфебрильная температура до 37,7С. Красновато-синюшные пятна на коже голеней. Больная обратилась к врачу-терапевту. Была обследована ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, ревмо-фактор, Р-графия коленных суставов. Выставлен диагноз: Ревматоидный артрит? Лечилась по поводу данного заболевания, принимала преднизолон коротким курсом. Состояние больной несколько стабилизировалось, но беспокоили слабость, потливость. Спустя 6 месяцев во время профосмотра на флюорографии органов грудной клетки выявлена мелкоочаговая диссеминация легких, расширение тени корня легких с обеих сторон за счет увеличения лимфатических узлов бронхопульмональной группы. Проба Манту с 2 ТЕ отрицательная. По поводу чего больную направили на консультацию к фтизиатру.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы обследования необходимы для постановки диагноза у этой больной?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. Какова тактика лечения?
5. Нуждается ли больная в диспансерном учете, и в какой группе?

Эталоны ответов к задаче 35.

1. Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов и легких.
2. Р-графия органов дыхания.
3. Туберкулез легких, рак легких, пневмокониоз, саркоидоз, альвеолиты.
4. Преднизолон, антиоксиданты, иммуномодуляторы.
5. Больная не подлежит диспансерному учету в противотуберкулезном учреждении и должна лечиться у пульмонолога.

Задача 36.

Больной С., заболел 1 мес. назад, когда стала повышаться температура тела свечками до 39С, появился кашель с мокротой, иногда с примесью крови, боли в правом боку, одышка, слабость, ночная потливость, отсутствие аппетита. Был госпитализирован с диагнозом двухсторонняя пневмония в терапевтическую клинику.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание сохранено. Пониженного питания. Кожа чистая, влажная. Дыхание бронхиальное, ослаблено, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон, более выраженные справа. Органы желудочно-кишечного тракта без особенностей, температура тела — 38,3С, гектического характера.

Гемограмма: $L-12,0 \times 10^9$ г/л, СОЭ—49 мм/час.

На обзорной рентгенограмме: справа в верхней доле массивная инфильтрация легочной ткани, множественные участки просветления. Слева в нижней доле инфильтрация, участки просветления, очаговые тени без четких контуров.

Вопросы:

1. Где должен лечиться больной?
2. Необходимы ли дополнительные методы обследования?
3. Предварительный диагноз?
4. Какие осложнения возможны?
5. Какое лечение необходимо назначить?

Эталоны ответов к задаче 36.

1. В стационаре противотуберкулезного диспансера.
2. проведение томографического обследования, исследование мокроты на МБТ методом люминесцентной микроскопии и методом посева на жидкие и твердые питательные среды и определение лекарственной чувствительности возбудителя
3. Казеозная пневмония.
4. Кровотечение, дыхательная, легочно-сердечная недостаточность.
5. До получения теста на лекарственную чувствительность возбудителя лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза (изониазид, рифампицин, пипразинамид, этамбутол) + аминогликозид

Задача 37.

Больная Х., 19 лет, не работает. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на слабость, быструю утомляемость, сухой кашель. Два месяца назад роды при сроке 32 недели, без осложнений. Незначительное недомогание почувствовала сразу после родов, однако данное состояние расценивала как недомогание в послеродовом периоде, между тем, недомогание нарастало. Начато лечение амбулаторно в течение двух недель (неспецифическая антибактериальная терапия) без эффекта. Больная госпитализирована в терапевтическое отделение. К этому моменту увеличивается слабость, потливость, повышается температура тела до 38,6С в вечернее время, утром нормальная. Кашель к этому моменту усиливается, слабость нарастает, появляется чувство разбитости, появляется головная боль.

Объективно: температура тела 38,3С. Больная правильного телосложения, пониженного питания, отмечается небольшой цианоз губ. Грудная клетка симметрична, обе половины активно участвуют в акте дыхания. Кожные покровы влажные, периферические лимфатические узлы не увеличены. При перкуссии в нижних отделах справа притупление перкуторного звука. Аускультативно слева везикулярное дыхание, справа в нижних отделах слегка ослабленное. Живот мягкий, печень на 2 см выступает из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Эр. $3,6 \times 10^{12}$ г/л, Нв—115 г/л, э—3, п—9, л—14, м—11, $L-9,1 \times 10^9$ г/л, СОЭ — 29 мм/час. Общий анализ мочи без особенностей.

Рентгенологически: справа в С₁, С₂, С₆, массивная инфильтрация легочной ткани, состоящая из сливных очагов.

В течение месяца больной с диагнозом крупозная пневмония проводилась неспецифическая антибактериальная терапия. Эффекта от лечения не отмечено. В тяжелом состоянии больная переведена в отделение реанимации, где в течение 10 дней также проводилась интенсивная терапия и тоже без эффекта. Больная консультировалась онкологом. Опухолевый процесс в легком исключен.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения диагноза?
2. Интерпретируйте общий анализ крови.
3. Назовите сходные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения
4. Предположительный диагноз?
5. Назначьте лечение.

Эталоны ответов к задаче № 37

1. Клинический минимум обследования на туберкулез: жалобы, анамнез, объективные исследования, общий анализ крови, общий анализ мочи, мокроту на КУМ бактериоскопическим методом, обзорную рентгенографию грудной клетки, диаскинтест.
2. Умеренный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг лейкоформулы влево, лимфопения, умеренное увеличение СОЭ.
3. Казеозная пневмония, крупозная пневмония, центральный рак легкого, осложненный ателектазом, абсцедирующая пневмония.
4. Инfiltrативный туберкулез С₁С₂С₆ правого легкого.
5. До получения теста на лекарственную чувствительность возбудителя лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза интенсивная фаза (изониазид, рифампицин, пипразинамид, этамбутол) + аминогликозид

Задача 38.

Больная М., 20 лет, не работает. На 4 день после родов поднялась высокая температура до 39С, слабость, одышка. Лечение антибиотиками широкого спектра действия к улучшению состояния не привело.

Объективно: больная правильного телосложения, пониженного питания. Кожа чистая, бледная, губы с цианотическим оттенком. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 110 уд. в мин., ритмичный, температура тела 39,4С. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца приглушены, над верхушкой - нежный систолический шум. АД 110/60 мм рт. ст. Число дыхания 36 в минуту. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, при перкуссии легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно с обеих сторон скудные рассеянные влажные и сухие хрипы. Живот мягкий, нижний край

печени на 2 см. ниже реберной дуги, чувствительный при пальпации. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: Эр. $3,28 \times 10^{12}$ г/л, Нв -106 г/л, лейкоциты $11,5 \times 10^9$ г/л, эоз.-0, п/я-5%, с/я-65%, лимф.-18%, мон.-12%, СОЭ 24 мм/ч. Анализ мочи без патологии. В мокроте МБТ не обнаружены. На рентгенограмме органов грудной полости по всем легочным полям равномерно мелкие очаговые тени по ходу сосудов. Синусы свободны.

Вопросы:

1. Интерпретируйте анализ крови.
2. О каком заболевании можно думать?
3. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику
4. Назначьте наиболее эффективную комбинацию препаратов
5. Исходы и возможные осложнения данного заболевания.

Эталоны ответов к задаче № 38

1. Снижение уровня гемоглобина, лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево, моноцитоз, увеличение СОЭ.
2. О остром гематогенно-диссеминированным туберкулезе (милиарный туберкулез)
3. Саркоидоз легких, мелкоочаговая двусторонняя пневмония, карциноматоз, коллагенозы.
4. До получения теста на лекарственную чувствительность возбудителя лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза интенсивная фаза (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол) + аминогликозид
5. При своевременной диагностике и лечении возможно полное излечение. Частым осложнением является туберкулезный менингит. Возможен летальный исход.

Задача 39.

Больной А., 43 года, прибыл из исправительно-трудового учреждения.. При устройстве на работу обследован флюорографически. Выявлены изменения в легких: слева в верхней доле легкого группа очагов.

При обследовании жалоб не предъявляет. В анамнезе указаний на перенесенный туберкулез нет. В последние годы ежегодно обследовался флюорографически, но ни разу на изменения в легких не указывалась.

При объективном обследовании: кожные покровы нормальной окраски, подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание ослабленное, хрипы не выслушиваются.

Анализ крови: СОЭ 4 мм/час, Нв-126 г/л, лейкоцитов $4,6 \times 10^9$ /л, э-2%, п-2%, с-63%, л-26%, мон.-7%.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: слева в области 1 и 2 сегментов легкого определяются полиморфные очаги на фоне ограниченного пневмосклероза, интенсивные, четко очерченные. Корни легких несколько уплотнены, в левом - единичный петрификат размером до 1 см. Тень сердца не изменена.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л — папула 14 мм. В мокроте люминесцентной микроскопией МБТ не выявлены.

Вопросы:

1. Какой должна быть тактика терапевта?
2. О каком заболевании с большей вероятностью необходимо думать?
3. Каким должно быть обследование для подтверждения диагноза?
4. Где должен лечиться больной?
5. Какие исходы этого заболевания могут быть?

Эталоны ответов к задаче № 39

1. Терапевт должен направить больного на консультацию в противотуберкулезный диспансер.
2. С большей вероятностью необходимо думать об очаговом туберкулезе легких.
3. ОАК, диаскинтест, обзорная рентгенография, прицельная рентгенография легких, томография легких, исследование мокроты на МБТ.
4. Больной должен лечиться в стационаре противотуберкулезного диспансера.
5. Исходы очагового туберкулеза: рассасывание, уплотнение, прогрессирование.

Задача № 40

Больной А., 40 лет, при устройстве на работу обследован флюорографически, когда в верхней доле правого легкого обнаружена округлая тень с достаточно четкими контурами на фоне фиброзных изменений, в корне правого легкого кальцинаты. Установлено, что в детстве состоял на учете в противотуберкулезном диспансере с диагнозом: туберкулез внутригрудных лимфатических узлов справа. В рядах армии не служил. Флюорографически не обследовался много лет.

Вопросы:

1. О каком заболевании должен думать терапевт?
2. Каким должно быть обследование для подтверждения диагноза?
3. Где должен лечиться больной?
4. Какую реакцию на диаскинтест у данного больного следует ожидать?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Эталоны ответов к задаче № 40

1. Терапевт должен думать о туберкулезе верхней доли правого легкого.
2. Обследование должно включать: ОАК, ОАМ, обзорная рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях, анализ мокроты на МБТ бактериоскопическим методом трехкратно, томография верхней доли правого легкого, диаскинтест, бронхоскопия.
3. Больной должен лечиться в стационаре противотуберкулезного диспансера.
4. Положительная или гиперергическая реакция на диаскинтест.
5. С периферическим раком легкого, доброкачественными опухолями легких, кистами легких (паразитарной и непаразитарной этиологии), пневмонией, инфильтратами туберкулезными, грибковыми поражениями легких.

Задача № 41

Больной С., 33 года, водитель автобуса. При очередном флюорографическом обследовании в поликлинике выявлены изменения в правом легком, в верхней доле определяется неомогенный фокус затемнения с нечеткими контурами, с дорожкой к корню и просветлением в центре.

После вызова на дообследование в рентгенологическом кабинете врачом-рентгенологом установлено, что у больного 2 года назад был контакт с больным туберкулезом соседом. За 2 недели до профосмотра перенес гриппоподобное состояние, в течении недели отмечал повышения температуры тела в вечернее время до 37,5 - 37,8С, слабость, недомогание. К врачам не обращался. В момент посещения терапевта отмечает небольшую общую слабость, других жалоб нет.

На обзорной рентгенограмме справа в 1, 2 сегментах легкого определяется затемнение размером 5 на 6 см, средней интенсивности, неомогенное, с более плотными очаговыми включениями и просветлениями, с дорожкой к корню легкого, неправильной формы с размытыми контурами.

Вопросы:

1. Какой должна быть дальнейшая тактика рентгенологического обследования?
2. О каком заболевании с большей вероятностью необходимо думать?
3. Какое обследование должен провести терапевт для подтверждения диагноза?
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
5. Тактика лечения заболевания?

Эталоны ответов к задаче № 41

1. Томография верхней доли правого легкого.
2. Инфильтративный туберкулез верхней доли (С₁, С₂) правого легкого, фаза распада.
3. Диаскинтест, анализ мокроты на КУМ методом микроскопии мазка мокроты с окраской по Циль-Нельсену трехкратно, общий анализ крови, общий анализ мочи.
4. Бронхопневмония, крупозная пневмония, грипп.
5. До получения теста на лекарственную чувствительность возбудителя лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза интенсивная фаза (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол)

Задача № 42

Больной И., 32 года, водитель. Жалоб нет. Выявлен при профосмотре. Последняя флюорография 3 года назад.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное. АД – 120/70. Пульс 80 ударов в 1 минуту.

Гемограмма: без патологических отклонений.

Анализ мокроты на МБТ отр.

Диаскинтест 10 мм.

Рентгенологическое исследование: Слева в С1–С2 группа немногочисленных очагов средней интенсивности с нечеткими контурами.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования больного должны быть назначены в противотуберкулезном диспансере?
3. Является ли показателем отсутствия активности туберкулезного процесса отсутствие в мокроте микобактерий туберкулеза?
4. Нужна ли антибактериальная терапия, режим лечения?
5. Группа диспансерного учета?

Эталоны ответов к задаче № 42.

1. Очаговый туберкулез С₁–С₂ левого легкого в фазе инфильтрации, МБТ-.
2. Анализ мокроты на МБТ 3-кратно методом люминесцентной микроскопии и посева на жидкие и твердые питательные среды.
3. отсутствие в мокроте микобактерий туберкулеза не является показателем отсутствия активности процесса.
4. До получения теста на лекарственную чувствительность возбудителя лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза интенсивная фаза (изониазид, рифампицин, пипразинамид, этамбутол)
5. При проведении лечения I группа (активный туберкулез) до окончания основного курса химиотерапии.

Задача № 43

При массовом флюорографическом обследовании у больного 32 лет в верхней доле левого легкого обнаружена округлая тень размером 2,5 на 3 см, с четкими контурами, неоднородная по структуре за счет более плотных включений. На томограмме верхней доли (срезы 6,5 и 7,5 см) подтверждается четкость границы и неоднородность структуры тени за счет просветления, прилегающего к дренирующему бронху, и более плотных включений, в окружающей легочной ткани фиброзные и очаговые изменения. При обследовании у врача поликлиники установлено, что флюорографию проходил 2 года назад, считает себя здоровым, жалоб не предъявляет. Год назад, во время эпидемии гриппа, заболел остро с катаральными изменениями, кашель с субфебрильной температурой сохранялись около месяца, астенический синдром - более 2-х месяцев.

Объективно: Грудная клетка не деформированна, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно определяется ясный легочный звук, хрипов не выслушивается.

В крови: СОЭ - 7 мм/час, Л - 6,4x10 /л, э - 1%, п/я - 4%, с/я - 65%, л - 26%, м - 4%.

Терапевт заподозрила периферический рак легкого, больной направлен на консультацию в онкологический диспансер. В онкодиспансере при обследовании обнаружены микобактерии туберкулеза.

Вопросы:

1. На основании имеющихся данных о каком заболевании думаете Вы?
2. Укажите, на основании каких признаков можно думать о туберкулезе?
3. В консультации какого врача нуждается больной?
4. Интерпретируйте общий анализ крови?
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Эталонные ответы к задаче № 43

1. О конгломератной туберкулезе в фазе распада, МБТ (+).
2. На основании обнаружения на томограмме округлой тени с четкими контурами, неоднородной структуры в окружении фиброза и очагов. На основании клинических признаков: длительный субфебрилитет и астенический синдром.
3. Фтизиатра.
4. Анализ крови без патологических изменений.
5. С периферическим раком легкого, доброкачественными опухолями легких, кистами легких (паразитарной и непаразитарной этиологии, пневмонией, грибковыми поражениями легких).

Задача № 44

Больная А., 22 года, заболела 2 недели назад: постепенно ухудшалось состояние, по вечерам повышалась температура до 37С, отмечалась слабость, потливость, появились головные боли, усиливающиеся при ярком свете и шуме, запор. День назад наступило резкое ухудшение всех симптомов: температура повысилась до 38,2С, выросла интенсивность головной боли, светобоязнь, на теле спонтанно возникают и исчезают красные пятна.

Объективно: Состояние тяжелое. Сознание спутанное. Нормостенического телосложения. Кожные покровы чистые, выраженный красный дермографизм, выраженные пятна Труссо. Зев чистый. Температура тела 39,2С. АД 140/90. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, тахикардия 92 удара в минуту. Живот втянутый, ладьевидной формы. Отмечается запор. Мочеиспускание не нарушено. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, Кернига, Брудзинского) положительные. Отмечается левосторонний птоз, сходящееся косоглазие.

В гемограмме: лейкоцитов $12,8 \times 10^9/\text{л}$, э - 3%, с/я - 51%, лимф. - 8%, мон 11%, СОЭ - 32 мм/час. Исследование ликвора: Жидкость опалесцирующая, вытекает струей. Кол-во клеток $0,15 \times 10^6/\text{л}$, лимфоциты 70%, нейтрофилы 30%. Выпала паутинная пленка. Сахар 16 ммоль/л, хлориды 92 ммоль/л. Анализ ликвора на МБТ: Бактериоскопически микобактерии туберкулеза не обнаружены. Рентгенологически: легочные поля прозрачные, чистые, в С2 справа имеется очаг Гона.

Вопросы:

1. Какие черепнолицевые нервы повреждены?
2. Ваш диагноз? К какой группе диспансерного наблюдения относится данная больная?
3. Что говорит в пользу данного диагноза?
4. Методы лечения данного больного?
5. Прогноз болезни? Какие осложнения заболевания возможны?

Эталоны ответов к задаче № 44

1. Поражение 3 и 6 пары черепно-мозговых нервов.
2. Туберкулезный менингит, МБТ - I группа диспансерного учета до окончания основного курса химиотерапии
3. В пользу данного диагноза говорит постепенное начало заболевания, поражение черепномозговых нервов, показатели ликвора, рентгенологически - перенесенный ранее туберкулезный процесс.
4. Длительное стационарное лечение с применением не менее 4 противотуберкулезных препаратов с обязательным использованием патогенетических средств.
5. При своевременном и правильном лечении - выздоровление, при неблагоприятном течении заболевания возможен летальный исход. Возможны осложнения в виде потери зрения и слуха, органических поражений головного мозга.

Задача № 45

Больной В., 35 лет. Жалобы на субфебрильную температуру, слабость, повышенную потливость, особенно по ночам, быструю утомляемость, небольшой сухой кашель. Заболевание началось постепенно. Болен в течение месяца.

При обследовании: Состояние средней тяжести. Астеничного телосложения. Температура тела 37,1 С. Кожные покровы чистые, бледные, румянец на щеках. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка цилиндрической

формы. Перкуторно над легкими легочный звук, незначительное притупление легочного звука над верхушкой справа. Дыхание в легких везикулярное, справа, в верхних отделах на фоне жесткого дыхания прослушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Стул и мочеиспускание не изменены.

В гемограмме: Лейк. $8,1 \times 10^9$ /л, эоз. – 3 %, п/я - 6%, с/я - 59 %, лимф. – 18 %, мон. - 14 %. СОЭ 24 мм/час.

Диаскинтест - 9 мм. Посев мокроты на МБТ отр.

Рентгенологически: Справа в С2 на фоне размытого легочного рисунка полиморфные очаги диаметром 5-9 мм с нерезкими контурами, выражена склонность к слиянию очагов.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какая тень на рентгенограмме называется очагом?
3. С каким заболеванием в первую очередь необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. В какой группе учета должен состоять данный больной?
5. Возможные исходы заболевания?

Эталоны ответов к задаче № 45

1. Очаговый туберкулез С2 правого легкого, фаза инфильтрации. МБТ -.
2. Рентгенологически округлая тень диаметром до 10-12 мм называется очагом.
3. Очаговый туберкулез в первую очередь дифференцируем с очаговой пневмонией.
4. Больной с активным туберкулезным процессом в легких должен состоять в I группе диспансерного учета в течении всего периода лечения.
5. При адекватной терапии частичное рассасывание и уплотнение очагов, при отсутствии лечения прогрессирование процесса слияние очагов с образованием инфильтратов и переход процесса в инфильтративный туберкулез.

Задача № 46

Больная А., 44 года поступила в клинику с жалобами на повышенную температуру до 38,5С, слабость, отсутствие аппетита, быструю утомляемость, слабый кашель с небольшим количеством мокроты, боли в межлопаточной области, больше справа.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, повышенной влажности, стойкий красный дермографизм. Положительный симптом Поттенджера (Болезненность мышц плечевого пояса при пальпации), более выражен справа. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими легочный звук, незначительное притупление звука над верхушкой правого легкого, при аускультации над верхушкой правого легкого после покашливания определяются сухие и полусухие, трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Стул и мочеиспускание не нарушены.

В гемограмме: Лейк. $12,8 \times 10^9$ /л, эоз. – 3 %, п/я - 8%, с/я - 58 %, лимф. – 17 %, мон. - 14 %. СОЭ 24 мм/час.

Посев мокроты на микобактерии туберкулеза положительный.

Рентгенологически: В С1-С2 правого легкого участок затемнения 2х3 см, с нечеткими, размытыми контурами, средней интенсивности, неоднородный по структуре с участками просветления.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Какая группа диспансерного учета у данного больного?
3. С каким заболеванием в первую очередь проводим дифференциальную диагностику?
4. Тактика. Какие лекарственные препараты необходимо назначить больному?
5. Какие осложнения возможны?

Эталоны ответов к задаче № 46

1. Инфильтративный туберкулез С2-С2 правого легкого, фаза распада. МБТ+.
2. Больные с активным туберкулезным процессом при проведении лечения наблюдаются в первой группе диспансерного наблюдения.
3. Дифференциальный диагноз в первую очередь проводим с внебольничной пневмонией.
4. Обязательная госпитализация в противотуберкулезный стационар, подача формы 089-у, направление экстренного извещения в центр госсанэпиднадзора при первом положительном результате на МБТ, противотуберкулезное лечение.
5. Кровохаркание, кровотечение, ателектаз.

Задача № 47

Больной З., 56 лет поступил в клинику с жалобами на повышенную утомляемость, температуру до 38,1С, слабость, отсутствие аппетита, понижение веса, кашель с мокротой с прожилками крови, боли в межлопаточной области, больше слева. За последние полгода похудел на 5 килограмм.

Объективно: Состояние средней тяжести. Астеничного телосложения. Кожные покровы повышенной влажности, стойкий красный дермографизм. АД 90/60. Положительный симптом Поттенджера (Болезненность мышц плечевого пояса при пальпации), более выражен слева. Грудная клетка цилиндрической формы. При аускультации над верхушкой левого легкого после покашливания определяются сухие и полусухие, трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Стул и мочеиспускание не нарушены.

В гемограмме: Лейк. $14,6 \times 10^9/\text{л}$, эоз. – 3 %, п/я - 8%, с/я - 58 %, лимф. – 17 %, мон. - 14 %. СОЭ 28 мм/час.

Рентгенологически: В С1-С2 левого легкого определяется тень 4х5 см, с нечеткими, размытыми контурами, средней интенсивности, неоднородная по структуре с участками просветления и очагами отсева.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какой режим химиотерапии необходимо назначить больному?
4. Какие нежелательные действия данных препаратов?
5. Прогноз заболевания?

Эталоны ответов к задаче № 47

1. Инфильтративный туберкулез С2-С2 левого легкого, фаза распада и обсеменения МБТ+
2. Посев мокроты на МБТ на жидкие и твердые питательные среды, молекулярно-генетическое исследование мокроты для определения лекарственной устойчивости МБТ, диаскинтест, бронхоскопическое исследование.
3. До получения теста на лекарственную чувствительность возбудителя лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза интенсивная фаза (изониазид, рифампицин, пиперазидин, этиambutол)

4. Рифампицин и пипразинамид гепатотоксичны, Изониазид гепатотоксичен, нейротоксичен. Этамбутол может вызвать атрофию зрительного нерва.
5. При своевременном правильном лечении прогноз благоприятный, при несвоевременном или некачественном лечении переход в хронические формы туберкулеза.

Задача № 48.

Больной Ф., 56 лет. Жалобы на слабость, повышенную до 38,0С температуру тела, кашель со слизистой мокротой, кровохарканье, одышку при физической нагрузке.

4 года назад был диагностирован инфильтративный туберкулез с распадом, МБТ+. Лечился стационарно, но очень неаккуратно, злоупотреблял алкоголем. Не долечившись, ушел самовольно из стационара. Живет один, не работает, 2 раза находился в ИТУ.

Состояние средней тяжести. Пониженного питания. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. При аускультации в верхних отделах справа влажные хрипы, а на остальном протяжении сухие. В правом отделе при перкуссии коробочный звук. ЧД – 26 в мин. Печень выступает на 2 см. из-под края реберной дуги.

Гемограмма: Л – $11,7 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 52 мм/час, п-7.

Мокрота: МБТ+.методом микроскопии и посева.

Рентгенологически: Справа в С1 выраженный фиброз, фиброзно-рубцовые изменения, разнокалиберные деформированные полости, очаги с элементами полиморфизма. Справа в С6 С10, слева в С4 С5 очаги отсева. Корень правого легкого деформирован, подтянут кверху, слева легкое чистое.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Почему произошло прогрессирование процесса?
3. Какие дополнительные методы исследования Вы бы провели?
4. Какие осложнения возможны?
5. План лечения
6. Прогноз.

Эталоны ответов к задаче №48

1. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ +.
2. Лечился неаккуратно, беспорядочно и т.д.
3. Бронхоскопия для исключения туберкулеза бронхов, исследование мокроты на лекарственную чувствительность МБТ к антибактериальным препаратам 1 и 2 ряда.
4. Эмфизема. кровотечение, дыхательная, легочно-сердечная недостаточность, амилоидоз.
5. Длительное антибактериальное лечение с учетом чувствительности МБТ к препаратам. Оперативное лечение после стабилизации туберкулезного процесса.

Задача № 49

Больная Х., 21 год, с детства страдает сахарным диабетом. Заболела 2 месяца назад: постепенно ухудшалось состояние, повышалась температура, появилась слабость, потливость, кашель с небольшим количеством мокроты. Перкуторно сзади слева сверху до средней трети лопатки укорочение звука, там же жесткое дыхание, сухие хрипы.

В гемограмме: лейкоц. – $8,0 \times 10^9/\text{л}$, эоз. – 2%, с/я – 51%, лимф. – 8%, мон. – 12%, СОЭ – 34 мм/час. В мокроте при микроскопии обнаружены МБТ. Диаскинтест гиперергический. Рентгенологически: прозрачность 2-го сегмента левого легкого неравномерно понижена за счет очаговых и инфильтративных изменений, с участками, подозрительными на полости распада?

Вопросы:

1. Интерпретируйте общий анализ крови.
2. Что способствовало заболеванию?
3. Какая клиническая форма туберкулеза легких?
4. Какой рентгенологический метод позволит уточнить характер изменений в левом легком?
5. Какое лечение будет назначено?

Эталоны ответов к задаче № 49

1. В общем анализе крови имеется незначительный лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, умеренное увеличение СОЭ.
2. Сахарный диабет. Пациент относится к группе риска по заболеванию туберкулезом.
3. Инфильтративный туберкулез С2 левого легкого в фазе распада, МБТ+.
4. Томография.
5. До получения теста на лекарственную чувствительность возбудителя лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза интенсивная фаза (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол).

Задача № 50

Больной 50 лет. Жалобы на кашель с мокротой с примесью крови, одышку при физической нагрузке, 5 лет назад был диагностирован инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, МБТ+. Лечился стационарно и амбулаторно, неаккуратно, злоупотреблял алкоголем. Пониженного питания, первая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Соответственно верхней доле определяется притупление перкуторного звука, амфорическое дыхание, единичные влажные хрипы. Над нижними отделами обоих легких коробочный звук. ЧД – 24 в минуту, ЧСС – 96 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см.

Анализ легких: лейкоц. – $13,0 \times 10^9/\text{л}$, эоз. – 2, п/я – 8, с/я – 61, лим. – 15, мон. – 14, СОЭ – 40 мм/час.

Рентгенологически: уменьшение в объеме верхней доли справа, в ней система полостей неправильной формы, корень подтянут вверх.

В мокроте обнаружены МБТ методом люминесцентной микроскопии.

Вопросы:

1. Интерпретируйте общий анализ крови.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Что способствовало развитию данной клинической формы туберкулеза.
4. Перечислите осложнения, которые могут встречаться при данной форме туберкулеза.
5. Составьте план лечебных мероприятий.

Эталоны ответов к задаче №50

1. Умеренный лейкоцитоз, снижение относительного содержания лимфоцитов, моноцитоз, увеличение СОЭ.
2. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого, МБТ+, эмфизема легких, ДН II стадии.

3. Наличие вредных привычек, злоупотребление алкоголем, нерегулярное лечение, отрывы от лечения.
4. Легочное сердце, кровотечение, амилоидоз, дыхательная недостаточность.
5. У больного высокий риск МЛУ, необходимо исследование мокроты на ЛУ молекулярно-генетическими методами и методом посева, до получения результатов лечение в стационаре по режиму МЛУ туберкулеза.

Задача № 51

В терапевтическое отделение городской больницы поступил больной 65 лет по поводу впервые выявленных изменений в легких. Жалоб не предъявлял, состояние удовлетворительное, физикально — без изменений.

Рентгенологически в III сегменте правого легкого определялась интенсивная гомогенная фокусная тень с четкими границами в диаметре до 3 см.

В анализе крови: лейкоц.– $12,3 \times 10^9$ /л, эр.– $3,0 \times 10^{12}$ /л, Нв–96 г/л, баз.–1, эоз.–2, п.–6, с.–58, л.–24, м.–9, СОЭ – 53 мм/час.

Диаскинтест – папула 3 мм.

Вопросы:

1. Интерпретируйте общий анализ крови.
2. Через сколько часов оценивается диаскинтест?
3. Можно ли заподозрить у больного туберкулез легких по результатам проведенного обследования?
4. Какие дополнительные исследования показаны больному с диагностической целью?
5. Ваша тактика.

Эталоны ответов к задаче № 51

1. Умеренная анемия, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, лейкоцитоз, резкое увеличение СОЭ.
2. Диаскинтест оценивается через 72 часа.
3. Нет, по результатам проведенного обследования поставить диагноз невозможно, необходимы дополнительные методы обследования.
4. Трансторакальная видеоторакоскопия с биопсией или диагностическая торакотомия с гистологическим исследованием для морфологической верификации диагноза.
5. Направить больного на консультацию к онкологу и торакальному хирургу.

Задача № 52

У мужчины 55 лет во время флюорографического обследования справа под ключицей обнаружена группа очаговых теней размерами 0,3–0,6 см, плотных с четкими контурами. В прошлом туберкулезом не болел. Самочувствие в период обследования хорошее. Гемограмма в пределах нормы. В мокроте МБТ –.

Вопросы:

1. У пациента активный или неактивный очаговый туберкулез?
2. Нужны ли дополнительные методы обследования?
3. Можно ли считать пациента практически здоровым или необходима антибактериальная терапия.

4. Является ли показателем отсутствия активности туберкулезного процесса отрицательные результаты мокроты на МБТ?
5. В случае подтверждения активности туберкулезного процесса по какой группе диспансеного учета будет наблюдаться больной?

Эталоны ответов к задаче № 52

1. Нуждается в определении активности туберкулезного процесса.
2. Да, молекулярно-генетическое исследование мокроты на МБТ, посевы мокроты на МБТ на жидкие и плотные питательные среды, обзорная рентгенография, томография или КТ, бронхоскопия, необходимо провести ретроспективный анализ предшествующих флюорограмм за предыдущие годы.
3. Больной нуждается в проведении лечения режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза в течение 3 месяцев с последующем рентгено-томографическом обследованием для решения вопроса об активности процесса.
4. Отсутствие МБТ в мокроте не позволяет исключить активность туберкулезного процесса.
5. При подтверждении активности туберкулезного процесса и проведении курса химиотерапии больной будет наблюдаться по I группе диспансеного учета.

Задача № 53

Больная П. 40 лет, бухгалтер. После летнего отпуска, проведенного на берегу моря, стала отмечать повышенную утомляемость, потливость, повышение температуры до 37,3С.

При обследовании терапевтом установлено: кожа цвета загара, подкожно-жировой слой развит хорошо, левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Над левой надключичной областью укорочение перкуторного звука и ослабленное дыхание, хрипов нет.

В анализе крови: СОЭ–20 мм/час, лейкоц.– $6,0 \times 10^9$ /л, п/я–10%, с/я–57%, лимф.–20%, мон.–10%.

При посеве мокроты обнаружены микобактерии туберкулеза, чувствительные ко всем туберкулостатическим препаратам.

Рентгенограмма органов грудной клетки: в I–II сегментах левого легкого группа теней средней и малой интенсивности, округлой формы с расплывчатыми контурами, кальцинаты в правом корне.

Вопросы:

1. Интерпретируйте общий анализ крови.
2. Как Вы оцените рентгенологические находки?
3. Сформулируйте клинический диагноз и дайте его обоснование.
4. К какому периоду туберкулеза относится процесс у данной больной? Первичный? Вторичный? Какие условия способствовали развитию активного туберкулеза?
5. Назначьте лечение.

Эталоны ответов к задаче № 53

1. Палочкоядерный сдвиг влево, умеренный моноцитоз.
2. Кальцинаты в корне правого легкого говорят о перенесенном первичном туберкулезе легких. У больного произошла эндогенная реактивация старых туберкулезных очагов.
3. Очаговый туберкулез верхней доли С1-2 левого легкого в фазе инфильтрации, МБТ+.

4. Вторичный. Возможно влияние гиперинсоляции.
5. Лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза. интенсивная фаза, комбинация из 4 препаратов (изониазид, рифампицин, этамбутол, пипразинамид).

Задача № 54

При вскрытии трупа больного, умершего при внезапно начавшемся профузном кровотечении, обнаружено: правое легкое уменьшено в объеме, левое эмфизематозно. Наощупь верхняя доля правого легкого плотная, в средней и нижней долях правого легкого и в нижней доле левого — твердые узелки. При разрезе: на бледно-серой поверхности правого легкого полость размером до 5 см. в диаметре неправильной формы, ткань легкого в прилежащих отделах сероватого цвета, лишена воздушности. В полости, в бронхах и трахее — сгустки крови, смешанные с гнойным содержимым. В окружающей полости ткани — полиморфные очаги казеоза, осумкованные и частично обызвествленные. Висцеральная плевро на верхушке легкого спаяна с париентальной плеврой грубыми, плотными сращениями, утолщена.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз?
2. Опишите клиническую картину, которая могла быть у данного больного.
3. Опишите рентгенологическую картину, соответствующую описанным морфологическим изменениям.
4. Определите продолжительность заболевания.
5. Сформулируйте подробный патологоанатомический диагноз с указанием причин смерти больного.

Эталонные ответы к задаче № 54

1. Фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ+. Осложнение: легочное кровотечение.
2. Жалобы на слабость, t до $38,0^{\circ}\text{C}$, кровохарканье, снижение аппетита, одышку при физической нагрузке. Объективно: укорочение перкуторного звука в верхних отделах правого легкого, здесь же ослаблено, сухие и крупнопузырчатые влажные хрипы.
3. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции справа верхняя доля уменьшена в объеме, в ней определяются многочисленные очаги. Корень правого легкого подтянут кверху. Слева легкое без очаговых и инфильтративных теней.
4. Давность заболевания — больше 1 года.
5. Основной: фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ +. Осложнение: Легочное кровотечение. Острая постгеморрагическая анемия. Причина смерти: Асфиксия. Острая постгеморрагическая анемия.

Задача № 55

Больной 55 лет, поступил по поводу одышки инспираторного характера даже при небольшой физической нагрузке, небольшой кашель. Болен около двух лет, в течение которых отмечалось постепенное увеличение одышки, иногда субфебрильная температура. Похудел на 8 кг.

Объективно: цианоз, акроцианоз, пальцы в виде “барабанных палочек”. В легких ослабленное везикулярное дыхание с укорочением вдоха и выдоха. Крепитирующие хрипы с обеих сторон под лопатками, усиливаются при глубоком дыхании. ЧД — 28 в минуту. Печень у края реберной дуги.

Рентгенография грудной клетки: диффузная сетчатая деформация легочного рисунка, распространенные двухсторонние инфильтративные тени и понижение прозрачности в области нижних легочных полей.

Вопросы:

1. Определите тип и степень дыхательной недостаточности.
2. Дифференциальный диагноз проводится между хроническим бронхитом, внебольничной пневмонией, туберкулезом легких.
3. Приведите аргументы “за” и “против” этих заболеваний.
4. Методы подтверждения диагноза?
5. Возможное заключение медико-социальной экспертизы?
6. Методы лечения.

Эталоны ответов к задаче № 55

1. Рестриктивная, III стадия.
2. Хронический бронхит, внебольничная пневмония
“за” — кашель 2 года, субфебрильная температура; участки инфильтрации легочной ткани, лихорадка
“против” — основная жалоба одышка, в легких не сухие хрипы, а крепитация.
3. Туберкулез легких:
“за” — рентгенологические данные, субфебрильная температура, похудание;
“против” — поражение нижних легочных полей.
4. Бронхоскопия с исследованием БАЛЖ на МБТ, микроскопия мазка мокроты 3кратно, посевы мокроты на МБТ -3кратно, КТ органов грудной клетки, спирография, общий анализ мокроты.
5. Возможно установление инвалидности II группы.
6. При обнаружении туберкулезного процесса – антибактериальная терапия с учетом чувствительности возбудителя. При подтверждении пневмонии антибиотики широкого спектра действия, средства улучшающие дренажную функцию бронхов.

Задача № 56

Больной 40 лет, в течение 12 лет работал на цементном заводе.. При очередном обследовании предъявлял жалобы на усиление одышки, кашля, болей в подлопаточных областях.

При обследовании: над нижними отделами легких перкуторный звук с коробочным оттенком, подвижность легочных краев ограничена. Дыхание жесткое, ослабленное, единичные сухие хрипы.

На рентгенограмме легких: диффузное усиление и деформация легочного рисунка в средних и нижних отделах, множественные узелковые тени размером 2-4 мм в диаметре. Корни “обрублены”, лимфатические узлы кальцинированы по типу “яичной скорлупы”.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Что вероятно исключает диссеминированный туберкулез легких?
3. Интерпретируйте данные объективного исследования системы органов дыхания.
4. Чем обусловлена “обрубленный вид” корней легких?
5. В каком учреждении будет проводиться лечение больного?

Эталоны ответов к задаче №56

1. Силикоз II стадии, диффузно-узелковая форма.
2. Анамнез, отсутствие лихорадки, поражение нижних отделов легких.

3. Проявление эмфиземы легких, воспалительного процесса в бронхах.
4. Перекрытием бронхо-сосудистого пучка силикотическими узелками в увеличенных лимфатических узлах в корнях легких.
5. Лечение больного должно проводиться в пульмонологическом отделении.

ОПК 6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
ПК 4 Готовность к применению методов медицинской реабилитации у пациентов (природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов) и санаторно-курортного лечения, а также проведения абилитации инвалидов

Задача № 57

Больной С. 32 года. Предъявляет жалобы на сильный кашель с трудноотделяемой мокротой, ночную потливость.

При обследовании выявлен инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада. Лечение изониазидом, рифампицином, этамбутолом, пиразинамидом на фоне внутривенного введения тиосульфата натрия способствовало ликвидации симптомов интоксикации и рассасыванию инфильтративных явлений в легких. Кашель продолжал беспокоить больного. На месте полости распада сформировалась тонкостенная кольцевидная тень, в динамике наблюдается увеличение размеров полости за счет «раздувания».

Вопросы.

1. Как объяснить появление тонкостенной полости?
2. Какой метод исследования необходимо применить для уточнения диагноза?
3. Укажите возможную причину, препятствующую уменьшению размеров деструкции.
4. Сформулируйте диагноз.
5. Тактика лечения.

Эталоны ответов к задаче №57

1. Образование каверны.
2. Бронхоскопия, повторное исследование мокроты на МБТ.
3. Туберкулез бронха.
4. Кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого.
5. После излечения туберкулеза бронха показано оперативное лечение - резекция легкого.

Задача № 58

Больная 67 лет, поступила в клинику с жалобами на слабость, кашель с мокротой, одышку в покое. В анамнезе перенесенный туберкулез легких более 10 лет назад. Общее состояние тяжелое, истощена. Кожные покровы бледные. Акроцианоз. ЧД – 34 в минуту. Правая половина грудной клетки уменьшена в объеме, отмечается притупление перкуторного звука, жесткое дыхание, большое количество сухих и влажных хрипов. Тоны сердца глухие. АД – 110/65 мм рт. ст.

Анализ крови: Нв–105 г/л, лейкоц.– $17,0 \times 10^9$ /л, п/я–17%, с/я–67%, лимф.–10%, мон.–5%, СОЭ – 40 мм/час.

Мокрота гнойная. При многократном исследовании мокроты всеми методами МБТ не обнаружены.

Рентгенологически: средостение и трахея смещены вправо, верхняя доля резко уменьшена в объеме, интенсивно затемнено с множественными ячеистыми просветлениями

до 1 см., кальцинированных очаговых теней. В области нижней доли явления плевропневмосклероза, эмфиземы.

Вопросы:

1. Чем объяснить изменения верхней доли?
2. Чем объяснить ячеистые просветления в ней?
3. Чем объяснить одышку и цианоз?
4. Интерпретируйте гемограмму.
5. Тактика лечения.

Эталоны ответов к задаче № 58

1. Посттуберкулезным пневмоциррозом.
2. Бронхоэктазами.
3. Дыхательной недостаточностью III степени.
4. Снижение уровня гемоглобина, относительно содержания лимфоцитов, увеличение кол-ва лейкоцитов и СОЭ.
5. Неспецифическая антибактериальная терапия под прикрытием противотуберкулезных препаратов, бронхолитики, витамины.

Задача 59.

Больной Д., 49 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, потливость ночью, похудание, одышку при физической нагрузке, кашель с отделением слизистой мокроты без запаха. Предыдущее флюорографическое обследование - 2 года назад (норма). Ухудшение самочувствия стал отмечать 3 месяца назад, к врачу не обращался. При физикальном обследовании выявлено: слева в подключичной области укорочение перкуторного звука, дыхание везикулярное, при покашливании в этой же зоне непостоянные единичные влажные хрипы. Общий анализ крови: Эритроциты – $4,7 \times 10^{12}$, НВ – 150 г/л, Цв.п. – 0,9; лимфоциты – $7,9 \times 10^9$, эозинофилы – 1, палочкоядерные лейкоциты – 5, сегментоядерные лейкоциты – 72, лимфоциты – 17%, моноциты – 4%, СОЭ – 26 мм. В мокроте методом микроскопии МБТ не найдены. Диаскинтест – папула 7 мм. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции: слева под ключицей участок затемнения неправильной формы, размером 5х4 см, неоднородной структуры, средней интенсивности с нечеткими контурами, в центре имеется просветление диаметром 0,5 х 1 см, в окружающей легочной ткани очаги средней величины и интенсивности с нечеткими контурами.

Вопросы к задаче 59.

1. Сформулируйте диагноз по классификации.
2. Какие дополнительные методы микробиологического обследования необходимо назначить пациенту?
3. Укажите рентгенологические признаки наиболее характерные для туберкулеза.
4. Проведите дифференциальную диагностику с внебольничной пневмонией.
5. Какую отчетную форму необходимо заполнить при постановке основного диагноза.

Эталоны ответов к задаче 59.

Ответ 1. Инфильтративный туберкулез С1-2 верхней доли левого легкого в фазе распада и обсеменения МБТ-.

Ответ 2. 3-кратное исследование мокроты на наличие МБТ методом люминесцентной микроскопии, исследование двух образцов мокроты методом ПЦР (полимеразной цепной реакции), посева на жидкие и плотные питательные среды.

Ответ 3. Локализация процесса в верхней доле в проекции 1-2 сегмента слева, наличие участка затемнения с полостью распада и очагами бронхогенного обсеменения в окружающей легочной ткани.

Ответ 4. Пневмония начинается остро, после переохлаждения или ОРВИ, преимущественно нижнедолевая локализация, выраженная аускультативная картина (крепитации или мелкопузырчатых влажных хрипов на ограниченном участке), гнойная мокрота, островоспалительные изменения в крови, отсутствие на рентгенограмме очагов обсеменения, быстрая обратная динамика процесса на фоне неспецифической терапии.

Ответ 6. Заполнить форму 089-у на больного с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза.

Задача 60.

Больная Б., 28 лет, инженер.

Жалобы на кашель с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, тяжесть в правой половине грудной клетки, одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела.

Анамнез заболевания. Четыре дня назад после возвращения с работы почувствовала озноб и колющие боли в грудной клетке справа, возникающие при глубоком вдохе. Температура тела была 37,5 °С. Приняла ацетилсалициловую кислоту, однако на следующий день температура повысилась до 38,3 °С, появилась небольшая одышка, а к вечеру - сухой кашель. Через 2 дня появилось выделение небольшого количества мокроты, стала нарастать тяжесть в правой половине грудной клетки, усилилась одышка.

Во время профосмотра (6 мес. назад) изменений в легких не обнаружено.

Объективно. Температура тела 38,2 °С. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Пульс 90 уд/мин, ритмичный. Границы сердца в норме, тоны чистые. АД 115/85 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, правая ее половина несколько отстает при дыхании. При перкуссии справа в средне-нижнем отделе отмечается притупление перкуторного звука, в этой же области дыхание резко ослабленное. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты—3,75·10¹²/л; НВ—128 г/л; лейкоциты—9,2·10⁹/л; эозинофилы—1 %; палочкоядерные —6%; сегментоядерные —67 %; лимфоциты— 22 %; моноциты —4 % ; СОЭ — 25 мм/ч.

Участковым терапевтом была направлена на рентгенологическое исследование, при котором обнаружены изменения в легких. В правом легком гомогенное, интенсивное затемнение, с косой верхней границей, которое широким основанием прилежит к диафрагме, реберно-диафрагмальный синус справа не просматривается. Левое легочное поле прозрачное.

Вопросы к задаче 60.

1. Ваш предположительный диагноз? Обоснуйте.
2. Какие дополнительные лабораторные, лучевые и инструментальные методы необходимо назначить пациентке в учреждениях ПМСП?
3. О какой этиологии плеврита следует, прежде всего, подумать в данном случае и почему?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить в противотуберкулезных учреждениях?
5. Какова организационная тактика врача в отношении данной пациентки?

Эталоны ответов к задаче 60

Ответ 1. Экссудативный плеврит правого легкого. Этиология плеврита требует дополнительно уточнения.

Ответ 2. В учреждениях ПМСП: общий анализ мокроты, на КУМ – 3-хкратно методом микроскопии, посев мокроты на вторичную флору, плевральную пункцию с обязательным исследованием плевральной жидкости, общий анализ мочи, анализ крови на ВИЧ, УЗИ плевральной полости и УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства.

Ответ 3. Учитывая, что плеврит развился без видимых причин, без предшествующей пневмонии и патологии других органов, при невысоком лейкоцитозе в общем анализе крови, молодой возраст женщины, следует предполагать туберкулезную этиологию экссудативного плеврита, который нередко является дебютом туберкулеза легких.

Ответ 4. В ПТУ исследование плевральной жидкости общий анализ, биохимическое, микробиологическое и цитологическое исследование, мокроты методом люминесцентной микроскопии и методом посева, ПЦР мокроты и плевральной жидкости для выявления ДНК МБТ и определения лекарственной чувствительности, при необходимости морфологическая верификация.

Ответ 5. В случае подтверждения туберкулезного плеврита госпитализировать в противотуберкулезный стационар и лечить по интенсивной фазе лекарственно-чувствительного туберкулеза+неспецифические противовоспалительные средства, ГКС, десенсебилизирующими препаратами.

Задача 61.

Больная Д., 26 лет. Жалобы на слабость, повышение температуры тела до 39 С, профузные ночные поты, кашель с отделением слизисто-гноющей мокроты. Ухудшение самочувствия отмечает на протяжении 3 месяцев. Флюорографически не обследовалась более 2 лет. Обратилась к врачу терапевту. Диагностирована внебольничная пневмония. Проводилось лечение антибиотиками широкого спектра действия в течение 3 недель. Эффекта от лечения не было. В мокроте методом микроскопии обнаружены КУМ в большом количестве. Больная переведена в противотуберкулезный диспансер. При поступлении состояние тяжелое. Больная бледная, адинамичная, истощенная. Гектическая лихорадка с размахом температур между утренней и вечерней 1 градус. Вес 42 кг. Над верхней долей правого легкого массивное притупление перкуторного звука, аускультативно в этой же зоне прослушивается бронхиальное дыхание, множество рассеянных сухих и влажных хрипов. Общий анализ крови: эритроциты— $2,75 \cdot 10^{12}/л$; НВ—100 г/л; лейкоциты— $9,0 \cdot 10^9/л$; эозинофилы—0%; палочкоядерные—6%; сегментоядерные—80%; лимфоциты—10%; моноциты—4%; СОЭ— $4 \cdot 10^5$ мм/ч. Проба манту с 2 ТЕ—0 мм.

Вопросы к задаче 61.

1. О каком заболевании можно думать анализируя данную клиническую картину? Обоснуйте.
2. Почему диагноз внебольничной пневмонии оказался неправомерным?
3. Что вы ожидаете получить при рентгено-томографическом обследовании этой пациентки?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Эталоны ответов к задаче 61

Ответ 1. Казеозная пневмония. Длительное течение, интоксикационный синдром (слабость, адинамия, потеря в весе, профузные ночные поты, лихорадка гектического типа), бронхолегочный синдром (кашель с мокротой, бронхиальное дыхание, масса сухих и влажных хрипов), гематологические изменения (анемия, умеренный лейкоцитоз, лимфопения, ускорения СОЭ), туберкулиновая анергия.

Ответ 2. Против внебольничной пневмонии- длительное течение заболевания (3 месяца), постепенное начало заболевания, кахексия, гектический характер лихорадки, бронхиальное дыхание, отсутствие в гемограмме островоспалительных изменений, КУМ в мокроте, отсутствие эффекта от проводимой неспецифической терапии.

Ответ 3. Рентгенологически мы ожидаем увидеть массивное, неоднородное (за счет имеющихся участков деструкции) затемнение верхней доли правого легкого с очагами бронхогенного обсеменения в окружающей легочной ткани.

Ответ 4. 3-кратное исследование мокроты на наличие МБТ методом люминесцентной микроскопии и посева, посев мокроты на неспецифическую микрофлору. Определение лекарственной чувствительности МБТ методом Xpert/MTB-Rif, методом БАКТЕК. ФБС. Рентгенотомографическое обследование ОГК в прямой и боковой проекции.

Задача 62.

Больная А., 45 лет, поступила в терапевтическое отделение госпиталя с жалобами на слабость, периодически возникающий кашель с небольшим количеством мокроты серозно-слизистого характера.

Из анамнеза жизни: в прошлом контакт с двоюродным братом, больным фиброзно-кавернозным туберкулезом, который умер. Из анамнеза заболевания. Со слов больной, кашель беспокоит в течение трех месяцев, температура не повышалась. По поводу предъявляемых жалоб к врачу не обращалась, не лечилась. Изменения выявлены при профилактическом флюорографическом обследовании, после которого была госпитализирована. Предыдущая флюорография более 2 лет назад.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура 36,9. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС - 74 в 1 минуту. АД 120/70 мм. рт. ст. Над всеми легочными полями перкуторно легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание. Хрипов нет. ЧДД 16 в 1 минуту.

Рентгенологически. Справа в S1-S2 определяется фокусная тень 1,8 x 1,7 см четкими контурами неоднородной структуры за счет наличия участка просветления, эксцентрично расположенного у медиального отдела фокуса. В прилегающей легочной ткани - очаговые тени средних размеров средней интенсивности с нечеткими контурами, местами сливающиеся между собой.

Общий анализ крови: эритроциты - $4.4 \times 10^{12}/л$; Hb - 131г/%; лейкоциты $4,3 \times 10^9/л$ эозинофилы-1%, сегментоядерные - 49%, л - 44%, моноциты - 6%, СОЭ - 6 мм/час. Реакция диаскинтест - 16 мм Общий анализ мочи - без патологии

В мокроте методом микроскопии с окраской по Цилю-Нильсену обнаружены микобактерии туберкулеза 1+.

Вопросы

1. О каком заболевании необходимо думать?
2. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
3. Сформулируйте диагноз.
4. Какие методы обследования надо дополнительно назначить больному?
5. Какую отчетную форму необходимо заполнить при постановке основного диагноза?

Эталон ответов на ситуационную задачу №62

Ответ 1. В пользу туберкулезной этиологии свидетельствуют контакт в прошлом с больным туберкулезом, жалобы на кашель с серозно-слизистой мокротой, слабость; данные рентгенологического обследования, выявленные методом микроскопии микобактерии в мокроте и положительный результат диаскинтеста.

Ответ 2. Дифференциальная диагностика проводится с пневмонией и новообразованием (доброкачественные опухоли, периферический рак легкого)

Ответ 3. Туберкулема S1-S2 правого легкого в фазе распада и обсеменения МБТ(+) ГДУ I МБТ(+).

Ответ 4. Исследование мокроты на лекарственную чувствительность ускоренными микробиологическими методами, бактериологическое исследование мокроты методом посева с определением лекарственной устойчивости МБТ, фибробронхоскопию, компьютерную томографию органов грудной клетки.

Ответ 5. 1) Заполнить форму 089-у на больного с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза; 2) заполнить форму 058 (экстренное извещение на больного с впервые выявленным бактериовыделением). Определить сроки подачи данного извещения.

Задача 63.

Больная Д., 26 лет, внезапно повысилась t до 39°C , появились профузные ночные поты и кашель, вначале сухой, затем с мокротой. Диагностирована крупозная пневмония. Лечение антибиотиками широкого спектра действия в течение 3-х недель эффекта не дало. В мокроте методом люминесцентной микроскопии обнаружены микобактерии туберкулеза в большом количестве, переведена в противотуберкулезный диспансер. При поступлении состояние тяжелое. Больная бледная, адинамичная, истощенная. Над верхней долей правого легкого массивное притупление перкуторного звука, аускультативно в этой же зоне прослушивается везикуло-бронхиальное дыхание, множество рассеянных сухих и влажных хрипов. Гематологически: $L-8 \times 10^9$, п/я – сдвиг влево до 10%, л – 5%, СОЭ – 50 мм/час. Реакция Манту с 2ТЕ – сомнительная.

Вопросы

1. О каком заболевании можно думать, анализируя данную клиническую картину.
2. Почему диагноз крупозной пневмонии оказался неправомочным?
3. Что вы ожидаете получить при рентгено-томографическом обследовании данной больной?
4. Группа диспансерного учета.
5. Исходы.

Эталоны ответов на задачу 63.

1. Анализируя данную клиническую картину можно думать о казеозной пневмонии.
2. В диагноз крупозной пневмонии не укладывается наличие профузных потов, бледность, истощение, постоянная аускультативная картина, отсутствие выраженных воспалительных изменений в ОАК, отсутствие эффекта от антибиотиков широкого спектра действия, обнаружение МБТ в мокроте.
3. При рентгенотомографическом обследовании ожидается массивный участок затемнения всей верхней доли правого легкого высокой интенсивности,

неоднородной структуры с очагами бронхогенного обсеменения в окружающей легочной ткани.

4. При проведении лечения I группа диспансерного наблюдения.
5. Благоприятный – трансформация прочеса в фиброзно-кавернозный, затем в цирротический туберкулез и цирроз, неблагоприятный исход при отсутствии лечения – летальный.

Задача 64.

У ребенка 2-х лет с атопическим дерматитом проба Манту с 2 ТЕ – папула 15мм. Туб. контакт не установлен. Вакцинация БЦЖ в родильном доме – рубец 6 мм. Год назад проба Манту с 2 ТЕ - папула 10 мм. ДИАСКИНТЕСТ – «синяк» 3мм.

Вопросы:

1. Оцените результаты ДИАСКИНТЕСТА, пробы Манту с 2ТЕ.
2. Тактика ведения данного пациента?

Эталоны ответов на задачу 64:

1. Результат ДИАСКИНТЕСТА отрицательный. Результат пробы Манту 2ТЕ – положительный.
2. Повторить пробу Манту с 2 ТЕ на фоне десенсибилизирующей терапии через 2 месяца. При гиперергической чувствительности – повторить ДИАСКИНТЕСТ, а далее решить вопрос обследования и профилактического лечения.

Задача 65.

Больной П., 60 лет, пенсионер.

Жалобы, на кашель с выделением небольшого количества слизисто-гноной мокроты, одышку при физической нагрузке, умеренную боль в левой половине грудной клетки, общую слабость, отсутствие аппетита, похудение, повышенную потливость в ночное время.

Анамнез заболевания. Кашель в течении многих лет. Четыре года назад во время профосмотра были выявлены какие-то изменения в легких, которые врачами расценивались как неактивные, и поэтому больной нигде не лечился. Ухудшение состояния 6 месяцев назад пропал аппетит, появилась слабость, потливость в ночное время, усилился кашель, увеличилось количество отделяемой мокроты, больной резко похудел. Несколько раз температура тела повышалась до 38—38,5° С, в связи с этим обратился к врачу и был направлен в стационар.

Анамнез жизни. Много лет проработал столяром на деревообрабатывающем комбинате. Страдает ишемической болезнью сердца. 6 лет назад лечился по поводу инфаркта миокарда. Курит много, алкогольные напитки употребляет очень редко.

Объективно. Температура тела 37,4° С. Больной бледен, истощен, выглядит старше своих лет. Цианоз и акроцианоз. Ногтевые фаланги пальцев рук в виде «барабанных палочек». Выявляется деформация грудной клетки с западением над- и подключичных ямок слева, отставанием левой половины грудной клетки в акте дыхания. Пульс - 108/мин., ритмичный. Левая граница сердца на 1 см кнаружи от среднеключичной линии, правая—на 1 см кнутри от правого края грудины, верхняя—на уровне III ребра. Сердечные тоны приглушены. АД 100/70 мм рт. ст. Левая половина грудной клетки сужена, отстает при дыхании. Перкуторный звук притуплен на всем протяжении слева и над правой верхушкой. Слева под ключицей и у верхнего угла лопатки прослушивается бронхиальное дыхание, а после покашливания—мелкопузырчатые влажные хрипы. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови: эритроциты — $3,87 \cdot 10^{12}/л$; Hb — 107 г/л; лейкоциты— $13,1 \cdot 10^9/л$; эозинофилы—0,01 (1%); палочкоядерные—0,04 (4%), сегментоядерные—0,70 (70%); лимфоциты—0,24 (24 %); моноциты — 0,01 (1 %); СОЭ — 37 мм/ч.

Проба Манту с 2 ТЕ - папула 7 мм.

Анализ мокроты: Микобактерии туберкулеза, атипичные клетки при микроскопии не найдены.

Рентгенограмма:

Верхняя доля левого легкого уменьшена в объеме за счет выраженных фиброзно-цирротических изменений. В ней отмечается массивное негетерогенное затемнение, в толще которого виден участок просветления неправильно овальной формы, вытянутой по длиннику легкого, размерами 3х4 см, с неровными внутренними контурами, имеющими высокую интенсивность. Нижняя доля эмфизематозно изменена. Массивные плевральные наслоения слева. Справа в S-1, S-2 на фоне пневмосклероза группа очаговых теней высокой и средней интенсивности, с различными контурами, местами сливающиеся между собой, «плевральная шапочка». Органы средостения смещены влево. Корень левого легкого подтянут кверху. В мокроте методом посева обнаружены МБТ, устойчивые к изониазиду, стрептомицину, рифампицину.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз
2. Наметьте лечение и укажите препараты.

Эталонные ответы на задачу 65:

- 1). Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения МБТ +. МЛУ к изониазиду, рифампицину, стрептомицину.
- 2). Лечение по режиму МЛУ-ТБ комбинацией из 5 препаратов линезолид, этамбутол, пипразинамид, левофлоксацин, циклосерин. Интенсивная фаза 6 месяцев. Лечение бедаквилином не показано, так как больной страдает ИБС, в анамнезе инфаркт миокарда.

Задача 66

Больной К., 18 лет..

Жалобы на кашель с выделением небольшого количества мокроты, общую слабость, плохой аппетит, потливость.

Анамнез заболевания. Около полутора месяцев у подростка отмечается плохой аппетит, вялость. Десять дней назад после переохлаждения начался кашель, появилась потливость, общая слабость, субфебрильная температура. Лечился амбулаторно по поводу ОРВИ. Так как состояние не улучшилось, проведено рентгенологическое исследование, и больной направлен в стационар.

Анамнез жизни. Страдает хроническим гастритом с пониженной секреторной активностью, хроническим тонзиллитом. Контакт с больными туберкулезом не установлен. Туберкулиновые пробы год назад были отрицательными. О проведении вакцинаций БЦЖ не известно.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2°C. Кожа бледная. Поствакцинального рубца БЦЖ не видно. Пальпируются мелкие мягко-эластичной консистенции передние и задние шейные, затылочные, надключичные и поднижнечелюстные лимфатические узлы. Пульс 118/мин, ритмичный. Границы сердца нормальные, тоны чистые. АД 110/70 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. Справа под ключицей укорочен перкуторный звук, дыхание над этим участком везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты— $3,81 \cdot 10^{12}/л$; Hb—126 г/л; лейкоциты— $7,1 \cdot 10^9/л$; эозинофилы—0,04 (4%); палочкоядерные—0,03 (3 %); сегментоядерные—0,69 (69 %); лимфоциты—0,28 (28 %); моноциты—0,06 (6 %); СОЭ—36 мм/ч.

Проба Манту с 2 ТЕ - папула 25 мм с везикулой.

Анализ мокроты: Микобактерии туберкулеза, атипичные клетки при микроскопии не выявлены.

Бронхоскопия: Угол бифуркации несколько увеличен. В доступной осмотру части бронхиального дерева изменения не обнаружены.

Рентгенограмма: В верхней доле правого легкого на протяжении от II до IV ребра определяется участок затемнения неправильной формы с четким нижним контуром, соответствующим междолевой борозде, средней интенсивности, неоднородной структуры, связанной широкой дорожкой с корнем. Корень справа расширен в ширину и длину, бесструктурен, средней интенсивности с четкими полициклическими контурами. Левое легкое без изменений. Синусы свободны. Тень сердца не изменена.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз
2. Наметьте лечение и укажите препараты.

Эталонные ответы к задаче 66:

1. У больного первичный туберкулезный комплекс справа в фазе инфильтрации МБТ - Возраст больного, наличие факторов, снижающих резистентность организма (хронический гастрит, хронический тонзиллит), постепенное начало, незначительные аускультативные данные, небольшие изменения в гемограмме, вираж, типичная рентгенологическая картина.

2. Лечение в условиях стационара по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза интенсивная фаза (изониазид, рифампицин, этамбутол, пипразинамид).

Задача 67.

Больной 17 лет. Жалобы на влажный кашель с небольшим количеством мокроты, плохой аппетит, слабость, $t - 37^{\circ}\text{C}$. Болен в течение 2-х месяцев. Туб. контакт не установлен. Выявлен по обращению к врачу. Обследован флюорографически – диагностирована патология в легких. (на контрольных флюорограммах – в 15-16 лет – патологии не выявлено). Лечился в стационаре по поводу 2-х сторонней внебольничной пневмонии. Получал неспецифическую АБ терапию, но положительной динамики процесса нет. На коже голеней появились единичные элементы узловатой эритемы, пальпируются 6 групп периферических лимфатических узлов, в легких – укорочение перкуторного звука паравертебрально с обеих сторон, дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. Реакция Манту с 2 ТЕ – 2мм. ДИАСКИНТЕСТ – 0мм. Рентгенографически – корни легких увеличены, малоструктурны, с четкими очертаниями; по легочным полям патологии нет. Общий анализ крови: Эр – $3,0 \times 10^{12}$ /л, Нв – 110 г/л, L-3,7,9x10⁹ /л, СОЭ- 24 мм/час, Э-0%, П-11%, С-57%, Л-25%, М-7%.

Вопросы:

- 1). Предположительный диагноз?
- 2). Дополнительные методы обследования?

Эталонные ответы на задачу 67

- 1). Саркоидоз. Медиастинальная форма.
- 2). КТ органов грудной полости. Пункция периферического лимфатического узла - поиск саркоидной гранулемы.

Задача 68.

У ребенка 4 лет результат плановой пробы Манту с 2 ТЕ – папула 16 мм. Туберкулинограмма за предшествующие годы: 1 год – папула 10 мм, в 2 года – 7 мм, в 3 г. – 5 мм. Вакцинация БЦЖ-М в род. доме – рубец 5мм. У отца полгода назад выявлен инфильтративный туберкулез легких в фазе распада, МБТ(+) (изониазид, этамбутол). Анализ крови: гемоглобин – 102 г/л., Л – 8900, Э – 2%, нейтрофилы с/я – 44%, нейтрофилы п/я – 6%, лимфоциты – 36%, мон. – 12%, СОЭ – 8 мм/час. ДИАСКИНТЕСТ – папула 20мм.

Вопросы:

1. Оцените результаты ДИАСКИНТЕСТА, пробы Манту с 2ТЕ.
2. Тактика ведения данного пациента?

Эталоны ответов на задачу 68:

1. По результатам туберкулинограммы – поствакцинальная аллергия.
2. Ребенок из очага туберкулезной инфекции, МБТ+ (ЛУизониазид, этамбутол), гиперергия по ДИАСКИНТЕСТу. Показано проведение КТ органов грудной клетки. При отсутствии локального туберкулеза – наблюдение по IV «А» группе диспансерного наблюдения, профилактическое лечение: изониазид+пиразинамид – 3-6 месяцев.

Задача 69.

Ребенок 7 лет. Привит вакциной БЦЖ в род. доме – рубец 4мм. Проба Манту с 2 ТЕ до 3-летнего возраста – отрицательный результат, в 4 года – папула 5мм, 6 лет – 10мм., в 7 лет – папула 17мм. В анамнезе аллергия на шоколад. Последние 2 года часто болеет ОРВИ. Отец не обследован флюорографически – работает в г. Москва. ДИАСКИНТЕСТ – 15мм.

Вопросы:

1. Оцените результаты ДИАСКИНТЕСТА, пробы Манту с 2ТЕ.
2. Тактика ведения данного пациента?

Эталоны ответов на задачу 69:

1. У ребенка гиперергическая чувствительность по пробе Манту с 2 ТЕ и ДИАСКИНТЕСТу.
2. Показано проведение КТ органов грудной клетки. При отсутствии локального туберкулеза – наблюдение по VI «Б» группе диспансерного наблюдения, профилактическое лечение: изониазид+пиразинамид – 6 месяцев

Задача 70.

У ребенка 3 лет результат плановой пробы Манту с 2 ТЕ – папула 17 мм. Туберкулинограмма за предшествующие годы: 1 год – папула 12 мм, в 2 года – 7 мм. Вакцинация БЦЖ-М в род. доме – рубец 6мм. Периодический контакт с дедом – фиброзно-кавернозный туберкулез легких, МБТ(+), (МЛУ HRSE). На обзорной рентгенограмме и томограммах год назад патологии не выявлено. ДИАСКИНТЕСТ – папула 25мм. На линейных томограммах появились интенсивные включения в правом корне.

Вопросы:

1. Оцените результаты ДИАСКИНТЕСТА, пробы Манту с 2ТЕ.
2. Тактика ведения данного пациента?

Эталоны ответов на задачу 70:

1. по туберкулинограмме – поствакцинальная аллергия. Чувствительность по ДИАСКИНТЕСТу гиперергическая, туберкулезный контакт (МЛУ МБТ).
2. Показано проведение КТ органов грудной клетки. При отсутствии локального туберкулеза – наблюдение по IV «А» группе диспансерного наблюдения, профилактическое лечение – 6 месяцев. Назначение препаратов с учетом МЛУ МБТ у бабушки.

Задача 71

Ребенок 12 лет. Вакцинирован БЦЖ в род. доме- рубец – 6 мм, ревакцинирован в 7 лет – рубец 4мм. Туберкулинограмма за предшествующие годы: 1 год – папула 10 мм, в 2 года – 7 мм, в 3 г. – 5 мм., 4-5-6 – 7 лет – 0 мм; 8 лет – 12 мм, 9 лет – 10мм, 10 лет – 5мм, 11 лет – 12мм. ДИАСКИНТЕСТ в 11 лет – 0мм. Проба Манту в 12 лет – папула 16мм, ДИАСКИНТЕСТ – папула 15мм. У ребенка ревматоидный артрит, решается вопрос о назначении препаратов «фактора некроза опухолей» (ФНО)

Вопросы:

1. Оцените результаты ДИАСКИНТЕСТА, пробы Манту с 2ТЕ.
2. Тактика ведения данного пациента?

Эталоны ответов на задачу 71:

1. Ребенок ревакцинирован БЦЖ в 7 лет. Поствакцинальная аллергия до 11 лет по пробе Манту с 2 ТЕ. ДИАСКИНТЕСТ впервые положительный в 12 лет – гиперергический.
2. Показано проведение КТ органов грудной клетки. При отсутствии локального туберкулеза проведение профилактического лечения в течение 4-8 недель, после чего решается вопрос о назначении препаратов – ФНО. Группа диспансерного наблюдения - наблюдение по VI «Б».

Задача 72.

Ребенок 4-х лет. Туб. контакт семейный – у отца год назад выявлена туберкулеза в фазе распада, МБТ(+) (данных о ЛУ МБТ – нет). Вакцинирован БЦЖ-М в род. доме – рубец 5 мм. Туберкулинограмма за предшествующие годы: 1 год – папула 8 мм, в 2 года – 7 мм, в 3 г. – 5 мм и 11мм. ДИАСКИНТЕСТ год назад – 12мм, в 4 года 19мм с везикулой.

Вопросы:

1. Оцените результаты ДИАСКИНТЕСТА, пробы Манту с 2ТЕ.
2. Тактика ведения данного пациента?

Эталоны ответов на задачу 72:

- 1). ДИАСКИНТЕСТ положительный год назад, в настоящее время гиперергия.
- 2). Показано проведение КТ органов грудной клетки. При отсутствии локального туберкулеза – наблюдение по IV «А» группе диспансерного наблюдения, профилактическое лечение: изониазид+пиразинамид – 6 месяцев.

Задача 73.

Ребенку 8 лет. БЦЖ в род. доме – рубец 4 мм, Ревакцинирован БЦЖ в 7 лет – рубец 5 мм. Проба Манту с 2ТЕ: 1 год – 5мм, 2 года – 3мм, 3 года – 0, 4 года – 0, 5 лет – 0, 6 лет – 0, 7лет – 0, 8 лет – папула 12 мм.

Вопросы:

1. Дайте оценку туберкулиновой чувствительности? Ваша тактика?
2. Размер пробы «ДИАСКИНТЕСТ», характерный для гиперергической чувствительности ?

Эталоны ответов на задачу 73:

- 1) поствакцинальная аллергия, в наблюдении фтизиатра не нуждается;
- 2) 15 мм и более.

Задача 74

Ребенку 15 лет. БЦЖ в род. доме – рубец 3 мм, ревакцинирован БЦЖ в 7 лет – рубец 5 мм, ревакцинирован в 14 лет- рубец 4мм. Проба Манту с 2ТЕ: 1 год – 0мм, 2 года – 0мм, 3 года – 2мм, 4 года – 0, 5 лет – 0, 6 лет – 0, 7лет – 0, 8 лет – папула 10 мм, 9 лет – 7мм, 10лет – 5мм, 11 лет – 3мм, 12 лет – 0, 13 лет – 0, 14 лет- 0 , 15 лет – 14мм.

Вопросы:

1. Дайте оценку туберкулиновой чувствительности? Ваша тактика?
2. Метод раннего выявления туберкулеза у детей:

Эталоны ответов на задачум 74:

- 1) Поствакцинальная аллергия, в наблюдении фтизиатра не нуждается;
- 2) Туберкулинодиагностика

Задача 75.

Ребенку 9 лет. БЦЖ в род. доме – рубец 11мм. Проба Манту с 2ТЕ: 1 год – 15мм, 1г3мес – 10мм, 2 года – 8мм, 3 года – 5, 4 года – 0, 5 лет – 0, 6 лет – 0, 7лет – 0, 8 лет – папула 12 мм, 9 лет – папула – 17мм.

Вопросы:

1. Дайте оценку туберкулиновой чувствительности? Ваша тактика?
2. Выберите нормергическую чувствительность к диаскинтесту.

Эталоны ответов на задачу75::

1) первичное туберкулезное инфицирование в возрасте 8 лет, туберкулезное инфицирование с гиперергической чувствительностью в 9 лет; подлежит обследованию у фтизиатра, обязательное рентгено-томографическое обследование, проведение профилактического лечения;

- 2) Нормэргический размер папулы на диаскинтест 3-14 мм

Задача 76.

Мальчик, 13 лет. БЦЖ в родильном доме, в 7 лет один рубец 3 мм. Туб. инфицирован в течение 2-х лет. Оперирован в возрасте 6 лет по поводу эхинококкоза печени. Выявлен рентгенологически в связи с покашливанием. Реакция Манту с 2 ТЕ в стационаре – папула 18 мм. ДИАСКИНТЕСТ – папула 3мм. Жалобы на покашливание. Симптомов интоксикации нет. Перкуторно в легких изменений нет. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ясные, печень пальпируется по краю реберной дуги. Рентгенографически в С2 правого легкого участок затемнения легочной ткани 2,5 ч 2,5 см с четкими контурами, с просветлением, очаговые тени вокруг отсутствуют, правый корень не увеличен, структурирован. Общий анализ крови: Нв – 124 г/л, L-3,0x10⁹/л, СОЭ- 10 мм/час, Э-10%, П-2%, С-39%, Л-41%, М-8%.

Вопросы:

- 1). Предположительный диагноз?
- 2). Дополнительные методы обследования?

Эталоны ответов на задачу76:

- 1). Эхинококковая киста S2 правого легкого.
- 2). Исследование крови на наличие антител к эхинококку (ИФА). КТ органов грудной полости.

Задача 77.

Мальчик 11 лет. Туб. контакт не выявлен (у матери кальцинат в легких). Дядя в 20-ти летнем возрасте погиб от лимфосаркомы. БЦЖ в родильном доме – рубец 5 мм. Туб. инфицирован с 7-ми летнего возраста (обследован ретгенотомографически, но химиопрофилактика не проводилась). Реакция Манту с 2 ТЕ в 8 лет – папула 7 мм; 9 лет – папула 7 мм, 10 лет – папула – 5 мм; 11 лет – 3мм. Выявлен по обращению. В конце июля слева над ключицей появилось опухолевидное образование, безболезненное, без повышения t ° тела. Лечилась в ЦРБ ампициллином. Консультирован в клинике гематологии – лимфатический узел пропунктирован. В пунктате: отдельно расположенные зрелые лимфоциты, сегментоядерные нейтрофилы. Обследован рентгенотомографически. Госпитализирован в детское отделение ОПТД. Объективно: кожные покровы бледные, пальпируются 7 групп периферических лимфатических узлов. Слева над ключицей лимфатический узел 4x2,5 см, рядом 2-ой, величиной с фасоль, не спаянные, плотные. След от реакции Манту с 2 ТЕ– пигментное пятно 15мм. Укорочение перкуторного звука справа парастернально и паравертебрально, здесь же ослабленное дыхание. Печень, селезенка не увеличены. За 10 дней пребывания в стационаре появился лимфатический узел над ключицей справа. Реакция Манту с 2 ТЕ – 0 мм. ДИАСКИНТЕСТ – 0мм. Рентгенографически – верхнее средостение расширено с обеих сторон, с четкими

бугристыми контурами. Общий анализ крови: Эр – $3,84 \times 10^{12}$ /л, Нв – 131 г/л, L- $6,2 \times 10^9$ /л, СОЭ- 10 мм/час, Э-2%, П-2%, С-41%, Л-44%, М-11%. СОЭ – 30 мм/час. ИФА – отрицательный результат.

Вопросы:

- 1). Предположительный диагноз?
- 2). Дополнительные методы обследования?

Эталон ответа на задачу 77.

- 1). Лимфогранулематоз.
- 2). КТ органов грудной клетки. Пункция надключичного лимфатического узла – поиск клеток Березовского – Штернберга.

Задача 78.

Мальчик 15 лет. Жалоб нет. Туб. контакт не установлен, но у матери 6 лет назад был очаговый туберкулез легких. В настоящее время единичные плотные очаги на верхушке правого легкого. Снята с диспансерного учета. Редко болеет ОРВИ. Выявлен планомерно флюорографически. Вакцинация БЦЖ в род. доме, ревакцинация БЦЖ – в 7 лет – рубцов нет. Туберкулиновые пробы все годы отрицательные. Последняя проба Манту с 2 ТЕ в 14 лет – 0 мм). ДИАСКИНТЕСТ – 0мм. Направлен на госпитализацию участковым фтизиатром. При объективном исследовании: симптомов интоксикации нет, пальпируются 5 групп периферических лимфатических узлов, П-Ш размеров, эластичной консистенции; в легких слева – перкуторно - звук легочный, дыхание везикулярное. Дыхание 18 в 1 минуту. Рентгенографически – слева в С1-2 левого легкого группа крупных очаговых теней с четкими контурами, связанная широкими линейными тяжами с корнем легкого; левый корень не увеличен, структуре с четкими контурами. ДИАСКИНТЕСТ – 0 мм; Проба Манту с 2 ТЕ в 14 лет – 0 мм). Общий анализ крови: Эр – $4,5 \times 10^{12}$ /л, НВ – 142г/л, L- $7,1 \times 10^9$ /л, СОЭ- 3 мм/час, Э-1%, П-3%, С-78%, Л-16%, М-2%.

Вопросы:

- 1). Предположительный диагноз?
- 2). Дополнительные методы обследования?

Эталон ответа на задачу 78 :

- 1). Ангио - венозные аневризмы.
- 2). Консультация сосудистого/торакального хирурга. КТ органов грудной полости.

Задача 79.

Мальчик 14 лет. Туберкулезный контакт не установлен. БЦЖ в род. доме – рубец 5мм, РВ1 в 7 лет – рубец 10 мм. Выявлен флюорографически. При поступлении в стационар диагностировано первичное инфицирование – проба Манту с 2 ТЕ – папула 15 мм. Симптомов интоксикации нет, пальпируются 9 групп периферических лимфатических узлов, в легких укорочение перкуторного звука паравертебрально слева, дыхание везикулярное. В анализе крови: Нв – 134г/л, Л- $7,1 \times 10^9$ /л, СОЭ – 3 мм/час, Э-2%, П-1%, С-65%, Лим-28%, М-4%. Через 3 месяца появились боли в области сердца, кровохарканье, потеря массы тела до 4 кг, в легких на фоне жесткого дыхания стали выслушиваться сухие, свистящие хрипы. Рентгенографически – левый корень увеличен, абсолютно бесструктурен, с четкими контурами; в С6-С10 – участок затемнения с четкими контурами с линейными тяжами, уходящими в легочную ткань.

Вопросы:

- 1). Предположительный диагноз?
- 2). Дополнительные методы обследования?

Эталон ответа на задачу 79:

Бронхокарцинома.

Поставить ДИАСКИНТЕСТ. Бронхоскопия. Проведение КТ органов грудной полости. Поиск атипичных клеток. Консультация онколога.

Задача 80.

Мальчик 8 лет. Туберкулезный контакт не установлен. БЦЖ в род. доме – рубец 3мм, РВ1 в 7 лет – рубец 4 мм. Выявлен флюорографически. Туберкулиновые пробы ставились нерегулярно – последние 2 года – 0 мм. Жалобы на недомогание, слабость, кашель с небольшим количеством мокроты, субфебрилитет. На коже голени проявления узловой эритемы, пальпируются 6 групп периферических лимфатических узлов, в легких укорочение перкуторного звука паравертебрально, дыхание жесткое, единичные сухие хрипы в межлопаточном пространстве. В анализе крови: Нв – 124г/%, Л- 4,1x10⁹/л, СОЭ – 20 мм/час, Э-0%, П-12%, С-56%, Лим-23%, М-9%. Проба Манту с 2 ТЕ - 0мм. Рентгенографически – в легочной ткани, от 2-го до 4-го ребер с обеих сторон очаговые тени средних размеров, с нечеткими контурами; корни легких увеличены, бесструктурны.

Вопросы:

- 1). Предположительный диагноз?
- 2). Дополнительные методы обследования?

Эталон ответа на задачу 80:

- 1). Саркоидоз. Легочно-медиастинальная форма.
- 2). Поставить ДИАСКИНТЕСТ, провести КТ органов грудной полости. Пункция периферического лимфатического узла – поиск элементов саркоидной гранулемы.

Задача 81.

Мужчина, 36 лет, слесарь, курит с 10 лет, злоупотребляет алкоголем. 4 года не проходил флюорографию. При устройстве на предприятие горводоснабжения вынужден был пройти флюорографию, после чего вызван на дообследование в поликлинику. Жалобы на кашель. Парестезии в области ступней, тупые боли в правом подреберье.

Объективно: на правой верхушке ослабленное дыхание, симметрично над легкими сухие свистящие хрипы. Язык густо обложен, печень на 3-4 см из-за реберной дуги, болезненна при пальпации. Пальмарная эритема. Кровь спокойная. В мокроте 3-хкратно БК не найдены.

Ро''-томографически: в области правой верхушки и в 1-ом межреберье группа очаговых теней мелких и средней величины, средней интенсивности с несколько нечеткими контурами.

Вопросы:

- 1). Сформулировать диагноз, включая сопутствующие. Заболевания.
- 2). Можно ли однозначно решить вопрос о фазе? Если нет, то как поступить?

Эталон ответа на задачу 81:

- 1). а) Очаговый туберкулез в/доли правого легкого сомнительной активности. б) Хронический бронхит (курильщик). в) Хронический алиментарно-токсический гепатит. г) Полиневрит нижних конечностей.
- 2). Нет. Назначить пробную специфическую терапию на 2-3 месяца.

Задача 82.

Больная П., 23 лет, библиотекарь

Жалобы на общую слабость, повышение температуры тела, потливость ночью, понижение аппетита, похудение, одышку и кашель с выделением небольшого количества мокроты.

Анамнез заболевания. Заболевание началось постепенно около месяца назад (больная была на 9-ом месяце беременности), отмечалась субфебрильная температура тела, которая периодически повышалась до 38° С. Б-ная лечилась у терапевта по поводу бронхита, но

улучшения не было. На 2-ой день после родов у нее поднялась температура тела до 39° С. Появилась одышка и повышенная потливость в ночное время. При рентгенографии выявлены изменения в легких.

Анамнез жизни. В детстве перенесла корь, больше ничем не болела. Муж и двое детей здоровы. Контакта с больными туберкулезом не имела. Во время профилактического осмотра (год назад) патологии со стороны легких не обнаружено.

Объективно. Больная правильного телосложения, пониженного питания. Кожа чистая, бледная, губы с цианотическим оттенком. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 120/мин., ритмичный, температура тела 39° С. Границы сердца нормальные, тоны несколько приглушены, над верхушкой - нежный систолический шум. Артериальное давление (АД) 125/70 мм рт. ст.. Число дыханий 40/мин. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, при перкуссии ясный легочный звук. Дыхание жесткое, правосторонне с обеих сторон прослушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий. Нижний край печени находится на 4 см ниже реберной дуги, чувствительный при пальпации. Селезенка не прощупывается.

Анализ крови: эритроциты - $2,28 \cdot 10^{12}$ /л; Hb - 105г/л; лейкоциты - $11,5 \cdot 10^9$ /л; эозинофилы - 0%; палочкоядерные - 1%; сегментоядерные - 79%; лимфоциты - 6%; моноциты - 14%; СОЭ - 14 мм/ч.

Проба Манту с 2 ТЕ - папула 3 мм.

Анализ мокроты: Микобактерии туберкулеза не выявлены.

Рентгенограмма: На всем протяжении обоих легких множество мелких неинтенсивных очаговых теней с нечеткими контурами, не сливающиеся. Легочный рисунок не дифференцируется. Слева в четвертом межрёберье кальцинат. Корни легких, особенно левый, малоструктурны. Реберно-диафрагмальные синусы свободные. Со стороны сердца изменений нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз
2. Наметьте лечение и укажите препараты

Эталон ответа к задаче 82.

Милиарный туберкулез легких. В пользу туберкулеза свидетельствует развитие заболевания на фоне состояния, ослабляющего организм (беременность и роды), длительность заболевания, отсутствие эффекта от неспецифической терапии, скудная аускультативная картина, лимфопения, тотальная мелкоочаговая диссеминация.

1. Интенсивная фаза лекарственно-чувствительного туберкулеза. В связи с тяжелым течением 5 противотуберкулезных препаратов (изониазид, 10 мг/г, рифампицин, 8 мг/кг, пиразинамид, 20-25 мг/кг, этамбутол, 20 мг/кг, канамицин 1,0) в сочетании с дезинтоксикационной и противовоспалительной терапией.

Задача 83.

Больная В. -27 лет. Заболела остро. После переохлаждения появилась сильная головная боль, фебрильная температура. В течение суток состояние ухудшилось, появилась спутанность сознания, судорожный синдром. При осмотре менингеальный синдром (регидность затылочных мышц, положительный синдром Кернига, Брудзинского). Анализ спинно-мозговой жидкости (бесцветная, прозрачная, белок 1,5 г/л, цитоз 200 клеток, лимфоциты 80%, сахар - 3.5 ммоль/л, хлориды -120 г/л., паутинка не выпала)

Вопросы.

- 1) Предположительный диагноз, обоснование?
- 2) С какими заболеваниями необходима дифференциальная диагностика?
- 3) Какие дополнительные методы обследования необходимы в данном случае?

Эталоны ответов к задаче 83.

1. Серозный менингит неспецифической этиологии. Острое начало, после переохлаждения, отсутствие поражения черепно-мозговых нервов, невысокий цитоз, лимфоцитарного характера, нормальное содержание сахара и хлоридов, отсутствие паутинок.
2. Дифференциальная диагностика проводится с туберкулезным менингитом, герпетическим менингитом, серозным менингитом при пневмонии, при паротите, эпидемическом серозном менингите.
3. Обзорная рентгенография Легких, КТ головного мозга.

Задача 84.

Больная 20 лет госпитализирована в реанимационное отделение в тяжелом состоянии. Резко заторможена. На вопросы отвечает с трудом. Выражен менингеальный синдром (положительный симптом Кернига, Брудзинского, ригидность затылочных мышц), головная боль, судорги. Из анамнеза известно, что больная несколько дней назад перенесла ОРВИ. На губах следы перенесенного герпеса. СМЖ (бесцветная, прозрачная, белок 4 г/л, цитоз 450 клеток, сахар 1,5 ммоль/л, хлориды 70 г/л, паутина не выпала).

Вопросы.

- 1) О каком заболевании можно думать?
- 2) Предположительная этиология процесса.
- 3) С какими заболеваниями необходима дифференциальная диагностика?

Эталоны ответов к задаче 84.

1. Серозный менингит неспецифической этиологии.
2. Предположительно герпетической этиологии (в анамнезе герпес, серозный характер ликвора, с резким снижением сахара, хлоридов, тяжелое течение).
3. Дифференциальная диагностика проводится с серозными менингитами другой этиологии (туберкулезный, сифилитический, эпидемический менингоэнцефалит, серозный менингит при пневмониях, при паротите)

Задача 85.

Больного 57 лет в течение последних месяцев беспокоит сильная головная боль, снижение зрения, потеря в весе. В последнюю неделю присоединилась слабость в правой руке. При КТ в веществе головного мозга обнаружено объемное образование диаметром 2 см. При анализе СМЖ – белок 4,5 г/л, цитоз – 30 клеток, сахар – 3 ммоль/л, хлориды – 120 г/л, паутина не выпала.

Вопросы.

- 1) При каких заболеваниях возможна такая клиническая картина?
- 2) Какие методы обследования необходимы для уточнения диагноза?

Эталоны ответов к задаче 85.

1. Опухоль головного мозга, метастатическое поражение головного мозга (обоснование : постепенное развитие заболевания, объемное образование, белково-клеточная диссоциация в спинно-мозговой жидкости).
2. Проведение онкопоиска первичной опухоли (рентгенография легких, УЗИ внутренних органов, фиброгастроскопия, колоноскопия, консультация уролога). Морфологическая верификация диагноза на основании изучения гистологических материалов.

Задача 86.

Больная 40 лет. Направлена в стационар после профилактической флюорографии. Жалобы на кашель с небольшим количеством слизистой мокроты. Имела контакт с больным туберкулезом с бактериовыделением с МЛУ. Проба Манту с 2 ТЕ – папула 21 мм. При обследовании: над- и подключичные ямки западают. Обе половины грудной клетки принимают активное участие в акте дыхания. При перкуссии притупление легочного звука в верхне-средних отделах, в нижних отделах легочный звук с коробочным оттенком. Дыхание в верхних отделах бронхиальное, сухие рассеянные хрипы. В гемограмме: Л. – 6 тыс., п/я – 6%; СОЭ – 18 мм/ч. В промывных водах бронхов методом микроскопии мазка мокроты МБТ+. Рентгенологически: с обеих сторон в области верхних долей очаговые тени различной интенсивности с нечеткими контурами на фоне сетчатого пневмосклероза. Корни подтянуты вверх, деформированы. В нижних отделах легочный рисунок обеднен.

Вопросы.

- 1). Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией.
- 2). Укажите режим лечения, примерный набор антибактериальных препаратов.

Эталоны ответов к задаче 86.

- 1). Диагноз. Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации МБТ-
- 2). Режим лечения – МЛУ-туберкулеза, так как пациент относится к группе высокого риска МЛУ (контакт с больным туберкулезом с МЛУ). Препараты бедаквилин, линезолид, пипразинамид, левофлоксацин, циклосерин. Интенсивная фаза – 6 месяцев. Фаза продолжения -12 месяцев.

Задача 87

Б. 32 года. Последние 3 недели отмечает быструю утомляемость, потливость по ночам, потерю в весе 4 кг, по вечерам - повышение t до $37,5^{\circ}$. К врачам не обращался. Последние два дня самочувствие ухудшилось, появилась осиплость голоса, боль при глотании, t повысилась до $38-39^{\circ}\text{C}$. Обратился к терапевту. На обзорной рентгенограмме: с обеих сторон от верхушек до IV ребер очаговые тени различных размеров ср. интенсивности, с наклоном к сливанию с образованием участков затемнения неоднородной структуры.

Вопросы.

1. Какие методы исследования необходимо сделать, чтобы уточнить диагноз?
2. Ваш предварительный диагноз?
3. Какое осложнение возникло у больного?

Эталоны ответов к задаче 87.

1. Исследование мокроты методом микроскопии мазка мокроты 3кратно, посевы мокроты на МБТ на жидких и плотных питательных средах двукратно, молекулярно-генетическое исследование мокроты на МБТ с определением лекарственной устойчивости, общий анализ крови и мочи, диаскинтест
2. Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации
3. Туберкулез гортани.

Задача 88

Б. 50 лет. Злоупотребляет алкоголем. Имел контакт с больным туберкулезом. Заболел остро, с подъемом t° до 39-40 $^{\circ}$ C. Сознание спутанное, бредит. Тахикардия. Дыхание поверхностное, частое. Сухой кашель. На животе розеолезная сыпь. Врач скорой помощи госпитализирует больного в инфекционное отделение с подозрением на брюшной тиф.

Вопросы.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какие исследования необходимо выполнить в данном случае для подтверждения диагноза?

Эталонные ответы к задаче 88.

1. Возможно, имеет место милиарный туберкулез легких.
2. Необходимо выполнить компьютерную томографию органов грудной клетки.

Задача 89.

У больного 26 лет при хорошем самочувствии на профилактическом флюорографическом обследовании выявлены изменения в легких, что заставило врачей срочно сделать рентгенограмму и компьютерную томограмму органов грудной клетки. Выявлены множественные очаговые тени, преимущественно, средних размеров, расположенных симметрично в пределах верхушек обоих легких.

Вопросы.

1. О каком заболевании следует думать в данном случае?
2. Какие дополнительные методы обследования следует провести для подтверждения диагноза в условиях противотуберкулезного диспансера?
3. Какие лечебно-профилактические мероприятия следует провести в данном случае?

Эталонные ответы к задаче 89.

- 1). Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации
- 2). Исследование мокроты методом микроскопии мазка мокроты 3кратно, посевы мокроты на МБТ на жидких и плотных питательных средах двукратно, молекулярно-генетическое исследование мокроты на МБТ с определением лекарственной устойчивости, общий анализ крови и мочи, диаскинтест
- 3). Направить на стационарное лечение в противотуберкулезный диспансер. До получения результатов исследования мокроты на лекарственную устойчивость возбудителя начать лечение по интенсивной фазе лекарственно-чувствительного туберкулеза.

Задача 90.

У 56-летней женщины заболевание началось с симптомов катарального бронхита. Рентгенологически определяются мелкие очаги затемнения и увеличенные лимфатические узлы в корне легкого. Увеличены лимфатические узлы на шее, отмечается увеличение печени и селезенки. АТ к ВИЧ-инфекции – отр.

Вопросы.

1. О каком заболевании следует думать в данном случае?
2. Какие признаки свидетельствуют против туберкулезной этиологии процесса?

Эталонные ответы к задаче 90.

1. Лимфопролиферативные заболевания (лейкозы), лимфогранулематоз.

2. Против туберкулезной этиологии свидетельствует поражение лимфоидной ткани, гепато и спленомегалия у пациентки с ВИЧ-отрицательным статусом.

Задача 91.

Больной Г. - 41г. Диагноз основного заболевания: Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов справа в фазе инфильтрации.

Осл. Бронхолегочное поражение. Кахексия. ДН 2 ст. Гипохромная анемия.

Соп. ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний, 4В. Кандидозный эзофагит в анамнезе. Внебольничная пневмония верхней доли правого легкого в анамнезе.

Анамнез заболевания. Состоит на учете в центре-СПИД с 2013 года.

Ухудшение самочувствия с марта 2013 года, когда появилась слабость, потливость, повышение температуры до 38-39 С, потеря в весе на 15 кг. Был госпитализирован терапевтический стационар, где находился с 6.05.2014 года- по 29.05.2014 года с подозрением на перибронхиальный рак правого легкого. При обследовании выявлена ВИЧ-инфекция.

АТ к ВИЧ от 7.05.2013 года- результат положительный. 31.05.2013 – СД4 69 кл/мл. ВИ-ВИЧ - 91012 коп/мл.

Данные объективного обследования. Состояние удовлетворительное. По всем легочным полям дыхание везикулярное, хрипов нет, ч.д. 22 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, чсс.80 в 1 мин. АД 110/70 мм/ч. Печень увеличена на 3 см.

Результаты рентгенологического обследования. Справа в S1-2 правого легкого понижение прозрачности легочной ткани, выраженное усиление легочного рисунка. Правый корень в области головки расширен, бесструктурен.

КТ органов грудной клетки. Увеличенные внутригрудные лимфатические узлы правого корня до 20 мм. В окружающей легочной ткани в проекции S1, 2, 3 верхней доли правого легкого и в S6 с обеих сторон визуализируются множественные полиморфные, нежные и плотные очаговые образования от милиарных до крупных.

В мокроте методом люминесцентной микроскопии обнаружены МБТ 2+. Результат исследования мокроты методом Xpert/MTB/Rif – обнаружена ДНК МБТ, чувствительная к рифампицину.

Вопросы к задаче 91

1. По какому режиму химиотерапии необходимо лечить туберкулез у данного пациента. Обоснуйте.
2. Укажите длительность интенсивной фазы и перечислите название антибактериальных препаратов.
3. Укажите количество, название препаратов и длительность фазы продолжения.
4. В какой срок после начала противотуберкулезной терапии должна быть присоединена антиретровирусная терапия (АРВТ).
5. Какие лекарственные препараты дополнительно следует назначить данному пациенту с патогенетической целью?

Эталонные ответы к задаче 91.

Ответ 1. Больному должен быть назначен режим химиотерапии лекарственно-чувствительного туберкулеза, так как у пациента обнаружено бактериовыделение и выделена ДНК МБТ чувствительная к рифампицину.

Ответ 2. Интенсивная фаза химиотерапии должна составлять не менее 2-3 месяцев. Используются препараты 1 ряда: изониазид, рифампицин или рифабутин (при несовместимости рифампицина с некоторыми препаратами антиретровирусной терапии ВИЧ), этамбутол, пипразинамид.

Ответ 3. Фаза продолжения должна составлять 6 месяцев, как минимум используются три препарата : изониазид, рифампицин или рифабутин, пипразинамид или этамбутол.

Ответ 4. АРВТ у данного пациента должна быть присоединена как можно раньше (в течение 2-3 недель) после начала противотуберкулезной терапии, так как число CD 4 клеток у данного пациента очень низкое менее 100 клеток/мкл.

Ответ.5. Учитывая, что у данного пациента имеется гипохромная анемия дополнительно следует назначить препараты железа, витамины группы В, фолиевую кислоту.

Задача 92.

На приёме у гинеколога поликлиники больная Д, 29 лет. Жалобы на постоянные боли внизу живота, нарушения менструального цикла в виде олиго и гипоменорреи, субфебрильную температуру, слабость. Из анамнеза известно, что больная страдает первичным бесплодием. Ранее повторно лечилась по поводу двухстороннего хронического сальпингита не уточненной этиологии, существенного улучшения от проводимой терапии не было. При УЗИ органов брюшной полости выявлены двусторонние tuboовариальные образования, спаечный процесс в малом тазу. Ранее туберкулезом не болела. Туб. контакт отрицает. Общий анализ крови: Эритроциты $-5,0 \times 10^{12}$, НВ – 130 г/л, Цв.п. – 0,9; лимфоциты $-6,9 \times 10^9$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные лейкоциты – 5%, сегментоядерные лейкоциты – 72%, лимфоциты – 18%, моноциты – 4%, СОЭ – 20 мм. Общий анализ мочи без патологии. Проба Манту с 2 ТЕ дала папулу – 25 мм.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать? Обоснуйте свое решение.
2. Какие лабораторные, инструментальные, лучевые методы исследования необходимо назначить в данном случае?
3. Какие изменения вы ожидаете получить при проведении гистерсальпингографии?
4. Ваша тактика, в каком лечении нуждается пациентка, назовите режим лечения, перечень препаратов и длительность химиотерапии.
5. По какой группе диспансерного учета будет наблюдаться больная при подтверждении диагноза, длительность наблюдения.

Эталоны ответов к задаче 92.

Ответ 1. О туберкулезном сальпингоофорите. На туберкулезную этиологию процесса может указывать длительное течение заболевания с повторными рецидивами, жалобы на гипо и олигоменоррею, первичное бесплодие, выраженный спаечный процесс в малом тазу с образованием tuboовариальных образований, гиперергическая проба Манту с 2 ТЕ.

Ответ 2. Трехкратное исследование отделяемого влагалища и цервикального канала на КУМ методом микроскопии и посева, посева менструальной крови на МБТ, ПЦР отделяемого влагалища и цервикального канала, выполнить гистерсальпингографию, обзорную рентгенограмму органов грудной клетки, поставить диаскинтест и пробу Коха.

Ответ 3.

Двустороннюю облитерацию и полную непроходимость маточных труб. гипертрофия ампулярных отделов труб, формирование двусторонних сактосальпинксов, подтянутость маточных труб «симптом клюшки», извитость и их деформация «симптом четок» и др.

Ответ 4.

Лечение по интенсивной фазе 1 режима, (изониазид, рифампицин, этамбутол, пипразинамид) в сочетании с патогенетической терапией (тиосульфат Na, вит.Е, вит. гр.В и др.). Длительность химиотерапии будет определяться динамикой процесса, но интенсивная фаза не менее 60 доз, фаза продолжения не менее 120 доз.

Ответ 5.

При проведении лечения больная будет наблюдаться по 1 группе диспансерного учета до окончания основного курса химиотерапии.

Задача 93.

Больной Д., 57 лет. Страдает сахарным диабетом, II тип, средне-тяжелая форма. Направлен на флюорографию грудной клетки по поводу ОРВИ. Была диагностирована правосторонняя пневмония. Получал неспецифическую противовоспалительную терапию. Через 6 мес. на рентгенограмме органов грудной клетки отмечается отсутствие динамики. С подозрением на опухоль б-ной был госпитализирован в ЛХИ. Произведена фибробронхоскопия. Установлен диффузный эндобронхит.

Рентгенографически: справа в S6 фокусная тень 3,5x3,0 см с нечеткими контурами, связанная воспалительной дорожкой с корнем.

Вопросы: к задаче 1.

1. Ваш предположительный диагноз. Обоснуйте.
2. Проведите дифференциальную диагностику.

Эталонные ответы на ситуационную задачу 93.

1. Туберкулема S6 правого легкого. Развитие заболевания на фоне состояния, снижающего иммунитет (сахарный диабет), отсутствие эффекта от неспецифической терапии. Характерна рентгенологическая картина: в S6 фокусная тень 3,5x3,0 см с нечеткими контурами, связанная воспалительной дорожкой с корнем.

2. Диф.диагноз с периферическим раком легкого, с пневмонией затяжного течения.

Задача 94.

Больной Д. - 49 лет обратился к врачу с жалобами на кровохарканье. Контакт с больными туберкулезом отрицает. В течение многих лет курит сигареты по 1 пачке в день.

При осмотре больного: состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Над верхней долей справа притупление перкуторного звука, здесь же ослабленное везикулярное дыхание.

На обзорной рентгенограмме и линейных томограммах органов грудной клетки в проекции первого сегмента правого легкого участок затемнения округлой формы с четкими, неровными контурами размером 3 см с просветлением в центре диаметром 2,5 см. Правый корень несколько расширен. Очаговых теней отчетливо не видно. Синусы свободны.

В динамике через 1 месяц противотуберкулезной терапии отмечается увеличение в размерах фокуса и полости распада в нём. Участок затемнения неправильной формы с нечеткими лучистыми контурами, связанный с одной стороны с плеврой, с другой - с головкой правого корня, корень расширен и бесструктурен.

Вопросы к задаче 94

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходима дифференциальная диагностика?
3. Какие дополнительные лабораторные методы обследования необходимо назначить данному пациенту?
4. Какой инструментальный метод исследования наиболее информативен для окончательной верификации диагноза?
5. Тактика врача.

Эталоны ответов к задаче 94.

Ответ 1. Периферический рак первого сегмента правого легкого (полостная форма). В пользу онкологической природы заболевания свидетельствуют данные анамнеза (курит в течение многих лет), клинические проявления (кровохарканье, малосимптомное течение заболевания), рентгенологические признаки (фокусная тень с полостью распада без очагов в окружающей легочной ткани, лучистые контуры фокуса), отрицательная динамика на фоне противотуберкулезной терапии.

Ответ 2. Дифференциальная диагностика должна проводиться с туберкулезом в фазе распада, хроническим абсцессом легкого, паразитарной кистой.

Ответ 3. Трехкратное исследование мокроты на наличие МБТ методом микроскопии, исследование двух образцов мокроты методом ПЦР, методом посева на жидкие и/или плотные питательные среды, постановка диаскин-теста (ДСТ), фибробронхоскопия, а также исследование мокроты на цитологию, общий анализ мокроты, общий анализ крови, мочи, КТ органов грудной клетки.

Ответ 4. Для верификации диагноза необходима трансторакальная видеоторакоскопия грудной клетки с биопсией патологического образования

Ответ 5. Тактика врача – больного необходимо направить на консультацию к онкологу и торакальному хирургу.

Задача 95.. Пациентка А., 40 лет

Эпидемиологический анамнез. Контакт с больными туберкулезом не выявлен.

Анамнез заболевания. Начало заболевания после переохлаждения повысилась температура до 39 °С, появилась слабость, одышка и кашель с мокротой. Лечилась в условиях терапевтического стационара с диагнозом — внебольничная пневмония. В виду отсутствия положительной динамики консультировалась фтизиатром и переведена в туберкулезный стационар.

При поступлении жалобы: на слабость, одышку при физической нагрузке, кашель со скудной мокротой.

С 19 лет больная страдает сахарным диабетом I типа.

Объективно. Состояние относительно удовлетворительное. Симптомы интоксикации выражены слабо. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Тургор хороший. Лимфоузлы не пальпируются. Надключичные ямки выражены. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания синхронно. Грудная клетка при пальпации

безболезненная. Перкуторно определяется легочный звук с коробочным оттенком. ЧДД-18 в мин. Аускультативно — дыхание жесткое, хрипов нет.

Лабораторные исследования. В анализе крови обращает на себя внимание высокая СОЭ — 62 мм/час. Общий анализ мочи: 02.02.09 Уд.вес- 1015, сахар — 5,5 ммоль/л, лейкоциты - до 80 в п/зр. Белок -3.0 г/л Сахар крови натощак — 17,1 ммоль/л, сахар мочи — 0,3%, ацетон мочи - отр. При трехкратном исследовании мокроты микроскопически и посевом на среду Левенштейнта-Йенсена выявлена МБТ 1(+). Чувствительность МБТ сохранена ко всем препаратам. Реакция Манту 2ТЕ- 14 мм.

Инструментальные исследования. ФВД - ДН II ст. смешенного типа с преобладанием рестриктивных изменений. ЭКГ — в пределах нормы.

При рентгенологическом обследовании при поступлении в противотуберкулезный стационар: справа в нижней доле в наддиафрагмальной области определяются мелкие мягкие фокусы диаметром около 1,0 см и разнокалиберные очаги средней интенсивности с неровными контурами; в одном из фокусов имеется мелкая деструкция диаметром 0,4 см. Слева в S1-2 – очаги. Корни легких не увеличены. В правом синусе выпот.

Вопросы к задаче 95.

1. Как сформулировать полный диагноз у пациента в данном случае?
2. Какие особенности проявления туберкулеза имеют место у данного пациента в связи с тем, что патология сочетается с сахарным диабетом?
3. По какому режиму будет проводиться лечение туберкулеза?

Эталоны ответов к задаче 95.

Ответ 1. Диагноз: Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого в фазе распада. МБТ(+) I МБТ(+), осложненный правосторонним экссудативным плевритом
Соп.: Сахарный диабет I типа средне-тяжелое течение, стадия субкомпенсации.

Осл.: Дыхательная недостаточность II ст.

Ответ 2. Особенности проявления, связанные с сочетанием с сахарным диабетом туберкулезного процесса, выражаются в нетипичной локализации процесса в нижней доле правого легкого Деструкция и экссудация сопровождают течение туберкулеза, сочетающегося с некомпенсированным сахарным диабетом.

Ответ 3. Лечение данного пациента проводится по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза..

Задача 96.

Пациент Л., мужчина, 61 год. Тубконтакт не установлен.

Анамнез заболевания. Изменения в легких выявлены по обращению с жалобами на боль в подлопаточной области слева, повышение температуры до субфебрильных цифр. Находился на стационарном лечении по поводу внебольничной пневмонии S6 левого легкого. Лечился цефтриаксоном и зитролидом. Достигнуто разрешение пневмонии. Предыдущая рентгенография год назад - эмфизема, пневмосклероз. (Ретроспективно — неправильная интерпретация- просмотр туберкулеза).

При поступлении жалобы: кашель с мокротой слизистого характера, слабость, одышку при ходьбе, потливость.

Объективно. Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Положение в постели активное. Температура тела — 37,3 °С. Телосложение гиперстеническое. Рост 176 см, вес 92 кг, ИМТ- 29,7. Питание повышенное. Кожные покровы бледные, кожа влажная,

чистая. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Тургор кожи пониженный. Лимфоузлы не пальпируются. Форма грудной клетки — гиперстеническая, резистентная, симметричная. Надключичные ямки выражены. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания синхронно. Грудная клетка при пальпации безболезненная. Перкуторно определяется легочный звук с коробочным оттенком. ЧДД-20-22 в мин. Аускультативно — дыхание жесткое, выдох удлинен, выслушиваются сухие хрипы.

Живот обычной формы, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Печень пальпируется и выстоит на 1,5 см ниже реберной дуги. Нижний край закругленный, безболезненный.

Клинический анализ крови и общий анализ мочи — в пределах нормы.

Микобактерия туберкулеза методом микроскопии после окраски препарата по Циль-Нильсена 3-кратно и посевом на плотные среды не обнаружена.

Исследование мокроты методом ПЦР - отр.

Иммуноферментный анализ (АТ к МБТ) — отр.

Проба Диаскин тест — 0 мм

Глюкоза крови — 7,7- 8,2 ммоль/л

Инструментальные исследования. ФВД — резко снижены показатели бронхиальной проходимости (FEV1-36%), резко выраженные рестриктивные изменения (FVC-43%) — дыхательная недостаточность III степени по смешанному типу. ЭКГ — Синусовая тахикардия. Наджелудочковые одиночные экстрасистолы.

Рентгенологически при поступлении: слева в S6 неомогенная инфильтрация легочной ткани. Очаги и распад четко не видны. Справа легочные поля прозрачны. Плевральные синусы свободны.

Вопросы к задаче 96.

1. Как сформулировать полный диагноз у данного пациента?
2. Какие особенности в проявлении туберкулезного процесса имеют место в этом случае в связи с тем, что он сочетается с сахарным диабетом?
3. Какой объективный показатель определяет степень дыхательной недостаточности II в этом случае?

Эталоны ответов к задаче 96.

Ответ 1. Диагноз: Инфильтративный туберкулез S6 левого легкого МБТ(-) I МБТ(-)
Фон: ХОБЛ II в ст. обострения. Хроническое легочное сердце в стадии декомпенсации.

Сопутствующий: Сахарный диабет 2 типа. Жировой гепатоз.

Осложнение: Дыхательная недостаточность III

Ответ 2. Одной из особенностей проявления клиники пациента являлось нулевое значение Диаскин-теста.

Вторая особенность - стертая клинико-лабораторная картина на фоне сопутствующей патологии затруднило постановку диагноза туберкулеза легких.

Ответ 3. Для характеристики состояния функции дыхания использованы показатели функции внешнего дыхания: форсированный выдох за первую сек. (FEV1-36%) и жизненная функция легких (FVC-43%)

Задача 97.

У подростка 16 лет изменения в легких выявлены при прохождении медицинской комиссии для поступления в колледж. Жалоб на момент обследования не предъявляет.

Данные анамнеза: рос и развивался без особенностей. Семья здорова. Сведений о результатах предыдущих туберкулиновых проб и ревакцинации БЦЖ не имеется. Имел эпизодический контакт с родственником, больным туберкулезом, который живет отдельно. За 1,5–2 месяца до обследования отмечал слабость, недомогание, снижение аппетита, редкий кашель. За медицинской помощью не обращался. Результаты объективного обследования: пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфатические узлы не увеличены. При физикальном обследовании патологии со стороны внутренних органов не выявлено. На левом плече имеется поствакцинальный рубчик 2 мм. Результаты обследования: на обзорной рентгенограмме в нижней доле правого легкого выявлена округлой формы тень 1,5 см в диаметре, средней интенсивности с нечеткими контурами и бронхо-сосудистой дорожкой к корню легкого. Правый корень расширен за счет гиперплазии бронхопюльмональных лимфатических узлов. Проба Манту с 2 ТЕ — папула 18 мм. Анализ крови: Л — $7 \times 10^9/\text{л}$, п. — 6 %, лим. — 19 %, СОЭ — 17 мм/ч. КУБ в индуцированной мокроте не обнаружены.

Вопросы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите дополнительные обследования для подтверждения диагноза.

Эталонные ответы к задаче 97.

1. Первичный туберкулезный комплекс правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ–
2. Провести диаскинтест, многократное микробиологическое исследование мокроты на МБТ (индуцированной при отсутствии кашля), в т.ч. методом GeneXpert MTB/RIF.

Задача 98.

Пациент 19 лет, находится в стационаре в течение 12 дней с диагнозом внебольничная пневмония верхней доли правого легкого. Заболел остро, повысилась температура тела до $37,6^\circ \text{C}$, появился влажный кашель, боли в правой половине грудной клетки при дыхании. Ухудшение самочувствия отмечалось за 1,5 месяца до заболевания, беспокоила слабость, снижение аппетита, утомляемость, похудание. За медицинской помощью не обращался. Данные анамнеза: рос и развивался без особенностей. Отец пациента злоупотребляет алкоголем, не работает, профилактическое рентгенологическое обследование не проходил много лет. Мать работает продавцом на рынке, регулярно обследуется. В семье имеется двое младших детей 15 и 8 лет. Данные объективного обследования: астеничного телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены. ЧД — 18 в 1 мин. Перкуторно справа под лопаткой определяется притупление легочного звука, в этой же зоне при аускультации выслушивается жесткое дыхание, единичные влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы. На обзорной рентгенограмме в проекции S6 правого легкого определяется неоднородное затемнение малой и средней интенсивности с просветлением в центре и бронхо-сосудистой дорожкой к корню легкого. Корни структурны, дифференцируются. Анализ крови: Л — $10,2 \times 10^9/\text{л}$, э. — 1 %, п. — 6 %, с. — 77 %, лимф. — 11 %, мон. — 5 %, СОЭ — 27 мм/ч. Анализ мочи без особенностей. Проведен курс лечения амоксициллином и кларитромицином. Состояние пациента улучшилось, снизилась температура тела до $37,2^\circ \text{C}$, уменьшился кашель, слабость, улучшился аппетит. При повторном рентгенологическом исследовании через 2 недели сохраняется инфильтрация легочной ткани, более четко выявляется деструкция в проекции S6 левого легкого, появились отдельные малоинтенсивные очаги в окружающей легочной ткани. Проба Манту с 2 ТЕ — папула 16 мм. В мокроте при однократном исследовании обнаружены МБТ+.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите дополнительные обследования для подтверждения диагноза.
3. Определите комплекс профилактических мероприятий в семье пациента.

Эталоны ответов к задаче 98.

1. Инfiltrативный туберкулез нижней доли правого легкого (S6) в фазе распада и обсеменения, МБТ+
2. Провести исследования мокроты на МБТ методом посева и методом Gene-Xpert MTB/RIF, диаскинтест или гамма-интерфероновый тест, КТ органов грудной клетки.
3. Рентгенологическое обследование взрослых и детей в семье, проба Манту или диаскинтест и, по показаниям, КТ органов грудной клетки детям. Профилактическое назначение ПТЛС детям в зависимости от результатов обследований на 3–6 месяцев. Наблюдение фтизиатра по месту жительства.

Задача 99.

Пациент 18 лет, студент колледжа. Год назад при поступлении на учебу проходил флюорографическое обследование, патологии выявлено не было. Контакт с больным туберкулезом отрицает. Заболел остро, повысилась температура тела до 38° С, лечился самостоятельно, принимал амоксициллин, бромгексин. Состояние улучшилось, но сохранялись жалобы на боль в правой половине грудной клетки при глубоком дыхании, кашель с мокротой, слабость, потливость. При обследовании в поликлинике на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки у основания верхней доли правого легкого выявлено затенение средней интенсивности с размытыми контурами и полостным образованием в центре, вокруг единичные очаговые тени. Методом Xpert MTB/RIF обнаружены ДНК МБТ чувствительные к рифампицину. Методом микроскопии в мокроте обнаружены КУМ++. В противотуберкулезном диспансере установлен диагноз: инfiltrативный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ +.

Вопросы:

1. Правильно ли установлен клинический диагноз?
2. Определите клиническую категорию химиотерапии, место и сроки лечения.
3. Показано ли больному санаторно-курортное лечение и в какие сроки?

Эталоны ответов к задаче 99.

1. Правильно
2. Лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза 2HRZE+4HR. Мониторинг эффективности и переносимости химиотерапии.
3. Санаторно-курортное лечение пациенту показано после прекращения бактериовыделения и рубцевания полости распада и после окончания интенсивной фазы лечения.

Задача 100.

Подросток 15 лет, учащийся школы. На протяжении 2 недель отмечает боли в правой половине грудной клетки, слабость, повышение температуры тела, одышку. Контакт с больными туберкулезом не установлен. Родители лишены родительских прав, воспитывается бабушкой. Сведений о проведенных прививках не имеется. Данные объективного обследования: кожные покровы бледные, периферические лимфатические узлы не увеличены. На левом плече имеется поствакцинальный рубчик 4 мм. ЧД 20 в 1 мин. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, перкуторный звук ниже угла лопатки укорочен, вплоть до тупого, при аускультации — справа дыхание резко ослабленное. На обзорной рентгенограмме в правой половине грудной клетки от IV ребра до купола диафрагмы, определяется гомогенное затенение высокой интенсивности с косой верхней границей. Правый синус не визуализируется. Тень средостения смещена влево. Проба Манту с 2 ТЕ — папула 18 мм, квантифероновый тест положительный. Анализ крови: Л — 9,6x10⁹/л, п. — 8 %, лимф. — 25 %, СОЭ — 30 мм/ч.

Вопросы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.
3. Возможно ли в настоящее время санаторно-курортное лечение?

Эталоны ответов к задаче 100.

1. Правосторонний экссудативный плеврит туберкулезной этиологии.
2. Плевральная пункция с исследованием экссудата (белок, клеточный состав, проба АДА, микроскопия мазка, исследование методом Gene-Xpert MTB/RIF, посев на плотные питательные среды), УЗИ плевральной полости. При необходимости - КТ ОГК и видео-ассистированная торакоскопия (ВАТС) с биопсией плевры
3. Санаторно-курортное лечение в настоящее время не показано, оно возможно после окончательной верификации диагноза, лечения больного до полного рассасывания жидкости в плевральной полости.

Задача 101.

Больной Д., 57 лет. Страдает сахарным диабетом, II тип, средне-тяжелая форма. В 2000 г был направлен на флюорографию грудной клетки по поводу ОРВИ. Была диагностирована правосторонняя пневмония. Получал неспецифическую противовоспалительную терапию. Через 6 мес. на рентгенограмме органов грудной клетки отмечается отсутствие динамики. С подозрением на опухоль б-ной был госпитализирован в ЛХИ. Произведена фибробронхоскопия. Установлен диффузный эндобронхит. Рентгенографически: справа в S6 фокусная тень 3,5x3,0 см, фокусная тень с нечеткими контурами, связанная воспалительной дорожкой с корнем.

Вопросы: к задаче 1.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие немедикаментозные методы лечения показаны больному?

Эталоны ответов на ситуационную задачу 101.

1. Туберкулема S6 правого легкого.
2. Диф.диагноз с периферическим раком легкого, с шаровидной пневмонией затяжного течения.
3. У пациента сахарный диабет, необходимо строгое соблюдение диеты с ограничением углеводов, соблюдение режима питания, достаточной физической активности.

Задача 102.

Больной Д. - 49 лет обратился к врачу с жалобами на кровохарканье. Контакт с больными туберкулезом отрицает. В течение многих лет курит сигареты по 1 пачке в день. При осмотре больного: состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Над верхней долей справа притупление перкуторного звука, здесь же ослабленное везикулярное дыхание.

На обзорной рентгенограмме и линейных томограммах органов грудной клетки в проекции первого сегмента правого легкого участок затемнения округлой формы с четкими, неровными контурами размером 3 см с просветлением в центре диаметром 2,5 см. Правый корень несколько расширен. Очаговых теней отчетливо не видно. Синусы свободны.

В динамике через 1 месяц противотуберкулезной терапии отмечается увеличение в размерах фокуса и полости распада в нём. Участок затемнения неправильной формы с

нечеткими лучистыми контурами, связанный с одной стороны с плеврой, с другой - с головкой правого корня, корень расширен и бесструктурен.

Вопросы к задаче 102

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходима дифференциальная диагностика?
3. Какой инструментальный метод исследования наиболее информативен для окончательной верификации диагноза?
4. Тактика врача.
5. Нуждается ли пациент в оказании экстренной помощи?

Эталон ответов к задаче 102.

Ответ 1. Периферический рак первого сегмента правого легкого (полостная форма). **Ответ**

2. Дифференциальная диагностика должна проводиться с туберкулезом в фазе распада, хроническим абсцессом легкого, паразитарной кистой.

Ответ 3. Для верификации диагноза необходима трансторакальная видеоторакоскопия грудной клетки с биопсией патологического образования

Ответ 4. Тактика врача – больного необходимо направить на консультацию к онкологу и торакальному хирургу.

Ответ 5. Кровохарканье может перейти в кровотечение и всегда требует оказания экстренной помощи в условиях хирургического стационара.

Задача 103. Больной А., 20 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, недомогание, понижение трудоспособности, сухой кашель, периодические подъемы температуры тела вечером, повышенную потливость в ночные часы. Заболевание началось постепенно. Состояние больного удовлетворительное. При аускультации органов грудной клетки – жесткое дыхание.

При двукратном исследовании мокроты методом микроскопии с окраской мазка по Цилю-Нельсену кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) не обнаружены. В общем анализе крови – умеренный лейкоцитоз - $8,9 \times 10^9/\text{л}$, лимфопения 19%, СОЭ - 28 мм/час.

Рентгенологически в зоне 6-го сегмента слева выявлялся участок затемнения размерами 4,5х3 см с полостью распада около 0,6 см. В прилежащих участках легочной ткани определялись немногочисленные очаговые тени (которые не были описаны рентгенологом).

Врачом терапевтом был поставлен диагноз деструктивной пневмонии, по поводу которой в течение месяца проводилось лечение антибиотиками широкого спектра действия. При контрольном рентгенологическом обследовании позитивных сдвигов со стороны легочного процесса не отмечено. При более тщательном сборе анамнеза удалось установить наличие контакта с больным туберкулезом родственником 1,5 года назад.

Вопрос 1. Проанализируйте данный случай и укажите 3-4 основные причины, которые, на ваш взгляд, объясняют позднюю диагностику деструктивного туберкулеза у больного Д.

Эталон ответа задача 103. Ответ 1. 1) отсутствие полноты собранного анализа 2) скудность физикальной симптоматики, что более характерно для туберкулеза; 3) неверная трактовка рентгенологической картины заболевания при отсутствии положительной динамики на фоне длительной проводимой неспецифической терапии; 4) несоблюдение кратности исследования мокроты на КУМ в условиях терапевтического стационара.

Задача 103. Больной Д., 25 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, недомогание, понижение трудоспособности, сухой кашель, периодические подъемы температуры тела вечером, повышенную потливость в ночные часы. В анамнезе контакт с

больным туберкулезом. Заболевание началось постепенно. Состояние больного удовлетворительное.. При аускультации органов грудной клетки – жесткое дыхание.

При двухкратном исследовании мокроты методом микроскопии с окраской мазка по Циль-Нельсену кислотоупорные микобактерии (КУМ) не обнаружены. В общем анализе крови – умеренный лейкоцитоз - $8,9 \times 10^9/\text{л}$, лимфопения 19%, СОЭ - 28 мм/час.

Рентгенологически в зоне 6-го сегмента слева выявлялся участок затемнения размерами 4,5х3 см с полостью распада около 0,6 см. В прилежащих участках легочной ткани определялись немногочисленные очаговые тени (которые не были описаны рентгенологом).

Вопросы.

1.Какую отчетную форму необходимо заполнить при постановке диагноза туберкулез данному пациенту.

Эталон ответа задача103. Ответ 1. Заполнить форму 089-у на больного с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза.

Задача 104.

Больной Б., 23 лет. На приеме у терапевта районной поликлиники. При прохождении профилактической флюорографии в S2 правого легкого выявлено затемнение округлой формы диаметром 1,8 см. Предыдущее флюорографическое обследование 3 года назад - патологии не было. Контакт с больными туберкулезом – отрицает. Жалоб не предъявляет.

При осмотре. Гиперстенического телосложения. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура 36,9. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 74 в 1 минуту. АД 120/70 мм. рт. ст. Над всеми легочными полями перкуторно легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме.

Произведено рентгенологическое дообследование. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и прямой томограмме 7 см. справа в верхней доле в проекции второго сегмента определяется фокусная тень 1,8 х 1,7 см с четкими контурами неоднородной структуры за счет наличия участка просветления, эксцентрично расположенного у медиального отдела фокуса. В прилегающей легочной ткани видны очаговые тени средних размеров средней интенсивности с нечеткими контурами, местами сливающиеся между собой.

Общий анализ крови – без изменений. Общий анализ мочи – без патологии. Проба Манту – 16 мм.

Вопрос 1. Какие признаки позволяют заподозрить туберкулезную этиологию процесса?

Эталоны ответов к задаче 104.

Ответ1.

молодой возраст, отсутствие клинических проявлений, скудная аускультативная картина, положительная проба Манту, рентгенологические признаки свойственные туберкуломе, локализация во втором сегменте.

Задача 106.

Больная З. - 46 лет, жительница Калининского района.

Поступила в стационар областного противотуберкулезного диспансера с жалобами на кашель, одышку, повышение температуры до 39°C, слабость, отсутствие аппетита.

Анамнез. Больной себя считает в течении нескольких дней, когда появились вышеуказанные жалобы. При флюорографическом обследовании при обращении к терапевту выявлена диссеминация в легких. В течение 18 лет пациентка работала дояркой в хозяйстве, где выявлялся туберкулезный скот. Флюорографически обследовалась ежегодно, на предыдущей флюорограмме патологии не было. Из перенесенных

заболеваний – редкие ОРЗ, пролапс митрального клапана, пневмония. Социально-бытовые условия плохие. Живет одна, в частном доме без удобств, помещение сырое. Не работает. Питание плохое.

Объективные данные. Состояние средней тяжести. Бледная. Адинамичная. Одышка в покое до 28 в минуту. Лихорадка гектического типа. Перкуторно - легочный звук над всеми полями легких. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тахикардия, ЧСС -95 в 1 минуту.

Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Проба Манту с 2 ТЕ – 0 мм.

Общий анализ крови – эр $4,4 \cdot 10^{12}$, Нб – 148 г/л, лейкоциты – $7,3 \cdot 10^9$, эозинофилы -1, палочкоядерные лейкоциты – 11%, сегментоядерные – 49%, лимфоциты – 30%, моноциты - 9, СОЭ– 30 мм/ч. Общий анализ мочи – без патологии.

Фибробронхоскопия – патологии в бронхиальном дереве не обнаружено. В мокроте методом микроскопии и методом посева МБТ не найдены.

Вопрос 1.

Какие клиничко-anamnestические могут указывать на туберкулезную этиологию заболевания?

Эталоны ответов к задаче № 106. Ответ 1. Наличие в анамнезе контакта с больным туберкулезом скотом. Работала дояркой в течении 18 лет. Плохое питание, плохие жилищно-бытовые условия. Клинические признаки (кашель, одышка, бледность кожных покровов, адинамия, лихорадка гектического типа).

Задача 107. Больной С. - 19 лет. До поступления в стационар в течение года без эффекта лечился у ревматолога по поводу болей в правом тазобедренном суставе. Туб. контакт – отрицает. Туб. инфицирован с 2010 года, химиопрофилактику туберкулеза не получал. При осмотре: увеличение объема правого тазобедренного сустава, повышение местной температуры, наличие боли и ограничение подвижности в суставе. Складка подкожно-жирового слоя над пораженным суставом больше, чем над здоровым.

Рентгенологически на фоне выраженного остеопороза головки бедренной кости определяется краевой участок деструкции размером 1 на 1,5 см с крупным эпифизарным секвестром. Замыкательная пластинка наружного отдела головки не видна. Суставная щель прослеживается не на всем протяжении. Пациент был прооперирован в НИИ травматологии и ортопедии. Во время оперативного лечения обнаружено следующее: Головка бедренной кости лишена кортикального слоя, остеопорозна, в ней определяется глубокий дефект, содержащий крупный секвестр, грануляции и гнойно-некротические массы.

Вопрос 1. Для чего пациентам с внелегочными формами туберкулеза необходимо рентгенологическое исследование грудной клетки?

Эталоны ответов к задаче № 107.

Ответ 1. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки необходимо с целью исключения активного легочного туберкулеза и остаточных изменений после перенесенного ранее туберкулезного процесса, что также подтверждает туберкулезную природу заболевания.

Задача 108. Больной М. - 60 лет обратился к врачу с жалобами на сухой кашель, кровохарканье. Контакт с больными туберкулезом отрицает. В течение многих лет курит сигареты по 2 пачки в день.

При осмотре больного: состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Над верхней долей справа притупление перкуторного звука, здесь же ослабленное везикулярное дыхание.

На обзорной рентгенограмме и линейных томограммах органов грудной клетки в проекции третьего сегмента правого легкого фокусная тень с бугристыми контурами Очаговых теней отчетливо не видно. Синусы свободны.

Вопрос 1. Какая должна быть тактика врача терапевта.

Вопрос 2. Нуждается ли больной в оказании экстренной помощи и какой?

Эталоны ответов к задаче № 108

Ответ 1. Тактика врача – больного необходимо направить на консультацию к онкологу и торакальному хирургу.

Ответ 2. Легочное кровохарканье опасно переходом в легочное кровотечение, поэтому требует применения методов экстренной помощи в условиях хирургического стационара. При возникновении кровотечения для его остановки используют методы депонирования крови в сосудах конечностей (наложение венозных жгутов), введение Е-аминокапроновой кислоты или ингибиторов фибринолиза, этамзилата натрия, препаратов кальция и витамина К, антибиотиков для профилактики аспирационной пневмонии.

Задача 109

Больной М., 42 лет, слесарь-сантехник. Курит около 30 лет, злоупотребляет алкоголем. Обратился в поликлинику с жалобами на кашель с мокротой, одышку при физической нагрузке, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела по вечерам до 37,68 С. Врач, обследовавший больного, поставил диагноз: хронический бронхит, обострение и назначил противовоспалительное лечение, отхаркивающие средства, ингаляции. После проведенного лечения самочувствие больного улучшилось, уменьшился кашель, одышка почти исчезла, нормализовалась температура тела. Сохранялась невыраженная общая слабость. Врач разрешил больному приступить к работе. Через 2 месяца при очередном флюорографическом обследовании обнаружено обширное затенение в области верхней доли правого легкого, негетогенное по структуре, с участками просветления, в нижних отделах правого легкого — множественные, расположенные группами, малоинтенсивные очаговые тени.

Вопросы к задаче 109.

1. Усматриваете ли Вы ошибки участкового врача, если да, то какие?
2. О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании данных флюорографии?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?
4. Какова должна быть тактика участкового врача?
5. Укажите, какие рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.

Эталоны ответов к задаче № 109

1. Не выполнен клинический минимум обследования на туберкулез.
2. Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения.
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, проба Манту, исследование мокроты на МБТ бактериоскопическим методом трехкратно, томография правого легкого, бронхоскопия.
4. Провести клинический минимум обследования на туберкулез, провести беседу с больным о вреде алкоголя.

5. Затенение в верхней доле справа, неомогенное по структуре, с участками просветления, очаги обсеменения в нижних отделах малоинтенсивные, расположены группами.

Задача 110

Больной С., заболел 1 мес. назад, когда стала повышаться температура тела свечками до 39С, появился кашель с мокротой, иногда с примесью крови, боли в правом боку, одышка, слабость, ночная потливость, отсутствие аппетита. Был госпитализирован с диагнозом двухсторонняя пневмония в терапевтическую клинику.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание сохранено. Пониженного питания. Кожа чистая, влажная. Дыхание бронхиальное, ослаблено, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон, более выраженные справа. Органы желудочно-кишечного тракта без особенностей, температура тела — 38,3С, гектического характера.

Гемограмма: $L-12,0 \times 10^9$ г/л, СОЭ—49 мм/час.

На обзорной рентгенограмме: справа в верхней доле массивная инфильтрация легочной ткани, множественные участки просветления. Слева в нижней доле инфильтрация, участки просветления, очаговые тени без четких контуров.

Вопросы:

1. Где должен лечиться больной?
2. Необходимы ли дополнительные методы обследования?
3. Предварительный диагноз?
4. Какие осложнения возможны?
5. Какое лечение необходимо назначить?

Эталоны ответов к задаче 110.

1. В стационаре противотуберкулезного диспансера.
2. проведение томографического обследования, исследование мокроты на МБТ методом люминесцентной микроскопии и методом посева на жидкие и твердые питательные среды и определение лекарственной чувствительности возбудителя
3. Казеозная пневмония.
4. Кровотечение, дыхательная, легочно-сердечная недостаточность.
5. До получения теста на лекарственную чувствительность возбудителя лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза (изониазид, рифампицин, пипразинамид, этамбутол) + аминогликозид

Задача 111.

Больная М., 20 лет, не работает. На 4 день после родов поднялась высокая температура до 39С, слабость, одышка. Лечение антибиотиками широкого спектра действия к улучшению состояния не привело.

Объективно: больная правильного телосложения, пониженного питания. Кожа чистая, бледная, губы с цианотическим оттенком. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 110 уд. в мин., ритмичный, температура тела 39,4С. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца приглушены, над верхушкой - нежный систолический шум. АД 110/60 мм рт. ст. Число дыхания 36 в минуту. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, при перкуссии легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно с обеих сторон скудные рассеянные влажные и сухие хрипы. Живот мягкий, нижний край печени на 2 см. ниже реберной дуги, чувствительный при пальпации. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: Эр. $3,28 \times 10^{12}$ г/л, Нв -106 г/л, лейкоциты $11,5 \times 10^9$ г/л, эоз.-0, п/я-5%, с/я-65%, лимф.-18%, мон.-12%, СОЭ 24 мм/ч. Анализ мочи без патологии. В мокроте МБТ не обнаружены. На рентгенограмме органов грудной полости по всем легочным полям равномерно мелкие очаговые тени по ходу сосудов. Синусы свободны.

Вопросы:

1. Интерпретируйте анализ крови.
2. О каком заболевании можно думать?
3. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику
4. Назначьте наиболее эффективную комбинацию препаратов
5. Исходы и возможные осложнения данного заболевания.

Эталоны ответов к задаче № 111

1. Снижение уровня гемоглобина, лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево, моноцитоз, увеличение СОЭ.
2. О остром гематогенно-диссеминированным туберкулезе (милиарный туберкулез)
3. Саркоидоз легких, мелкоочаговая двусторонняя пневмония, карциноматоз, коллагенозы.
4. До получения теста на лекарственную чувствительность возбудителя лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза интенсивная фаза (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол) + аминогликозид
5. При своевременной диагностике и лечении возможно полное излечение. Частым осложнением является туберкулезный менингит. Возможен летальный исход.

Задача 112.

Больной А., 43 года, прибыл из исправительно-трудового учреждения.. При устройстве на работу обследован флюорографически. Выявлены изменения в легких: слева в верхней доле легкого группа очагов.

При обследовании жалоб не предъявляет. В анамнезе указаний на перенесенный туберкулез нет. В последние годы ежегодно обследовался флюорографически, но ни разу на изменения в легких не указывалась.

При объективном обследовании: кожные покровы нормальной окраски, подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание ослабленное, хрипы не выслушиваются.

Анализ крови: СОЭ 4 мм/час, Нв-126 г/л, лейкоцитов $4,6 \times 10^9$ /л, э-2%, п-2%, с-63%, л-26%, мон.-7%.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: слева в области 1 и 2 сегментов легкого определяются полиморфные очаги на фоне ограниченного пневмосклероза, интенсивные, четко очерченные. Корни легких несколько уплотнены, в левом - единичный петрификат размером до 1 см. Тень сердца не изменена.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л — папула 14 мм. В мокроте люминесцентной микроскопией МБТ не выявлены.

Вопросы:

1. Какой должна быть тактика терапевта?
2. О каком заболевании с большей вероятностью необходимо думать?
3. Каким должно быть обследование для подтверждения диагноза?
4. Где должен лечиться больной?

5. Какие исходы этого заболевания могут быть?

Эталоны ответов к задаче № 112

1. Терапевт должен направить больного на консультацию в противотуберкулезный диспансер. Провести беседу о необходимости здорового образа жизни. Отказе от вредных привычек, приобретенных в ИТУ.
2. С большей вероятностью необходимо думать об очаговом туберкулезе легких.
3. ОАК, диаскинтест, обзорная рентгенография, прицельная рентгенография легких, томография легких, исследование мокроты на МБТ.
4. Больной должен лечиться в стационаре противотуберкулезного диспансера.
5. Исходы очагового туберкулеза: рассасывание, уплотнение, прогрессирование.

Задача № 113

Больной А., 40 лет, при устройстве на работу обследован флюорографически, когда в верхней доле правого легкого обнаружена округлая тень с достаточно четкими контурами на фоне фиброзных изменений, в корне правого легкого кальцинаты. Установлено, что в детстве состоял на учете в противотуберкулезном диспансере с диагнозом: туберкулез внутригрудных лимфатических узлов справа. В рядах армии не служил. Флюорографически не обследовался много лет.

Вопросы:

1. О каком заболевании должен думать терапевт?
2. Каким должно быть обследование для подтверждения диагноза?
3. Где должен лечиться больной?
4. Какую реакцию на диаскинтест у данного больного следует ожидать?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Эталоны ответов к задаче № 113.

1. Терапевт должен думать о туберкулезе верхней доли правого легкого.
2. Обследование должно включать: ОАК, ОАМ, обзорная рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях, анализ мокроты на МБТ бактериоскопическим методом трехкратно, томография верхней доли правого легкого, диаскинтест, бронхоскопия.
3. Больной должен лечиться в стационаре противотуберкулезного диспансера.
4. Положительная или гиперергическая реакция на диаскинтест.
5. С периферическим раком легкого, доброкачественными опухолями легких, кистами легких (паразитарной и непаразитарной этиологии), пневмонией, инфильтратами туберкулезными, грибковыми поражениями легких.

Задача № 114

Больной С., 33 года, водитель автобуса. При очередном флюорографическом обследовании в поликлинике выявлены изменения в правом легком, в верхней доле определяется неомогенный фокус затемнения с нечеткими контурами, с дорожкой к корню и просветлением в центре.

После вызова на дообследование в рентгенологическом кабинете врачом-рентгенологом установлено, что у больного 2 года назад был контакт с больным туберкулезом соседом. За 2 недели до профосмотра перенес гриппоподобное состояние, в течении недели отмечал повышения температуры тела в вечернее время до 37,5 - 37,8С, слабость, недомогание. К врачам не обращался. В момент посещения терапевта отмечает небольшую общую слабость, других жалоб нет.

На обзорной рентгенограмме справа в 1, 2 сегментах легкого определяется затемнение размером 5 на 6 см, средней интенсивности, неомогенное, с более плотными очаговыми включениями и просветлениями, с дорожкой к корню легкого, неправильной формы с размытыми контурами.

Вопросы:

1. Какой должна быть дальнейшая тактика рентгенологического обследования?
2. О каком заболевании с большей вероятностью необходимо думать?
3. Какое обследование должен провести терапевт для подтверждения диагноза?
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
5. Тактика лечения заболевания?

Эталонные ответы к задаче № 114

1. Томография верхней доли правого легкого.
2. Инфильтративный туберкулез верхней доли (С₁, С₂) правого легкого, фаза распада.
3. Диаскинтест, анализ мокроты на КУМ методом микроскопии мазка мокроты с окраской по Циль-Нельсену трехкратно, общий анализ крови, общий анализ мочи.
4. Бронхопневмония, крупозная пневмония, грипп.
5. До получения теста на лекарственную чувствительность возбудителя лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза интенсивная фаза (изониазид, рифампицин, пирразинамид, этамбутол)

Задача № 115

Больной И., 32 года, водитель. Жалоб нет. Выявлен при профосмотре. Последняя флюорография 3 года назад.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное. АД – 120/70. Пульс 80 ударов в 1 минуту.

Гемограмма: без патологических отклонений.

Анализ мокроты на МБТ отр.

Диаскинтест 10 мм.

Рентгенологическое исследование: Слева в С₁–С₂ группа немногочисленных очагов средней интенсивности с нечеткими контурами.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования больного должны быть назначены в противотуберкулезном диспансере?
3. Является ли показателем отсутствия активности туберкулезного процесса отсутствие в мокроте микобактерий туберкулеза?
4. Нужна ли антибактериальная терапия, режим лечения?
5. Группа диспансерного учета?

Эталонные ответы к задаче № 115

1. Очаговый туберкулез С₁–С₂ левого легкого в фазе инфильтрации, МБТ-.
2. Анализ мокроты на МБТ 3-кратно методом люминесцентной микроскопии и посева на жидкие и твердые питательные среды.
3. Отсутствие в мокроте микобактерий туберкулеза не является показателем отсутствия активности процесса.

4. До получения теста на лекарственную чувствительность возбудителя лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза интенсивная фаза (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол)
 - а. При проведении лечения I группа (активный туберкулез) до окончания основного курса химиотерапии

Задача № 116

При массовом флюорографическом обследовании у больного 32 лет в верхней доле левого легкого обнаружена округлая тень размером 2,5 на 3 см, с четкими контурами, неоднородная по структуре за счет более плотных включений. На томограмме верхней доли (срезы 6,5 и 7,5 см) подтверждается четкость границы и неоднородность структуры тени за счет просветления, прилегающего к дренирующему бронху, и более плотных включений, в окружающей легочной ткани фиброзные и очаговые изменения. При обследовании у врача поликлиники установлено, что флюорографию проходил 2 года назад, считает себя здоровым, жалоб не предъявляет. Год назад, во время эпидемии гриппа, заболел остро с катаральными изменениями, кашель с субфебрильной температурой сохранялись около месяца, астенический синдром - более 2-х месяцев.

Объективно: Грудная клетка не деформированна, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно определяется ясный легочный звук, хрипов не выслушивается.

В крови: СОЭ - 7 мм/час, Л - $6,4 \times 10^9$ /л, э - 1%, п/я - 4%, с/я - 65%, л - 26%, м - 4%.

Терапевт заподозрила периферический рак легкого, больной направлен на консультацию в онкологический диспансер. В онкодиспансере при обследовании обнаружены микобактерии туберкулеза.

Вопросы:

1. На основании имеющихся данных о каком заболевании думаете Вы?
2. Укажите, на основании каких признаков можно думать о туберкулезе?
3. В консультации какого врача нуждается больной?
4. Интерпретируйте общий анализ крови?
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Эталоны ответов к задаче № 116

1. О конгломератной туберкулезе в фазе распада, МБТ (+).
2. На основании обнаружения на томограмме округлой тени с четкими контурами, неоднородной структуры в окружении фиброза и очагов. На основании клинических признаков: длительный субфебрилитет и астенический синдром.
3. Фтизиатра.
4. Анализ крови без патологических изменений.
5. С периферическим раком легкого, доброкачественными опухолями легких, кистами легких (паразитарной и непаразитарной этиологии, пневмонией, грибковыми поражениями легких).

Задача № 117

Больная А., 22 года, заболела 2 недели назад: постепенно ухудшалось состояние, по вечерам повышалась температура до 37С, отмечалась слабость, потливость, появились головные боли, усиливающиеся при ярком свете и шуме, запор. День назад наступило резкое ухудшение всех симптомов: температура повысилась до 38,2С, выросла

интенсивность головной боли, светобоязнь, на теле спонтанно возникают и исчезают красные пятна.

Объективно: Состояние тяжелое. Сознание спутанное. Нормостенического телосложения. Кожные покровы чистые, выраженный красный дермографизм, выраженные пятна Труссо. Зев чистый. Температура тела 39,2С. АД 140/90. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, тахикардия 92 удара в минуту. Живот втянутый, ладьевидной формы. Отмечается запор. Мочеиспускание не нарушено. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, Кернига, Брудзинского) положительные. Отмечается левосторонний птоз, сходящееся косоглазие.

В гемограмме: лейкоцитов $12,8 \times 10^9/\text{л}$, э - 3%, с/я - 51%, лимф. - 8%, мон 11%, СОЭ - 32 мм/час. Исследование ликвора: Жидкость опалесцирующая, вытекает струей. Кол-во клеток $0,15 \times 10^6/\text{л}$, лимфоциты 70%, нейтрофилы 30%. Выпала паутинная пленка. Сахар 16 ммоль/л, хлориды 92 ммоль/л. Анализ ликвора на МБТ: Бактериоскопически микобактерии туберкулеза не обнаружены. Рентгенологически: легочные поля прозрачные, чистые, в С2 справа имеется очаг Гона.

Вопросы:

1. Какие черепнолицевые нервы повреждены?
2. Ваш диагноз? К какой группе диспансерного наблюдения относится данный больной?
3. Что говорит в пользу данного диагноза?
4. Методы лечения данного больного?
5. Прогноз болезни? Какие осложнения заболевания возможны?

Эталонные ответы к задаче № 117

- 1 Поражение 3 и 6 пары черепно-мозговых нервов.
- 2 Туберкулезный менингит, МБТ - I группа диспансерного учета до окончания основного курса химиотерапии
- 3 В пользу данного диагноза говорит постепенное начало заболевания, поражение черепно-мозговых нервов, показатели ликвора, рентгенологически - перенесенный ранее туберкулезный процесс.
- 4 Длительное стационарное лечение с применением не менее 4 противотуберкулезных препаратов с обязательным использованием патогенетических средств.
- 5 При своевременном и правильном лечении - выздоровление, при неблагоприятном течении заболевания возможен летальный исход. Возможны осложнения в виде потери зрения и слуха, органических поражений головного мозга.

Задача № 118

Больной В., 35 лет. Жалобы на субфебрильную температуру, слабость, повышенную потливость, особенно по ночам, быструю утомляемость, небольшой сухой кашель. Заболевание началось постепенно. Болен в течение месяца.

При обследовании: Состояние средней тяжести. Астенического телосложения. Температура тела 37,1 С. Кожные покровы чистые, бледные, румянец на щеках. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими легочный звук, незначительное притупление легочного звука над верхушкой справа. Дыхание в легких везикулярное, справа, в верхних отделах на фоне жесткого дыхания прослушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца

приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Стул и мочеиспускание не изменены.

В гемограмме: Лейк. $8,1 \times 10^9$ /л, эоз. – 3 %, п/я - 6%, с/я - 59 %, лимф. – 18 %, мон. - 14 %. СОЭ 24 мм/час.

Диаскинтест - 9 мм. Посев мокроты на МБТ отр.

Рентгенологически: Справа в С2 на фоне размытого легочного рисунка полиморфные очаги диаметром 5-9 мм с нерезкими контурами, выражена склонность к слиянию очагов.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какая тень на рентгенограмме называется очагом?
3. С каким заболеванием в первую очередь необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. В какой группе учета должен состоять данный больной?
5. Возможные исходы заболевания? Нуждается ли в направлении на МСЭ

Эталоны ответов к задаче № 118.

1. Очаговый туберкулез С2 правого легкого, фаза инфильтрации. МБТ -.
2. Рентгенологически округлая тень диаметром до 10-12 мм называется очагом.
3. Очаговый туберкулез в первую очередь дифференцируем с очаговой пневмонией.
4. Больной с активным туберкулезным процессом в легких должен состоять в I группе диспансерного учета в течении всего периода лечения.
5. При адекватной терапии частичное рассасывание и уплотнение очагов, при отсутствии лечения прогрессирование процесса слияние очагов с образованием инфильтратов и переход процесса в инфильтративный туберкулез. Нет, процесс ограниченный с благоприятным прогнозом.

Задача № 119

Больная А., 44 года поступила в клинику с жалобами на повышенную температуру до 38,5С, слабость, отсутствие аппетита, быструю утомляемость, слабый кашель с небольшим количеством мокроты, боли в межлопаточной области, больше справа.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, повышенной влажности, стойкий красный дермографизм. Положительный симптом Поттенджера (Болезненность мышц плечевого пояса при пальпации), более выражен справа. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими легочный звук, незначительное притупление звука над верхушкой правого легкого, при аускультации над верхушкой правого легкого после покашливания определяются сухие и полусухие, трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Стул и мочеиспускание не нарушены.

В гемограмме: Лейк. $12,8 \times 10^9$ /л, эоз. – 3 %, п/я - 8%, с/я - 58 %, лимф. – 17 %, мон. - 14 %. СОЭ 24 мм/час.

Посев мокроты на микобактерии туберкулеза положительный.

Рентгенологически: В С1-С2 правого легкого участок затемнения 2х3 см, с нечеткими, размытыми контурами, средней интенсивности, неоднородный по структуре с участками просветления.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Какая группа диспансерного учета у данного больного?
3. С каким заболеванием в первую очередь проводим дифференциальную диагностику?
4. Тактика. Какие лекарственные препараты необходимо назначить больному?
5. Какие осложнения возможны?

Эталоны ответов к задаче № 119

1. Инфильтративный туберкулез С2-С2 правого легкого, фаза распада. МБТ+.
2. Больные с активным туберкулезным процессом при проведении лечения наблюдаются в первой группе диспансерного наблюдения.
3. Дифференциальный диагноз в первую очередь проводим с внебольничной пневмонией.
4. Обязательная госпитализация в противотуберкулезный стационар, подача формы 089-у, направление экстренного извещения в центр госсанэпиднадзора при первом положительном результате на МБТ, противотуберкулезное лечение.
5. Кровохаркание, кровотечение, ателектаз.

Задача 120.

Больной Б, 43-х лет, длительное время состоит на учете у уролога поликлиники с диагнозом хронический пиелонефрит. Многократно лечился антибиотиками широкого спектра действия, сульфаниламидными препаратами без эффекта. ОАМ - р. кислая, уд. вес-1014, L-5-10 п/зр. эр. 4-5, сахар-отр., белок-следы.

Вопросы к задаче 155.

1. Ваша тактика
2. С какими заболеваниями необходимо проводить диф. диагностику?

Эталоны ответов к задаче 120.

1. Произвести посевы мочи на МБТ, поставить пр. Манту, выполнить экскреторную урографию, направить на консультацию к фтизиоурологу? Провести беседу о профилактике инфекционных заболеваний моче-половой системы.
2. Туберкулезный папиллит

Задача 121

Больной с инфильтративным туберкулезом правого легкого на фоне лечения предъявляет жалобы на изжогу, боль в эпигастрии, боль за грудиной, проявления желчного рефлюкса.

Вопросы к задаче 121.

1. Достоверно в пользу диагноза гастроэзофагиальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) будет служить?
2. Какие методы немедикаментозного воздействия могут быть полезны в данном случае?

Эталон ответа на задачу 121.

1. Наличие воспалительно-эрозивных изменений в пищеводе при фиброгастродуоденоскопии.
2. Пациенту необходимо спать с приподнятым изголовьем, избегать горизонтального положения после приема пищи в течение 40 минут-1 часа, последний прием пищи за 2 часа до сна.

Задача 122.

У больного, получающего лечение по поводу туберкулеза, на основании клинических данных установлен диагноз гастроэзофагиальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Вопрос к задаче 122.

Какие рекомендации должен дать врач-фтизиатр пациенту?

Эталон ответа на задачу 122.

1. Больному необходимо спать с приподнятым изголовьем, последний прием пищи за 2 часа до сна, прием антацидов.

Задача №123.

Больная П. 40 лет, бухгалтер. После летнего отпуска, проведенного на берегу моря, стала отмечать повышенную утомляемость, потливость, повышение температуры до 37,3С.

При обследовании терапевтом установлено: кожа цвета загара, подкожно-жировой слой развит хорошо, левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Над левой надключичной областью укорочение перкуторного звука и ослабленное дыхание, хрипов нет.

В анализе крови: СОЭ–20 мм/час, лейкоц.– $6,0 \times 10^9$ /л, п/я–10%, с/я–57%, лимф.–20%, мон.–10%.

При посеве мокроты обнаружены микобактерии туберкулеза, чувствительные ко всем туберкулостатическим препаратам.

Рентгенограмма органов грудной клетки: в I–II сегментах левого легкого группа теней средней и малой интенсивности, округлой формы с расплывчатыми контурами, кальцинаты в правом корне.

Вопросы:

1. Интерпретируйте общий анализ крови.
2. Как Вы оцените рентгенологические находки?
3. Сформулируйте клинический диагноз и дайте его обоснование.
4. К какому периоду туберкулеза относится процесс у данной больной? Первичный? Вторичный? Какие условия способствовали развитию активного туберкулеза?
5. Назначьте лечение.

Эталоны ответов к задаче №123.

1. Палочкоядерный сдвиг влево, умеренный моноцитоз.
2. Кальцинаты в корне правого легкого говорят о перенесенном первичном туберкулезе легких. У больного произошла эндогенная реактивация старых туберкулезных очагов.
3. Очаговый туберкулез верхней доли С1-2 левого легкого в фазе инфильтрации, МБТ+.
4. Вторичный. Возможно влияние гиперинсоляции. Необходимо провести беседу о вреде чрезмерного пребывания на солнце пациентам с активным туберкулезом или перенесших туберкулез.
5. Лечение по режиму лекарственно-чувствительного туберкулеза. интенсивная фаза, комбинация из 4 препаратов (изониазид, рифампицин, этамбутол, пипразинамид).

Задача №124.

Больной 55 лет, поступил по поводу одышки инспираторного характера даже при небольшой физической нагрузке, небольшой кашель. Болен около двух лет, в течение которых отмечалось постепенное увеличение одышки, иногда субфебрильная температура. Похудел на 8 кг.

Объективно: цианоз, акроцианоз, пальцы в виде “барабанных палочек”. В легких ослабленное везикулярное дыхание с укорочением вдоха и выдоха. Крепитирующие хрипы с обеих сторон под лопатками, усиливаются при глубоком дыхании. ЧД – 28 в минуту. Печень у края реберной дуги.

Рентгенография грудной клетки: диффузная сетчатая деформация легочного рисунка, распространенные двухсторонние инфильтративные тени и понижение прозрачности в области нижних легочных полей.

Вопросы:

1. Определите тип и степень дыхательной недостаточности.
2. Дифференциальный диагноз проводится между хроническим бронхитом, внебольничной пневмонией, туберкулезом легких. Приведите аргументы “за” и “против” этих заболеваний.
3. Методы подтверждения диагноза?
4. Возможное заключение медико-социальной экспертизы?
5. Методы лечения.

Эталоны ответов к задаче №124.

- 1 Рестриктивная, III стадия. Хронический бронхит, внебольничная пневмония
 - 2 “за” — кашель 2 года, субфебрильная температура; участки инфильтрации легочной ткани, лихорадка “против” — основная жалоба одышка, в легких не сухие хрипы, а крепитация. Туберкулез легких: за” — рентгенологические данные, субфебрильная температура, похудание; “против” — поражение нижних легочных полей.
 - 3 Бронхоскопия с исследованием БАЛЖ на МБТ, микроскопия мазка мокроты 3кратно, посевы мокроты на МБТ -3кратно, КТ органов грудной клетки, спирография, общий анализ мокроты.
 - 4 Возможно установление инвалидности II группы.
3. При обнаружении туберкулезного процесса – антибактериальная терапия с учетом чувствительности возбудителя. При подтверждении пневмонии антибиотики широкого спектра действия, средства улучшающие дренажную функцию ронхов.

Задача 124.

Больная С., 21 года, жительница города Ртищево, воспитатель детского сада. Поступила в областной противотуберкулезный диспансер для стационарного лечения. Контакт с туберкулезными больными отрицает. Заболевание выявлено при профилактической флюорографии. Предыдущее флюорография год назад – патологии не было. При осмотре: жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Грудная клетка обычной формы. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное по всем легочным полям. МБТ в мокроте методом микроскопии мазка с окраской по Циль-Нельсену не обнаружены.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,5 \cdot 10^{12}$, гемоглобин - 130г/л, лейкоциты - $6,2 \cdot 10^9$, эозинофилы – 0, палочкоядерные лейкоциты – 3%, сегментоядерные лейкоциты – 48%, лимфоциты – 41%, моноциты – 8%. СОЭ - 6 мм/час. Общий анализ мочи - без патологии. Проба Манту с 2 ТЕ – папула 15 мм, Диаскин тест – папула 17 мм.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и прямых томограммах (срез 6 см) правого легкого в проекции 1 и 2 сегмента справа определяется группа слабоинтенсивных очаговых теней размером 0,3- 6 см с нечеткими контурами, склонных к слиянию

Вопросы к задаче 124.

1. Ваш предположительный диагноз. Сформулируйте диагноз по классификации.
2. Какое лечение должно проводиться в данном случае?
3. Может ли пациентка продолжать работать в детском саду?
4. Показано ли данной больной хирургическое лечение? Если да, то назовите вид оперативного вмешательства.
5. По какой группе диспансерного учета должна наблюдаться пациентка. Показано ли больной санаторное лечение?

Эталоны ответов к задаче 124..

Ответ 1. Диагноз: Очаговый туберкулез S1 и S2 правого легкого в фазе инфильтрации МБТ-.

Ответ 2. Пациентке до получения теста на лекарственную устойчивость МБТ необходимо назначить лечение по интенсивной фазе режима лекарственно-чувствительного туберкулеза (3 режима) комбинацией из 4 противотуберкулезных препаратов (изониазид, рифампицин, этамбутол, пипразинамид).

Ответ 3. Пациентка не может продолжать работать в детском саду, так как в детские учреждения раннего возраста больные с активным и даже неактивными посттуберкулезными изменениями в легочной ткани не допускаются.

Ответ 4. Пациентке хирургическое лечение не показано. В случае формирования больших остаточных изменений в виде плотных, конгломератно расположенных очагов и желании пациентки вернуться к работе в детском саду возможно хирургическое лечение по эпидемиологическим показаниям в виде экономной резекции правого легкого.

Ответ 5. Пациентка должна наблюдаться по 1 группе диспансерного учета. Больной показано санаторное лечение после курса интенсивной терапии.

Задача 125.

Мальчик 8 лет. Туберкулезный контакт семейный – у отца 2 года назад выявлен инфильтративный туберкулез легких в фазе распада, МБТ (+) (ЛУ лекарственная устойчивость к стрептомицину). Больной не лечится, находится дома. Ребенок вакцинирован БЦЖ в родильном доме – рубец 5мм. Как контактный взят на учет по IV «А» группе год назад, контакт не разобщен, профилактическое лечение не проводилось. Выявлен по результату ДИАСКИНТЕСТА. Проба Манту с 2ТЕ: 1 год – папула 5 мм; 2 года – 3 мм; 3 года – нет; 4-5- лет – 0 мм; 6 лет – папула 14мм; ДИАСКИНТЕСТ - 7 лет – папула 15 мм; 8 лет – папула 20 мм. Симптомов интоксикации нет, пальпируются 7 групп периферических лимфатических узлов, эластичной консистенции. На кожных покровах в области левого плеча рубец от БЦЖ – 4 мм. В легких укорочение перкуторного звука паравертебрально справа, дыхание везикулярное. Одышки нет. Тоны сердца ясные, тахикардии, аритмии нет. Живот мягкий, печень, селезенка не пальпируются. В анализе крови: Нв – 134г/%, Л- $7,1 \times 10^9$ /л, СОЭ – 3 мм/час, э-2%, п-1%, с-65%, лим-28%, м-4%.

Вопросы к задаче 125.

1. Относится ли ребенок к группе лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом
2. Какие мероприятия необходимо провести при наличии туберкулезного контакта
3. Какой метод лучевой диагностики локального туберкулеза показан пациенту
4. Когда по результатам туберкулинодиагностики и ДИАСКИНТЕСТА ребенок нуждался санаторном лечении.
5. Какие разделы медицинской реабилитации включает санаторный этап

Эталоны ответов на ситуационную задачу 125.

Ответ 1. У ребенка туберкулезный контакт с отцом в течение 3-х лет, положительный ДИАСКИНТЕСТ последние 2 года, первичное туберкулезное инфицирование по пробе Манту с 2 ТЕ в возрасте 7 лет - этот пациент относится к группе лиц с высоким риском заболевания туберкулезом

Ответ 2. Разобщение туберкулезного контакта с отцом, больным туберкулезом, направление ребенка в противотуберкулезный санаторий, где необходимо проводить профилактическое лечение;

Ответ 3. С учетом туберкулезного контакта, гиперергической чувствительности по ДСТ, данных объективного исследования – отсутствие симптомов интоксикации, притупление перкуторного звука справа, но везикулярное дыхание) показано проведение компьютерной томографии органов грудной клетки

Ответ 4. В возрасте 6-ти лет, когда у ребенка по результатам туберкулинодиагностики было диагностировано туберкулезное инфицирование, а у отца был выявлен туберкулез легких

Ответ 5. Сбалансированное питание с достаточным содержанием белка, витаминов, нормализация режима учебы и отдыха, санация очагов хронической инфекции, проведение контролируемого профилактического лечения

Задача 126.

Больная М., 19 лет доставлена в стационар в тяжелом состоянии с жалобами на боли в левом боку, одышку, затрудненное дыхание, сердцебиение. Из анамнеза известно, что больная лечилась в противотуберкулезном стационаре с диагнозом инфильтративный туберкулез С1,2 верхней доли левого легкого в фазе распада. На фоне лечения процесс трансформировался в кавернозный туберкулез. Предлагалось оперативное лечение, от которого больная отказалась. Внезапно после сильного кашля у больной появились вышеперечисленные жалобы. При осмотре. Больная бледная, цианоз губ. Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Межреберные промежутки на этой стороне расширены. Голосовое дрожание не определяется. При перкуссии справа легочный звук, слева – коробочный. Аускультативно: справа на фоне жесткого дыхания рассеянные сухие хрипы, слева дыхание не прослушивается. На рентгенограмме левое легкое коллабировано к корню на 2/3 объема, виден участок лишенный легочного рисунка, в верхнем отделе справа полость диаметром до 3 см с четким внутренним и наружным контуром и толщиной стенки до 3 мм.

Вопросы:

1. Какое осложнение возникло у больной?
2. В каких лечебных мероприятиях нуждается пациентка?

Эталонные ответы на задачу 126.

1. Спонтанный пневмоторакс левого легкого.
2. Необходима консультация хирурга и дренирование плевральной полости с целью аспирации воздуха из левой плевральной полости.

Задача 127.

Больной А., 32 лет, поступил в противотуберкулезный стационар с диагнозом: инфильтративный туберкулез шестого сегмента правого легкого в фазе распада, МБТ+. МЛУ к изониазиду, рифампицину. Сопутствующее заболевание. Язвенная болезнь желудка. Стадия обострения. Больной получал лечение по интенсивной фазе режима МЛУ (бедаквилин, линезолид, циклосерин, протионамид, ПАСК per os).

Вопросы.

1. Правильно ли была назначена АБТ?
2. Какой препарат дополнительно группы сопровождения необходимо было назначить данному пациенту?

Эталоны ответов на задачу 127.

1. Больному не следует назначать протионамид и ПАСК из-за их нежелательного гастроинтестинального действия. Предпочтительно назначить в комбинации парентеральные препараты (канамицин, моксифлоксацин в/в)
2. Дополнительно назначить ингибиторы протонной помпы (омепразол), антациды, обволакивающие препараты.

Задача 128.

Больная Р., 30 лет. Предъявляет жалобы на тяжесть в правой половине грудной клетки, повышение температуры до 38 С, Заболела остро. Объективно: при перкуссии тупость в правой половине грудной клетки, здесь же дыхание не прослушивается, при рентгенологическом обследовании определяется интенсивное, гомогенное затемнение с косым уровнем и смещением средостения в левую сторону.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какое обследование необходимо провести для уточнения диагноза.
3. Какое патогенетическое средство необходимо назначить, если будет подтверждена туберкулезная этиология заболевания?

Эталоны ответов к задаче 128

1. Правосторонний экссудативный плеврит.
2. Плевральную пункцию с исследованием плевральной жидкости на общий анализ, биохимию, МБТ, цитологию.
3. Глюкокортикостероидные гормоны.

Задача 129.

Подросток 15 лет. При первичном флюорографическом обследовании выявлен инфильтративный туберкулез легких С6 правого легкого, МБТ (-). Госпитализирован в стационар.

1. Какая учетная форма должна быть подана на больного?
2. Сроки выхода врача-фтизиатра, эпидемиолога в очаг туберкулезной инфекции?

Эталоны ответов.

1. На впервые выявленного больного туберкулезом подается учетная форма 089/у-00.
2. В течение 3 календарных дней с момента получения экстренного извещения.

Задача 130

Мужчина 25 лет. При плановом флюорографическом обследовании выявлен инфильтративный туберкулез легких С6 правого легкого, МБТ (-). Госпитализирован в стационар. Дана учетная форма 089/у-00.

1. Какие противоэпидемические мероприятия должны быть проведены по месту работы пациента?

Эталоны ответов.

1. Эпидемиологические мероприятия не проводятся.

Задача 131

Подросток 15 лет. При первичном флюорографическом обследовании выявлен инфильтративный туберкулез легких С6 правого легкого, МБТ (-). Госпитализирован в стационар. Дана учетная форма 089/у-00. Проживает в отдельной квартире с родителями, бабушкой.

1. Какие противоэпидемические мероприятий должны быть проведены по месту жительства ребенка?

Эталоны ответов.

1. В течение 12 недель окружение ребенка должно быть обследовано флюорографически, поставлен диаскин-тест.

Задача 132

У больного посмертно установлен диагноз фиброзно - кавернозного туберкулеза, МБТ(+). Легочное кровотечение. При жизни на учете у фтизиатра не состоял. Сведения на пациента в ФРБТ отсутствуют.

1. Какие вопросы решает врач-фтизиатр/эпидемиолог в «процессе» эпидемиологического расследования данного случая?

Эталоны ответов.

1. В очаге смерти от туберкулеза проводится заключительная дезинфекция и первичное обследование лиц, контактировавших с больным, в течение 14 календарных дней с момента выявления больного, динамическое наблюдение за контактными лицами. На впервые выявленного больного туберкулезом (посмертно) подается учетная форма 089/у-00 и 058/у.

Задача 133. Больной 65 лет. Госпитализирован в стационар с диагнозом: туберкулема С6 левого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ(+). ХОБЛ.

1. Какие вопросы решает врач-фтизиатр при обследовании очага туберкулезной инфекции для оценки степени его эпидемиологической опасности?

Эталоны ответов.

1. При обследовании очага оценивается степень его эпидемиологической опасности (риск заражения для находящихся в нем людей), условия быта, уровень санитарно-гигиенических навыков членов семьи, наличие в очаге детей, подростков, беременных женщин, лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией, больных ВИЧ-инфекцией.

Задача 134.

Больная 24 лет. При контрольном флюорографическом обследовании выявлен инфильтративный туберкулез С1-2 левого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ(+). Госпитализирована в стационар. Дана учетная форма 089/1-00. Проживает в отдельной квартире с мужем и детьми 3 и 5 лет.

1. Укажите сроки первичного обследования очага и лиц, контактировавших с больным?

Эталоны ответов.

1. Первичное обследование очага и лиц, контактировавших с больным в течение 14 календарных дней с момента выявления больного.

Задача 135

Больная 24 лет. При контрольном флюорографическом обследовании выявлен инфильтративный туберкулез С1-2 левого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ(+). Госпитализирована в стационар. Дана учетная форма 089/1-00. Проживает в отдельной квартире с мужем и детьми 3 и 5 лет.

1. Укажите методы обследования контактных взрослых с больной туберкулезом?
2. Укажите методы обследования контактных детей с больной туберкулезом
3. Проведите беседу с родственниками больного необходимости обследования и превентивного лечения контактных лиц.

Эталоны ответов.

1. Взрослые – флюорографическое/рентгенографическое обследование, постановка Диаскинтеста, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови – общий билирубин, трансаминазы – перед назначением химиопрофилактики.
2. Дети/подростки – обзорная рентгенограмма грудной клетки (по показаниям томограммы); при положительном результате Диаскинтеста – проведение КТ органов грудной клетки; постановка кожных иммунологических проб 2 раза в год, общие клинические анализы.
3. Беседа о предупреждении заболевания контактных лиц туберкулезом.

Задача 136.

Больная 28 лет. При контрольном флюорографическом обследовании выявлен инфильтративный туберкулез С1-2 левого легкого в, МБТ(-). Госпитализирована в стационар. Дана учетная форма 089/1-00. Проживает в отдельной квартире с мужем и детьми 5 и 7 лет.

1. Укажите методы обследования контактных взрослых с больной туберкулезом?
2. Укажите методы обследования контактных детей с больной туберкулезом
3. Проведите беседу с родственниками больного необходимости обследования и превентивного лечения контактных лиц.

Эталоны ответов.

1. Взрослые – флюорографическое/рентгенографическое обследование, постановка Диаскинтеста.
2. Дети/подростки – обзорная рентгенограмма грудной клетки (по показаниям томограммы); при положительном результате Диаскинтеста – проведение КТ органов грудной клетки; постановка кожных иммунологических проб 2 раза в год, общие клинические анализы.
3. Беседа о предупреждении заболевания контактных лиц туберкулезом.

Задача 137

Больная 25 лет. При контрольном флюорографическом обследовании выявлен инфильтративный туберкулез С1-2 левого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ(+). Госпитализирована в стационар. Дана учетная форма 089/у-00. Проживает в отдельной квартире с мужем и детьми 4 и 6 лет. При обследовании детей активный туберкулезный процесс не выявлен.

1. Укажите к какой группе очагов относится квартира?
2. Группа диспансерного наблюдения у фтизиатра?
3. Сроки проводимого профилактического лечения и препараты, которыми будет проводиться превентивная терапия?

4. Проведите беседу с родственниками больного о предупреждении распространения туберкулеза в семье.

Эталоны ответов.

1. Данная квартира относится к I группе очагов.
2. Дети, муж больной будут наблюдаться врачом-фтизиатром по IV»А» группе диспансерного учета.
3. Превентивная терапия 2-мя препаратами: изониазид и пиперазинид или фтизопиром в условиях санатория. Срок проведения профилактического лечения – 6 месяцев. Муж – будет назначена химиопрофилактика – изониазид (5-10 мг/кг) – 6 месяцев.
4. Беседа о санитарной профилактике туберкулеза, дезинфекционных средствах, методах обеззараживания посуды, одежды, предметов обихода.

Задача 138

Больная 24 лет. При контрольном флюорографическом обследовании выявлен инфильтративный туберкулез С1-2 левого легкого в фазе распада т обсеменения, МБТ(+). Госпитализирована в стационар. Дана учетная форма 089/У-00. Проживает в отдельной квартире с мужем и детьми 3 и 5 лет. Врач – фтизиатр провела беседу с родственниками о важности проведения текущей дезинфекции в квартире.

1. Укажите частоту проведения текущей дезинфекции в очаге туберкулеза?
2. Сроки посещения очага врачом-фтизиатром/медицинской сестрой?

Эталоны ответов.

1. Ежедневная влажная уборка помещений с обязательным использованием дезинфицирующих средств.
2. Данная квартира относится к I группе очагов – «социально отягощенные очаги». Очаги, сформированные больным туберкулезом органов дыхания, выделяющими МБТ. Врач-фтизиатр посещает очаг ежеквартально; медицинская сестра – ежемесячно.

Задача 139.

Пациентка Б 59 лет, Поступила в стационар ПТУ с диагнозом инфильтративный туберкулез С: левого легкого, одновременно страдает артериальной гипертензией около 20 лет, получает постоянную гипотензивную терапию, в настоящее время принимает ингибиторы АПФ (лизиноприл) и мочегонные (индапамид). После стрессовой ситуации резко повысилось артериальное давление до 220 и 120 мм рт.ст., тошнота, однократно рвота, резкая слабость, головокружение. При осмотре выявлено: АД 225 и 115 мм рт.ст., пульс 90 в одну минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Дыхание везикулярное по всем легочным полям. Живот мягкий, безболезненный.

На ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка.

Вопросы:

1. Сформулируйте сопутствующий диагноз:
2. Какое осложнение возникло у больной?
3. Какие неотложные мероприятия должны быть проведены данной пациентке?

Эталоны ответов к задаче 139.

1. Гипертоническая болезнь III стадии. Степень артериальной гипертензии 3. Риск 4 (очень высокий).
2. Осложнение - гипертонический криз.
3. Мероприятия неотложной помощи включают назначение: гипотензивных препаратов короткого и быстрого действия перорально или сублингвально: каптоприл, моксонидин, клонидин, пропранолол

140.

Больная Р., 62 лет, больна инфильтративным туберкулезом С1-2 левого легкого в фазе распада и обсеменения МБТ+ Соп. ИБС – стенокардией напряжения ФК II, по поводу чего получает ряд препаратов. Стал отмечать слабость, редкий пульс, чувство замирания сердца. При объективном осмотре – бледность кожных покровов, брадикардия. Сделана ЭКГ: Выявлено нарушение ритма. Удлинение интервала Q-T/

Вопросы:

1. Какой противотуберкулёзный препарат нельзя назначать данной пациентке?

Ответ 1.

Бедаквилин.