Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации обучающихся по дисциплине.

1 этап «Определение уровня теоретической подготовки»

Тестирование (100 вопросов) Пример

1. Что наиболее характерно для больных туберкулезом:
А) абсолютная лимфопения
Б) лимфоцитоз
В) нормальное количество лимфоцитов
2. При остропрогрессирующих формах туберкулеза наблюдают:
А) палочкоядерный сдвиг влево, токсическую зернистость нейтрофилов
Б) абсолютную лимфопению
В) все перечисленное

3. Тип адаптационной реакции определяют по:
А) содержанию лейкоцитов
Б) содержанию абсолютного числа лимфоцитов
В) содержанию абсолютного числа моноцитов
4. При реакции активации наблюдают абсолютное число лимфоцитов крови:
А) менее 1,2х10
Б) от 1,2 до 1,5х10
В) от 1,5 до 3,5х10
5. Для деструктивных форм туберкулеза органов дыхания не характерно:
А) неполноценные реакции тренировки и реакции активации
Б) полноценные реакции тренировки и реакции активации
В) реакции «стресс» и реакции переактивации
6. Наиболее благоприятное течение туберкулеза легких наблюдают у больных с фенотипом гаптоглобина
А) Hp2-2
Б) Hp2-1
В) Hp1-1
7. Серологические реакции (РНГА, РСК, РПК, ИФА) используют для определения:
А) уровня туберкулезных антигенов
Б) уровня противотуберкулезных антител
В) уровня циркулирующих иммунных комплексов
8. Нетуберкулезные патогенные для человека микобактерии:
А) M. aurum, M. gadium
Б) M. avium, M. kansassii
В) M. tuberculosis, M. bovis
7. Преобладание в мокроте нейтрофилов указывает на:
А) аллергическое состояние
Б) остроту воспалительной реакции
В) затяжной воспалительный процесс

8.Ликвор при туберкулезном менингите:
А) мутный
Б) прозрачный, опалесцирующий
В) геморрагический.

9.Исключите редко стречающийся характер экссудата при туберкулезном плеврите:
А) серозно-фибринозный, серозный
Б) гнойный
В) геморрагический
10.При экссудативном плеврите в плевральной жидкости активность ЛДГ:
А) повышается
Б) понижается
В) не изменяется
1 1.Основные дифференциально-диагностические критерии послевакцинной и инфекционной аллергии:
А) динамика туберкулиновых проб, наличие и размер послевакцинного знака

Б) туберкулезный контакт, наличие клинических признаков
В) все перечисленное.
1 2.Положительная туберкулиновая анергия-это:
А) снижение туберкулиновой чувствительности у больных острыми формами туберкулеза
Б) снижение туберкулиновой чувствительности у здоровых неинфицированных и невакцинированныхлюдей
В) снижение туберкулиновой чувствительности у больных с извращенным иммунным ответом.

13. Больные сахарным диабетом — это:
А) группа учета контингентов противотуберкулезного диспансера
Б) группа риска по заболеванию туберкулезом
В) декретированный контингент (обязательный контингент) по флюорографическому обследованию
14. Критериями своевременного выявления туберкулезных процессов являются:
А) Бактериовыделение и объем поражения
Б) выраженность клинических проявлений и наличие необратимых изменений в легких
В) отсутствие распада в лёгочной ткани, нераспространенность поражения, отсутствие систематического бактериовыделения.
15.”Малыми” формами туберкулеза называют процессы, занимающие:
А) не более одной доли Б) не более 3-4 сегментов В) не более 2 сегментов.
16. Вакцинация и ревакцинация проводится детям и подросткам с:
А) сомнительной реакцией на туберкулин
Б) отрицательной реакцией на туберкулин
В) гиперэргической реакцией на туберкулин.
17. Интервал между пробой Манту и вакцинацией должен быть:
А) не менее 5-ти дней и не более 3-х недель
Б) не менее 5-ти дней и не более 2-х недель
В) не менее 3-х дней и не более 2-х недель
18. Цель химиопрофилактика:
А) обеззараживание выделений больного туберкулезом
Б) предупреждение заболевания туберкулезом при установленном туберкулезном контакте
В) предупреждение заболевания туберкулезом при неустановленном туберкулезном контакте
19. Исключите контингент детей и подростков, не подлежащий химиопрофилактике:
А) дети и подростки с виражом и гиперэргическими реакциями на пробу Манту
Б) здоровые дети и подростки, находящиеся в контакте с больным активным туберкулезом
В) дети и подростки, страдающие сахарным диабетом.
20. Исключите контингент взрослых, не подлежащий химиопрофилактике:
А) здоровые лица, имеющие контакт с бактериовыделителем
Б) лица с постгуберкулезными изменениями, наблюдающиеся в 7 ГДУ при наличии сопутствующих заболеваний,
способствующих реактивации туберкулеза (ХН3Л, сахарный диабет и т.д.), или при лечении глюкокортикоидами.
В) здоровые лица, находящиеся в контакте с больным активным туберкулезом без бактериовьиделения.
21.Патогенез туберкулезной интоксикации у детей и подростков:
А)эндогенная реинфекция
Б)экзогенная суперинфекция
В)эндогенная инфекция. .
22.Основа морфогенеза туберкулезной интоксикации у детей и подростков:
А) “облигатная” микобактериемия
Б) специфический гранулематозный процесс в легких
В) специфический гранулематозный процесс во внутригрудных лимфатических узлах.
23. При туберкулезной интоксикации у детей и подростков чаще увеличены лимфатические узлы:
А) шейны е
Б) внутригрудные
В) паховые.
24.Причинами осложненного течения первичного туберкулезного комплекса являются:
А)отсутствие и неэффективная вакцинация БЦЖ, длительный туберкулезный контакт ‘
)предшествующие интеркуррентные заболевания и другие факторы, ослабляющие иммунитет
В) все перечисленное
25.Появление кровохарканья у больных первичным туберкулезным комплексом позволяет заподозрить:
А) осложнение казеозной пневмонией -
Б) осложнение туберкулезом бронха
В) все перечисленное
26.Туморозный вариант ТВГЛУ характеризуется морфологически:
А)массивным казеозным перерождением лимфоидной ткани

В)лимфогистиоцитарной инфильтрацией пораженного ЛУ
В)гранулематозным воспалением в сочетании с параспецифическими изменениями в пораженных ЛУ.
27.Туберкулез внутригрудных ЛУ протекает на фоне:
А) туберкулиновой анергии
Б) положительных нормэргических проб
В)гиперэргией и виражом туберкулиновых проб.
28.Свищевая форма туберкулеза бронха- частое осложнение:
А) туморозного варианта ТВГЛУ
Б) инфильтративного варианта ТВГЛУ
В) малой формы

29.Основа очагового туберкулеза легких-рентгенологический синдром:
А)расширения тени средостения
Б)усиления легочного рисунка
В)очаговости
30.Получевный методом иммуноферментного анализа с тубантигеном результат 0,4 усл.ед. свидетельствует:
А) в пользу активности очагового туберкулеза Б) в пользу неактивного очагового туберкулеза
В) в пользу активности очаг

31.Очаги при МТ характеризуются:
А)полиморфные, расположены в верхних плевро-кортикальных отделах легких
Б)полиморфные, расположены в средних и нижних отделах легких
В)мономорфные, расположены по всем легочным полям.
32. Ведущий симптом легочного варианта МТ:
А) лихорадка
Б) одышка
В)кашель с мокротой.
33.Морфологическая основа тифобациллеза Ландузи:
А)казеозно- некротические туберкулезные очаги
К)экссудативные туберкулезные очаги
В)продуктивные туберкулезные очаги.

34.Чаще всего источником диссеминации становятся:
А) «старые” очаги в легочной ткани
Б) индурированные очаги экстраторакальной локализации
В) остаточные изменения первичного туберкулеза во внутригрудных лимфатических узлах
35. Для лимфогенной диссеминации характерно:
А)мелкие размеры очагов, апикокаудальное распространение
Б)средние размеры очагов, преимущественно прикорневая локализация
В)крупные размеры очагов, плеврокортикальное расположение
36.В основе инфильтрата иного туберкулеза легких рентгенологический синдром:
А) очаговости
Б) диссеминации
В) фокусного затенения.
37 .Вид затенения- треугольник Сержана типичен при:
А)бронхолобулярном инфильтрате
Б)перисциссурите
В)лобите.
38.Показния к гормональной терапии глюкокортикоидами больных инфильтративным туберкулезом легких:
А) преимущественно экссудативный характер тканевой реакции
Б) функциональная недостаточность коры надпочечников
В) все перечисленное.
39.Теченне казеозной пневмонии характеризуется как:
А) остро-прогрессирующее
Б) хроническое волнообразное
В) подострое
40.Основная морфологическая характеристика казеозной пневмонии:
А) преобладание казеозного некроза
Б) распространенность поражения и распад ткани

В) все перечисленное
41. Туберкулема представляет собой:
А)фиброзную полость в легком
Б)инкапсулированный фокус казеоза в легком
В)опухолевый процесс в легком
42. Исключите неверные рентгенологические признаки прогрессирования туберкулемы:
А) уменьшение в размерах, четкие контуры
Б) увеличение в размерах, потеря четких контуров, появление распада
В) стабильный размер, появление признаков бронхогенного обсеменения
43. Показанием к хирургическому лечению не является:
А) мелкая туберкулема
Б) крупная туберкулема
В) наличие множественных туберкулем.
44.для экссудативного туберкулезного плеврита в период разгара характерно:
А)тупые нарастающие боли в груди, сухой мучительный кашель, одышка
Б)Нерезко выраженные симптомы интоксикации, боли в грудной клетке
В)чувство тяжести в грудной клетке, одышка, симптомы интоксикации.
45.При экссудативном плеврите перкуторно над областью экссудата определяется:
А) притупление перкуторного тона
Б) тимпанит
В) ясный легочный звук.
46.Треугольник Гарлянда-это:
А) паравертебральный треугольник с притуплением перкуторного тона на стороне поражения
Б) паравертебральный треугольник с притуплением перкуторного тона на здоровой стороне
В) треугольник между позвоночником и восходящей границей тупости с более ясным перкуторным звуком.
47. Туберкулезная эмпиема-это:
А)туберкулез плевры, сопровождающийся пневмотораксом
Б)туберкулез плевры, сопровождающийся накоплением геморрагического экссудата
В)туберкулез плевры, сопровождающийся накоплением гнойного экссудата.
48.Туберкулез бронха (трахеи) встречается:
А) только как изолированное поражение
Б) только как осложнения в течении других форм первичного и вторичного туберкулеза
В) бывает изолированным поражением, бывает - как осложнение других форм туберкулеза.
49.Исключите несуществующий вариант пути развития туберкулеза бронха (трахеи):
А) спутогенный, лимфогенный, гематогенный пути
Б) путь непосредственного прорыва казеозных масс из лимфатического узла через стенку бронха
В) алиментарный путь
50.Укажите наиболее типичные характеристики кашля у больных туберкулезом бронха (трахеи):
А) битональный, усиливающийся в положении “лежа на спине”
Б) сильный, усиливающийся в холодную погоду
В) сильный, неукротимый, не поддающийся медикаментозному воздействию.
51. Рентгенотомографическое исследование позволяет определить косвенные признаки туберкулеза бронха:
А) усиление легочного рисунка
Б) изменение просвета пораженного туберкулезом бронха
В) наличие жидкости в плевральной полости.
52. Бронхолит - это:
А) осложнение туберкулеза бронха
Б) вариант исхода туберкулеза бронха
В) осложнение стеноза бронха.
53. Исключите несуществующий вариант заживления туберкулеза бронха (трахеи):
А) рубец
Б) полное рассасывание изменений
В) бронхоэктазия.
54.Основной рентгенологический синдром кавернозного туберкулеза легких:
А)наличие кольцевидной тени
Б)усиление легочного рисунка
В)фокусное затенение.
55.Строение стенки каверны при кавернозном туберкулезе легких:
А)пиогенный, грануляционный, замкнутый фиброзный слои
Б)пиогенный, грануляционный, незамкнутый фиброзный слои
В)пиогенный, лимфоцитарный, нейтрофильный слои
56.Наиболее характерные аускультативиые данные над областью расположения каверны у больных кавернозным туберкулезом легких:

А)жесткое дыхание, сухие хрипы
Б)жесткое дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипью
В)средне-и крупнопузырчатые влажные хрипы.
57. укажите неблагоприятный вариант исхода кавернозного туберкулеза легких:
А) фиброзно-очаговые изменения
Б)фиброзно-кавернозный туберкулез
В) звездчатый рубец.
58. Кавернозный туберкулез легких от фиброзно-кавернозного главным образом отличается:
А) по изменениям в гемограмме
Б) по морфологическим и рентгенологическим признакам
В)по данным туберкулинодиагностики.
59.Коллапсотерапия в лечении кавернозного туберкулеза легких:
А) эффективна Б) абсолютно неэффективна
В) не используется.
60.Результаты аускультации легких у больного ФКТ в период обострения:
А)везикулярное дыхание над всей поверхностью
Б)многоплановая картина: ослабленное везикулярное, бронхиальное дыхание, влажные хрипы
В)дыхание бронхиальное, многочисленные мелко- и среднепузырчатые хрипы.
61.Гемограмма у больных ФКТ характеризуется следующими изменениями:
А)лейкопения, лимфоцитоз, зозинофилия, увеличечние СОЗ
Б)лейкоцитоз со сдвигом влево, лимфопения, эозинопения, увеличение СОЭ
В)лейкоцитоз, лимфоцитоз, наличие клеток Гумпрехта.
62.Микроскопически мокрота больных ФКТ характеризуется наличием:
А)эластических волокон, МБТ, различной микрофлоры
Б)элементов тетрады Эрлиха
В)обызвествленных эластических волокон, кристаллов Шарко-Лейдена.
63.Внутренний слой каверны при ФКТ:
А)казеозно-некротический
Б)грануляционный
В)соединительнотканный.
64.Наиболее частые причины смерти больных ФКТ:
А)декомпенсация легочного сердца
Б)профузное легочное кровотечение
В)всё перечисленное.
65.Цирротические изменения в легких характеризуются:
А)развитием диффузного склероза
Б) развитием склероза со сморщиванием ткани
В) развитием локального склероза.
66. Клиническая картина цирротического туберкулеза легких характеризуется:
А) остропрогрессирующим течением
Б) волнообразным течением с периодами вспышек и затиханий
В) инаперцептным течением.
67. Клинические проявления цирротического туберкулеза обусловлены:
А) активным туберкулезным процессом
Б) неспецифическим воспалением в метатуберкулезной зоне
В) активным туберкулезным процессом и симптомами метатуберкулезного синдрома.
68.Укажите наиболее частые осложнения цирротического туберкулеза легких:
А)легочное сердце
Б) амилоидонефроз
В) все перечисленное.
69 .Осложненbя туберкулеза органов дыхания могут быть:
А)свецифическими
Б)неспецифическими
В)все перечисленное.
70.Неспецнфbческим осложнениемм диссеминированного туберкулеза легких является:
А)спонтанный пневмоторакс
Б)плеврит
В)туберкулез бронха.
71.Частым специфическим осложнением туберкулезного лобита является:
А)кровохарканье
Б)туберкулез бронха
В)легочно-сердечная недостаточность
72. Неспецифическим осложнением фиброзно-кавернозного туберкулеза легких является:

А)легочное сердце
Б)туберкулез кишечника
В)туберкулез плевры.
73.Бронхогенное обсемененне легочной ткани у больного инфильтративным туберкулезом легких:
Л)специфическое осложнение
Б)неспецифическое осложнение
В)фаза процесса.
74. Распад легочной ткани у больного диссеминнированным туберкулезом легких:
А)специфическое осложнение
Б)неспецифическое осложнение
В)фаза процесса.
75.Большие легочные кровотечения возникают при:
А)инфильтративном туберкулезе бронха
Б)фиброзно-кавернозном туберкулезе
В)первичном туберкулезном комплексе.
76.Неотложная помощь при легочном кровотечении на догоспитальном этапе включает:
А)придание полусидячего положения или положения “лежа на боку”
Б)придание положения “лежа на спине” с наложением жгутов на нижние конечности
В)введение ганглиоблокаторов.
77.При наличии геморрагического синдрома госпитализации не подлежат:
А)лица с кровохарканьем
Б)лица с малыми кровотечениями
В)лица с малыми кровотечениями, склонными к остановке.
78.Наиболее частая локализация аспирационной пневмонии при ЛК:
А)нижние отделы легких
Б)верхние отделы легких
В)нижне-задние отделы правого легкого

79.Самое частое осложнение спонтанного пневмоторокса:
А)кровохарканье
Б)тромбоэмболия легочной артерии
В)плеврит.

80.Основной принцип антибактериальной терапии туберкулеза:
А)ранняя монотерапия с чередованием туберкулостатиков
Б)монотерапия длительным курсом
В)длительная полихимиотерапия.
81.К группе препаратов наиболее высокой эффективности при туберкулезе относят:
А)ПАСК, тибон
Б)стрептомицин, этамбутол, пиразинамид
В)рифампицин, изониазид.
82.Препаратами средней эффективности для лечения туберкулеза не являются:
А)ПАСК, тибон
Б)рифампицин, изониазид
В)все перечисленное.
83.Методы введения туберкулостатиков, применяемые во фтизиатрия:
А)внутривенно, внутримышечно, ингаляционно, перорально
Б)лимфотропно, интракавернозно, ректально, с помощью электрофореза
В)все перечисленное.
84.В аэрозолях можно назначать препараты:
А)этамбутол, этионамид. протионамид
Б)изониазид, стрептомицин, солютизон, флоримицин, канамицин
В)фтивазид, метазид, ПАСК.
85 .Основное токсическое действие препаратов группы аминогликозидов:
А)ототоксичность
Б)гепатотоксичность
В)нейротоксичность.
86. Комбинированные противотуберкулезные препараты включают:
А)туберкулостатики и гепатопротекторы
Б)туберкулостатики и витамины
В)несколько туберкулостатиков.
87.Наиболее типичные клеточные элементы саркоидной гранулемы:

А)клетки Березовского-Штернберга
Б)гигантские клетки, эпителиоидные клетки
В)ретикулярные клетки.
88.Чаще всего при саркоидозе поражаются лимфатические узлы:
А)внутригрудные
Б)внутрибрюшные
В)периферические.
89.Основные рентгенологпческие синдромы при СОД:
А)округлой тени
Б)наличия жидкости в плевральной полости
В)лимфаденопатия, диссеминация.
90.Синдром Леффгрена влючает:
А)менингеальные симптомы
Б)внутригрудная аденопатия, узловатая эритема, лихорадка, артралгии
В)спонтанный пневмоторакс, легочная геморрагия.
91.Наиболее типичные изменения периферической крови при СОД:
А)эозинофилия, палочкоядерный сдвиг влево
Б)моноцитоз, лимфоцитопения. лейкопення
В)базофилия, анемия, лейкоцитоз.
92.Типичные бронхологическле изменения при СОД характеризуются:
А)диффузной инфильтрацией слизистой бронха
Б)признаками язвенного поражения слизистой
В)извилистым сосудистым рисунком и наличием саркоидных узелков.
93.Наиболее эффективное лечение СОД:
А)гормональное
Б) антибиотики широкого спектра
В)противотуберкулеэные препараты.
94.Типичные осложнения гормональной терапии:
А)нарушения водно-соленого обмена
Б)изменение реологических свойств крови
В)все

95.Глюкокортикоиды не показаны при:
А)формах активного туберкулеза органов дыхания, осложненных сердечной недостаточностью
Б)формах туберкулеза легких с выраженной экссудативной тканевой реакцией
В)признаках недостаточности функции коры надпочечников.
96.Антигистаминные препараты наиболее эффективны при лечении туберкулеза:
А)в начальный период заболевания
Б)в разгар заболевания
В)в период обратного развития, затихания процесса.
97.Адаптогены — это препараты, которые обладают действием::
А)иммуносупрессивным
Б)иммуномодулируюощим
В)регенерирующим. перечисленное выше.

98.Пиразинамид не оказывает токсического действия на:
А) печень
Б) обмен мочевой кислоты
В) зрительный анализатор.
99.Противопоказанием к назначению этамбутола является:
А)тиреотоксикоз
Б)нарушение цветоощущуения
В)острый инфаркт миокарда в анамнезе.
100..Почечно-печеночный блок — токсическое проявление:
А)изониазида
Б)пиразинамида
В)рифампицина.

2 этап (решение ситуационных задач)

Билет 1

Больной Б., 56 лет, работает электрогазосварщиком в течение 15 лет. Жалобы на сухой кашель, слабость, одышку, повышение температуры тела до 38,4°С. Отмечает снижение массы тела за последние 3 месяца на 5-6 кг.

В анамнезе: туберкулезом ранее не болел, тубконтакт отрицает. Проверочные флюорографические осмотры проходит ежегодно. На предшествующей до заболевания флюорограмме годичной давности имелись фиброзные очаги в S_2 левого легкого, по поводу которых в противотуберкулезном диспансере не обследовался. Страдает хроническим бронхитом с редкими обострениями, много курит, алкоголем не злоупотребляет. Настоящее ухудшение состояния отмечает в течение последних трех месяцев, когда появились слабость, одышка при ходьбе, снижение массы тела. К врачу не обращался, изменения в самочувствии связывал с переутомлением. В последние 10 дней кашель усилился, появилась фебрильная температура.

При осмотре: состояние удовлетворительное, гиперстенического телосложения, кожные покровы бледные, периферические лимфатические узлы не пальпируются. Сптом Штернберга–Поттенджера отрицательный с обеих сторон. Пульс 75 в 1 минуту, тоны сердца ясные, шумов нет. Грудная клетка правильной формы, участвует в акте дыхания, над легкими легочный звук, дыхание жесткое, единичные рассеянные сухие хрипы. По другим органам и системам изменений не выявлено.

Больной Т., 44 лет, по профессии экономист, в течение 15 лет инвалид 2 группы по общему заболеванию. Жалобы на слабость, повышенную потливость, плохой аппетит, значительное похудение в течение последних двух лет. Кашель с обильной, гнойной мокротой, наиболее интенсивный по утрам. Мокрота хорошо отходит после приема горячего чая или при выполнении постурального дренажа. Одышка возникает при физической нагрузке. В течение 28 лет страдает бронхоэктатической болезнью с частыми (2-3 раза в год) обострениями, по поводу которых получает неспецифическое противовоспалительное лечение в условиях пульмонологического стационара. Лечение включало в течение многих лет лечебные бронхоскопии, бронхолитические, сердечные препараты. Флюорографическое обследование выполнял 1 раз в год, много лет кольцевидные тени в легких трактовали как визуализируемые крупные бронхоэктазы. Последнее ухудшение состояния сопровождалось усилением одышки (даже при разговоре), повышением температуры тела до 38-39°С, осиплостью голоса. Доставлен машиной скорой помощи в приемное отделение районной больницы.

Билет 2

Больная Т., 63 года, по профессии маляр-штукатур, 3 последних года по профессии не работает. Флюорографические обследования не проходила 5 лет. О контакте с больными туберкулезом не знает. В течение жизни редко болела простудными заболеваниями. 7 лет назад была прооперирована по поводу токсической аденомы щитовидной железы. Около

года назад стала отмечать раздражительность и беспричинное беспокойство. Постепенно нарастала общая слабость, недомогание. Отмечала повышениетемпературы тела до субфебрильных цифр. Похудела на 5 кг за 6 месяцев. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на температуру, общую слабость, потливость, сердцебиение, похудание и появившуюся в последнее время одышку при физической нагрузке.

При объективном обследовании: состояние больной удовлетворительное, пальпируются единичные надключичные и подмышечные лимфати- ческие узлы плотно-эластической консистенции, безболезненные. Пульс 103 в минуту, АД 155/85 мм рт.ст., тоны сердца громкие, акцент II тона над аортой. ЧДД 18 в минуту в покое. В легких при перкуссии небольшое укорочение тона над верхушкой легких с двух сторон, дыхание жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Мочеиспускание учащенное, безболезненное, отеков нет.Клинический анализ крови: Hb – 105 г/л, Эр. – $3{,}8\times10^{12}$/л, Л – $9{,}0\times10^{9}$/л, п/я – 6%, с/я – 47%, э – 5%, л – 39%, м – 7%, СОЭ – 50 мм/час. Анализ мочи: желтая, сл. мутная, удельный вес 1022, эпит. един., Л – 5-6 в поле зрения, Эр. – 2-3 в поле зрения, оксалаты +++. На обзорной рентгенограмме органов грудной полости определяется расширение тени средостения в области правого корня за счет увеличенных бронхопульмональных лимфатических узлов.

Больная П., 35 лет, технолог химического производства. В течение последних 5 месяцев отмечает повышенную утомляемость, слабость, субфебрилитет в вечернее время, кашель без мокроты. За медицинской помощью не обращалась. Накануне появилось кровохарканье, послужившее поводом для обращения к врачу-терапевту поликлиники. Флюорографию проходила год назад. Со слов, на флюорограмме патологических изменений не было выявлено. Контакт с больными туберкулезом отрицает.Объективно: правильного телосложения, повышенного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка астенической конфигурации, правая половина отстает при дыхании. Над легкими перкуторно легочный звук. В подключичной области справа отмечается укорочение его. При аускультации над этим участком определяется ослабленное дыхание и немногочисленные влажные мелкопузырчатые хрипы. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.Клинический анализ крови: Hb – 139 г/л, Эр. – $4{,}4\times10^{12}$/л, Л – $6{,}7\times10^{9}$/л, э – 4%, п/я – 7%, с/я – 48%, л – 21%, м – 14%, СОЭ – 22 мм/час. В анализе мочи патологических изменений не выявлено. В анализах мокроты методом бактериоскопии дважды МБТ не обнаружены. Реакция на пробу Манту с 2ТЕ – папула 18 мм, региональный лимфангит.На обзорной рентгенограмме органов грудной полости в верхней доле правого легкого определяется обширный фокус инфильтрации с нечеткими контурами очаговой структуры с участком деструкции до 3 см в диаметре. Тень сердца в пределах нормы, контур диафрагмы четкий.

Билет 3

Больная Ш., 36 лет, строитель. Заболевание началось остро. Температура тела повысилась до 38°С, появились боли в голеностопных суставах, их припухлость. На задней поверхности голеней медиально с обеих сторон появилась симметрично расположенная узловатая

эритема. Больная обратилась к врачу-терапевту поликлиники по месту жительства. Он направил ее к врачу-ревматологу, который назначил терапию нестероидными противовоспалительными препаратами. Лечение в течение 1,5 месяцев без эффекта. Выполнено флюорографическое обследование, направлена на консультацию к фтизиатру. Предыдущая флюорограмма, выполненная год назад, без патологических изменений. Со слов, контакта с больными туберкулезом не имела.

Объективно: телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка астенической конфигурации, обе половины ее равномерно участвуют в акте дыхания. При пальпации грудной стенки патологии не выявлено. Аускультативно – над легкими жесткое дыхание с удлиненным выдохом в межлопаточном пространстве в средней его трети. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.

Больной 30 лет, таксист. Из анамнеза известно, что пять лет назад перенес левосторонний экссудативный плеврит. Лечился в терапевтическом стационаре. Рассасывание экссудата произошло через 4 недели. После выписки был направлен в противотуберкулезный диспансер на консультацию. Однако в ПТД не был. Флюорографические обследования выполняет нерегулярно. Предшествующее – 1,5 года назад, со слов, без патологии, кадр не представлен. Последние шесть месяцев беспокоят боли в суставах, слабость, периодические подъемы температуры тела. В связи с усилением болей и появлением отечности в кистевых, коленных и голеностопных суставах обратился в поликлинику к терапевту, который назначил противовоспалительные нестероидные препараты. Улучшения в самочувствии не наступило, в вечернее время сохранялась лихорадка, отметил снижение массы тела, присоединился сухой кашель.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Питания пониженного, подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Периферические лимфатические узлы пальпируются на боковой поверхности шеи – мелкие, плотно-эластические, безболезненные, а также – два в подмышечной области слева, безболезненные, мягкоэластической консистенции, размером до 2 см. Над всей поверхностью легких ясный перкуторный тон, дыхание жесткое, ЧДД 20 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ЧСС 88 в 1 минуту, ритм правильный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Клинический анализ крови: Hb – 140 г/л, Эр. – $4{,}5\times10^{12}$/л, Л – $8{,}8\times10^{9}$/л, п/я – 8%, с/я55%, л – 25%, м – 12%, СОЭ – 28 мм/час.

Билет 4

Больная, 40 лет, преподаватель младших классов школы. Жалоб не предъявляет. Контакта с больными туберкулезом не отмечает. Флюорографические обследования выполняла ежегодно. При последней проверочной флюорографии было выявлено увеличение внутригрудных лимфатических узлов и диссеминация в нижних легочных полях с обеих сторон. Врачом-терапевтом назначено противопневмоническое лечение. Через четыре недели лечения антибиотиками широко спектра клинико-рентгенологического эффекта не отмечено.

Объективно: телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки обычного цвета. Пальпируются увеличенные лимфатические узлы в подмышечных впадинах до 2 см, не спаянные с подлежащими тканями и кожей, безболезненные. При перкуссии над легкими тон легочный. Аускультативно в нижних отделах легких с обеих сторон спереди жесткое дыхание с удлиненным выдохом.

Клинический анализ крови: Hb – 140 г/л, Эр. – $4{,}2\times10^{12}$/л, Л – $5{,}2\times10^{9}$/л, э – 2%, п/я 6%, с/я – 52%, л – 28%, м – 12%, СОЭ – 21 мм/час. В анализе мочи – без патологии. В анализах

мокроты методом бактериоскопии дважды МБТ не выявлены. Реакция на пробу Манту с 2ТЕ – папула 4 мм.

На обзорной рентгенограмме грудной полости отмечено расширение тени средостения в области корней легких за счет гиперплазии бронхопульмональных лимфатических узлов и усиление легочного рисунка с мономорфными мелкоочаговыми изменениями в интерстиции в средних и нижних легочных полях. Тень сердца в норме, контур диафрагмы четкие.

Задача №6

Больная 78 лет поступила в стационар в тяжелом состоянии с жалобами на слабость, одышку при небольшой физической нагрузке, кашель со скудной мокротой, боли в груди, периодически кровохарканье, боли в суставах. Во время войны в возрасте 16 лет перенесла правосторонний экссудативный плеврит, на учете в ПТД не состояла. В течение 30 лет страдает ГБ, ИБС, два года назад перенесла острый инфаркт миокарда. Наблюдается у кардиолога, принимает гипотензивные и сердечные препараты. Ухудшение самочувствия заметила последние два месяца. Похудела, появился кашель, участились приступы болей за грудиной, в правом боку при дыхании стали беспокоить боли. В связи с кровохарканьем госпитализирована с подозрением на пневмонию.

Состояние при поступлении тяжелое, масса тела понижена, температура тела 38°С. Кожа бледная, цианоз губ. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧСС 88 в 1 минуту, мерцательная аритмия, АД 140/90 мм рт.ст. Границы сердца расширены, тоны приглушены. ЧДД 24 в 1 минуту. Трахея смещена вправо. Над правым легким укорочен перкуторный тон, дыхание ослаблено, выслушивается шум трения плевры. Слева в нижних отделах – влажные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Край печени плотный, пальпируется на уровне реберной дуги, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по области поясницы безболезненно с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: Hb – 100 г/л, Эр. – $3{,}9\times10^{12}$/л, Л – $9{,}8\times10^{9}$/л, п/я – 12%, с/я – 63%, э – 2%, л – 15%, м – 8%, СОЭ – 56 мм/час. Анализ мочи: удельный вес 1012, реакция кислая, следы белка, Л – 2-6 в поле зрения, оксалаты.

На обзорной рентгенограмме органов грудной полости определяется уменьшение размеров правого легкого, массивные плевральные наложения, понижение прозрачности нижних отделов обоих легких, корни легких не дифференцируются за счет резкого расширения границ сердца.

Билет 5

Больной З., 20 лет, работает электромонтером, проживает с родителями в благоустроенной квартире. Жалобы на насморк, покашливание. В детстве страдал экссудативным диатезом, в весенний период отмечает аллергию на цветение. В 14-летнем возрасте обследовался в противотуберкулезном диспансере по поводу изменений туберкулиновых проб, на учет не был взят, химиопрофилактика не проводилась. Тубконтакт отрицает, профилактические флюорографические осмотры проходит регулярно, последняя флюорограмма трехмесячной давности, представлена, без патологии.

Объективно: состояние удовлетворительное, астенического телосложения, со сниженной массой тела, кожные покровы бледные, чистые. Пульс 86 в 1 минуту, тоны сердца ясные, шумов нет. ЧДД 14 в 1 минуту, симптом Штернберга–Поттенджера отрицательный с обеих сторон, над легкими – легочный звук, дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются.

Клинический анализ анализ: Hb – 125 г/л, ЦП – 0,97, Эр. – $5{,}5\times10^{12}$/л, Л – $8{,}2\times10^{9}$/л, п/я – 7%, с/я – 71%, э – 27%, м – 10%, л – 22%, СОЭ – 9 мм/час. Протеинограмма: альбумины

– 48,6%, глобулины – 51,4%, α_1 – 8,1%, α_2 – 10,8%, β – 14,9%, γ – 17,6%, а/г коэффициент – 1,2. Фибриноген крови – 3,5 г/л. Реакция на пробу Манту с 2ТЕ – папула 23 мм. В промывных водах бронхов МБТ (-), эозинофилы – 8-10-15 в поле зрения.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в S_{1-2} правого легкого определяется подключично расположенный инфильтрат очаговой структуры. Невыраженные пути оттока к корню. Корни структурны, не деформированы. Признаки гиперпневматоза.

Больной Д., 59 лет, работает мастером по ремонту телевизоров. Курит в течение 30 лет. Последние 5 лет состоит на учете у эндокринолога с диагнозом Сахарный диабет 2-го типа, получает ежедневно 2 таблетки манинила. ФЛГ-обследование проходил ежегодно, последнее – 10 месяцев назад, со слов – без патологии. 6 месяцев назад отмечал гриппоподобное заболевание, проявившееся в повышении температуры до 38°С, общей слабости, недомогании, усилении сухого кашля. Лечился в поликлинике по месту жительства у терапевта симптоматическими средствами. Рентгенограмма легких не выполнялась. Через 2 недели самочувствие улучшилось, и больной вышел на работу. С этого времени стал отмечать периодическое повышение температуры тела к вечеру до 37°С, утомляемость, потливость по ночам, усиление кашля, появление мокроты гнойно-слизистого характера. В связи с необходимостью планового обследования у эндокринолога вновь обратился в поликлинику.
При осмотре: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные. Пульс 83 уд. в 1 минуту, не напряжен. АД 145/80 мм рт.ст. Симптомы Штернберга и Поттенджера отрицательные с двух сторон. Дыхание над всей поверхностью легких жесткое, единичные рассеянные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание безболезненное. Периферических отеков нет. Клинический анализ крови: Hb – 120 г/л, Эр. – $3{,}9\times10^{12}$/л, Л – $9{,}1\times10^{9}$/л, п/я – 7%, с/я – 59%, э – 3%, л – 18%, м – 13%, СОЭ – 21 мм/час. Глюкоза крови – 8,1 ммоль/л. Анализ мочи: цвет – желтая, относительная плотность – 1025, белок – 0, сахар ++, Л – 6-8 в поле зрения, Эр. – нет. В мокроте методом бактериоскопии однократно МБТ (+). На обзорной и правой боковой рентгенограмме органов грудной клетки в S_6 правого легкого определяется неоднородная инфильтрация с полостью распада. Выражены пути оттока к корню. Правый корень фиброзно деформирован. Слева без патологических изменений.

3 этап
Ответы на экзаменационные вопросы

Перечень вопросов для экзамена по фтизиатрии:

Клинические формы туберкулеза:

1. Диссеминированный туберкулез легких: определение, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
2. Очаговый туберкулез легких: определение, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
3. Туберкулезный экссудативный плеврит: определение, патогенез, классификация, клиника, диагностика, особенности терапии.
4. Милиарный туберкулез: определение, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
5. Инфильтративный туберкулез легких: определение, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
6. Первичный туберкулезный комплекс: определение, патогенез, классификация, клиника, диагностика.

7. Кавернозный туберкулез легких: определение, патогенез, виды каверн, клиника, диагностика.
8. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких: определение, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
9. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов: определение, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
10. Туберкулемы легких: определение, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечебная тактика.
11. Цирротический туберкулез легких: определение, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
12. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков: определение, патогенез, клиника, диагностика.
13. Туберкулез верхних дыхательных путей, трахеи и крупных бронхов: определение, патогенез, классификация, клиника, диагностика, особенности терапии.
14. Саркоидоз: определение, историческая справка, современная классификация.
15. Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов (патогенез, клиника, диагностика, синдром Лефгрена)
16. Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов и легких: определение, клиника, диагностика, синдром Хеерфордта-Вандельстрема .
17. Саркоидоз легких: определение, клиника, диагностика, синдром Микулича, синдром Морозова-Юнглинга .
18. Саркоидоз: лечение и профилактика.
19. Казеозная пневмония: определение, патогенез, классификация, клиника, диагностика, особенности лечения.
20. Осложнения фиброзно-кавернозного туберкулеза: специфические и неспецифические.
21. Лёгочные кровотечения у больных туберкулезом: определение, патогенез, классификация, клиника, диагностика, неотложная помощь на догоспитальном этапе лечения.
22. Лёгочные кровотечения у больных туберкулезом: отличие лёгочного кровотечения от других видов кровотечений через верхние дыхательные пути; неотложная помощь и лечебная тактика на госпитальном этапе лечения.
23. Ателектаз лёгкого как осложнение туберкулёзного процесса: определение, патогенез, классификация, клиника, диагностика, неотложная помощь.
24. Основные черты первичного туберкулеза (перечислить). Классификация первичного туберкулеза: основные клинические формы с их краткой характеристикой.
25. Спонтанный пневмоторакс у больных туберкулезом: определение, патогенез, классификация, клиника, диагностика, неотложная помощь на догоспитальном и госпитальном этапах лечения.

Методы диагностики:

1. Бактериоскопический метод: виды, разрешающая способность, материал для исследования, характеристика.
2. Бактериологический метод: разрешающая способность, материал для исследования, характеристика, учет результатов.
3. Биологическая проба: разрешающая способность метода, материал для исследования, методика проведения пробы, оценка результатов.
4. Обязательный диагностический минимум исследования на туберкулёз.
5. Дополнительные методы диагностики во фтизиопульмонологии: инвазивные методы (перечислить и дать их характеристику).
6. Дополнительные методы диагностики во фтизиопульмонологии: неинвазивные методы (перечислить и дать их характеристику).

7. Виды биопсии во фтизиопульмонологии, гистологическая характеристика биоптатов.
8. Методы определения активности туберкулёзного процесса.
9. Методы определения микобактерий туберкулеза с их краткой характеристикой.
10. Плевральная пункция: методика проведения. Характеристика плеврального выпота при туберкулезном плеврите: макроскопическая, биохимическая, цитологическая, иммунологическая.
11. Люмбальная пункция: методика проведения. Характеристика ликвора при туберкулезном менингите: макроскопическая, биохимическая, цитологическая, иммунологическая.
12. Туберкулин: определение, историческая справка, состав, виды.
13. Проба Манту: показания, противопоказания, методика проведения.
14. Проба Манту: оценка результатов, отличие поствакцинальной аллергии от инфекционной.
15. Проба Коха: показания, методика проведения, оценка результатов.
16. Пробы Боброва и Рабухина-Йоффе в диагностике туберкулеза.
17. Фибробронхоскопия: виды, показания и противопоказания, методика проведения, результаты исследования при различных формах туберкулёза органов дыхания.
18. Основные клинические, лабораторные и рентгенологические синдромы при туберкулезе органов дыхания.
19. Исследования мокроты у больных туберкулезом органов дыхания. Тетрада Эрлиха.
20. Типы адаптационных реакций и реактивности организма: методика определения и их характеристика.
21. Иммунологические исследования в клинике фтизиопульмонологии.
22. Методы обогащения мокроты во фтизиопульмонологии.
23. Факультативные методы диагностики во фтизиопульмонологии.
24. Изменения в гемограмме у больных туберкулезом органов дыхания.
25. Микобактерии туберкулеза: морфология, виды.

Дифференциальная диагностика туберкулеза

1. Своевременное выявление туберкулеза: критерии, методы, роль врача-терапевта.
2. Клинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики туберкулеза.
3. Туберкулиновая проба Манту, показания, оценка результатов.
4. Характеристика лучевых методов диагностики туберуклеза органов дыхания.
5. Неспецифическая профилактика туберкулеза: социальная и санитарная профилактика.
6. Специфическая профилактика туберкулеза: химиопрофилактика, вакцинация и ревакцинация БЦЖ.
7. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков, диагностика, дифференциальная диагностика.
8. Туберкулез бронхов, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
9. Дифференциальная диагностика туберкулеза и саркоидоза внутригрудных лимфатических узлов.
10. Дифференциальная диагностика туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов и медиастинальной формы лимфогранулематоза.
11. Милиарный туберкулез легких, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
12. Дифференциальная диагностика диссеминированного туберкулеза и саркоидоза легких.
13. Дифференциальная диагностика диссеминированного туберкулеза и застойного легкого.
14. Дифференциальная диагностика диссеминированного туберкулеза легких и очаговой неспецифической пневмонии.

15.Дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза легких и неспецифических пневмоний.
16.Дифференциальная диагностика казеозной пневмонии.
17.Округлый туберкулезный инфильтрат, диагностика, дифференциальная диагностика.
18.Фиброзно-кавернозный туберкулез легких, диагностика, дифференциальная диагностика.
19.Саркоидоз органов дыхания, классификация, диагностика, лечение.
20.Сочетание туберкулеза и сахарного диабета, особенности клиники, диагностики.
21.Диагностика и дифференциальная диагностика туберкулезного экссудативного плеврита.
22.Сочетание туберкулеза и неспецифических заболеваний легких, особенности клиники и лечения.
23.Сочетание туберкулеза и ВИЧ-инфекции, особенности клиники, диагностики.
24.Неотложная помощь при спонтанном пневмотораксе у больных туберкулезом.
25. Неотложная помощь при легочном кровотечении у больных туберкулезом.

Общие вопросы фтизиатрии

1. Клиническая классификация туберкулеза
2. Своевременное выявление туберкулеза: пути и методы, критерии и группы своевременного выявления туберкулеза.
3. Резервуар туберкулезной инфекции. Пути передачи туберкулезной инфекции. Основные эпидемиологические показатели туберкулеза и их характеристика.
4. Группы риска по заболеваемости туберкулезом. Декретированные группы населения.
5. Патогенез первичного туберкулеза с клеточным и гуморальным иммунитетом.
6. Патогенез вторичного туберкулеза с клеточным и гуморальным иммунитетом.
7. Гигиенодиетические методы в комплексном лечении больных туберкулезом легких. Лечебный режим, его виды и характеристика каждого из них.
8. Гигиенодиетические методы в комплексном лечении больных туберкулезом легких. Лечебное питание. Роль белков, жиров, углеводов, аминокислот, витаминов в рационе больных туберкулезом. Кумыс и его состав.
9. Санаторно-курортное лечение больных туберкулезом. Приморские климатические зоны, зоны высокогорных районов, степные и лесные климатические зоны.
10. Показания и противопоказания для направления больных туберкулезом в санатории.
11. Российская национальная программа борьбы с туберкулезом.
12. Противотуберкулезный диспансер: устройство, основные цели и задачи. Группировка контингентов, обслуживаемых диспансером — основные группы.
13. Специфическая химиопрофилактика туберкулеза: виды, показания, методика проведения.
14. Санитарная профилактика туберкулеза: классификация. Эпидемический очаг: определение, виды и их характеристика, работа в этих очагах.
15. Вакцинация и ревакцинация БЦЖ: показания, противопоказания, методика проведения, осложнения и методы борьбы с ними.
16. Социальная профилактика туберкулеза.
17. Лечение больных туберкулезом: основные принципы, классификация противотуберкулёзных препаратов, характеристика основных представителей группы резерва. Что такое режим химиотерапии.
18. Основная группа противотуберкулезных препаратов: представители, их характеристики. Осложнения туберкулостатической терапии.
19. Стандартные режимы химиотерапии при лечении больных туберкулезом.

20. Патогенетическая терапия у больных туберкулезом.
21. Классификация адаптогенов и методика их назначения на основе математического моделирования.
22. Активационная патогенетическая терапия во фтизиопульмонологии.
23. Виды местной терапии при туберкулезе органов дыхания.
24. Коллапсотерапия: показания к применению, виды, методика проведения.
25. Хирургические методы лечения во фтизиопульмонологии.

Образец экзаменационного билета по фтизиатрии:

Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова Министерства здравоохранения РФ» **Кафедра фтизиопульмонологии**	
Специальность **«фтизиатрия»**	Дисциплина **«фтизиатрия»**
Экзаменационный билет № 1	
1. Классификация туберкулеза органов дыхания. Основные методы диагностики туберкулеза.	
2. Патогенез и патологическая анатомия первичного и вторичного туберкулеза.	
3. Туберкулезный экссудативный плеврит: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.	
4. Ситуационная задача, рентгенограмма.	
Утверждаю: Заведующий кафедрой Н.А. Беляков	