



ЭЦП Буланов С.И.



ЭЦП Завалко А.Ф.

Утверждено 29.02.2024 г. протокол № 2.
Председатель Ученого Совета
ректор д.м.н. профессор С.И. Буланов
Ученый секретарь Ученого Совета
д.м.н. профессор А.Ф. Завалко

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

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ФТИЗИАТРИЯ**

**Факультативы
Вариативная часть**

**ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ
КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ (ординатура)
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ**

**31.08.67 ХИРУРГИЯ
Квалификация "Врач – хирург"
Форма обучения: очная**

Срок обучения 2 года, 120 з.е.

Москва

Оценочные средства для текущего контроля по дисциплине «Фтизиатрия»

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

психолого-педагогическая деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9)

Цель текущего контроля - определение степени сформированности компетенций в процессе освоения дисциплины

Этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины

Курс обучения	Компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)
1 курс, 1 семестр	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-9	Фтизиатрия	<p>Место и роль фтизиатрии среди медицинских специальностей.</p> <p>Этиология туберкулеза. Эпидемиология туберкулеза. Патогенез туберкулеза.</p> <p>Классификация туберкулеза. Патологическая анатомия туберкулеза. Клиническая патофизиология туберкулеза. Объективное обследование больного. Бактериологическая диагностика туберкулеза.</p> <p>Туберкулинодиагностика. Рентгенологическая диагностика. Лабораторная диагностика. Инструментальные и инвазивные методы исследования.</p> <p>Функциональные исследования в клинике туберкулеза. Классификация и основные клинические проявления туберкулеза. Особенности туберкулеза.</p> <p>Организация фтизиатрической помощи в России. Туберкулез легких. Диспансерное наблюдение за больными, профилактика туберкулеза.</p> <p>Коллапсотерапия и хирургическое лечение в комплексной терапии туберкулеза органов дыхания.</p> <p>Современные показания к хирургическим методам лечения туберкулеза органов дыхания (медицинские и социальные). Роль хирургических методов в излечении больных с деструктивными, казеозными и осложненными формами</p>

			<p>туберкулеза органов дыхания. Коллапсотерапия легочного туберкулеза. Место коллапсотерапии при деструктивном туберкулезе легких в эру химиотерапии. Механизм лечебного действия легочного коллапса на специфический инфекционный процесс в легком. Современные показания к наложению лечебного пневмоторакса.</p> <p>Техника наложения лечебного пневмоторакса. Ведение лечебного пневмоторакса и его прекращение. Осложнения лечебного пневмоторакса, их профилактика и лечение. Показания к лечению пневмоперитонеумом. Техника инсуффляции газа в брюшную полость. Формирование и ведение лечебного пневмоперитонеума. Осложнения.</p> <p>Эффективность лечебного пневмоперитонеума в комплексной терапии туберкулеза.</p> <p>Коллапсохирургические методы лечения легочного туберкулеза. Современные показания к пневмонэктомии при туберкулезе. Современные показания к комбинированным резекциям легкого при туберкулезе. Лоб-, билобэктомия при туберкулезе. Частичные реакции легкого при туберкулезе (сегментэктомия, субсегментэктомия, клиновидная и плоскостная резекция). Хирургические методы лечения туберкулезных плевритов и эмпием плевры.</p> <p>Предоперационное обследование больных туберкулезом органов дыхания и подготовка их к торакальным операциям.</p> <p>Диспансерное наблюдение и реабилитация больных, оперированных по поводу туберкулеза органов дыхания</p>
--	--	--	--

Контрольные задания текущего контроля

Тесты.

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ПК-5

1. Основные признаки туберкулеза, кроме:

- а) хроническая инфекция с периодическими обострениями;
- б) многообразные клинические проявления вследствие полиорганного поражения;
- в) социально обусловленное страдание;
- г) имеет, как правило, острое начало;
- д) имеется наследственная предрасположенность.

Ответы- а /б /в /д

Компетенции: УК-1, ПК-5

2. Выберите правильные утверждения. При туберкулезе поражаются наиболее часто:

- а) органы дыхания;
- б) кости и суставы;
- в) печень;
- г) мозговые оболочки;
- д) лимфатические узлы.

Ответы- а /б /д

Компетенции: УК-1, ПК-5

3. Выберите правильные утверждения. Туберкулез у человека вызывается следующими видами микобактерий:

- а) микобактериями туберкулеза;

- б) микобактериями птичьего вида;
- в) микобактериями бычьего вида;
- г) микобактериями африканского вида;
- д) микобактериями мышинового вида.

Ответы- а /в /г

4. Компетенции: УК-1, ПК-5

5. Выберите правильные утверждения. В человеческом организме микобактерии могут иметь форму:

- а) тонкой палочки размером 0,2 – 0,6 x 1,0 – 10,0 мкм;
- б) без оболочки;
- в) мелкозернистой «фильтрующейся»;
- г) мицелия грибов;
- д) толстой и короткой палочки.

Ответы- а /б /в

Компетенции: УК-1, ПК-9

5. Выберите правильные утверждения. Источником заражения у человека является:

- а) больной человек;
- б) крупный рогатый скот;
- в) собаки;
- г) мыши;
- д) свиньи.

Ответы- а /б

Компетенции: УК-1, ПК-9

6. Выберите правильные утверждения. Место проживания больного человека с «открытой» формой туберкулеза принято назвать «очагом». Какой «очаг» более опасен?

- а) где проживают дети;
- б) общежитие;
- в) у больного человека и членов его семьи отсутствуют гигиенические навыки;
- г) асоциальный характер поведения;
- д) заболевший проживает в отдельной изолированной квартире без детей.

Ответы- а /б /в /г

Компетенции: УК-1, ПК-5

7. Выберите правильные утверждения. В условиях человеческого организма микобактерии туберкулеза существуют:

- а) свободно в межклеточном пространстве;
- б) в однослойной мембранной упаковке;
- в) в двухслойной мембранной упаковке;
- г) в трехслойной мембранной упаковке;
- д) в четырехслойной мембранной упаковке.

Ответы-а /б /в /г

Компетенции: УК-1, ПК-5

8. Выберите правильные утверждения. Заражение туберкулезом происходит:

- а) аэрогенным путем;
- б) алиментарным путем;
- в) внутриутробно;
- г) водным путем;
- д) при работе в отделении интенсивной терапии.

Ответы- а /б /в /г /д

Компетенции: УК-1, ПК-5

9. Выберите правильные утверждения. В иммунном ответе при туберкулезной инфекции имеется:

- а) низкая активность макрофагов (инфекция альвеолярных макрофагов?);
- б) угнетение Т-клеточного звена иммунной системы;
- в) усиление активности В-гуморального звена иммунной системы;
- г) прямая зависимость между уровнем противотуберкулезных антител и активностью клинических проявлений;
- д) развитие аутоиммунных реакций.

Ответы- а /б /в /д

Компетенции: УК-1, ПК-5

10. Выберите правильные утверждения. Высвобождающийся в процессе воспаления при туберкулезе т.н. кожно-реактивный фактор вызывает следующие ответные реакции организма:

- а) повышает температуру тела;
- б) повышает сосудистую проницаемость;
- в) повышает чувствительность тканей к фактору некроза опухоли;
- г) повышает чувствительность тканей организма к продуктам распада микобактерий;
- д) снижает клинические проявления туберкулезной инфекции.

Ответы - а /б /в /г

Компетенции: УК-1, ПК-5

11. Выберите правильные утверждения. Для туберкулезной грануломы (бугорка) наиболее характерны следующие морфологические признаки:

- а) лимфоидная инфильтрация;
- б) полиморфноклеточная инфильтрация;
- в) эпителиоидные клетки;
- г) гигантские многоядерные клетки;
- д) казеоз.

Ответы - а /в /г /д

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

12. Выберите правильные утверждения. Туберкулинодиагностика – это специфический тест для определения сенсibilизации к микобактериям туберкулеза. Цели массовой туберкулинодиагностики:

- а) выявление лиц, впервые инфицированных туберкулезом (выявление «виражных лиц»);
- б) выявление лиц с усиливающимися и гиперергическими реакциями на туберкулин;
- в) отбор лиц для вакцинации и ревакцинации против туберкулеза;
- г) определение инфицированности населения;
- д) выявление лиц с иммунодефицитным состоянием.

Ответы - а /б /в /г

Компетенции: УК-1, ПК-5

13. Выберите правильные утверждения. Какие из перечисленных возбудителей заболевания паразитируют внутриклеточно:

- а) пневмококк;
- б) стафилококк;
- в) микобактерии туберкулеза;
- г) микоплазма пневмоническая;
- д) хламидия пневмоническая.

Ответы - б /в /г

Компетенции: УК-1

14. Выберите правильные утверждения. Какие из антибактериальных препаратов способны проникать внутрь клетки:

- а) пенициллины;
- б) макролиды;
- в) рифампицин;
- г) фторхинолоны;
- д) стрептомицин.

Ответы - б /в /г

Компетенции: УК-1, ПК-5

15. Выберите правильные утверждения. При спонтанном пневмотораксе происходит:

- а) внезапно возникает острая боль на стороне поражения;
- б) одышка незначительная;
- в) обращения к врачу может не быть;
- г) заболевание может ничем себя более не проявлять;
- д) обычно заболевание рецидивирует в период менструаций у женщин.

Ответы - а /б /в /г

Компетенции: УК-1, ПК-5

16. Выберите правильные утверждения. Для клапанного пневмоторакса характерно:

- а) смещение средостения в противоположную сторону от поражения;
- б) смещение трахеи в пораженную сторону;
- в) брадикардия;
- г) набухание шейных вен;
- д) артериальная гипертензия.

Ответы – г

Компетенции: УК-1, ПК-5

17. Выберите правильные утверждения. Курящий молодой человек из контакта с больным открытой формой туберкулеза жалуется на кровохарканье. При лабораторном обследовании выявлены незначительная анемия и микрогематурия. Какой диагноз наиболее вероятен?

- а) злокачественная опухоль;
- б) абсцесс легкого;
- в) туберкулез легких;
- г) артерио-венозная аномалия легких;
- д) синдром Гудпасчера.

Ответы – д

Компетенции: УК-1, ПК-5

18. Выберите правильные утверждения относительно особенностей клинического проявления туберкулеза:

- а) в клинических проявлениях туберкулеза нет ничего специфического;
- б) для туберкулеза характерна специфическая туберкулезная интоксикация;
- в) бронхитический синдром может возникнуть при любой патологии бронхолегочной системы;
- г) диагноз туберкулеза клинико-рентгенологический;
- д) имеются два абсолютных критерия – бацилловыделение и данные гистологического исследования грануломы.

Ответы - а /в /д

Компетенции: УК-1, ПК-5

19. Какой возбудитель наиболее часто вызывает плевральный выпот (экссудативный плеврит)?

- а) золотистый стафилококк;
- б) пневмококк;
- в) микобактерии туберкулеза;
- г) гемофильная палочка;
- д) кишечная палочка.

Ответ - б

Компетенции: УК-1, ПК-5

20. Выберите правильные утверждения относительно патогенеза туберкулеза:

- а) после первичного заражения заболевание начинается остро через несколько дней;
- б) после заражения туберкулезной инфекцией заболевание может ничем себя клиническим не проявлять;
- в) при туберкулезе нет какого-либо инкубационного периода;
- г) на развитие клинической картины после первичного заражения при туберкулезе большое значение имеют факторы риска;
- д) у инфицированного, но клинически здорового человека, имеются МБТ, не приносящие данному индивиду никакого вреда («физиологический симбиоз»).

Ответы - а /б /в /г /д

Компетенции: УК-1, ПК-5

21. Выберите правильные утверждения относительно заразного начала, выделяемого от больного туберкулезом человека:

- а) мокрота;
- б) слюна;
- в) моча;
- г) фекалии;
- д) потовая жидкость.

Ответы - а /б /в /г /д

Компетенции: УК-1, ПК-5

22. Выберите правильные утверждения относительно пути передачи инфекции при туберкулезе:

- а) воздушно-капельный;
- б) воздушно-пылевой;
- в) алиментарный;
- г) по контакту, по соприкосновению с выделениями из язвы;
- д) внутриутробный.

Ответы - а /б /в /г /д

Компетенции: УК-1, ПК-5

23. Какие из перечисленных симптомов наиболее характерны для туберкулезной интоксикации:

- а) персистирующий кашель;
- б) потеря аппетита;
- в) ночные поты;
- г) быстрая утомляемость;
- д) кровохарканье.

Ответы - а /б /в /г /д

Компетенции: УК-1

24. У 19-ти летнего санитаря приемного покоя впервые выявлена положительная проба Манту. Анамнез без особенностей. Жалоб нет. На R-грамме грудной клетки без патологии. Какова тактика:

- а) никакой терапии;
- б) назначить 3 основных противотуберкулезных препарата на 3 месяца;
- в) назначить изониазид на 3 месяца;

- г) назначить рифампицин на 3 месяца;
- д) назначить этамбутол на 3 месяца.

Ответ - в

Ситуационные задачи

Задача 1.

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-5

В торакально-хирургическое отделение поступил больной 37 лет. При прохождении профилактического медицинского осмотра в верхнем отделе правого легкого была выявлена округлая тень. Больного отправили на дополнительное рентгенологическое обследование. На обзорной рентгенограмме и томограммах правого легкого в проекции 1-2 сегмента обнаружена изолированная с четкими контурами округлая тень 2,5 см в диаметре неоднородного характера за счет просветления, в окружающей легочной ткани имеются очаговые изменения. Ранее больным на туберкулезном учете не состоял, контакт с больным туберкулезом отрицает. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. В общем анализе крови незначительное ускорение СОЭ. В мокроте МБТ методом микроскопии не обнаружены.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Проведите дифференциальную диагностику
3. Подберите режим химиотерапии
4. Поставьте группу диспансерного учета.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Туберкулема 1-2 сегмента правого легкого в фазе распада. МБТ (-)
2. Дифференциальная диагностика с заполненной кистой, паразитарной кистой, новообразованием в легком (невринома, аденоматоз), аспергиллемами.
3. Основной курс химиотерапии по I стандартному режиму, в последующем оперативное лечение - резекция легкого.
4. IA группа диспансерного учета

Задача 2.

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-5, ПК-9

В стационар поступил больной 47 лет, с жалобами на кровохарканье, одышку, похудание на 10 кг. Из анамнеза: ФЛГ не проходил три года. Контакт с больным туберкулезом в течение 5 лет. Объективно: больной пониженного питания, бледный, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Вес больного при осмотре 49 кг. У больного при рентгенологическом обследовании выявлена в области 1-2 сегмента правого легкого кольцевидная тень неправильной формы размерами 3,5*4 см с выраженной капсулой. Наружные контуры не определяются из-за уплотнения окружающей ткани легкого и плевры. Правое легкое уменьшено в объеме, легочный рисунок деформирован. Корень правого легкого уплотнен, подтянут кверху, с крупными петрификатами лимфатических узлов. Тень средостения смещена вправо, множественные полиморфные очаговые тени в области базальных сегментов обеих легких преимущественно малой и средней интенсивности. В мокроте методом ПЦР в режиме реального времени определена ЛУ к изониазиду, рифампицину, методом посева на плотные среды подтверждена ЛУ МБТ к изониазиду, рифампицину, циклоцерину.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. План обследования
3. Назначьте режим химиотерапии
4. Поставьте группу диспансерного учета

Эталон ответа:

1. Фиброзно-кавернозный туберкулез 1-2 сегмента правого легкого. МБТ (+) с МЛУ к изониазиду, рифампицину, циклоцерину.
 - План обследования: изучение анамнеза, объективное исследование, анализы крови и мочи, исследования мокроты на микобактерии туберкулеза методом микро-

- скопии, посева и ПЦР, проба Манту с 2ТЕ, диаскинтест, посев мокроты на неспецифическую флору.
2. Основной курс химиотерапии по IV стандартному режиму, хирургическое удаление каверны.
 3. I A группа диспансерного учета.

Задача 3.

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-5, ПК-9

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.

Анамнез жизни: в детстве болела корью. Муж и дети здоровы. Предыдущее флюорографическое обследование год назад — без патологии.

Объективно: температура тела 36,6°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 $4,1 \times 10^{12}/л$, 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 бронхопульмональной группы.

ВОПРОСЫ:

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 клинкорентгенологических данных?
4. Обоснуйте Ваш диагноз.
5. Укажите, какие клинкорентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.
6. Проведите дифференциальную диагностику.
7. Где должна лечиться и наблюдаться в дальнейшем данная больная?
8. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Фибробронхоскопия, УЗИ органов брюшной полости.
2. Саркоидоз внутригрудных лимфоузлов, туберкулез внутригрудных лимфоузлов, лимфогранулематоз, лимфосаркома, центральный рак.
3. Саркоидоз внутригрудных лимфоузлов, активная фаза.
4. На основании жалоб (кашель с выделением скудного количества мокроты, одышке при быстрой ходьбе), анамнезе (выявлена флюорографически при устройстве на работу), объективных данных (в легких везикулярное дыхание, хрипов нет, на коже голеней — узловатая эритема), лабораторных данных (в пределах нормы, отсутствие в мокроте опухолевых клеток и микобактерий), рентгенологического обследования ОГК (корни легких расширены, бесструктурные за счет увеличенных лимфоузлов бронхопульмональной группы).
5. Малосимптомность течения заболевания, наличие узловатой эритемы, отсутствие изменений в гемограмме, характерная рентгенологическая картина.
6. а) Для туберкулеза внутригрудных лимфоузлов характерно наличие признаков интоксикации, изменения в гемограмме, возможно обнаружение МБТ в мокроте (при наличии

бронхонодулярного свища), рентгенологически чаще определяется одностороннее поражение, положительная проба Манту.

б) Для лимфогранулематоза характерен выраженный интоксикационный синдром, зуд кожи, увеличение также периферических лимфоузлов, выраженные изменения в гемограмме (значительный лейкоцитоз, лимфопения, эозинофилия).

в) При лимфосаркоме отмечается типичная клиническая симптоматика (одышка, интенсивная боль в грудной клетке, истощение), лимфосаркома быстро прогрессирует, в гемограмме — выраженная анемия, лимфопения, увеличение СОЭ).

г) Центральный рак легкого встречается чаще у мужчин, чаще в пожилом возрасте, поражение наиболее часто одностороннее, при цитологическом исследовании мокроты обнаруживаются опухолевые клетки, решающим в диагностике является фибробронхоскопия с биопсией опухоли.

7. В противотуберкулезном диспансере.

8. До получения результатов посева на чувствительность к антибактериальным препаратам необходимо назначить стандартный режим лечения: изониазид в дозе 10 мг на 1 кг веса.

Задача 4.

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-5, ПК-9

Больной В., 35 лет, зоотехник, доставлен “Скорой помощью” в ЦРБ с жалобами на повышение температуры тела до 39°C, 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: слева легкое чистое, справа с уровня II ребра до купола диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение, неотделимое от тени утолщенной ко-стальной 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.

Проба Манту с 2 ТЕ — 4 мм, в центре папулы — везикула.

ВОПРОСЫ:

- 1.Какой предварительный диагноз Вы поставили бы больному при поступлении в ЦРБ?
- 2.Правильно поступил ли врач, дважды пропунктировав плевральную полость? Почему?
- 3.По данным анализов плеврального содержимого, трансудат это или экссудат? Почему?
- 4.Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения этиологии плеврита?

5. Между какими заболеваниями в первую очередь нужно проводить дифференциальную диагностику?

6. По клинико-рентгенологическим данным о какой этиологии процесса можно думать? Почему? Сформулируйте диагноз.

7. Какова дальнейшая тактика врача ЦРБ?

Эталон ответа:

1. Экссудативный плеврит справа.

2. Правильно, потому что жидкость из плевральной полости должна быть эвакуирована полностью с целью предотвращения нагноения и осумкования.

3. Экссудат, так как количество белка плеврального содержимого более 50% от количества белка сыворотки крови.

4. ЭКГ, фибробронхоскопия, фиброгастроскопия, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

5. Между туберкулезным плевритом, плевритом неспецифической этиологии, мезотелиомой плевры, метастатическим плевритом, кардиогенным выпотом.

6. 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, гиперергическая проба Манту.

7. Консультация фтизиатра, с последующим переводом больного для лечения в противотуберкулезный диспансер.

Задача 5.

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-5, ПК-9

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 37,1°C. Кожные покровы чистые, бледные, румянец на щеках. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Зев чист. Имеются кариозные зубы. 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. $9,1 \times 10^9/\text{л}$, эоз.—3%, п/я—6%, с/я—59%, лимф.—18%, мон.—14%, СОЭ 24 мм/час.

Реакция Манту с 2 ТЕ — 9 мм. Посев мокроты на БК 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. Является ли небациллярная мокрота основанием для исключения туберкулезного процесса?
5. В какой группе учета должен состоять данный больной?
6. Какое лечение будет назначено?
7. Сочетание каких препаратов наиболее эффективно?
8. Возможные исходы заболевания?

Эталон ответа:

1. Очаговый туберкулез С₂ правого легкого, фаза инфильтрации. БК отр.

2. Рентгенологически округлая тень диаметром до 10–12 мм называется очагом.

3. Очаговый туберкулез в первую очередь дифференцируем с очаговой пневмонией.
4. Отсутствие микобактерий туберкулеза в мокроте не является основанием для исключения туберкулезного процесса.
5. Больной с активным туберкулезным процессом в легких должен состоять в I А группе диспансерного учета.
6. Три противотуберкулезных препарата в течение 6 месяцев.
7. Изониазид. Рифампицин. Стрептомицин.
8. При благоприятном течении заболевания и правильном лечении возможно рассасывание или уплотнение очага, при неблагоприятном течении заболевания возможно прогрессирование процесса.

**Оценочные средства для промежуточной аттестации
по дисциплине «Фтизиатрия»**

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

психолого-педагогическая деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9)

Цель промежуточной аттестации - определение уровня сформированности компетенций в процессе освоения дисциплины

**ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ
ДИСЦИПЛИНЫ**

Курс обучения	Компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)
1 курс, 1 семестр	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-9	Фтизиатрия	<p>Место и роль фтизиатрии среди медицинских специальностей.</p> <p>Этиология туберкулеза. Эпидемиология туберкулеза. Патогенез туберкулеза.</p> <p>Классификация туберкулеза. Патологическая анатомия туберкулеза. Клиническая патофизиология туберкулеза. Объективное обследование больного. Бактериологическая диагностика туберкулеза.</p> <p>Туберкулинодиагностика. Рентгенологическая диагностика. Лабораторная диагностика. Инструментальные и инвазивные методы исследования.</p> <p>Функциональные исследования в клинике туберкулеза. Классификация и основные клинические проявления туберкулеза. Особенности туберкулеза.</p> <p>Организация фтизиатрической помощи в России. Туберкулез легких. Диспансерное наблюдение за больными, профилактика туберкулеза.</p> <p>Коллапсотерапия и хирургическое лечение в комплексной терапии туберкулеза органов дыхания.</p> <p>Современные показания к хирургическим методам лечения туберкулеза органов дыхания (медицинские и социаль-</p>

			<p>ные). Роль хирургических методов в лечении больных с деструктивными, казеозными и осложненными формами туберкулеза органов дыхания. Коллапсотерапия легочного туберкулеза. Место коллапсотерапии при деструктивном туберкулезе легких в эру химиотерапии. Механизм лечебного действия легочного коллапса на специфический инфекционный процесс в легком. Современные показания к наложению лечебного пневмоторакса.</p> <p>Техника наложения лечебного пневмоторакса. Ведение лечебного пневмоторакса и его прекращение. Осложнения лечебного пневмоторакса, их профилактика и лечение. Показания к лечению пневмоперитонеумом. Техника инсуффляции газа в брюшную полость. Формирование и ведение лечебного пневмоперитонеума. Осложнения.</p> <p>Эффективность лечебного пневмоперитонеума в комплексной терапии туберкулеза.</p> <p>Коллапсохирургические методы лечения легочного туберкулеза. Современные показания к пневмонэктомии при туберкулезе. Современные показания к комбинированным резекциям легкого при туберкулезе. Лоб-, билобэктомия при туберкулезе. Частичные реакции легкого при туберкулезе (сегментэктомия, субсегментэктомия, клиновидная и плоскостная резекция). Хирургические методы лечения туберкулезных плевритов и эмпием плевры.</p> <p>Предоперационное обследование больных туберкулезом органов дыхания и подготовка их к торакальным операциям.</p> <p>Диспансерное наблюдение и реабилитация больных, оперированных по поводу туберкулеза органов дыхания.</p>
--	--	--	--

Уровни сформированности компетенции у обучающихся

п/п №	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	сущность метода системного анализа, системного синтеза, понятие «абстракция», ее типы и значение	выделять и систематизировать существенные свойства и связи предметов, отделять их от частных свойств; анализировать и систематизировать любую поступающую информацию; выявлять основные закономерности	навыками сбора, обработки информации по профессиональным проблемам; навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач; методикой решения профессиональных за-	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.

п/п №	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
				изучаемых объектов.	дач.	
2	УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Принципы толерантного восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий, встречающихся среди членов коллектива и при взаимодействии различных типов коллективов (медицинского персонала, партнеров и пациентов); этические и деонтологические нормы общения, психологические и социологические закономерности и принципы межличностного взаимодействия; принципы управления коллективом, проблемы взаимоотношения руководитель - подчиненный в медицинском коллективе.	Управлять коллективом сотрудников; уважительно принимать особенности других культур, способов самовыражения и проявления человеческой индивидуальности в различных социальных группах; сотрудничать с людьми, различающимися по полу, возрасту, языку, убеждениям, обычаям, верованиям; строить межличностные отношения и работать в команде; организовывать внутригрупповое взаимодействие с учетом социально-культурных особенностей, этнических и конфессиональных различий отдельных членов группы.	Методологией - управления коллективом на основе этических и деонтологических норм; - социального взаимодействия с людьми разных возрастных, социальных, этнических и конфессиональных групп.	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.

п/п №	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
3	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни; основы здорового образа жизни, методы его формирования; причины и факторы риска возникновения заболеваний хирургического профиля, принципы и особенности их профилактики.	производить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний хирургического профиля; определять медицинские показания для направления к врачу-специалисту; разработать и реализовать программы формирования здорового образа жизни.	навыками осуществления санитарно-просветительской работы с населением, направленной на пропаганду здорового образа жизни и профилактики заболеваний хирургического профиля; методами борьбы с вредными привычками.	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.
4	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических	Международную классификацию болезней (МКБ). Методы клинической, инструментальной и лабораторной	пользоваться международной классификацией болезней, интерпретировать полученные результаты обследования	методами диагностического обследования для выявления у пациентов основных патологических симп-	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.

п/п №	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
		форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	диагностики функционального состояния органов и систем организма, принципы дифференциальной диагностики заболеваний.	пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований; формулировать полный диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	томов и синдромов заболеваний; алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем; навыками интерпретации данных дополнительных инструментальных и лабораторных методов исследования	
5	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	консультировать пациентов и членов их семей с целью формирования мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	навыками проведения консультаций с целью формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

по дисциплине «Фтизиатрия»

Тесты для промежуточной аттестации

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ПК-1

1. В какой группе диспансерного учета должны наблюдаться вновь выявленные больные с деструктивными изменениями в легких и бактериовыделением (БК+)?

1. I а гр.
2. I б гр.
3. II гр.
4. III гр.

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-9

2. В какой группе диспансерного учета должны наблюдаться лица, клинически излеченные от туберкулеза с остаточными изменениями в легких?

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

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-9

3. В какой группе диспансерного учета наблюдаются здоровые контакты с больными активным туберкулезом?

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

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1

4. В какой группе диспансерного учета должны наблюдаться дети и подростки с «виражом» туберкулиновых проб?

1. I А
2. VI А
3. II
4. на учет не берутся

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1

5. В какой группе диспансерного учета должны наблюдаться дети с впервые выявленным первичным туберкулезным комплексом?

1. I А
2. VI Б
3. VI В
4. III

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1

6. В какой группе диспансерного учета должны наблюдаться дети и подростки с гиперергической реакцией на туберкулин?

1. I А

2. II
 3. VI A
 4. VI Б
- Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1

7. По каким признакам осуществляется перевод из I во II группу?
1. затихание процесса с закрытием полости распада и прекращением бактериовыделения
 2. сохранение полости при прекращении бактериовыделения
 3. ликвидация клинических проявлений интоксикации при незначительной рентгенодинамике
 4. рассасывание очагов при сохранении полости
- Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1

8. По каким признакам осуществляется перевод из II в III группу?
1. прогрессирование туберкулезного процесса
 2. стабилизация процесса
 3. затихание туберкулезного процесса при сохранении активности
 4. клиническое излечение
- Ответ: 4

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1

9. Врачи какой специальности должны активно выявлять больных, подозрительных на туберкулез?
1. терапевты
 2. педиатры
 3. фтизиатры
 4. любой врачебной специальности
- Ответ: 4

Компетенции: УК-1

10. Максимальная продолжительность выдачи больничного листа по временной трудоспособности по заболеванию туберкулезом стационарному больному по согласованию с ВКК, но без разрешения МРЭК:
1. до 2-х месяцев
 2. до 4-х месяцев
 3. до 6 месяцев
 4. до 10 месяцев
- Ответ: 3

Компетенции: УК-1

11. Наиболее частая причина установления II группы инвалидности больному туберкулезом легких при недостаточной эффективности основного курса химиотерапии:
1. нестойкое абациллирование мокроты
 2. сохранение полости без дыхательной недостаточности
 3. сохранение полости и фиброза с явлениями легочно-сердечной недостаточности II степени
 4. периодически появляющиеся непродолжительные кровохарканья без симптомов дыхательной недостаточности
- Ответ: 3

Компетенции: УК-1

12. Длительность срока сохранения места работы за больным туберкулезом, находящимся на лечении:
1. 6 мес

2. 9 мес
 3. 12 мес
 4. 18 мес
- Ответ: 3

Компетенции: УК-1

13. Заболеваемость туберкулезом – это:

1. число впервые выявленных больных и больных с обострениями и рецидивами за год на 100 тыс. населения
2. число больных активным туберкулезом, определяемое на конец года на 100 тыс. населения
3. число больных с впервые в жизни выявленным активным туберкулезом на 100 тыс. населения
4. число всех лиц, состоящих на учете в противотуберкулезном диспансере на конец года

Ответ: 3

Компетенции: УК-1

14. Смертность от туберкулеза – это:

1. число всех умерших от туберкулеза за год на 100 тыс. населения
2. число больных туберкулезом, умерших от всех причин на 100 тыс. населения
3. число умерших от туберкулеза по отношению к числу больных, состоящих на учете в тубдиспансере
4. число умерших, состоявших на учете в тубдиспансере, по отношению ко всему контингенту тубдиспансера

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1

15. К обязанностям терапевтической службы по проведению противотуберкулезных мероприятий относится:

1. обследование на туберкулез больных с ХНХЗОД
2. амбулаторное лечение больных туберкулезом
3. направление больных в туберкулезные санатории
4. исследование мокроты на БК у больных с бронхолегочными заболеваниями
5. определение активности туберкулезного процесса

2 правильных ответа

Ответ: 2,4

Компетенции: УК-1, УК-2

16. К обязанностям педиатрической службы относится:

1. организация и проведение вакцинации и ревакцинации БЦЖ
2. обследование на туберкулез контактов
3. назначение химиопрофилактики детям с «виражом» туберкулиновой реакции и гиперергией
4. организация и проведение туберкулинодиагностики среди детского населения.
5. лечение детей с туберкулезной интоксикацией

2 правильных ответа

Ответ: 1,4

Компетенции: УК-1, УК-2

17. Микроскопическое (бактериоскопия) исследование мокроты на наличие МБТ производится:

1. лабораториями поликлиник
2. лабораторией противотуберкулезного диспансера
3. лабораториями областных и районных больниц
4. лабораториями всех перечисленных медучреждений

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, УК-2

18. Лечение детей, заболевших активным туберкулезом органов дыхания производится:

1. в инфекционной больнице
2. в пульмонологическом отделении детской больницы
3. в противотуберкулезном стационаре
4. в детских отделениях противотуберкулезных диспансеров и больниц

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1

19. Система DOTS включает:

1. сплошные обследования населения
2. дифференцированные флюорографические обследования населения
3. бактериологические (посев мокроты) обследования в группах повышенного риска
4. бактериоскопию мокроты у лиц с подозрением на туберкулез
5. проведение полихимиотерапии под контролем

Ответ: 4,5

Компетенции: УК-1, ПК-5

20. Наиболее характерные грудные жалобы больных туберкулезом легких:

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

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

21. Каким методом лучше всего выявляются малые формы бронхоаденита?

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

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

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

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

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

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

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

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

24. Признаками, характерными для первичного туберкулеза являются:

1. бронхогенное обсеменение
2. образование каверн
3. высокая степень специфической сенсibilизации организма
4. неблагоприятное течение
5. склонность к поражению лимфатической системы
6. эндогенная реактивация процесса

Ответ: 3,5

Компетенции: УК-1, ПК-5

25. Какие признаки более характерны для туберкулезной интоксикации:

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

Ответ: 4,5

Компетенции: УК-1, ПК-5

26. Для хронической туберкулезной интоксикации характерно:

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

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

27. Какая клиническая форма туберкулеза протекает без видимых локальных поражений?

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

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

28. Условием для постановки диагноза ранней туберкулезной интоксикации является:

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

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

29. Первичный туберкулезный комплекс характеризуется:

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

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

30. Очаг Гона – это результат перенесенного:

1. туберкулезного бронхоаденита
2. первичного туберкулезного комплекса
3. туберкулезной интоксикации
4. милиарного туберкулеза

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

31. Рентгенологический симптом «биполярности» или «гантели» характерен для:

1. туберкулезного бронхоаденита
2. туберкулезного мезоаденита
3. диссеминированного туберкулеза
4. первичного туберкулезного комплекса

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

32. Инфильтративная форма туберкулезного бронхоаденита рентгенологически проявляется в виде:

1. деформации корня легкого, его размытости, расширении, исчезновении полулунной вогнутости
2. появление в области корня опухолевидного образования с четкими контурами
3. симптома «дымовой труды»
4. усиления легочного рисунка в средних отделах обеих легких

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

33. Рентгенологические признаки первичного туберкулезного комплекса в пневмонической стадии:

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

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

34. К осложнениям первичного туберкулеза не относится:

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

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

35. Какой наиболее информативный из рентгенологических методов обследования применяется при внутригрудных лимфоаденопатиях?

1. обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции
2. бронхография
3. срединная томограмма через корень легких
4. прицельная рентгенограмма

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

36. Дифференциальная диагностика туберкулезного бронхоаденита проводится:

1. с саркоидозом
2. очаговой пневмонией
3. периферическим раком
4. междолевым плевритом

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

37. Какое наиболее частое осложнение может наблюдаться при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов у детей?

1. легочное кровотечение
2. образование каверны
3. ателектаз
4. легочно-сердечная недостаточность

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

38. Дифференциальная диагностика туберкулезной интоксикации проводится:

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

Ответ: 2,5

Компетенции: УК-1, ПК-5

39. Дифференциальная диагностика первичного комплекса проводится:

1. с острым бронхитом
2. с сухим плевритом
3. с пневмонией
4. с лимфогранулематозом

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

40. При дифференциальной диагностике туберкулезного бронхоаденита и лимфогранулематоза для последнего характерны:

1. симптом «дымовой трубы»
2. одностороннее увеличение преимущественно бронхопульмональных лимфоузлов
3. гиперергическая реакция Манту
4. наличие перифокального воспаления вокруг внутригрудных лимфатических узлов
5. наличие клеток Березовского –Штеренберга
6. наличие клеток Пирогова-Ланганса

Ответ: 1,5

Компетенции: УК-1, ПК-5

41. Какие группы периферических лимфоузлов наиболее часто поражаются у детей и подростков при туберкулезе?

1. подключичные
2. паховые
3. шейные
4. кубитальные

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

42. Какой наиболее информативный метод исследования помогает уточнить этиологию периферического лимфаденита?

1. рентгенологический
2. бактериологический
3. иммунологический
4. гистологический / биопсия/

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

43. Возможное осложнение туберкулеза периферических лимфатических узлов:

1. свищ
2. флегмона
3. кровотечение
4. сепсис

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

44. Сроки окончательного формирования кальцинатов в легком и средостении после перенесенного первичного туберкулеза у детей и подростков:

1. через 6 месяцев от начала химиотерапии
2. через один год от начала химиотерапии
3. через 1.5 года после лечения и наблюдения
4. через 2 - 3 и более лет после лечения и наблюдения

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

45. Дифференциальную диагностику инфильтративного варианта туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов у детей следует чаще проводить с:

1. центральным раком
2. прикорневой пневмонией
3. тератомой
4. лимфогранулематозом

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

46. Характерным осложнением первичного комплекса является:

1. ателектаз
2. образование каверны
3. туберкулез бронха
4. спонтанный пневмоторакс

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

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

1. в первый день острых клинических проявлений
2. через 3 - 4 дня
3. через 8 - 10 дней
4. к концу месяца

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

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

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

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

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

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

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

50. Рентгенологическая картина при милиарном туберкулезе легких:

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

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

51. Характерная клиническая картина при милиарном туберкулезе легких:

1. постепенное начало, температура тела с субфебрильных цифр стабилизировалась утром и вечером на 39 - 40, кашель и одышка отсутствуют
2. острое начало, температура до 40, озноб, через несколько дней появился кашель с большим количеством мокроты
3. острое начало, температура тела утром субфебрильная, вечером 39 - 40, сильная потливость по ночам, беспокоит выраженная одышка, кашель небольшой
4. острое начало, температура тела субфебрильная, беспокоит сильный приступообразный кашель с болевыми ощущениями за грудиной

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

52. Дифференциальная диагностика милиарного туберкулеза проводится:

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

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

53. При дифференциальной диагностике милиарного туберкулеза и карциноматоза для туберкулеза характерны:

1. наличие высокой (до 39 – 40С) температуры гектического типа
2. развитие экссудативного плеврита с упорным течением и геморрагическим экссудатом

3. появление одышки и ее постепенное нарастание
4. наличие мелких (до 0.5 см) очагов с четкими контурами без слияния между собой

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

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

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

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

55. Патогенез милиарного и диссеминированного туберкулеза чаще всего связан:

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

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

56. Рентгеновская картина при подостром варианте диссеминированного туберкулеза легких:

1. множественные полиморфные очаги различной интенсивности с участками просветлений на фоне пневмофиброза в верхних сегментах обоих легких
2. множественные мелкие очажки значительной интенсивности в обоих легких без деструкций в средне-нижних отделах; корни уплотнены.
3. множественные невысокой интенсивности разновеликие очаги в верхних отделах обоих легких, местами сливающиеся в фокусы с участками тонкостенных кольцевидных просветлений.
4. множественные очаги различной величины, невысокой интенсивности в субкортикальных зонах средних отделов обоих легких без деструкций; корни с обеих сторон резко расширены за счет увеличенных бронхопультмональных лимфоузлов

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

57. Рентгенологические признаки хронического варианта диссеминированного туберкулеза легких:

1. множественные мелкие малоинтенсивные очаги в обоих легких без деструкций
2. множественные очаги различной величины и интенсивности с наличием полостей распада с фиброзно-склеротическими изменениями в верхних сегментах обоих легких
3. множественные фокусы инфильтрации сливного характера в обоих легких с нечеткими контурами
4. множественные мелкие интенсивные очажки в средне-нижних отделах обоих легких на фоне сетчатого пневмосклероза; верхушки свободны.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

58. Характерный рентгенологический признак подострого диссеминированного туберкулеза:

1. наличие толстостенной полости с неровным контуром в среднем отделе легкого
2. наличие нескольких крупнофокусных теней размером 3 - 4 см
3. наличие тонкостенной "штампованной" каверны в верхней доле
4. сужение одного из легочных полей, смещение средостения в эту сторону

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

59. Рентгенологический признак, характерный для хронического диссеминированного туберкулеза легких:

1. симптом "яичной скорлупы"
2. симптом "плакучей ивы"
3. симптом "снежной бури"
4. симптом "восходящего солнца"

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

60. Симптом «разменной монеты» характерен для какой патологии?

1. подострый диссеминированный туберкулез
2. хронический диссеминированный туберкулез
3. периферический рак
4. метастатический рак

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

61. При какой форме туберкулеза легких, несмотря на проводимую химиотерапию, отмечается чаще менее благоприятный прогноз?

1. инфильтративный (облаковидный вариант) туберкулез легких с распадом, БК+
2. милиарный туберкулез легких, БК -
3. подострый диссеминированный туберкулез легких с распадом, БК+
4. хронический диссеминированный туберкулез легких с распадом, БК+

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

62. Основной и решающий метод исследования при диагностике туберкулезного менингита:

1. люмбальная пункция с лабораторным исследованием ликвора, в том числе и на МБТ
2. клинический с изучением особенностей течения заболевания
3. многократные исследования мокроты на МБТ
4. данные неврологического статуса

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

63. Цель постановки пробы Коха:

1. определение инфицированности населения
2. выявление / "виража"/
3. выявление гиперергических реакций
4. диагностика и дифференциальная диагностика

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-5

64. К какому типу реакций относится проба Манту?

1. неспецифическая резистентность
2. гиперчувствительность замедленного типа
3. гиперчувствительность немедленного типа
4. гуморальный иммунитет

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

65. Для постинфекционной аллергии при постановке пробы Манту с 2 ТЕ характерно:

1. папула выпуклая, с гиперемией, при повторной постановке реакция склонна к нарастанию, появляется в более короткие сроки.
2. папула плоская, без гиперемии, при повторной реакция склонна к угасанию, появляется в более поздние сроки
3. папула отсутствует, имеется гиперемия, быстро проходящая, без тенденции к нарастанию
4. папула до 10 мм при первой постановке пробы (в 12 мес.)

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

66. Основной массовый метод раннего выявления туберкулеза у детей в настоящее время:

1. флюорография
2. туберкулинодиагностика по пробе Манту с 2 ТЕ ППД-Л
3. исследование мокроты на МБТ
4. компьютерная томография

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-5

67. У ребенка 5-ти лет выявлен «вираж» туберкулиновой пробы. Куда его необходимо направить?

1. в детскую поликлинику
2. в детскую больницу
3. в детский кабинет противотуберкулезного диспансера (тубкабинет)
4. в туберкулезный санаторий

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-5

68. Ответ организма человека на введение туберкулина обычно проявляется?

1. реакцией гиперчувствительности замедленного типа
2. реакцией гиперчувствительности немедленного типа
3. обоими видами реакций
4. реакцией бласттрансформации

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

69. К какому виду реакций относится проба Манту:

1. местная
2. общая
3. очаговая
4. параспецифическая

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1

70. Что представляет собой вакцина БЦЖ?

1. культуры патогенных МБТ
2. убитые МБТ
3. живую, но ослабленную культуру МБТ
4. продукты жизнедеятельности МБТ

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1

71. Какой метод введения вакцины БЦЖ является общепринятым в настоящее время при вакцинации и ревакцинации детей и подростков?

1. пероральный
2. кожный

3. внутрикожный
 4. подкожный
- Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1

72. Чем отличается вакцина БЦЖ-М от вакцины БЦЖ-1?

1. еще более ослаблен вакцинный штамм БЦЖ
2. прививочная доза увеличена в 2 раза
3. прививочная доза уменьшена в 2 раза
4. ничем не отличается, кроме фирменного знака

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1

73. Противотуберкулезная вакцинация в родильном доме клинически здоровых недоношенных детей весом более 2-х кг:

1. не прививают
2. прививают вакциной БЦЖ-М
3. прививают вакциной БЦЖ-1
4. отсрочка вакцинации до достижения нормального веса

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1

74. Нормальные сроки появления прививочного инфильтрата на вакцинацию вакциной БЦЖ-1:

1. через 4 - 6 недель
2. через неделю
3. через 72 часа
4. к концу 2 месяца

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1

75. Нормальные сроки окончательного формирования поствакцинального рубчика на вакцину БЦЖ-1 у новорожденного:

1. через неделю
2. через месяц
3. через 3 - 4 месяца
4. через 6 - 8 месяцев

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1

76. Сроки очередной ревакцинации БЦЖ в у туберкулиноотрицательных детей и подростков после вакцинации в родильном доме:

1. через 3 года
2. через 5 лет
3. через 7 лет
4. через 10 лет

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1

77. Из какого вида микобактерий была получена вакцина БЦЖ?

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

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1

78. Прививочная доза вакцины БЦЖ?

1. 0.05 мг
2. 0.1 мг
3. 0.5 мг
4. 1 мг

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1

79. Сроки изоляции новорожденных, привитых вакциной БЦЖ, из контакта:

1. 1 месяц
2. 2 месяца
3. 4 месяца
4. 6 месяцев

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1

80. Противопоказаниями для вакцинации БЦЖ новорожденных являются:

1. наличие туберкулеза у матери
2. наличие туберкулеза у отца
3. масса тела менее двух килограмм
4. масса тела более 4 килограмм

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1

81. При наличии массы тела новорожденного 1.7 килограмма:

1. вакцинация не проводится
2. проводится вакцинация обычной вакциной БЦЖ
3. проводится вакцинация БЦЖ-М
4. вакцинация откладывается до достижения массы тела 2 кг.

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1

82. Осложнением вакцинации БЦЖ может являться:

1. лимфаденит подмышечного лимфоузла
2. лимфаденит паховых лимфоузлов
3. геморрагический васкулит
4. келоидный рубец на месте прививки
5. послепрививочный рубец размером 5 – 6 мм
6. положительная проба Манту через 4 – 6 месяцев после вакцинации

Ответ: 1,4

Компетенции: УК-1, ПК-1

83. Через какой срок ставится проба Манту не привитым в роддоме детям при их первичной вакцинации в поликлинике?

1. 1 мес.
2. 2 мес.
3. 4 мес.
5. 6 мес.

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1

84. Критериями хорошего качества вакцинации являются:

1. отрицательная проба Манту
2. гиперергическая реакция Манту
3. гипо- или нормергическая реакция Манту (папула до 10 – 12 мм)
4. положительная реакция Панди

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1

85. Ревакцинация БЦЖ проводится:

1. при отрицательной пробе Манту
2. при отрицательной или сомнительной пробе Манту
3. при положительной пробе Манту
4. постановка пробы Манту не обязательна

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-1

86. Вакцина БЦЖ была получена:

1. Цехновицером и Жераром
2. Кохом и Берингом
3. Канетти и Зорини
4. Кальметтом и Гереном

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1

87. Каким противотуберкулезным препаратам, как правило, проводится медикаментозная профилактика с целью предупреждения заболевания туберкулезом?

1. стрептомицином
2. изониазидом или фтивазидом (препараты группы ГИНК)
3. рифампицином
4. этамбутолом

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-9

88. Кто нуждается в проведении обязательной медикаментозной профилактики изониазидом?

1. лица с малыми остаточными туберкулезными изменениями в легких без отягощающих обстоятельств
2. взрослые лица, находящиеся в контакте с больным закрытой формой туберкулеза
3. дети и взрослые лица, находящиеся в контакте с бактериовыделителем МБТ
4. дети с положительной пробой Манту / 12 мм/ в течение 3-х лет

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1

89. При назначении каких гормонов пациентам проводится химиопрофилактика туберкулеза?

1. инсулин
2. анаболические стероиды
3. глюкокортикоиды
4. тироксин

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1

90. Частота проведения химиопрофилактики при выраже туберкулиновой реакции:

1. 2 раза в год в течение 2 лет

2. 1 раз в год в течение 3 лет
3. один курс при взятии на учет
4. проведение химиопрофилактики не обязательно

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1

91. Химиопрофилактика детям из контакта с бактериовыделителями проводится:

1. 1 раз в год
2. 1 раз в 2 года
3. по показаниям при сопутствующих заболеваниях
4. 2 раза в год весной и осенью

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1

92. Химиопрофилактика туберкулеза проводится:

1. при «вираже» туберкулиновой реакции
2. при активном туберкулезном процессе
3. при злоупотреблении алкоголем
4. при хроническом гепатите и панкреатите
5. при неактивном туберкулезе после клинического излечения
6. после перенесенной острой пневмонии

Ответ: 1,5

Компетенции: УК-1, ПК-1

93. Специфическая профилактика туберкулеза включает:

1. вакцинацию БЦЖ
2. вакцинацию БЦЖ и химиопрофилактику
3. химиопрофилактику
4. первые 3 месяца лечения антибактериальными препаратами

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1

94. Химиопрофилактика бывает:

1. первичная, вторичная
2. начальная, окончательная
3. единичная, множественная
4. терапевтическая, эпидемиологическая

Ответ: 1

Компетенции: УК-1, ПК-9

95. Самый важный критерий, определяющий степень эпидемиологической опасности очага туберкулезной инфекции:

1. жилищно-бытовые условия данной семьи
2. материальная обеспеченность семьи
3. санитарный и культурный уровень семьи
4. массивность бактериовыделения у больных туберкулезом

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-9

96. Кто выполняет текущую дезинфекцию в очагах туберкулезной инфекции:

1. участковый врач-терапевт с медицинской сестрой
2. участковый врач-фтизиатр с медицинской сестрой
3. противоэпидемический отдел центра здоровья и гигиены
4. члены данной семьи и сам больной туберкулезом

Ответ: 4

Компетенции: УК-1, ПК-1

97. Кто выполняет заключительную дезинфекцию в очагах туберкулезной инфекции?

1. участковый врач-терапевт с медицинской сестрой
2. участковый врач-фтизиатр с медицинской сестрой
3. дезинфекционный отдел центра гигиены и эпидемиологии
4. члены данной семьи и сам больной туберкулезом

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1

98. Работу в туберкулезном очаге осуществляют:

1. поликлиника - участковый терапевт
2. поликлиника и ЦГЭ
3. противотуберкулезный диспансер и ЦГЭ
4. ЦГЭ

Ответ: 3

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-9

99. Частота рентгенологического обследования контактов:

1. 1 раз в 6 месяцев
2. 1 раз в год
3. 1 раз в 2 года
4. 1 раз в 3 года

Ответ: 2

Компетенции: УК-1, ПК-1

100. Обработка посуды бактериовыделителя осуществляется путем:

1. замачивания в растворе хлорной извести (хлорамина)
2. кипячение
3. мытье горячей водой
5. замачивания в карболовом растворе

Ответ: 2

Ситуационные задачи

Задача 1.

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-9

Больному по поводу инфильтративного туберкулеза верхней доли правого легкого в фазе распада, МБТ(+) с устойчивостью к H, S, E, в течение 6 месяцев проводилась антибактериальная терапия по II режиму, с частичным клинико-рентгенологическим эффектом: достигнута дезинтоксикация, ликвидированы катаральные явления в легких, произошло частичное рассасывание инфильтративных изменений и уменьшение размера полости распада. Бациллярность сохраняется. На фоне лечения, по данным биохимического анализа крови: АЛТ-142,4 ед/л, АСТ – 231 ед/л, общий билирубин составил 25 %, прямой -25. При осмотре наблюдается иктеричность склер, при перкуссии по Курлову размеры печени составили: 12-10- 7 см. Вес больного при осмотре 52 кг.

Вопросы:

1. Составьте план дальнейшего ведения больного
2. Обоснуйте лечебные мероприятия
3. Устраните побочные реакции

Эталон ответа:

1. Необходима консультация хирурга, также необходимо повторно уточнить лекарственную чувствительность к химиопрепаратам.
2. План лечения больного:

- Наличие деструкции и бактериовыделение после 6 месяцев лечения является показанием для оперативного лечения (лобэктомия).
 - В послеоперационном периоде лечение следует продолжать в стационаре и в амбулаторных условиях.
 - В течение 2-х лет при отсутствии активных специфических изменений проводится противорецидивное лечение весной и осенью.
3. Пациенту необходимо назначить гепатопротекторные препараты (эссенциале-форте, гептрал, урсосан и т.д), провести дезинтоксикационную терапию.

Задача 2.

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-5, ПК-9

Больной 26 лет заболел остро с высокой температурой до 38С. Беспокоит слабость, ночная потливость, плохой сон и аппетит, боль у угла правой лопатки, кашель. Диагностирована правосторонняя пневмония. Рентгенологическое обследование не проводилось. Проведено лечение пенициллином и стрептомицином в течение 2-х недель. Состояние улучшилось. Однако сохранялась быстрая утомляемость, кашель, плохой аппетит. Спустя 3 месяца вновь подъем температуры до субфебрильных цифр, усилился кашель. При перкуссии в межлопаточном пространстве у угла лопатки укорочение легочного звука, дыхание бронхиальное и влажные единичные средне пузырьчатые хрипы. В мокроте методом ПЦР в режиме реального времени определена ЛУ к рифампицину. На рентгенограмме в 6-м сегменте правого легкого определяется тонкостенная кольцевидная тень 4*3см с нечеткими наружными контурами. В окружающей легочной ткани очаги средней и малой интенсивности.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Проведите дифференциальную диагностику
3. Назначьте режим химиотерапии
4. Поставьте группу диспансерного учета

Эталон ответа:

1. Кавернозный туберкулез 6 сегмента правого легкого. МБТ (+) с ЛУ к рифампицину.
2. С кистами легких, фиброзно-кавернозным туберкулезом
3. Основной курс химиотерапии по IV стандартному режиму, в последующем оперативное лечение – хирургическое удаление каверны.
4. I А группа ДУ

Задача 3.

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-5, ПК-9

В стационар поступил больной 24 лет, с жалобами на утомляемость, субфебрильную температуру в течение последних 2-х месяцев. В анамнезе контакт с больным туберкулезом. При обследовании было диагностировано поражение верхней доли правого легкого. В мокроте обнаружены МБТ, 4 месяца лечился основными противотуберкулезными препаратами, самовольно прервал химиотерапию. В настоящее время жалоб не предъявляет. В легких перкуторно ясный легочный звук, хрипы не прослушиваются. В мокроте методом посева бактериовыделение сохраняется. Гемограмма в норме. На рентгенограмме в 3-м сегменте правого легкого округлой формы тонкостенная кольцевидная тень 3*3см с четкими внутренними и менее четкими наружными контурами. В окружающей легочной ткани единичные очаги средней интенсивности.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Проведите дифференциальную диагностику
3. Подберите режим химиотерапии
4. Поставьте группу диспансерного учета

Эталон ответа:

1. Кавернозный туберкулез 3 сегмента правого легкого. МБТ (+)
2. С кистами легких, фиброзно-кавернозным туберкулезом

3. Основной курс химиотерапии по I стандартному режиму, в последующем оперативное лечение – хирургическое удаление каверны.
4. I А группа диспансерного учета

Задача 4.

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-5, ПК-9

Больной 45 лет состоит на диспансерном учете с диагнозом фиброзно-кавернозный туберкулез легких в течение нескольких лет. Обратился с жалобами на повышение температуры тела до 39°C, резкую боль в правом боку, кашель с выделением большого количества зловонной жидко-гноной мокроты. При осмотре: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, чистые. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, отмечается притупление перкуторного звука в средне-нижнем отделе грудной клетки справа, слева в верхнесреднем отделе выслушивается бронхиальное дыхание с влажными единичными хрипами. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки выявляются старые каверны с фиброзными стенками в верхнем отделе левого легкого, с фиброзными тяжами, правый корень подтянут вверх, определяется симптом «плакучей ивы». В крови: Л-13,6·10⁹/л, э/6%, с/60%, п/4%, л/15%, м/13%, СОЭ-42мм/ч, Эр – 3,0, Нв – 68 г/л. В мокроте обнаружены МБТ методом простой бактериоскопии. В мокроте методом ПЦР в режиме реального времени определена ЛУ к изониазиду, рифампицину.

Вопросы:

1. Описать патогенез формирования каверны в легком, ее строение.
2. Перечислить рентгенологические признаки фиброзно-кавернозного туберкулеза.
3. Определить тактику лечения.
4. Поставьте группу диспансерного учета.

Эталон ответа:

1. В воспалительном очаге образуется казеозный некроз, который под действием протеолитических ферментов разжижается. Сухие казеозные массы становятся жидкими, постепенно отторгаются при наличии связи с бронхиальной системой, образуется полость. 3 слоя: внутренний казеозные массы, широкий специфический грануляционный слой, неспецифическая грануляционная ткань с фиброзными изменениями.
2. Наличие каверн, выраженных фиброзных изменений, деформация и смещение трахеи в сторону поражения, смещение корня легкого и органов средостения в сторону поражения, симптом «висячие корни» или «плакучая ива».
3. Основной курс химиотерапии по IV стандартному режиму, в последующем оперативное лечение – хирургическое удаление каверны.
4. II Б группа диспансерного учета

Задача 5.

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-5, ПК-9

Больной 50 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на кашель, в мокроте прожилок крови. Из анамнеза известно, что мать больного умерла от туберкулеза легких 10 лет назад, сам больной ФЛГ- обследование проходил нерегулярно. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания, при аускультативном обследовании над левой верхушкой выслушиваются скудные влажные мелкокалиберные и сухие хрипы. При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки слева в 1-2 сегменте определяется кольцевидная тень 1,5x1,5 см, в окружающей ткани тяжистый легочный рисунок, полосковидные тени, идущие к корню. В мокроте найдены МБТ методом прямой бактериоскопии. В мокроте методом ПЦР в режиме реального времени определено, что чувствительность ко всем ПТП сохранена.

В общем анализе крови: Л-15,1·10⁹/л, э/5%, с/61%, п/2%, л/26%, м/4%, СОЭ-32мм/ч. Проба Манту с 2 ТЕ папула 13 мм.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Определите причину легочного кровотечения

3. Назначьте режим химиотерапии
4. Поставьте группу диспансерного учета

Эталон ответа:

1. Кавернозный туберкулез 1-2 сегмента левого легкого. МБТ (+).
2. Легочное кровотечение может возникнуть при нарушении целостности сосудистой стенки, которая разрушается при вовлечении ее в зону некроза; в результате повышения проницаемости сосудистой стенки.
3. Основной курс химиотерапии по I стандартному режиму, в последующем оперативное лечение – хирургическое удаление каверны.
4. I A группа диспансерного учета.

Задача 6.

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-5, ПК-9

Больной Г., 29 лет, осужденный. Проживает в колонии-поселении. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки было обнаружено затемнение средней интенсивности в S1-2 слева, неоднородной структуры с мелкими полостями распада. Врач направил больного в противотуберкулезный диспансер с целью уточнения характера изменений. Объективно: больной жалоб не предъявляет, сознание ясное, кожные покровы чистые, лимфоузлы не увеличены. Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений - 16/мин., дыхание брюшного типа. При дыхании левая сторона грудной клетки отстает от правой стороны. Голосовое дрожание в верхнем отделе левого легкого ослаблено, там же при сравнительной перкуссии имеется притупление легочного звука. При аускультации в верхнем отделе левого легкого имеется ослабление дыхания, хрипов нет. По другим органам и системам патологии не выявлено. В общем анализе крови: Л-14,1·10⁹/л, э/9%, с/65%, п/5%, л/20%, м/1%, СОЭ-23мм/ч. Проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (ДИАСКИНТЕСТ®) – папула 10 мм. В мокроте методом посева обнаружены МБТ, методом ПЦР в режиме реального времени определена ЛУ к изониазиду, рифампицину.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Проведите дифференциальную диагностику
3. Назначьте режим химиотерапии.
4. Поставьте группу диспансерного учета

Эталон ответа:

1. Инфильтративный туберкулез 1-2 сегмента левого легкого в фазе распада. МБТ (+) с МЛУ к изониазиду, рифампицину.
2. Дифференциальная диагностика с неспецифической пневмонией, раком легкого.
3. Основной курс химиотерапии по IV стандартному режиму. В дальнейшем рекомендуется хирургическая операция – резекция S 2 левого легкого.
4. I A группа диспансерного учета

Задача 7.

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-5, ПК-9

У больного 40 лет патологические изменения в легких выявлены при очередном профилактическом осмотре на производстве. В детстве имел контакт с больным туберкулезом отцом. При дообследовании рентгено-томографически в области верхушки и на уровне I межреберья справа определяются немногочисленные, различные по величине и форме от 13мм до 2см в диаметре малоинтенсивные тени с нечеткими контурами, местами сливающиеся между собой в более крупные конгломераты. В гемограмме: Л-7,9·10⁹/л, э/8%, с/62%, п/9%, л/18%, м/3%, СОЭ-15мм/ч. В промывных водах бронхов МГМ МБТ не обнаружены. Иммунодиагностика: проба Манту с 2ТЕ – папула 17мм, проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (ДИАСКИНТЕСТ®) – папула 10 мм. Поставлен диагноз: очаговый туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ (-)

Вопросы:

1. Правильно ли поставлена клиническая форма туберкулеза?

2. С какой клинической формой туберкулеза следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Укажите основные клинико-рентгенологические различия между этими формами туберкулеза.
4. Назначьте режим химиотерапии.

Эталон ответа:

1. Неправильно.
2. С инфильтративным туберкулезом.
3. Рентгенологически очаговый туберкулез характеризуется наличием одиночных или множественных малой интенсивности очаговых теней до 1 см. в диаметре без перифокальных изменений (нет тенденции к слиянию). Инфильтративный туберкулез характеризуется наличием очаговых теней с выраженной зоной перифокального воспаления и приводит к слиянию фокусов (конгломератов), что имеет место у данного больного.
4. Основной курс химиотерапии по III стандартному режиму

Задача 8.

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-5, ПК-9

Больному по поводу инфильтративного туберкулеза верхней доли правого легкого в фазе распада, МБТ(+) с устойчивостью к H, S, E, в течение 6 месяцев проводилась антибактериальная терапия по II режиму, с частичным клинико-рентгенологическим эффектом: достигнута дезинтоксикация, ликвидированы катаральные явления в легких, произошло частичное рассасывание инфильтративных изменений и уменьшение размера полости распада. Бациллярность сохраняется. На фоне лечения, по данным биохимического анализа крови: АЛТ-142,4 ед/л, АСТ – 231 ед/л, общий билирубин составил 25 %, прямой -25. При осмотре наблюдается иктеричность склер, при перкуссии по Курлову размеры печени составили: 12-10- 7 см. Вес больного при осмотре 52 кг.

Задание

1. Составьте план дальнейшего ведения больного
2. Обоснуйте лечебные мероприятия
3. Устраните побочные реакции

Эталон ответа:

4. Необходима консультация хирурга, также необходимо повторно уточнить лекарственную чувствительность к химиопрепаратам.
5. План лечения больного:
 - Наличие деструкции и бактериовыделение после 6 месяцев лечения является показанием для оперативного лечения (лобэктомия).
 - В послеоперационном периоде лечение следует продолжать в стационаре и в амбулаторных условиях.
 - В течение 2-х лет при отсутствии активных специфических изменений проводится противорецидивное лечение весной и осенью.
6. Пациенту необходимо назначить гепатопротекторные препараты (эссенциале-форте, гептрал, урсосан и т.д), провести дезинтоксикационную терапию.

Задача 9.

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-5, ПК-9

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 БК: МБТ отр.

Реакция Манту 10 мм.

Рентгенологическое исследование: Слева в С1–С2 группа немногочисленных очагов средней интенсивности с четкими контурами.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Нужны ли дополнительные методы обследования больного?
3. Является ли показателем отсутствия активности туберкулезного процесса отсутствие в мокроте микобактерий туберкулеза?
4. Показано ли проведение пробы Коха?
5. Нужна ли антибактериальная терапия?
6. Ваша тактика?
7. Группа диспансерного учета?

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Очаговый туберкулез С₁–С₂ левого легкого, БК минус.
2. Анализ мокроты на МБТ 3-кратно методом флотации и посева.
3. Нет.
4. Да.
5. Нужна, если подтверждена активность туберкулезного процесса.
6. Если процесс активен, то 2 месяца — 3 препарата, 4 месяца — интермиттирующая терапия.
7. IА группа (активный туберкулез).

Задача 10.

Компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-5, ПК-9

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 цехового врача 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 - 6,4x10⁹/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?

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. О конгломератной туберкулезе в фазе распада, БК (+).
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).