

Электронная цифровая подпись

Буланов Иванович	Сергей
	
F C 9 3 E 8 6 7 C 8 C 2 1 1 E 9	
Завалко Федорович	Александр
	
3 8 8 2 1 B 8 B C 4 D 9 1 1 E A	

Утверждено 29 февраля 2024 г.

Протокол № 2

Председатель Ученого Совета Буланов С.И.

Ученый секретарь Ученого Совета Завалко А.Ф.

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

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«Фтизиатрия»**

**Часть, формируемая участниками образовательных отношений
Факультативные дисциплины(модули)**

Специальность: 31.08.72 Стоматология общей практики
Направленность (профиль): Стоматология общей практики
Квалификация выпускника: Врач – стоматолог

Форма обучения: очная

Срок обучения: 2 года

Москва, 2024

**Оценочные средства для текущего контроля успеваемости
по дисциплине «Фтизиатрия»**

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся профессиональной (ПК) компетенции:

ПК-1 Способность к планированию и интерпретации инструментальных методов обследования пациентов со стоматологическими заболеваниями

Цель текущего контроля - формирование компетенций в процессе освоения дисциплины

Этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины

№	Компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1	ПК-1	Фтизиатрия	1.Туберкулез. 2.Патологическая анатомия туберкулеза и клиническая патофизиология туберкулеза. 3.Методы диагностики в клинике туберкулеза. 4. Внелегочный туберкулез

Тестовые задания текущего контроля

Раздел 1. Фтизиатрия

Компетенции: ПК-1

Выберите один или несколько правильных ответов

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.

Ответ: а /б /в /д

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

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

Ответ: а /б /д

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 мышинного вида.

Ответ: а /в /г

4. 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.

Ответ: а /б /в

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

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

Ответ: а /б

6. Выберите правильные утверждения. Место проживания больного человека с «открытой» формой туберкулеза принято называть «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.

Ответ: а /б /в /г

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.

Ответ: а /б /в /г

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.

Ответ: а /б /в /г /д

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.

Ответ: а /б /в /д

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.

Ответ: а /б /в /г

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.

Ответ: а /в /г /д

12. Выберите правильные утверждения. Туберкулинодиагностика – это специфический тест для определения сенсбилизации 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.

Ответ: а /б /в /г

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

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

Ответ: б /в /г

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

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

Ответ: б /в /г

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.

Ответ: а /б /в /г

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.

Ответ: г

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.

Ответ: д

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.

Ответ: а /в /д

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

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»).

Ответ: а /б /в /г /д.

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

- а) мокрота;

- б) слюна;
 - в) моча;
 - г) фекалии;
 - д) потовая жидкость.
- Ответ: а /б /в /г /д

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.
- Ответ: а /б /в /г /д

23. Для проведения противотуберкулезной вакцинации диспансер осуществляет

- а) подготовку врачей и медицинских сестер по вакцинации
 - б) методическое руководство и инструктирование
 - в) вакцинацию и ревакцинацию детей и подростков из очагов туберкулезной инфекции
 - г) изоляцию бактериовыделителей на период формирования поствакцинального иммунитета
 - д) все перечисленное
- Ответ: д

24. У 19-ти летнего санитара 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

25. Выберите правильные утверждения относительно туберкулина и туберкулинодиагностики:

- а) с помощью туберкулина можно выяснить, инфицирован ли данный человек туберкулезом или нет;
 - б) с помощью туберкулина можно провести вакцинацию против туберкулеза;
 - в) с помощью туберкулина можно вызвать резкое обострение туберкулеза до летального исхода;
 - г) с помощью туберкулина можно проводить лечение туберкулеза;
 - д) для туберкулинодиагностики в нашей стране используется туберкулин ППД-Л.
- Ответ: а /в /г /д

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной М., 42 лет, слесарь-сантехник. Курит около 30 лет, злоупотребляет алкоголем. Обратился в поликлинику с жалобами на кашель с мокротой, одышку при физической нагрузке, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела по вечерам до 37,68 °С.

Врач, обследовавший больного, поставил диагноз: хронический бронхит, обострение и назначил противовоспалительное лечение, отхаркивающие средства, ингаляции. После проведенного лечения самочувствие больного улучшилось, уменьшился кашель, одышка

почти исчезла, нормализовалась температура тела. Сохранялась невыраженная общая слабость. Врач разрешил больному приступить к работе.

Через 2 месяца при очередном флюорографическом обследовании обнаружено обширное затенение в области верхней доли правого легкого, неомогенное по структуре, с участками просветления, в нижних отделах правого легкого — множественные, расположенные группами, малоинтенсивные очаговые тени.

ВОПРОСЫ:

1. Усматриваете ли Вы ошибки участкового врача, если да, то какие?
2. О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании данных флюорографии?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?
4. Какова должна быть тактика участкового врача?
5. Укажите, какие рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.
6. К какому специалисту на консультацию должен быть направлен данный больной?
7. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Эталон ответа:

1. Не выполнен клинический минимум обследования на туберкулез.
2. Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения.
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, проба Манту, исследование мокроты на БК бактериоскопическим методом трехкратно, томография правого легкого, бронхоскопия.
4. Провести клинический минимум обследования на туберкулез.
5. Затенение в верхней доле справа, неомогенное по структуре, с участками просветления, очаги обсеменения в нижних отделах малоинтенсивные, расположены группами.
6. Необходимо направить к фтизиатру.
7. Провести дифференциальный диагноз между инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада, периферическим раком легких, абсцедирующей пневмонией, эозинофильным легочным инфильтратом.

Задача 2.

Больная П., 23 лет, швея, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела (в вечерние часы) до 38°C, понижение аппетита, похудание, одышку при физической нагрузке, сухой кашель. Больной себя считает около трех месяцев, когда была на седьмом месяце беременности. Сначала появилась общая слабость, субфебрильная температура тела, затем присоединился сухой кашель. Лечилась у участкового терапевта по поводу бронхита, эффект незначительный. На второй день после родов повысилась температура тела до 38,6°C, появилась одышка.

Анамнез жизни: в детстве перенесла скарлатину, пневмонию. Муж здоров. Флюорографическое обследование не проходила более 4-х лет.

Объективно: правильного телосложения, пониженного питания, кожа чистая, бледная, умеренный акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 110 уд. в мин., ритмичный. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца приглушены. АД 100/60 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, перкуторно ясный легочной звук, аускультативно в легких с обеих сторон везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыхания 36 в мин. Живот мягкий, нижний край печени на 2 см. ниже реберной дуги, чувствительный при пальпации.

Общий анализ мочи без патологических изменений.

Общий анализ крови: эритроциты $2,28 \times 10^{12}/л$, Нв — 86 г/л, лейкоциты $11,5 \times 10^9/л$, э—0%, п—5%, с—65%, л—18%, м—12%, СОЭ—24 мм/ч.

Рентгенологически: в легких на всем протяжении, больше на верхушках, по ходу сосудов множественные мелкие средней интенсивности очаговые тени. Структура корней легких не изменена. Синусы свободны. Сердце без особенностей. В правом корне единичные мелкие

кальцинаты. Произведено исследование мокроты на БК — в шести анализах методом флотации микобактерии не обнаружены. Проба Манту с 2 ТЕ — отрицательная.

ВОПРОСЫ:

1. Какие заболевания могут протекать со сходной симптоматикой?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо применить для уточнения диагноза?
3. О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании клинико-рентгенологических данных?
4. Обоснуйте Ваш диагноз.
5. Проведите дифференциальную диагностику.
6. Укажите, какие рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.
7. Куда необходимо направить больную после установления диагноза?
8. О чем говорит отрицательная проба Манту у данной больной?

Эталон ответа:

1. Милиарный туберкулез легких, саркоидоз легких, карциноматоз легких, двусторонняя очаговая пневмония.
2. УЗИ органов брюшной полости, осмотр гинекологом с целью исключения первичной опухоли, фибробронхоскопия, фиброгастроскопия.
3. Милиарный туберкулез легких, БК (–).
4. Диагноз милиарного туберкулеза легких выставляется на основании: жалоб (слабость, повышение температуры тела по вечерам, понижение аппетита, одышка при физической нагрузке, сухой кашель), анамнеза (больна в течении 3 месяцев, заболела во время беременности, заболевание развивалось постепенно, эффект от неспецифической терапии незначительный), объективного обследования (в легких везикулярное дыхание, хрипов нет, симптомы интоксикации (бледность кожи, акроцианоз, приглушенность тонов сердца, тахикардия, увеличение печени), лабораторных данных (умеренный лейкоцитоз с лимфопенией, умеренное увеличение СОЭ), рентгенологического исследования (в легких на всем протяжении, больше на верхушках, по ходу сосудов множественные мелкие средней интенсивности очаги, в правом корне мелкие единичные кальцинаты).
5. а) Саркоидоз легких чаще всего протекает мало- или бессимптомно, отсутствуют симптомы интоксикации. Часто саркоидоз легких протекает совместно с саркоидозом внутригрудных лимфоузлов. Клинически проявляется синдромом Лефгрена.
б) Карциноматоз легких у молодых людей встречается редко, при рентгенологическом обследовании верхушки легких чаще бывают чистыми, нередко удается обнаружить первичную опухоль (чаще всего — опухоли желудка, поджелудочной железы, органов женской половой сферы)
в) Острая двусторонняя пневмония обычно начинается остро, часто связана с простудным фактором, клиническая картина развивается в течении нескольких дней, при богатой рентгенологической симптоматике при пневмонии наблюдается и богатая аускультативная симптоматика, рентгенологические изменения чаще всего наблюдаются в средних и нижних отделах, очаги различных размеров, неравномерные, картина крови при пневмонии резко изменена (высокий лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, большое увеличение СОЭ и т.д.).
6. Наличие кальцинатов в корне; очаги средней интенсивности, мелкие, расположены вдоль сосудов.
7. В противотуберкулезный диспансер.
8. Отрицательная проба Манту у больной туберкулезом отражает резко выраженную иммунологическую недостаточность.

Задача 3.

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 клинико-рентгенологических данных?
4. Обоснуйте Ваш диагноз.
5. Укажите, какие клинико-рентгенологические 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 бронходулярного 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.

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 костальной плевры, органы средостения смещены влево.

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

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 клинко-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.

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. $9,1 \times 10^9$ /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 наклонность к слиянию очагов.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Какая тень на рентгенограмме называется очагом?
3. С каким заболеванием в первую очередь необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. 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 профессиональной (ПК) компетенции:

ПК-1 Способность к планированию и интерпретации инструментальных методов обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»

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

Результаты обучения по дисциплине соотнесенные с установленными в программе ординатуры индикаторами достижения компетенций.

В результате освоения дисциплины (модуля) «Фтизиатрия» запланированы следующие результаты обучения в соотнесении с установленными в программе ординатуры индикаторами достижения компетенций

Код компетенции	Результаты освоения ОПОП, содержание компетенции	Оценочные средства
ПК-1	Способность к планированию и интерпретации инструментальных методов обследования пациентов со стоматологическими заболеваниями	тестовый контроль, собеседование, решение ситуационных задач
Код индикатора достижения компетенции	Содержание индикатора достижения компетенции/ Планируемые результаты обучения по дисциплине	
иПК-1.1	<p>Знает Факторы риска возникновения заболеваний и (или) состояний, в том числе травм, челюстно-лицевой области; Методики обследования пациентов с профильной патологией; Клинических симптомов и синдромы патологических изменений челюстно-лицевой области; Теорию развития злокачественных и доброкачественных опухолей; принципы диагностики в онкологии; Основы дифференциальной диагностики онкологических заболеваний, проявляющихся в челюстно-лицевой области; Принципы диагностики и лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области; Основы рентгенологии, радиологии, эндоскопии, ультразвуковой диагностики у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями; Критерии постановки диагноза в соответствии с международной классификацией заболеваний МКБ;</p>	
иПК-1.2	<p>Умеет: Выявлять общие и специфические признаки стоматологических заболеваний. Выявлять у пациентов зубочелюстные, лицевые аномалии, деформации и предпосылки их развития, дефекты коронок зубов и зубных рядов; Выявлять факторы риска онкопатологии (в том числе различные фоновые процессы, предопухолевые состояния). Направлять пациентов со стоматологическими заболеваниями на инструментальные и дополнительные исследования ; Интерпретировать полученные результаты, (включая</p>	

	<p>рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантомограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях), при необходимости привлекать консультантов;</p> <p>Распознавать особенности клинического течения, выявлять осложнения и сопутствующие заболевания;</p> <p>Проводить дифференциальную диагностику, формулировать и обосновать клинический диагноз, в соответствии с международной классификацией заболеваний МКБ;</p>
иПК-1.3	<p>Владеет:</p> <p>Методами сбора анамнеза; Комплексом методов обследования пациентов со стоматологическими заболеваниями и интерпретацией результатов инструментальных обследований пациентов (включая рентгенологические методы);</p> <p>Алгоритмами ранней и дифференциальной диагностики (выявления) онкологических и предраковых заболеваний;</p> <p>Навыком установления диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ).</p>
Планируемые результаты обучения	<p>Осуществляет сбор анамнеза и жалоб у пациентов (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями;</p> <p>Владеет навыками осмотра пациентов при заболеваниях и (или) состояниях пациентов, нуждающихся в оказании стоматологической помощи;</p> <p>Готов формулировать предварительный диагноз, обосновать и составить план инструментального обследования пациентов, нуждающихся в оказании стоматологической помощи;</p> <p>Проводит интерпретацию и клиническую оценку результатов инструментальных обследований;</p> <p>Готов обосновать и направить пациентов на консультацию к врачам-специалистам с последующей интерпретацией результатов осмотра;</p> <p>Применяет алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ, применяет методы дифференциальной диагностики пациентов, со стоматологическими заболеваниями;</p> <p>Выявляет симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов, нуждающихся в оказании стоматологической помощи;</p>

Процедура оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Компоненты контроля и их характеристика

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	Традиционный
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль, Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	Преподаватель

4.	Массовость охвата	Групповой, Индивидуальный
5.	Метод контроля	Собеседование (устный опрос), проверка практических навыков, стандартизированный контроль (тестовые задания с эталонами ответа, ситуационные задачи)

Критерии оценки методов контроля представлены в положениях о текущем контроле и промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации – зачет

Вопросы к промежуточной аттестации

Компетенции: ПК-1

1. Эпидемиология туберкулеза, значение социальных корней и факторов эпидемиологии туберкулеза.
2. Современная клиническая классификация туберкулеза.
3. Особенности обследования больного туберкулезом легких. Роль флюорографического обследования в раннем выявлении туберкулеза
4. Туберкулинодиагностика. Значение туберкулинодиагностики в диагностике первичного туберкулеза. Противотуберкулезная вакцинация и ревакцинация.
5. Патогенез первичного туберкулеза. Понятие о ранней и хронической туберкулезной интоксикации.
6. Первичный туберкулез: клинико-рентгенологические формы, диагностика, лечение, исходы, дифференциальная диагностика. Осложненное течение первичного туберкулеза. Основные черты первичного туберкулеза.
7. Параспецифические реакции и их значение в клинике туберкулеза.
8. Диссеминированный туберкулез: патогенез, клинико-рентгенологические формы, дифференциальный диагноз.
9. Милиарный туберкулез: патогенез, клинико-рентгенологические формы, дифдиагноз, лечение, исходы.
10. Диссеминированный туберкулез легких: клинико- рентгенологические особенности, лечение, исходы. Причины несвоевременного выявления диссеминированного туберкулеза.
11. Очаговый туберкулез легких: патогенез, клинико-рентгенологические особенности, дифференциальный диагноз, лечение, исходы.
12. Инфильтративный туберкулез легких: патогенез, клинико-рентгенологические формы, дифференциальный диагноз, лечение, исходы.
13. Казеозная пневмония как остро прогрессирующая форма туберкулеза: клинико-рентгенологические особенности, исходы.
14. Туберкуломы легких: патогенез, клинико-рентгенологические формы, дифференциальный диагноз, лечебная тактика, исходы.
15. Кавернозный туберкулез легких: патогенез, клинико-рентгенологические особенности, дифференциальный диагноз, лечение, исходы.
16. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких: клинико-рентгенологические особенности, осложнения, течение, лечение, исходы.
17. Признаки каверны легких (перкуторные, аускультативные, рентгенологические и др.).
18. Цирротический туберкулез легких: клинико-рентгенологические особенности, лечение, исходы.
19. Туберкулезные плевриты: патогенез, классификация, особенности клинического течения, диагностика, лечение, исходы.
20. Туберкулезный менингит (патогенез, клиника, лечение, исходы).
21. Внелегочные формы туберкулеза. Группы риска по внелегочному туберкулезу.
22. Этиотропная терапия больных туберкулезом. Противотуберкулезные препараты, режимы химиотерапии.
23. Симптоматическая и общеукрепляющая терапия больных туберкулезом.
24. Санитарно-профилактические мероприятия в туберкулезном очаге.

25. Химиопрофилактика туберкулеза.

Тестовые задания для промежуточной аттестации

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: 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

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

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

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

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

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

1. I А
2. II
3. VI А
4. VI Б

Ответ: 4

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 рентггендинамике
4. рассасывание очагов при сохранении полости

Ответ: 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

9. Врачи какой специальности должны активно выявлять больных, подозрительных на туберкулез?

1. терапевты
2. педиатры
3. фтизиатры
4. любой врачебной специальности

Ответ: 4

10. Максимальная продолжительность выдачи больничного листа по временной трудоспособности по заболеванию туберкулезом стационарному больному по согласованию с ВКК, но без разрешения МСЭК:

1. до 2-х месяцев
2. до 4-х месяцев
3. до 6 месяцев
4. до 10 месяцев

Ответ: 3

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

12. Длительность срока сохранения места работы за больным туберкулезом, находящимися на лечении:

1. 6 мес
2. 9 мес
3. 12 мес
4. 18 мес

Ответ: 3

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

30. Очаг Гона – это результат перенесенного:

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

Ответ: 2

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

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

Ответ: 4

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 трубы»
4. усиления легочного рисунка в средних отделах обеих легких

Ответ: 1

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

34. К осложнениям первичного туберкулеза не относится:

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

Ответ: 4

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

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

Ответ: 3

36. Дифференциальная диагностика туберкулезного бронхоаденита проводится:

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

Ответ: 1

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

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

39. Дифференциальная диагностика первичного комплекса проводится:

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

Ответ: 3

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

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

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

Ответ: 3

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

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

Ответ: 4

43. Возможное осложнение туберкулеза периферических лимфатических узлов:

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

Ответ: 1

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

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

46. Характерным осложнением первичного комплекса является:

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

Ответ: 2

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

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

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

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

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

52. Дифференциальная диагностика милиарного туберкулеза проводится:

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

Ответ: 3

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

1. наличие высокой (до 39 – 40⁰С) 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

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

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

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 бронхопульмональных лимфоузлов

Ответ: 3

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

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

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

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

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

Ответ: 4

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

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

63. Цель постановки пробы Коха:

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

Ответ: 4

64. К какому типу реакций относится проба Манту?

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

Ответ: 2

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

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

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

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

69. К какому виду реакций относится проба Манту:

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

Ответ: 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

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

1. пероральный
2. накожный
3. внутрикожный
4. подкожный

Ответ: 3

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

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

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

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

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

77. Из какого вида микобактерий была получена вакцина БЦЖ?

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

Ответ: 2

78. Прививочная доза вакцины БЦЖ?

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

Ответ: 1

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

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

Ответ: 2

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

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

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

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

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

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

86. Вакцина БЦЖ была получена:

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

Ответ: 4

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

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

89. При назначении каких гормонов пациентам проводится химиопрофилактика туберкулеза?

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

Ответ: 3

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

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

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

93. Специфическая профилактика туберкулеза включает:

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

Ответ: 2

94. Химиопрофилактика бывает:

1. первичная, вторичная

2. начальная, окончательная
3. единичная, множественная
4. терапевтическая, эпидемиологическая

Ответ: 1

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

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

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

98. Работу в туберкулезном очаге осуществляют:

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

Ответ: 3

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

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.

У мужчины 22 лет жалобы при поступлении в стационар на общую слабость, потливость, субфебрильную температуру тела, небольшую одышку, першение и боль в горле. Из анамнеза два года назад больной перенес правосторонний экссудативный плеврит. Контакт с больным туберкулёзом отрицает. Результаты иммунодиагностики, проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (ДИАСКИНТЕСТ®) – папула 7 мм. Вес больного при осмотре 54 кг. При объективном осмотре стойкий красный дермографизм, укорочение перкуторного звука в межлопаточном пространстве. Аускультативно выслушиваются сухие хрипы. Л-6,8·10⁹/л, э/2%, с/61%, п/9%, л/24%, м/4%, СОЭ-7 мм/ч. На обзорной рентгенограмме легких - множественные очаговые тени до 10 мм в диаметре сливающиеся между собой, малой интенсивности с нечеткими контурами, преимущественно в верхних и средних отделах обоих легких.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Проведите дополнительные методы обследования больного
3. Перечислите основные принципы химиотерапии
4. Поставьте группу диспансерного учета

Эталон ответа:

1. Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации. МБТ (-)
2. Фибробронхоскопия со взятием смывов на МБТ, неспецифическую флору, цитологию, посевы мокроты на МБТ, клинический минимум, рентгенография в динамике.
3. Основной курс химиотерапии по I стандартному режиму
4. I А группа диспансерного учета

Задача 2.

Больная 25 лет обратилась жалобами на ухудшение сна и аппетита, потерю в весе, кашель с мокротой, субфебрильную температуру. Контакт с больной туберкулёзом сестрой. Бледная, подкожно-жировой слой развита слабо. Вес больной при осмотре 46 кг. Объективно: определяется укорочение перкуторного звука от верхушек до середины лопаток симметрично с обеих сторон. Аускультативно: дыхание в месте укорочения жесткое, паравертебрально выслушиваются мелко и средне-пузырчатые влажные хрипы. Гемограмма: Л-7,5·10⁹/л, э/3%, с/58%, п/4%, л/29%, м/6%, СОЭ-21мм/ч. По молекулярно-генетическим методам (МГМ): методом ПЦР в режиме реального времени определена лекарственная устойчивость к рифампицину, изониазиду. В мокроте методом посева на плотные среды обнаружены МБТ. Устойчивость к рифампицину, изониазиду подтверждена.

На рентгенограмме легких от верхушки до IV ребра определяются симметрично множественные очаговые тени малой интенсивности, местами сливающиеся между собой с участками просветления.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Проведите дифференциальную диагностику
3. Назначьте лечение по стандартному режиму химиотерапии
4. Поставьте группу диспансерного учета

Эталон ответа:

1. Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада, МБТ (+) с МЛУ к изониазиду, рифампицину
2. Дифференцируем с 2-сторонней пневмонией.
3. Основной курс химиотерапии по IV стандартному режиму
4. I А группа диспансерного учета

Задача 3

Больной 30 лет, в последнее время больного беспокоят слабость, утомляемость, понижение работоспособности, плохой аппетит, похудание, эпизодические подъемы температуры, умеренный кашель с выделением мокроты с прожилками крови, боли в левом боку. При осмотре общее состояние относительно удовлетворительное, пониженного питания, кожные покровы бледные, в верхнем отделе слева выслушиваются влажные хрипы. На обзорной рентгенограмме легких мелкие до 2 мм и крупные до 10 мм полиморфные очаговые тени, больше в верхних и средних отделах обоих легких, на верхушках тени сливаются, образуя пневмонический фокус. На томограммах обоих легких во втором сегменте определяются полости распада 2х2 см. Л-8,4·10⁹/л, э/5%, с/58%, п/5%, л/28%, м/4%, СОЭ-15мм/ч.. В мокроте МБТ обнаружены методом люминесцентной микроскопии. Проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (ДИАСКИНТЕСТ®) - папула 12 мм.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте
2. Проведите дифференциальную диагностику
3. Назначьте дополнительные методы исследования
4. Прогноз заболевания, группа диспансерного учета



Эталон ответа:

1. Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада, МБТ (+). Характерная диссеминация в легких в сочетании с бактериовыделением, кровохарканьем, грудными симптомами.

2. Дифференциальная диагностика с саркоидозом легких II стадия, бронхиолоальвеолярным раком, идиопатическим фиброзирующим альвеолитом.

3. Фибробронхоскопия со взятием смывов на МБТ, неспецифическую флору, цитологию, посевы мокроты на МБТ, клинический минимум, рентгенография в динамике.

4. Прогноз для жизни благоприятный. I A группа диспансерного учета

Задача 4.

Больная 25 лет по поводу впервые выявленного очагового туберкулеза верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ (+), лекарственная чувствительность сохранена ко всем ПТП. Лечилась в стационаре 4 основными препаратами 2 месяца. В мокроте МБТ обнаружены однократно при поступлении методом ПЦР в режиме реального времени. Рентгенологически отмечалось почти полное рассасывание очаговых теней. В гемограмме:

Л-9,2·10⁹/л, э/7%, с/59%, п/7%, л/20%, м/6%, СОЭ-18мм/ч. Почувствовала себя лучше и самовольно прервала лечение.

Вопросы:

1. Какова дальнейшая тактика врача
2. Прогноз заболевания
3. Поставьте группу диспансерного учета

Эталон ответа:

1. Значительное улучшение общего состояния является показанием к продолжению лечения 2-мя препаратами в течение 4 месяцев в фазе продолжения химиотерапии. В последующие годы весенне-осенний курс противорецидивного лечения.
3. Прогноз благоприятный
4. I А группа диспансерного учета

Задача 5.

Больная 28 лет направлена в стационар после профилактического осмотра, с положительным ФЛГ. Жалоб не предъявляет. В детстве отмечает контакт с больной туберкулезом матерью. Туберкулиновые пробы положительные с 7 лет. Вес больной при поступлении 52 кг. При обследовании правая половина грудной клетки слегка отстает при дыхании. Справа над лопаткой дыхание ослаблено, хрипов нет. Гемограмма: Л-6,0·10⁹/л, э/6%, с/63%, п/9%, л/20%, м/2%, СОЭ-20мм/ч. В промывных водах бронхов методом посева однократно обнаружены МБТ. На рентгенограмме органов грудной клетки под ключицей справа в латеральном отделе на фоне усиленного легочного рисунка определяются группа округлых теней от 5 до 8мм малой интенсивности, нечеткими контурами.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Проведите дифференциальную диагностику
3. Назначьте лечение по стандартному режиму химиотерапии
4. Поставьте группу диспансерного учета

Эталон ответа:

1. Очаговый туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ(+).
2. Дифференциальную диагностику проводят с новообразованиями, очаговой пневмонией
3. Основной курс химиотерапии по I стандартному режиму
4. I А группа диспансерного учета

Задача 6.

У больного 24 лет изменения в легких выявлены при ФЛГ обследовании во время поступления на работу. Контакт с больным туберкулезом не установлен. Жалобы на момент осмотра на потливость, кашель по утрам (из анамнеза: стаж курения 10 лет), потеря веса 3 кг. Вес больного при осмотре 67 кг. Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка слева отстаёт в акте дыхания. Пальпируется левый подмышечный лимфоузел размером 1,5 см, плотной консистенции, безболезненный, подвижный. Аускультативно: в лёгких слева дыхание ослаблено. Рентгенологически в левом легком в проекции III сегмента выявлен округлой формы участок затемнения 3*3см. с нечеткими контурами и дорожкой к корню легкого. Гемограмма и анализ мочи без патологических изменений. В мокроте методом ПЦР в режиме реального времени обнаружены МБТ лекарственная чувствительность к изониазиду, рифампицину сохранена, методом посева на жидкие питательные среды, лекарственная чувствительность МБТ сохранена ко всем ПТП. Реакция на диаскинтест – инфильтрат 19 мм.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Проведите дифференциальную диагностику
3. Назначьте лечение по стандартному режиму химиотерапии
4. Поставьте группу диспансерного учета

Эталон ответа:

1. Инфильтративный туберкулез 3 сегмента левого легкого. МБТ(+).
2. Дифференциальная диагностика с неспецифической пневмонией, раком легкого.
3. Основной курс химиотерапии по I стандартному режиму
4. I A группа диспансерного учета

Задача 7.

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 1см. 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.

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:

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 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. IA группа (активный туберкулез).

Задача 10.

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 - 6,4х10⁹/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).