

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 30.08.2023 14:08:39
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac790bbe5160b54c218b72a197757c

Приложение к РПД

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии



УТВЕРЖДАЮ

Проректор по образовательной деятельности и молодежной политике

Т.В. Бородулина

«30» мая 2023 г.

**Фонд оценочных средств по дисциплине
Б1.В.ДВ.01 Фтизиатрия**

Уровень высшего образования: *подготовка кадров высшей квалификации*

Специальность: *31.08.45 Пульмонология*

Квалификация: *Врач-пульмонолог*

Екатеринбург, 2023

Фонд оценочных средств дисциплины «Фтизиатрия» составлен в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.08.45 Пульмонология, утвержденного приказом Минобрнауки России № 101 от 02.02.2022 г., и с учетом профессионального стандарта «Врач-пульмонолог», утвержденного Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 19.03.2019 г. № 154н.

Фонд оценочных средств составлен:

№	ФИО	Должность	Уч. степень
1	Скорняков Сергей Николаевич	Заведующий кафедрой фтизиатрии и пульмонологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, заведующий научно-клиническим отделом Уральского НИИ фтизиопульмонологии – филиал, профессор	д.м.н.
2	Лещенко Игорь Викторович	Профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, главный научный сотрудник научно-клинического отдела Уральского НИИ фтизиопульмонологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России	д.м.н.
3	Сабадаш Елена Венидиктовна	Доцент кафедры фтизиатрии и пульмонологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, старший научный сотрудник Уральского НИИ фтизиопульмонологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России	к.м.н.
4	Эсаулова Наталья Александровна	Доцент кафедры фтизиатрии и пульмонологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, врач-пульмонолог Уральского НИИ фтизиопульмонологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России	к.м.н.

Фонд оценочных средств одобрен представителями профессионального и академического сообщества. Рецензенты:

- **Егоров Е.А.**, к.м.н., заместитель директора по медицинской части УНИИФ – филиала ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России
- **Шурыгин А.А.**, зав. кафедрой фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, д.м.н., доцент

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен:

- на заседании кафедры фтизиатрии и пульмонологии (протокол № 7 от «16» марта 2023 г.);
- методической комиссией специальностей ординатуры (протокол № 3 от «11» января 2023 г.)

1. Кодификатор

Структурированный перечень объектов оценивания – знаний, умений, навыков, учитывающий ФГОС и ПС представлен в таблице:

Дидактическая единица		Контролируемые ЗУН, направленные на формирование профессиональных компетенций			УК, ПК (ФГОС)	Трудовые функции (ПС)
		Знать	Уметь	Владеть		
ДЕ 1	Эпидемиология, этиология, патогенез туберкулеза и ко-инфекции ВИЧ-туберкулез.	Основные принципы организации борьбы с туберкулезом в РФ. Законодательство по борьбе с туберкулезом. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в РФ в современных условиях. Характеристики возбудителя туберкулеза, понятие о лекарственной устойчивости, причины и пути распространения лекарственной устойчивости возбудителя. Источники и пути распространения туберкулезной инфекции, факторы риска инфицирования МБТ и заболевания туберкулезом детей и взрослых. Патоморфологические, иммунологические, биохимические изменения в организме человека при	Уметь оценить эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу, сформулировать и оформить в виде плана необходимые противоэпидемические мероприятия. Выявлять источник туберкулезной инфекции и определять круг контактных лиц, возможные пути передачи туберкулезной инфекции. Определять фазы активности туберкулезного воспаления.	Основными направлениями организации форм санитарного просвещения по профилактике туберкулеза среди населения. Навыками интерпретации данных патоморфологического исследования, основных иммунологических показателей при ВИЧ, туберкулезе.	УК-1,2; ОПК-1,4,8; ПК-1,6	А/05.8 А/06.8

		инфицировании и заболевании туберкулезом, основные иммунологические показатели при ВИЧ, туберкулезе.				
ДЕ 2	Методы выявления и диагностики туберкулеза и ко-инфекции ВИЧ-туберкулез.	Знать клинико-лабораторные, рентгенологические, микробиологические признаки, характерные для туберкулеза комплекс диагностических методов, используемых при обследовании на туберкулез.	Уметь описать патологические изменения, выявленные лучевыми методами исследования у больных туберкулезом, определить основной рентгенологический синдром и составить на его основании дифференциально-диагностический ряд, сформулировать диагноз в соответствии с клинической классификацией туберкулеза.	Владеть интерпретацией результатов лабораторных бактериологических, лучевых методов обследования. Владеть алгоритмом дифференциальной диагностики клинических форм туберкулеза.	УК-1,2; ОПК-1,4;ПК-1	А/01.8
ДЕ 3	Клиническая классификация туберкулеза и характеристика форм туберкулеза органов дыхания, в том числе при ко-инфекции ВИЧ-туберкулез.	Клиническую классификацию туберкулеза органов дыхания и соотношение ее с МКБ-10.	Определять фазу течения туберкулезного процесса, клиническую форму, наличие осложнений.	Навыками формулирования клинического диагноза в соответствии с классификацией.	УК-1,2;ОПК-1,4;ПК-1	А/01.8

ДЕ 4	Внелегочный туберкулез, в том числе при ко-инфекции ВИЧ-туберкулез.	Знать группы риска, эпидемиологию, этиологию, патогенез, клиническую картину, особенности течения, возможные осложнения, критерии диагностики внелегочных форм туберкулеза (туберкулез нервной системы, костей и суставов, мочевых и половых органов, периферических лимфатических узлов, туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов, туберкулез кожи и подкожной клетчатки).	Уметь выявлять группы риска по развитию внелегочных форм туберкулеза, собрать анамнез, определить объем лабораторных исследований для подтверждения диагноза внелегочного туберкулеза. Сформулировать диагноз и определиться с тактикой ведения больного.	Владеть алгоритмом и технологиями обследования пациента с целью диагностики или исключения внелегочных форм туберкулеза, проводить расспрос, физикальное обследование больного, назначить необходимый объем инструментального и бактериологического обследования.	УК-1,2;ОПК-1,4,5;ПК-1,2	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/04.8 A/07.8
ДЕ 5	Лечение больных туберкулезом и больных с ко-инфекцией ВИЧ-туберкулез.	Знать общие принципы лечения больных туберкулезом. Противотуберкулезные препараты. Общие принципы и методы химиотерапии туберкулеза. Особенности назначения противотуберкулезных препаратов и антиретровирусной терапии. Режимы	Определить режим химиотерапии туберкулеза в соответствии с лекарственной устойчивостью возбудителя.	Владеть методами химиотерапии туберкулеза и методами коррекции побочных эффектов химиотерапии. Владеть методами неотложных мероприятий при отравлении химиопрепаратами.	УК-1;ОПК-4,5,10;ПК-1,2,8	A/02.8 A/04.8 A/07.8 A/08.8

		химиотерапии при лекарственно чувствительных и лекарственно- устойчивых формах туберкулеза				
ДЕ 6	Противотуберкулезный диспансер Профилактика туберкулеза, в том числе у лиц, живущих с ВИЧ. Туберкулез и сопутствующие заболевания. Осложнения туберкулеза.	Знать основные законодательные акты по туберкулезу в Российской Федерации. Знать задачи работы ПТД, основные показатели его работы, мероприятия в очаге туберкулезной инфекции. Знать основные документы по экспертизе трудоспособности больного туберкулезом. Знать алгоритмы дифференциальной диагностики заболеваний легких. Знать клинические проявления неотложных состояний у больных туберкулезом и первую врачебную помощь при них.	Уметь оценить основные показатели работы ПТД, составить план противоэпидемических мероприятий, план мероприятий в очагах инфекции. Уметь оформить эпикриз для проведения экспертизы нетрудоспособности у больного туберкулезом, оформить листок нетрудоспособности. Уметь провести дифференциальную диагностику при подозрении на туберкулезный процесс. Уметь диагностировать и проводить необходимый объем лечения при неотложных состояниях при туберкулезе. Уметь диагностировать острые отравления противотуберкулезными	Владеть навыками оценки отчета ПТД, оформления экспертных документов, составления плана и отчета противоэпидемической комиссии. Владеть алгоритмами дифференциальной диагностики при подозрении на туберкулез. Владеть навыками интерпретации реакции Манту и Диаскин-теста. Владеть навыками диагностики неотложных состояний при туберкулезе, дренирования плевральной полости.	УК-1;ОПК- 4,5,6,7,10;ПК- 1,2,3,4,5,8	A/05.8 A/06.8

			препаратами и провести неотложные мероприятия.			
--	--	--	--	--	--	--

2. Аттестационные материалы

2.1 Вопросы для подготовки к зачету

1. Коллапсотерапия при туберкулёзе лёгких, показания к ней. Методика проведения.
2. Противотуберкулёзные химиопрепараты, группы, их характеристика, побочные эффекты, основные принципы проведения химиотерапии.
3. Осложнения туберкулёза лёгких, их клиника, диагностика.
4. Неотложные состояния во фтизиатрии, помощь при них.
5. Особенности диагностики, течения, клиники и лечения туберкулёза у больных с ВИЧ-инфекцией.
6. Группы риска по туберкулёзу (медицинские, социальные, профессиональные).
7. Источники и пути заражения туберкулёзом.
8. Организация работы противотуберкулёзного диспансера (задачи, структура, взаимосвязь с другими службами).
9. Профилактика туберкулёза, ее виды.
10. Алгоритм диагностики туберкулёза легких.
11. Патогенетическая терапия при туберкулезе (цели, методы).
12. Обследование больных при проведении химиотерапии: цели и объем.
13. Побочное действие противотуберкулезных препаратов (ПТП). Классификация. Способы предупреждения и устранения.
14. Клинико-рентгенологические критерии эффективности лечения туберкулеза. Причины неэффективности лечения больных туберкулезом.
15. Хирургическое лечение туберкулёза легких. Показания. Противопоказания. Виды оперативных вмешательств при туберкулезе органов дыхания. Ранние и поздние осложнения хирургического лечения туберкулёза легких.
16. Основные эпидемиологические показатели: заболеваемость, смертность, распространенность туберкулеза в мире, России.
17. Организация работы противотуберкулёзного диспансера (задачи, структура, взаимосвязь с другими службами).
18. Группы диспансерного наблюдения у взрослых.
19. Организация противотуберкулезной работы на терапевтическом участке.
20. Современные методы диагностики туберкулёза: БАКТЭК, ПЦР, ИФА, РБТЛ, МСКТ, КТВР, МРТ, Диаскинтест, Квантифероновый тест, TB spot.
21. Особенности лечения туберкулеза при множественной лекарственной устойчивости МБТ.
22. Предупредительное лечение – показание, содержание и длительность (химиопрофилактика).
23. Патогенетическая терапия при туберкулезе (цели, методы).
24. Туберкулез, микобактериозы и ВИЧ-инфекция.
25. Кровохарканье, легочное кровотечение. Диагностика и методы лечения.
26. Спонтанный пневмоторакс, диагноз, лечение.
27. Современные особенности выявления костно-суставного туберкулеза.
28. Алгоритм обследования пациента на туберкулез мочеполовой системы.
29. Приказ №109. Основные положения.
30. Приказ №950. Основные положения.
31. Классификация и клиническая картина инфильтративного туберкулеза.
32. Эпидемиологическое значение, клиническая картина и методы лечения ФКТ.
33. Казеозная пневмония.
34. Диссеминированный туберкулез.
35. Особенности туберкулеза у ВИЧ инфицированных больных. Методы лечения.
36. Туберкулема. Выявление, эпидемиология, методы лечения.
37. Плеврит. Дифференциальная диагностика. Особенности лечения плевритов специфической этиологии.

2.2 Тестовые задания

Тестовые задания разработаны для каждой ДЕ и содержат от 3 до 5 вопросов. В тестовом задании ординатору задаются 15 вопросов с возможностью выбора 1 правильного ответа из 4-5 предложенных.

Примеры тестовых заданий:

1. Самый частый путь заражения туберкулезной инфекцией – это:
 - а) воздушно-капельный;
 - б) алиментарный;
 - в) контактный (через поврежденную кожу и слизистые);
 - г) трансплацентарный;
 - д) ятрогенный (при медицинских манипуляциях).
2. Современная отечественная классификация туберкулеза построена на:
 - а) клиническом принципе;
 - б) патогенетическом принципе;
 - в) морфологическом принципе;
 - г) клинико-рентгенологическом принципе;
 - д) клинико-иммунологическом принципе.
3. Патоморфоз туберкулеза – это:
 - а) уменьшение заболеваемости населения туберкулезом
 - б) изменение клинического течения и морфологических проявлений инфекционного процесса
 - в) уменьшение смертности от туберкулеза
 - г) снижение инфицированности населения туберкулезом
 - д) увеличение числа случаев инфильтративного туберкулеза
4. Угрожаемый по туберкулезу контингент населения дифференцируется по:
 - а) возрастному и половому признаку
 - б) генетическому признаку (ближайшие родственники)
 - в) иммунологическому признаку
 - г) сопутствующим заболеваниям, а также по признаку социальной дезадаптации (мигранты, бомжи, заключенные)
 - д) все ответы верны
5. Наибольший риск заражения туберкулезной инфекцией имеет место у:
 - а) грудных детей и детей до 3-х лет жизни
 - б) подростков
 - в) лиц молодого возраста
 - г) лиц старшего возраста
 - д) пожилых и лиц старческого возраста
6. Выберите правильную формулировку первичного туберкулеза:
 - а) впервые выявленные туберкулезные изменения в легких
 - б) заболевание туберкулезом ранее неинфицированного человека
 - в) заболевание человека с положительной пробой Манту
 - г) заболевание человека, имеющего контакт с больными туберкулезом
 - д) новое заболевание взрослых, перенесших в детстве туберкулез
7. Вторичные формы туберкулеза это:
 - а) туберкулез у лиц среднего возраста
 - б) туберкулез у лиц пожилого возраста
 - в) легочная локализация туберкулеза
 - г) заболевание, возникшее вследствие эндогенной реактивации очагов первичного инфицирования
 - д) хронические формы туберкулеза

8. В первом межреберье справа группа теней размером от 3 до 10 мм малой интенсивности, неправильной формы, с размытыми контурами. Какой фазе туберкулезного процесса соответствует рентгенологическая картина:

- а) уплотнение
- б) инфильтрация
- в) распад
- г) обсеменение
- д) обызвествление

9. В VI сегменте правого легкого участок затемнения средней интенсивности с просветлением в центре и «дорожкой» к корню легкого. Какой фазе туберкулезного процесса соответствует рентгенологическая картина:

- а) уплотнение
- б) инфильтрация
- в) распад
- г) обсеменение
- д) обызвествление

10. В верхушечном сегменте правого легкого круглая тень средней интенсивности с четкими, ясными наружными контурами. Какой фазе туберкулезного процесса соответствует рентгенологическая картина:

- а) уплотнение
- б) инфильтрация
- в) распад
- г) обсеменение
- д) обызвествление

11. Легкое последовательно подразделяется на следующие анатомические единицы:

- а) доля, долька, сегмент, ацинус
- б) доля, сегмент, ацинус, долька
- в) сегмент, доля, долька, ацинус
- г) доля, сегмент, долька, ацинус
- д) зона, доля, сегмент, долька

12. Формы туберкулеза, протекающие с массивным размножением МБТ в тканях и выраженной экссудативной реакцией в очаге поражения, выявляются с помощью:

- а) клинических методов исследования при обращении в общую лечебную сеть
- б) флюорографических методов исследования
- в) лабораторных методов исследования
- г) профилактических осмотров
- д) обращения в противотуберкулезный диспансер

13. Клинически малосимптомно и без изменений, выявляемых с помощью физикальных методов обследования, протекает:

- а) очаговый туберкулёз лёгких
- б) инфильтративный туберкулёз лёгких
- в) диссеминированный туберкулёз лёгких
- г) фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких
- д) цирротический туберкулёз лёгких

14. Клинической симптоматикой, как правило, сопровождается:

- а) очаговый туберкулез легких
- б) туберкулема легких
- в) инфильтративный туберкулез легких
- г) диссеминированный туберкулез легких
- д) цирротический туберкулез легких

15. Объектами исследования на микобактерии туберкулеза служат:

- а) мокрота, промывные воды бронхов
- б) пунктат из закрытых полостей, биоптат
- в) моча, гнойное отделяемое из свищей, спинномозговая жидкость
- г) кровь
- д) все перечисленное

16. Полимеразная цепная реакция при туберкулезе – это:

- а) обнаружение с помощью иммунологических методик обрывков ДНК микобактерий туберкулеза
- б) обнаружение титра антител к туберкулину
- в) обнаружение титра антител к фитогемагглютнину
- г) реакция спонтанного розеткообразования
- д) обнаружение культуры микобактерий туберкулеза

17. Наиболее достоверным методом диагностики деструктивного туберкулёза лёгких является:

- а) профилактическая флюорография
- б) диагностическая рентгенография
- в) томография
- г) ультразвуковое исследование
- д) радиоизотопный метод

18. Самым чувствительным методом обнаружения МБТ в мокроте является:

- а) бактериоскопия с окраской по Цилю-Нильсену
- б) люминисцентная микроскопия
- в) биологический метод
- г) посев на среду Левенштейна-Йенсена
- д) ПЦР

19. Наиболее эффективным и достоверным в практической медицине методом обнаружения микобактерий туберкулеза является:

- а) люминисцентная микроскопия
- б) культуральный посев
- в) бактериоскопия
- г) биохимическое исследование
- д) иммуно-генетический

20. К ДМИ-1 (дополнительным методам исследования) относятся:

а) расширенная микробиологическая диагностика с посевом мокроты на питательные среды с определением лекарственной устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам

- б) микроскопия мазков мокроты по Цилю-Нильсену
- в) компьютерная томография
- г) исследование функции внешнего дыхания
- д) бронхоскопия

21. Риск заболеть туберкулезом повышается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

- а) диабета, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки
- б) пороков развития легких
- в) злокачественных новообразований легких и других органов
- г) первичных и вторичных иммунодефицитов, вызванных различными причинами
- д) гипертонической болезни

22. Выявление случаев заболевания туберкулезом у взрослых осуществляется:

а) по обращаемости за медицинской помощью в связи с появлением клинических признаков болезни

- б) методом массовых флюорографических осмотров населения
- в) по материалам биопсии (инструментальное обследование, операция)

- г) на секционном столе
 - д) всем перечисленным
23. Основными методами выявления туберкулеза у детей являются:
- а) массовая туберкулинодиагностика
 - б) флюорография
 - в) обследование на туберкулез групп риска
 - г) обследование на туберкулез детей, обратившихся в поликлинику
 - д) все ответы верны
24. Угрожаемый по туберкулезу контингент населения дифференцируется по:
- а) возрастному и половому признаку
 - б) генетическому признаку (ближайшие родственники)
 - в) иммунологическому признаку
 - г) сопутствующим заболеваниям, а также по признаку социальной дезадаптации (мигранты, бомжи, заключенные)
 - д) все ответы верны
25. Наибольший риск заражения туберкулезной инфекцией имеет место у:
- а) грудных детей и детей до 3-х лет жизни
 - б) подростков
 - в) лиц молодого возраста
 - г) лиц старшего возраста
 - д) пожилых и лиц старческого возраста
26. Причинами несвоевременного выявления туберкулеза являются:
- а) дефекты в профилактической работе
 - б) неполноценное обследование в поликлинике и стационаре общего профиля
 - в) небрежное отношение больного к своему здоровью
 - г) незнание врачами общей сети «масок» туберкулеза (врачебные ошибки)
 - д) все перечисленное
27. Основные методы выявления туберкулеза органов дыхания в общей лечебной сети:
- а) флюорография
 - б) массовая туберкулинодиагностика
 - в) простая бактериоскопия мазков мокроты на кислотоустойчивые бактерии
 - г) посевы мокроты на МБТ
 - д) иммунодиагностика
28. К группам повышенного риска заболевания туберкулезом относятся:
- а) социально дезадаптированное население
 - б) лица, контактирующие с больными туберкулезом
 - в) декретированные контингенты
 - г) пациенты с сахарным диабетом, язвенной болезнью, профессиональными пылевыми заболеваниями легких
 - д) все перечисленные
29. Рентгенологическим методом массового обследования на туберкулез является:
- а) рентгеноскопия грудной клетки
 - б) обзорная рентгенография органов грудной клетки
 - в) флюорография органов грудной клетки
 - г) компьютерная томография органов грудной клетки
30. Какие формы туберкулеза при выявлении считаются " ранними"
- а) инфильтративный туберкулез
 - б) цирротический туберкулез
 - в) туберкулома в фазе распада
 - г) очаговый туберкулез в фазе инфильтрации
 - д) диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации

31. Наиболее достоверным методом диагностики деструктивного туберкулёза лёгких является:

- 1- профилактическая флюорография;
- 2 - диагностическая рентгенография;
- 3- томография;
- 4- ультразвуковое исследование;
- 5- радиоизотопный метод.

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

- 1- наличие горизонтального уровня жидкости;
- 2- парная полоска дренирующего бронха;
- 3- бронхогенное обсеменение;
- 4- наличие секвестра;
- 5- локализация полости.

33. Отечественная клиническая классификация туберкулеза создана на основе:

- 1- патогенеза заболевания;
- 2- морфологических проявлений заболевания;
- 3- клинических проявлений заболевания;
- 4- рентгенологической картины заболевания;
- 5- всего вышеперечисленного.

34. Форма туберкулеза легких, для которой характерно наличие изолированного полостного образования:

- 1- диссеминированный туберкулез легких в фазе распада;
- 2- инфильтративный туберкулез легких в фазе распада;
- 3- кавернозный туберкулез легких;
- 4- очаговый туберкулез легких в фазе распада;
- 5- фиброзно-кавернозный туберкулез легких.

35. На рентгенограмме кавернозный туберкулез выглядит в виде:

- 1- фокусной тени;
- 2- группы очагов;
- 3- тотального затемнения;
- 4- линейной тени;
- 5- кольцевидной тени.

36. Для кавернозного туберкулеза легких характерны рентгенологические признаки в виде замкнутой кольцевидной тени на фоне:

1- малоизмененной легочной ткани с отводящей дорожкой лимфангоита по направлению к корню легкого;

- 2- выраженных воспалительных изменений легочной ткани;
- 3- большого количества очагов сливного характера;
- 4- выраженных фиброзных изменений ткани легкого;
- 5- массивных плевральных сращений.

37. К быстрому увеличению каверны в объеме приводит:

- 1- прогрессирование туберкулеза;
- 2- нарушение дренажной функции бронха;
- 3- нарушение кровообращения в окружающей ткани легкого;
- 4- образование бронхоплеврального свища;
- 5- истончение стенки полости.

38. Кавернозный туберкулез может сформироваться из:

- 1- первичного туберкулезного комплекса с распадом;
- 2- прогрессирующей туберкулемы;
- 3- инфильтративного туберкулеза легких с распадом;
- 4- диссеминированного туберкулеза легких с распадом;

5- всех перечисленных форм.

39. Повысить эффективность лечения больных с кавернозным туберкулезом легких можно:

- 1- назначением курса гормональной терапии;
- 2- применением ультразвуковой терапии;
- 3- назначением лидазы или пирогенала;
- 4- наложением пневмоторакса или пневмоперитонеума;
- 5- назначением антибиотиков широкого спектра действия.

40. Для фиброзно-кавернозного туберкулеза легких характерны рентгенологические признаки в виде:

- 1- наличия каверны со стенками повышенной интенсивности;
- 2- очагов бронхогенной диссеминации;
- 3- уменьшения объема легкого на стороне патологического процесса со смещением органов средостения в сторону поражения;
- 4- деформации костного скелета в виде скошенности ребер и уменьшения межреберных промежутков на стороне поражения, расширение межреберий в нижележащих отделах;
- 5- все перечисленные.

41. Быстро диагностировать туберкулез костей черепа позволяет:

- 1- бактериоскопия;
- 2- рентгенография;
- 3- биопсия;
- 4- радиоизотопные методы;
- 5- эхо-томография.

42. Не характерным для туберкулезного менингита изменением при исследовании спинномозговой жидкости является:

- 1- повышение содержания белка;
- 2- снижение содержания глюкозы;
- 3- выпадение пленки;
- 4- наличие скоплений эритроцитов;
- 5- снижение содержания хлоридов.

43. Первый клинический признак туберкулезного спондилита:

- 1- боль в области позвоночника при ходьбе;
- 2- ограничение подвижности в области позвоночника;
- 3- боль в области позвоночника в покое;
- 4- нарушение функции тазовых органов;
- 5- повышение температуры тела.

44. Основной путь проникновения микобактерий туберкулеза в кости и суставы:

- 1- лимфогенный из внутригрудных лимфоузлов;
- 2- лимфогенный из очага в легочной ткани;
- 3- гематогенный;
- 4- контактный.

45. Какой метод окраски мазков используется для обнаружения микобактерий туберкулеза:

- 1- по Грамму;
- 2- по Гимза-Романовскому;
- 3- по Пфейфферу;
- 4- по Цилю-Нильсену;
- 5- по Ван-Гизону.

46. Мужчина 40 лет, в течение последних 4 лет наблюдается по поводу хронического пиелонефрита. В связи с частыми обострениями и неэффективностью

лечения заподозрен туберкулез. Из перечисленных исследований наиболее важным является:

- 1- исследование функции почек;
- 2- посев мочи на МБТ;
- 3- флюорография органов грудной клетки;
- 4- УЗИ почек;
- 5- общий анализ крови.

47. Женщина 30 лет, страдает первичным бесплодием, в детстве наблюдалась в противотуберкулезном диспансере по поводу выража туберкулиновой реакции. Флюорографически в верхушках легких обнаружены очаговые тени. При УЗИ выявлена патология в придатках. Из исследований является приоритетным:

- 1- бронхоскопия;
- 2- бронхография;
- 3- посев менструальных выделений на МБТ;
- 4- ЭКГ;
- 5- рентгенография органов брюшной полости.

48. Начальные туберкулезные изменения в почке локализуются преимущественно:

- 1- в мозговом слое;
- 2- в корковом слое;
- 3- в чашечках почки;
- 4- в лоханках почки;
- 5- в мышечном слое.

49. Начальная форма туберкулеза почки – это:

- 1- туберкулезный папиллит (ограниченно-деструктивная);
- 2- фиброзно-кавернозная;
- 3- кавернозная;
- 4- паренхиматозная;
- 5- очаговая.

50. К своевременно выявленным формам туберкулеза почки относится:

- 1- гидронефроз;
- 2- облаковидный инфильтрат;
- 3- туберкулезный пионефроз;
- 4- туберкулезный папиллит;
- 5- туберкулез почечной паренхимы.

51. К препаратам группы ГИНК относятся:

- 1- изониазид;
- 2- фтивазид;
- 3- метазид;
- 4- феназид;
- 5- все вышеперечисленные.

52. Новые противотуберкулезные препараты, которые применяются для лечения туберкулеза с 1980-х годов:

- 1- аминогликозиды;
- 2- тиенамы;
- 3- макролиды;
- 4- фторхинолоны;
- 5- цефалоспорины.

53. Наиболее неблагоприятное течение туберкулеза наблюдается у больных, выделяющих:

- 1- чувствительные ко всем противотуберкулезным препаратам МБТ;
- 2- монорезистентные МБТ;
- 3- полирезистентные МБТ;

- 4- множественно лекарственно-устойчивые МБТ;
- 5- множественно лекарственно-устойчивые МБТ, устойчивые к сочетанию основных и резервных противотуберкулезных препаратов.

54. Токсические побочные реакции связаны:

- 1- с дозой и длительности приема противотуберкулезного препарата;
- 2- с антигенным действием противотуберкулезного препарата;
- 3- с формой туберкулезного процесса;
- 4- с местом проживания больного;
- 5- со всем вышеперечисленным.

55. Аллергические побочные реакции связаны:

- 1- с индивидуальной чувствительностью организма больного;
- 2- с дозой и длительности приема противотуберкулезного препарата;
- 3- с формой туберкулезного процесса;
- 4- с местом проживания больного;
- 5- со всем вышеперечисленным.

56. Показанием для назначения кортикостероидов у больных туберкулезом является:

- 1- казеозная пневмония;
- 2- туберкулез бронхов;
- 3- экссудативный плеврит;
- 4- менингит;
- 5- все вышеперечисленное.

57. Лечение искусственным пневмотораксом показано при:

- 1- очаговом туберкулезе;
- 2- кавернозном туберкулезе;
- 3- казеозной пневмонии;
- 4- экссудативном плеврите;
- 5- цирротическом туберкулезе.

58. Пневмоперитонеум показан при:

- 1- каверне в верхней доле легкого;
- 2- очагах в нижней доле легкого;
- 3- каверне в нижней доле легкого;
- 4- экссудативном плеврите;
- 5- циррозе легкого.

59. Повысить эффективность лечения больных с кавернозным туберкулезом легких можно:

- 1- назначением курса гормональной терапии;
- 2- применением ультразвуковой терапии;
- 3- назначением лидазы или пирогенала;
- 4- наложением пневмоторакса или пневмоперитонеума;
- 5- назначением антибиотиков широкого спектра действия.

60. Для лечения спонтанного пневмоторакса применяют:

- 1- наложение давящей повязки;
- 2- наложение искусственного пневмоторакса;
- 3- медикаментозное лечение;
- 4- дренирование плевральной полости по Бюлау в четвертом-пятом межреберье;
- 5- дренирование плевральной полости по Бюлау во втором-третьем межреберье.

2.3 Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

Больной М., 32 лет, инвалид II группы по туберкулезу. Доставлен в противотуберкулезный диспансер бригадой «Скорой медицинской помощи» с жалобами на боль в правой половине грудной клетки, одышку, сухой кашель, сердцебиение.

Из анамнеза: Заболел остро, после подъема тяжести. Из анамнеза: состоит на учете у фтизиатра в течение 2,5 лет с диагнозом: Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого. Последняя госпитализация 3 месяца назад. Выписан за нарушение режима, диспансер не посещал. Курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожный покров бледный, цианотичный. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании. При перкуссии – перкуторный звук справа коробочный. При аускультации – дыхательные шумы справа отсутствуют. ЧД = 22 в 1 мин. Тоны сердца приглушены. ЧСС = 96 в 1 мин. АД = 140/90 мм рт.ст. Язык сухой. Живот мягкий, болезненный в верхних отделах. Печень пальпируется.

Результаты лабораторно-инструментального обследования:

ОАК: Hb = 100 г/л, Эр. = $3,08 \times 10^{12}/л$, Le = $9,2 \times 10^9/л$: баз. = 1%, эоз. = 4%, пал. = 8%, сегм. = 47%, лимф. = 33%, мон. = 7%. СОЭ = 27 мм/час.

ОАМ: цвет – сол.-желт., уд. плотность = 1012, реакция – кислая. Белок – отрицат. Сахар – отрицат. Эпителий плоский = 1-2 в п/зр. Лейкоциты = 1-2 в п/зр.

Бактериоскопия мокроты по Цилю-Нильсену: кислотоустойчивые бактерии не обнаружены.

Рентгенологическое исследование легких: справа в латеральных отделах определяется значительное просветление, на фоне которого нет изображения легочного рисунка, внутри от просветления четкая граница коллабированного легкого. Слева на фоне усиленного легочного рисунка единичные очаговые тени в средних отделах малой интенсивности без четких контуров.

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики. Назначьте неотложную терапию и дайте рекомендации по ведению больного после купирования ведущего синдрома, а также по постгоспитальной реабилитации больного, включая возможности санаторно-курортного этапа.

3. Приведите комплекс мероприятий по привлечению данного пациента к лечению.

Ситуационная задача №2

Больная К., 19 лет, не работает. Изменения в легких выявлены при профосмотре для устройства на работу. Жалобы на небольшую слабость, периодические (преимущественно по вечерам) подъемы температуры тела до 37,4-37,7°C, кашель со скудной мокротой, кровохаркание. Данные жалобы беспокоят в течение полугода. Пациентка никуда не обращалась, не лечилась.

Из анамнеза: туберкулезом не болела, туберкулезный контакт не известен. Последняя флюорография более 3-х лет назад. БЦЖ не проводилась, причину не знает.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожа бледная, сухая. Грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. При перкуссии – справа над остью лопатки укорочение перкуторного звука, при аускультации в области укорочения звука – дыхание жесткое, после покашливания – единичные сухие хрипы. ЧД = 18 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС = 80 в мин. АД = 120/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом.

Результаты обследования:

ОАК: Hb = 124 г/л, Эр. = $4,0 \times 10^{12}/л$, Лейкоциты = $8,4 \times 10^9/л$: баз.= 0%, эоз.= 1%, пал.= 2%, сегм.= 69%, лимф. = 21%, мон. = 7%, СОЭ = 18 мм/ч.

ОАМ: цвет – сол.-желт., уд. плотность = 1015, реакция – слабо кислая. Белок – отрицат. Сахар – отрицат. Эпителий плоский = 1-3 в п/зр. Лейкоциты = 2-3 в п/зр.

Бактериоскопия мокроты по Цилю-Нильсену: КУБ не обнаружены.

Рентгенография органов грудной клетки: в проекции верхней доли справа определяется кольцевидная тень овальной формы, размером 4 см в диаметре; внутренние контуры четкие, наружные – неровные, размытые; толщина стенки 3 мм. В окружающей легочной ткани единичные полиморфные очаги.

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи. Назначьте неотложную терапию.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики. Назначьте неотложную терапию и дайте рекомендации по ведению больной после купирования ведущего синдрома, а также по постгоспитальной реабилитации, включая возможности санаторно-курортного этапа.

3. Порядок проведения диагностических мероприятий у лиц с длительным интоксикационным синдромом на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Ситуационная задача №3

Девочка М., 7 лет, обследован у участкового педиатра по поводу жалоб на постоянный непродуктивный кашель, слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, периодическое повышение температуры тела до 37,6°C.

Из анамнеза: сведения о периодическом туберкулезном контакте с отцом, проживающем отдельно, больным инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада, МБТ (+). Девочка вакцинирована БЦЖ в роддоме, поствакцинальный кожный знак 5 мм. Реакция Манту в 1 год – папула 7 мм, в 2 года – папула 5 мм, в 3 года – папула 3 мм, в 4 года - гиперемия 6 мм, в 5 лет – отрицательная, в 6 лет – отрицательная, в 7 лет – папула 14 мм. Аппетит снижен, стул оформлен. Диурез в норме.

Объективно: кожный покров бледный, периорбитальный цианоз, пальпируются периферические лимфатические узлы в 5 группах, мягко-эластической консистенции диаметром до 0,7 см. Дыхание везикулярное, в подключичной и надлопаточной области слева несколько ослаблено, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см. Селезенка не пальпируется. Поколачивание в проекции почек безболезненное.

Результаты обследования:

ОАК: Эр. = $3,9 \times 10^{12}/л$, Нб = 108 г/л; Лейкоциты = $15,0 \times 10^9/л$: э = 6%, п/я - 3 %; с/я = 44%; Лимф. = 40%; Мон. = 9%; СОЭ = 18 мм/час.

ОАМ: реакция слабо кислая, удельная плотность = 1012, белок не обнаружен, лейкоцитов, эритроцитов нет.

Рентгенография легких: слева в проекции 2 сегмента участок затемнения размером 1,5x2 см., средней интенсивности, гомогенной структуры, связанный воспалительной «дорожкой» с корнем. Левый корень легкого увеличен в размерах, малоструктурен.

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Приведите дальнейшую тактику обследования и лечения. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Определите роль профилактических мероприятий для предупреждения развития данного заболевания.

Ситуационная задача №4

Больной М., 32 лет, инвалид II группы по туберкулезу. Доставлен в противотуберкулезный диспансер бригадой «Скорой медицинской помощи» с жалобами на боль в правой половине грудной клетки, одышку, сухой кашель, сердцебиение.

Из анамнеза: Заболел остро, после подъема тяжести. Из анамнеза: состоит на учете у фтизиатра в течение 2,5 лет с диагнозом: Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого. Последняя госпитализация 3 месяца назад. Выписан за нарушение режима, диспансер не посещал. Курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожный покров бледный, цианотичный. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании. При перкуссии – перкуторный звук справа коробочный. При аускультации – дыхательные шумы справа отсутствуют. ЧД = 22 в 1 мин. Тоны сердца приглушены. ЧСС = 96 в 1 мин. АД = 140/90 мм рт.ст. Язык сухой. Живот мягкий, болезненный в верхних отделах. Печень пальпируется.

Результаты лабораторно-инструментального обследования:

ОАК: Hb = 100 г/л, Эр. = $3,08 \times 10^{12}/л$, Le = $9,2 \times 10^9/л$: баз. = 1%, эоз. = 4%, пал. = 8%, сегм. = 47%, лимф. = 33%, мон. = 7%. СОЭ = 27 мм/час.

ОАМ: цвет – сол.-желт., уд. плотность = 1012, реакция – кислая. Белок – отрицат. Сахар – отрицат. Эпителий плоский = 1-2 в п/зр. Лейкоциты = 1-2 в п/зр.

Бактериоскопия мокроты по Цилю-Нильсену: кислотоустойчивые бактерии не обнаружены.

Рентгенологическое исследование легких: справа в латеральных отделах определяется значительное просветление, на фоне которого нет изображения легочного рисунка, внутри от просветления четкая граница коллабированного легкого. Слева на фоне усиленного легочного рисунка единичные очаговые тени в средних отделах малой интенсивности без четких контуров.

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики. Назначьте неотложную терапию и дайте рекомендации по ведению больного после купирования ведущего синдрома, а также по постгоспитальной реабилитации больного, включая возможности санаторно-курортного этапа.

3. Приведите комплекс мероприятий по привлечению данного пациента к лечению.

Ситуационная задача №5

Больная М., 20 лет, продавец, находится в роддоме 3 суток после родов в сроке 36 недель. Жалобы на слабость, потливость по ночам, снижение массы тела на 5 кг за 4 месяца, периодический подъем температуры тела до 38°C, кашель со слизисто-гноющей (чередующейся с кровянистой) мокротой, которые беспокоят в течение 2 недель.

Из анамнеза жизни: В период нежеланной беременности в женской консультации не наблюдалась. Пациентка в детстве состояла на учете у фтизиатра по поводу выража туберкулиновых проб, получала профилактическое лечение в условиях стационара. Сопутствующие заболевания: гипотиреоз, хронический гастрит. Последняя ФЛГ-исследование органов грудной клетки 2 года назад.

Объективно: Состояние женщины удовлетворительное. Кожный покров бледный, чистый. При перкуссии легких – легочный звук. При аускультации – дыхание везикулярное, справа в подмышечной области выслушиваются сухие хрипы. ЧД = 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС = 72 в 1 мин. АД = 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени и селезенки по Курлову 9,5 x 8 x 7 см и 6 x 4 см соответственно. Поколачивание в проекции почек безболезненно с обеих сторон.

Результаты обследования:

ОАК: Нб = 115 г/л, Эр. = $3,4 \times 10^{12}$ /л, Лейкоциты = $6,4 \times 10^9$ /л: баз. - 0%, эоз. - 2%, пал.- 4%, сегм.- 64%, лимф. = 19%, мон. = 11%, СОЭ = 42 мм/ч.

ОАМ: цвет – сол.-желт., уд. плотность = 1019, реакция – слабо кислая. Белок – отрицат. Сахар – отрицат. Эпителий плоский – 0-1 в п/зр. Лейкоциты – 2-3 в п/зр.

Бактериоскопия мокроты по Цилю-Нильсену: трехкратно обнаружены КУБ.

Рентгенография органов грудной клетки: в проекции VI сегмента правого легкого определяются очаговые и фокусные тени малой и средней интенсивности без четких наружных контуров, с наклонностью к слиянию, часть фокусов неоднородной структуры за счет участков просветления. В окружающей легочной ткани очаги обсеменения.

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущие синдромы, требующие оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи, назначьте неотложную терапию.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Перечислите санитарно-противоэпидемические мероприятия в очаге туберкулезной инфекции (в соответствии с условиями данной задачи).

3. Технологии и критерии оценивания:

- собеседование;
- тестовый контроль;
- ситуационные задачи.

3.1. Критерии оценки при тестировании:

<i>Количество правильных ответов</i>	<i>Оценка по общепринятой шкале</i>
91 – 100%	Отлично
81 – 89%	Хорошо
71 – 79%	Удовлетворительно
0 – 70	Неудовлетворительно

3.2. Критерии оценивания итогового собеседования, в том числе ответов на ситуационные задачи:

<i>Количество баллов (ответ на вопрос/решение задачи)</i>	<i>Критерии оценки</i>
Неудовлетворительно (0 баллов)	
Отсутствие ответа либо абсолютно неверное изложение материала по поставленному вопросу билета и/или абсолютно неверное решение ситуационной задачи.	
Удовлетворительно	
3 балла	Ординатор демонстрирует знание и понимание основных положений изучаемой темы, однако материал изложен неполно, допущены существенные ошибки, недостаточно доказательно обоснованы суждения, не может привести примеры из учебного материала. Ответ сформулирован с помощью наводящих вопросов преподавателя.
Хорошо	
4 балла	Изученный материал изложен полно, даны правильные определения понятий, но допущены несущественные ошибки или неточности, которые обучающийся исправляет самостоятельно при коррекции со стороны преподавателя, при

	этом имеется понимание материала, даются обоснованные суждения, приводятся примеры из учебного материала и/или самостоятельно составленные.
Отлично	
5 баллов	Изученный материал изложен полно, в логической последовательности, даны правильные определения понятий, ординатор демонстрирует понимание материала, обосновывает свои суждения, приводя примеры из учебного материала и/или самостоятельно составленные.

Итоговая оценка является производной из нескольких оценок, полученных ординатором за разные виды деятельности. По итогам положительной аттестации ординатору выставляется зачёт.