

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



«УТВЕРЖДАЮ»
проректор по учебной работе
профессор **Шахбанов Р.К**

2019г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
по дисциплине **Фтизиатрия**

Индекс дисциплины в УП – Б1.Б.42

По специальности: 31.05.01- «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»

Уровень высшего образования - СПЕЦИАЛИТЕТ

Квалификация – ВРАЧ – ЛЕЧЕБНИК

Факультет - лечебный

Кафедра: фтизиопульмонология

Форма обучения – очная

Курс 6

Семестр – XII.

Всего трудоемкость 5 зачетных единиц/180 академических часов

Лекции	30 часов
Практические занятия	66 часов
Самостоятельная работа	48 часов
Экзамен в XII семестре –	36 часов

Махачкала 2019 г.

Рабочая программа учебной дисциплины «Фтизиатрия» разработана на основании рабочего учебного плана ОПОП ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело (уровень высшего образования – специалитет), утвержденного Ученым советом ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, протокол №1 от 29.08.2019 г., в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки 31.05.01 - Лечебное дело (уровень высшего образования – специалитет), утвержденным приказом №95 Министерства образования и науки Российской Федерации от 09.02.2016г.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры фтизиопульмонологии от 28 августа 2019 г., протокол №1

Рабочая программа согласована:

1. Директор НМБ ДГМУ _____ (В.Р. Мусаева)
2. Начальник УУМР С и ККО _____ (А.М. Каримова)
3. Декан лечебного факультета _____ (Р.М. Рагимов)

СОСТАВИТЕЛИ:

1. Зав. кафедрой, д.м.н., профессор _____ (В.Ю. Ханалиев)
2. Профессор кафедры, д.м.н. _____ (Г.К. Гусейнов)
2. Зав. уч. работой кафедры, к.м.н., доцент _____ (Х.Ю. Пахиева)
3. Доцент кафедры, к.м.н. _____ (М.А. Муталимов)

1. Рецензенты:

заведующий кафедрой

инфекционных болезней ДГМУ, профессор, _____ (Д.Р. Ахмедов)

СОДЕРЖАНИЕ

1.	ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
2.	ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ	
3.	МЕСТО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ	
4.	ТРУДОЕМКОСТЬ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) И ВИДЫ КОНТАКТНОЙ РАБОТЫ	
5.	СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
5.1.	Разделы учебной дисциплины (модуля) и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении	
5.2.	Разделы дисциплины (модуля), виды учебной деятельности и формы текущего контроля	
5.3.	Название тем лекций с указанием количества часов	
5.4.	Название тем практических занятий с указанием количества часов	
5.5.	Самостоятельная работа обучающегося по дисциплине	
6.	ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
7.	ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»	
8.	ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	
9.	МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	
10.	КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	
11.	ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ	
12.	ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ В РАБОЧУЮ ПРОГРАММУ	
13.	<i>Приложение: ФОС</i>	

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель: формирование и развитие у выпускников лечебного факультета достаточных знаний и навыков по фтизиатрии для работы врачом общего профиля.

Задачами дисциплины являются:

- Освоение базовых знаний и навыков профилактики, диагностики и лечения туберкулеза у людей; освоение современных методов выявления и классификации микобактерий туберкулеза и применение полученных данных на практике;
- Умение оценить эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу и показателей, характеризующих ее;
- Оказание неотложной помощи больным при экстренных ситуациях во фтизиатрии: легочном кровотечении, спонтанном пневмотораксе, легочно-сердечной недостаточности;
- Формирование у детей, подростков и взрослых позитивного медицинского поведения для профилактики туберкулеза и своевременного его выявления и лечения;
- Ведение медицинской документации по фтизиатрии;
- Анализ научной литературы и подготовка рефератов по современным проблемам фтизиатрии;
- Участие в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач по разработке новых методов профилактики, диагностики и лечения туберкулеза.

2. Место фтизиатрии в структуре основной образовательной программы:

Учебная дисциплина «фтизиатрия» является одним из разделов клинической медицины. База для познания ее студентами заложена на предыдущих этапах обучения студента на теоретических и клинических кафедрах: нормальной и патологической анатомии и физиологии человека, гистологии, микробиологии, гигиены, фармакологии, биологической химии, организации здравоохранения, пропедевтики внутренних болезней, факультетской и госпитальной терапии, педиатрии,

эпидемиологии, акушерства и гинекологии, общей, факультетской и госпитальной хирургии, травматологии и ортопедии, инфекционных болезней и других.

Преподавание фтизиатрии основано на современных представлениях об этиологии и патогенезе болезней человека, принципах и методах диагностики, современных классификациях, а также методах профилактики и лечения, соответствующих принципам доказательной медицины. И представления эти закладываются при обучении на вышеуказанных кафедрах, а на кафедре фтизиатрии расширяются в основном за счет узкопрофильных познаний по профилактике, диагностике и лечению туберкулеза.

Уровень начальной, предварительной подготовки обучающегося для успешного освоения дисциплины «фтизиатрия» сводится к тому, чтобы:

- *Иметь представление* о закономерностях развития патологического процесса, в том числе и инфекционного, у детей, подростков и взрослых;
- *Знать* анатомо-физиологические особенности систем органов человека, преимущественно легких, клинического и лабораторно-инструментального обследования их;

Перечень дисциплин и практик, усвоение которых студентами лечебного факультета для изучения фтизиатрии:

- Нормальная анатомия: преимущественно анатомия органов дыхания;
- Гистология: гистология туберкулезного бугорка, гигантские клетки Пирогова-Лангханса;
- Нормальная физиология: преимущественно разделы: органы дыхания, лимфатическая система и иммунология;
- Патологическая анатомия: гранулематозные заболевания внутренних органов, преимущественно легких, специфический туберкулезный процесс
- Микробиология: микобактериозы, методы выявления микобактерий по Цилю-Нельсену, путем посева на сухие и жидкие среды, ПЦР, ВАСТЕС, Gen-Expert;
- Общая гигиена: гигиенические аспекты стационаров и бациллярных очагов, дезинфекция;

- Пропедевтика внутренних болезней, факультативная и госпитальная терапия, педиатрия, инфекционные болезни и другие клинические дисциплины: этиология, патогенез и семиотика болезней внутренних органов, преимущественно органов дыхания. Дифференциальная диагностика, преимущественно заболеваний органов дыхания.
- Лучевая диагностика: рентгенодиагностика болезней органов дыхания и других органов и систем, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование, флюорография легких;
- Фармакология: противотуберкулезные препараты и лекарственные средства для патогенетической терапии;
- Акушерство и гинекология: туберкулез и материнство, показания к прерыванию беременности при туберкулезе, особенности лечения туберкулеза у беременных и кормящих матерей.
- Учебная и производственная практики.

Разделы: владение навыками ухода за больными людьми и умение выполнять манипуляции палатной и процедурной медицинской сестры.

3. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

Формируемые в процессе изучения учебной дисциплины компетенции

№	Наименование категории (группы) компетенции	Индекс компетенции	Выпускник, освоивший программу специалитета должен обладать следующими компетенциями	В результате освоения дисциплины студенты должны			
				Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
1.	Общекультурные	ОК-1	Способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Этиологию и патогенез заболеваний.	Устанавливать причинно-следственные связи.	Логикой постановки диагноза.	Тестирование, собеседование, клинический разбор
2.	компетенции	ОК-8	Готовностью к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические,	Морально-этические нормы, правила и принципы профессиональной деятельности врача,			

			конфессиональные и культурные различия.	в том числе и фтизиатра;			
3.	Общепрофессиональные компетенции	ОПК-1	Готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности	Этиологию, патогенез, эпидемиологию, микробиологию, экологию, профилактику, клиническую картину, диагностику и лечение туберкулеза различных локализаций человека;	Пользоваться учебной, научной литературой, сетью Интернет с оценкой уровней доказательности и критериев качества содержания дисциплины, дистанционными формами образования	Методами общеклинического исследования и интерпретации результатов обследования современных технологиям и информационного поиска.	Тестирование, клинический разбор, участие в вебинарах, интернет-сессиях, выступления на клинических конференциях, составление рефератов, НИРС
4.		ОПК-4	Способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	Морально-этические принципы поведения врача, должностные функции медперсонала, основы деонтологии.	Выстраивать и поддерживать отношения с пациентами на основе гуманизма, в коллективе на основе коллегиальности.	Принципами и практически применение основ врачебной деонтологии и этики.	Клинический разбор пациента, решение ситуационных задач, общение с преподавателем, коллегами.
5.		ОПК-5	Способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок .	Критерии диагноза, современные классификации, клинику, особенности течения, возможные осложнения, методы лечения туберкулеза в соответствии с клиническими рекомендациями утвержд. МЗ РФ.	Анализировать соответствие собственной деятельности имеющимся клиническим рекомендациям врачебных сообществ, оценивать эффективность проведенного обследования и лечения.	Навыками дифференциальной диагностики, анализа собственных профессиональных действий, коммуникации.	Доклады на клинических конференциях, собеседование с преподавателем, анализ историй болезни, клинический разбор.
6.		ОПК-6	Готовностью к ведению медицинской документации	Основные формы мед. документации в диспансере.	Грамотно заполнять основные формы.	Навыками оформления мед. документации.	Проверка заполненной документации.
7.		ОПК-8	Готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач	Классификации и характеристики основных лекарственных средств, показания, противопоказания, побочные эффекты.	Анализировать действие противотуберкулезных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования	Навыками применения лекарственных средств при лечении туберкулеза.	Клинический разбор, тестирование, собеседование по ситуационным задачам.

					я, в том числе возможность сочетаний.		
8.		ОПК-9	Способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач.	Понятие этиологии, патогенеза, морфогенеза заболеваний, структурные и функциональные основы патологических процессов.	Проводить клиническое и дополнительное обследование пациентов с интерпретацией результатов, с отражением структурных и функциональных нарушений	Навыками оценки морфологического субстрата и представлением об индивидуальном патогенезе патологии внутренних органов у обследуемого.	Клинический разбор, собеседование
9.	Профессиональные компетенции.	ПК-1	Способностью и готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включение в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания •Научно-исследовательская деятельность:	Влияние окружающей среды на состояние здоровья, факторы, формирующие здоровье человека, основы валеологии, основы проф-х мероприятий, направленных на укрепление здоровья.	Участвовать в оказании лечебно-профилактической помощи населению, оценить факторы, влияющие на состояние здоровья конкретного пациента	Методиками санитарно-просветительской работы, оценками факторов индивидуального риска.	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач.
10		ПК-2	Способностью и готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения;	Методы профилактики туберкулеза – специфической, химиофилактики и санитарной, обязанности врачей различного профиля в их проведении и контроле;	При массовой туберкулинодиагностике отобрать группы повышенного риска заболевания туберкулезом, выявить больных и провести остальным химиофилактику; Наблюдать за лицами с	Постановкой внутрикожной пробы Манту и диаскинтест и интерпретацией их результатов; Алгоритмом мероприятий по результатам пробы Манту и диаскинтеста;	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач

					повышенным риском заболевания туберкулезом и оценить эффективность профилактических мероприятий среди них;	Методикой отбора детей на вакцинацию и ревакцинацию против туберкулеза и оценкой их результатов; Интерпретацией туберкулиновых проб, диаскинтеста и других тестов и реакций в дифференциальной диагностике туберкулеза с другими заболеваниями;	
11		ПК-5	Готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	Методику сбора жалоб, анамнеза, осмотра больных, показания к назначению дополнительных методов обследования и осмотрам специалистов при туберкулезе.	Правильно оформить выявленные изменения в истории болезни, оценить тяжесть состояния, сформулировать диагноз, составить план обследования.	Навыками общеклинического обследования, написания истории болезни, формулирования диагноза.	Клинический разбор, решение ситуационных задач.
12		ПК-8	Способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	Критерии диагностики туберкулеза и правилами маршрутизации пациентов с неотложными состояниями (легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс).	Оценить состояние пациента для принятия тактических решений по плановой и неотложной помощи, выделить и провести первоочередные диагностические и лечебные мероприятия.	Основными навыками оценки состояния и выбору уровня медицинской помощи.	Клинические разборы, решение ситуационных задач, тестирование, собеседование
13		ПК-11	Готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Алгоритмы оказания неотложной помощи при состояниях, требующих срочного вмешательства.	Оценить тяжесть состояния больного, принимать быстрые решения.	Навыками оказания urgentной помощи при угрожающих жизни состояниях.	Тестирование, ситуационные задачи.

14		ПК-20	Готовностью к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины	Основные принципы доказательной медицины и формы представления и анализа медицинской информации.	Интерпретировать результаты имеющейся информации, выделять качественную информацию, пользоваться клиническими рекомендациями.	Возможности доступа к доказательным исследованиям, качественной медицинской информации, навыками публичных выступлений	Выступления на конференции, работа в кружке, УИРС.
15		ПК-21	Способностью к участию в проведении научных исследований.	Принципы проведения научных исследований и анализа данных.	Использовать доступные источники информации по определенному научному направлению.	Навыками интерпретации элементарной статистической обработки результатов исследований.	Выступления на конференциях, работа в кружке, УИРС
16		ПК-22.	Готовностью к участию во внедрении новых методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан	Принципы внедрения новых методик в практику.	Интерпретировать результаты имеющейся информации по определенному научному направлению.	Навыками оценки новых методов диагностики и лечения.	НИРС, УИРС

Общая трудоемкость дисциплины составляет 5 зачетных единиц, 180 академических часов.

4. Распределение трудоемкости дисциплины.

5.1. Распределение трудоемкости дисциплины и видов учебной работы по семестрам:

Вид учебной работы	Трудоемкость			
	объем в зачетных единицах	объем в академических		
			№ семестра	№ семестра

	(ЗЕ)	часах (АЧ)	XI	XII
Аудиторная работа, в том числе	5	96		96
Лекции (Л)		30		30
Лабораторные практикумы (ЛП)				
Практические занятия (ПЗ)				
Клинические практические занятия (КПЗ)		66		66
Семинары (С)				
Самостоятельная работа студента (СРС)		48		48
Промежуточная аттестация				
Экзамен		36		36
ИТОГО			180	

5. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

5.1. Разделы дисциплины и компетенции, которые формируются при их изучении:

№	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела в дидактических единицах
1.	ОК-1 ОПК-4 ПК-3 ПК-5 ПК-11	Введение во фтизиатрию. Общие сведения о туберкулезе. Эпидемиология туберкулеза Этиология туберкулеза. Патогенез и патологическая анатомия туберкулеза.	Особенности эпидемического процесса при туберкулезе и факторы, определяющие его развитие. Роль социально-экономических факторов. Туберкулез в развитых и развивающихся странах. Социальные группы риска в отношении туберкулеза. Туберкулез в пенитенциарных учреждениях. Туберкулез и войны. Туберкулез на экологически неблагоприятных территориях и на территориях с повышенным радиационным фоном. Роль лекарственной устойчивости микобактерий в эпидемиологии туберкулеза. Инфицированность микобактериями туберкулеза, заболеваемость, распространенность, смертность от туберкулеза, их значение в определении эпидемиологической ситуации.. Роль компьютерных технологий (мониторинга) в анализе эпидемиологической ситуации с туберкулезом.
			Виды микобактерий туберкулеза, морфологическое строение и свойства. Патогенность и вирулентность микобактерий. Биологическая изменчивость микобактерий. Начальная и приобретенная лекарственная устойчивость.

			<p>Быстро- и медленно- размножающиеся микобактерий туберкулеза, персистирующие формы.</p> <p>Генетические основы формирования лекарственной формы микобактерий. Нетуберкулезные (атипичные) микобактерий. Клиническое и эпидемиологическое значение различных видов и форм микобактерий.</p> <p>Микобактериозы органов дыхания.</p> <p>Входные ворота инфекции. Гематогенный, бронхогенный и лимфогенный пути распространения микобактерий в организме человека. Местные и общие реакции организма на туберкулезную инфекцию.</p> <p>Виды специфических воспалительных реакций при туберкулезе и последовательность их развития.</p> <p>Туберкулезная гранулема. Первичный, послепервичный и вторичный периоды туберкулезной инфекции, их иммунно-морфологические особенности. Патологическая анатомия основных клинических форм туберкулеза органов дыхания.</p>
2.	<p>ОПК-4 ОПК-6</p> <p>ПК-2 ПК-5 ПК-8</p>	<p>Организация борьбы с туберкулезом.</p> <p>Противотуберкулезный диспансер.</p> <p>Первичная медико-санитарная помощь</p> <p>Клиническая классификация туберкулеза</p> <p>Выявление больных туберкулезом.</p> <p>Методы диагностики туберкулеза</p>	<p>Государственный характер борьбы с туберкулезом, проведение противотуберкулезных мероприятий противотуберкулезными учреждениями с широким участием всех лечебно-профилактических учреждений.</p> <p>Основные законодательные акты по туберкулезу в России. Федеральная программа по борьбе с туберкулезом в России Организация и проведение диагностики туберкулеза у взрослых, подростков и детей. Организация наблюдения больных туберкулезом и их лечения в амбулаторных условиях, организационные формы проведения амбулаторного лечения. Работа диспансера в очаге туберкулезной инфекции, организация и проведение мероприятий по его оздоровлению, профилактике туберкулеза среди лиц, проживающих в контакте с бактериовыделителем. Диспансерное наблюдение за здоровыми лицами, находящимися в контакте с бактериовыделителем.</p> <p>Современные подходы к профилактике и выявлению туберкулеза. Профилактические обследования детского населения на туберкулез. Противотуберкулезная работа среди детей и подростков по проведению туберкулинодиагностики и противотуберкулезной профилактики вакциной БЦЖ. Выявление лиц с риском заболевания туберкулезом подростков и детей, методика их обследования на туберкулез, показания для направления в противотуберкулезный диспансер. Организационно-методическое руководство противотуберкулезного диспансера работой учреждений общей лечебно-профилактической сети по своевременному выявлению</p>

			<p>туберкулеза и его профилактике. Противотуберкулезная работа учреждений санэпиднадзора. Анализ динамики эпидемиологических показателей, характеризующих ситуацию с заболеваемостью туберкулезом. Группы риска. Работа в очаге туберкулезной инфекции. Контроль медицинского обследования лиц, поступающих и работающих на предприятиях, на которых запрещено работать больным туберкулезом. Участие в планировании обследований на туберкулез и в планировании вакцинации и ревакцинации БЦЖ.</p> <p>Принципы построения отечественной классификации. Разделы классификации, отражающие основные клинические формы, характеристику туберкулезного процесса и его осложнений, остаточные изменения после излеченного туберкулеза. Формулировка диагноза туберкулеза.</p> <p>Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, раздел "Туберкулез". Значение микробиологической и гистологической верификации в постановке диагноза туберкулеза органов дыхания и других локализаций.</p>
			<p>Государственный характер борьбы с туберкулезом, проведение противотуберкулезных мероприятий противотуберкулезными учреждениями с широким участием всех лечебно-профилактических учреждений. Основные законодательные акты по туберкулезу в России.</p>
			<p>Диагностика туберкулеза органов дыхания на этапе обследования больных в поликлинике и в других учреждениях общей лечебной сети и на этапе обследования в противотуберкулезных учреждениях.</p> <p>Методы верификации диагноза туберкулеза - бактериологические, морфологические, иммунологические, молекулярно-биологические.</p> <p>Микробиологическая диагностика.</p> <p>Методы обнаружения микобактерий туберкулеза в мокроте и другом патологическом материале, значение их результатов для диагноза туберкулеза и определения фазы туберкулезного процесса.</p> <p>Туберкулинодиагностика. Повышенная чувствительность замедленного типа, ее проявления, клиническое значение. Виды туберкулинов. Туберкулиновые кожные пробы.. Туберкулиновая проба Манту с 2 ТЕ. Техника постановки. Инфекционная и поствакцинальная чувствительность к туберкулину, дифференциальная диагностика. Проба Коха и градуированная кожная проба, показания к применению с целью диагностики и дифференциальной диагностики туберкулеза</p> <p>Диаскинтест.</p>

			<p>Методы исследования функций дыхания и кровообращения. Функциональные тесты легочной вентиляции, газообмена и их использование в определении дыхательной недостаточности, значение в диагностике заболеваний легких.</p> <p>Лучевая диагностика. Рентгенография и традиционная томография, показания к выполнению различных видов рентгенографии и томографии. Рентгенологические синдромы туберкулеза и других заболеваний органов дыхания.</p> <p>Цифровые технологии в лучевой диагностике. Компьютерная томография в диагностике туберкулеза и других заболеваний легких, средостения, плевры и в оценке динамики туберкулезного процесса. Магнитно-резонансная томография при туберкулезе.</p> <p>Специальные лучевые (радионуклидные) исследования при заболеваниях легких, показания к их применению.</p> <p>Общие клинические лабораторные методы. Диагностическое значение сдвигов количества форменных элементов периферической крови и СОЭ при различных формах и фазах туберкулезного процесса. Показатели мочи больных легочным и мочеполовым туберкулезом.</p> <p>Биохимическое и иммунологическое исследование крови в диагностике туберкулеза</p> <p>Инструментальные и инвазивные методы диагностики. Эндоскопические методы исследования. Трахеобронхоскопия. Бронхоальвеолярный лаваж, состав лаважной жидкости при туберкулезе и при других заболеваниях легких.</p>
3.	ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-8 ПК-1 ПК-5 ПК-8	Обследование и курация больного туберкулезом.	<p>Распрос. Причины, способствующие развитию заболевания. Контакт с больным туберкулезом, наследственность. Факторы риска инфицирования МБТ и заболевания туберкулезом. Клинические признаки туберкулеза, методы его выявления. Жалобы больного туберкулезом органов дыхания: общие и местные. их клиническое значение. Условия быта и труда больного, профессиональные вредности. Экологические особенности среды проживания. Развитие, перенесенные и сопутствующие туберкулезу заболевания, вредные привычки. Проведение профилактических противотуберкулезных мероприятий, обследований на туберкулез. Физикальные методы исследования. Осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больного туберкулезом органов дыхания. Клиническая интерпретация выявленных изменений.</p>
4.	ПК- 5 ПК- 8	Формы туберкулёза	<p>Туберкулезная интоксикация у детей и подростков. Клинические признаки, течение, лечение.</p>

ПК-9 ПК-11	первичного и вторичного периодов.	Дифференциальная диагностика туберкулезной интоксикации с хроническими неспецифическими воспалительными процессами. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Патоморфология и патогенез Первичный туберкулезный комплекс. Патоморфология и патогенез первичного комплекса. Клинические признаки, диагностика, течение и лечение. Исходы первичного комплекса.
		<p>А) Диссеминированный туберкулез легких.</p> <p>Милиарный туберкулез легких. Патогенез ранней и поздней гематогенной диссеминации. Клинические формы острого милиарного туберкулеза легких, патологоанатомические признаки. Диагностика, клиника и лечение милиарного туберкулеза легких.</p> <p>Туберкулезный менингит. Патогенез и патоморфология туберкулезного менингита. Особенности клиники и течения. Неврологическая симптоматика. Микробиологическая и серологическая диагностика, изменения показателей спинномозговой жидкости. Дифференциальная диагностика туберкулезного менингита. Лечение больных туберкулезным менингитом.</p> <p>Подострый и хронический диссеминированный туберкулез легких. Гематогенная, лимфогенная и бронхогенная диссеминации, патогенез, патологоанатомические и рентгенологические признаки. Диагностика, клиника и лечение диссеминированного туберкулеза легких. Дифференциальный диагноз с очаговой пневмонией, гранулематозами, карциноматозом, альвеолитами, пневмококоном, токсоплазмозом, метастазами опухолей, системными заболеваниями соединительной ткани, застойным легким. Методы лучевой, микробиологической и инструментальной диагностики. Осложнения диссеминированного туберкулеза (плеврит, поражение гортани и других органов).</p> <p>Б) Малые формы туберкулеза легких.</p> <p>Очаговый туберкулез легких. Патогенез и патоморфология свежего и хронического очагового туберкулеза легких. Методы выявления, клиника и течение очаговых форм туберкулеза. Значение флюорографического и рентгенологического методов для выявления и диагностики очагового туберкулеза. Методы определения активности туберкулезных очагов.</p> <p>Ограниченный диссеминированный туберкулез легких. Патогенез и патоморфология. Клинико-рентгенологические варианты, особенности их диагностики и течения. Лечение и исходы. Прогноз.</p> <p>Туберкулема легкого. Патогенез и патоморфология</p>

			<p>туберкулем легкого. Особенности клинической картины туберкулем легкого, клинические формы. Значение рентгенологических методов в выявлении и диагностике туберкулем. Лечение и исходы в зависимости от величины и фазы течения, значение хирургического метода. Дифференциальная диагностика с заболеваниями, проявляющимися округлыми образованиями в легких.</p> <p>В) Казеозная пневмония. Патогенез и патологическая анатомия лобулярной и лобарной казеозной пневмоний. Особенности клинической картины, рентгенологическая характеристика. Лечение и исходы казеозной пневмонии. Дифференциальная диагностика с острыми процессами, протекающими с кавернизацией (абсцедирующая и септическая пневмонии, гангрена легкого). Клинические особенности. Методы лучевой, микробиологической и инструментальной диагностики.</p> <p>Г) Деструктивные формы туберкулеза легких. Кавернозный туберкулез легких. Патогенез каверны легкого. Морфологическое строение каверн, свежая и хроническая каверна. Клинические и рентгенологические признаки каверны в легком. Клиническая характеристика кавернозного туберкулеза легких. Течение. Лечение. Виды заживления каверн.</p> <p>Фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Причины формирования фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Морфологические признаки. Осложнения фиброзно-кавернозного туберкулеза. Лечение больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, исходы.</p> <p>Цирротический туберкулез легких. Патогенез и патоморфология цирротического туберкулеза легких. Основные клинические симптомы, рентгенологические признаки. Течение и лечение цирротического туберкулеза.</p> <p>Д) Туберкулез серозных оболочек. Туберкулезный плеврит. Патогенез и патоморфология туберкулезных плевритов. Фибринозный (сухой) и экссудативный туберкулезные плевриты. Клиническая, рентгенологическая, инструментальная и цитологическая диагностика. Лечение больных фибринозным и экссудативным плевритом, исходы. Туберкулез плевры. Туберкулезная эмпиема. Туберкулезный перикардит. Патогенез. Основные клинические симптомы, рентгенологические признаки. Течение и лечение.</p>
5	ПК-7 ПК-10 ПК-14	Осложнения туберкулеза легких и	Патогенез, диагностика и принципы лечения легочного кровотечения, кровохарканья, спонтанного пневмоторакса, легочно-сердечной недостаточности, ателектаза,

		неотложная помощь.	амилоидоза. Неотложная помощь при острых осложнениях туберкулеза легких.
6	ПК-8 ПК-22	Лечение больных туберкулезом.	<p>Химиотерапия. Противотуберкулезные антибиотики и химиопрепараты, дозы, методы введения, комбинации препаратов. Взаимодействия с другими химиопрепаратами и антибиотиками. Основные принципы химиотерапии туберкулеза. Этапы интенсивной химиотерапии и химиотерапии долечивания. Контролируемость химиотерапии. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Побочные реакции антибактериальных препаратов, их предупреждение и устранение. Особенности лечения больных с лекарственно чувствительными и лекарственно-устойчивыми микобактериями туберкулеза. Стандартные и индивидуализированные режимы химиотерапии. Организация химиотерапии больных туберкулезом легких. Показания к стационарной и амбулаторной терапии. Организация и практика амбулаторной химиотерапии. Экономическая целесообразность амбулаторной организационной формы лечения.</p> <p>Коллапсотерапия. Лечебный пневмоторакс и пневмоперитонеум. Показания и эффективность.</p> <p>Хирургическое лечение. Виды оперативных вмешательств при туберкулезе легких. Показания к применению хирургических методов лечения и их эффективность.</p>
7	ПК-2 ПК-5 ПК-8	Профилактика туберкулеза. Виды профилактики.	<p>Противотуберкулезная вакцинация БЦЖ и БЦЖ-М детей, подростков и взрослых. Показания и противопоказания. Оценка эффективности вакцинации, возможные осложнения. Санитарная профилактика. Химиопрофилактика.</p>
8	ОПК-8 ОПК-9 ПК-5 ПК-6	Туберкулез легких, комбинированный с другими заболеваниями и.	<p>Туберкулез легких и сахарный диабет. Клинические и рентгенологические признаки туберкулеза у больных сахарным диабетом. Раннее выявление туберкулеза, его лечение и профилактика у больных диабетом.</p> <p>Туберкулез легких и алкоголизм. Клинические и рентгенологические признаки туберкулеза у больных алкоголизмом. Течение туберкулеза у больных алкоголизмом. Особенности стационарного и амбулаторного лечения. Туберкулез и наркомания, туберкулез и табакокурение.</p> <p>Туберкулез легких и ВИЧ/СПИД. Патогенез и патоморфология туберкулеза у больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных. Особенности клинической, рентгенологической и микробиологической диагностики туберкулеза. Лечение туберкулеза у больных СПИДОМ. Профилактика туберкулеза у ВИЧ-инфицированных. Туберкулез легких и хронические неспецифические</p>

			<p>заболевания органов дыхания. Клинические и рентгенологические признаки туберкулеза у больных с хроническими воспалительными заболеваниями органов дыхания. Раннее выявление, лечение и профилактика туберкулеза. Туберкулез легких и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Патогенез, клинические и рентгенологические признаки туберкулеза у больных язвенной болезнью. Раннее выявление, лечение и профилактика туберкулеза у больных язвенной болезнью. Туберкулез легких и психические заболевания. Патогенез, клинические и рентгенологические признаки туберкулеза у психически больных. Сочетание туберкулеза с пневмокониозами.</p>
9		<p>Дифференциальная диагностика туберкулеза органов дыхания и нетуберкулезных заболеваний легких.</p>	<p>Принципы дифференциальной диагностики. Работа консультационного отделения. Дифференциальная диагностика основных заболеваний легких у больных, проходящих обследование в консультационном отделении. Гранулематозы: саркоидоз и лимфогранулематоз органов дыхания. Патогенез и патоморфология. Классификация и клинические формы саркоидоза и лимфогранулематоза. Методы лучевой, микробиологической и инструментальной диагностики. Лечение. Туберкулез и рак легкого. Патогенез и патоморфология. Методы лучевой, микробиологической и инструментальной диагностики. Дифференциальная диагностика. Туберкулез и грибковые поражения легких. Патогенез и патоморфология. Методы лучевой, микробиологической и инструментальной диагностики. Дифференциальная диагностика. Туберкулез и пневмонии. Патогенез и патоморфология. Методы лучевой, микробиологической и инструментальной диагностики. Дифференциальная диагностика</p>
10		<p>Туберкулёз внелегочных локализаций.</p>	<p>Туберкулезный менингит. Туберкулез периферических лимфатических узлов, кожи. Туберкулёз моче-половой системы. Туберкулёз костей и суставов. Туберкулёз желудочно-кишечного тракта Туберкулёз редких локализаций.</p>

5.2. Разделы дисциплины, виды учебной деятельности и формы текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

№	№ семестра	Наименование раздела дисциплины	Виды деятельности (в часах)				Оценочные средства для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины
			Л	ПЗ	СРО	Всего	
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	12	Раздел 1. Базовые знания по фтизиатрии (история, эпидемиология, микробиология, этиология, патогенез, аллергия, иммунитет)	6	12	6	24	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль;
2.	12	Раздел 2. Семиотика и клиническая классификация туберкулеза (формы первичного и вторичного туберкулеза, сочетание и дифф.диагностика с другими заболеваниями, лабораторно-инструментальная диагностика)	10	32	22	64	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи 4 - рентгенограммы
3.	12	Внелегочный туберкулез.	4	4	3	11	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи 4 - рентгенограммы
4.	12	Организация борьбы с туберкулезом (факторы и группы риска, активное и раннее выявление, туберкулинодиагностика, массовая флюорография населения, специфическая профилактика, химиопрофилактика, санитарная профилактика,	4	8	12	24	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи

		санпросветработы)					
5.	12	V. Лечение туберкулеза (противотуберкулезные препараты, химиотерапия, патогенетическая терапия, коллапсотерапия, хирургическое лечение, местные методы лечения, экстренная помощь во фтизиатрии).	6	10	5	21	1 – собеседование; 2 – тестовый контроль; 3 – ситуационные задачи
3.	12	Вид итоговой аттестации	ЭКЗАМЕН			36	Собеседование по билетам
4.	ИТОГО:		30	66	48	180	

5.4. Тематика лекций по фтизиатрии для студентов 6 курса лечебного факультета ДГМУ.

1.	Предмет фтизиатрия. Этапы развития учения о туберкулезе. Эпидемиология туберкулеза. Туберкулез в мире, России, Дагестане....	2ч.
2.	Этиология и патогенез туберкулеза. Аллергия и иммунитет при туберкулезе. Клиническая классификация туберкулеза.	2ч.
4.	Организация борьбы с туберкулезом в Российской Федерации. Профилактика и раннее выявление туберкулеза.	2ч.
5.	Семиотика туберкулеза. Современные методы исследования во фтизиатрии.	2ч.
6.	Особенности течения туберкулеза в различных возрастах. Первичный туберкулез и вторичный туберкулез. Ранний период первичной туберкулезной инфекции.	2ч.
7.	Туберкулезная интоксикация у детей и подростков. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.	2 ч.
8.	Первичный туберкулезный комплекс. Туберкулезный плеврит.	2ч.
9.	Диссеминированный туберкулез. Милиарный туберкулез. Туберкулезный менингит.	2ч.
10.	Очаговый и инфильтративный туберкулез легких. Казеозная пневмония. Туберкулема.	2ч.

11.	Кавернозный, фиброзно-кавернозный и цирротический туберкулез легких. Туберкулез трахеи и бронхов.	2ч.
12.	Внелегочный туберкулез.	4ч.
13.	Лечение туберкулеза. Неотложные состояния во фтизиатрии и мероприятия при них.	6 ч.
	Итого:	30 ч.

5.5. Тематический план практических занятий по фтизиатрии для студентов 6 курса лечебного факультета ДГМУ

1.	Контроль и коррекция знаний студентов о туберкулезе. Санитарно-эпидемиологический режим в туберкулезных учреждениях. Особенности оформления диспансерной карты и истории болезни больного туберкулезом.	2ч.
2.	Возбудитель туберкулеза. Способы выявления микобактерий туберкулеза. Работа в бак. лаборатории. Патогенез туберкулеза. Стр. 7-12, 18-23.	2ч.
3.	Туберкулин и туберкулинодиагностика. Диаскин-тест. Постановка студентам пробы Манту. Стр. 13-17, 23-28.	2ч.
4.	Интерпретация туберкулиновых проб. Алгоритм мероприятий по результатам пробы Манту и диаскинтеста у детей, подростков и взрослых	2ч.
5.	Профилактика туберкулеза. Виды иммунитета при туберкулезе. Вакцинация и ревакцинация БЦЖ.	2ч.
6.	Диагностика туберкулеза: клиника, семиотика, лучевая и лабораторно-инструментальные методы исследования больных. Флюорографическое обследование студентов.	2ч.
7.	Изучение результатов флюорограмм студентов с их интерпретацией. Первичный и вторичный туберкулез.	2ч.
8.	Клиническая классификация туберкулеза.	2ч.
9.	Туберкулезная интоксикация у детей и подростков. Дифференциальная диагностика и лечение.	2ч.
10.	Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Дифференциальная диагностика и лечение.	2ч.
11.	Первичный туберкулезный комплекс. Туберкулезный плеврит. Дифференциальная диагностика и лечение.	2ч.
12.	Диссеминированный туберкулез. Милиарный туберкулез. Туберкулезный менингит. Дифференциальная диагностика и лечение	4ч.
13.	Очаговый туберкулез легких. Дифференциальная диагностика и лечение.	2ч.
14.	Инфильтративный туберкулез легких. Казеозная пневмония. Туберкулема. Диф. диагностика округлых и инфильтративных образований в легких.	4ч.

15.	Кавернозный, фиброзно-кавернозный и цирротический туберкулез легких. Особенности лечения. Коллапсотерапия. Туберкулез трахеи и бронхов.	4ч.
16.	Оздоровительные мероприятия в бациллярных очагах.	2ч.
17.	Самостоятельная работа студентов в бациллярных очагах.	6ч.
18.	Обсуждение работы студентов в бациллярных очагах.	2ч.
19.	Современные принципы и методы лечения больных туберкулезом. Антибактериальная и патогенетическая терапия. Противотуберкулезные препараты. Питание больных туберкулезом. Хирургическое лечение туберкулеза легких.	4ч.
20.	Внелегочный туберкулез.	4ч.
21.	Организация и содержание работы противотуберкулезного диспансера. Группы диспансерного учета и мероприятия среди них.	4ч.
22.	Раннее выявление туберкулеза с помощью пробы Манту, флюорографии и по обращаемости. Совместная работа фтизиатра и врачей общей лечебной сети по раннему выявлению туберкулеза. Принципы ВОЗ по раннему выявлению больных туберкулезом.	2ч.
23.	Туберкулез и материнство.	2ч.
24.	Туберкулез и сопутствующие заболевания.	2ч.
25.	Экстренные ситуации во фтизиатрии и врачебная тактика при них.	2ч.
	Итого	66 ч.
26.	Экзамен.	

6. ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

6.1. Текущий контроль успеваемости

Для текущего контроля успеваемости при проведении **ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ** по дисциплине используют следующие оценочные средства:

1. Собеседование по вопросам темы практического занятия – устно

ПРИМЕР!

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ СОБЕСЕДОВАНИЕ ПО ВОПРОСАМ ТЕМЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

Тема занятия №6. Диагностика туберкулеза: клиника, семиотика, лучевая и лабораторно-инструментальные методы исследования больных. Флюорографическое обследование студентов.

Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5, ПК-12.

1. Факторы, играющие решающую роль в заболевании человека туберкулезом.
2. Семиотика туберкулеза. Патоморфоз туберкулеза.
3. Возрастные особенности течения туберкулеза. Первичный и вторичный туберкулез.
4. Лабораторно-инструментальные методы диагностики туберкулеза.
5. Рентгенологические методы исследования.
6. Туберкулинодиагностика.

**Критерии оценки текущего контроля успеваемости
(собеседование по вопросам темы практического занятия):**

✓ «Отлично»:

Студент имеет глубокие знания учебного материала по теме практического занятия, сформулировал полный и правильный ответ на вопросы темы занятия, с соблюдением логики изложения материала, показывает усвоение взаимосвязи основных понятий используемых в работе, смог ответить на все уточняющие и дополнительные вопросы. Студент демонстрирует знания теоретического и практического материала по теме занятия.

✓ «Хорошо»:

Студент показал знание учебного материала, усвоил основную литературу, смог ответить почти полно на все заданные дополнительные и уточняющие вопросы. Студент демонстрирует знания теоретического и практического материала по теме занятия, допуская незначительные неточности.

✓ «Удовлетворительно»:

Студент в целом освоил материал практического занятия, ответил не на все уточняющие и дополнительные вопросы. Студент затрудняется с правильной оценкой предложенной задачи, даёт неполный ответ, требующий наводящих вопросов преподавателя.

✓ «Неудовлетворительно»:

Студент имеет существенные пробелы в знаниях основного учебного материала практического занятия, полностью не раскрыл содержание вопросов, не смог ответить на уточняющие и дополнительные вопросы. Студент даёт неверную оценку ситуации, неправильно выбирает алгоритм действий.

Неудовлетворительная оценка выставляется выпускнику, отказавшемуся отвечать на вопросы темы практического занятия.

В конце каждого **РАЗДЕЛА** дисциплины для контроля успеваемости используют следующие оценочные средства:

Вопросы тестового контроля – письменно

ПРИМЕР!

Более ранним признаком туберкулеза является:

- !одышка;
- !кашель с мокротой;
- !кровохарканье;
- !боль в грудной клетке при дыхании;
- +повышение температуры тела до 37—37,4° С 2—3 раза в неделю.

Туберкулин содержит:

- !L-формы возбудителя туберкулеза;
- !все антигенные компоненты МБТ;
- +отдельные антигенные компоненты возбудителя туберкулеза;
- !убитые *M. bovis*;
- !антитела к МБТ.

Выявить специфическую аллергию к МБТ позволяет:

- !общий анализ крови;
- !рентгенография легких;
- !микроскопическое исследование бронхиального содержимого;
- !фибробронхоскопия;
- +туберкулинодиагностика.

Внутрикожное введение туберкулина:

- !у неинфицированного МБТ человека может привести к заболеванию туберкулезом;
- +у инфицированного МБТ человека вызывает формирование в месте введения папулы;
- !у неинфицированного МБТ человека вызывает формирование в месте введения папулы;
- !у неинфицированного МБТ человека позволяет выявить отрицательную анергию;
- !у инфицированного МБТ человека позволяет выявить положительную анергию.

У инфицированного МБТ человека в месте внутри кожного введения 2 ТЕ обычно формируется:

- !пустула;
- !люпома;
- !участок депигментации;
- +папула;
- !участок гиперпигментации.

Пробу Манту обычно применяют с целью:

- !уточнения локализации туберкулезного поражения;
- +проведения массовой туберкулинодиагностики;
- !подтверждения наличия деструкции в зоне туберкулезного поражения;
- !определения биологического вида туберкулезного возбудителя;
- !подтверждения биологической трансформации МБТ в L-формы. **Первичный туберкулез — заболевание, которое возникает:**
- !после первого контакта с больным туберкулезом;
- +в связи с первым проникновением в организм вирулентных МБТ;
- !после завершения латентной туберкулезной инфекции и формирования микрокальцинатов;
- !в основном у невакцинированных БЦЖ детей первого года жизни;
- !в основном у вакцинированных БЦЖ детей первого года жизни.

Билеты для проведения итоговой аттестации (пример)

Коды контролируемых компетенций: ОК-1, ОПК-6, ПК-5, ПК-12.

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Дагестанский государственный медицинский университет
Кафедра фтизиопульмонологии
Лечебный факультет

Экзаменационный билет №1

1. Лица с повышенным риском заболевания туберкулезом и мероприятия среди них.
2. Туберкулезный плеврит: классификация, клиника, дифф. диагностика и лечение.
3. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза к антибактериальным препаратам: причины, методы выявления, врачебная тактика.
4. Рентгенограмма

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Дагестанский государственный медицинский университет
Кафедра фтизиопульмонологии
Лечебный факультет

Экзаменационный билет №2

1. Туберкулез и материнство.
2. Цирротический туберкулез легких.
3. Принципы лечения деструктивного туберкулеза легких.
4. Рентгенограмма

6.3. Самостоятельная работа обучающегося по дисциплине

Участие студентов 6 курса лечебного факультета в оздоровительных мероприятиях в туберкулезных бациллярных очагах (тематического плана практических занятий)

Цель занятия: выработать у студентов навыки общения с больным и членами его семьи в домашних условиях и научить их самостоятельно решать вопросы, связанные с обследованием и оздоровлением бациллярного очага.

Исходный уровень знаний. Необходимые для проведения данного занятия знания студенты 6 курса получают на предыдущих курсах, на кафедрах микробиологии, общей гигиены, общественного здоровья и здравоохранения, инфекционных болезней, эпидемиологии и других. Они успевают также пройти большинство

клинических дисциплин (внутренние болезни, педиатрия, лучевая диагностика и другие) и клиническую практику. Что касается фтизиатрии, то к возможности разобраться в характере течения туберкулезного процесса и проведению профилактических мероприятий в бациллярном очаге студент «созревает» после прослушивания лекций о клинических формах туберкулеза и организации борьбы с туберкулезом в нашей стране. Поэтому оптимальным временем проведения занятий по оздоровлению бациллярных очагов является середина второго цикла, а медико-профилактического - примерно за неделю до завершения цикла.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ УСВОЕНИЯ ПРЕДМЕТА СТУДЕНТАМИ

1. Что означает «очаг туберкулезной инфекции» и на какие группы его подразделяют? Дайте характеристику каждой группе.
2. Дайте определение контактам.
3. Какие различают виды бацилловыделения?
4. Какие гигиенические правила должны соблюдать бацилловыделители?
5. Какие профилактические мероприятия проводятся с контактами?
6. Что такое «химиопрофилактика» и как ее проводят?
7. В чем суть текущей дезинфекции, кто и как часто ее проводит?
8. Что такое «заключительная дезинфекция», кем, каким образом и как часто она проводится?
9. Кто и как часто должны посещать бациллярный очаг?

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

1. Больной 39 лет с инфильтративным туберкулезом верхней доли правого легкого, БК+ бактериоскопически, выявлен по обращаемости. Живет в коммунальной квартире, из двух комнат 27 кв. м; в семье жена и трое детей — 16, 12 и 9 лет.

Укажите и аргументируйте группу очага, разработайте мероприятия для его оздоровления.

2. Больная 22 лет, студентка университета, проживает в общежитии, страдает очаговым туберкулезом верхней доли легкого в фазе распада, БК—, выявлена при флюорографии.

Укажите группу очага и определите объем мероприятий в нем.

3. Больной 68 лет, пенсионер, при флюорографии выявлен фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого с очагами бронхогенного обсеменения в левом легком, БК+ методом посева. Гигиенические правила больной не соблюдал, потому что не знал о своей болезни, живет в частном доме в семье сына, где, кроме него,

находятся еще трое взрослых и четверо детей. Жилая, площадь — 63 кв.м. В доме имеются все коммунальные услуги — газ, канализация, водопровод. Определите группу очага и мероприятия для его оздоровления.

4. Больная 52 лет, учительница, при флюорографии выявлен очаговый туберкулез в фазе инфильтрации, БК+. Живет в 2-комнатной квартире с взрослым сыном.

Определите группу очага, мероприятия для его оздоровления и профилактические мероприятия среди контактов.

5. Мальчик 5 лет, был доставлен в детскую инфекционную больницу с диагнозом «брюшной тиф». При обследовании через 4 дня установлен острый диссеминированный (милиарный) туберкулез легких, БК+ методом посева. В семье отец, мать и сестра 9 лет. Живут на квартире в частном доме, занимают комнаты с жилой площадью 22 кв. м, без удобств. Двор, коридор и санузел общие с хозяевами дома. Определите и аргументируйте группу очага, разработайте план профилактических оздоровительных мероприятий.

6. Больная 20 лет. домохозяйка, переведена в туберкулезную больницу из терапевтической клиники (где лежала с диагнозом «цирроз печени» в течение 3 недель) с диагнозом «диссеминированный туберкулез в фазе распада, БК+, туберкулез кишечника и брюшины с асцитом». В семье мать, отец и муж; живут в частном доме с отдельным двором без удобств.

Определите тип очага и мероприятия в нем, а также мероприятия в терапевтической клинике, где лежала больная.

7. Больная 33 лет, повар школы-интерната, госпитализирована в туберкулезный стационар с диагнозом «инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого в фазе распада, БК+ бактериоскопически, осложнение — легочное кровотечение. До установления диагноза в течение 2 месяцев чувствовала себя плохо, был кашель с мокротой, лечилась от гриппа. Диагноз туберкулеза установлен лишь после рентгенографии легких. В семье — муж и двое детей, 6 и 9 лет. У мальчика 6 лет обнаружен туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, с чем и госпитализирован в детскую туберкулезную больницу. Живут в коммунальной квартире из двух комнат 23 кв. м с общей кухней с соседями, в семье которых живут муж с женой 67 и 63 года.

Определите тип бациллярного очага и мероприятия в семье, у соседей и школе-интернате, где работала больная.

8. Больной 27 лет, инженер, при флюорографии на заводе, где работает, обнаружены очаговые изменения в легких. С диагнозом «очаговый туберкулез верхней доли левого легкого» в фазе распада, БК-. Госпитализирован в туберкулезный стационар. Больной не женат, прописан у родителей в частном

доме, живет у брата в коммунальной квартире из трех комнат, в отдельной комнате. В семье брата — жена и двое детей, 19 лет и 17 лет.

Определите тип бактериального очага и мероприятия в нем.

9. Больной 46 лет, художник, при флюорографии выявлен кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого, БК выявлен методом посева. В течение 25 лет страдает сахарным диабетом. Живет с женою и взрослым сыном, 23 лет, учителем средней школы, в коммунальной квартире из двух комнат.

Определите тип бактериального очага и мероприятия в нем.

Тематика для УИРС по мероприятиям в бактериальных очагах:

1. Гигиенические мероприятия в бактериальных очагах.
2. Мероприятия с контактами.
3. Бацилловыделитель и бактериальный очаг.
4. Текущая и заключительная дезинфекция в бактериальном очаге.
5. Личная гигиена больного туберкулезом.

ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ СТУДЕНТАМ ВОПРОСЫ ПРИ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ И ПРИМЕРНЫЕ ОТВЕТЫ НА НИХ

Каковы причины заболевания людей туберкулезом? Почему одни болеют им, другие не болеют даже в одной и той же семье?

Ведущее значение в заболевании человека туберкулезом имеют две причины - массивность туберкулезной инфекции и снижение сопротивляемости организма. Все, что способствует этим причинам, повышает риск заболевания туберкулезом, и называется факторами риска.

Массивность туберкулезной инфекции зависит от источника, откуда она исходит. Таким источником в природе являются больные открытой формой туберкулеза и животные (преимущественно крупный рогатый скот), выделяющие микобактерии туберкулеза. В сутки один больной открытой формой туберкулеза выделяет с мокротой до 7 миллиардов микобактерии туберкулеза, одна инфицированная корова с молоком, мочой, калом и слюной - до 37 миллионов. Наибольшая концентрация возбудителей туберкулеза создается в непосредственной близости с больным туберкулезом, и чем длительней этот контакт, тем больше проникают в организм человека туберкулезные палочки через дыхательные пути и пищеварительный тракт, а значит, тем больше риск заболевания туберкулезом. Наибольшей опасности заболеть туберкулезом подвергается семья больного туберкулезом. Особенно опасен скрытый больной, который не знает, что он болен, или, зная, не лечится, или в силу низкой культуры или особенностей характера не соблюдает предосторожности и продолжает заражать окружающих.

Однако, к счастью, далеко не все, кто контактирует с больным туберкулезом, болеют этой болезнью. Здесь вступает в свои права другой фактор, от которого зависит заболеваемость туберкулезом, - сопротивляемость организма инфекции. А она неодинакова у разных людей и колеблется в больших пределах в зависимости от целого ряда внутренних и внешних причин. Можно смело утверждать, что все, что ослабляет организм, способствует заболеванию туберкулезом, а все, что укрепляет его, предотвращает болезнь. Туберкулез - социальная болезнь, и на уязвимость им влияет, прежде всего, уровень жизни и культуры человека. Ослабляют организм и способствуют заболеванию туберкулезом плохие материально-бытовые условия, неполноценное питание, психические и физические перегрузки, переутомление, работа в пыльных, плохо проветриваемых холодных и горячих, со сквозняками производствах, курение, пребывание в местах заключения, нестабильные, нервные ситуации в семье и на работе, глубокие душевные переживания и другие сходные обстоятельства. Есть целая группа болезней, которые ослабляют организм, являются фоновыми для заболевания туберкулезом и способствуют его тяжелому течению. Это - алкоголизм, наркомания, СПИД, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, сахарный диабет, психические заболевания, частые простуды, хронические легочные заболевания и другие. Кроме этих контингентов, к группам риска заболевания туберкулезом относятся заключенные, беженцы, мигранты, бомжи, люди, живущие на территориях с боевыми действиями и стихийными бедствиями.

Среди перечисленных причин одни являются общими для живущих в одной семье или населенном пункте, работающих вместе, другие - сугубо индивидуальны. Большое значение имеет наложение факторов риска. Определенное значение имеет наследственная предрасположенность. Именно поэтому одни болеют туберкулезом, другие не болеют.

Что надо делать, чтобы не болеть туберкулезом?

Туберкулез - не единственная болезнь, которой болеет человек. Риск заболеть и туберкулезом, и другими заболеваниями тем выше, чем чаще и больше человек нарушает общепринятые и общеизвестные правила нормальной, здоровой жизни. Элементами здорового образа жизни являются: регулярное и полноценное питание без излишеств, физический и умственный труд без переутомления, чистота окружающей среды, жилища, тела, поведения и мыслей, душевный комфорт, отказ от вредных привычек, прежде всего от алкоголя и курения. Благотворное влияние оказывает на организм и способствует долголетию закаливание организма - занятие спортом, морские купания, умеренное загорание. В предотвращении заболеваемости туберкулезом большое значение имеет своевременное и регулярное применение противотуберкулезной специфической вакцинации БЦЖ.

Привитые дети и подростки в 5 - 7 раз реже болеют туберкулезом, чем непривитые, а если заболеют, то в значительно легкой форме.

Частая ошибка, за которую долго расплачиваются и о которой запоздало жалеют многие больные туберкулезом, это ущемление питания и перегрузки организма в погоне за материальными излишествами. Здоровый человек привлекателен и в простой одежде и в жилище без излишеств, а дорогими вещами, хоромами и иномарками потерянное здоровье не восстановишь.

Говорят, что мужчины чаще болеют туберкулезом, чем женщины. Правда ли это и в чем причина?

Да, это правда. По мировой статистике женщины болеют туберкулезом примерно в 4 раза реже, чем мужчины, по России - в 3 раза. В Дагестане соотношение заболеваемости туберкулезом женщин и мужчин долгое время составляло $\frac{1}{2}$, за последние 10 лет доля заболевших женщин несколько повысилась.

Относительно высокая заболеваемость туберкулезом мужчин объясняется превалированием факторов риска, способствующих заболеванию туберкулезом: работа во вредных условиях (шахты, горячие цехи, пыль, сквозняки, переохлаждение), относительно частое заболевание мужчин язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, «простудами», хроническими болезнями легких, обилием у них вредных привычек - курения и алкоголя, относительно большей мобильностью их, а значит, и большим контактом с туберкулезной инфекцией и другими причинами. Не исключено также, что женский организм обладает большей устойчивостью к туберкулезу, чем мужской (кстати сказать, так же, как и ко многим другим заболеваниям). Однако соотношение заболеваемости туберкулезом мужчин и женщин подвержено большим колебаниям опять-таки из-за разности факторов, способствующих заболеванию туберкулезом, конкретных условий, семейных традиций и местных обычаев. В отдельных областях Российской Федерации заболеваемость мужчин в 6 - 9 раз превышает таковую у женщин, а в некоторых областях республик Средней Азии, в частности в Узбекистане, она почти одинакова.

О роли перегрузок в заболевании женщин туберкулезом свидетельствует тот факт, что в Дагестане 57% больных туберкулезом женщин падает на возраст от 18 до 35 лет - наиболее социально, семейно и профессионально активный период жизни. Это тревожная цифра, призывающая к заботе о молодых женщинах в обществе, разгрузке и оберегании их здоровья.

Передается ли туберкулез по наследству?

Внутриутробная передача туберкулеза от больной матери плоду наблюдается чрезвычайно редко. Такие дети заболевают в первые дни жизни и, как правило,

умирают. Гораздо чаще туберкулез от отца или матери передается ребенку после рождения последнего, если четко не соблюдаются предписанные врачом предосторожности. Из них на первом месте - изоляция ребенка с самого рождения от семьи, где имеется больной туберкулезом, до полного излечения его или хотя бы прекращения бактериовыделения. Чем меньше ребенок, тем легче он заражается, тем чаще и тяжелее заболевает он туберкулезом. Дети из семей больных туберкулезом должны находиться на специальном учете участкового педиатра и фтизиатра.

Следует отметить, что видимость наследственной передачи туберкулеза создает то, что у больных туберкулезом родителей нередко и дети заболевают им. Связано это, с одной стороны, с несоблюдением предосторожностей, а с другой - общностью факторов, способствующих заболеванию: условий жизни и быта, вредных привычек, санитарной культуры и обычаев. Не исключается передача по наследству разной устойчивости и разной предрасположенности к туберкулезу. Поэтому люди, у которых родители или члены семьи болели или болеют туберкулезом, должны быть особенно осторожны.

Не вредно ли делать рентген беременным женщинам?

При соблюдении определенных предосторожностей - не вредно. Во всяком случае, опасность вредного действия рентгеновских лучей гораздо меньше, чем опасность не делать рентген там, где он показан. Поскольку наиболее ранимый период плода - это первые три месяца внутриутробной жизни, то облучать мать рентгеном в этот период надо лишь при строгих показаниях - контакте беременной с больным туберкулезом или наличии у нее симптомов болезни и других. При любом сроке беременности, если беременной делается рентгенограмма легких, рекомендуется прикрывать живот свинцово-резиновым фартуком.

Отметим, кстати, что распространено мнение, к сожалению, нередко поддерживаемое и медицинскими работниками, о вредности рентгеновских исследований вообще для людей. Это не так. Облучение в тех дозах, которое дает современная рентгеновская техника, особенно так называемый цифровой малодозный флюорограф, совершенно безвредно для пациента. Другое дело, что увлекаться рентгеном, прибегать к нему без достаточных оснований и без назначения врача, тоже нет смысла.

Можно ли больным туберкулезом жениться или выходить замуж?

Больным туберкулезом можно и жениться, и выходить замуж, но в решении этого важного вопроса есть свои нюансы и ограничения, которые они должны соблюдать. Прежде всего, от вступления в брак следует временно воздержаться больным с впервые выявленным активным туберкулезом и обострением хронического процесса. Брак в этот период вреден и для самого больного, как фактор, снижающий сопротивляемость организма к туберкулезу, и особенно для

супруга или супруги, близко контактирующих с больным и поэтому могущих легко заразиться. Разумней в этих случаях отсрочить женитьбу на несколько месяцев до затихания процесса, прекращения бактериовыделения и закрытия полостей распада. Особенно осторожно следует решать этот вопрос женщинам, для которых семейная жизнь сопряжена с дополнительными нагрузками - беременностью, родами и кормлением ребенка.

Что же касается больных с затихшим или хроническим течением туберкулеза, то счастливая семейная жизнь со спокойным, размеренным ритмом и взаимной заботой благоприятно влияет на психику и здоровье и способствует излечению. Нормальная семейная жизнь способствует и предотвращению заболевания туберкулезом.

По действующему законодательству вступающие в совместную жизнь лица должны сообщить друг другу об имеющихся у них заразных заболеваниях. Это относится и к больным туберкулезом.

Какое влияние оказывают беременность и роды на заболеваемость туберкулезом? Можно ли больной туберкулезом иметь детей?

Большинство женщин, больных туберкулезом или перенесших его, могут родить детей. Лишь при тяжелых распространенных формах туберкулеза беременность как дополнительная нагрузка на организм представляет опасность для здоровья больной, поэтому не желательна. Решение этого вопроса зависит от многих обстоятельств и в каждом конкретном случае решается индивидуально совместно с врачами - фтизиатром и акушер-гинекологом. При отсутствии других детей и сильном желании родителей под тщательным врачебным контролем приходится сохранять плод даже при распространенных формах туберкулеза. При наличии же детей иногда родители прерывают беременность и при ограниченных формах. В любом случае эти вопросы лучше решать и контролировать заранее, не доводя до аборта, особенно после трех месяцев беременности, когда прерывание ее сопряжено с явной опасностью. Больные туберкулезом беременные женщины должны интенсивно лечиться под контролем фтизиатра и акушера-гинеколога, которые и решают, какие лекарства можно применить, а какие нельзя.

При беременности, родах и особенно абортах происходит биологическая, в частности, иммунологическая перестройка организма, которая способствует обострению скрыто текущей, дремлющей туберкулезной инфекции. Чтобы предупредить это, женщина, готовящаяся стать матерью, при взятии на учет женской консультацией, должна тщательно обследоваться на выявление скрыто текущего туберкулеза или остаточных изменений после него. Для этого, прежде всего, надо сделать флюорограмму или рентгенограмму легких. Если обнаруживаются какие-либо изменения, характерные для туберкулеза, то беременную надо взять на особый учет и проводить профилактический прием противотуберкулезных

препаратов, предписать ей оптимальный режим, следить за клиническими проявлениями туберкулеза.

Болеют ли туберкулезом животные и какое отношение они имеют к заболеванию людей?

Восприимчивость к туберкулезу отмечена у 55 видов домашних и диких животных и около 25 видов птиц. Одни животные и птицы более чувствительны к туберкулезу (например, морские свинки, обезьяны, крупный рогатый скот, кролики, норки, куры), другие (свиньи, собаки, лошади) - менее чувствительны. Особенно высока роль наиболее чувствительного к туберкулезу крупного рогатого скота. Мико-бактерии туберкулеза обнаруживаются в молоке 1,3 - 3,6% инфицированных туберкулезом коров и овец. Выявлено также, что в очагах туберкулезной инфекции крупный рогатый скот болеет чаще в 3 раза, верблюды - в 2 раза, овцы и козы - в 10 раз (Я.А. Благодарный, 1981).

Заболеваемость животных и людей туберкулезом тесно связана между собой. Они часто заражаются друг от друга. В одних случаях животные заболевают туберкулезом, в других - не заболевая, становятся носителями туберкулезной инфекции; в том и другом случаях они являются источниками заражения туберкулезом как других животных, так и человека. Больной туберкулезом человек, не соблюдающий предписанные правила, выхаркивает мокроту где попало, и микобактерии туберкулеза, находившиеся в ней, легко попадают в дыхательные и пищеварительные пути животных. Так же разнообразны и пути попадания в организм человека микобактерии туберкулеза от больных туберкулезом животных: животные, так же как и человек, выделяют микобактерии туберкулеза через мокроту, молоко, мочу, испражнения. Выделения больных туберкулезом животных заражают окружающую среду - конюшни, выгульные дворы, пастбища, места водопоя; инфекция распространяется также через подстилку, навоз, молоко, мочу и т.д.

Человек заражается туберкулезом при соприкосновении с такой водой, почвой, при уходе за животными, при употреблении некипяченого молока и молочных продуктов. Теми же путями заражаются туберкулезом и животные. Таким образом, создается своеобразный порочный круг взаимного заражения туберкулезом людей и животных. И медицинская и ветеринарная службы имеют апробированные возможности разорвать этот порочный круг во многих местах и не допустить взаимного заражения людей и животных туберкулезом.

Для этого, прежде всего, необходимо регулярное - не реже одного раза в год - и тщательное обследование на туберкулез всех лиц, связанных с животноводством: доярок, чабанов, пастухов, скотников, работников молочно-товарных ферм, ветеринарных работников и их семей путем флюорографии легких и постановки

пробы Манту. На работников молочнотоварных ферм необходимо завести санитарные книжки, без отметки о здоровье в которых не допускать к работе.

Различают микобактерии трех типов - человеческого, бычьего и птичьего. Каждый тип, кроме других свойств, характеризуется излюбленностью заражения «своего» хозяина, т.е. человеческий тип чаще поражает людей, бычий - животных, птичий - птиц. Однако и люди, и животные, и птицы заражаются не только «своими» типами микобактерии, но и другими. Причем, чем выше процент последнего, тем больше эпидемиологическая роль другого биологического вида в заболевании людей или животных туберкулезом. В частности, чем чаще из мокроты больных туберкулезом людей высеваются микобактерии бычьего типа, тем больше основания заподозрить неблагополучие с туберкулезом у животных.

Эти мероприятия особенно актуальны для тех регионов, где выявлено эпизоотическое неблагополучие по туберкулезу среди крупного рогатого скота - в Дагестане, Ростовской, Новосибирской, Челябинской областях и в республиках Средней Азии. Чтобы держать ситуацию под контролем, медицинской и ветеринарной службам надо иметь постоянную связь между собой.

Как известно, мухи являются передатчиками многих инфекционных болезней. Играют ли они какую-либо роль в передаче туберкулеза?

Безусловно, играют. И не только мухи, но и другие насекомые (тараканы, клещи) и мелкие животные (мыши, кошки). Перелетая или передвигаясь с места на место, мухи переносят на своих лапках болезнетворные микробы, в том числе и туберкулезные палочки, с мокроты и других выделений больного на пищевые продукты, на предметы, с которыми контактируют люди. Поэтому уничтожение мух и других вредных насекомых и оберегание пищи от них является элементарным профилактическим мероприятием против многих инфекционных болезней, в том числе и туберкулеза.

Может ли туберкулез перейти в рак?

Прямой переход в рак наблюдается очень редко, но туберкулез создает благоприятную почву для развития рака. В легких, где был туберкулез, рак возникает в 4 раза чаще, чем в здоровых. Причем существует определенный параллелизм между объемом остаточных изменений после туберкулеза и частотой заболевания раком. Отсюда вывод: лечиться своевременно и аккуратно от туберкулеза, чтобы как можно быстрее избавиться от него и не допустить его последствий.

Кроме легких, какие органы еще поражаются туберкулезом?

В организме человека нет ни одного органа, который не поражается туберкулезом. Правда, одни из них поражаются реже, другие - чаще. По частоте поражения на втором месте после легких - лимфатические узлы, далее - мочеполовая система, кости и суставы, кожа, брюшина, кишечник. Относительно

редко поражается туберкулезом скелетная и сердечная мышца, щитовидная железа. Своевременное выявление туберкулеза этих органов еще более сложно, чем легочного, по двум причинам: во-первых, из-за многообразия симптомов и стертости клиники и, во-вторых, из-за относительной редкости их и связанной с этим еще более слабой настороженности к ним как самих больных, так и врачей.

Уже ликвидированы или резко сокращены многие инфекционные болезни, а туберкулезом по-прежнему болеет много людей. Почему?

В борьбе с туберкулезом тоже достигнуты большие успехи. Достаточно отметить, что еще в начале XX века от туберкулеза умирал каждый седьмой человек в мире (в Дагестане - каждый четвертый); в первой империалистической войне Россия потеряла на фронте 1 млн. 700 тысяч человек, за это же время от туберкулеза в России умерло 2 млн. человек. В настоящее время туберкулез как причина смерти занимает 18-е место.

Тем не менее, и сейчас туберкулез является одним из распространенных заболеваний. К сожалению, повсеместное ухудшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу наступило с конца XX века во всем мире, но особенно сильно - в России и странах СНГ. Туберкулез как был, так и остается одной из глобальных проблем человечества.

Чем объяснить такую живучесть туберкулеза и относительную скромность результатов борьбы с ним по сравнению с другими инфекционными заболеваниями? Причин тому несколько. Первая - чрезвычайная устойчивость туберкулезной палочки, которую выдающийся советский микробиолог Н.Ф. Гамалея метко назвал «бронированным чудовищем». Этому способствует относительная эволюционная молодость и более сложный и совершенный механизм приспособляемости к факторам внешней среды и применяемым нами противотуберкулезным препаратам. Микобактерии туберкулеза выдерживают высокие и низкие температуры, воздействия кислот и щелочей, выживают во внешней среде, особенно в темных и сырых местах, до двух лет, а в организме человека в течение многих десятилетий. Человек или животное, один раз заразившись туберкулезом, нередко остаются носителями туберкулезной инфекции на всю жизнь. Тлеющий в организме уголек туберкулезной инфекции незаметно передается новой группе людей и животных, и требуются многолетние терпеливые мероприятия, чтобы преградить путь ее коварной эстафете.

Бичом современности является неуклонный рост форм возбудителей туберкулеза, устойчивых к антибактериальным препаратам, чему, кстати, способствует бессистемное, нерациональное применение последних.

Вторая основная причина живучести туберкулеза - это зависимость заболевания от многих факторов, прежде всего социальных, от вредных привычек и обычаев, общей и санитарной культуры, условий труда и быта. Туберкулез относится к уникальному заболеванию: чтобы достигнуть успехов в борьбе с ним, требуются десятилетия, а чтобы потерять достигнутое, достаточно и месяцев.

Правда ли то, что больные туберкулезом отличаются своеобразным характером? Одни говорят, что для них свойственна особая одаренность, другие, наоборот, приписывают им злобность, повышенную сексуальность и другие пороки. Что здесь правда и что вымысел?

Любая болезнь изменяет характер человека, не является в этом плане исключением и туберкулез. Советский фтизиатр С.В. Берлин-Чертов, длительно наблюдавший за психикой больных туберкулезом, писал: «Нет ни одной болезни, где бы психика во всех ее проявлениях играла такую роль, как при туберкулезе легких, начиная с момента возникновения заболевания и до его конца». Большинство психиатров и фтизиатров, изучавших психику больных туберкулезом, пришли к выводу о том, что под воздействием специфических токсинов на мозг больного и длительного пребывания в тепличных условиях стационара и санатория в психической и волевой сфере больных туберкулезом происходят характерные изменения. У них чаще наблюдается эмоциональная лабильность, подавленность, депрессия, раздражительность, подозрительность, мнительность, сентиментальность и другие нарушения.

Заразность болезни - один из тяжелых камней на душе больного туберкулезом. Оберегая близких от опасности заражения, многие больные скрупулезно выполняют предписанные санитарные правила. Встречаются и такие, которые открыто или тайно нарушают их; на виду у людей они соблюдают предписанные правила, а оставшись наедине или в обществе, где не знают об их болезни, грубо нарушают: выхаркивают мокроту на пол, размазывают ее по стене или полу, позволяют недопустимо тесный контакт с детьми и взрослыми, по любому поводу и без повода лезут целоваться. Такое поведение некоторых лиц послужило поводом для репутации больных туберкулезом как людей недоброжелательных, злобных, подлых. Этому иногда способствует и художественная литература.

В суждении об отрицательных чертах характера больных туберкулезом следует быть очень осторожными. Много отрицательное, проявляемое в характере и поведении больного туберкулезом, обусловлено, по-видимому, не только и даже не столько спецификой болезни, сколько душевной травмой, связанной с болезнью. Больному туберкулезом, как никакому другому больному, приходится испытывать на прочность семейные, родственные, дружеские и иные узы и при этом нередко переоценивать ценности, порою жестоко разочаровываться.

То, что многим кажется негативным в поведении и психике больного туберкулезом, у него самого находит оправдание, особенно, когда в отношении его допускается несправедливость, когда вместо ожидаемой помощи и сочувствия он наталкивается на бездушие медицинских работников, вероломство близких, бестактность окружающих.

Излечивается ли туберкулез полностью?

Безусловно, излечивается. Современные методы комплексного лечения туберкулеза в большинстве случаев приводят к полному излечению больного. Однако шанс излечения тем выше, чем раньше выявлен туберкулез и своевременно начато лечение и насколько регулярно и полноценно оно проводится. При запущенной болезни и неправильном лечении, прерывании его без разрешения врача, нередко не удается полностью ликвидировать туберкулез, и тогда болезнь переходит в хроническую форму. Каждый очередной курс лечения оказывается, как правило, менее эффективным, чем предыдущий, из-за привыкания возбудителя туберкулеза к антибактериальным препаратам и снижения запаса прочности, восстановительного потенциала организма больного.

Чем распространенней туберкулез, тем чаще после его лечения в легких и других органах остаются последствия перенесенного туберкулеза - плотные фиброзные или обызвествленные очаги, остаточные полости, а иногда и замурованные в легких казеозно-некротические массы. Во всех этих патологических тканях в течение многих лет, вернее всю жизнь, сохраняются живые микобактерии туберкулеза. Они таят угрозу обострения и продолжения разрушительного процесса. Именно поэтому больному с этими изменениями необходимо быть под постоянным наблюдением врача, регулярно обследоваться рентгенологически, по назначению врача весной и осенью применять противорецидивное лечение по 2 - 3 месяца, остерегаться солнечной радиации и простуд, применять и другие профилактические мероприятия.

Какое место в лечении больных туберкулезом занимает хирургическое вмешательство? Кому из больных его применяют?

Своевременное комплексное применение современных методов антибактериального и патогенетического (общеукрепляющего) лечения в большинстве случаев приводит к устойчивому излечению больного туберкулезом. Однако консервативное лечение имеет пределы своих возможностей. Не всегда поддаются ему множественные и большие каверны, нередко на месте рассосавшегося процесса в легких остаются конгломераты из рубцов и уплотнившихся казеозных масс или грубые изменения в бронхах, нарушающие их проходимость. Эти остаточные изменения являются

источниками новых обострений и распространения туберкулезного процесса с развитием более тяжелых его форм. Хирургическое вмешательство в большинстве случаев направлено на радикальное удаление остаточных полостей в легких, туберкулемы, грубых рубцовых изменений и остаточных фиброзных очагов в легких. В ряде случаев к хирургическому вмешательству прибегают при экстренных случаях по поводу осложнений туберкулеза легких - при спонтанном пневмотораксе (проникновении воздуха в плевральную полость), при неподдающемся консервативному лечению легочном кровотечении. Значительно реже применяются сейчас операции паллиативного, вспомогательного характера, направленные не на ликвидацию туберкулезного процесса, а на благоприятное его течение. Речь идет о торакопластике (удалении части ребер) с целью уменьшения размеров грудной клетки и создания покоя больному легкому при распространенном туберкулезном процессе.

Хирургическое лечение показано примерно 15 - 20% больным туберкулезом легких, а применяется всего 4 - 5% - из-за отказа больных или наличия противопоказаний/Значительно шире показания к хирургическим вмешательствам у больных с внелегочными локализациями туберкулеза: костно-суставном - 50 - 60%, мочеполовом - 40 - 50%, лимфатических узлов - 30 - 40%, абдоминальном туберкулезе - около 40%. Преимущество радикального хирургического вмешательства в том, что оно полностью избавляет больного от патологического очага в организме и приводит к надежному излечению.

Что надо делать при легочном кровотечении?

Прежде всего, необходимо срочно вызвать врача или фельдшера. В ожидании его прихода больному надо лежать в постели в полусидячем положении, избегать паники и лишних движений. Больному и его близким надо помнить, что в наше время почти во всех случаях легочное кровотечение удастся остановить. Больному необходимо по возможности сдерживать кашель, выхаркивать кровь осторожно, не разговаривать. Повышает свертываемость крови и уменьшает кровотечение прием внутрь раствора поваренной соли (1 столовая ложка на 0,5 стакана воды), раствора хлористого кальция (10% - 2-3 столовые ложки), глюконата кальция - 1 - 2 таблетки. Близкие больного могут наложить жгут на бедро больного попеременно то на правое, то на левое по 40 - 45 минут так, чтобы не исчез пульс на стопе. Это способствует отвлечению крови от легких. Пища при кровотечении должна быть жидкой и не горячей. Не следует глотать лед или прикладывать холод на грудную клетку. Это приносит не пользу, а, наоборот, вред - способствует кашлю и увеличивает риск обтурационной пневмонии. Больному туберкулезом надо знать, как предотвратить кровохаркание и кровотечение. Эти осложнения чаще всего

появляются после физического напряжения, поднятия тяжести, после перегревания на солнце или, наоборот, переохлаждения в пасмурную, сырую, ветреную погоду. Всего этого и надо избегать больному туберкулезом легких.

Что может сделать врач, если больной туберкулезом не хочет лечиться? Имеет ли врач право известить членов семьи, соседей или товарищей по работе больного, если он нарушает предписания врача и создает опасность для окружающих? Не будет ли это нарушением врачебной этики или присяги?

Врач имеет такое право, и это не будет нарушением врачебной этики и присяги. Наоборот, больной нарушает и закон, и этику, если скрывает от членов семьи, соседей или товарищей по работе угрожающую им опасность. Согласно Федеральному Закону от 18.06.2001 г. №77 «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» врач имеет право привлечь больного туберкулезом, представляющего опасность для окружающих, к принудительному лечению. Сначала надо, конечно, предупредить больного об этом, надо также, чтобы он сам известил членов семьи о своей болезни, после чего врач может дать им подробный инструктаж по данному вопросу. Не принято оповещать товарищей по работе и соседей больного, если больной строго выполняет предписанный ему режим, хотя и в этом случае риск инфицирования их полностью не исключается. Этим оберегается психика больного. Но если он нарушает предписание врача и не делает все необходимое для сведения этого риска до минимума, необходимо не только предупредить их, но и, повторяю, привлечь больного к принудительному лечению через суд.

Обязательно ли больному туберкулезом лечение в санатории?

Не обязательно, но желательно. Особенно для больных, у которых в силу тех или иных обстоятельств дома нет условий для полноценного и спокойного проведения амбулаторного лечения. Санаторное лечение укрепляет здоровье больного и закрепляет то, что достигнуто в стационарных условиях. Вместе с тем, чем ограниченной форма туберкулеза и чем лучше домашние условия, тем меньше надобности в санаторном лечении.

Какие льготы предусмотрены для больных туберкулезом?

По Российскому законодательству для больных туберкулезом предусмотрены следующие льготы:

1. Больные туберкулезом бесплатно обеспечиваются медикаментами не только в стационаре, как и при других заболеваниях, но и амбулаторно; санаторное лечение у них тоже бесплатное.

2. Освобождение от работы больным туберкулезом предоставляется сроком до 10 месяцев. При всех других заболеваниях максимальный срок непрерывного предоставления больничного листа - 4 месяца. Такое исключение для больных

туберкулезом обусловлено необходимостью длительного лечения. На эти же сроки сохраняется за ними место работы.

3. Для питания больных туберкулезом в стационаре выделяют в 2,5 раза больше средств, чем остальным больным.

4. Если больной заразной формой туберкулеза проживает в квартире, где ему не могут выделить отдельную комнату, а также в общежитии, совместно с семьей и детьми, местные власти должны предоставить ему отдельное жилье в течение года после взятия на учет.

Полезно ли закаливание организма больным туберкулезом?

При активном туберкулезе - не полезно, а, наоборот, вредно. Больному в этом случае надо соблюдать постельный режим или резко сократить активный период в течение дня. Солнечная радиация, водные или воздушные процедуры, а часто и физические упражнения в этот период противопоказаны, т.к. они могут способствовать обострению туберкулезного процесса, ухудшению течения болезни и легочному кровотечению. Строго дозированные процедуры - воздушные, водные, физические и солнечные - можно применять лишь при затихшем туберкулезе, а также при остаточных изменениях после туберкулеза и то лишь под контролем врача.

Всегда ли больному туберкулезом противопоказан алкоголь? Помните, раньше больному туберкулезом рекомендовали алкоголь в малых дозах для улучшения аппетита и питания; даже в аптеках продавалось вино «Кагор» как лекарство. И сейчас во многих народных средствах фигурирует алкоголь.

В настоящее время мнение врачей в отношении алкоголя однозначно - он вреден для больного туберкулезом в любом виде и в любых дозах. Дело в том, что современная фармакопея располагает более эффективными, чем алкоголь, средствами для улучшения аппетита и питания. Это: неробол, инсулин и другие. Да и некоторые противотуберкулезные средства, например, фтивазид, способствуют улучшению аппетита. Это, во-первых. И, во-вторых, алкоголь даже в самых малых, микроскопических дозах разрушает антибактериальные препараты, которыми лечат больных туберкулезом, в частности - бенемидин, стрептомицин, канамицин, флоримицин, виомицин, амикацин и другие. Это обстоятельство - одна из основных причин малой эффективности лечения больных туберкулезом, регулярно употребляющих алкоголь. Другая причина тяжелого течения и неблагоприятного исхода туберкулеза у алкоголиков - это нарушение у них обмена веществ и восстановительных процессов.

Отказ от алкоголя и курения - первое и неперемное условие успешного лечения больного туберкулезом.

Каковы возможности народной медицины в лечении туберкулеза?

Все лучшее, что есть в народной медицине, научная медицина давно впитала в себя. Поэтому четкое разграничение народной медицины от научной и приписывание ей каких-либо возможностей, превышающих возможности научной медицины, неоправдано. Наиболее существенные успехи в лечении туберкулеза связаны не с народной, а научной медициной. Чтобы правильно судить о возможностях народной медицины, надо отдавать себе отчет в том, что у нее есть много способов лечения, но мало методов диагностики, да и те носят примитивный, поверхностный характер. Например, о туберкулезе народный лекарь судит не по рентгенограмме, а по-старинному по внешним проявлениям болезни - кашлю, мокроте, истощению. А этиотропное, т.е. направленное на ликвидацию причины болезни, лечение на уровне современных достижений немыслимо без хорошей диагностики с выяснением размера и локализации процесса, наличия или отсутствия полости распада, выделения туберкулезных палочек, поражения бронхов и других конкретных данных. Львиная доля врачебных усилий, клинического мышления, знания, опыта и времени направлены именно на диагностику, на установление природы и локализации болезненного процесса. Этому же служит и наиболее сложное и дорогостоящее оборудование лечебных учреждений. Говорят ведь, что правильный диагноз - половина лечения. А представители народной медицины не в состоянии диагностировать болезнь. На основании жалоб, субъективных данных и внешних проявлений они обычно ставят выдуманный или услышанный от кого-то диагноз и проводят в лучшем случае лечение, направленное на ликвидацию симптомов, а не самой болезни. При туберкулезе это бывает чаще всего лечение, направленное на укрощение кашля, улучшение выделения мокроты или повышение аппетита и питания. Мы сталкиваемся, например, с тем, что с этой целью народные лекари и знахари рекомендуют больным туберкулезом перебродивший состав, состоящий из равных частей меда, яичного белка, свеклы и спирта. Нам известны факты, когда, поверив в знахарей, больные туберкулезом запускают свою болезнь и обращаются к врачам лишь тогда, когда поздно что-либо предпринять. Поэтому попытка автономного, самостоятельного оказания помощи больным туберкулезом народными медиками не оправдана. Другое дело, что методы народной медицины должны быть тщательно изучены и все ценное, что есть в ней, взято на вооружение научной медицины. А это так и делается.

Распространено мнение о высокой эффективности в лечении туберкулеза различных съедобных и несъедобных продуктов: смальца, урбеча, собачьего мяса, барсучьего сала, козьего жира, глаза кошки, капустницы, ослиного молока, кумыса, мумие и других. Насколько все это соответствует действительности?

На этот вопрос не ответишь однозначно. Мнение о полезности больным туберкулезом мяса и жиров собаки, осли, барсука, козы и других животных, редко болеющих туберкулезом, в какой-то степени навеяно предположением о содержании в их организме веществ, защищающих от заболевания туберкулезом. Наука не располагает данными, подтверждающими или отвергающими эту версию. Не подтвердились, и какие-либо свойства мумие, ускоряющие заживления полостей при туберкулезе. Что касается животных жиров, то они являются ценной составной частью пищи человека, в том числе и больного туберкулезом. В сутки больной туберкулезом должен получить 100 - 120 г жиров. Наиболее ценным является и наиболее вкусный и легко усвояемый вид - сливочное масло и сметана. Полезен урбеч для тех, кто привык к нему с детства и кому он улучшает аппетит и питание. При хорошем усвоении полезны и сало, и другие виды жирного мяса. Однако обильное и насильственное употребление их часто ухудшает аппетит и приводит к расстройству пищеварения и жировой дистрофии печени. Вредно для больного и излишнее отложение жира - это лишняя нагрузка на сердце, легкие, печень и другие органы. Поэтому чрезмерное употребление жира в наше время не оправдано. (В прежние времена, когда людям хронически не хватало калорий из-за скудности питания, употребление жиров, как продукта, богатого калориями, было в какой-то степени необходимо).

Главное в питании больного туберкулезом - достаточное содержание белков - 150 - 180 г в сутки, из которых 60 - 70% должны быть животного происхождения, т.е. в виде мяса, рыбы, творога, яиц, сметаны и т.д. Белки являются основным строительным материалом противотуберкулезного иммунитета и восстановительных процессов в пораженном легком.

Особо следует остановиться на кумысе, как на ценном лечебном средстве, с успехом применяемом издревле в лечении больных туберкулезом. Кумыс обычно готовится из кобыльего молока. Поэтому кумысолечебницы (санатории для лечения кумысом) находятся в регионах, где разводят лошадей - в Татарстане, Башкортостане, Казахстане, Киргизии и других республиках Средней Азии, в областях Поволжья, Урала и Сибири. В связи с резким спадом разведения лошадей, делаются успешные попытки приготовить кумыс из коровьего молока. Лечебное свойство кумыса обусловлено, главным образом, его способностью улучшать аппетит и питание. Он приятен на вкус и содержит ценные питательные продукты - хорошо усвояемые белки, витамины. Кроме того, кумыс уменьшает тягостные для больных ночные поты, нормализует сон и улучшает самочувствие.

Кумыс, как и любой другой вид лечения, показан не всем больным туберкулезом. Многие зависят от формы и фазы туберкулеза, состояния желудочно-кишечного тракта и индивидуальной переносимости. Это все и учитывается врачом при направлении больного туберкулезом в санатории с

кумысолечением и в назначении этого вида лечения. Средняя суточная доза кумыса на одного больного - от 0,5 л до 1,5 литра.

Какое значение имеет питание в профилактике и лечении туберкулеза?

Самое непосредственное. Важность рационального и полноценного питания в профилактике и лечении туберкулеза обусловлено, по меньшей мере, тремя обстоятельствами. Первое: недоедание, нерегулярное и неполноценное питание в большинстве случаев прямо или опосредованно способствует снижению иммунитета и заболеванию туберкулезом. Второе: пища, особенно белки, являются строительным материалом для восстановительных процессов и заживления полостей распада у больных туберкулезом. И третье: большинство больных туберкулезом - это лица с умеренным или низким материальным достатком, которые не в состоянии обеспечить себе высококалорийное и сбалансированное питание. Именно поэтому стоимость питания в туберкулезных больницах в 2,5 раза превышает стоимость питания других больных.

Можно ли лечить туберкулез голоданием?

Ни в коем случае! Голодание и лечение туберкулеза - вещи несовместимые. Голодание - враг больного туберкулезом. И не только больного, но и лиц с повышенным риском заболеть туберкулезом. Пища, особенно белки, - строительный материал для противотуберкулезного иммунитета и для восстановления последствий туберкулеза, закрытия каверн и полостей распада, которые часто наблюдаются при туберкулезе. Поэтому надо соблюдать большую осторожность в применении не только голодания, но и необоснованных ограничений в пище и всегда советоваться с врачом перед тем, как идти на эти ограничения.

Вообще значение голодания в укреплении здоровья человека и лечении различных болезней необоснованно преувеличено. И в этом большая «заслуга» средств массовой информации. Не голодовка, а разгрузки, ограничения в пище, соблюдение диеты могут быть полезны тем, кто переедает, не знает чувства меры в еде. А у тех, кто питается рационально и ведет активный образ жизни, редко возникает потребность в этих ограничениях.

Если больной туберкулезом по каким-то мотивам не хочет лечиться от туберкулеза, какие санкции могут быть приняты к нему?

Согласно Федерального Закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» №77-ФЗ от 18 июня 2001 г., статья №10, п.2, больные заразными формами туберкулеза, неоднократно нарушающие санитарно-противоэпидемический режим, а также умышленно уклоняющиеся от обследования в целях выявления туберкулеза или от лечения туберкулеза, на основании решений суда принудительно госпитализируются в

специализированные противотуберкулезные организации для обязательного обследования и лечения.

Сейчас много говорят о праве больного выбрать себе врача. Распространяется ли это на участкового или больничного фтизиатра и в какой форме это реализовать?

Больные туберкулезом не обделены возможностью выбора фтизиатра для дальнейшего наблюдения и лечения. Больному необходимо написать заявление на имя заведующего отделением с указанием причины, по которой больной желает лечиться или наблюдаться у выбранного им фтизиатра. При этом больной обязуется аккуратно проводить лечение, предписанное врачом и соблюдать сроки посещения его.

Памятка для живущих в бациллярном очаге

Целью противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза является предупреждение новых случаев инфицирования и заболеваний в окружении больного.

Дезинфекции в очаге подразделяют на текущую и заключительную.

Текущую дезинфекцию в очаге проводят в окружении инфекционного больного с момента его выявления. Проводится она членами семьи ежедневно. Важное значение при проведении текущей дезинфекции имеет изоляция больного в пределах очага: больному по возможности необходимо выделить отдельную комнату на солнечной стороне. Если нет возможности выделить комнату, то больному отгораживают ширмой угол, ближайший к окну, в комнате больного проводится регулярное проветривание с целью снижения концентрации МБТ в помещении. В комнату должны проникать прямые солнечные лучи, которые пагубно влияют на МБТ. В помещении больного ограничивают число предметов повседневного пользования. Оставляют вещи, легко поддающиеся мытью, очистке, обеззараживанию (стол, стул, шкаф для белья и верхней одежды, кровать или диван, на полу и на стене не должно быть ковров). Мягкую мебель закрывают чехлами, которые регулярно дезинфицируются. Для уборки помещения, где проживает больной, обеззараживание посуды и остатков пищи родственникам больного рекомендуют переодеться в специально выделенную одежду (халат), косынку, перчатки, при смене постельного белья необходимо надеть маску. Квартиру больного ежедневно убирают ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе. Для обработки поверхностей (подоконник, стол, шкаф и т.д.) и для обработки полов используются разные ветоши и емкости с дезрастворами. Указанные ветоши и емкости используют только для уборки в комнате больного. Уборочный инвентарь обеззараживают после каждого их использования.

В пользовании у больного должно быть 2 плевательницы - одна для сбора мокроты, вторая, уже использованная, в это время подлежит обработке.

В ситуациях, когда нет возможности пользоваться специальными дезсредствами, рекомендуется широко применять кипячение в чистой воде - 30 минут (посуду, пищевые отходы, белье). Мягкую мебель, постельные принадлежности, ковры, меха необходимо периодически выколачивать через мокрые простыни, которые после уборки следует прокипятить. Рекомендуется отпаривание утюгом одежды - 1 раз в неделю. Летом вещи больного, постель, ковры, меха следует периодически держать под прямыми солнечными лучами не менее 20 минут.

Соблюдается определенная последовательность при проведении текущей дезинфекции: сначала обеззараживается мокрота, затем постельные принадлежности, посуда и в последнюю очередь проводится влажная уборка помещения.

Заключительную дезинфекцию проводят после каждого убытия больного из очага на длительный срок (госпитализация больного, выбытия больного в санаторий, перемене места жительства, смерти больного и снятия с бациллярного учета), не реже 1 раза в год. Заключительная дезинфекция проводится работниками дезинфекционной станции не позднее суток с момента получения заявки от ПТД или туб. кабинета.

В тех случаях, когда больной не покидал очаг в течении года, также проводится заключительная дезинфекция. Частота ее проведения регламентируется группой эпидемической опасности. При каждой заключительной дезинфекции постельные принадлежности, верхняя одежда больного, ковры подвергаются камерной дезинфекции. В комнате больного проводится орошение потолка, стен, полов дезсредствами, проводится обработка мест общего пользования, что очень важно если больной проживает в небольшом населенном пункте или в общем дворе в городе.

Заключительная дезинфекция может быть проведена также родственниками больного, она заключается в побелке, покраске, смене обоев в комнате больного.

Обеззараживание объектов среды в очагах туберкулеза

1. Мокрота в плевательницах (плевательницы открытые с содержимым в них) - а) кипятят в 2% содовом растворе 15-20 мин. После обеззараживания мокроту сливают в канализацию, а в сельской местности - закопать или сжечь.

б) мокроту в плевательнице погружают в сосуд с крышкой, содержащей один из растворов: 5% раствор хлорамина на 12 часов; 2,5% активированного раствора хлорамина - на 4 часа.

2.Посуду без остатков пищи и с остатками пищи:

а) кипятят в воде 30 минут;

- б) кипятят в 2% содовом растворе 15 - 20 мин;
- в) погружают в 5% раствор хлорамина - на 4 часа;
- г) погружают в 0,5% активированный раствор хлорамина из расчета 2 литра дезраствора на один комплект посуды с полным погружением.

3. Пищевые отходы:

- а) кипятят в воде 30 мин.;
- б) кипятят в 2% содовом растворе 15-20 мин.;
- в) Засыпают сухими дезинфицирующими препаратами с последующим перемешиванием на 2 часа.

4. Белье постельное, нательное, чехлы от мебели, футляры для плевательниц:

а) замачивают в одном из растворов:

- 5% раствор хлорамина - на 4 ч.;
- 1% активированного раствора хлорамина - на 1 час.

Замачивание осуществляют из расчета: на 1 кг белья 5 литров дезраствора.

5. Помещение (пол, стены, подоконники, двери), жесткая мебель - протирают ветошью, смоченной в одном из дезрастворов:

- 0,5% активированном растворе хлорамина;
- 0,25% активированном растворе хлорной извести.

6. Уборочный инвентарь:

а) кипятят в растворе стирально-моющих средств - 30 мин.

б) в 2% содовом растворе - 15 - 20 мин.;

в) замачивают в 5% растворе хлорамина на 6 часов;

г) замачивают в 1% активированном растворе хлорамина - на 2 часа.

7. Мягкие игрушки, книги, бумаги: малоценные сжигают, ценные - подвергают камерной обработке.

Правила приготовления дезинфицирующих растворов.

Для приготовления неактивированного 5% раствора хлорамина: на 10,0 литров воды 500 г хлорамина.

Приготовление активированного раствора хлорамина:

- 0,5% раствор: на 10 литров воды 50 г хлорамина + активатор (аммонийные соли 13 г или аммиак 1,60 г);

- 1% раствор: на 10 литров воды 100 г хлорамина + активатор (аммонийные соли 26 г или аммиак - 3,24 г.);

- 2,5%: на 10 литров воды 250 г. хлорамина + активатор (аммонийные соли - 65 г или аммиак - 8,12 г).

Раствор активен в течение 10 дней.

7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (печатные, электронные издания, интернет и другие сетевые ресурсы).

6.1. Перечень основной литературы*:

№	Наименование согласно библиографическим требованиям	Количество экземпляров	
		В библиотеке	
1.	Гусейнов Г.К. Фтизиатрия. Учебник - Махачкала, 2014.- 279 с.	450	

Электронные источники:

№	Издания:
1.	Фтизиатрия. (Перельман М.И., 2015 г., 448 с.) http://www.studmedlib.ru
2.	Фтизиатрия: УЧЕБНИК. (Мишин В.Ю., 2016 Г., 520 С.) http://www.studmedlib.ru
3.	Туберкулез у детей и подростков: учебное пособие (Аксенова В.А., 2007 г., 272 с.) http://www.studmedlib.ru

6.2. Перечень дополнительной литературы'

№	Наименование согласно библиографическим	Количество экземпляров	
		На кафедре	В библиотеке
1.	Фтизиатрия: Национальное руководство./Под редакцией М.И. Перельмана.-М., 2007. – 512 с.	2	1 + CD
2.	М.И. Перельман, И.В. Богадельникова. Фтизиатрия; учебник. Москва, изд. «Гостар-медиа», 2013.-446с.	1	1
3.	Туберкулез у детей и подростков. Руководство для врачей под ред. Е.Н. Янченко, М.С. Греймер. 1999 г. – 335 с.	1	
4.	Мишин В. Ю. Фтизиопульмонология: учебник/ В.Ю. Мишин, Ю.Г. Григорьев, А.В. Митронин, З.П. Завражнов; М:ГЭОТАР – медиа, 2007. – 504 с.	1	
5.	О совершенствовании противотуберкулёзных мероприятий в Российской Федерации. Приказ № 109 от 21 марта 2003 г.	5	

6.	Браженко Н.А. Фтизиопульмонология: учебное пособие для студентов высш.уч.заведений, 2006. – 368 с.	1	
7.	Гусейнов Г.К., Тагирова П.И. Участие студентов 6 курса лечебного факультета в оздоровительных мероприятиях в туберкулезных бактериальных очагах. Методические рекомендации. Махачкала, 2009 г.	20	
8.	Гусейнов Г.К., Салмаханов А.Р. Искусственный пневмоторакс и пневмоперитонеум в комплексном лечении деструктивного туберкулеза легких. Методические рекомендации, Махачкала, 2010 г., 24 с.	20	
3.	Гусейнов Г.К., Ханалиев В.Ю., Муталимов М.А., Пахиева Х.Ю. и др. Фтизиатрия. Учебное пособие для студентов 4 курса стоматологического факультета. 2018 г.	120	
9.	Гусейнов Г.К., Ханалиева В.Ю., Мамаев И.А., Гусейнов А.-К.Г., Муталимов М.А., Пахиева Х.Ю., Абдулаева З.К.-С., Гимбатов М.М., Адзиев А.А., Гиреев Т.К., Салмаханов А.Р., Тагирова П.И. Туберкулез и материнство. Методические рекомендации для фтизиатров и акушер-гинекологов. Махачкала, 2016. – 35 с.	20	
10.	Гусейнов Г.К., Ханалиева В.Ю., Мамаев И.А., Гусейнов А.-К.Г., Муталимов М.А., Пахиева Х.Ю., Абдулаева З.К.-С., Гимбатов М.М., Адзиев А.А., Гиреев Т.К., Салмаханов А.Р., Тагирова П.И. Местное воздействие на патологический процесс в комплексном лечении деструктивных и лекарственно-устойчивых форм туберкулеза. Методические рекомендации для врачей-фтизиатров. Махачкала, 2016. – 21 с.	20	
11.	Муталимов М.А., Гусейнов Г.К., Ханалиев В.Ю., Пахиева Х.Ю., Муталимова Б.М. Туберкулезные плевриты: патогенез, клиника, диагностика и лечение. Учебное пособие для врачей-фтизиатров, пульмонологов, онкологов, педиатров, терапевтов, семейных врачей. 2018 г.	20	

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

1.[Электронный ресурс]: режим доступа: //www. Consilium-medicum.com.
каталог медицинских ресурсов INTERNET

2. Медлайн»,

3. e-library,

4. каталог «Корбис»,

5. профессионально-ориентированный сайт www. Medpsy.ru

6. Энциклопедия Российского законодательства (программа поддержки учебных заведений). «Гаран-студент. Специальный выпуск для студентов, аспирантов, преподавателей»

1. Компьютерная справочная система «Консультант Плюс», «Система Гарант».

9. Образовательные базы и технологии:

В период обучения студентов лечебного факультета на кафедре фтизиатрии, базирующейся на Республиканском противотуберкулезном диспансере, могут быть использованы следующие подразделения и оборудования диспансера и кафедры, а также находящиеся в распоряжении их сотрудников возможности:

- Поликлиническое и районное консультативное отделение диспансера с приемом больных;
- Рентгеновское и флюорографическое отделения;
- Клиническая и биохимическая лаборатории;
- Кабинеты УЗИ, функциональной диагностики, ЭКГ, аэрозолетерапии, коллапсотерапии, эндоскопии (бронхоскопии), процедурный;
- Бактериологическая лаборатория, где проводится весь комплекс микроскопических исследований современной фтизиатрии: бактериоскопия по Цилю-Нельсену и люминесцентная, посев на твердые и жидкие среды, ВАСТЕС, Gen-Expert, ПЦР и другие;
- Детское отделение

Еженедельно в диспансере проводятся заседания Центральной Врачебной комиссии, где обсуждаются все впервые выявленные больные туберкулезом, и клинические конференции, где обсуждаются все впервые выявленные больные туберкулезом, и клинические конференции, где обсуждаются насущные вопросы противотуберкулезной службы республики и трудные для дифференциальной диагностики больные.

Лекции студентам по фтизиатрии читаются в лекционных залах биологического корпуса и конференц-зале противотуберкулезного диспансера.

Практические занятия проводятся в учебных комнатах и кабинетах Республиканского противотуберкулезного диспансера.

И на лекциях, и на практических занятиях используются диапроекторы, мультимедийное оборудование, слайды, видеофильмы, компьютеры, анатомические препараты, негатоскопы, рентгенограммы, флюороскопы.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Сведения о материально-техническом обеспечении, необходимом для осуществления образовательного процесса по дисциплине

№ п/п	Адрес (местоположение) здания, строения, сооружения, помещения	Собственность или оперативное управление, хозяйственное ведение, аренда, субаренда, безвозмездное пользование	Наименование дисциплины	Назначение оснащенных зданий, сооружений, помещений*, территорий с указанием площади (кв.м.)	Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
1	2	3	4	5	6	7	8
	Ул. Котрова, 19 Ул. Малыгина 17	Безвозмездное пользование.	Фтизиатрия	Для учебного и научного образовательного процесса	для лекционных занятий - зал в общежитии №2, для практических	для лекционных занятий:----- - для практических занятий:--- ----- Персональные компьютеры	Перечень программного обеспечения (Win HOME 10 Russian OLP (Сублицензионный

				занятий – 5 учебных комнат общей площадью 126 кв.м.	-2; Ксерокс Canon FC-128 ; Оверхед проектор - 1; Принтер лазерный HPLJ-1; МФУ hp LaserJet Pro-1 и т.д. для самостоятельной работы:-	договор Tr000044429 от 08.12.15г.); Kaspersky Edition Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 100-149 Node (Лицензионный договор № 1081-2015 от 14.10.2015г) ; Office ProPlus 2013 RUS OLP NL Acdmc (договор №ДП-026 от 16.10.13г) и т.д.)
--	--	--	--	-----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

10. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Сведения о кадровом обеспечении, необходимом для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Общее количество научно-педагогических работников, реализующих дисциплину -9 чел.

Общее количество ставок, занимаемых научно-педагогическими работниками, реализующими дисциплину – 6 ст.

№	ФИО преподавателя	Условия привлечения (штатный, внутренний, совместитель - внешний, совместитель по договору)	Занимаемая должность, ученая степень/учено звание	Перечень преподаваемых дисциплин согласно учебному плану	Образование (какое образовательное учреждение профессионального образования окончил, год)	Уровень образования, наименование специальности по диплому, наименование присвоенной квалификации	Объем учебной нагрузки по дисциплине (доля ставки)	Сведения о дополнительном профессиональном образовании, год		Общий стаж работы
								По специальности	По педагогике и психологии	
1	Ханалиев Висампаша Юсупович	Шт.	Зав. каф., д.м.н., профессор	фтизиатрия	ДГМИ, 1981	Специалитет, лечебное дело, врач-лечебник	0,5 ст.	1999, 2004 и т.д.	2001, 2006, ...	38

2	Гусейнов Гусейн Камалович	Шт.	Профессор	фтизиатрия	ДГМИ, 1955 г.	Специалитет, лечебное дело, врач-лечебник	1,0 ст.	1999, 2004, 2009, 2014		64
3	Муталимов Магомед Акимович	Шт.	Доцент	фтизиатрия	ДГМИ,	Специалитет, лечебное дело, врач-лечебник	1,5 ст.			63
4	Пахиева Халун- Качар Юсуповна	Шт.	Доцент	фтизиатрия	ДГМИ, 1984 г.	Специалитет, педиатрия, врач-педиатр	1,5 ст.	2002, 2007, 2012, 2017	2015 г.	35
5	Салмаханов Абакар Рагимханович	Совм.	ассистент	фтизиатрия	ДГМА, 1996 г.	Специалитет, лечебное дело, врач-лечебник	0,5 ст.	2003, 2008, 2013, 2018		23
6	Тагирова Патимат Исаевна	Совм.	ассистент	фтизиатрия	ДГМИ, 1996 г.	Специалитет, лечебное дело, врач-лечебник	0,5 ст.	2004, 2009, 2014		23
7	Алибутаева Альбина Магомедовна	Совм.	ассистент	фтизиатрия	ДГМА, 2006	Специалитет, лечебное дело, врач-лечебник	0,5 ст.	2016		15
8	Адзиев Абдурак Абдулабекович	Совм.	ассистент	фтизиатрия	ДГМИ,	Специалитет, лечебное дело, врач-лечебник	0,5 ст.			

9	Абдурахманов Абдурахман Магомедович	Совм.	ассистент	фтизиатрия	ДГМИ,	Специалист, лечебное дело, врач-лечебник	0,5 ст.			
---	-------------------------------------------	-------	-----------	------------	-------	---------------------------------------------------	---------	--	--	--

ЛИСТ ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ В РАБОЧУЮ ПРОГРАММУ

Изменения в рабочую программу вносятся на основании приказов и распоряжений ректора, а также на основании решений о совершенствовании учебно-методического обеспечения дисциплины, утвержденных на соответствующем уровне (решение ученого совета), ЦКМС и регистрируются в лист изменений.

10. Лист регистрации изменений в рабочую программу

Учебный год	Дата и номер извещения	Реквизиты протокола	Раздел, подразделение	Подпись регистрирующего изменения
20 - 20				
20 - 20				
20 - 20				
20 - 20				

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра фтизиопульмонологии

УТВЕРЖДЕНО
на заседании кафедры
«28» августа 2019г.,
Протокол № 1
Заведующий кафедрой

проф. В.Ю. Ханалиев _____
подпись

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

«Фтизиатрия»

Специальность (направление) подготовки: 31.05.01 – «Лечебное дело»

Квалификация выпускника: врач-лечебник

ФОС составили:

Г.К. Гусейнов, В.Ю. Ханалиев, М.А. Муталимов, Х.Ю. Пахиева

ФОС рассмотрен и принят на заседании кафедры «Фтизиопульмонология»

Протокол заседания кафедры №1 от 28 августа 2019 г.

Заведующий кафедрой _____(В.Ю. Ханалиев)

АКТУАЛЬНО на:

2019/2020 учебный год _____

20__ /20__ учебный год _____

20__ /20__ учебный год _____

1. Перечень оценочных средств и их соответствие планируемым результатам обучения по дисциплине

Форма аттестации	Оценочные средства	Планируемые результаты обучения (индикаторы достижения компетенций)
Экзамен	Комплекс экзаменационных билетов	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - влияние среды обитания на здоровье человека, становление и развитие фтизиатрии (З (ОК-1) – I); - основные информационно-коммуникационные технологии и основные требования безопасности (З (ОПК-1) – I); - методы консервативного и оперативного лечения туберкулеза, отдаленные результаты лечения туберкулеза, методы статистической обработки информации (З (ОПК-5) – I); - основную медицинскую документацию (З (ОПК-6) – I); - основные принципы и режимы химиотерапии (этиотропными и патогенетическими препаратами) туберкулезом (З (ОПК-8) – I); - общие закономерности строения дыхательной системы, структурно-функциональные особенности органов дыхания взрослого человека; основные детали строения и топографии органов дыхания и их функции в различные возрастные периоды; возможные варианты строения, особенностей развития органов дыхания (З (ОПК-9) – I); - методики массового проведения туберкулинодиагностики, отбор пациентов для туберкулинодиагностики, ревакцинации БЦЖ, прививочные реакции, возможные поствакцинальные осложнения (З (ОПК-10) – I); - симптомы туберкулеза и варианты их проявления, основные и дополнительные признаки туберкулеза, принципы формирования групп риска по туберкулезу и проведения их профилактики, принципы флюорографического и/или микробиологического обследования, показания для назначения флюорографии (З (ОПК-11) – I); - клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения туберкулеза, диагностические возможности методов непосредственного и косвенного исследования больного туберкулезом, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных туберкулезом (З (ОПК-12) – I); - критерии диагноза туберкулеза, принципы классификации туберкулеза (З (ОПК-13) – I); - патогенез и клинику первичного и вторичного туберкулеза разной локализации (З (ОПК-14) – I); - принципы организации стационара для больных туберкулезом в стационаре, в дневном стационаре и амбулаторно (З (ОПК-15) – I);
		<ul style="list-style-type: none"> - формы и методы санитарно-просветительной работы в профилактике туберкулеза (З (ОПК-16) – I); - методы получения новой информации (работа с электронными и печатными источниками информации, новые приказы и т.п.) (З (ОПК-22) – I). <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - грамотно и самостоятельно анализировать и оценивать социальную ситуацию, осуществлять свою деятельность с учетом результатов этого анализа (У (ОК-1) – I); - решать стандартные задачи профессиональной деятельности на основе библиографической культуры (У (ОПК-1) – I); - пользоваться учебной, научной литературой, проводить статистическую обработку информации (У (ОПК-2) – I); - заполнять историю болезни (У (ОПК-6) – I);

	<ul style="list-style-type: none"> - выбрать режим химиотерапии больному туберкулезом (У (ОПК-8) – I); - показывать на изображениях, полученных различными методами визуализации (компьютерные и магнитно-резонансные томограммы и др.) органы дыхания, их изменения (У (ОПК-9) – I); - проводить отбор лиц для вакцинации и ревакцинации с учетом массовой туберкулинодиагностики, оценивать характер прививочной реакции и возможные поствакцинальные осложнения; формировать группы повышенного риска по заболеванию туберкулезом (ПК-1) – I); - выяснять жалобы пациента, собирать анамнез заболевания и жизни, проводить внешний осмотр, осмотр органов дыхания, интерпретировать результаты лабораторных методов исследования, планировать профилактические осмотры среди групп риска; - определять статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, и т.п.), поставить диагноз – синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии, анализировать результаты рентгенологического обследования (У (ПК-5) – I); - сформулировать клинический диагноз туберкулеза (У (ПК-5) – II); - планировать и контролировать ведение больных с разными формами туберкулеза в стационаре и амбулаторно (У (ПК-8) – I); - принимать участие в санитарно-просветительной работе по вопросам туберкулеза среди населения (У (ПК-16) – I); - проводить просветительную работу с гражданами, основываясь на новых методах из различных источников информации (У (ПК-22) – I).
	<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления (В (ОПК-1) – I); - культурой применения информационно-коммуникационных технологий с обеспечением информационной безопасности (В (ОПК-1) – I); - принципами врачебной этики и медицинской деонтологии, навыками статистической обработки (В (ОПК-5) – I); - навыками ведения основной медицинской документации (В (ОПК-6) – I); - назначать противотуберкулезные препараты в соответствии с режимом химиотерапии и весом пациента (В (ОПК-8) – I); - медико-анатомическим понятийным аппаратом; навыками определения сегментарного их строения; схемой строения бронхиального дерева; находить и описывать на снимках сегменты легких и основные структурные составляющие средостения; адекватно решать профессиональных задач (В (ОПК-9) – I); - владеть интерпретацией результатов туберкулиновых проб, алгоритмом иммунологического исследования больного туберкулезом при обосновании диагноза (ПК-1) – I); - навыками проведения объективного осмотра при туберкулезе с использованием клинической и параклинической диагностики туберкулеза, навыками составления анамнеза, осмотра и осмотра на туберкулез (В (ПК-2) – I); - навыками сбора анамнеза, проведения опроса пациента и/или его родственников, проведения физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, аускультация, и т.п.), рентгенологического обследования, постановкой предварительного диагноза – сформулировать диагноз у пациента с целью определения патологии и причин ее вызывающих (В (ПК-5) – I); - методами общего клинического обследования больных туберкулезом, навыками постановки клинического диагноза туберкулеза (В (ПК-6) – II);

		<ul style="list-style-type: none"> - владеть алгоритмом контроля лечения и прогноза разных форм туберкулеза - методами социальной, санитарной профилактики туберкулеза (В (ПК-16) – 1 - навыком работы и гражданами и донесения информации в удобной и легкой 22) – 1).
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ситуационные задачи для проверки знаний студентов по фтизиатрии на занятиях и экзаменах

Задача 1. У ученика 3 класса, 9 лет, при постановке пробы Манту размер инфильтрата оказался 13 мм. Результаты пробы Манту за предыдущие годы: 4мм, 7мм, 5мм, 6мм. Интерпретируйте ситуацию и определите врачебную тактику.

Задача 2. В горном ауле в 15 км от райцентра у больной 23 лет ночью внезапно началось легочное кровотечение. Вызванный по телефону фельдшером врач скорой помощи из районного центра увидел, как больная периодически выхаркивает алую кровь со сгустками. В семье больной – муж, двухлетняя дочь и мать. Определите объем экстренной помощи и дальнейшую врачебную тактику.

Задача 3. Шофер рефрижератора дальнего следования, 28 лет, вернулся из очередного рейса «простуженным»: кашель с мокротой, температура – 39,2°, слабость, обильный пот, по утрам скудная мокрота. Плохое самочувствие у себя отмечает более месяца. Дважды за последние 3 месяца перенес грипп. Контакт с больным туберкулезом отрицает. Питается нерегулярно, страдает хроническим гастритом.

Объективно больной пониженного питания, рост 178см, вес 69 кг. Кожные покровы бледноватые, влажные. Язык обложен белым налетом. Пульс 92 уд. в мин., ритмичный. А/Д – 110/65. Дыхание – 22 движений в минуту, справа в подлопаточной области – крепитация и разнокалиберные влажные хрипы. На рентгенограмме легких справа в нижней доле – неомогенный инфильтрат с полостью в центре диаметром 2х3 см. Ваш предположительный диагноз и тактика ведения больного?

Задача 4. Больной 42 лет, инженер-строитель. Туберкулезом легких болеет последние 5 лет. Регулярно посещает диспансер и проводит противорецидивное лечение.

Вечером, пытаясь передвинуть тяжелое кресло, внезапно почувствовал резкую боль в правом боку, после чего стала нарастать одышка. Врач скорой помощи констатировала выраженный цианоз губ, лица и шеи, затрудненное и учащенное дыхание 30 – 35 в 1 минуту. При осмотре – правая половина грудной клетки увеличена в объеме. Межреберные промежутки сглажены. Перкуторно – над всеми легочными полями справа – выраженный коробочный звук. Аускультативно – дыхание отсутствует.

Ваш предположительный диагноз, первоначальные исследования, экстренная и последующая помощь?

Задача 5. Мальчик 6 лет болен (со слов матери) около 1 мес., когда появилась температура 37 - 37,2°, боли за грудиной, кашель, больше ночью и по утрам, битонального характера. Значительно снизился аппетит, потерял в весе около 2 кг. Два дня назад появилась температура 38,6 – 39,1°, одышка, усилился кашель.

Контакт с больным туберкулезом отрицает. Общее состояние средней тяжести. При пальпации на шее определяется группа лимфоузлов диаметром 1 – 2 см, плотные, подвижные, спаянные между собой и с окружающими тканями. Перкуторно справа в верхних отделах – укорочение легочного звука. Аускультативно – дыхание в этом участке отсутствует. Вилочковый симптом Рубинштейна умеренно выражен, трахея смещена в правую сторону. Кровь: Л – 12.000, лимфопения (13%), СОЭ – 30 мм/час, БК в мокроте не обнаружены. На обзорной рентгенограмме легких – верхняя доля справа пониженной прозрачности, однородно затемнена, средостение смещено вправо. Срединная тень в верхнем отделе широкая, симптом «дымовой трубы». Справа в прикорневой зоне определяется группа увеличенных трахеобронхиальных и паратрахеальных лимфатических узлов. Контуры узлов нечеткие с выраженной перифокальной реакцией.

Ваш диагноз и лечебно-диагностическая тактика?

Задача 6. Больной 18 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в пояснице, усиливающиеся при нагрузке.

При объективном исследовании хирургом больного – резкое ограничение движений в позвоночнике на уровне грудинно-поясничного отдела («спина как доска»). Определяется некоторое выстояние остистых отростков 1 –2 поясничных позвонков.

Кровь – Нв – 90 г/л, Л – 9700, СОЭ – 27 мм/час. На рентгенограмме в двух проекциях выявляется деструкция тел L1 – L2 позвонков, сужение межпозвоночных щелей между ними. Расширение тени m. Psoas слева.

1. О каком заболевании можно подумать в первую очередь?
2. Что нужно сделать для уточнения диагноза?
3. Определите примерный план лечения больного.

Задача 7. Девочка 12 лет обратилась к хирургу с жалобами на боли в правом тазобедренном суставе – постоянные, усиливающиеся к вечеру с иррадиацией в нижнюю конечность. При осмотре отмечается ограничение подвижности в суставе. На рентгенограмме правого тазобедренного сустава определяется остеопороз, верхние контуры головки бедренной кости нечеткие, с деструкцией костной ткани, сужение суставной щели.

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Примерный план лечения больной?

Задача 8. Больной 56 лет поступил в хирургическое отделение районной больницы с диагнозом «левосторонняя бедренная грыжа», которая появилась 2 месяца назад без видимой причины. Больного беспокоят боли в пояснице, усиливающиеся при ходьбе, недомогание, потливость, периодически температура поднимается до 38,2°. При более тщательном обследовании выясняется, что в левой подвздошной области имеется флюктуация по ходу m. Psoas, причем полость в мышце соединяется с образованием, которое принимали за грыжу. При пункции добыто около 1,5 литров густого зеленовато-серого гноя.

О какой болезни можно подумать и какие исследования надо проводить для уточнения диагноза?

Задача 9. Женщина 32 лет, последние 3 месяца замечает раздражительность, потливость, быструю утомляемость, покашливание без выделения мокроты, нарушение сна и снижение аппетита, по вечерам субфебрильная температура. При аускультации над легкими – везикулярное дыхание. Анализ крови: СОЭ – 18 мм/ч, лейкоциты – 8.100. На обзорной рентгенограмме легких: справа в 1 и 2 сегментах определяется группа очагов, местами сливного характера. Слева в 1 межреберье единичные очаги с нечеткими контурами.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Поставьте клинический диагноз и разработайте план лечения.

Задача 10. У мужчины 28 лет появилась постепенно нарастающая общая слабость, утомляемость, потливость. При рентгенологическом исследовании через 2 недели после заболевания обнаружена справа во 2-ом сегменте округлая гомогенная тень, с нечеткими контурами, диаметром 3 см, с просветлением в центре. В мокроте методом флотации обнаружены БК 2-3 в поле зрения. Анализ крови: Л-10200, Э-3, П-8, С-47, Л-32, СОЭ -30 мм/час. Проба Манту – 20 мм.

Ваш предположительный диагноз и дифференциальная диагностика?

Задача 11. Больной 29 лет обратился в противотуберкулезный диспансер с жалобами на слабость, сухой кашель, боли ноющего характера в области правой лопатки, похудание. Больным себя считает около 2 месяцев.

При объективном обследовании: над всеми легочными полями ясный легочный звук, при аускультации справа в межлопаточной области влажные среднепузырчатые хрипы. Со стороны других внутренних органов – патологии нет. Кровь: Л-9800, Э-1, П-6, С-62, Л-25, М-6, СОЭ-23 мм/ч. Мокрота –БК(-), эластические волокна (+). Туберкулиновые пробы: р. Манту – 15 мм. Рентгенологически справа во 2 сегменте округлой формы тень размером 3-4 см, средней интенсивности с четкими контурами, негомогенная за счет включения кальцинатов и участки просветления. Вокруг тени немногочисленные средней и малой интенсивности тени очагов с нечеткими контурами.

Ваш диагноз и лечение?

Задача 12. У девочки 4-х лет из контакта с больным туберкулезом отцом появился сухой кашель, температура до 38°. Лечение антибиотиками широкого

спектра и сульфаниламидными препаратами эффекта не дало. Проба Манту 7 мм впервые. В легких физикальных изменений нет. На рентгенограмме справа - в нижней доле - полиморфный инфильтрат, переходящий на расширенный корень.

Ваш предположительный диагноз, дальнейшее обследование и врачебная тактика?

Задача 13. Больная 23 года поступила в терапевтическое отделение больницы, где находилась в течение 10 дней с диагнозом левосторонняя нижнедолевая пневмония. Из анамнеза выяснилось, что в течение последних 2 месяцев чувствует себя плохо, отмечает слабость, плохой сон, снижение аппетита, сухой кашель, быструю утомляемость и потливость. Температура временами поднимается до 38 - 39°.

При осмотре – кожные покровы бледные, влажные, подкожно-жировой слой почти отсутствует. Перкуторно – над всеми легочными полями некоторое укорочение легочного звука. Аускультативно с обеих сторон разнокалиберные влажные хрипы, преимущественно в нижних отделах.

Кровь: НВ -78. Л-10.300, СОЭ-56 мм/ч, Э-2, п-1, С-79, Л-18, М-10.

Мокрота – БК (-)

ЭКГ – синусовая тахикардия. Частичное нарушение внутрижелудочковой проводимости

Спирография – признаки резкого нарушения легочной вентиляции рестриктивного типа (ДН-3 рестр.).

На рентгенограмме легких в нижней доле правого легкого отмечается интенсивная неоднородная инфильтрация с множественными полостями распада различной величины и формы.

1. Проведите дифференциальную диагностику возможных заболеваний.
2. Определите лечебную тактику.

Задача 14. У ребенка 5 лет выявлена положительная реакция Манту с 2 ТЕ размером папулы 10 мм. В прошлом туберкулиновые пробы отрицательные.

1. Оцените и интерпретируйте ситуацию.
2. Разработайте врачебную тактику.

Задача 15. Женщина 22 лет поступила в инфекционное отделение больницы с температурой до 39 - 39,5°, сухой кашель, одышка. В легких хрипов нет. Кроме хронического тонзиллита, другого источника температуры не выявлено. Проведенное лечение антибиотиками широкого спектра действия несколько снизили температуру, и больная была выписана на амбулаторное лечение. Через 2 недели состояние больной резко ухудшилось, вновь поднялась температура до 39,2°, появились сильные головные боли и рвота, ригидность затылочных мышц. На рентгенограмме легких – мелкоочаговые тени по всем легочным полям. СОЭ - 32 мм/ч, лейкоциты - 9 тыс., лимфоциты -22.

Ваш предположительный диагноз, дополнительные исследования для его уточнения, дифференциальная диагностика и лечение?

Задача 16. Мальчика 9 лет привела к врачу мать с жалобами на понижение аппетита, бледность, головные боли, капризность. Снизилась успеваемость в школе. При осмотре ребенок пониженного питания, кожные покровы бледные, умеренное увеличение миндалин, шейных и подчелюстных лимфатических узлов

до 1-1,5 см в диаметре. Ан. крови: Нв -102 ед, СОЭ -16 мм/ч, лейкоц. - 6 тыс., лимфоциты – 28%. Проба Манту 10 мм, предыдущие реакции были отрицательными. На обзорной рентгенограмме легких патологические изменения не обнаружены.

Укажите круг возможных заболеваний, проведите дифференциальную диагностику, укажите примерный план лечения больного.

Задача 17. У больного, страдающего бронхиальной астмой, появились боли в суставах, кашель с мокротой желтоватого цвета. При рентгенологическом обследовании в верхнем отделе правого легкого выявлен округлой формы инфильтрат средней интенсивности с четкими контурами. Через 3 дня при рентгенологическом дообследовании в противотуберкулезном диспансере инфильтрат в правом легком исчез, а появился подобный инфильтрат в нижней доли левого легкого. В крови: СОЭ –27, лейкоциты –6 тыс., эозинофилы –12%.

Ваш предположительный диагноз и дифференциальная диагностика?

Задача 18. У больного 46 лет, работающего на шахте и страдающего силикозом, при рентгенологическом обследовании легких обнаружено множество очагов с обеих сторон на протяжении от ключицы до 5 ребра. Через год состояние ухудшилось: периодически повышается температура до 37,5-38°, отмечается потливость, одышка несколько усилилась. При рентгенологическом обследовании появились новые мягкие полиморфные очаги с нечеткими контурами на фоне старых очагов и за их пределами.

Ваше предположение, дообследование и примерное лечение?

Задача 19. У девочки 11 лет, страдающей туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов слева и находящейся по этому поводу на амбулаторном лечении, появился надсадный мучительный кашель, усиливающийся в горизонтальном положении тела, t° –39,2°, одышка, головные боли. При рентгенологическом дообследовании в верхней доле левого легкого появилась дополнительная тень гомогенного характера с сужением межреберных промежутков в указанной области и смещением средостения в сторону тени.

Ваше заключение, диагностическая и лечебная тактика?

Задача 20. В терапевтическую клинику «скорая помощь» привезла больного 62 лет с одышкой и кровохарканьем. На срочно сделанной обзорной рентгенограмме легких по описанию рентгенолога – диссеминация интенсивных мелких круглых очагов с четкими контурами, сгущающихся к корням легких. Тень сердца значительно увеличена. Аускультативно – приглушение тонов сердца и ослабление легочного дыхания. В подлопаточных областях –влажные хрипы. СОЭ –6 мм в 1 час, пульс 118 в 1 минуту, ритмичный, дыхание 32 в 1 минуту.

Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения больного?

Задача 21. В школе при проведении пробы Манту у девочки 9 лет выявили «вираж» туберкулиновой реакции –14 мм. Родители жалуются на ухудшение учебы, капризность ребенка, снижение аппетита. Шейные и подмышечные лимфатические узлы умеренно увеличены (до 1,5 см), тугоэластической консистенции. На рентгенограмме легких патология не обнаружена. СОЭ –17 мм в 1 час. Нв –98.

Ваш предположительный диагноз и дальнейшее ведение больной?

Задача 22. У подростка 16 лет при флюорографии в подключичной области слева обнаружены плотные полиморфные очаги с четкими контурами. Жалоб не предъявляет, в прошлом туберкулезом не болел.

Ваш предположительный диагноз и тактика?

Задача 23. Юноша 19 лет в течение 3 недель безрезультатно лечится в терапевтическом отделении районной больницы от острой пневмонии нижней доли правого легкого. Состояние тяжелое, кашель с мокротой, t° $-38,5 - 39,5^{\circ}$, СОЭ -58 мм/час, лейкоциты -11 тыс., сдвиг лейкоцитарной формулы влево, лимфоциты -17% . На повторной рентгенограмме через три недели – выраженная отрицательная динамика, на фоне полиморфной тени появились полости распада. В мокроте БК +. Выяснилось, что пациент был в контакте с больным дядей, у которого фиброзно-кавернозный туберкулез легких.

Ваш предварительный диагноз, дополнительное обследование и лечебная тактика?

Задача 24. У беременной женщины 28 лет появились симптомы: потливость, субфебрильная температура, кашель без мокроты, боли в правом боку. Выяснилось, что в 10 - летнем возрасте она перенесла туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

Предположительный диагноз, дополнительное обследование и обоснование лечения с учетом беременности?

Задача 25. Мужчина 27 лет госпитализирован в инфекционную клинику с температурой $39,5^{\circ}$ и подозрением на брюшной тиф. Пульс 115 в 1 мин., дыхание 46 в мин., сухой болезненный приступообразный кашель. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, аускультативно в легких единичные сухие хрипы на фоне жестковатого дыхания. На обзорной рентгенограмме легких – мелкоочаговая диссеминация обоих легких.

Ваш диагноз и лечение?

Задача 26. Женщина 38 лет несколько лет жалуется на боли в эпигастральной области, больше в правой половине, вздутие живота, периодически жидкий стул, иногда запоры. Лечилась с переменным успехом от гастрита, колита. В 24 года родила девочку, после этого беременность не наступает. Последние 2 месяца отмечает увеличение живота. В брюшной полости жидкость, пункцией добыта серозная жидкость, при лабораторном исследовании пунктата: белок $-4,5\%$, лимфоциты -57% .

Ваш диагноз и лечебная тактика?

Задача 27. У мужчины 33 лет при поступлении на работу сделана флюорография легких, на которой в подключичной области слева обнаружена округлой формы интенсивная тень диаметром 3,5 см с четкими контурами. Жалоб нет.

О каких заболеваниях можно подумать и какие исследования надо проводить, чтобы уточнить диагноз?

Задача 28. Мужчина 22 лет жалуется на кашель со скудной мокротой в течение более 3 месяцев. На рентгенограмме легких патологические изменения не обнаружены. В мокроте БК +.

О каком диагнозе можно подумать и что надо сделать для его уточнения?

Задача 29. У девушки 19 лет после переохлаждения температура повысилась до 39,5°, появились сильные боли в левом боку, одышка. Аускультативно дыхание над левым легким не выслушивается, перкуторно – притупление ниже 5 ребра по средней аксиллярной линии с характерной верхней границей по линии Эллиса-Домуазо. Рентгенограмма легких подтвердила наличие жидкости в левой плевральной полости, другие изменения в легких не обнаружены. При пункции плевральной полости в терапевтическом отделении, куда была госпитализирована больная, добыто около 600,0 желтоватой вязкой жидкости. При лабораторном исследовании пунктата: удельный вес – 1016, белок – 3,2%, лимфоциты - 48%.

Ваш предположительный диагноз, его обоснование и лечебная тактика?

Задача 30. У больного 39 лет по обращаемости установлен инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого, БК+ бактериоскопически. Живет на втором этаже в двухкомнатной квартире с жилой площадью 27 м². В семье еще жена и трое детей – 16, 12 и 9 лет. Семья среднего достатка.

Определите и аргументируйте тип бациллярного очага, разработайте мероприятия для санитарной профилактики и оздоровления очага.

Задача 31. У 20-летней студентки сельскохозяйственной академии, проживающей в общежитии, при флюорографическом обследовании выявлен очаговый туберкулез верхней доли левого легкого в фазе инфильтрации и распада. БК-.

Укажите тип очага и определите объем профилактических мероприятий в нем.

Задача 32. Больная 37 лет, повар школы-интерната, госпитализирована в туберкулезную больницу с диагнозом: инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого в фазе распада, БК+, осложненный легочным кровотечением. До установления диагноза в течение двух месяцев чувствовала себя плохо, был кашель с мокротой, лечилась от гриппа. Диагноз туберкулеза установлен после рентгенографии легких. В семье – муж и двое детей – мальчик 9 лет и девочка 6 лет. При обследовании у девочки выявлен туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, с чем и госпитализирована в детское туберкулезное отделение. Живут на частной квартире из двух комнат общей площадью 23 м², с общей кухней с хозяевами дома – мужем 67 лет и женой 63 лет.

Определите тип бациллярного очага и мероприятия в семье, у соседей и в школе-интернате, где работала больная.

Задача 33. В общем дворе живут три семьи – брата и двух сестер. Брат, 28 лет, вернулся из мест заключения и умер от фиброзно-кавернозного туберкулеза. Его жена, 26 лет, здорова, у дочери 5 лет – усиливающаяся реакция пробы Манту. Старшая сестра, 32 лет, торгует в продуктовом магазинчике на территории автобусной станции и от флюорографического обследования отказывается. Ее муж, 36 лет, милиционер, на работе регулярно проходит флюорографию, здоров. У двух их детей, девочки 9 лет и мальчика 7 лет, умеренная (12 мм) и выраженная (15 мм) реакции пробы Манту. Младшая сестра, 25 лет, неделю назад госпитализирована в туберкулезную больницу с диссеминированным туберкулезом легких в фазе распада, БК+. Муж ее, 26 лет, не работает, ухаживает за детьми 5 лет и 3 лет, ему помогает мать, 48 лет, приехавшая из аула.

Определите и обоснуйте тип бациллярного очага, разработайте и аргументируйте профилактические и оздоровительные мероприятия в очаге.

Задача 34. У мужчины 52 лет, художника по профессии, при флюорографии выявлен кавернозный туберкулез нижней доли правого легкого, БК выявлен методом посева. В течение 25 лет страдает сахарным диабетом. Живет с женой и взрослым сыном, 23 лет, учителем средней школы, в квартире из двух комнат со всеми коммунальными удобствами.

Определите тип бациллярного очага и оздоровительные мероприятия в нем.

Задача 35. В полуразрушенном ауле живут 9 семей – 24 взрослых и 37 детей и подростков. Основная работа населения – разведение и уход за крупным и мелким рогатым скотом. Флюорографическое обследование жителей аула не проводилось более 10 лет. Больных туберкулезом в ауле не зарегистрировано, но несколько человек страдают хроническими заболеваниями легких, один из них умер около года назад после «осложнения гриппа». Проба Манту выявила инфицированность 19 детей и подростков, у 2 – вираж, у 1 – гиперергическая реакция. Раньше, в период колхозов, животноводческое хозяйство аула считалось неблагополучным по туберкулезу. Последние 12 лет ветеринарного контроля за скотом нет.

Ваша оценка ситуации и план противотуберкулезных мероприятий?

Экзаменационные вопросы для студентов 6 курса лечебного факультета

1. Лица с повышенным риском заболевания туберкулезом и мероприятия среди них.
2. Туберкулезный плеврит: классификация, клиника, дифф. диагностика и лечение.
3. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза к антибактериальным препаратам: причины, методы выявления, врачебная тактика.
4. Туберкулез и материнство.
5. Цирротический туберкулез легких.
6. Принципы лечения деструктивного туберкулеза легких.
7. Факторы, играющие решающую роль в заболевании человека туберкулезом.
8. Диссеминированный туберкулез легких.
9. Гигиено-диетический режим больных туберкулезом.
10. Методика определения «виража», гиперергической и нарастающей аллергии и врачебная тактика при них.
11. Осложнения туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов.
12. Под «маской» каких заболеваний чаще всего протекает туберкулез.
Дифференциальная диагностика.
13. «Вираж» туберкулиновой реакции и врачебная тактика при нем.
14. Хирургическое лечение туберкулеза легких. Показания и противопоказания.
15. Ателектаз легкого при туберкулезе. Патогенез, клиника и лечение.

16. Побочные действия противотуберкулезных препаратов и мероприятия при них.
17. Методы активного выявления туберкулеза.
18. Патологическая анатомия туберкулеза.
19. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов: патогенез, клиника, диагностика, лечение.
20. Этапы развития учения о туберкулезе.
21. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков.
22. Химиопрофилактика туберкулеза.
24. Туберкулиновые пробы, цель их применения.
25. Туберкулезный менингит. Патогенез, клиника, диагностика и лечение.
26. Методы профилактики туберкулеза.
27. Источники и пути заражения человека туберкулезом.
28. Ранняя туберкулезная интоксикация у детей и подростков. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение.
29. Туберкулез органов брюшной полости (абдоминальный туберкулез). Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
30. Клиническая классификация туберкулеза.
31. Казеозная пневмония. Патогенез, клиника, лечение.
32. Возбудитель туберкулеза. Типы и свойства.
33. Задачи диспансеров по профилактике, диагностике и лечению туберкулеза. Группы диспансерного учета у детей и взрослых.
34. Туберкулез периферических лимфатических узлов. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
35. Противотуберкулезные препараты и принципы их применения.
36. Осложнения при вакцинации. Меры профилактики и лечения.
37. Туберкулема легких. Патогенез, классификация, клиника, дифференциальная диагностика и лечение.
38. Виды иммунитета при туберкулезе.
39. Осложнения при фиброзно-кавернозном туберкулезе и врачебная тактика при них.
40. Основные принципы лечения туберкулеза.
41. Эпидемиологические показатели по туберкулезу: инфицированность, заболеваемость, болезненность, пораженность, летальность и смертность.
42. Дифференциальная диагностика туберкулеза легких и неспецифической пневмонии.
43. Противотуберкулезные мероприятия среди школьников.
44. Семиотика туберкулеза. Патоморфоз туберкулеза.
45. Осложнения первичного туберкулезного комплекса. Патогенез, клиника, лечение.
46. Особенности течения и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных и больных СПИД-ом, сахарным диабетом, наркоманией, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки.
47. Туберкулин и туберкулинодиагностика. Расшифровка пробы Манту.
48. Кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез легких: патогенез, клиника, лечение.

49. Врачебная тактика при легочном кровотечении.
50. Льготы для больных туберкулезом в соответствии с Постановлением СМ СССР от 1.09.60г.
51. Дифференциальная диагностика полостных образований в легких.
52. Туберкулезный гонит. Диагностика и лечение.
53. Первичный туберкулезный комплекс: патогенез, клиника, лечение.
54. Профилактические мероприятия в бациллярном очаге.
55. Туберкулезный коксит: клиника, диагностика и лечение.
56. Современные принципы флюорографического обследования населения.
57. Очаговый туберкулез легких. Клиника, диагностика и лечение.
58. Туберкулезный спондилит. Диагностика и лечение.
59. Туберкулез трахеи и бронхов: патогенез, клиника, диагностика и лечение.
60. Спонтанный пневмоторакс и врачебная тактика при нем.
61. Специфическая профилактика туберкулеза.
62. Милиарный туберкулез. Патогенез, клиника и лечение.
63. Искусственный пневмоторакс и пневмоперитонеум: показания и методика.
64. Показания и методы применения кортикостероидов при туберкулезе.
65. Дифференциальная диагностика очаговых образований в легких.
66. Патогенетическое лечение туберкулеза.
67. Возрастные особенности течения туберкулеза. Первичный и вторичный туберкулез.

Вопросы для проведения тестового контроля студентов 6 курса лечебного факультета

? Термин «туберкулез» был введен в медицину:

- ! Я. Сильвиусом;
- ! Р. Муртоном;
- + Лаэннеком и Шенлейном;
- ! Гиппократом;
- ! Ю. Конгеймом и Б. Вильменом

? Одним из первых инфекционную природу туберкулеза предположил:

- ! Гален;
- ! Авиценна;
- ! Гиппократ;
- ! Р. Кох;
- + Б. Вильмен.

? Инфекционная природа туберкулеза была научно доказана:

- ! Р. Муртоном;
- ! Б. Вильменом;
- ! Ю. Конгеймом;
- + Р. Кохом;
- ! Я. Сильвиусом.

? Среди факторов, способствующих развитию туберкулеза, Кох особенно подчеркивал роль:

- ! Венерических заболеваний;
- ! ВИЧ-инфекции;
- ! Применения гормональных препаратов;
- + Социального неблагополучия;
- ! Табакокурения.

? В процессе работы с культурой микобактерий туберкулеза (МБТ) Кохом был создан:

- ! Стрептомицин;

+Туберкулин;
!Кахектин;
!Корд-фактор МБТ;
!Фрагмент 16S рРНК;

?Принципиальная возможность использования туберкулина для обнаружения присутствия МБТ в организме человека была доказана:

!Ш. Манту;
!К. Пирке;
!С. Эрлихом;
!А. Гоном;
+Р. Кохом.

?Принципиальные изменения в представлении о патогенезе туберкулеза были внесены:

!Н. Аничковым;
!Ф. Цилем и Ф. Нельсеном;
+А. Абрикосовым;
!Ф. Менделем;
!И. Давыдовским.

?Внутрикожная туберкулиновая проба разработана:

!К. Пирке;
+Ш. Манту и Ф. Менделем;
!Р. Кохом;
!Ф. Цилем и Нельсеном;
!А. Кальметом и К. Гереном.

?Противотуберкулезная вакцина была создана и апробирована:

+А. Кальметом и К. Гереном 1921 г. во Франции;
!Ш. Манту и Ф. Менделем в 1910 г. в Швейцарии;
!Р. Кохом в 1989 г. в Германии;
!Ф. Цилем и Ф. Нельсеном в 1982 – 1984 г. в Швеции;
!В. Рентгеном в 1895 г. в Германии

?Первый патогенетически обоснованный и эффективный метод лечения туберкулеза легких предложил:

!Р. Кох;
+К. Форланини;
!А. Рубель;
!С. Ваксман;
!Ф. Мендель.

?Первый эффективно действующий на МБТ лекарственный препарат был получен:

!Р. Кохом;
!К. Форланини;
!А. Рубелем;
+С. Ваксманом;
!Ф. Менделем.

?Первой страной, в которой был организован противотуберкулезный диспансер, стала:

!Франция;
+Англия;
! Италия;
!Германия;
!Швейцария.

?Год создания Всероссийской лиги борьбы с туберкулезом:

!1900;
!1905;
+1910;
!1915;
!1920.

?15. Год создания первого НИИ туберкулеза в России:

+1918;
!1928;
!1938;
!1948;
!1958.

?Регулярным печатным органом Всероссийского общества фтизиатров является журнал:

!«Пульмонология»;
!«Проблемы туберкулеза»;
+«Туберкулез и болезни легких»;
!«Терапевтический архив»;
!«Вопросы туберкулеза».

?Туберкулез у человека чаще вызывают:

! *M. bovis*;
+*M. tuberculosis*;
!*M. kansasii*;
!*M. fortuitum*;
!*M. avium-intracellulare*.

?Нетуберкулезные микобактерии могут вызвать у человека:

!псевдотуберкулез;
!первичный туберкулез;
+микобактериоз;
!вторичный туберкулез;
!диссеминированный туберкулез.

3. *M. bovis* чаще выявляют у заболевших туберкулезом жителей:

!крупных промышленных центров;
+сельской местности;
!высокогорной местности;
!городов, расположенных на морском побережье;
!населенных пунктов, расположенных в сейсмоопасных районах.

4. Внелегочный туберкулез чаще отмечают у людей, инфицированных:

!*M. tuberculosis*;
!*M. kansasii*;
+*M. bovis*;
!*M. fortuitum*;
!*M. avium-intracellulare*.

5. Микобактериозы чаще диагностируют у больных:

!сахарным диабетом;
+ВИЧ-инфекцией;
!хроническим бронхитом;
!язвенной болезнью желудка;
!алкоголизмом.

6. Полная расшифровка генома МБТ — крупное научное достижение:

!начала IX века;
!конца IX века;
!начала XX века;
+конца XX века;
!начала XXI века.

7. МБТ нельзя считать бациллами, потому что:

!они имеют примитивное ядро без оболочки;
!форма МТБ палочковидная;
!в их цитоплазме отсутствует аппарат Гольджи;
!в их цитоплазме отсутствуют лизосомы;
+они не образуют спор.

8. Микрокапсула МБТ имеет:

!1—2 слоя;
!2—3 слоя;

+3—4 слоя;
!4-5 слоев;
!5—6 слоев.

9. Микрокапсула МБТ обладает:

!ярко выраженными антигенными свойствами;
!липидным составом;
!высокой токсичностью для человека;
+высокой серологической активностью;
!слабой связью со стенкой МБТ.

10. В состав клеточной стенки МБТ входят:

!ДНК;
+фосфолипиды;
!РНК;
!соли кальция;
!соли аморфных фосфатов.

11. Формирование лекарственной устойчивости у МБТ сопровождается:

!утолщением клеточной стенки;
!появлением пор в клеточной стенке;
+истончением клеточной стенки;
!принципиальным изменением состава клеточной стенки;
!нестабильностью структуры клеточной стенки.

12. Корд-фактор МБТ — это:

!оболочка ядерной субстанции;
!компонент микрокапсулы;
!ядрышко ядерной субстанции;
+компонент клеточной стенки;
!фрагмент мезосомы.

15. Ядерная субстанция МБТ обеспечивает:

!стабильность размеров и формы возбудителя туберкулеза;
!осмотическую защиту;
!химическую защиту;
+передачу наследственных признаков;
!индукцию воспалительной реакции.

17. Носителями антигенных свойств МБТ являются:

+липиды оболочки ядра;
!туберкулопротеиды;
+полисахариды микрокапсулы;
+полисахариды клеточной стенки;
+липиды микрокапсулы.

18. Размножение МБТ происходит преимущественно:

!почкованием;
+путем простого деления;
!ветвлением;
!почкованием и ветвлением;
!путем простого деления и ветвлением.

19. МБТ погибают при воздействии прямого солнечного света в течение:

+1,5 ч;
!3,5 ч;
!5,5 ч;
!7,5 ч;
!10 ч.

20. При культивировании первые признаки роста МБТ макроскопически обычно обнаруживают по истечении:

!1—2 сут;

!3-5 сут;
!5-10 сут;
+5-20 сут;
!5-30 сут.

21. Появление нитевидных, актиномицетных, зернистых и кокковидных форм МБТ обусловлено:

!преобладанием в бактериальной популяции штаммов, устойчивых к лекарствам;
!ускоренным ростом бактериальной популяции;
!длительной внутриклеточной локализацией возбудителей;
!преобладанием размножения путем простого деления;
+воздействием на возбудителя неблагоприятных факторов.

24. Осмотическую защиту МБТ в основном обеспечивает:

!микросома;
!корд-фактор;
!плазмиды;
!цитоплазматическая мембрана цитоплазмы;
+клеточная стенка.

25. В индукции тканевой гиперчувствительности замедленного типа к МБТ непосредственно участвуют:

! микросомы;
! мезосомы;
!16S рРНК;
+компоненты клеточной стенки;
!компоненты цитоплазматической мембраны.

26. Воздействие специфических химиопрепаратов на МБТ способствует:

!изменению биологического вида возбудителя;
+ появлению L-форм микобактерий;
!увеличению числа внеклеточно расположенных штаммов;
!повышению способности МБТ к простому делению;
!повышению способности МБТ к почкованию.

27. Фактор вирулентности МБТ называют:

!фактором изменчивости;
!фактором некроза опухоли;
+корд-фактором;
!фактором толерантности;
!фактором проницаемости.

Глава 3. Патогенез и патологическая анатомия туберкулеза

1. Основной путь проникновения МБТ в организм человека:

!алиментарный;
!контактный;
!трансмиссивный;
!внутриутробный;
+аэрогенный.

2. В развитии туберкулезной инфекции у человека принято выделять

следующие периоды:

!первичный, вторичный и третичный;
+первичный и вторичный;
!инкубационный и период клинических проявлений;
!начальный, развернутый и завершающий;
!доклинический и клинический.

3. Характер ответной реакции на первое проникновение вирулентных МБТ определяется:

!путем проникновения микобактерий;
 !биологическим видом возбудителя туберкулеза;
 +генотипом и реактивностью макроорганизма;
 !входными воротами инфекции;
 !биологическим возрастом возбудителя.

4. При первичном инфицировании МБТ вероятность развития заболевания особенно велика в течение первых:

+2 лет;
 !3 лет;
 !4 лет;
 !5 лет;
 !6 лет.

5. Ранний период первичной туберкулезной инфекции начинается с момента первичного инфицирования вирулентными МБТ и продолжается:

+1 год;
 !2 года;
 !3 года;
 !4 года;
 !5 лет.

6. Люди с латентной туберкулезной инфекцией:

!представляют большую эпидемическую опасность для окружающих;
 !обычно предъявляют жалобы в связи с наличием туберкулезной интоксикации;
 !нуждаются в лечении в условиях стационара;
 +не имеют клинических признаков туберкулеза и не выделяют МБТ в окружающую среду;
 !не имеют клинических признаков туберкулеза, однако эпизодически выделяют МБТ.

7. Мукоцилиарный клиренс позволяет:

!задерживать в верхних дыхательных путях и элиминировать содержащие МБТ частицы размером менее 5 мк;
 !уменьшать вирулентность МБТ в частицах размерами менее 5 мк;
 !разрушать МБТ в частицах размерами 5—10 мк;
 +задерживать в верхних дыхательных путях и элиминировать содержащие МБТ частицы размером 5—10 мк;
 !задерживать все частицы с МБТ независимо от их размера в верхних дыхательных путях, препятствуя их проникновению в альвеолы.

8. В условиях незавершенного фагоцитоза МБТ:

!не фиксируются на поверхности макрофага;
 !не поглощаются макрофагом;
 !не могут размножаться;
 +не разрушаются макрофагом;
 !не могут вызвать ответной серологической реакции.

9. Латентный микробизм ярко проявляется на этапе:

!инфицирования МБТ;
 +симбиоза МБТ и макроорганизма;
 !формирования клеточного иммунитета;
 !развития гиперчувствительности замедленного типа к МБТ;
 !прогрессирования и развития клинических симптомов туберкулеза.

10. Первичная облигатная (обязательная) бактериемия обычно возникает на этапе:

!инфицирования МБТ;
 +симбиоза МБТ и макроорганизма;
 !формирования клеточного иммунитета;
 !развития гиперчувствительности замедленного типа к МБТ;
 !прогрессирования и развития клинических симптомов туберкулеза.

11. Появление гиперчувствительности замедленного типа к МБТ обусловлено:

!появлением L-форм МБТ;
 +повышением чувствительности клеточных мембран к туберкулопротеидам;
 !появлением опсонизирующих антител;
 !повышением чувствительности клеточных мембран к полисахаридам МБТ;

! появлением макрофагов с повышенным бактерицидным потенциалом.

12. Возникновение клеточного противотуберкулезного иммунитета связано с появлением:

!нейтрализующих антител;
!L-форм МБТ;
!нейтрофильных лейкоцитов с повышенным бактерицидным потенциалом;
+макрофагов с повышенным бактерицидным потенциалом;
!повышенной чувствительности клеточных мембран к полисахаридам МБТ.

13. Появление и накопление в крови противотуберкулезных антител:

!существенно повышают устойчивость макроорганизма к МБТ;
+практически не влияют на устойчивость макроорганизма к МБТ;
!вызывают повышенную чувствительность тканей к МБТ;
!являются типичным проявлением латентного микробизма;
!указывают на развитие первичной облигатной бактериемии.

14. Первичный период туберкулезной инфекции:

!бывает только у вакцинированных БЦЖ людей;
!развивается только у невакцинированных БЦЖ лиц при первичном инфицировании МБТ;
!отличается прогрессирующим течением;
+чаще протекает как латентная туберкулезная инфекция;
!часто завершается развитием первичного туберкулеза.

15. Диссеминированный туберкулез:

!развивается только у вакцинированных БЦЖ людей;
+возникает в условиях гиперсенсibilизации сосудистой и нервной системы;
!развивается при фрагментации и рассасывании остаточных изменений, сформировавшихся в исходе первичного периода туберкулезной инфекции;
!редко поражает органы дыхания;
!обычно протекает благоприятно и заканчивается самоизлечением.

16. Вторичный период туберкулезной инфекции:

!возникает в условиях гиперсенсibilизации сосудистой и нервной системы;
!развивается при фрагментации и рассасывании остаточных изменений, сформировавшихся в исходе первичного туберкулеза;
!редко поражает органы дыхания;
+связан с повторным экзогенным инфицированием МБТ и эндогенной реактивацией туберкулезной инфекции;
!обычно протекает благоприятно и заканчивается самоизлечением.

?Необходимое условие для формирования естественного противотуберкулезного иммунитета:

!вакцинация БЦЖ;
+инфицирование МБТ;
!вакцинация и ревакцинация БЦЖ;
!превентивное лечение;
!регулярная туберкулинодиагностика.

?Естественный нестерильный противотуберкулезный иммунитет обычно сохраняется:

! не более 1 года;
!1-5 лет;
!5-10 лет;
!10-15 лет;
+в течение всей жизни.

?Отличительным компонентом туберкулезной гранулемы являются:

!лимфоциты;
!клетки Пирогова-Лангганса;
+казеозные массы;
!эпителиоидные клетки;
!плазматические клетки

?В туберкулезной гранулеме редко обнаруживают:

!гигантские клетки Пирогова-Лангганса;
!творожистый некроз;
!эпителиоидные клетки;
!лимфоциты;
+эозинофилы

?Образование деструкции в зоне туберкулезного поражения чаще обусловлено:

!избыточным образованием коллагеновых волокон;
!ранним созреванием коллагеновых волокон;
!преобладанием продуктивной тканевой реакции;

+преобладанием некротической тканевой реакции;
!преобладанием экссудативной тканевой реакции.

?Биологическое излечение туберкулеза наступает в случае:

!трансформации МБТ в L-формы;
+выведения всех МБТ из организма;
!внутриклеточной локализации МБТ;
!прекращения роста МБТ;
!инкапсуляции МБТ в остаточных изменениях.

?Клиническое излечение туберкулеза предполагает:

!временное прекращение роста бактериальной популяции;
!появление устойчивых к лекарствам штаммов МБТ;
!элиминацию всех МБТ из организма;
+трансформацию части МБТ в L-формы с инкапсуляцией в остаточных изменениях;
!постепенное исчезновение клеточного иммунитета к МБТ.

Глава 4. Эпидемиология туберкулеза

1. При распространении туберкулезной инфекции среди людей заболевает туберкулезом:

!1 из 5 инфицированных;
+1 из 10 инфицированных;
!1 из 20 инфицированных;
!1 из 30 инфицированных;
!1 из 50 инфицированных.

2. По данным ВОЗ, на Земле инфицированы МБТ:

!1 млрд человек;
+2 млрд человек;
!млрд человек;
!4 млрд человек;
!5 млрд человек.

3. Основным опасным для людей источником МБТ являются:

!инфицированные МБТ люди;
+больные туберкулезом легких;
!больные внелегочным туберкулезом;
!больные туберкулезом животные;
!инфицированные МБТ животные.

4. Больные туберкулезом особенно часто встречаются среди жителей:

!Восточной Европы;
! Латинской Америки;
!Тихоокеанского региона;
!Средиземноморья;
+Африки.

5. Один испеченный заразный больной туберкулезом за год обычно инфицирует примерно:

! 5 человек;
+10 человек;
!20 человек;
!30 человек;
!50 человек.

6. Высокая частота туберкулезного менингита среди детей косвенно подтверждает:

!большую распространенность туберкулеза среди крупного рогатого скота;
+недостаточное применение противотуберкулезной вакцинации у новорожденных;
! плохую организацию туберкулинодиагностики;
! несоблюдение правил личной гигиены работниками детских учреждений;
! большую распространенность L-форм МБТ.

7. Выявление первичных абдоминальных форм среди детей косвенно

подтверждает:

!плохую организацию массовой туберкулинодиагностики;
!недостаточное применение противотуберкулезной вакцинации;
+большую распространенность туберкулеза среди крупного рогатого скота;
!несоблюдение правил личной гигиены работниками детских учреждений;
!большую распространенность L-форм МБТ.

8. На вероятность заболевания туберкулезом практически не влияет:

!курение табака;
 !исключение из рациона питания полноценного жира и белка животного происхождения;
 +злоупотребление продуктами с повышенным содержанием холестерина;
 !злоупотребление алкоголем;
 !беременность.

9. Туберкулезом чаще болеют:

+мужчины;
 !подростки;
 !дети;
 !пожилые люди;
 !женщины.

10. Туберкулез чаще встречается среди работников:

!учебных заведений;
 !коммунальной службы;
 /общественного транспорта;
 !общественного питания;
 +пенитенциарных учреждений.

11. Туберкулез чаще развивается на фоне:

+ВИЧ-инфекции;
 !дисбактериоза;
 !обезвоживания;
 !тиреотоксикоза;
 !вегетососудистой дистонии.

12. При ежегодной оценке эпидемиологической ситуации определяют общее число больных активным туберкулезом на 100 тыс. населения. Эти данные отражает показатель:

!заболеваемости;
 +болезненности;
 ! смертности;
 !летальности;
 !инфицированности.

13. При ежегодной оценке эпидемиологической ситуации определяют число впервые выявленных больных туберкулезом на 100 тыс. населения. Эти данные отражает показатель:

+заболеваемости;
 !распространенности;
 !смертности;
 !летальности;
 !инфицированности.

14. Общий резервуар туберкулезной инфекции среди людей позволяет оценить показатель:

!заболеваемости;
 !распространенности;
 !смертности;
 !летальности;
 +инфицированности.

15. Распространение туберкулезной инфекции среди людей отражает показатель:

!заболеваемости;
 !распространенности;
 !смертности;
 !летальности;
 +инфицированности.

16. При прочих равных условиях вероятность заболеть туберкулезом особенно велика, если контакт с больным туберкулезом:

- !случайный;
- !эпизодический;
- +семейный;
- !производственный;
- !повторный.

17. Среди социально-неблагополучных граждан особенно часто заболевают туберкулезом:

- !вынужденные переселенцы;
- !страдающие алкоголизмом;
- +находящиеся в местах лишения свободы;
- !мигранты;
- !безработные.

18. Условно ситуацию по туберкулезу считают относительно благополучной, если показатель заболеваемости не превышает:

- !10;
- !20;
- +30;
- !40;
- !50.

19. Ежегодный риск инфицирования — показатель, который при ежегодной оценке эпидемической ситуации отражает процент лиц:

- !с сомнительной реакцией на туберкулин;
- !с положительной реакцией на туберкулин;
- +впервые инфицированных МБТ;
- !не прошедших плановую туберкулинодиагностику;
- !с гиперергической реакцией к туберкулину.

20. Опасным для человека источником МБТ являются больные туберкулезом:

- !мышевидные грызуны;
- !кошки и собаки;
- !домашние куры, утки, гуси;
- +коровы и козы;
- !дикие животные.

21. Среди инфекционных заболеваний туберкулез как причина смерти у взрослых занимает:

- +1 место;
- !3 место;
- !5 место;
- !7 место;
- !10 место.

22. Среди основных причин смерти людей туберкулез занимает:

- !1 место;
- !3 место;
- !5 место;
- +7 место;
- !10 место.

23. Развитию туберкулеза может способствовать применение с лечебной целью:

- !неселективных ингибиторов моноаминоксидазы;
- !нестероидных противовоспалительных средств;
- +глюкокортикоидных гормонов;
- !парасимпатомиметиков;
- !противовирусных препаратов.

Глава 5. Анатомо-физиологические сведения об органах дыхания

1. При пункции плевральной полости повреждение межреберной артерии менее вероятно во время прокола и введения иглы:

- !между околопозвоночной и лопаточной линиями;
- !между передней подмышечной и среднеключичной линиями;
- !по нижнему краю ребра;
- +по верхнему краю ребра;
- !по окологрудной линии.

2. В норме давление в плевральной полости:

- !меняется в зависимости от положения тела;
- !всегда положительное;
- +всегда отрицательное;
- !зависит от фазы дыхания;
- !меняется с возрастом.

3. Верхушечный и задний сегменты легкого непосредственно вентилируются:

- !bronхами 2-го порядка;
- !через поры Кона;
- +bronхами 3-го порядка;
- !bronхами 1-го порядка;
- !через bronхи соседних сегментов.

4. Бронхиальная артерия отходит:

- !от легочной артерии;
- !только от аорты;
- +от аорты или межреберной артерии;
- !только от межреберной артерии;
- !от внутренней грудной артерии.

5. Легочная артерия отходит:

- !от нисходящей аорты;
- !от дуги аорты;
- !от левого желудочка;
- +от правого желудочка;
- !от плечеголового ствола.

6. Лимфа, перемещаясь из внутригрудного лимфатического узла в грудной проток, проходит:

- !легочные капилляры;
- +воротный синус;
- !сегментарные вены;
- !межклеточное пространство;
- !лимфенозные анастомозы.

7. Основной анатомической единицей легкого является:

- !доля;
- +сегмент;
- !ацинус;
- !долька;
- !альвеола.

8. Снабжение ткани легкого кровью в основном обеспечивается:

- !легочными артериями;
- !межреберными артериями;
- +бронхиальными артериями;
- !нижними щитовидными артериями;
- !диафрагмальными артериями.

9. Для стабильного состояния альвеол особое значение имеет:

- !уровень давления в плевральной полости;
- +система сурфактанта;
- !кровоснабжение ткани легкого;
- !подвижность грудной стенки;
- !глубина дыхания.

10. Вдох в норме обеспечивают:

- +диафрагма и наружные межреберные мышцы;
- !большие грудные мышцы;
- !диафрагма и внутренние межреберные мышцы;
- !мышцы спины;
- !большие и малые грудные мышцы.

1. **Расспрос и физикальные методы исследования позволяют:**
 - +заподозрить туберкулез;
 - !исключить туберкулез;
 - !верифицировать диагноз туберкулеза;
 - !установить массивность бактериовыделения;
 - !исключить возможность сочетания туберкулеза с ВИЧ-инфекцией.

2. **Более ранним признаком туберкулеза является:**
 - !одышка;
 - !кашель с мокротой;
 - !кровохарканье;
 - !боль в грудной клетке при дыхании;
 - +повышение температуры тела до 37—37,4° С 2—3 раза в неделю.

3. **Пальпацию грудной клетки проводят для определения:**
 - !ритма дыхания;
 - !нижних границ легких;
 - !подвижности нижних краев легких;
 - !характера дыхания;
 - +голосового дрожания.

4. **У больных с начальными проявлениями туберкулеза легких при осмотре обычно отмечают:**
 - !дистрофические изменения кожи;
 - !расширенные межреберные промежутки;
 - !крыловидные лопатки;
 - +отсутствие каких-либо видимых патологических изменений;
 - !дефицит массы тела.

5. **ПеркуSSION легкиx проводят для определения:**
 - !ритма дыхания;
 - !побочных дыхательных шумов;
 - +подвижности нижних краев легких;
 - !характера дыхания;
 - !голосового дрожания.

6. **Аускультацию легкиx проводят для определения** !глубины дыхания;
 - !подвижности нижних краев легких;
 - +характера дыхания;
 - !голосового дрожания;
 - !патологического ритма дыхания.

7. **Туберкулин содержит:**
 - !L-формы возбудителя туберкулеза;
 - !все антигенные компоненты МБТ;
 - +отдельные антигенные компоненты возбудителя туберкулеза;
 - !убитые *M. bovis*;
 - !антитела к МБТ.

9. **Выявить специфическую аллергию к МБТ позволяет:**
 - !общий анализ крови;
 - !рентгенография легкиx;
 - !микроскопическое исследование бронхиального содержимого;
 - !фибробронхоскопия;
 - +туберкулинодиагностика.

10. **Внутрикожное введение туберкулина:**
 - !у неинфицированного МБТ человека может привести к заболеванию туберкулезом;
 - +у инфицированного МБТ человека вызывает формирование в месте введения папулы;
 - !у неинфицированного МБТ человека вызывает формирование в месте введения папулы;
 - !у неинфицированного МБТ человека позволяет выявить отрицательную анергию;
 - !у инфицированного МБТ человека позволяет выявить положительную анергию.

11. **У инфицированного МБТ человека в месте внутри кожного введения 2 ТЕ обычно формируется:**

!пустула;
!люпома;
!участок депигментации;
+папула;
!участок гиперпигментации.

12.Пробу Манту обычно применяют с целью:

!уточнения локализации туберкулезного поражения;
+проведения массовой туберкулинодиагностики;
!подтверждения наличия деструкции в зоне туберкулезного поражения;
!определения биологического вида туберкулезного возбудителя;
!подтверждения биологической трансформации МБТ в L-формы.

13.При пробе Манту с 2 ТЕ гиперергическая реакция на туберкулин у взрослых проявляется папулой размером не менее:

!7 мм;
!12 мм;
!15 мм;
!17 мм;
+21 мм.

14.При пробе Манту с 2 ТЕ гиперергическая реакция на туберкулин у детей проявляется папулой размером не менее:

!7 мм;
!12 мм;
!15 мм;
+17 мм;
!21 мм.

15.Результат внутрикожной туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ оценивают, когда с момента введения туберкулина пройдет:

!12 ч;
!16 ч;
!24 ч;
+72 ч;
!96 ч.

16.У впервые инфицированного МБТ ребенка после пробы Манту на месте папулы в дальнейшем нередко формируется:

!звездчатый белесоватый рубчик;
!линейный белесоватый рубчик;
!участок депигментации;
!лимфангит;
+участок гиперпигментации.

17.У вакцинированного БЦЖ ребенка отмечают переход поствакцинальной аллергии в инфекционную, если размеры папулы в месте введения 2 ТЕ, по сравнению с данными ранее проводимой пробы Манту:

!увеличились на 2—3 мм;
+увеличились на 6 мм и более;
!увеличились не менее чем на 10 мм;
!уменьшились на 2—3 мм;
!остались без изменений.

18.Поствакцинальная аллергия маловероятна, если размеры папулы при пробе Манту с 2 ТЕ:

!5 мм;
!7 мм;
!9 мм;
!11 мм;
+более 12 мм.

19. Наличие гиперергической реакции подтверждает появление в месте введения 2 ТЕ:

! папулы размером 12—15 мм;
+везикулы;
!гиперемии;
!«лимонной корочки»;
!кровоизлияния.

20. Отрицательная реакция на туберкулин у больного туберкулезом обусловлена:

- !положительной анергией;
- !приемом противотуберкулезных препаратов;
- !прекращением бактериовыделения;
- +отрицательной анергией;
- !закрытием полостей распада в легких.

21. Для решения вопроса о сохранении активности туберкулезного процесса более информативна проба:

- !Пирке со 100% туберкулином;
- !Пирке-градуированная;
- !Манту с 10 ТЕ;
- !Манту с 100 ТЕ;
- +Коха.

22. Противопоказанием для проведения пробы Манту с 2 ТЕ являются:

- !положительная реакция на пробу Манту в анамнезе;
- +кожные проявления экссудативного диатеза;
- !большие остаточные изменения после перенесенного туберкулеза;
- !пищевая аллергия;
- !туберкулез у других членов семьи.

23. Пробу Коха используют с целью:

- !диагностики первичного инфицирования МБТ;
- !выявления поствакцинальной аллергии;
- !определения резистентности к туберкулезной инфекции;
- +дифференциальной диагностики туберкулеза и других заболеваний;
- !выявления положительной анергии к МБТ.

24. Снижение чувствительности к туберкулину бывает при развитии:

- !мононуклеоза;
- +саркоидоза;
- !хронического тонзиллита;
- !сахарного диабета;
- !тиреотоксикоза.

25. Повышение чувствительности к туберкулину бывает при развитии:

- !лимфогранулематоза;
- !коклюша;
- +хронического тонзиллита;
- !злокачественного новообразования;
- !краснухи.

27. Микробиологическое исследование диагностического материала на МБТ имеет большое значение для подтверждения:

- !поствакцинальной аллергии;
- + природы патологического процесса;
- !виража чувствительности к туберкулину;
- !отрицательной анергии;
- !положительной анергии.

28. Для обнаружения МБТ в диагностическом материале его нужно окрасить методом:

- !Грама;
- !Бойля—Мариота;
- !Ван-Гизона;
- !Вельтмана;
- +Циля—Нельсена.

29. Биологический вид микобактерий позволяет установить:

- !прямая микроскопия после окраски по Цилю—Нельсону;
- !прямая микроскопия после окраски по Шпенглеру;
- !прямая микроскопия после флотации;
- !люминесцентная микроскопия;
- +культуральное исследование.

- 30. Для исследования чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам необходимо получить чистую культуру микобактерий методом:**
 !прямой микроскопии с окраской по Цилю—Нельсону;
 !прямой микроскопии с окраской по Шпёнгеру;
 !прямой микроскопии после флотации;
 !люминесцентной микроскопии;
 +посева.
- 31. Быстрым способом определения чувствительности МБТ к лекарствам является:**
 !люминесцентная микроскопия;
 +исследование с использованием биологических микрочипов;
 !иммуноферментный анализ;
 !градуированная проба Пирке;
 !тест TB-Spot.
- 32. Наиболее информативный метод выявления фазы распада при туберкулезе легких:**
 !фибробронхоскопия;
 !магнитно-резонансная томография (МРТ);
 !боковая рентгенография;
 !томография;
 +компьютерная томография (КТ).
- 33. При туберкулезе органов дыхания из эндоскопических методов чаще используют:**
 +фибробронхоскопию;
 !медиастиноскопию;
 !торакоскопию;
 !ларингоскопию;
 !риноскопию.
- 34. Классическим местом для удаления жидкости из плевральной полости является:**
 !первый—второй межреберный промежуток;
 !третий—четвертый межреберный промежуток;
 !пятый—шестой межреберный промежуток;
 +седьмой—восьмой межреберный промежуток;
 !нижний край IX ребра.
- 35. Для получения диагностического материала из стенки долевого бронха обычно проводят биопсию:**
 !трансбронхиальную;
 !аспирационную;
 +щеточную;
 !трансторакальную игловую;
 !прескаленную.
- 36. При активном туберкулезе легких в общем анализе крови часто выявляют:**
 !анемию и тромбоцитопению;
 !лейкопению и лимфоцитоз;
 !олигохромазию и анизоцитоз;
 +лейкоцитоз и лимфопению;
 !лейкоцитоз и моноцитопению.
- 37. Интегральным показателем для оценки функции внешнего дыхания являются:**
 +показатели газового состава и кислотно-щелочного состояния крови;
 !данные спирографии;
 !результаты общей плетизмографии;
 !результаты капилляроскопии;
 !показатели остаточного объема легких

II. Клиническая картина и диагностика туберкулеза

Глава 7. Классификация

- 1. Правильной формулировкой диагноза является:**
 +очаговый туберкулез II сегмента правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ—;
 !инфильтративный туберкулез с распадом, МБТ+;
 !туберкулез левого легкого в фазе распада, МБТ+;
 !пневмония туберкулезной этиологии верхней доли левого легкого в фазе уплотнения, МБТ— ;
 !единичная туберкулема нижней доли правого легкого, МБТ—.

2. Правильной формулировкой диагноза является:

- +кавернозный туберкулез II сегмента правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ— ;
- !туберкулема с распадом, МБТ+;
- !туберкулез левого легкого в фазе распада, МБТ+;
- !туберкулезная пневмония доли левого легкого в фазе распада, МБТ+, кровохарканье;
- !конгломерат очагов в нижней доли правого легкого, МБТ—.

3. Согласно Международной клинической классификации болезней выделяют:

- !туберкулез легких и плевры, туберкулез костей и суставов, туберкулез нервной системы, туберкулез половых органов;
- +туберкулез органов дыхания, туберкулез нервной системы, туберкулез других органов и систем, милиарный туберкулез;
- !туберкулез органов дыхания, туберкулез костей и суставов, мочеполовой туберкулез, милиарный туберкулез;
- !туберкулез легких и лимфатических узлов, туберкулезный плеврит, туберкулезный менингит, туберкулез мочеполовой системы;
- !туберкулез легких, первичный туберкулез, вторичный туберкулез, диссеминированный туберкулез, абдоминальный туберкулез.

4. Формулировка клинического диагноза туберкулеза отражает:

- !метод выявления туберкулеза и функциональных нарушений в связи с заболеванием туберкулезом;
- !давность заболевания и распространенности туберкулезного процесса;
- !возраст больного и рентгенологическую характеристику туберкулезного процесса;
- !чувствительность к туберкулину и выраженность туберкулезной интоксикации;
- +клиническую форму и фазу туберкулезного процесса.

Глава 8. Первичный туберкулез**1. Первичный туберкулез — заболевание, которое возникает:**

- !после первого контакта с больным туберкулезом;
- +в связи с первым проникновением в организм вирулентных МБТ;
- !после завершения латентной туберкулезной инфекции и формирования микрокальцинатов;
- !в основном у невакцинированных БЦЖ детей первого года жизни;
- !в основном у вакцинированных БЦЖ детей первого года жизни.

2. Первичный туберкулез отличается от вторичного:

- !наклонностью к прогрессированию;
- !сниженной чувствительностью к туберкулину;
- +вовлечением в патологический процесс лимфатической системы;
- !наклонностью к формированию деструкции и бронхогенному распространению МБТ;
- !преимущественным поражением верхних отделов легких.

3. Удельный вес заболевших первичным туберкулезом среди впервые выявленных больных составляет:

- +1-5%;
- !5-10%;
- !10-15%;
- !15-20%;
- !20-25%.

4. У больных с неосложненным течением первичного туберкулеза чувствительность к туберкулину чаще:

- !отрицательная;
- !сомнительная;
- !нормергическая;
- +гиперергическая;
- !слабоположительная.

5. При первичном туберкулезе параспецифические реакции нередко

- !лихорадкой;
- !эпизодическим повышением температуры тела до субфебрильной;
- +конъюнктивитом;
- !потливостью;
- !психоэмоциональной лабильностью.

проявляются:

6. Особенностью туберкулезной интоксикации как формы первичного

- +малый объем специфических изменений;
- !локализация специфических изменений в периферических лимфатических узлах;
- !преобладание в клинической картине симптомов локального поражения;
- !частое наличие деструкции в зоне поражения;

туберкулеза является:

!частое развитие отрицательной анергии.

7.Туберкулезная интоксикация как клиническая форма туберкулеза обычно проявляется:

!стойким повышением температуры тела до 38—38,5 °С; !одышкой и тахикардией;
!постепенно усиливающейся головной болью;
+различными функциональными расстройствами и микрополиаденопатией;
!анорексией и дистрофией.

8.Длительность туберкулезной интоксикации как формы первичного

туберкулеза редко превышает:

!1 мес;
!3 мес;
!6 мес;
+8 мес;
!12 мес.

9.Установлено, что у больных с диагнозом туберкулезной интоксикации специфические изменения чаще поражают:

!печень и селезенку;
+внутригрудные лимфатические узлы;
!легкие;
!почки;
!внутренние половые органы.

10.При длительном течении туберкулезной интоксикации периферические лимфатические узлы:

!чаще не изменены;
!увеличены, мягкоэластической консистенции, безболезненные, иногда спаяны с кожей и подкожной клетчаткой;
!увеличены, мягкоэластической консистенции, безболезненные, не спаяны с кожей и подкожной клетчаткой;
+мелкие, плотной консистенции, безболезненные;
!увеличены, с признаками периаденита.

11.Наиболее частой клинической формой первичного туберкулеза является:

!первичный туберкулезный комплекс;
+туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;
!туберкулезная интоксикация;
!туберкулезный плеврит;
!милиарный туберкулез.

12.Патологию тени корня легкого обычно выявляют у больных:

!инфильтративным туберкулезом;
+туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов;
!туберкулезной интоксикацией;
!диссеминированным туберкулезом;
!туберкулемой.

13.При туберкулезном бронхоадените поражены:

!трахеобронхиальные лимфатические узлы;
!аортальные;
+бронхопульмональные;
!бифуркационные;
!трахеобронхиальные.

14.Туморозную форму туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов определяют в случае:

!сочетания туберкулеза с опухолевым поражением;
!наличия периаденита;
!развития лимфогенной каверны;
+значительного увеличения тени корня и достаточно четкой его наружной границы;
!поражения всех групп внутригрудных лимфатических узлов.

15.Инфильтративную форму туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов подтверждает обнаружение:

!лимфогенной каверны;
!туберкулезного поражения стенки бронха;
!нодулобронхиального свища;
!очаговой диссеминации;
+размытой наружной границы тени корня легкого.

16.При малых формах туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов обычно поражены:

- +1—2 узла диаметром не более 15 мм;
- !2—3 узла диаметром не более 20 мм;
- !не более 3 узлов диаметром не более 30 мм;
- !не более 2 узлов диаметром не более 30 мм;
- !3—4 узла диаметром не более 15 мм.

17.Рентгенологически трудно отличить от пневмонии первую стадию:

- !туморозной формы бронхоаденита;
- +первичного туберкулезного комплекса;
- !туберкулезной интоксикации;
- !хронически текущего первичного туберкулеза;
- !инфильтративной формы бронхоаденита.

18.Наиболее частая локализация легочного компонента первичного туберкулезного комплекса:

- +хорошо вентилируемые сегменты обоих легких;
- !I сегмент правого легкого;
- !III сегмент правого легкого;
- !VI сегмент правого или левого легкого;
- !I—II сегменты левого легкого.

19.При первичном туберкулезном комплексе симптом биполярности чаще выявляют в фазе:

- !инфильтрации;
- !распада;
- !обсеменения;
- +рассасывания;
- !обызвествления.

20.В исходе неосложненного первичного туберкулезного комплекса

формируются:

- +очаг Гона и кальцинаты;
- !очаг Ашоффа— Пуля и кальцинаты;
- !очаг Гона, очаги Симона и кальцинаты;
- !очаг Абрикосова и кальцинаты;
- !очаги Симона и кальцинаты.

21.Неосложненное течение первичного туберкулеза у детей наблюдается:

- !в большинстве случаев;
- !в 2/3 случаев;
- !в 3/4 случаев;
- +в 1/3 случаев;

!в 1/2 случаев

22.Угроза развития первичной легочной каверны возникает при осложненном течении:

- !туберкулезного бронхоаденита;
- !туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов паратрахеальной группы;
- !туберкулеза бифуркационных внутригрудных лимфатических узлов;
- +первичного туберкулезного комплекса;
- !реинфекционного первичного туберкулеза.

23.Наиболее опасное для жизни больного осложнение первичного туберкулеза:

- !ателектаз;
- !плеврит;
- !нодулобронхиальный свищ;
- !лимфогенная и бронхогенная диссеминация;
- +менингит.

24.Наиболее частое осложнение первичного туберкулеза:

- !легочное кровотечение;
- !спонтанный пневмоторакс;
- +плеврит;
- !легочно-сердечная недостаточность;
- !амилоидоз.

25.Реинфекционному первичному туберкулезу предшествует:

- !клиническое излечение;
- !анатомическое излечение;
- +биологическое излечение;
- !гиперсенсibilизация организма;

!эндогенная реактивация.

26. Наиболее частый вариант излечения первичных очагов:

!рассасывание;
!рубцевание;
+обызвествление;
!оссификация;
!инкапсуляция.

27. Явные признаки кальцинации в первичных туберкулезных очагах обычно обнаруживают, когда с момента их образования прошло:

!1—2 мес;
!3—4 мес;
!5-6 мес;
+10-12 мес;
!не менее 12 мес.

28. Хронически текущий первичный туберкулез характеризуется:

!наличием внелегочных поражений;
!медленным обратным развитием;
+волнообразным и неуклонно прогрессирующим течением;
!преобладанием продуктивной тканевой реакции;
!инапперцептным течением.

Глава 9. Диссеминированный туберкулез легких

1. Удельный вес больных диссеминированным туберкулезом среди впервые выявленных составляет около:

+ 5%;
!10-12%;
!15-25%;
!30-35%;
!более 35%.

2. Диссеминированный туберкулез отличается от неосложненного первичного туберкулеза:

!хроническим течением;
+преимущественным расположением очагов в верхних отделах легких;
!субплевральной локализацией очагов;
!формированием внелегочных очагов поражения;
!биологическим излечением на фоне лечения.

3. Диссеминированный туберкулез отличается от вторичного туберкулеза:

!преимущественно бронхогенным распространением МБТ;
!расположением очагов в верхних отделах легких;
! субплевральной локализацией очагов;
+преимущественно гематогенным распространением МБТ;
!клиническим излечением на фоне лечения.

4. Фактор, исключающий развитие диссеминированного туберкулеза легких:

!бактериемия;
!биологическая изменчивость МБТ;
+положительная анергия;
!внелегочная локализация источника диссеминации;
!экзогенная суперинфекция.

5. Для развития диссеминированного туберкулеза особое значение имеет:

!гипертермия;
+гиперсенсibilизация;
!гиперкетонемия;
!гипертония;
!гипергликемия.

6. При гематогенной диссеминации источником МБТ чаще бывает:

+неравномерно обызвествленный внутригрудной лимфатический узел;
!туберкулема с включениями солей кальция;
!внелегочный осумкованный казеозный очаг;
!свежая каверна;

!фиброзная каверна.

7. При диссеминированном туберкулезе основной путь распространения МБТ:

+гематогенный;
!лимфогенный;
!бронхогенный;
!перибронхогенный;
!контактный.

8. При диссеминированном туберкулезе чаще поражаются:

!почки и мочеточники;
!матка и маточные трубы;
!позвонки;
!сетчатка глаза и мягкая мозговая оболочка;
+легкие.

9. Диссеминированный туберкулез представляет особенно высокую опасность для жизни при поражении:

!печени;
!почек;
!селезенки;
!позвоночника;
+мягкой мозговой оболочки.

10. При туберкулезе типичный морфологический признак очагов диссеминации:

!верхнедолевая локализация;
!ранняя инкапсуляция;
+интерстициальное расположение;
!выраженная инфильтрация вокруг очагов;
!неоднородность структуры.

11. Двусторонняя симметричная очаговая диссеминация в легких возникает при распространении МБТ:

! контактным путем;
+гематогенным путем;
!лимфогенным путем;
!бронхогенным путем;
!спутогенным путем.

12. Двусторонняя асимметричная очаговая диссеминация в легких возникает при распространении МБТ:

!контактным путем;
!гематогенным путем;
+лимфогенным путем;
!бронхогенным путем;
!спутогенным путем.

13. Поражение одного легкого множественными очагами возникает при распространении МБТ:

!контактным путем;
!гематогенным путем;
+лимфогенным путем;
!бронхогенным путем;
!спутогенным путем.

14. Преимущественное расположение очагов в прикорневой зоне возникает при распространении МБТ:

!контактным путем;
!гематогенным путем;
+лимфогенным путем;
!бронхогенным путем;
!спутогенным путем.

15. Двусторонняя нижнедолевая диссеминация в легких возникает при распространении МБТ:

!контактным путем;
!гематогенным путем;
!лимфогенным путем;

+бронхогенным путем;
!перибронхогенным путем.

16. Среди форм диссеминированного туберкулеза наибольшую эпидемическую опасность представляет:

!тифоидная;
!легочная;
+подострая;
!менингеальная;
!острая.

17. Штампованные каверны — типичный признак:

!легочной формы милиарного туберкулеза;
+хронической формы диссеминированного туберкулеза;
! подострой формы диссеминированного туберкулеза;
!тифоидной формы диссеминированного туберкулеза;
!острого диссеминированного туберкулеза.

18. Выделяют следующие формы милиарного туберкулеза:

!первичную, вторичную, третичную;
!раннюю, позднюю, хронически текущую;
!свежую, подострую, хроническую;
+тифоидную, легочную, менингеальную;
!абортивную, неосложненную, осложненную.

19. Больных диссеминированным туберкулезом легких чаще беспокоит:

!кашель;
+одышка;
!выделение мокроты;
!кровохарканье;
!осиплость голоса.

20. У больных милиарным туберкулезом (тифоидная форма) при перкуссии и аускультации чаще выявляют:

+неизменный легочный звук, везикулярное дыхание;
!коробочный звук, бронхиальное дыхание;
!тимпанический легочный звук, жесткое дыхание, единичные мелкопузырчатые хрипы;
!притупленный легочный звук в межлопаточном пространстве, везикулярное дыхание;
!укороченный легочный звук в нижних отделах обоих легких, жесткое дыхание, крепитацию.

21. У больных милиарным туберкулезом при исследовании бронхиального содержимого обычно отмечают:

!значительное количество МБТ;
!умеренное количество МБТ;
!единичные МБТ;
+отсутствие МБТ;
!наличие вторичной микробной флоры.

22. При милиарном туберкулезе на фоне специфической терапии чувствительность к туберкулину постепенно становится:

!гиперергической;
+нормергической;
!резко положительной;
!отрицательной;
!сомнительной.

23. Сроки появления очаговых теней на рентгенограмме при милиарном туберкулезе легких:

!1 день заболевания;
!2-3 дни;
!4-7 дни;
+10-14 дни;
!15-20 дни.

24. Обнаружение на рентгенограмме в обоих легких множественных односторонних малой интенсивности очаговых теней размером до 2 мм в сочетании с обеднением легочного рисунка и размытостью тени корней легких подтверждает диагноз:

! казеозной пневмонии;
! очагового туберкулеза;

+милиарного туберкулеза;
!подострого диссеминированного туберкулеза;
!хронического диссеминированного туберкулеза.

25.Обнаружение на рентгенограмме в верхних и средних отделах обоих легких множества очагов размером 5—10 мм малой и средней интенсивности с тенденцией к слиянию в конгломераты неоднородной структуры подтверждает диагноз:

!казеозной пневмонии;
!очагового туберкулеза;
!милиарного туберкулеза;
+подострого диссеминированного туберкулеза;
!хронического диссеминированного туберкулеза.

26. Обнаружение на рентгенограмме в верхних и средних отделах обоих легких множества полиморфных очагов в сочетании с сетчатым фиброзом, дислокацией корней вверх, апикальными наслоениями, капельным сердцем и базальной эмфиземой подтверждает диагноз:

!милиарного туберкулеза;
!подострого диссеминированного туберкулеза;
+хронического диссеминированного туберкулеза;
!очагового туберкулеза;
!цирротического туберкулеза.

27. При милиарном туберкулезе легких множественные очаги поражают

!преимущественно верхушки;
!преимущественно средние и нижние отделы;
!все отделы, кроме прикорневой зоны;
!в основном верхние и средние отделы;
+равномерно все отделы.

28.Полиморфизм очагов при хроническом диссеминированном туберкулезе обусловлен:

!одномоментным поступлением в кровь большого количества МБТ;
+повторными волнами бактериемии;
!непрерывным поступлением МБТ в кровь;
!сочетанием бронхогенного и гематогенного путей распространения МБТ;
!одновременным распространением МБТ по гематогенным, лимфогенным и бронхогенным путям.

29.Характерным признаком хронического диссеминированного туберкулеза легких является:

!тотальное поражение обоих легких очагами;
!мономорфная очаговая диссеминация;
+подтягивание вверх и деформация корней легких;
!гипертрофия левых отделов сердца;
!гипертрофия правых и левых отделов сердца.

30. Типичное осложнение диссеминированного туберкулеза:

!туберкулез кишечника;
!туберкулезный увеит;
!ревматоид Понсе;
!туберкулез миндалин;
+туберкулез гортани.

31. При своевременной диагностике и адекватном лечении почти все очаги диссеминации могут рассосаться у больных:

!хроническим диссеминированным туберкулезом;
!подострым диссеминированным туберкулезом;
+милиарным туберкулезом;
!первичным туберкулезным комплексом, осложненным лимфогематогенной диссеминацией;
!туберкулезным бронхоаденитом, осложненным лимфогематогенной диссеминацией.

Глава 10. Очаговый туберкулез

1.Отличительным морфологическим признаком очагового туберкулеза является:

!более частая локализация в базальных сегментах;
+изолированное поражение отдельных долек одного-двух сегментов легкого;
!отсутствие участков деструкции в зоне поражения;
!наличие трехслойной стенки, окружающей зону поражения;
!наличие обширной инфильтрации вокруг пораженной долилки легкого.

2.Выделяют следующие формы очагового туберкулеза:

!экссудативный и пролиферативный;

+свежий и хронический;
 !прогрессирующий и регрессирующий;
 !типичный и атипичный;
 !первичный и вторичный.

3. Очаг Абрикосова — это:

!участок деструкции в легочной доле, окруженный трехслойной капсулой;

+казеозная бронхопневмония долики легкого;

!жидкие казеозные массы, инкапсулированные в пределах долики легкого;

!пропитанные солями кальция казеозные массы в долеке легкого;

!фиброзированная доляка легкого с точечными вкраплениями казеозных масс.

4. Специфическая воспалительная реакция при очаговом туберкулезе ограничивается границами:

!сегмента легкого;

!ацинуса;

+легочной долики;

!бронхопульмонального лимфатического узла;

!верхушки легкого.

5. Среди впервые выявленных больных очаговый туберкулез обычно составляет не более:

!5%;

!10%;

+15%;

!20%;

!25%.

6. Свежий очаговый туберкулез чаще обнаруживают при обследовании лиц:

!обратившихся к врачу в связи с кашлем и выделением мокроты;

!обратившихся к врачу в связи с появлением признаков вегетососудистой дистонии;

+проходящих плановую диспансеризацию;

!госпитализированных в связи с декомпенсацией сахарного диабета;

!длительно лечившихся глюкокортикоидами.

7. Наиболее частая локализация поражения при очаговом туберкулезе:

!III сегмент;

!IV—V сегменты;

!VI—VII сегменты;

+I—II, VI сегменты;

!базальные сегменты.

8. Свежий туберкулезный очаг часто называют очагом:

!Ранке;

!Симона;

!Гона;

+Абрикосова;

!Ашоффа—Пуля.

9. У больных очаговым туберкулезом МБТ чаще обнаруживают при исследовании:

!биоптата периферических лимфатических узлов;

+бронхиального содержимого после раздражающих ингаляций;

!биоптата внутригрудных лимфатических узлов;

!мокроты, отделяемой больным при кашле;

!слюны, собранной больным утром сразу после пробуждения.

10. При очаговом туберкулезе чувствительность к туберкулину чаще:

+нормергическая;

!парадоксальная;

!гиперергическая;

!отрицательная;

!сомнительная.

11. Деструкцию в туберкулезном очаге чаще обнаруживают при проведении:

!флюорографии;

!рентгенографии;

+КТ;

!фибробронхоскопии;

!ультразвукового исследования (УЗИ).

12. Наиболее частые клинические признаки свежего очагового туберкулеза:

- !полиаденопатия, повышение температуры тела до 37—37,4 °С;
- !одышка, тахикардия при физической нагрузке, гипотония;
- +слабость, недомогание, снижение работоспособности, небольшая потливость;
- !сухой кашель, периодически появление кровохарканья;
- !кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты.

13. При инволюции свежего очагового туберкулеза нередко формируются очаги:

- !Симона;
- !Гона;
- !Абрикосова;
- +Ашоффа—Пуля;
- !Ассмана.

14. Наиболее информативным методом выявления очагового туберкулеза является:

- !клиническое обследование;
- !микробиологическая диагностика;
- !туберкулинодиагностика;
- +рентгенография органов грудной клетки;
- !фибробронхоскопия.

15. Хронический очаговый туберкулез нередко формируется в процессе обратного развития:

- +инфильтративного туберкулеза;
- !казеозной пневмонии;
- !туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов;
- !туберкулеза бронха;
- !туберкулезного плеврита.

16. При физикальном обследовании больного хроническим очаговым туберкулезом чаще определяют:

- !тимпанический оттенок легочного звука над верхушкой легкого;
- !влажные среднепузырчатые хрипы в межлопаточном пространстве;
- +притупление легочного звука над верхушкой легкого;
- !бронхиальное дыхание;
- !расширение межреберных промежутков.

17. У больных с прогрессирующим очаговым туберкулезом над зоной поражения чаще выслушивают:

- !разнокалиберные влажные хрипы над верхней долей правого легкого;
- +единичные мелкопузырчатые хрипы над верхушкой легкого;
- !распространенные свистящие хрипы;
- !крепитацию над зоной поражения;
- !сухие и среднепузырчатые хрипы над верхними отделами обоих легких.

18. Частая причина сухих хрипов при очаговом туберкулезе:

- !туберкулез бронхов;
- !разлитой катаральный эндобронхит;
- +ограниченный катаральный эндобронхит;
- !деструкция легочной ткани;
- !инфильтрация легочной ткани.

19. Причина появления мелкопузырчатых влажных хрипов при очаговом туберкулезе:

- !локальная эмфизема;
- !деструкция в туберкулезном очаге;
- !туберкулез бронха;
- +инфильтрация ткани вокруг очагов;
- !перибронхиальный фиброз.

20. У больного очаговым туберкулезом чаще отмечают:

- !амфорическое дыхание;
- !бронхиальное дыхание;
- !усиленное везикулярное дыхание;
- +ослабленное везикулярное дыхание;
- !значительно ослабленное дыхание.

21. Активность очагового туберкулеза подтверждает:

!нормергическая чувствительность к туберкулину;
 +лейкоцитоз, относительная лимфопения;
 !четкие контуры очагов на рентгенограмме;
 !везикулярное ослабленное дыхание;
 !высокая интенсивность очаговых теней на рентгенограмме.

22. Активность очагового туберкулеза легких обычно уточняют при проведении:

!пробы Манту;
 !фибробронхоскопии;
 +пробы Коха;
 !морфологического исследования биоптата из зоны поражения;
 !рентгеноскопии.

23. Под очаговой тенью понимают затемнение размером:

+2—12 мм;
 !12-20 мм;
 !20-25 мм;
 !25-30 мм;
 !30 -35 мм.

24. При очаговом туберкулезе на рентгенограмме органов грудной клетки чаще обнаруживают:

!множественные очаговые тени, расположенные в верхних отделах;
 !одиночную очаговую тень;
 +группу очаговых теней в верхушечном сегменте;
 !очаговые тени, сливающиеся в фокусы;
 !очаговые тени с нечеткими контурами в нижних долях.

25. Более часто хронический очаговый туберкулез осложняется:

!менингитом;
 !ателектазом;
 !плевритом;
 +кровохарканьем;
 !казеозной пневмонией.

26. Наиболее вероятный исход при адекватном лечении больного свежим очаговым туберкулезом:

!полное рассасывание;
 !образование рубцов;
 !обызвествление;
 +частичное рассасывание и уплотнение;
 !образование конгломератной туберкулемы.

Глава 11. Инfiltrативный туберкулез легких.

Глава 12. Казеозная пневмония

1. При infiltrативном туберкулезе в зоне поражения:

!преобладает казеозно-некротическая тканевая реакция;
 !специфические изменения инкапсулируются;
 +доминирует экссудативная тканевая реакция;
 !преобладает продуктивная тканевая реакция;
 !отторгаются казеозные массы и образуются множественные острые каверны.

2. Удельный вес infiltrативного туберкулеза в структуре впервые выявленных больных:

! 5-15%;
 !15-25%;
 !35-45%;
 +65-75%;
 !75-85%.

3. Одним из клинико-рентгенологических вариантов туберкулезного infiltrата является:

!очаговый;
 +округлый;
 !конгломератный;
 !солитарный;
 !милиарный.

4. Одним из клинико-рентгенологических вариантов туберкулезного инфильтрата является:

!свежий;
+лобарный;
!солитарный;
!милиарный;
!хронический.

5. Одним из клинико-морфологических вариантов туберкулезного инфильтрата является:

! подострый;
+облаковидный;
! конгломератный;
!хронически текущий;
!ложный.

6. Инфильтративному туберкулезу легких непосредственно предшествует:

!туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;
!первичный туберкулезный комплекс;
+очаговый туберкулез;
!туберкулема;
!кавернозный туберкулез.

7. Поражение туберкулезным воспалением расположенных рядом 2—3 долек отмечают при сформированном:

!сегментарном инфильтрате;
!облаковидном инфильтрате;
!периссиссурите;
!лобите;
+бронхообулярном инфильтрате.

8. Поражение туберкулезным воспалением доли легкого соответствует:

!округлому инфильтрату;
!облаковидному инфильтрату;
!периссиссуриту;
+лобиту;
!бронхообулярному инфильтрату.

9. При инфильтративном туберкулезе выраженность клинических признаков определяется:

!наличием внелегочных очагов;
!локализацией поражения;
/наличием МБТ в мокроте;
+клинико-рентгенологическим вариантом инфильтрата;
!социальным статусом больного.

10. У больных инфильтративным туберкулезом легких кашель с мокротой обычно появляется в случае:

!поражения плевры над инфильтратом;
+распада легочной ткани в зоне поражения;
!формирования бронхообулярного свища;
!развития лимфогематогенной диссеминации;
!поражения регионального внутригрудного лимфатического узла.

11. Выделение умеренного количества слизисто-гнойной мокроты с МБТ

! туберкулезным плевритом;
!очаговым туберкулезом легких в фазе инфильтрации;
!туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов;
+инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада;
!милиарным туберкулезом в фазе инфильтрации.

более характерно для больных:

12. Притупление перкуторного звука у нижнего угла лопатки справа определяют при формировании:

!полости распада во II сегменте правого легкого;
!туберкулемы в I сегменте правого легкого;
+округлого инфильтрата в VI сегменте правого легкого;
!свежего туберкулезного очага в VI сегменте правого легкого;
!фиброзной каверны в I сегменте правого легкого.

13. Единичные влажные хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания чаще определяют над зоной поражения у больного с впервые выявлен-

ными:
!туберкулезом плевры;
!милиарным туберкулезом;
!туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов;
+облаковидным инфильтратом;
!туберкулезом трахеи.

14. Массивное выделение МБТ обнаруживают при развитии в легком:

!округлого инфильтрата;
+лобита;
!бронхолобулярного инфильтрата;
!сегментарного инфильтрата;
!свежих очагов.

15. Лейкоцитоз, лимфопению, палочкоядерный сдвиг, повышение СОЭ чаще определяют при наличии:

!лобита в фазе рассасывания;
!округлого инфильтрата в фазе распада;
!бронхолобулярного инфильтрата в фазе уплотнения;
+лобита в фазе распада;
!облаковидного инфильтрата в фазе уплотнения.

16. На рентгенограмме больного с бронхолобулярным инфильтратом обычно обнаруживают:

!кольцевидную тень размером не менее 3 x 4 см;
!группу очаговых теней высокой интенсивности;
!патологию тени корня легкого;
+ограниченное затемнение;
!распространенное затемнение.

17. При округлом инфильтрате обнаруживают:

!патологию корня легкого;
!очаговую тень;
+ограниченное затемнение;
!распространенное затемнение;
!кольцевидную тень.

18. Распространенное затемнение на рентгенограмме соответствует:

!кавернозному туберкулезу;
!очаговому туберкулезу;
!милиарному туберкулезу;
+лобиту;
!бронхолобулярному инфильтрату.

19. Результатом эффективного лечения облаковидного инфильтрата более часто являются:

+фиброз и фиброзные очаги;
!осумкованные фокусы;
!санированная каверна с перикавитарным фиброзом;
!фиброателектаз с инкапсулированными очагами;
!участки обызвествления.

20. Неблагоприятным исходом инфильтративного туберкулеза легких является:

!милиарный туберкулез;
!подострый диссеминированный туберкулез;
!хронический диссеминированный туберкулез;
+фиброзно-кавернозный туберкулез;
!хронически текущий первичный туберкулез.

21. Морфологическая основа казеозной пневмонии:

!обширные инфильтративные изменения в зоне поражения;
!множественные казеозные очаги в пределах доли легкого;
+казеозный некроз более чем одного сегмента легкого;
!осумкованный участок казеозного некроза более 12 мм;
!полость распада с широкой 3-слойной стенкой.

22. Особенностью казеозной пневмонии является:

- !преобладание параспецифических тканевых реакций;
- +выраженный казеозно-некротический компонент воспаления;
- !резко выраженный экссудативный компонент воспаления;
- !преобладание продуктивного компонента воспаления;
- !раннее формирование фиброзных изменений.

23. Удельный вес казеозной пневмонии в структуре впервые выявленных больных туберкулезом в РФ:

- !0,5-1,5%;
- !1-2%;
- +3-5%;
- !10-15%;
- !15-20%.

24. Летальность при казеозной пневмонии достигает:

- !5-10%;
- !20-30%;
- +3) 30-40%;
- !40-50%;
- !50-60%.

25. Ведущий патогенетический фактор развития казеозной пневмонии:

- !снижение количества Т-лимфоцитов;
- !повышение количества В-лимфоцитов;
- !снижение количества макрофагов;
- +избыточный апоптоз иммунокомпетентных клеток;
- !снижение функциональной активности Т-лимфоцитов.

26. Характер туберкулиновой чувствительности у больных казеозной пневмонией:

- !положительная анергия;
- +отрицательная анергия;
- !слабоположительная реакция;
- !гиперергическая реакция;
- !нормергическая реакция.

27. Клиническая картина казеозной пневмонии обычно характеризуется:

- !волнообразным течением;
- !рецидивирующим течением;
- !умеренно-выраженными клиническими признаками;
- +тяжелым, остро прогрессирующим течением;
- !подострым течением.

28. Благоприятным исходом казеозной пневмонии считают формирование:

- !очагового туберкулеза;
- !инфильтративного туберкулеза;
- +цирротического туберкулеза;
- !диссеминированного туберкулеза;
- !множественных туберкулем.

Глава 13. Туберкулема легких**1. Истинная туберкулема — это:**

- !казеозный фокус с обширной зоной перифокальной инфильтрации;
- !казеозная пневмония с поражением 2—3 долек легкого;
- +инкапсулированный казеозный фокус;
- !фиброз легочного сегмента с включением инкапсулированных казеозных очагов;
- !каверна, заполненная казеозными массами.

2. Истинная туберкулема характеризуется:

- !наличием трехслойной капсулы;
- +сохранением эластического каркаса легкого в зоне специфического поражения;
- !обилием казеозных масс в зоне поражения;
- !выраженной зоной перифокального воспаления;
- !вовлечением в процесс внутригрудных лимфатических узлов.

3. Удельный вес туберкулемы среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания составляет:

- !1-3%;
- +2-6%;
- !6-10%;
- !10-12%;
- !15-20%.

4. Появлению туберкулемы часто непосредственно предшествует:

- !милиарный туберкулез;
- +инфильтративный туберкулез;
- !казеозная пневмония;
- !фиброзно-кавернозный туберкулез;
- !первичный туберкулезный комплекс.

5. Ложной туберкулезе обычно непосредственно предшествует:

- !инфильтративный туберкулез;
- !казеозная пневмония;
- +кавернозный туберкулез;
- !цирротический туберкулез;
- !очаговый туберкулез.

6. Туберкулема отличается от округлого инфильтрата:

- !острым началом с выраженными симптомами интоксикации;
- !наличием очагов в окружающей ткани;
- +более скудной клинической симптоматикой;
- !наличием «дорожки» к корню легкого;
- !быстрой динамикой при проведении специфической химиотерапии.

7. При прогрессирующей туберкулезе над зоной поражения чаще выслушивают:

- !крепитирующие хрипы;
- !шум трения плевры;
- +мелкопузырчатые влажные хрипы;
- !разнокалиберные влажные хрипы;
- !сухие свистящие хрипы.

8. Перкуторный звук в месте проекции туберкулемы на грудную стенку:

- +притупленный или легочный;
- !тимпанический;
- !тупой;
- !громкий с тимпаническим оттенком;
- !коробочный.

9. Дыхание у больных с туберкулезом чаще:

- !ослабленное везикулярное;
- !усиленное везикулярное;
- +везикобронхиальное;
- !везикулярное;
- !бронхиальное.

10. У больных туберкулезом часто отмечают:

- !выраженную туберкулезную интоксикацию;
- +появление клинических симптомов при прогрессировании;
- !одышку при незначительной физической нагрузке;
- !выделение значительного количества слизисто-гнойной мокроты;
- !массивное бактериовыделение.

11. Туберкулема с волнообразным течением:

- !регрессирующая;
- !конгломератная;
- !ложная;
- +слоистая;
- !стационарная.

12. Наиболее частая локализация туберкулем:

- +I—II сегмент;
- !III—IV сегмент;

!III—VII сегмент;
!IX-X сегмент;
!V—VIII сегмент.

13. Туберкулемы обычно располагаются:

+субкортикально;
!по ходу добавочной междолевой борозды;
!в нижних отделах легких;
!в наддиафрагмальном пространстве;
!в прикорневой зоне.

14. Чувствительность к туберкулину у больных туберкулемой нередко:

!отрицательная в связи с положительной анергией;
+гиперергическая;
!сомнительная;
!отрицательная в связи с отрицательной анергией;
!слабоположительная.

15. Олигобациллярность больных туберкулемой обусловлена:

!наличием у туберкулемы фиброзной капсулы;
!неспособностью МБТ размножаться в казеозе;
!быстрым фагоцитозом МБТ в казеозе;
+поражением бронха и плохим дренированием казеозных масс;
!быстрой трансформацией МБТ, окруженных казеозом, в L-формы.

16. На рентгенограмме туберкулема обычно имеет вид:

!кольцевидной тени;
!распространенного затемнения;
+ограниченного затемнения;
!очаговой тени с четкими контурами;
!очаговой тени с размытыми контурами.

17. Рентгенологические признаки прогрессирования туберкулемы:

!четкий наружный контур;
!наличие очаговых теней высокой интенсивности в окружающей легочной ткани;
+появление просветления серповидной формы;
!включения высокой интенсивности;
!перифокальный фиброз.

18. На стационарное состояние туберкулемы указывает:

!размытость наружного контура;
!наличие центрального распада;
!очаговые тени малой интенсивности в легочной ткани ниже туберкулемы;
!очаговые тени малой интенсивности в легочной ткани выше туберкулемы;
+четкий наружный контур.

19. При регрессирующем течении рентгенологическое изображение туберкулемы чаще характеризуется:

!размытостью наружного контура;
+четким наружным контуром;
!«дорожкой» к корню легкого;
!центральной локализацией деструкции;
!краевой локализацией деструкции.

20. Неоднородность структуры туберкулемы часто обусловлена:

!малой плотностью казеозных масс;
!поражением ветвей дренирующего бронха;
+включениями солей кальция;
!неравномерным запустеванием микроциркуляторного русла кровеносными сосудами;
!неравномерным развитием соединительной ткани.

21. Чаще туберкулемы выявляют:

!при обследовании лиц, состоящих в контакте с больными туберкулезом легких;
+при плановой флюорографии;
!у лиц, госпитализированных по поводу пневмонии;
!у лиц, обратившихся к врачу связи с кровохарканьем;
!среди пациентов с ВИЧ-инфекцией.

22. Наиболее благоприятный исход при регрессирующем течении туберкулемы:

- +фиброзный очаг;
- !каверна с утолщенной стенкой;
- !санированная киста;
- !очаг Гопа;
- !очаг Абрикосова.

23. При прогрессировании туберкулемы чаще формируется:

- !казеозная пневмония;
- !фиброзно-кавернозный туберкулез;
- !цирротический туберкулез;
- +кавернозный туберкулез;
- !очаговый туберкулез.

24. Необходимость хирургического вмешательства при туберкулезе легкого объясняется:

- !высокой эпидемической опасностью больных;
- +недостаточной эффективностью консервативного лечения;
- !частым развитием легочного кровотечения;
- !высокой угрозой генерализации процесса;
- !возможностью развития дыхательной недостаточности.

Глава 14. Кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез легких

1. Для впервые выявленного кавернозного туберкулеза характерно:

- !двухслойная стенка каверны;
- !обилие полиморфных очагов в ткани, расположенной ниже каверны;
- !наличие секвестра в каверне;
- !грубый перикавитарный фиброз;
- +отсутствие выраженных перикавитарных инфильтративных изменений.

2. Среди впервые выявленных больных туберкулезом кавернозная форма составляет около:

- !1%;
- +3%;
- !5%;
- !7%;
- !10%.

3. Кавернозной форме туберкулеза чаще непосредственно предшествует:

- !очаговый туберкулез;
- +инфильтративный туберкулез;
- !диссеминированный туберкулез;
- !первичный туберкулезный комплекс;
- !туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

4. Кавернозной форме туберкулеза может предшествовать:

- !милиарный туберкулез;
- !цирротический туберкулез;
- +первичный туберкулезный комплекс;
- !хронический диссеминированный туберкулез;
- !фиброзно-кавернозный туберкулез.

5. Стенка свежей туберкулезной каверны отличается:

- !широким фиброзным слоем;
- !широким и непрерывным фиброзным слоем;
- !отсутствием фиброзного слоя;
- +тонким фиброзным слоем;
- !тонким и прерывистым фиброзным слоем.

6. Кавернозный туберкулез отличается от инфильтративного туберкулеза в фазе распада:

- !наличием эмфиземы;
- +наличием полостного образования, окруженного трехслойной стенкой;
- !выраженными фиброзными изменениями в зоне поражения;
- !наличием очагов бронхогенной диссеминации;
- !распространением МБТ лимфогематогенным путем.

7. Для кавернозной формы туберкулеза характерно наличие:

- +тонкостенной каверны;

!толстостенной каверны;
!выраженного плевропневмофиброза на стороне каверны;
!викарной эмфиземы в базальных отделах;
!множественных полиморфных очагов в обоих легких.

8. Длительность кавернозного туберкулеза не превышает:

!6 мес;
+1 года;
!2 лет;
!3 лет;
!5 лет.

9. Клинические проявления у впервые выявленного больного кавернозным туберкулезом, как правило:

!чаще отсутствуют;
!изменяются волнообразно;
/нередко резко выражены;
+выражены слабо или умеренно;
!появляются внезапно среди полного благополучия.

10. У больных кавернозным туберкулезом над зоной поражения дыхание чаще:

+везикулярное;
!амфорическое;
!металлическое;
!жесткое;
!пуэрильное.

11. У больных кавернозным туберкулезом исследование мокроты на МБТ:

!малоинформативно;
!высокоинформативно;
!наиболее информативно при окраске по Цилю—Нельсену;
!наиболее информативно при окраске люминесцентными красителями;
+наиболее информативно при культуральном исследовании.

12. У больных кавернозным туберкулезом чаще отмечают:

!отсутствие мокроты, МБТ—;
!большое количество гнойной мокроты, МБТ+/-;
!небольшое количество крошковатой мокроты, МБТ+/-;
+небольшое количество слизистой мокроты, МБТ+/-;
!большое количество слизисто-гнойной мокроты, МБТ+.

13. Более частая локализация туберкулезных каверн:

+II сегмент;
!III сегмент;
!IV сегмент;
!V сегмент;
!IX сегмент.

14. Толщина стенки каверны при кавернозном туберкулезе обычно не превышает:

!1 мм;
+2—3 мм;
!3—5 мм;
!5-10 мм;
!10-20 мм.

15. Рентгенологические признаки свежей каверны:

!четкость внутренних и наружных контуров;
!неровность внутренних и размытость наружных краев;
!равномерная кальцинация по всей окружности кольцевидной тени;
+четкость внутренних и размытость наружных контуров;
!размытость внутренних и наружных контуров.

16. Для кавернозного туберкулеза характерным рентгенологическим признаком является:

!очаговая тень;
+кольцевидная тень;
!патология корня легкого;
!ограниченное затемнение;

!распространенное затемнение.

17. Наиболее информативным методом выявления каверны в легком является:

!бронхоскопия;
!УЗ И органов грудной клетки;
+КТ органов грудной клетки;
!исследование мокроты на МБТ;
!обзорная рентгенограмма органов грудной клетки.

18. При благоприятном исходе на месте каверны формируется:

!очаг Гона;
!кальцинат;
+очаг или рубец;
!очаг Ашоффа—Пуля;
!очаг Абrikосова.

19. Прогрессирование кавернозного туберкулеза чаще приводит к формированию:

!внелегочных очагов поражения;
!диссеминированного туберкулеза;
!хронического очагового туберкулеза;
+фиброзно-кавернозного туберкулеза;
!туберкулемы.

20. Лечение впервые выявленного больного кавернозным туберкулезом чаще проводят в условиях:

!санатория;
!амбулаторного наблюдения в противотуберкулезном диспансере;
!дневного стационара;
!круглосуточного фтизиохирургического стационара;
+круглосуточного фтизиатического стационара.

21. Формированию кавернозного туберкулеза способствует:

!широкое применение лечения в условиях стационара;
+несвоевременное выявление и позднее начало лечения;
!использование комбинированной химиотерапии;
!широкое применение амбулаторной химиотерапии;
!большое разнообразие организационных форм, применяемых для лечения больных туберкулезом.

22. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких характеризуется:

!преимущественно симметричным поражением верхних отделов обоих легких;
!локализацией специфического поражения преимущественно в нижних отделах;
+выраженными фиброзными изменениями в легком на стороне каверны;
!наличием тонкостенной каверны в малоизмененной легочной ткани;
!каверны с широкой стенкой и милиарной диссеминацией в окружающей ткани.

23. Удельный вес фиброзно-кавернозного туберкулеза легких среди больных, умерших от туберкулеза:

!20%;
!30%;
!40%;
!50%;
+80%.

24. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких отличается от кавернозного туберкулеза:

!отсутствием эмфиземы;
+наличием широкого и непрерывного фиброзного слоя в стенке каверны;
!смещением органов средостения в здоровую сторону;
!расширением межреберных промежутков над каверной;
!сетчатым фиброзом в обоих легких.

25. Клиническая картина фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, как правило:

!характеризуется преобладанием симптомов локального поражения;
!характеризуется преобладанием симптомов интоксикации;
+зависит от фазы туберкулезного процесса;

!определяется биологическим видом возбудителя туберкулеза;
!определяется наличием внелегочных очагов поражения.

26. Над фиброзной каверной чаще выслушивают:

!шелест целлофана;
+бронхиальное дыхание;
!единичные сухие хрипы;
!усиленное везикулярное дыхание;
!ослабленное везикулярное дыхание.

27. У больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких исследование мокроты на МБТ:

!малоинформативно;
+высокоинформативно;
!информативно только при посеве на среду Левенштейна—Йенсена;
!информативно только при окраске методом Циля—Нельсена;
!информативно только при окраске люминесцентными красителями.

28. У больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких при обострении чаще отмечают выделение:

!крошковатой мокроты, МБТ+;
!гноющей мокроты, МБТ+;
!слизистой мокроты, МБТ+;
!серозной мокроты, МБТ+;
+слизисто-гноющей мокроты, МБТ+.

29. Изменения общего анализа крови, характерные для больных кавернозным и фиброзно-кавернозным туберкулезом в фазе инфильтрации:

!моноцитоз, лейкоцитоз;
+лейкоцитоз, лимфопения;
!лейкоцитоз, лимфоцитоз;
!лейкоцитоз, нейтропения;
!эозинофилия, лейкоцитоз.

30. Типичным рентгенологическим признаком фиброзно-кавернозного туберкулеза легких является:

!наличие уровня жидкости в кольцевидной тени;
!тонкая стенка кольцевидной тени;
+широкая стенка кольцевидной тени;
!бугристые очертания наружного контура;
!широкая дорожка к увеличенному корню легкого.

31. При прогрессировании инфильтративного туберкулеза в фазе распада фиброзно-кавернозный туберкулез формируется в течение:

!0,5-1 года;
!1—1,5 лет;
+1,5-2 лет
!3-4 лет;
!5 лет.

32. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких чаще осложняется:

!амилоидозом;
!эмпиемой плевры;
!туберкулезом кишечника;
+легочным кровотечением;
!спонтанным пневмотораксом.

33. Наиболее частая причина смерти при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких:

!почечная недостаточность;
!печеночная недостаточность;
!туберкулез мозговых оболочек;
!тромбоэмболия легочной артерии;
+легочно-сердечная недостаточность.

34. При фиброзно-кавернозном туберкулезе легких наряду с химиотерапией обычно более эффективно применение:

+хирургического вмешательства;
!физиотерапии;
!климатотерапии;
!коллапсотерапии;

!патогенетической терапии.

Глава 15. Цирротический туберкулез легких

1. Специфические изменения при цирротическом туберкулезе легких обычно представлены:

!свежими кавернами;
!фиброзными кавернами;
!участками инфильтрации;
!казеозными фокусами;
+инкапсулированными казеозными очагами.

2. В структуре причин смерти от туберкулеза в России цирротический туберкулез легких составляет:

!0,5-1%;
+2-3%;
!3-5%;
!5-10%;
!более 10%.

3. Цирротическому туберкулезу легких чаще непосредственно предшествует:

!милиарный туберкулез;
!кавернозный туберкулез;
!первичный туберкулезный комплекс;
+фиброзно-кавернозный туберкулез;
!подострый гематогенно-диссеминированный туберкулез.

4. О развитии фиброза в легочной ткани свидетельствует:

!отсутствие инфильтрации в зоне поражения;
!полиморфизм очагов;
!уплощение купола диафрагмы;
! «дорожка» от кольцевидной тени к корню легкого;
+смещение органов средостения в сторону поражения.

5. От цирроза легкого цирротический туберкулез отличается наличием:

+казеозных очагов;
! казеозных фокусов;
!фиброзных каверн;
!сосудистых аневризм;
!сетчатого фиброза.

6. Цирротический туберкулез отличается от фиброзно-кавернозного туберкулеза легких:

! прогрессирующим иммунодефицитом;
+преобладанием фиброзных изменений над туберкулезными;
!повышением тканевой проницаемости;
!преобладанием пролиферативной тканевой реакции в зоне поражения;
!нарушением газообмена в зоне поражения.

7. В развитии цирротического туберкулеза легких принципиальное значение имеет:

!массивная суперинфекция МБТ;
!глубокий иммунодефицит;
!повышение тканевой проницаемости;
!преобладание экссудативной тканевой реакции в зоне поражения;
+замедленная инволюция туберкулезного воспаления.

8. Более частым и устойчивым клиническим симптомом цирротического туберкулеза легких является:

!боль в грудной клетке;
!приступообразный кашель;
+одышка;
!повышение температуры тела;
!повышенная ночная потливость.

9. Установить обострение специфического воспаления при цирротическом туберкулезе позволяет:

!усиление кашля;

- + появление МБТ в мокроте;
- !увеличение количества выделяемой мокроты;
- !повышение температуры тела;
- !ухудшение самочувствия.

10. Многие клинические проявления цирротического туберкулеза легких обусловлены:

- !специфическим эндобронхитом;
- !наличием туберкулезной каверны;
- !формированием бронхоплеврального свища;
- !лимфогематогенным распространением МБТ;
- +присоединением неспецифической инфекции.

11. Типичным осложнением цирротического туберкулеза легких является:

- !нодулобронхиальный свищ;
- !спонтанный пневмоторакс;
- !туберкулез бронха;
- +легочно-сердечная недостаточность;
- !лимфогематогенная диссеминация.

12. У большинства больных цирротический туберкулезом в месте введения

2 ТЕ формируется:

- ! только гиперемия;
- + папула 5-12 мм;
- ! папула 21 мм и более;
- !уколочная реакция;
- !везикула.

13. При цирротическом туберкулезе летальный исход чаще связан с разви-

ем:

- !эмпиемы плевры;
- !туберкулезного менингита;
- !почечной недостаточности;
- +легочно-сердечной недостаточности;
- !амилоидозом внутренних органов.

Глава 16. Туберкулезный плеврит

1. Туберкулезный плеврит:

- !чаще бывает у пожилых;
- +связан с параспецифическим или специфическим поражением плевры;
- !обычно протекает бессимптомно и заканчивается самоизлечением;
- !быстро рассасывается, не оставляя остаточных изменений;
- !в основном развивается как типичное осложнение вторичного туберкулеза.

2. Удельный вес туберкулезного плеврита среди впервые выявленных больных туберкулезом в РФ составляет:

- !1-2%;
- +3-6%;
- !8-10%;
- !15-20%;
- !20-25%.

3. Характерным рентгенологическим признаком туберкулезного экссудативного плеврита является:

- !очаговая тень;
- !кольцевидная тень;
- !патология корня легкого;
- !ограниченное затемнение;
- +распространенное затемнение.

4. Междолевой плеврит можно отчетливо визуализировать с помощью:

- !прямой томографии;
- !прямой рентгенографии;
- +боковой рентгенографии;
- !видеобронхоскопии;
- !УЗ И легких.

5. Более информативным методом выявления небольшого количества жидкости в плевральной полости является:

!перкуссия;
!аускультация;
!рентгенография;
+КТ;
!пункция плевральной полости.

6. Экссудативный плеврит реже встречается у пациентов с диагнозом:

+цирротический туберкулез легких;
!первичный туберкулезный комплекс;
!подострый диссеминированный туберкулез;
!инфильтративный туберкулез легких;
!туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

7. Эмпиема плевры чаще встречается у пациентов с диагнозом:

!туберкулема легких;
!очаговый туберкулез легких;
!первичный туберкулезный комплекс;
!диссеминированный туберкулез легких;
+фиброзно-кавернозный туберкулез легких.

8. При туберкулезном плеврите в экссудате преобладают:

!моноциты;
+лимфоциты;
!эозинофилы;
!нейтрофилы;
!ретикулоциты.

9. При туберкулезном плеврите экссудат чаще:

!гнойный;
!хилезный;
+серозный;
!холестериновый;
!геморрагический.

10. Показанием к хирургическому лечению является:

+эмпиема плевры;
!серозный плеврит;
!фибринозный плеврит;
!микотический плеврит;
!геморрагический плеврит.

11. У больных первичным туберкулезом, осложненным плевритом, чувствительность к туберкулину чаще:

!сомнительная;
!нормергическая;
+гиперергическая;
!отрицательная анергия;
!положительная анергия.

Глава 17. Туберкулез гортани, трахеи и бронхов

1. Туберкулез гортани, трахеи и бронхов более часто выявляют у больных туберкулезом:

!периферических лимфатических узлов;
+легких;
!внутригрудных лимфатических узлов;
!мягкой мозговой оболочки;
!плевры.

2. Поражение внутреннего кольца гортани чаще выявляют у больных:

!диссеминированным туберкулезом;
!инфильтративным туберкулезом легких;
+фиброзно-кавернозным туберкулезом легких;
!туберкулезным плевритом;
!туберкулезом миндалин.

3. Распад туберкулезного инфильтрата, сформировавшегося в стенке бронха, приводит к появлению:

!бронхостеноза;
!бронхоспазма;
+язвы;
!ателектаза;
!бронхоэктаза.

4. Нодулобронхиальный свищ образуется в результате:

!ишемического некроза стенки бронха;
+прорыва внутригрудного казеозного лимфатического узла в бронх;
!повышения внутрибронхиального давления;
!лимфостаза;
!нейротрофических нарушений в стенке бронха.

5. При туберкулезе бронха ведущим клиническим симптомом является:

!повышение температуры тела;
!осиплость голоса;
!выделение мокроты полным ртом;
+сухой упорный кашель;
!боли в межлопаточном пространстве.

6. Основным методом диагностики туберкулеза бронхов является:

!исследование мокроты на МБТ;
!КТ органов грудной клетки;
+бронхоскопия с биопсией;
!полимеразная цепная реакция (ПЦР) бронхиального содержимого;
!МРТ органов грудной клетки.

7. Частым последствием туберкулеза бронха является:

!гематогенная диссеминация;
+стеноз бронха;
!легочное кровотечение;
!облитерация плевральной полости;
!бронхопищеводный свищ.

Глава 18. Туберкулез легких в сочетании с другими заболеваниями

1. Наиболее частой формой пневмокониоза является:

!берилиоз;
+силикоз;
!асбестоз;
!алюминиоз;
!антракоз.

2. Для развития туберкулеза у больных силикозом имеет значение:

!пол;
!возраст;
!локализация силикотических поражений;
!степень поражения бронхиального дерева;
+распространенность силикотического поражения.

3. Среди больных туберкулезом и сахарным диабетом преобладают:

+мужчины в возрасте 20—40 лет;
!женщины в возрасте 20—50 лет;
!дети школьного возраста и подростки;
!дети дошкольного возраста;
!люди пожилого и преклонного возраста.

4. Клиническая картина и течение ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в основном обусловлены:

!особенностями гормонального профиля;
!активностью гуморального звена иммунитета;
!наличием или отсутствием гипохромной анемии;
+стадией ВИЧ-инфекции и степенью иммунных нарушений;
!давностью первичного инфицирования МБТ.

5. Подавление противотуберкулезного иммунитета у больных с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза проявляется:

!гипогликемией;
!положительной анергией;
+отрицательной анергией;
!гектической лихорадкой;
!вегетососудистой дистонией.

6. Силикотическая гранулема представлена:

!фиброзными тяжами, казеозными массами, солями кальция;
!коллагеновыми волокнами, аневризматически расширенными сосудами;
+пылевыми частицами, клеточными элементами и коллагеновыми волокнами;
!пылевыми частицами, скоплениями лейкоцитов и гигантских клеток;
!пылевыми частицами, эпителиоидными и плазматическими клетками.

Глава 19. Дифференциальная диагностика туберкулеза легких

1. Форма первичного туберкулеза, при которой не удается обнаружить изменения на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки:

!туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;
!первичный туберкулезный комплекс;
+туберкулезная интоксикация;
!очаговый туберкулез;
!туберкулезный плеврит.

2. В диагностике туберкулезной интоксикации (формы первичного туберкулеза) наибольшее значение имеет:

!КТ органов грудной клетки;
!УЗИ органов брюшной полости;
+проба Манту;
!рентгенография органов грудной клетки;
!МРТ органов грудной клетки.

3. Установить диагноз туберкулезной интоксикации (формы первичного туберкулеза) позволяет обнаружение:

!МБТ в бронхиальном содержимом;
!включений высокой интенсивности в тени корня легкого;
+виража чувствительности к туберкулину;
!увеличения внутрибрюшных лимфатических узлов при УЗИ;
!увеличения тени корня легкого.

4. У детей туберкулезную интоксикацию (форму первичного туберкулеза) нередко принимают за проявления:

!краснухи;
!ветрянки;
!коклюша;
+хронического тонзиллита;
!дифтерии.

5. Расширение тени корня легкого чаще выявляют у больных:

!эозинофильной пневмонией;
!туберкулезной интоксикацией;
+туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов бронхопульмональной группы;
!с доброкачественным новообразованием легкого;
!периферическим раком легкого.

6. Рентгенологический симптом биполярности обнаруживают у больного:

!неспецифической пневмонией;
!актиномикозом;
+с первичным туберкулезным комплексом;
!саркоидозом I стадии;
!бронхолитиазом.

7. При лимфосаркоме, в отличие от туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, отмечается:

!хроническое течение заболевания;
!острое начало болезни;
+быстрое увеличение размеров внутригрудных лимфатических узлов;
!постепенное увеличение внутригрудных лимфатических узлов;
!нормергическая чувствительность к туберкулину.

8. В отличие от неспецифической пневмонии, начало и течение первичного туберкулезного комплекса бывают:

!острым, медленно прогрессирующим;
!подострым, волнообразным;
+инапперцептным;
!постепенным, малосимптомным;
!острым, быстро прогрессирующим.

9. Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов обычно отличается от лимфатических узлов:

!малосимптомным течением;
!эпителиоидными клетками в биоптате из пораженного лимфатического узла;
!узловой эритемой;
!отсутствием выраженных изменений в гемограмме;
+двусторонним поражением лимфатических узлов без перифокальной инфильтрации.

туберкулеза внутригрудных

10. При лимфогранулематозе, в отличие от туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, в биоптате обнаруживают:

!клетки Пирогова—Лангханса;
!эпителиоидные клетки;
!лимфоциты;
+ клетки Березовского—Штернберга;
!гистиоциты.

11. Диссеминация в легких обычно сочетается с внутригрудной аденопатией у больных:

!диссеминированным туберкулезом;
!силикозом;
!гистиоцитозом; +саркоидозом;
!микролитиазом.

12. Преимущественно верхнедолевая локализация очаговой диссеминации в обоих легких — характерный признак:

!карциноматоза
!саркоидоза;
+хронического диссеминированного туберкулеза;
!силикоза;
!двусторонней очаговой пневмонии.

13. Застойное легкое отличается от диссеминированного туберкулеза легких:

!деформацией корней обоих легких;
!очаговоподобными тенями в средних отделах легких;
+усилением и смазанностью легочного рисунка в средних и нижних отделах;
!плевральным выпотом;
!смещением органов средостения.

14. Тяжелая двусторонняя мелкоочаговая пневмония отличается от милиарного туберкулеза легких:

!острым началом;
+многочисленными сухими и влажными хрипами;
!мелкими очаговыми тенями малой интенсивности;
!отсутствием петрификатов во внутригрудных лимфатических узлах;
!одышкой.

15. Диссеминированный туберкулез легких отличается от экзогенного аллергического альвеолита:

!сухим кашлем;
!большим количеством светлой мокроты;
!медленно прогрессирующей дыхательной недостаточностью;
+быстрым прогрессированием на фоне лечения глюкокортикоидами;
!кратковременным улучшением при назначении тиенама.

17. Метастатическое поражение легких отличается от диссеминированного туберкулеза легких:

!наличием симптома «плакучей ивы»;
+наличием симптома «разменной монеты»;
!признаками «сотового легкого»;
!наличием кальцинатов;
!сетчатым фиброзом.

18. Для терапии *ex juvantibus* при подозрении на туберкулез используют:

!туберкулин или БЦЖ;
+изониазид и этамбутол;

!антибиотики широкого спектра действия;
!изониазид и рифампицин;
!глюкокортикоидные гормоны.

19. При очаговом туберкулезе изменения на рентгенограмме иногда имеют сходство с рентгенологической картиной:

!туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов;
!фиброзно-кавернозного туберкулеза;
!туберкулемы;
+диссеминированного туберкулеза ограниченной протяженности;
!кавернозного туберкулеза.

20. Туберкулиновая проба у больных раком легкого чаще:

!отрицательная;
!сомнительная;
!положительная;
!гиперергическая;
+отрицательная или сомнительная.

21. Синдром Панкоста возникает при развитии:

!миозита;
!очагового туберкулеза в I сегменте легкого;
+рака верхушки легкого;
!ограниченного пневмоторакса;
!осумкованного верхушечного плеврита.

22. Чаще метастазирует в легкие:

!рак желудка;
!рак печени;
!злокачественная хорионэпителиома;
+рак кишечника;
!рак поджелудочной железы.

23. Заболевания, с которым чаще дифференцируют инфильтративный туберкулез:

!саркоидоз I стадии;
!лимфогранулематоз;
!невринома;
+неспецифическая пневмония;
!эхинококкоз.

24. В отличие от пневмонии для инфильтративного туберкулеза более характерны:

+верхнедолевая локализация и постепенное развитие заболевания;
!острое начало болезни, кровохарканье;
!наличие болей в грудной клетке, острое начало;
!одышка, потливость;
!кашель с отделением большого количества мокроты.

25. Для эозинофильной пневмонии, в отличие от инфильтративного туберкулеза, характерно:

!медленное прогрессирующее течение;
!гектическая лихорадка;
+быстрая динамика клинико-рентгенологических и лабораторных признаков;
!кровохарканье;
!кашель с гнойной мокротой.

26. Для абсцедирующей пневмонии, в отличие от инфильтративного туберкулеза, характерно:

!быстрая динамика клинико-рентгенологических и лабораторных признаков;
!медленное прогрессирующее течение;
+кашель со значительным количеством гнойной мокроты;
!одышка;
!нормальная температура тела.

27. Эластические волокна, лимфоциты чаще обнаруживают в мокроте больных:

!раком легкого;
+инфильтративным туберкулезом;
!саркоидозом;
!бактериальной пневмонией;
!эозинофильной пневмонией.

28. Выраженный лейкоцитоз, повышение СОЭ чаще обнаруживают в общем анализе крови больных:

!раком легкого;

!ограниченным инфильтративным туберкулезом;
!саркоидозом;
+бактериальной пневмонией;
!эозинофильной пневмонией.

29.Оптимальным методом верификации диагноза центрального рака является:

!томография;
+бронхоскопия с биопсией;
!микроскопия мокроты;
!медиастиноскопия с биопсией;
!диагностическая торакотомия.

30.Оптимальным методом верификации диагноза казеозной пневмонии является:

!диагностическая торакотомия;
+исследование мокроты на МБТ;
!КТ;
!медиастиноскопия;
!морфологическое исследование мокроты.

33.Наиболее информативным рентгенологическим признаком, отличающим туберкулезную каверну от буллы, является:

!округлая форма;
!большая ширина стенки;
+наличие дорожки к корню легкого;
!высокая интенсивность тени стенки;
!хаотичное включение кальция в стенке полости.

34.Рентгенологическим признаком, позволяющим отличить туберкулезную каверну от врожденной кисты, является:

!форма кольцевидной тени;
!размер кольцевидной тени;
+наличие полиморфных очагов в легочной ткани, расположенных ниже кольцевидной тени;
!локализация кольцевидной тени в верхних отделах легких;
!высокая интенсивность стенки кольцевидной тени.

35.Туберкулезную каверну от полостной формы рака легкого позволяет отличить:

!спирография;
!бронхоскопия;
!рентгенография;
!радионуклеидное исследование;
+исследование бронхоальвеолярной жидкости на МБТ и опухолевые клетки.

36.При дифференциальной диагностике фиброзно-кавернозного туберкулеза легких и силикотуберкулеза нередко решающее значение имеет:

!туберкулинодиагностика;
!физикальное обследование;
!давность заболевания;
+анамнез жизни;
!высокая интенсивность стенки кольцевидной тени.

37.Наиболее информативным методом дифференциальной диагностики фиброзно-кавернозного туберкулеза и бронхоэктазов является:

!бронхоскопия;
!КТ органов грудной клетки;
!пневмотахометрия;
!туберкулинодиагностика;
+многократное исследование мокроты на МБТ.

38.Туберкулезную этиологию плеврита позволяет заподозрить обнаружение в экссудате:

!хлоридов;
!трансферрина;
!гаптоглобина;
! малонового диальдегида;
+аденозиндезаминазы.

39. Более частой причиной выпота в плевральную полость у лиц молодого возраста является:

- !пневмония;
- !мезотелиома;
- +туберкулез легких;
- !злокачественная опухоль легкого;
- !инфаркт миокарда.

40. Более вероятной причиной выпота в плевральную полость у лиц пожилого возраста является:

- !саркоидоз;
- !пневмония;
- !туберкулез легких;
- +злокачественная опухоль легкого;
- !туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

41. Синдром средней доли отличается от осумкованного междолевого плеврита:

- !неоднородностью затемнения;
- !высокой интенсивностью затемнения;
- !прямолинейными или вогнутыми контурами затемнения;
- +уменьшением объема средней доли;
- !повышением прозрачности окружающей легочной ткани.

42. Туберкулезную этиологию изменений в легких косвенно подтверждает:

- !острое начало заболевания;
- !быстрая положительная рентгенологическая динамика при лечении антибиотиками широкого спектра;
- !небольшое клинико-рентгенологическое улучшение при лечении антибиотиками широкого спектра действия;
- +появление аллергических побочных реакций при лечении антибиотиками широкого спектра действия;
- !появление токсических побочных реакций при лечении антибиотиками широкого спектра.

43. Наиболее важным сканалогическим признаком, косвенно подтверждающим туберкулезную этиологию поражения легких, является:

- !полость распада;
- !инфильтрация вокруг патологического образования;
- !фиброз в ткани вокруг патологического образования;
- +полиморфные очага в легочной ткани;
- !гиперплазия внутригрудных лимфатических узлов.

Глава 20. Туберкулез и материнство

1. Больные туберкулезом женщины в период беременности наблюдаются:

- !акушером-гинекологом, фтизиатром и эпидемиологом;
- +акушером-гинекологом и фтизиатром;
- !акушером-гинекологом, фтизиатром и неонатологом;
- !акушером-гинекологом, фтизиатром и инфекционистом;
- !акушером-гинекологом, фтизиатром и терапевтом.

2. Показания к прерыванию беременности:

- !кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах;
- !очаг Гопа в легком;
- +диссеминированный туберкулез;
- !очаги Симона в легких;
- !латентная туберкулезная инфекция.

3. Дети, родившиеся у больных туберкулезом матерей, как правило:

- !больны туберкулезом;
- +не инфицированы МБТ;
- !имеют латентную туберкулезную инфекцию;
- !инфицированы МБТ;
- !обладают противотуберкулезным иммунитетом.

4. Заболеваемость туберкулезом беременных и родильниц превышает общую заболеваемость женщин туберкулезом:

- +в 1,5-2 раза;
- !в 2—3 раза;
- !в 3—4 раза;
- !в 4—5 раза;
- !в 5-6 раз.

5. Рентгенологическое исследование во время беременности проводят:

- ! при наличии клинических симптомов туберкулеза;
- + в виде исключения при наличии сложной диагностической ситуации;
- ! при обнаружении МБТ в мокроте;
- ! при обнаружении ВИЧ-инфекции;
- ! при положительной чувствительности к туберкулину.

Глава 21. Туберкулез внелегочной локализации

1. В России на 100 тыс. населения внелегочным туберкулезом заболевают:

- ! 1—2 человека;
- + 3—4 человека;
- ! 5—6 человек;
- ! 7—8 человек;
- ! 8—10 человек.

2. Туберкулез чаще поражает:

- ! желудок и кожу;
- + почки, внутренние половые органы, кости;
- ! глаза, кишечник;
- ! мягкие ткани полости рта;
- ! центральную нервную систему.

3. Локализацией первоначальных очагов при развитии туберкулеза почек является:

- ! капсула почки;
- ! медуллярное вещество;
- + кортикальный слой паренхимы почки;
- ! окружающая почку клетчатка;
- ! мозговой слой.

4. К формам туберкулеза почки относятся:

- ! округлый инфильтрат;
- ! облаковидный инфильтрат;
- ! очаговый туберкулез;
- ! туберкулема;
- + кавернозный туберкулез.

5. К неструктивным формам туберкулеза почки относятся:

- ! туберкулезный пионефроз;
- ! туберкулезный папиллит;
- ! гидронефроз;
- + туберкулез почечной паренхимы;
- ! кавернозный туберкулез.

6. К своевременно выявленным формам туберкулеза почки относятся:

- ! гидронефроз;
- ! облаковидный инфильтрат;
- ! туберкулезный пионефроз;
- ! туберкулезный папиллит;
- + туберкулез почечной паренхимы.

7. При туберкулезе почек рентгенологическая картина полости, заполненной контрастным веществом, с фестончатыми краями соответствует:

- ! казеоме почки;
- ! пионефрозу;
- ! туберкулезу почечной паренхимы;
- + кавернозной форме туберкулеза почки;
- ! туберкулезному папиллиту.

8. Отсутствие уретрита при наличии клинической картины эпидидимита является характерным признаком:

- ! неспецифического эпидидимита;
- + эпидидимита туберкулезной этиологии;
- ! опухолевого поражения придатка;
- ! гнойного поражения придатка;
- ! вирусного эпидидимита.

9. Проведение пробы Коха у больных туберкулезом мочевой системы необходимо для определения:

- + активности процесса;
- ! показаний для хирургического лечения;
- ! трудоспособности;

!степени нарушения функции почек;
!степени хронической почечной недостаточности.

10. Локализацией первоначальных очагов при развитии туберкулеза женских половых органов являются:

!матка;
!яичники;
!проксимальные отделы маточных труб;
+дистальные отделы маточных труб;
!эндометрий.

11. При туберкулезе женских половых органов всегда поражаются:

!матка и маточные трубы;
+маточные трубы;
!яичники и маточные трубы;
!яичники;
!матка и яичники.

12. Основным исследованием, позволяющим определить объем поражения при туберкулезе женских половых органов, является:

+гистеросальпингография;
!КТ органов малого таза;
!МРТ органов малого таза;
!лапароскопия;
!УЗИ органов малого таза.

13. Наиболее часто при костном туберкулезе поражаются:

!кости кисти;
+позвонки грудно-поясничного отдела;
!тазобедренные суставы;
!кости плечевого пояса;
!кости голени.

14. Основной путь проникновения МБТ в ткани при развитии туберкулеза костей и суставов:

!контактный;
!лимфогенный;
+гематогенный;
!аэрогенный;
!алиментарный.

15. Локализацией первоначальных очагов при развитии туберкулеза позвоночника является:

!остистый отросток позвонка;
!межпозвоночный диск;
+губчатое вещество тел позвонков;
!межреберные мышцы;
!мягкие ткани, расположенные паравертебрально.

16. Выраженность клинических признаков при туберкулезе костей и суставов определяется:

!возрастом больного;
!биологическим видом возбудителя туберкулеза;
!наличием сопутствующих заболеваний;
+этапом развития туберкулезного процесса;
!наличием медико-биологических факторов риска по туберкулезу.

17. Из различных суставов туберкулез чаще поражает:

!плечевой;
!локтевой;
!мелкие суставы кисти;
!мелкие суставы стопы;
+тазобедренный.

18. Относительно ранний симптом туберкулеза позвоночника:

!боль в спине в покое;
!боль в спине при движении;
!деформация позвоночника;
+вынужденная осанка;
!нарушение походки.

19.Туберкулез центральной нервной системы чаще начинается с поражения:

- !корешков черепно-мозговых нервов;
- +мягкой мозговой оболочки основания мозга;
- !серого вещества головного мозга;
- !паутинной оболочки больших полушарий;
- !оболочек спинного мозга.

20. Для туберкулезного менингита характерно:

- +наличие продромального периода;
- !хаотическая клиническая картина;
- !отсутствие лихорадки;
- !молниеносное течение;
- !доброкачественное течение.

21.Туберкулезный менингит характеризуется:

- !возможностью самоизлечения;
- +стадийностью развития клинической картины;
- !отсутствием менингеального синдрома;
- !молниеносным течением;
- !отсутствием продромального периода.

22.Преобладание лимфоцитов в клеточном составе ликвора, снижение содержания сахара и хлоридов характерны для менингита:

- !герпетического;
- +туберкулезного;
- !вирусного;
- !менингококкового;
- !опухолевой природы.

23.При гематогенной форме туберкулеза глаз чаще поражается:

- !хрусталик;
- !стекловидное тело,
- !конъюнктура;
- +хориоидея;
- !склера.

24.При инфекционно-аллергической форме туберкулеза глаз чаще поражается:

- !хрусталик;
- !стекловидное тело;
- !зрительный нерв;
- !хориоидея;
- +конъюнктура.

25.Основным диагностическим критерием туберкулеза глаз является:

- !наличие болевого синдрома;
- !положительная проба Манту;
- +положительная очаговая реакция при проведении пробы Коха;
- ! помутнение стекловидного тела;
- ! характерная локализация поражения.

26.Туберкулезом периферических лимфатических узлов чаще заболевают:

- !взрослые;
- +дети;
- !мужчины;
- !женщины;
- !люди пожилого возраста.

27.Из всех групп периферических лимфатических узлов туберкулезом чаще поражаются:

- !паховые;
- !подмышечные;
- +шейные;
- !надключичные;
- !локтевые.

28.Наиболее ранней формой абдоминального туберкулеза является:

!туберкулезный перитонит;
!туберкулез кишечника;
!туберкулез печени;
!туберкулез поджелудочной железы;
+туберкулез брыжеечных лимфатических узлов.

29. Наиболее распространенной формой туберкулеза кожи является:

!индуративная эритема Базена;
!язвенный туберкулез;
!папулонекротический туберкулез;
!бородавчатый туберкулез;
+туберкулезная волчанка.

30. К диссеминированным формам туберкулеза кожи относится:

+индуративная эритема Базена;
!скрофулодерма;
!язвенный туберкулез;
!туберкулезная волчанка;
!нодозная эритема.

Глава 22. Профилактика туберкулеза

1. Профилактика туберкулеза включает комплекс мероприятий, которые обеспечивают:

!раннее выявление всех заболевших с последующей их изоляцией;
!создание условий, затрудняющих распространение МБТ;
!санитарное просвещение населения в сочетании с принуждением к соблюдению гигиенических правил и норм поведения;
!повышение устойчивости человека к МБТ в течение всей жизни;
+воздействие на все звенья эпидемического процесса распространения туберкулезной инфекции среди людей.

2. На каждое из звеньев эпидемического процесса можно воздействовать с помощью:

+мер, относящихся к социальной профилактике;
!противотуберкулезной вакцинации и ревакцинации;
!превентивного лечения;
!санитарной профилактики;
!туберкулинодиагностики.

3. Мероприятия, относящиеся к социальной профилактике туберкулеза:

!применение дезинфицирующих средств в очагах туберкулезной инфекции;
+повышение материального благосостояния граждан;
!вакцинация БЦЖ;
!химиопрофилактика;
!изоляция бактериовыделителей.

4. Цель санитарной профилактики:

!обеспечение пассивной противотуберкулезной иммунизацией большей части населения;
!повышение уровня жизни населения;
!иммунизация новорожденных БЦЖ;
+предупреждение инфицирования МБТ;
!улучшение финансирования противотуберкулезных мероприятий.

5. Санитарная профилактика туберкулеза включает:

!принятие государственных законов, регламентирующих противотуберкулезные мероприятия;
!пассивную противотуберкулезную иммунизацию;
!противотуберкулезную вакцинацию БЦЖ;
+дезинфекцию в очагах туберкулезной инфекции;
!создание благотворительных фондов поддержки больных туберкулезом.

6. Химические средства, применяемые для дезинфекции в очаге туберкулезной инфекции:

!спирты;
!кислоты;
!щелочи;
+хлорсодержащие вещества;
!фенолы.

7. Губительное действие на МБТ оказывает:

!инфракрасное излучение;
+ультрафиолетовое излучение;
!рентгеновское излучение;

!ультразвук;
!электромагнитное поле.

8. В отличие от текущей дезинфекции заключительная дезинфекция в очаге туберкулезной инфекции предусматривает:

!влажную уборку помещения;
!обеззараживание мокроты;
+камерную обработку мягкого постельного инвентаря;
!прветривание помещений;
!обработку посуды больного.

9. Специфическая профилактика туберкулеза предусматривает:

!применение специальных дезинфицирующих средств в очагах инфекции;
!пассивную противотуберкулезную иммунизацию у контактирующих с больными лиц;
+вакцинацию БЦЖ у неинфицированных МБТ лиц;
!мероприятия по оздоровлению верхних дыхательных путей у контактирующих с больными туберкулезом лиц;
!вакцинацию БЦЖ у инфицированных МБТ лиц.

10. Иммунизация БЦЖ показана лицам:

!реагирующим на туберкулин положительно;
+неинфицированным МБТ;
!имеющим гиперергию к туберкулину;
!имеющим отрицательную анергию;
!впервые инфицированным МБТ.

11. Вакцина БЦЖ содержит:

+живые и убитые микобактерий штамма БЦЖ;
!только убитые микобактерий вакцинного штамма;
!атипичные микобактерий;
!только L-формы МБТ;
!PPD-S или PPD-L.

12. Прививочная доза вакцины БЦЖ:

+0,05 мг;
!0,1 мг;
!0,5 мг;
!0,05 г;
!0,5 г.

13. Прививочная доза вакцины БЦЖ-М:

!0,01 мг;
+0,025 мг;
!0,05 мг;
!0,25 г;

!0,05 г.

14. Применение вакцины БЦЖ-М показано:

+недоношенным новорожденным с массой тела при рождении менее 2000 г;
!новорожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией;
! при наличии сведений о выявлении генерализованной БЦЖ-инфекции у детей, родившихся в данной семье в предыдущие годы;
!недоношенным новорожденным с массой тела при рождении 2000 г и более;
!только взрослым при отрицательных результатах пробы Манту с 2 ТЕ.

15. В России противотуберкулезную вакцинацию здоровым новорожденным проводят в возрасте:

!1—2 дней;
+3-7 дней;
!7-10 дней;
!10-15 дней;
!15-20 дней.

16. Противопоказаниями к вакцинации новорожденного в родильном доме являются:

+генерализованная БЦЖ-инфекция у родившихся ранее в семье детей;
!масса тела при рождении менее 3000 г;
!сведения о туберкулезе легких у членов семьи в прошлом;
!гемолитическая болезнь, независимо от ее тяжести;
!сифилис у матери в анамнезе.

17. Первые 2—4 мес после вакцинации БЦЖ течение прививочной реакции обычно оценивают по изменению:

- !общего состояния ребенка;
- !периферических лимфатических узлов;
- +кожи в месте введения вакцины;

!лейкограммы;
!иммунного статуса.

18. Искусственный противотуберкулезный иммунитет считают полноценно сформированным, если размеры поствакцинального рубчика не менее:

- !1—2 мм;
- !3—4 мм;
- +5-7 мм;
- !10-12 мм;
- !12-15 мм.

19. Фактор, имеющий решающее значение для сохранения поствакцинального противотуберкулезного иммунитета:

- !наличие в организме остатков микробных тел БЦЖ;
- +присутствие в организме живых микобактерий штамма БЦЖ и их L-форм;
- !формирование изолированных туберкулезных очагов в месте локализации микобактерий штамма БЦЖ;
- !постепенная трансформация штамма БЦЖ в типичные формы *M. bovis*;
- !постепенное накопление в организме продуктов жизнедеятельности штамма БЦЖ.

20. Срок угасания иммунитета при внутрикожной вакцинации БЦЖ в среднем составляет:

- !1-2 года;
- !2-3 года;
- !3-4 года;
- +5-7 лет;
- !7-10 лет.

21. Срок ревакцинации БЦЖ в России:

- !в 2 года и далее каждые 5—7 лет;
- !каждые 4 года у детей и подростков;
- !каждые 5 лет у детей и подростков;
- +в возрасте 7 и 14 лет;
- !устанавливают индивидуально в зависимости от эпидемиологической ситуации.

22. Противопоказанием для ревакцинации БЦЖ является:

- !туберкулез у родителей в прошлом;
- !отрицательная реакция Манту с 2 ТЕ;
- !отсутствие социальных факторов риска по заболеванию туберкулезом;
- +положительная реакция при пробе Манту с 2 ТЕ;
- !отсутствие противотуберкулезных антител в сыворотке крови.

23. Применение противотуберкулезной иммунизации имеет принципиальное значение для уменьшения случаев туберкулезного менингита:

- +среди детей раннего возраста;
- !среди лиц среднего возраста;
- !среди лиц пожилого и старческого возраста;
- !среди людей, имеющих факторы риска по туберкулезу;
- !среди людей, имеющих остаточные изменения после перенесенного ранее туберкулеза.

24. Тактика в отношении ребенка 6 мес, не вакцинированного БЦЖ в родильном доме:

- +проведение пробы Манту, при отрицательных результатах — вакцинация БЦЖ;
- !проведение пробы Пирке, при отрицательных результатах — вакцинация БЦЖ;
- !проведение вакцинации БЦЖ без предшествующей туберкулинодиагностики;
- !проведение первичной химиопрофилактики в течение 3 мес;
- !проведение пробы Коха, при отрицательных результатах — вакцинация БЦЖ.

25. Тактика в отношении ребенка 1,5 мес, не вакцинированного БЦЖ в родильном доме:

- !проведение пробы Манту, при отрицательных результатах — вакцинация БЦЖ;
- !проведение пробы Пирке, при отрицательных результатах — вакцинация БЦЖ;
- +проведение вакцинации БЦЖ без предшествующей туберкулинодиагностики;
- !проведение первичной химиопрофилактики в течение 3 мес;
- !проведение пробы Коха, при отрицательных результатах — вакцинация БЦЖ.

26. Осложнение, встречающееся при вакцинации и ревакцинации БЦЖ:

!пневмония;
!тромбофлебит;
!гектическая лихорадка;
!нейродермит;
+подкожный инфильтрат.

27. Химиопрофилактика показана детям:

!родители которых в прошлом перенесли туберкулез;
!с поставакцинальной аллергией;
+с выражением чувствительности к туберкулину;
!при наличии отрицательной анергии;
!при наличии положительной анергии.

28. Методика химиопрофилактики у детей и подростков с выражением чувствительности к туберкулину:

+однократно в течение 3 мес;
!однократно в течение 8 мес;
!однократно в течение 10 мес;
!однократно в течение 1 года;
!в осенне-весеннее время по 2 мес в течение 2 лет.

29. Здоровым членам семьи больного туберкулезом, выделяющего МБТ, проводят:

!санацию полости рта;
!ревакцинацию независимо от результатов туберкулиновых проб;
+ химиопрофилактику;
!курс лечения туберкулином;
!пассивную противотуберкулезную иммунизацию.

Глава 23. Выявление больных туберкулезом и верификация диагноза**1. Первичное обследование для выявления туберкулеза должны проводить:**

!противотуберкулезные учреждения;
!родильные дома;
+все диагностические и лечебно-профилактические учреждения общей лечебной сети;
!центры Госсанэпиднадзора;
!противотуберкулезные кабинеты и фельдшерско-акушерские пункты.

2. Выявить ранний период первичной туберкулезной инфекции позволяет ежегодная:

!флюорография;
+туберкулинодиагностика;
!микробиологическая диагностика бронхиального содержимого;
!рентгенография;
!бронхоскопия.

3. К раннему выявлению туберкулеза относят обнаружение при плановом контрольном обследовании:

!бронхолобулярного инфильтрата;
!свежей каверны;
+виража чувствительности к туберкулину;
!свежего очагового туберкулеза;
!округлого инфильтрата.

4. Типичным примером своевременного выявления туберкулеза считают обнаружение у впервые выявленного больного:

!диссеминированного туберкулеза в фазе распада;
+очагового туберкулеза в фазе инфильтрации;
!туберкулемы в фазе распада и обсеменения;
!инфильтративного туберкулеза в фазе распада;
!милиарного туберкулеза в фазе инфильтрации.

5. Типичным примером несвоевременного выявления туберкулеза считают обнаружение у впервые выявленного больного:

!диссеминированного туберкулеза в фазе инфильтрации;
!очагового туберкулеза в фазе инфильтрации;
+инфильтративного туберкулеза в фазе распада;
!эмпиемы плевры;

!фиброзно-кавернозного туберкулеза в фазе инфильтрации.

6. Типичным примером позднего выявления туберкулеза считают обнаружение у впервые выявленного больного:

- !диссеминированного туберкулеза в фазе инфильтрации;
- !очагового туберкулеза в фазе инфильтрации;
- !инфильтративного туберкулеза в фазе распада;
- !туберкулезного плеврита;
- +фиброзно-кавернозного туберкулеза в фазе инфильтрации.

7. В России для проведения массовой туберкулинодиагностики используют пробу:

- !Пирке;
- !Пирке градуированную;
- !Коха;
- !Манту с 5 ТЕ;
- +Манту с 2 ТЕ.

8. Детям, привитым БЦЖ в родильном доме, первую пробу Манту с 2 ТЕ проводят в возрасте:

- !2 мес;
- !6 мес;
- +12 мес;
- !2 лет;
- !перед первой вакцинацией в 7 лет.

9. В России индивидуальную туберкулинодиагностику обычно применяют при проведении:

- !эпидемиологических исследований;
- !обследования школьников на туберкулез;
- !плановых обследований на туберкулез детей дошкольного возраста;
- !противотуберкулезной вакцинации новорожденных в родильных домах;
- +обследования детей из очагов туберкулезной инфекции.

10. В России основными методами выявления туберкулеза легких у детей являются:

- !клиническое обследование, рентгенография органов грудной клетки, микроскопия мокроты на кислотоустойчивые бактерии (КУБ);
- +клиническое обследование, туберкулинодиагностика, рентгенография органов грудной клетки;
- !клиническое обследование, микроскопия мокроты на КУБ, рентгенография органов грудной клетки, туберкулинодиагностика;
- !клиническое обследование, рентгенография органов грудной клетки, исследование мокроты методом ПЦР;
- !клиническое обследование, УЗИ органов грудной клетки, микроскопия мокроты на КУБ.

11. Оптимальная тактика педиатра в отношении ребенка с гиперергической чувствительностью к туберкулину:

- !госпитализация в противотуберкулезный стационар для лечения;
- !госпитализация в стационар общего профиля для лечения;
- !изоляция от детского коллектива и наблюдение в домашних условиях в течение 1—2 мес;
- +направление к фтизиатру;
- !направление в детский санаторий общего профиля для проведения оздоровительных мероприятий.

12. В России основными методами выявления туберкулеза легких у взрослых являются:

- +клиническое обследование, рентгенография органов грудной клетки, микроскопия мокроты на КУБ;
- !клиническое обследование, рентгенография органов грудной клетки, микроскопия мокроты на КУБ, туберкулинодиагностика;
- !клиническое обследование, рентгенография органов грудной клетки, фибробронхоскопия;
- !клиническое обследование, рентгенография органов грудной клетки, исследование мокроты методом ПЦР;
- !клиническое обследование, УЗИ органов грудной клетки, микроскопия мокроты на КУБ.

13. Больные сахарным диабетом нуждаются в обследовании на туберкулез:

- +1 раз в год;
- !2 раза в год;
- !3 раза в год;
- !1 раз в 2 года;
- !1 раз в 3 года.

14. Минимальное число исследований мокроты на КУБ при обследовании на туберкулез:

- !два;
- +три;
- !четыре;

!пять;
!шесть.

15. Исследование мокроты на КУБ является основным методом выявления туберкулеза у больных:

!сахарным диабетом;
!язвенной болезнью;
!получающих длительный курс лечения глюкокортикоидными гормонами;
!хроническим алкоголизмом;
+хроническими неспецифическими заболеваниями легких.

16. Клинический минимум обследования на туберкулез в учреждениях общей лечебной сети не предполагает обязательного выполнения:

!общего анализа крови;
!общего анализа мочи;
+фибробронхоскопии;
!рентгенографии органов грудной клетки;
!исследования мокроты на КУБ.

17. Обследование на туберкулез не является обязательным в случае:

!обращения пациента к терапевту по поводу кашля с мокротой;
!первичного обследования пациента с ВИЧ-инфекцией;
!планового обследования больного сахарным диабетом;
!подготовки больного к длительному курсу иммуносупрессивной терапии;
+подготовки пациента к протезированию зубов.

18. Одностороннее усиление голосового дрожания над ограниченным участком легкого — важный признак:

!гиповентиляции сегмента легкого;
!осумкованного плеврита;
+каверны, сообщающейся с бронхом;
!ателектаза I—II сегментов легкого;
!буллезной эмфиземы.

19. Отсутствие коробочного звука над областью проекции гигантской каверны в легком чаще обусловлено:

!сужением и закрытием дренирующих бронхов;
!наличием широкого казеозно-некротического слоя;
!наличием гноя в каверне;
+развитием перикавитарного фиброза;
!очагами в перикавитарной ткани.

20. Притуплённый легочный звук — характерный признак:

!эмфиземы легких;
!полости в легком;
!пневмоторакса;
!гипервентиляции легких;
+уплотнения легочной ткани.

21. Сухие хрипы возникают в случае:

+сужения просвета бронхов;
!появления в бронхах жидкой мокроты;
!образования пузырьков воздуха в мелких бронхах;
!образования пузырьков воздуха в средних и крупных бронхах;
!уплотнения легочной ткани вокруг бронхов.

22. Жесткое дыхание выслушивается, если поражены:

+мелкие бронхи и бронхиолы;
!альвеолы;
!интерстициальная ткань легкого;
!париетальная плевра;
!висцеральная плевра.

23. Тимпанический легочный звук над ограниченным участком легкого — характерный признак:

!пневмофиброза;
!инфаркта легкого;
+гигантской полости в легком;
!экссудативного плеврита;

!пневмонии.

24. При туберкулезе в фазе инфильтрации, распада и обсеменения у больных в общем анализе крови обычно отсутствует:

!лейкоцитоз;
!увеличение количества палочкоядерных нейтрофилов;
+эозинопения;
!лимфопения;
!повышение СОЭ.

25. Выделение МБТ у больных казеозной пневмонией:

!отсутствует;
!появляется с началом заболевания;
+возникает на 2—3 нед заболевания;
!возникает на 4—6 нед заболевания;
!возникает на 6—8 нед заболевания.

26. В экссудате при туберкулезном плеврите обычно отсутствуют:

!лимфоциты;
!нейтрофилы;
+эозинофилы;
!клетки мезотелия;
!эпителиоидные клетки.

27. Диагноз туберкулеза легких позволяет верифицировать:

!КТ органов грудной клетки;
!обзорная рентгенография и продольная томография органов грудной клетки;
!простая или люминесцентная бактериоскопия бронхиального содержимого на МБТ;
!ультразвуковое и радиологическое исследование легких;
+морфологическое исследование биоптата из зоны поражения.

28. Диагноз туберкулеза легких позволяет верифицировать:

!КТ органов грудной клетки;
!исследование функции внешнего дыхания и газообмена;
!МРТ органов грудной клетки;
!КТ легких;
+ПЦР бронхиального содержимого.

29. Диагноз туберкулеза легких позволяет верифицировать:

+культуральное исследование бронхиального содержимого на МБТ;
!обзорная рентгенография и продольная томография органов грудной клетки;
!простая или люминесцентная микроскопия бронхиального содержимого на МБТ;
!ультразвуковое и радиологическое исследование легких;
!КТ органов грудной клетки.

30. Плановое флюорографическое обследование на туберкулез 2 раза в год проходят:

!больные сахарным диабетом;
+военнослужащие по призыву и сотрудники родильных домов;
!сотрудники учреждений социального обслуживания детей и подростков;
!больные, получающие иммуносупрессивную терапию;
!беженцы и мигранты.

31. Плановое флюорографическое обследование на туберкулез 1 раз в год проходят:

!лица, состоящие на учете в наркологических и психиатрических учреждениях;
!освобожденные из учреждений пенитенциарной системы (в течение 2 лет после освобождения);
!подследственные и осужденные, находящиеся в пенитенциарных учреждениях;
+больные хроническими неспецифическими заболеваниями легких и желудочно-кишечного тракта;
!ВИЧ-инфицированные.

Глава 24. Лечение туберкулеза

1. По мнению ВОЗ, основной целью химиотерапии туберкулеза является:

!закрытие полостей распада;
!ликвидация клинических симптомов туберкулеза;

!восстановление функции пораженного органа;
 +прекращение бактериовыделения;
 !биологическое излечение.

2. В России целью химиотерапии туберкулеза является:

+клиническое излечение;
 !биологическое излечение;
 !закрытие полостей распада;
 !прекращение бактериовыделения;
 !восстановление функции пораженного органа.

3. При проведении химиотерапии туберкулеза принято выделять:

+два основных этапа;
 !три основных этапа;
 !один основной этап;
 !различные этапы в зависимости от возраста больного;
 !два-три основных этапа.

4. Основной метод лечения больных туберкулезом:

!диетотерапия;
 +химиотерапия;
 !хирургический;
 !коллапсотерапия;
 !патогенетическая терапия.

5. Принцип комбинированности химиотерапии подразумевает:

!назначение химиопрепаратов на фоне рационального гигиенического режима;
 !сочетание специфической химиотерапии с патогенетическими средствами;
 !применение химиотерапии в сочетании с наложением искусственного пневмоторакса;
 +одновременное назначение нескольких противотуберкулезных препаратов;
 !сочетание химиотерапии с хирургическими вмешательствами.

6. Достаточная продолжительность и непрерывность химиотерапии уменьшают вероятность:

!закрытия полостей распада;
 !формирования фиброзных изменений в зоне поражения;
 +быстрого развития устойчивости МБТ к лекарствам;
 !появления нежелательных эффектов химиотерапии;
 !трансформации МБТ в L-формы.

7. В основе нерегулярного приема химиопрепаратов больными туберкулезом часто лежит:

!эйфория на фоне приема химиопрепаратов;
 !мнение о высокой частоте побочных реакций при химиотерапии;
 +вредные привычки и низкая общая культура;
 !представление о высокой частоте самоизлечения;
 !представление о невозможности излечения.

8. Продолжительность стационарного лечения больного туберкулезом легких в значительной степени определяется:

!локализацией поражения в легком;
 !биологическим видом возбудителя туберкулеза;
 !социальным статусом больного;
 !динамикой чувствительности к туберкулину;
 +эффективностью проводимых лечебных мероприятий.

9. При сохранении полости распада у больного инфильтративным туберкулезом на фоне химиотерапии показана:

!физиотерапия;
 !кавернотомия;
 +коллапсотерапия;
 !коллапсохирургия;
 !туберкулиноterapia.

10. Для излечения хронических деструктивных форм туберкулеза наряду с химиотерапией особое значение имеет:

+хирургия;
 !климатотерапия;
 !коллапсотерапия;

!туберкулинотерапия;
!патогенетическая терапия.

11.К основным противотуберкулезным препаратам относятся:

!протионамид, ПАСК;
!амикацин, канамицин;
!офлоксацин, этионамид;
!циклосерин, капреомицин;
+изониазид, рифампицин.

12.К основным противотуберкулезным препаратам относятся:

!ПАСК;
!таваник;
+этамбутол;
!циклосерин;
!протионамид.

13.Множественная лекарственная устойчивость — это устойчивость МБТ к комбинации:

!этамбутола, рифампицина, стрептомицина;
!этамбутола, рифампицина, стрептомицина, пипразинамида;
+изониазида, рифампицина;
!этамбутола, рифампицина, пипразинамида, ПАСК;
!рифампицина, стрептомицина, протионамида.

14.К резервным противотуберкулезным препаратам относится:

!изониазид;
!этамбутол;
!рифампицин;
+протионамид;
!пипразинамид.

15.Обширная лекарственная устойчивость — это устойчивость МБТ:

!кo всем основным противотуберкулезным препаратам;
!к сочетанию наиболее эффективных основных противотуберкулезных препаратов;
+к основным препаратам и не менее, чем к трем резервным препаратам;
!к амикацину и препаратам фторхинолонового ряда;
!к рифабутину и капреомицину.

16. Одним из многокомпонентных противотуберкулезных препаратов является:

!гатифлоксацин;
!рифапентин;
+фтизиопирам;
!тибон;
!протионамид.

17. Большинство противотуберкулезных препаратов можно вводить:

!внутривенно;
!ингаляционно;
+ перорально;
!внутрилегочно;
!внутримышечно.

18.Преимущественно на внутриклеточно расположенные МБТ действует:

!изониазид;
!этамбутол;
!рифампицин;
+пипразинамид;
!стрептомицин.

19.Преимущественно на внеклеточно расположенные МБТ действует:

!изониазид;
!циклосерин;
!рифампицин;
!пипразинамид;
+стрептомицин.

20.Наиболее выраженным гепатотоксическим свойством обладает:

!ПАСК;
!циклосерин;

+рифампицин;
!этамбутал;
!стрептомицин.

21. Более выраженное противомикробное действие на МБТ оказывает:

!ПАСК, тиацетазон;
!этионамид, циклосерин;
+изониазид, рифампицин;
!протионамид, этамбутол;
!стрептомицин, канамицин.

22. Для профилактики нейротоксического эффекта препаратов группы ГИНК назначают витамин:

!В₁;
!В₁₂
!С;
!РР;
+В₆.

23. Менее выраженное противомикробное действие на МБТ оказывает:

!гаваник;
!изониазид;
+ПАСК;
!рифампицин;
!пиразинамид.

24. Максимальная суточная лечебная доза изониазида составляет:

!2,5 мг/кг;
!5 мг/кг;
!10 мг/кг;
+15 мг/кг;
!20 мг/кг.

25. Консультация окулиста необходима перед назначением:

!гаваника;
!изониазида;
+этамбутола;
!рифампицина;
!пиразинамида.

26. При сочетании туберкулеза и злокачественного новообразования нежелательно назначение:

!этамбутола;
!циклосерина;
+рифампицина;
!пиразинамида;
!протионамида.

27. При устойчивости МБТ к стрептомицину его обычно заменяют:

!изониазидом;
!этамбутолом;
!этионамидом;
!рифампицином;
+капреомицином.

28. Прецизионную резекцию легкого чаще выполняют по поводу:

!фиброзно-кавернозного туберкулеза;
+туберкулемы;
!очагового туберкулеза;
!инфильтративного туберкулеза;
!казеозной пневмонии.

29. Торакопластику чаще производят при наличии в легком:

!туберкулемы;
!свежей каверны;
+фиброзной каверны;
!очага Ашоффа—Пуля;
!очага Абрикосова.

30. В плановом порядке при гомогенной солитарной туберкулезе легкого чаще выполняют:

- !лобэктомия;
- !пневмонэктомию;
- !четырёхреберную торакопластику;
- !экстраплевральный пневмолиз;
- +прецизионную резекцию.

31. При наличии показаний к хирургическому вмешательству у больных кавернозным туберкулезом чаще выполняют:

- +лобэктомия;
- !пневмонэктомию;
- !торакомиопластику;
- !кавернотомия;
- !экстраплевральную plombировку.

Глава 25. Неотложные состояния при туберкулезе легких

1. Наибольшую опасность для жизни при легочном кровотечении представляет:

- !ателектаз легкого;
- +асфиксия;
- !кровопотеря;
- !аспирационная пневмония;
- !прогрессирование туберкулеза.

2. В дифференциальной диагностике кровотечения из ветвей легочной артерии и ветвей бронхиальной артерии наибольшее значение имеет:

- +цвет крови;
- !объем выделенной крови;
- !РН крови;
- !рентгенологические данные;
- !бронхоскопическая картина.

3. Наиболее эффективным консервативным методом остановки кровотечения из ветвей бронхиальных артерий является:

- !покой;
- +искусственная артериальная гипотензия;
- !введение хлорида кальция;
- !капельное введение свежемороженой плазмы;
- !введение эуфилина.

4. При напряженном пневмотораксе наибольшую опасность представляет:

- !выключение легкого из вентиляции;
- +повышение внутриплеврального давления;
- !повышение давления в малом круге кровообращения;
- !повышение венозного давления;
- !уменьшение жизненной емкости легких.

5. Экстренная помощь при напряженном пневмотораксе включает:

- !искусственную вентиляцию легких;
- !ингаляцию кислорода;
- +пункцию полости плевры;
- !электростимуляцию дыхания;
- !применение кардиотонических средств.

6. Наиболее часто спонтанный пневмоторакс возникает при наличии:

- !туберкулеза легких;
- +буллезной эмфиземы;
- !кисты легкого;
- !рака легкого;
- !гистиоцитоза Х.

7. При легочном кровотечении противопоказано введение:

- !викасола;
- !дицинона;
- +кодтерпина;
- !хлорида кальция;
- !аминокапроновой кислоты.

8. При выделении с кашлем крови алого цвета более эффективно назначение:

!дицинона;
!трасилола;
/аскорбиновой кислоты;
!аминокапроновой кислоты;
+пентамина.

9. Для уточнения диагноза при спонтанном пневмотораксе наиболее эффективна:

!рентгенография;
!КТ грудной клетки;
!пункция полости плевры с манометрией;
+видеоторакоскопия;
!радионуклидное исследование вентиляции легких.

10. При остром легочном сердце наиболее эффективно:

!введение диуретиков;
!снижение артериального давления;
+эвакуация воздуха и жидкости из плевральных полостей;
!назначение антикоагулянтов;
!санация бронхиального дерева.

Глава 26. Организация противотуберкулезной работы в России

1. В России основной источник финансирования лечебно-профилактических мероприятий при туберкулезе:

!фонд добровольного медицинского страхования;
!фонд обязательного медицинского страхования;
+средства госбюджета;
!международные фонды;
!благотворительные организации.

2. При подозрении на туберкулез необходимо обследование в условиях:

+поликлиники по месту жительства;
!диагностического центра;
/районной больницы;
!противотуберкулезного диспансера;
!учреждения службы Госсанэпиднадзора.

3. В России при выявлении туберкулеза учету и регистрации подлежат:

!только граждане России;
!граждане России и лица из стран ближнего зарубежья;
!граждане России и лица, не имеющие гражданства;
!граждане России и лица без определенного места жительства;
+граждане России, иностранные граждане и лица без гражданства.

5. Извещение о больном, у которого впервые в жизни установлен диагноз туберкулеза, заполняет:

!медицинская сестра поликлиники;
+врач любой специальности;
!врач-фтизиатр;
!медицинская сестра противотуберкулезного диспансера;
!работник территориального органа Госсанэпиднадзора.

6. Извещение о больном, у которого впервые в жизни установлен диагноз туберкулеза, оформляется:

!только в учреждениях общей лечебной сети;
!только в стационарах;
+в медицинских учреждениях независимо от ведомственной принадлежности;
!только в поликлиниках;
!в органах Госсанэпиднадзора.

7. Врач при выявлении больного туберкулезом:

!сообщает о больном по телефону в противотуберкулезный диспансер;
!сообщает о больном по телефону в центр Роспотребнадзора;
!назначает больному противотуберкулезную терапию;
+оформляет извещение и отправляет его в территориальный орган Госсанэпиднадзора;
!назначает контактными лицам превентивную химиотерапию.

8. Дубликат извещения о больном, у которого впервые в жизни установлен диагноз туберкулеза, направляется:

- +в противотуберкулезный диспансер по месту фактического проживания больного;
- !в противотуберкулезный диспансер по месту регистрации пациента;
- !по месту работы больного;
- !в поликлинику по месту фактического проживания больного;
- !в поликлинику по месту регистрации.

9. Оформление извещения о больном, у которого впервые в жизни установлен диагноз туберкулеза, осуществляется:

- !в течение 1 нед после получения анализа мокроты на МБТ;
- +в 3-дневный срок;
- !в 10-дневный срок;
- !сразу после подтверждения бактериовыделения;
- !в течение 2 нед.

10. Принадлежность очага туберкулезной инфекции к определенной эпидемиологической группе определяют:

- !участковые терапевт и фтизиатр;
- !участковые терапевт и педиатр;
- !участковые фтизиатр и педиатр;
- !врач-эпидемиолог и участковый терапевт;
- +участковый фтизиатр и врач-эпидемиолог.

11. Жилище впервые выявленного больного туберкулезом легких с массивным бактериовыделением, проживающего совместно с детьми, наблюдают как очаг туберкулезной инфекции:

- !5 группы;
- !4 группы;
- !3 группы;
- !2 группы;
- +1 группы.

12. Жилище больного, состоящего на учете в IА группе противотуберкулезного диспансера, у которого на фоне лечения прекратилось бактериовыделение, продолжают рассматривать как очаг туберкулезной инфекции в течение:

- !6 мес;
- +1 года;
- !2 лет;
- !3 лет;
- !5 лет.

13. Жилище впервые выявленного больного туберкулезом легких с бактериовыделением, проживающего в своей квартире без родственников, наблюдают как очаг туберкулезной инфекции:

- !5 группы;
- !4 группы;
- !3 группы;
- +2 группы;
- !1 группы.

14. Жилище впервые выявленного больного внелегочным туберкулезом, проживающего в квартире с детьми, наблюдают как очаг туберкулезной инфекции:

- !5 группы;
- !4 группы;
- +3 группы;
- !2 группы;
- !1 группы.

15. Первое мероприятие в отношении детей, проживающих в очаге туберкулезной инфекции:

- +постановка на учет в противотуберкулезном диспансере;
- !назначение специфической химиотерапии;
- !направление на санаторно-курортное лечение;
- !ревакцинация БЦЖ независимо от результата пробы Манту с 2 ТЕ;
- !оздоровление верхних дыхательных путей.

16. Первое мероприятие в отношении взрослых, проживающих в очаге туберкулезной инфекции:

!назначение противотуберкулезной терапии;
+лучевое обследование органов грудной клетки;
!ревакцинация БЦЖ независимо от результата пробы Манту с 2 ТЕ;
!диагностическая фибробронхоскопия;
!оздоровление верхних дыхательных путей.

17. При выявлении больных туберкулезом домашних животных очаг туберкулезной инфекции относят:

+к 5-й группе;
!к 4-й группе;
!к 3-й группе;
!ко 2-й группе;
!к 1-й группе.

18. Группа диспансерного наблюдения для взрослых, проживающих совместно с впервые выявленным больным инфильтративным туберкулезом в фазе распада, МБТ+:

!А;
!ПА;
!П;
+!ВА;
!ВБ.

19. Больных, много лет страдающих фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, в противотуберкулезном диспансере наблюдают в группе:

!А или !Б;
+!А или !Б;
!ВА или !ВБ;
!ОА или !ОБ;
!В.

20. Группа диспансерного наблюдения ребенка с осложнением после вакцинации БЦЖ:

!А для детей и подростков;
+!А для детей и подростков;
!П для детей и подростков;
!ВА для детей и подростков;
!ОА для детей и подростков.

21. Группа диспансерного наблюдения больных с впервые выявленным активным туберкулезом органов дыхания:

+!А;
!ПА;
!ВА;
!ОА;
!В.

22. Срок наблюдения больного в I группе диспансерного учета:

!не более 3 мес;
!не более 10 мес;
!не более 12 мес;
!не более 18 мес;
+не более 24 мес.

23. Группа диспансерного наблюдения лиц при необходимости уточнения активности туберкулезных изменений:

!А или !Б;
!А или !Б;
!ВА или !ВБ;
+!ОА;
!В.

24. Срок наблюдения больного в 0 группе диспансерного учета при необходимости уточнения активности туберкулезных изменений:

!не более 3 нед;

+не более 3 мес;
!не более 6 мес;
!не более 12 мес;
!не более 24 мес.

25. Взрослых из III группы диспансерного наблюдения обследуют не реже:

!1 раза в 3 мес;
!1 раза в 4 мес;
!3 1 раза в 5 мес;
+ 1 раза в 6 мес;
!1 раза в год.

26. Медицинские, ветеринарные и сельскохозяйственные работники, имеющие контакт с туберкулезной инфекцией, должны быть обследованы на туберкулез не реже:

!1 раза в год;
!3 раза в год;
+1 раза в 6 мес;
!1 раза 9 мес;
!1 раза в 2 года.

27. Своевременность обследования детей на туберкулез находится под контролем:

!врача детского сада;
!участкового педиатра;
!участкового фтизиатра;
+врача-эпидемиолога;
!школьного врача.

28. Своевременность обеспечения лечебно-профилактических учреждений вакциной БЦЖ находится под контролем:

!главного врача учреждения;
+центра Госсанэпиднадзора;
!главной медицинской сестры учреждения;
!противотуберкулезного диспансера;
!главного педиатра района.

29. Группа диспансерного наблюдения взрослых с клиническим излечением туберкулеза:

!Б;
!В;
!ША;
!ШБ;
+Ш.

30. Группа диспансерного наблюдения впервые выявленных больных с бактериовыделением:

+IA;
!В;
!ША;
!ШБ;
!Ш.

31. Группа диспансерного наблюдения впервые выявленного больного с экссудативным плевритом туберкулезной этиологии:

!Б;
!В;
+IA;
!ПБ;
!ПА.

32. Группа диспансерного наблюдения больных, нуждающихся в проведении дифференциальной диагностики туберкулеза с другими заболеваниями:

!Б;
!В;
!А;
!ШБ;
+ОБ.

33. Группа диспансерного наблюдения больного с эмпиемой плевры туберкулезной этиологии:

!А или !В;

+1А или 1Б;
!ОА или ОБ;
!1А или 1Б;
!Ш.

34.Группа диспансерного наблюдения больных цирротическим туберкулезом легких:

!1Б
!1В
!1А
+1Б;
!1А.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

УТВЕРЖДЕНО

Проректор по учебной работе,
проф. Шахбанов Р.К

“ _____ ” _____ 2019 г.

АННОТАЦИЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

по дисциплине «Фтизиатрия»

Специальность (направление) **31.05.01 «Лечебное дело»**
Уровень высшего образования - **специалитет**
Квалификация выпускника: **врач-лечебник**
Факультет: **Лечебный**
Кафедра **Фтизиопульмонологии**
Форма обучения: **очная**
Курс **6**
Семестр **12**
Всего трудоёмкость - **5 з.е. / 180 часов**

Лекции	30 часов
Практические занятия	66 часов
Самостоятельная работа	48 часов
Экзамен	36 часов

Махачкала 2019 год

1. Цель и задачи освоения дисциплины фтизиатрия

Цель освоения дисциплины: формирование у студентов знаний, умений, навыков диагностики, лечения и профилактики туберкулеза, а также приобретение опыта в оказании неотложной помощи при осложнениях.

Задачи дисциплины:

Задачами дисциплины являются:

1. Формирование у обучающихся мотивации на сохранение и повышение уровня здоровья. Обучение пациентов и их окружения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим укреплению здоровья, устранению вредных привычек и других факторов, способствующих распространению туберкулёза.

2. Ознакомление студентов с мероприятиями по охране труда и технике безопасности, профилактике заболевания туберкулезом, осуществлением контроля за соблюдением и обеспечением экологической безопасности.

3. Ознакомление студентов с принципами организации и работы фтизиатрической клиники, профилактикой внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях, создание благоприятных условий для пребывания больных и труда медицинского персонала.

4. Ознакомление студентов с принципами организации и проведения экспертизы трудоспособности больных туберкулезом.

5. Ознакомление студентов с делопроизводством во фтизиатрической клинике.

6. Ознакомление студентов с медикаментозными средствами в противотуберкулезной службе и соблюдением правил их хранения в клинике.

7. Формирование у студентов навыков изучения учебной и научной литературы, официальных статистических обзоров, подготовки рефератов, обзоров по современным научным проблемам в области фтизиопульмонологии.

8. Формирование у студентов навыков общения и взаимодействия с коллективом базовых противотуберкулезных учреждений, коллегами, пациентами и их родственниками.

9. Ознакомление студентов с этиологией, патогенезом, клиническими признаками, лечением и профилактикой туберкулеза легких. Научить выделять клинические формы заболевания туберкулёзом.

10. Дать студентам представление о распространённости и значимости заболеваний туберкулезом и взаимосвязях этих заболеваний с патологией других органов и систем.

11. Научить выделять осложнения и сопутствующие заболевания, опасные для жизни больных, формирование у студентов навыков оказания неотложной помощи при осложнениях.

2. Место дисциплины в структуре основной образовательной программы высшего образования (ООП ВО)

2.1. Для изучения дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами/практиками:

Микробиология, иммунология, гистология, цитология, нормальная физиология, патологическая анатомия, патофизиология, лучевая диагностика, инфекционные болезни, фармакология.

3. В результате изучения дисциплины студент должен

Знать:

- этиологию, патогенез, динамику патологических изменений и связанных с ними функциональных расстройств при туберкулезе у детей;
- основные принципы общего клинического обследования детей с заболеваниями органов дыхания;
- особенности лучевой диагностики при туберкулезе легких и других органов у детей;
- особенности оперативной хирургии при туберкулезе легких и других органов у детей;
- организацию плановой и неотложной медицинской помощи, правила ведения медицинской документации.
- взаимосвязь туберкулеза органов дыхания с заболеваниями организма в целом;
- о возможностях отечественной и зарубежной техники для диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания у детей.

Уметь:

- собирать и анализировать информацию о состоянии здоровья пациента с заболеванием органов дыхания;
 - проводить расспрос пациента и его родственников, выявлять жалобы, собирать анамнез жизни и анамнез болезни;
 - проводить осмотр и физикальное исследование органов дыхания пациента традиционными методами;
- составлять план дополнительных методов исследований органов дыхания пациента;
- анализировать результаты дополнительных методов исследования органов дыхания пациента;
- ставить предварительный диагноз с последующим направлением к врачу-специалисту при заболеваниях туберкулезом;
- диагностировать и оказывать экстренную врачебную помощь детям на догоспитальном этапе при неотложных состояниях, связанных с патологией органов дыхания: кровохаркание и легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, сердечно-легочная декомпенсация;
- решать деонтологические задачи, связанные со сбором информации о пациенте, диагностикой, лечением, профилактикой и оказанием помощи больным с заболеваниями туберкулезом органов дыхания; самостоятельно работать с учебной, научной, нормативной и справочной литературой по фтизиатрии- вести поиск, превращать прочитанное в средство для решения профессиональных задач;
- вести истории болезни больного с заболеванием органов дыхания;
- реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, медицинскими сестрами и младшим персоналом, родственниками пациента.

Владеть:

- методами работы с учебной и учебно-методической литературой;
- методами общеклинического обследования больных;

- методами анализа результатов лабораторного обследования (клинических и биохимических анализов крови, мочи, бактериологического, гистоморфологических исследований, рентгенологических исследований: рентгенографии, КТ, МРТ и др.) и дополнительной информации о состоянии больных.

- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту;

- выполнением основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях

Место дисциплины в структуре основной образовательной программы высшего образования (ООП ВО)

Для изучения дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами/практиками:

Микробиология, иммунология, гистология, цитология, нормальная физиология, патологическая анатомия, патофизиология, фармакология, организация здравоохранения, лучевая диагностика,

Разделы дисциплины и компетенции, которые формируются при их изучении:

№	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела в дидактических единицах
1	ОК-1 ОПК-4 ПК-3 ПК-4 ПК-11	Введение во фтизиатрию. Общие сведения о туберкулезе. Эпидемиология туберкулеза Этиология туберкулеза. Патогенез и патологическая анатомия туберкулеза.	Особенности эпидемического процесса при туберкулезе и факторы, определяющие его развитие. Роль социально-экономических факторов. Туберкулез в развитых и развивающихся странах. Социальные группы риска в отношении туберкулеза. Туберкулез в пенитенциарных учреждениях. Туберкулез и войны. Туберкулез на экологически неблагоприятных территориях и на территориях с повышенным радиационным фоном. Роль лекарственной устойчивости микобактерий в эпидемиологии туберкулеза. Инфицированность микобактериями туберкулеза, заболеваемость, распространенность, смертность от туберкулеза, их значение в определении эпидемиологической ситуации.. Роль компьютерных технологий (мониторинга) в анализе эпидемиологической ситуации с туберкулезом.
			Виды микобактерий туберкулеза, морфологическое строение и свойства. Патогенность и вирулентность микобактерий. Биологическая изменчивость микобактерий. Начальная и приобретенная лекарственная устойчивость. Быстро- и медленно- размножающиеся микобактерий туберкулеза, персистирующие формы. Генетические основы формирования лекарственной формы микобактерий. Нетуберкулезные (атипичные) микобактерий. Клиническое и эпидемиологическое

			<p>значение различных видов и форм микобактерий.</p> <p>Микобактериозы органов дыхания.</p> <p>Входные ворота инфекции. Гематогенный, бронхогенный и лимфогенный пути распространения микобактерий в организме человека. Местные и общие реакции организма на туберкулезную инфекцию.</p> <p>Виды специфических воспалительных реакций при туберкулезе и последовательность их развития.</p> <p>Туберкулезная гранулема. Первичный, послепервичный и вторичный периоды туберкулезной инфекции, их иммунно-морфологические особенности. Патологическая анатомия основных клинических форм туберкулеза органов дыхания.</p>
2.	<p>ОПК-3 ОПК-4 ОПК-6</p> <p>ПК-3 ПК-4 ПК-15 ПК-16</p>	<p>Организация борьбы с туберкулезом.</p> <p>Противотуберкулезный диспансер.</p> <p>Первичная медико-санитарная помощь</p> <p>Клиническая классификация туберкулеза</p> <p>Выявление больных туберкулезом.</p> <p>Методы диагностики туберкулеза</p>	<p>Государственный характер борьбы с туберкулезом, проведение противотуберкулезных мероприятий противотуберкулезными учреждениями с широким участием всех лечебно-профилактических учреждений.</p> <p>Основные законодательные акты по туберкулезу в России. Федеральная программа по борьбе с туберкулезом в России Организация и проведение диагностики туберкулеза у взрослых, подростков и детей. Организация наблюдения больных туберкулезом и их лечения в амбулаторных условиях, организационные формы проведения амбулаторного лечения. Работа диспансера в очаге туберкулезной инфекции, организация и проведение мероприятий по его оздоровлению, профилактике туберкулеза среди лиц, проживающих в контакте с бактериовыделителем. Диспансерное наблюдение за здоровыми лицами, находящимися в контакте с бактериовыделителем.</p> <p>Современные подходы к профилактике и выявлению туберкулеза. Профилактические обследования детского населения на туберкулез. Противотуберкулезная работа среди детей и подростков по проведению туберкулинодиагностики и противотуберкулезной профилактики вакциной БЦЖ. Выявление лиц с риском заболевания туберкулезом подростков и детей, методика их обследования на туберкулез, показания для направления в противотуберкулезный диспансер. Организационно-методическое руководство противотуберкулезного диспансера работой учреждений общей лечебно-профилактической сети по своевременному выявлению туберкулеза и его профилактике. Противотуберкулезная работа учреждений санэпиднадзора. Анализ динамики эпидемиологических показателей, характеризующих ситуацию с заболеваемостью туберкулезом. Группы риска. Работа в очаге туберкулезной инфекции. Контроль медицинского обследования лиц, поступающих и</p>

			<p>работающих на предприятиях, на которых запрещено работать больным туберкулезом. Участие в планировании обследований на туберкулез и в планировании вакцинации и ревакцинации БЦЖ.</p> <p>Принципы построения отечественной классификации. Разделы классификации, отражающие основные клинические формы, характеристику туберкулезного процесса и его осложнений, остаточные изменения после излеченного туберкулеза. Формулировка диагноза туберкулеза.</p> <p>Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, раздел "Туберкулез". Значение микробиологической и гистологической верификации в постановке диагноза туберкулеза органов дыхания и других локализаций.</p>
			<p>Государственный характер борьбы с туберкулезом, проведение противотуберкулезных мероприятий противотуберкулезными учреждениями с широким участием всех лечебно-профилактических учреждений. Основные законодательные акты по туберкулезу в России.</p>
			<p>Диагностика туберкулеза органов дыхания на этапе обследования больных в поликлинике и в других учреждениях общей лечебной сети и на этапе обследования в противотуберкулезных учреждениях.</p> <p>Методы верификации диагноза туберкулеза - бактериологические, морфологические, иммунологические, молекулярно-биологические.</p> <p>Микробиологическая диагностика.</p> <p>Методы обнаружения микобактерий туберкулеза в мокроте и другом патологическом материале, значение их результатов для диагноза туберкулеза и определения фазы туберкулезного процесса.</p> <p>Туберкулинодиагностика. Повышенная чувствительность замедленного типа, ее проявления, клиническое значение. Виды туберкулинов. Туберкулиновые кожные пробы.. Туберкулиновая проба Манту с 2 ТЕ. Техника постановки. Инфекционная и поствакцинальная чувствительность к туберкулину, дифференциальная диагностика. Проба Коха и градуированная кожная проба, показания к применению с целью диагностики и дифференциальной диагностики туберкулеза</p> <p>Диаскинтест.</p> <p>Методы исследования функций дыхания и кровообращения. Функциональные тесты легочной вентиляции, газообмена и их использование в определении дыхательной недостаточности, значение в диагностике заболеваний легких.</p>

			<p>Лучевая диагностика. Рентгенография и традиционная томография, показания к выполнению различных видов рентгенографии и томографии. Рентгенологические синдромы туберкулеза и других заболеваний органов дыхания.</p> <p>Цифровые технологии в лучевой диагностике. Компьютерная томография в диагностике туберкулеза и других заболеваний легких, средостения, плевры и в оценке динамики туберкулезного процесса. Магнитно-резонансная томография при туберкулезе.</p> <p>Специальные лучевые (радионуклидные) исследования при заболеваниях легких, показания к их применению.</p> <p>Общие клинические лабораторные методы.</p> <p>Диагностическое значение сдвигов количества форменных элементов периферической крови и СОЭ при различных формах и фазах туберкулезного процесса. Показатели мочи больных легочным и мочеполовым туберкулезом.</p> <p>Биохимическое и иммунологическое исследование крови в диагностике туберкулеза</p> <p>Инструментальные и инвазивные методы диагностики.</p> <p>Эндоскопические методы исследования.</p> <p>Трахеобронхоскопия. Бронхоальвеолярный лаваж, состав лаважной жидкости при туберкулезе и при других заболеваниях легких.</p>
3.	<p>ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-8 ПК-1 ПК-5 ПК-8 ПК-9</p>	<p>Обследование и курация больного туберкулезом.</p>	<p>Распрос. Причины, способствующие развитию заболевания. Контакт с больным туберкулезом, наследственность. Факторы риска инфицирования МБТ и заболевания туберкулезом. Клинические признаки туберкулеза, методы его выявления. Жалобы больного туберкулезом органов дыхания: общие и местные. их клиническое значение. Условия быта и труда больного, профессиональные вредности. Экологические особенности среды проживания. Развитие, перенесенные и сопутствующие туберкулезу заболевания, вредные привычки. Проведение профилактических противотуберкулезных мероприятий, обследований на туберкулез. Физикальные методы исследования. Осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больного туберкулезом органов дыхания. Клиническая интерпретация выявленных изменений.</p>
4.	<p>ПК- 5 ПК- 6 ПК- 8 ПК-9 ПК-11 ПК-14 ПК-16</p>	<p>Формы туберкулёза первичного и вторичного периодов.</p>	<p>Туберкулезная интоксикация у детей и подростков. Клинические признаки, течение, лечение.</p> <p>Дифференциальная диагностика туберкулезной интоксикации с хроническими неспецифическими воспалительными процессами. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Патоморфология и патогенез</p> <p>Первичный туберкулезный комплекс. Патоморфология</p>

			и патогенез первичного комплекса. Клинические признаки, диагностика, течение и лечение. Исходы первичного комплекса.
			<p>А) Диссеминированный туберкулез легких.</p> <p>Милиарный туберкулез легких. Патогенез ранней и поздней гематогенной диссеминации. Клинические формы острого милиарного туберкулеза легких, патологоанатомические признаки. Диагностика, клиника и лечение милиарного туберкулеза легких.</p> <p>Туберкулезный менингит. Патогенез и патоморфология туберкулезного менингита. Особенности клиники и течения. Неврологическая симптоматика. Микробиологическая и серологическая диагностика, изменения показателей спинномозговой жидкости. Дифференциальная диагностика туберкулезного менингита. Лечение больных туберкулезным менингитом.</p> <p>Подострый и хронический диссеминированный туберкулез легких. Гематогенная, лимфогенная и бронхогенная диссеминации, патогенез, патологоанатомические и рентгенологические признаки. Диагностика, клиника и лечение диссеминированного туберкулеза легких. Дифференциальный диагноз с очаговой пневмонией, гранулематозами, карциноматозом, альвеолитами, пневмокониозом, токсоплазмозом, метастазами опухолей, системными заболеваниями соединительной ткани, застойным легким. Методы лучевой, микробиологической и инструментальной диагностики. Осложнения диссеминированного туберкулеза (плеврит, поражение гортани и других органов).</p> <p>Б) Малые формы туберкулеза легких.</p> <p>Очаговый туберкулез легких. Патогенез и патоморфология свежего и хронического очагового туберкулеза легких. Методы выявления, клиника и течение очаговых форм туберкулеза. Значение флюорографического и рентгенологического методов для выявления и диагностики очагового туберкулеза. Методы определения активности туберкулезных очагов.</p> <p>Ограниченный диссеминированный туберкулез легких. Патогенез и патоморфология. Клинико-рентгенологические варианты, особенности их диагностики и течения. Лечение и исходы. Прогноз.</p> <p>Туберкулема легкого. Патогенез и патоморфология туберкулем легкого. Особенности клинической картины туберкулем легкого, клинические формы. Значение рентгенологических методов в выявлении и диагностике туберкулем. Лечение и исходы в зависимости от величины</p>

			<p>и фазы течения, значение хирургического метода. Дифференциальная диагностика с заболеваниями, проявляющимися округлыми образованиями в легких.</p> <p>В) Казеозная пневмония.</p> <p>Патогенез и патологическая анатомия лобулярной и лобарной казеозной пневмоний. Особенности клинической картины, рентгенологическая характеристика. Лечение и исходы казеозной пневмонии. Дифференциальная диагностика с острыми процессами, протекающими с кавернизацией (абсцедирующая и септическая пневмонии, гангрена легкого). Клинические особенности. Методы лучевой, микробиологической и инструментальной диагностики.</p> <p>Г) Деструктивные формы туберкулеза легких. Кавернозный туберкулез легких.</p> <p>Патогенез каверны легкого. Морфологическое строение каверн, свежая и хроническая каверна. Клинические и рентгенологические признаки каверны в легком. Клиническая характеристика кавернозного туберкулеза легких. Течение. Лечение. Виды заживления каверн.</p> <p>Фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Причины формирования фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Морфологические признаки. Осложнения фиброзно-кавернозного туберкулеза. Лечение больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, исходы.</p> <p>Цирротический туберкулез легких. Патогенез и патоморфология цирротического туберкулеза легких. Основные клинические симптомы, рентгенологические признаки. Течение и лечение цирротического туберкулеза.</p> <p>Д) Туберкулез серозных оболочек.</p> <p>Туберкулезный плеврит. Патогенез и патоморфология туберкулезных плевритов. Фибринозный (сухой) и экссудативный туберкулезные плевриты. Клиническая, рентгенологическая, инструментальная и цитологическая диагностика. Лечение больных фибринозным и экссудативным плевритом, исходы. Туберкулез плевры. Туберкулезная эмпиема.</p> <p>Туберкулезный перикардит. Патогенез. Основные клинические симптомы, рентгенологические признаки. Течение и лечение.</p>
5	ПК-7 ПК-10 ПК-14	Осложнения туберкулеза легких и неотложная помощь.	<p>Патогенез, диагностика и принципы лечения легочного кровотечения, кровохарканья, спонтанного пневмоторакса, легочно-сердечной недостаточности, ателектаза, амилоидоза. Неотложная помощь при острых осложнениях туберкулеза легких.</p>

6	ПК-8 ПК-22	Лечение больных туберкулезом.	<p>Химиотерапия. Противотуберкулезные антибиотики и химиопрепараты, дозы, методы введения, комбинации препаратов. Взаимодействия с другими химиопрепаратами и антибиотиками. Основные принципы химиотерапии туберкулеза. Этапы интенсивной химиотерапии и химиотерапии долечивания. Контролируемость химиотерапии. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Побочные реакции антибактериальных препаратов, их предупреждение и устранение. Особенности лечения больных с лекарственно чувствительными и лекарственно-устойчивыми микобактериями туберкулеза. Стандартные и индивидуализированные режимы химиотерапии. Организация химиотерапии больных туберкулезом легких. Показания к стационарной и амбулаторной терапии. Организация и практика амбулаторной химиотерапии. Экономическая целесообразность амбулаторной организационной формы лечения.</p> <p>Коллапсотерапия. Лечебный пневмоторакс и пневмоперитонеум. Показания и эффективность.</p> <p>Хирургическое лечение. Виды оперативных вмешательств при туберкулезе легких. Показания к применению хирургических методов лечения и их эффективность.</p>
7	ПК-12 ПК-13	Профилактика туберкулеза. Виды профилактики.	Противотуберкулезная вакцинация БЦЖ и БЦЖ-М детей, подростков и взрослых. Показания и противопоказания. Оценка эффективности вакцинации, возможные осложнения. Санитарная профилактика. Химиопрофилактика.
8	ОПК-8 ОПК-9 ПК-5 ПК-6	Туберкулез легких, комбинированный с другими заболеваниями и.	<p>Туберкулез легких и сахарный диабет. Клинические и рентгенологические признаки туберкулеза у больных сахарным диабетом. Раннее выявление туберкулеза, его лечение и профилактика у больных диабетом.</p> <p>Туберкулез легких и алкоголизм. Клинические и рентгенологические признаки туберкулеза у больных алкоголизмом. Течение туберкулеза у больных алкоголизмом. Особенности стационарного и амбулаторного лечения.</p> <p>Туберкулез и наркомания, туберкулез и табакокурение.</p> <p>Туберкулез легких и ВИЧ/СПИД. Патогенез и патоморфология туберкулеза у больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных. Особенности клинической, рентгенологической и микробиологической диагностики туберкулеза. Лечение туберкулеза у больных СПИДОМ. Профилактика туберкулеза у ВИЧ-инфицированных.</p> <p>Туберкулез легких и хронические неспецифические заболевания органов дыхания. Клинические и рентгенологические признаки туберкулеза у больных с хроническими воспалительными заболеваниями органов</p>

			<p>дыхания. Раннее выявление, лечение и профилактика туберкулеза. Туберкулез легких и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Патогенез, клинические и рентгенологические признаки туберкулеза у больных язвенной болезнью. Раннее выявление, лечение и профилактика туберкулеза у больных язвенной болезнью. Туберкулез легких и психические заболевания. Патогенез, клинические и рентгенологические признаки туберкулеза у психически больных.</p> <p>Сочетание туберкулеза с пневмокониозами.</p>
9		Дифференциальная диагностика туберкулеза органов дыхания и нетуберкулезных заболеваний легких.	<p>Принципы дифференциальной диагностики. Работа консультационного отделения. Дифференциальная диагностика основных заболеваний легких у больных, проходящих обследование в консультационном отделении. Гранулематозы: саркоидоз и лимфогранулематоз органов дыхания. Патогенез и патоморфология. Классификация и клинические формы саркоидоза и лимфогранулематоза. Методы лучевой, микробиологической и инструментальной диагностики. Лечение. Туберкулез и рак легкого. Патогенез и патоморфология. Методы лучевой, микробиологической и инструментальной диагностики. Дифференциальная диагностика. Туберкулез и грибковые поражения легких. Патогенез и патоморфология. Методы лучевой, микробиологической и инструментальной диагностики. Дифференциальная диагностика. Туберкулез и пневмонии. Патогенез и патоморфология. Методы лучевой, микробиологической и инструментальной диагностики. Дифференциальная диагностика.</p>
10		Туберкулёз внелегочных локализаций.	<p>Туберкулез периферических лимфатических узлов. Рентгеноанатомия лимфатических узлов и лимфатических сосудов легких и средостения. Патоморфология и патогенез туберкулеза периферических лимфатических узлов. Клиническая и рентгенологическая диагностика поражения лимфатических узлов средостения. Туберкулёз мочеполовой системы. Туберкулёз костей и суставов. Туберкулёз желудочно-кишечного тракта Туберкулёз редких локализаций.</p>

Распределение трудоемкости дисциплины.

Распределение трудоемкости дисциплины и видов учебной работы по семестрам:

Вид учебной работы	Трудоемкость			
	объем в зачетных единицах (ЗЕ)	объем в академических часах	№	№
			семестра XI	семестра XII

		(АЧ)	
Аудиторная работа, в том числе	5	96	96
Лекции (Л)		30	30
Лабораторные практикумы (ЛП)			
Практические занятия (ПЗ)			
Клинические практические занятия (КПЗ)		66	66
Семинары (С)			
Самостоятельная работа студента (СРС)		48	48
Промежуточная аттестация			
Диф.зачет/экзамен (указать вид)		36	36
ИТОГО		180	180

Разделы дисциплины, виды учебной работы и формы текущего контроля:

п/№	№ семестра	Наименование раздела дисциплины	Виды учебной работы (в АЧ)							Оценочные средства
			Л	ЛП	ПЗ	КПЗ	С	СРС	Всего	
1	XII	Общие сведения о туберкулезе. (эпидемиология, этиология, патогенез, патологическая анатомия)	2			2		2	6	Тестирование
2	XII	Организация борьбы с туберкулезом. Выявление больных туберкулезом, Клиническая классификация туберкулеза. Методы диагностики туберкулеза.	2			4		4	10	Тестирование. Собеседование по ситуационным задачам
3	XII	Обследование и curaция больного туберкулезом.				6		10	16	Тестирование. Собеседование по ситуационным задачам

4	XII	Формы туберкулёза первичного и вторичного периодов.	10		18		6	36	Тестирование Собеседование по ситуационным задачам
5	XII	Осложнения туберкулеза легких и неотложная помощь.	2		4		4	10	Тестирование Собеседование по ситуационным задачам
6	XII	Лечение туберкулеза легких. Методы. Клиническое излечение. Трудоспособность.	4		14		6	28	Тестирование Собеседование по ситуационным задачам
7	XII	Профилактика туберкулеза: специфическая (вакцинация, ревакцинация) и санитарная. Химиопрофилактика.	2		6		2	8	Собеседование
8	XII	Туберкулез легких комбинированный с другими заболеваниями. Туберкулез и ВИЧ/СПИД.	2		4		2	8	Собеседование
9	XII	Дифференциальная диагностика туберкулеза органов дыхания и нетуберкулезных заболеваний легких.	2		6		4	12	Собеседование. Тестирование.
10	XII	Туберкулёз внелегочных локализаций	2		4		4	10	Собеседование. Тестирование.
		ИТОГО	30		66		48	144	

6. ВИДЫ КОНТРОЛЯ: экзамен в 12 семестре

Зав. кафедрой _____ (В.Ю. Ханалиев)