**Общество с ограниченной ответственностью «Едурегионлаб»**

**(ООО «Едурегионлаб»)**

****

|  |  |
| --- | --- |
|  | **УТВЕРЖДАЮ**Директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Брехач Р.А./«01» сентября 2022 г.  |

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

 **«ФТИЗИАТРИЯ»**

**со сроком освоения 144 академических часа**

**по специальности «Фтизиатрия»**

**Пермь, 2022**

Организация-разработчик: Общество с ограниченной ответственностью «Едурегионлаб» (ООО «Едурегионлаб»).

Структурное подразделение, подготовившее дополнительную профессиональную программу повышения квалификации «Фтизиатрия», - специализированное структурное образовательное подразделение Образовательный центр «Едурегионлаб» (ОЦ «Едурегионлаб»).

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Фтизиатрия» разработана рабочей группой сотрудников ООО «Едурегионлаб» в следующем составе:

1. Антропова Татьяна Александровна, врач-эпидемиолог, преподаватель эпидемиологии и инфекционной безопасности ООО «Едурегионлаб»;
2. Зуйкина Елена Александровна, методист ООО «Едурегионлаб».

Программа утверждена Приказом № 9-ОЦ от «01» сентября 2022 г.

Используемые сокращения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ДОТ и ЭО  | – | дистанционные образовательные технологии и электронное обучение |
| ПК | – | профессиональные компетенции |
| ТФ |  | трудовые функции |
| ОТФ |  | обобщенные трудовые функции |
| УП | – | учебный план |
| ДПП ПК | – | дополнительная профессиональная программа повышения квалификации |
| СДО | – | система дистанционного обучения |
| ФОС | – | фонд оценочных средств  |
| МО | – | медицинская организация |
| ОМС | – | обязательное медицинское страхование |
| МКБ | – | международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем |
| ИСМП | – | инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**СОДЕРЖАНИЕ**

**1. Общие положения**

1.1. Аннотация и нормативно-правовые основания

1.2. Цель программы

1.3. Категория слушателей

1.4. Формы освоения программы

**2. Планируемые результаты обучения**

**3. Учебный план**

**4. Календарный учебный график**

**5. Рабочие программы учебных модулей**

**6. Организационно-педагогические условия реализации программы**

6.1. Кадровое обеспечение программы

6.2. Материально-техническое обеспечение программы

6.3. Учебно-методическое и информационное обеспечение программы

**7. Контроль результатов обучения**

7.1. Формы аттестации

7.2. Оценочные материалы

7.3. Контрольно-измерительные материалы (Приложение «Фонд оценочных средств»).

**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

 Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей «Фтизиатрия» объемом 144академических часа (далее – Программа), реализуемая ООО «Едурегионлаб» (далее – Центр) является нормативно-методическим документом, регламентирующим содержание, организационно-методические формы и трудоемкость обучения.

* 1. **Аннотация и нормативно-правовые основания**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вид программы | Наименование программы | Наименование выбранного профессионального стандарта (одного или нескольких), ОТФ или ТФ | Уровень квалификации ОТФ и (или) ТФ |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации | Фтизиатрия | Врач-фтизиатр (утв. Приказом Министерства труда и социальной защиты N 684н от 31 октября 2018 г. "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-фтизиатр") ОТФ – А: Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи населению по профилю "фтизиатрия" в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.ОТФ – B: Оказание медицинской помощи населению по профилю "фтизиатрия" в стационарных условиях. | 8 |

Программа «Фтизиатрия» разработана для специалистов с высшим медицинским образованием.

Основная цель вида профессиональной деятельности: Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза, медицинская реабилитация больных туберкулезом и лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом.

**Актуальность** дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Фтизиатрия» обусловлена необходимостью постоянного совершенствования профессиональных компетенций врачей-фтизиатров по вопросам оказания медицинской помощи пациентам по профилю «Фтизиатрия». Специалистам необходимо углубление знаний по основным профессиональным проблемам с учетом современных исследований и открытий, методов диагностики и лечения соответственно современным стандартам оказания квалифицированной помощи.

 Программа разработана на основании нормативно-правовых документов:

* Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «Об образовании в Российской Федерации»;
* Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
* Приказа Министерства образования РФ от 01.07.2013 № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»;
* Приказа Минздрава от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»;
* Приказа [Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 октября 2018 г. N 684н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-фтизиатр"](http://ivo.garant.ru/document/redirect/72108570/0);
* Приказа Министерства образования и науки РФ от 25 августа 2014 г. N 1094 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.51 Фтизиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)";
* Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;
* [Приказа Минздрава от 22.11.2021 г. № 1081н](https://vip.1glms.ru/#/document/99/727251242/) »Об утверждении Положения об аккредитации специалистов» (Действует с 1 марта 2022 до 1 марта 2023 года);
* Постановления Правительства РФ от 22.01.2013 № 23 «О правилах разработки и утверждения профессиональных стандартов» (с изменениями и дополнениями);
* Приказа Министерства труда и социального развития РФ от 12.074.2013 № 148н «Об утверждении уровней квалификаций в целях разработки проектов профессиональных стандартов»;
* Приказ Минздрава РФ от 23.08.2017 № 816 «Об утверждении порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ»;
* Приказ Минобрнауки РФ от 6 мая 2005 г. № 137 «Об использовании дистанционных образовательных технологий»;
* ГОСТ Р 53620-2009 «Информационно-коммуникационные технологии в образовании. Электронные образовательные ресурсы. Общие положения»;
* соответствующих стандартов и порядков оказания медицинской помощи, и реализуется в системе непрерывного профессионального развития.

Программа реализуется на основании лицензии Министерства образования и науки Пермского края от 17.12.2021 № Л035-01212-59/00203856.

* 1. **Цель** Программы – удовлетворение образовательных и профессиональных потребностей, обеспечение соответствия квалификации врачей-фтизиатров меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды; совершенствование и углубление профессиональных компетенций, необходимых для профессиональной деятельности и повышения профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по специальности «Фтизиатрия».
	2. **Категория слушателей**

К лицам, поступающим на обучение по Программе, предъявляются квалификационные требования:

- Высшее образование - специалитет по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Педиатрия".

- Подготовка в интернатуре/ординатуре по специальности "Фтизиатрия".

- Профессиональная переподготовка по специальности "Фтизиатрия" при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по специальности "Инфекционные болезни", "Неврология", "Общая врачебная практика (семейная медицина)", "Педиатрия", "Пульмонология", "Терапия", "Торакальная хирургия", "Травматология и ортопедия", "Урология", "Хирургия".

**Категория обучающихся** – Врач-фтизиатр; врач-фтизиатр участковый; заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) медицинской организации - врач-фтизиатр; врач приемного отделения (в специализированной медицинской организации или при наличии в медицинской организации соответствующего специализированного структурного подразделения).

* 1. **Форма освоения программы:** заочная, без отрыва от профессиональной деятельности с применением дистанционных образовательных технологий (далее – ДОТ), электронного обучения (далее – ЭОС).

Для реализации ДПП ПК используются ДОТ и сформирована ЭОС. Основными дистанционными образовательными технологиями на цикле ДПП ПК «Фтизиатрия» являются: интернет-технология с методикой асинхронного дистанционного обучения. Для этого на образовательной платформе Центра размещаются электронные учебно-методические комплексы, включающие нормативно-правовые документы, практические рекомендации, видеолекции, интернет-ссылки, тесты и другие учебные материалы по программе. Доступ к образовательной платформе осуществляется с помощью индивидуального логина и пароля, обеспечивающего идентификацию пользователя и информационную безопасность с любого информационного устройства, подключенного к сети Интернет круглосуточно.

Обучающая платформа позволяет слушателю решать тесты, вести диалог с преподавателем в его личном кабинете. Результаты тестирования отображаются в электронном дневнике обучающегося автоматически. Итоговая аттестация по результатам освоения Программы организуется в форме экзамена, который состоит в выполнении итогового тестового программированного контроля через систему дистанционного обучения.

**Основными компонентами** Программы являются:

 1. Общие положения

2. Планируемые результаты обучения

 3. Учебный план

 4. Календарный учебный график

 5. Рабочие программы учебных модулей

 6. Организационно-педагогические условия реализации Программы

7. Контроль результатов обучения (формы аттестации).

 8. Оценочные материалы.

**Планируемые результаты обучения** (см. раздел 2 Программы) направлены на совершенствование профессиональных компетенций врачами по специальности «Эндокринология», совершенствование их профессиональных знаний, умений, навыков.

**Учебный план** (далее – УП) определяет состав изучаемых модулей с указанием их трудоемкости, последовательности изучения; устанавливает формы реализации учебного процесса – очная /очно-заочная/ заочная с применением ДОТ и ЭО; формы организации учебного процесса и их соотношение (лекции, семинарские и практические занятия); конкретизирует формы контроля знаний и умений обучающихся – зачет / экзамен.

**Календарный учебный график** регламентирует режим занятий.

**Организационно-педагогические условия** реализации Программы включают:

1. кадровое обеспечение реализации программы;
2. материально-техническую базу, обеспечивающую организацию всех видов дисциплинарной подготовки;
3. учебно-методическое и информационное обеспечение Программы:
* литературу,
* базы данных,
* Интернет-ресурсы,
* информационную поддержку,
* нормативно-правовое обеспечение.

**Контроль результатов обучения** осуществляется посредством текущего контроля, промежуточной и итоговой аттестаций, определяет формы аттестации.

**Оценочные материалы**

Для проведения контроля результатов обучения используется фонд оценочных средств (далее – ФОС), позволяющий оценить степень достижения обучающимися запланированных результатов обучения по Программе.

**Трудоемкость освоения Программы** – 144 академических часа.

**Режим занятий:** 36 академических часов в неделю.

**Форма документа, выдаваемого при успешном освоении программы:** Удостоверение о повышении квалификации установленного образца.

**2. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ**

**Характеристика профессиональных компетенций,**

**подлежащих совершенствованию в результате освоения Программы**

**Программа направлена на совершенствование универсальных компетенций (далее - УК):**

УК-1: готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

УК-2: готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.

**По итогам обучения слушатель совершенствует профессиональные компетенции (далее - ПК):**

*профилактическая деятельность:*

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

ПК-2: готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными, готовность к проведению медицинских экспертиз;

ПК-3: готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;

*диагностическая деятельность:*

ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с [Международной статистической классификацией болезней и проблем](http://ivo.garant.ru/document/redirect/4100000/0), связанных со здоровьем;

*лечебная деятельность:*

ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании фтизиатрической медицинской помощи;

ПК-7: готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;

*реабилитационная деятельность:*

ПК-8: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;

*организационно-управленческая деятельность:*

ПК-11: готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.

**А также совершенствует умение выполнять соответствующие трудовые функции (далее - ТФ):**

* Проведение обследования пациентов в целях выявления туберкулеза и осложнений вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М, установления диагноза туберкулеза, в том числе. при оказании специализированной медицинской помощи.
* Назначение лечения больным туберкулезом и лицам с повышенным риском заболевания туберкулезом, контроль его эффективности и безопасности; проведение медицинских экспертиз при оказании специализированной медицинской помощи.
* Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации больных туберкулезом, лиц с посттуберкулезными остаточными изменениями, клинически излеченных больных туберкулезом и лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалида.
* Проведение медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз.
* Осуществления мероприятий по формированию здорового образа жизни у больных туберкулезом.
* Проведение и контроль эффективности осуществления мероприятий по профилактике туберкулеза и формированию здорового образа жизни, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах туберкулеза.
* Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.
* Оказание паллиативной медицинской помощи больным туберкулезом.
* Оказание медицинской помощи в экстренной форме.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ПК** | **Соответствующая ТФ профессионального стандарта**  | **Практический опыт** | **Умения** | **Знания** |
| ПК-5 | Проведение обследования пациентов в целях выявления туберкулеза и осложнений вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М, установления диагноза туберкулеза, в том числе при оказании специализированной медицинской помощиА/01.8, В/01.8 | Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания. Объективное (физикальное) обследование пациентов с подозрением на туберкулез, больных туберкулезом или лиц с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М. Направление пациентов с подозрением на туберкулез, больных туберкулезом или лиц с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М на лабораторные исследования, на микробиологическое обследование, на инструментальные исследования, на консультацию к врачам-специалистам. Интерпретация и анализ результатов комплексного обследования. Дифференциальная диагностика туберкулеза. Установление диагноза с учетом МКБ. Определение медицинских показаний к лечению, объема и последовательности диагностических мероприятий. Повторные осмотры и обследования пациентов с подозрением на туберкулез, больных туберкулезом или лиц с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М.  | Собирать клинико-анамнестические данные. Интерпретировать и анализировать результаты объективного (физикального) обследования. Проводить основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний при туберкулезе. Разрабатывать план обследования. Обосновывать необходимость лабораторных исследований, включая микробиологическое, молекулярно-генетическое, иммунологическое исследования; инструментальных исследований, направления на консультацию к врачам-специалистам. Определять медицинские показания к хирургическому лечению туберкулеза. Проводить дифференциальную диагностику туберкулеза. Обосновывать и формулировать диагноз туберкулеза с учетом [МКБ](http://ivo.garant.ru/document/redirect/4100000/0). Выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных. Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме. Определять медицинские показания к обследованию в стационарных условиях. Организовывать и оказывать медицинскую помощь при осложнениях. Определять медицинские показания к лечению в стационарных условиях больных туберкулезом. Анализировать и интерпретировать результаты:- показателей лабораторных исследований (в том числе клинический анализ крови, клинический анализ мочи, биохимический анализ крови);- микробиологического и молекулярного генетического исследований;- иммунодиагностики;- рентгенологических исследований;- инструментальных исследований. | Принципы организации работы на фтизиатрическом участке. Порядки оказания медицинской помощи больным туберкулезом и лицам с повышенным риском заболевания туберкулезом. Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при туберкулезе. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам диагностики и лечения больных туберкулезом. Методика сбора информации (жалоб, анамнеза). Методика клинического, лабораторного, функционального, инструментального исследований. МКБ, клиническая классификация туберкулеза. Классификация остаточных изменений после перенесенного туберкулеза. Клиническая и рентгенологическая семиотика основных форм туберкулеза органов дыхания и других локализаций, а также заболеваний, сходных с туберкулезом. Осложнения туберкулеза органов дыхания и меры их предупреждения. Особенности течения туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией, а также на фоне сопутствующих заболеваний. Особенности клинического течения туберкулеза, его выявление и профилактика у детей и подростков. Особенности клиники и принципы диагностики внелегочных форм туберкулеза (мочеполового, костно-суставного, периферических и мезентериальных лимфатических узлов, мозговых оболочек, кожи, глаз). Принципы диагностики, дифференциальной диагностики состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме при туберкулезе. Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных. |
| ПК-6 | Назначение лечения больным туберкулезом и лицам с повышенным риском заболевания туберкулезом, контроль его эффективности и безопасности; проведение медицинских экспертиз при оказании специализированной медицинской помощиА/02.8, В/02.8 | Диспансерное наблюдение за больными туберкулезом и лицами с повышенным риском заболевания. Разработка плана лечения. Назначение лекарственных препаратов для этиотропного, патогенетического и симптоматического лечения. Назначение немедикаментозного лечения и лечебного питания. Оценка эффективности и безопасности противотуберкулезной терапии. Определение медицинских показаний к хирургическому лечению туберкулеза. Оценка приверженности к лечению и риска преждевременного прекращения лечения больного туберкулезом. Профилактика или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных. Выполнение рекомендаций по терапии, назначенной врачами- специалистами. Оказание медицинской помощи при неотложных состояниях. Назначение превентивного лечения, химиопрофилактики и противорецидивных курсов лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.  | Разрабатывать план лечения больных туберкулезом, лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом. Назначать лекарственные препараты для этиотропного, патогенетического и симптоматического лечения. Назначать немедикаментозное лечение и лечебное питание. Оценивать эффективность и безопасность. Оценивать приверженность к лечению и риск преждевременного прекращения лечения больных туберкулезом. Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные. Проводить мониторинг лечения, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения туберкулеза. Оказывать медицинскую помощь больным туберкулезом и лицам с повышенным риском заболевания туберкулезом в неотложной форме в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи при:- легочном кровотечении;- пневмотораксе. | Порядки оказания медицинской помощи больным туберкулезом и лицам с повышенным риском заболевания туберкулезом, их диспансерного наблюдения. Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю "фтизиатрия". Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. Механизмы действия, медицинские показания и противопоказания к назначению лекарственных препаратов для этиотропного, патогенетического и симптоматического лечения, нежелательные реакции, режимы химиотерапии при туберкулезе, осложнениях вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М. Способы предотвращения и устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций. Способы оказания медицинской помощи с учетом индивидуальных особенностей пациента, сопутствующей патологии беременности. Механизмы действия, способы применения лекарственных препаратов и немедикаментозных методов для патогенетической и симптоматической терапии. Медицинские показания и медицинские противопоказания к санаторно-курортному лечению. Лечебное питание больных туберкулезом. Методы обеспечения приверженности к лечению. Принципы и методы оказания неотложной медицинской помощи больным туберкулезом в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.  |
| Оказание паллиативной медицинской помощи больным туберкулезомВ/07.8 | Проведение обследования неизлечимо больных туберкулезом с проявлениями прогрессирования заболевания. Назначение лечения, контроль его эффективности и безопасности с целью улучшения качества жизни неизлечимо больных туберкулезом с проявлениями прогрессирования заболевания. Оказание психологической поддержки больным и их родственникам с учетом индивидуальных особенностей поведения неизлечимого больного.  | Обосновывать и планировать объем обследования неизлечимо больных туберкулезом с проявлениями прогрессирования заболевания. Интерпретировать и анализировать результаты обследований неизлечимо больных туберкулезом с проявлениями прогрессирования заболевания. Выявлять клинические симптомы и синдромы у неизлечимо больных туберкулезом с проявлениями прогрессирования заболевания. Назначать оптимальную медикаментозную терапию неизлечимо больным туберкулезом с проявлениями прогрессирования заболевания.  | Порядок оказания паллиативной медицинской помощи при неизлечимых прогрессирующих заболеваниях и состояниях. Современные классификации, симптомы и синдромы неизлечимых прогрессирующих заболеваний и состояний. Методы клинической диагностики неизлечимых прогрессирующих заболеваний и состояний. Правила проведения и прекращения реанимационных мероприятий для пациентов на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний. Принципы оказания психологической поддержки больным, их законным представителям с учетом индивидуальных особенностей поведения неизлечимого больного. |
| ПК-8 | Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации больных туберкулезом, лиц с посттуберкулезными остаточными изменениями, клинически излеченных больных туберкулезом и лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидаА/03.8, В/03.8 | Разработка и составление программы медицинской реабилитации. Проведение мероприятий медицинской реабилитации, в том числе реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, больных туберкулезом, лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом и посттуберкулезными остаточными изменениями, контроль выполнения. Оценка эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации. Оценка характера медико-социальной адаптации и качества жизни больных. Направление больных туберкулезом, лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом и посттуберкулезными остаточными изменениями к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, в том числе реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, санаторно-курортного лечения. | Определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации. Разрабатывать план реабилитационных мероприятий, в том числе план реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида. Проводить мероприятия медицинской реабилитации. Определять медицинские показания для направления больных с туберкулезом, лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом и посттуберкулезными остаточными изменениями к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида. Оценивать эффективность и безопасность мероприятий. Оценивать уровень медико-социальной адаптации и качества жизни больных туберкулезом, лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом и посттуберкулезными остаточными изменениями. | Нормативные правовые акты в области медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения. Порядок оказания медицинской помощи и стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при туберкулезе. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. Методы медицинской реабилитации. Медицинские показания и противопоказания к проведению медицинских реабилитационных мероприятий. Механизм воздействия медицинских реабилитационных мероприятий на организм больных туберкулезом, лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом и посттуберкулезными остаточными изменениями. Медицинские показания для направления больных к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида. Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных. Принципы оценки уровня медико-социальной адаптации и качества жизни больных туберкулезом, лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом и посттуберкулезными остаточными изменениями. |
| ПК-2 | Проведение медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертизА/04.8 | Организация, контроль и проведение профилактических медицинских осмотров с целью выявления туберкулеза у взрослого и детского населения. Проведение медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических. Медицинские экспертизы в отношении больных туберкулезом, лиц с остаточными явлениями после перенесенного туберкулеза, лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом, лиц с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М. Проведение медицинского освидетельствования, в том числе иностранных граждан и лиц без гражданства на предмет наличия или отсутствия инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности у больных туберкулезом, работа во врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности, выдача листков нетрудоспособности. Подготовка необходимой медицинской документации для проведения медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы. Направление больных туберкулезом, имеющих стойкое снижение трудоспособности, на медико-социальную экспертизу.  | Определять комплекс обследований, необходимых для проведения профилактических медицинских осмотров граждан с целью выявления туберкулеза. Определять наличие медицинских ограничений к осуществлению профессиональных видов деятельности больными туберкулезом и лицами с остаточными изменениями после перенесенного туберкулеза. Определять медицинские показания для направления больных туберкулезом для прохождения медико-социальной экспертизы. Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции органов и систем у больных туберкулезом. Выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования о наличии или отсутствии у гражданина инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или на работу в Российской Федерации. | Нормативные правовые акты в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации и проведения медико-социальной экспертизы. Перечень инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или на работу в Российской Федерации. Порядок медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства на предмет наличия или отсутствия инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Порядок проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда. Перечень вредных и (или) опасных производственных факторов, при наличии которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования). Порядок выдачи листков нетрудоспособности. Медицинские показания и порядок направления больных туберкулезом на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации. Медицинские ограничения к осуществлению профессиональной деятельности больными туберкулезом и лицами с остаточными изменениями клинически излеченного туберкулеза. |
| ПК-1ПК-3  | Осуществления мероприятий по формированию здорового образа жизни у больных туберкулезом.Проведение и контроль эффективности осуществления мероприятий по профилактике туберкулеза и формированию здорового образа жизни, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах туберкулеза.А/05.8, В/04.8 | Пропаганда здорового образа жизни, правильного питания. Проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, санитарного просвещения для предупреждения распространения туберкулеза среди населения. Осуществление диспансерного наблюдения. Проведение санитарно-просветительской работы. Организационно-методическая помощь в планировании, организации и проведении иммунизации населения против туберкулеза. Контроль проведения своевременного и полного обследования пациентов при подозрении на туберкулез. Проведение профилактических мероприятий для лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом и оценка их эффективности. Проведение противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний. Выполнение мероприятий противоэпидемического режима в медицинских противотуберкулезных организациях. Заполнение и направление экстренного извещения. Разработка программ здорового образа жизни, программ борьбы с туберкулезом. | Проводить санитарно-просветительную работу. Организовывать, контролировать и проводить профилактические медицинские осмотры взрослого и детского населения с целью выявления туберкулеза. Оказывать организационно-методическую помощь медицинским организациям. Проводить диспансерное наблюдение и профилактические мероприятия среди лиц с повышенным риском развития туберкулеза. Содействовать медицинской и социальной реабилитации пациентов. Организовывать и проводить санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очагах. Выполнять мероприятия противоэпидемического режима и инфекционного контроля в медицинских организациях. Проводить противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинные мероприятия при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний в соответствии с нормативными документами. Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения потребления и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ.  | Перечень профилактических мероприятий при туберкулезе. Принципы диспансерного наблюдения за больными туберкулезом и лицами с повышенным риском заболевания туберкулеза, лицами с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М, и нормативные регламентирующие документы. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. Основы формирования здорового образа жизни. Формы и методы санитарно-просветительной работы среди больных туберкулезом (их законных представителей), лиц, находящихся в контакте с больным туберкулезом, медицинских работников. Механизмы и способы первичной и вторичной профилактики туберкулеза. Порядок организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах туберкулеза с учетом его эпидемической опасности. Инфекционный контроль в медицинских противотуберкулезных организациях. |
| ПК-11 | Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персоналаА/06.8, В/05.8 | Составление плана работы и отчета о своей работе. Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа. Проведение анализа эпидемической ситуации по туберкулезу, показателей эффективности противотуберкулезных мероприятий. Контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в подчинении медицинского персонала. Обеспечение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Использование информационно-аналитических систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет". Соблюдение правил внутреннего трудового распорядка, требований пожарной безопасности, охраны труда. Использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну. | Составлять план работы и отчет о своей работе. Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения. Пользоваться статистическими методами расчета и анализа показателей эпидемической ситуации по туберкулезу и эффективности противотуберкулезных мероприятий. Использовать информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет". Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, требования пожарной безопасности, охраны труда. Осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала. Проводить анализ медико-статистических показателей для оценки здоровья прикрепленного населения.  | Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "фтизиатрия". Правила работы в информационно-аналитических системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет". Требования пожарной безопасности, охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка. Требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "фтизиатрия". |
| ПК-7 | Оказание медицинской помощи в экстренной формеА/07.8, В/06.8 | Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме. Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме. Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания). Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме. | Распознавать состояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме. Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации. Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания). Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме.  | Методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей). Методика физикального обследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания. Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации. |

**3. УЧЕБНЫЙ ПЛАН**

**Трудоемкость обучения:** 144 академических часа.

**Форма обучения:** заочная с применением ДОТ и ЭО.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Трудоемкость (\* - виды учебных занятий и учебных работ)** |
| **Код** | **Наименование модулей** | **Всего часов\*** | **В том числе** | **Самост. работа\*** | **В т.ч. с использованием ДОТ\*** | **Форма контроля** | **Коды формируемых компетенций** |
| **Теор.** | **Прак.** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1 | Организация здравоохранения и фтизиатрической службы в Российской Федерации. ИСМП. | **8** | – | – | **8** | **8** | Тестовый контроль | УК-1,УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-11  |
| 2 | Фтизиатрия | **48** | – | – | **48** | **48** | Тестовый контроль | УК-1,УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-11  |
| 3 | Лечение лекарственноустойчивого туберкулеза с применением коллапсотерапевтических методов | **32** | – | – | **32** | **32** | Тестовый контроль | УК-1,УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-11  |
| 4 | Внелегочный туберкулез | **32** | – | – | **32** | **32** | Тестовый контроль | УК-1,УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-11  |
| 5 | Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме | **18** | – | – | **18** | **18** | Тестовый контроль | УК-1,УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-11  |
| 6 |  Итоговая аттестация | **6** | – | – | **6** | **6** | Экзамен |  |
|  | **Всего часов:** | **144** | – | – | **144** | **144** |  |  |

**\* Образовательная деятельность обучающихся предусматривает следующие виды учебных занятий и учебных работ:**

**лекции (в режиме off-line), консультации, самостоятельная работа, аттестация в виде тестирования.**

1. **КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК**

Учебные занятия проводятся в течение 18 дней, 4 недель: пять дней в неделю по 8 академических часов в день.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наименование модуля** | **Объем учебной нагрузки****(ак. час)** | Учебные недели |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Организация здравоохранения и фтизиатрической службы в Российской Федерации. ИСМП. | **8** |  |  | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Фтизиатрия | **48** |  |  |  | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Лечение лекарственноустойчивого туберкулеза с применением коллапсотерапевтических методов | **32** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 8 | 8 | 8 | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| Внелегочный туберкулез | **32** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 8 | 8 | 8 | 8 |  |  |  |
| Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме | **18** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 8 | 8 | 2 |
| Итоговая аттестация | **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6 |
| Итого часов: | 144 |  |  | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |

**5. РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ**

МОДУЛЬ 1

**ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ** **СЛУЖБЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ИСМП.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Формы организации учебной деятельности и содержание**  | **Уровень освоения**\* | **Объём учебной нагрузки (ак.час)** |
| **Самостоятельная работа (ДОТ и ЭО)** | 2 | 8 |
| Теоретические основы организации здравоохранения и общественного здоровья. Нормативно-правовая база.Правовые основы здравоохранения. Основы медицинского страхования. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Работа врача-фтизиатра в условиях страховой медицины. Требования к оформлению медицинской документации.Вопросы управления, экономики и планирования во фтизиатрической службе. Научные основы управления здравоохранением. Планирование, экономика и финансирование. Нормативно-правовые документы. Организация специализированных видов медицинской помощи. Организация противотуберкулезной помощи населению. Назначение и структура фтизиатрической службы. Противотуберкулезный диспансер. Задачи, группировка. Принципы рациональной организации фтизиатрических подразделений. Санитарно-эпидемиологический контроль. Штатные нормативы. Основные принципы, определяющие штат врачей-фтизиатров, среднего и младшего медицинского персонала во фтизиатрической службе. Медицинские осмотры персонала фтизиатрических подразделений. Организация работы персонала фтизиатрических подразделений. Основные профессиональные обязанности и права медицинского персонала фтизиатрических подразделений. Организация работы главных специалистов, заведующего фтизиатрическим отделением, врача-фтизиатра, среднего и младшего медицинского персонала.Основные показатели деятельности фтизиатрических учреждений. Расчетные нормы обслуживания. Учетная и отчетная документация фтизиатрического отделения (кабинета). Директивные и инструктивные материалы, определяющие список форм медицинской документации фтизиатрического отделения (кабинета). Формы первичной медицинской документации фтизиатрического отделения (кабинета). Вопросы профессиональные вредности. Льготы. Медицинская психология. Этика и деонтология врача. Правовые аспекты здравоохранения.Основы медицинской психологии. Основные принципы учения о личности, их методологическое значение для теории и практики медицинской психологии. Роль медицинской психологии в практической работе врача. Медицинская этика и деонтология. Объем и содержание понятий «медицинская этика» и «медицинская деонтология». Медицинская деонтология как единство правовых и нравственных форм медицинской деятельности. Диалектическая взаимосвязь между медицинской деонтологией и психотерапией. Общая психотерапия как практическое воплощение основных принципов медицинской деонтологии. Особенности медицинской этики и деонтологии во фтизиатрии. Применение требований врачебной деонтологии в практике врача-фтизиатра. Взаимоотношения врача и больного. Взаимоотношения врача и лиц, окружающих больного. Взаимоотношения в медицинском коллективе. Врачебная тайна. Законодательство о здравоохранении. Законодательство о труде медицинских работников, врача-фтизиатра, среднего и младшего персонала противотуберкулезных подразделений. Правовые профессионально-должностные нарушения и меры их предупреждения.Федеральный закон от 18 июня 2001 г. N 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями).Приказ МЗ РФ № 109 «О совершенствовании противотуберкулезной помощи населению» (с изменениями и дополнениями).Санитарно-эпидемиологические требования, предъявляемые к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность.Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи. Понятие ИСМП, классификация, этиологическая характеристика. Клиническая, микробиологическая, эпидемиологическая диагностика ИСМП.Номенклатура ИСМП.Организация выявления, регистрации и учета ИСМП в медицинских организациях.Профессиональная инфекционная безопасность специалистов. Асептика и антисептика.Санитарное просвещение и гигиеническое воспитание. |

**\* –** *Для характеристики уровня освоения учебного материала используются следующие обозначения: 1 – ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств); 1а – познавательный (углубленное изучение ранее изученных объектов и свойств); 2 – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством); 3 – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).*

МОДУЛЬ 2

**ФТИЗИАТРИЯ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Формы организации учебной деятельности и содержание**  | **Уровень освоения**\* | **Объём учебной нагрузки (ак.час)** |
| **Самостоятельная работа (ДОТ и ЭО)** | 3 | 48 |
| История борьбы с туберкулезом. Основные этапы развития фтизиатрии.Этиология. Возбудитель туберкулеза. Характеристика. Виды биологической изменчивости. Методы выявления.Патологическая анатомия и патогенез туберкулеза.Эпидемиология туберкулеза. Механизмы, пути и факторы передачи туберкулезной инфекции. Эпидемиологические показатели по туберкулезу: инфицированность, риск инфицирования, заболеваемость, смертность.Диагностика туберкулеза. Методы обнаружения микобактерий туберкулеза. Организация раннего выявления туберкулеза в группах риска заболевания туберкулезом. Методы исследования больных бронхолегочной патологией в условиях общей лечебной сети и противотуберкулезного диспансера. Роль врача-терапевта общей медицинской сети в своевременном выявлении туберкулеза у взрослых. Исследование и оценка функции внешнего дыхания у больных туберкулезом.Оценка функций дыхания и кровообращения при туберкулезе органов дыхания.Определение активности туберкулезного процесса.Параспецифические реакции при первичном туберкулезе.Рентгенологические методы исследования туберкулеза легких.Роль флюорографии в раннем выявлении туберкулеза и бронхолегочной патологии. Группы риска заболевания туберкулезом. Обследование на туберкулез и верификация диагноза.Раннее, своевременное и позднее выявление больных туберкулезом. Иммунитет и аллергия при туберкулезе. Механизм противотуберкулезного иммунитета. Туберкулезное воспаление. Строение туберкулезного бугорка.Туберкулинодиагностика. Виды туберкулинов. Методика постановки пробы Манту. Оценка результатов. Определение виража туберкулиновой пробы у детей и подростков.Кожная туберкулиновая проба Диаскин-тест.Современные подходы к вакцинации и ревакцинации БЦЖ. Противотуберкулезная вакцина БЦЖ, БЦЖ-М. Характеристика вакцины. Техника проведения вакцинации, осложнения вакцинации.Дифференциальная диагностика поствакцинальной и инфекционной аллергии.Туберкулез у детей и подростковОрганизация раннего выявления туберкулеза у детей. Методы раннего выявления туберкулеза у детей, подростков и взрослых.Туберкулез органов дыхания у детей.Первичный туберкулез у детей и подростков.Лимфоаденопатии у детей.V группа диспансерного учета у детей и подростков.VI группа диспансерного учета у детей и подростков.Клинические формы туберкулеза органов дыхания.Клиническая классификация туберкулеза. Схема построения клинического диагноза. Группы диспансерного учета при туберкулезной инфекции. Контингенты I группы диспансерного учета у взрослых.II группа диспансерного учета.IV группа диспансерного учета. Характеристика контингентов.«О» группа диспансерного учета.Первичный туберкулезный комплекс. Диагностика, клиника, лечение.Понятие о первичном и вторичном туберкулезе.Очаговый туберкулез легких. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Подострый диссеминированный туберкулез легких. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Милиарный туберкулез. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Инфильтративный туберкулез легких. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Кавернозный туберкулез легких. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Туберкулема легких. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Туберкулезный плеврит. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Дифференциальная диагностика легочных инфильтратов.Округлые образования в легких.Диссеминированные процессы в легких.Туберкулез гортани, трахеи и бронхов. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Диагностика, клиника, лечение.Обострение рецидива туберкулеза, роль отягощающих факторов.Неотложные состояния в пульмонологии.Легочно-сердечная недостаточность. Диагностика, клиника, лечение.Легочное кровотечение. Диагностика, клиника, лечение.Спонтанный пневмоторакс. Виды. Диагностика, клиника, лечение.Казеозная пневмония. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Цирротический туберкулез легких. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Хронические формы туберкулеза органов дыхания.Рецидивы туберкулеза органов дыхания.Саркоидоз. Диагностика, клиника, лечение.Туберкулез, сочетанный с пылевыми профессиональными заболеваниями легких. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Силикотуберкулез. Клиника, дифференциальная диагностика. Профилактика туберкулеза у больных силикозом. Туберкулез и материнство. Туберкулез и алкоголизм. Туберкулез и гепатит. Туберкулез и СПИД. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных и больных с синдромом приобретенного иммунодефицита. Туберкулез и рак. Туберкулез и сахарный диабет. Туберкулез у лиц пожилого и старческого возраста. Очаг туберкулезной инфекции. Мероприятия по его оздоровлению. Санитарно-противоэпидемические мероприятия в очаге туберкулезной инфекции.Перечень профилактических мероприятий при туберкулезе. Принципы диспансерного наблюдения за больными туберкулезом и лицами с повышенным риском заболевания туберкулеза, лицами с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М, и нормативные регламентирующие документы. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. Основы формирования здорового образа жизни. Формы и методы санитарно-просветительной работы среди больных туберкулезом (их законных представителей), лиц, находящихся в контакте с больным туберкулезом, медицинских работников. Механизмы и способы первичной и вторичной профилактики туберкулеза. Порядок организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах туберкулеза с учетом его эпидемической опасности. Инфекционный контроль в медицинских противотуберкулезных организациях. Критерии оценки распространенности туберкулеза в регионе.Анализ противотуберкулезной деятельности в районе обслуживания. Социальная и санитарная профилактика туберкулеза. |

**\* –** *Для характеристики уровня освоения учебного материала используются следующие обозначения: 1 – ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств); 1а – познавательный (углубленное изучение ранее изученных объектов и свойств); 2 – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством); 3 – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).*

МОДУЛЬ 3

**ЛЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОУСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ КОЛЛАПСОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Формы организации учебной деятельности и содержание**  | **Уровень освоения**\* | **Объём учебной нагрузки (ак.час)** |
| **Самостоятельная работа (ДОТ и ЭО)** | 3 | 32 |
| Общие принципы и методы лечения туберкулеза.Патогенетическое лечение туберкулеза.Химиотерапия туберкулеза. Организация химиотерапии у больных туберкулезом. Основной курс лечения больных туберкулезом.Противотуберкулезные препараты. Группировка, дозы, побочные реакции.Препараты группы ГИНК. Дозы. Показания и противопоказания к их назначению. Побочные реакции и методы их устранения.Препараты группы аминогликозидов. Дозы. Показания и противопоказания к их назначению. Побочные реакции и методы их устранения.Производные ПАСК. Дозы. Показания и противопоказания к их назначению. Побочные реакции и методы их устранения.Этамбутол. Дозы. Показания и противопоказания к его назначению. Побочные реакции и методы их устранения.Рифампицин. Дозы. Показания и противопоказания к его назначению. Побочные реакции и методы их устранения.Пиразинамид. Дозы. Показания и противопоказания к его назначению. Побочные реакции и методы их устранения.Циклосерин. Дозы. Показания и противопоказания к его назначению. Побочные реакции и методы их устранения.Этионамид. Дозы. Показания и противопоказания к его назначению. Побочные реакции и методы их устранения.Протионамид. Дозы. Показания и противопоказания к его назначению. Побочные реакции и методы их устранения.Фторхинолоны. Дозы. Показания и противопоказания к их назначению. Побочные реакции и методы их устранения.Стандартные режимы химиотерапии: «первый» (I) режим химиотерапии.Стандартные режимы химиотерапии: «второй А» (IIа) режим химиотерапии.Стандартные режимы химиотерапии: «второй Б» (IIб) режим химиотерапии.Стандартные режимы химиотерапии: «третий» (III) режим химиотерапии.Стандартные режимы химиотерапии: «четвертый» (IV) режим химиотерапии.Химиотерапия туберкулеза легких в стационарных и амбулаторных условиях.Лекарственно-устойчивый туберкулез.Побочные явления и осложнения химиотерапии туберкулеза, методы устранения, профилактика.Коррекция химиотерапии при плохой переносимости лечения.Обследование больных туберкулезом при химиотерапии.Контроль эффективности химиотерапии и оценка результатов лечения.Лекарственная устойчивость возбудителя туберкулеза и методика химиотерапии.Механизмы лекарственной устойчивости микобактерий.Лечение больных с лекарственной устойчивостью микобактерий.Патогенетические методы лечения.Хирургические и коллапсотерапевтические методы лечения.Хирургическое лечение туберкулеза.Коллапсотерапевтические методы лечения туберкулеза.Критерии клинического излечения туберкулеза.Санаторное лечение больных туберкулезом. Туберкулезные санатории в Башкирии. Целевые программы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России». |

**\* –** *Для характеристики уровня освоения учебного материала используются следующие обозначения: 1 – ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств); 1а – познавательный (углубленное изучение ранее изученных объектов и свойств); 2 – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством); 3 – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).*

МОДУЛЬ 4

**ВНЕЛЕГОЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Формы организации учебной деятельности и содержание**  | **Уровень освоения**\* | **Объём учебной нагрузки (ак.час)** |
| **Самостоятельная работа (ДОТ и ЭО)** | 3 | 32 |
| Патогенез и клиническая классификация внелегочного туберкулезаТуберкулез ЦНС. Туберкулез мозговых оболочек. Туберкулезный менингит. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Мочеполовой туберкулез. Туберкулез почек и мочевыводящих путей. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Туберкулез органов брюшной полости. Туберкулез кишечника. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Туберкулез брыжеечных лимфатических узлов. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Туберкулезный перитонит. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Туберкулез костей и суставов. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Туберкулез женских половых органов. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Туберкулез мужских половых органов. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Туберкулез периферических лимфатических узлов и других редких локализаций. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Туберкулез костей и суставов. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Туберкулезные поражения глаз. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.Туберкулез и психические заболевания. Патогенез, диагностика, клиника, лечение. |

**\* –** *Для характеристики уровня освоения учебного материала используются следующие обозначения: 1 – ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств); 1а – познавательный (углубленное изучение ранее изученных объектов и свойств); 2 – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством); 3 – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).*

МОДУЛЬ 5

**ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ В ЭКСТРЕННОЙ ФОРМЕ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Формы организации учебной деятельности и содержание**  | **Уровень освоения**\* | **Объём учебной нагрузки (ак.час)** |
| **Самостоятельная работа (ДОТ и ЭО)** | 3 | 18 |
| Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме.Неотложные состояния во фтизиатрии.Методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей). Методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме.Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания. Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации. |

**\* –** *Для характеристики уровня освоения учебного материала используются следующие обозначения: 1 – ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств); 1а – познавательный (углубленное изучение ранее изученных объектов и свойств); 2 – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством); 3 – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).*

МОДУЛЬ 6

**ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Формы организации учебной деятельности и содержание**  | **Уровень освоения**\* | **Объём учебной нагрузки (ак.час)** |
| **Самостоятельная работа (ДОТ и ЭО)** | 3 | 6 |
| Итоговая аттестация.Итоговое компьютерное тестирование. |

**\* –** *Для характеристики уровня освоения учебного материала используются следующие обозначения: 1 – ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств); 1а – познавательный (углубленное изучение ранее изученных объектов и свойств); 2 – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством); 3 – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).*

**6. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ**

* 1. **Кадровое обеспечение Программы**

Реализация Программы обеспечивается профессорско-преподавательским составом Центра, состоящим из специалистов с высшим медицинским образованием, имеющих опыт работы в области профессиональной деятельности в сфере здравоохранения, соответствующий преподаваемым темам Программы, и дополнительное профессиональное образование в области профессионального образования, а также лицами, привлекаемыми к реализации Программы на условиях гражданско-правового договора.

Доля научно-педагогических работников, имеющих учёную степень и (или) учёное звание, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 50 процентов.

* 1. **Материально-техническое обеспечение Программы**

 Материально-техническая база, обеспечивающая реализацию Программы, соответствует действующим санитарно-техническим нормам, а также нормам и правилам пожарной безопасности.

Ресурсы дистанционной образовательной платформы Центра позволяют:

- создавать условия для функционирования электронной информационно-образовательной среды, обеспечивающей освоение обучающимися образовательных программ или их частей в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся;

- обеспечивать идентификацию личности обучающегося, выбор способа которой осуществляется организацией самостоятельно, и контроль соблюдения условий проведения мероприятий, в рамках которых осуществляется оценка результатов обучения.

Перечень основной и дополнительной литературы за последние 5 (10) лет, а также средств обеспечения освоения дисциплины (схемы, таблицы, плакаты, слайды, видеофильмы и др.) по основным разделам программы.

Для того, чтобы обучающийся освоил программу в полном объеме, ему необходимо иметь компьютер с операционной системой Microsoft Windows и выходом в интернет. На компьютере должен быть установлен пакет офисных программ Microsoft Office. Для работы в системе дистанционного обучения  необходимо устойчивое Internet-соединение.

Для регистрации в системе слушателю необходимо предоставить адрес электронной почты.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наименование аудиторий** | **Вид занятий** | **Наименование оборудования** |
| Аудитория для организации дистанционного обучения:Учебный класс 103  | ТеоретическиеПрактическиеСамостоятельная работа | Для проведения занятийиспользуется аудитория,оснащенная доступом к сетиИнтернет и презентационнымоборудованием:компьютеры, СДО (Образовательная платформа ООО «Едурегионлаб»), мультимедийные проекторы, Skype, Zoom. |

**Общие требования к организации образовательного процесса**

Каждый обучающийся в течение всего периода обучения обеспечивается доступом к автоматизированной системе дистанционного обучения (СДО) Центра.

СДО  обеспечивает:

* возможность входа в неё обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – сеть «Интернет»);
* одновременный доступ 100 процентов обучающихся по Программе;
* доступ к учебному содержанию Программы и электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения;
* фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной аттестации и результатов итоговой аттестации;
* диалог с преподавателем в веб-чате;
* форум с обучающимися в группе.
	1. **Учебно-методическое и информационное обеспечение Программы**
		1. **Основная литература**
1. Федеральный закон от 18 июня 2001 г. N 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями);
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
3. Федеральный закон № 52-ФЗ от 30.03.1999 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (с изменениями и дополнениями);
4. Приказ [Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 октября 2018 г. N 684н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-фтизиатр"](http://ivo.garant.ru/document/redirect/72108570/0);
5. Приказ Минздрава России от 21.03.2003 N 109 (ред. от 05.06.2017) "О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации"
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 932н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом";
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 года № 127н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза и признании утратившими силу пунктов 16-17 Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 932н»;
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2017 г. N 124н "Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза";
9. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 08 октября 2020 года № 1073н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при туберкулезе (1-й или 3-й режим химиотерапии)»;
10. Приказ Минздрава России от 24.11.2020 N 1246н "Об утверждении стандартов медицинской помощи детям при туберкулезе";
11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2014 года « 951 «Об утверждении Методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания»;
12. Фтизиатрия. Национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 240 с. ISBN 978-5-9704-3675-2;
13. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя, 2015;
14. Национальные клинические рекомендации «Эмпиема плевры», 2015;
15. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания у детей, Издание первое, 2014;
16. Клинические рекомендации «Туберкулез у взрослых», 2020;
17. Клинические рекомендации (Протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при кровотечении из верхних дыхательных путей (легочное кровотечение), 2014;
18. Национальные клинические рекомендации по применению хирургических методов в лечении туберкулеза легких, 2013;
19. Федеральные клинические рекомендации по вакцинопрофилактике туберкулеза у детей, 2015;
20. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению урогенитального туберкулеза, 2015;
21. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению диссеминированного (милиарного) туберкулёза легких у детей, 2013;
22. Федеральные клинические рекомендации по использованию метода клапанной бронхоблокации в лечении туберкулеза легких и его осложнений, 2015;
23. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей, 2013;
24. Федеральные клинические рекомендации по организации и проведению микробиологической и молекулярно-генетической диагностики туберкулеза, 2014;
25. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению первичного туберкулезного комплекса у детей, 2013;
26. Диагностика и лечение саркоидоза (Федеральные согласительные клинические рекомендации), 2014;
27. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулёза внутригрудных лимфатических узлов у детей, 2013;
28. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулезного менингита у детей, 2015;
29. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, 2014;
30. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулезного плеврита, 2014;
31. Национальное руководство ФТИЗИАТРИЯ /под общей редакцией М.И. Перельмана. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 512 с.
32. Методические рекомендации «Организация выявления больных туберкулезом в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях», 20 июля 2007 г. N 5589-РХ;
33. Оперативное информирование: основные изменения в лечении туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и устойчивостью к рифампицину (МЛУ/РУ-ТБ), 2018;
34. Система инфекционного контроля в противотуберкулезных учреждениях / Под ред. Л.С. Федоровой. – М.–Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2013. – 192 с. ISBN 978-5-94789-570-4;
35. МР 3.5.1.0113-16 Методические рекомендации «Использование перчаток для профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в медицинских организациях».
36. СП 3.5.1378-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности».
37. СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ и услуг» (действуют с 01.01.2021 г. до 01.01.2027 г.)
38. СанПиН 2.1.3684-21 "Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям» (действуют с 01.03.2021 г. до 01.03.2027 г.)
39. СП 1.1.1058-01 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-эпидемиологических (профилактических) мероприятий» (в ред. изм. и доп. № 1 пост. Гл. гос. сан. вр. от 27.03.2007 № 13)
40. [Методические рекомендации MP 2.1.0247-21 "Методические рекомендации по обеспечению санитарно-эпидемиологических требований к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг" (утв. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 17 мая 2021 г.).](http://ivo.garant.ru/%22%20%5Cl%20%22/document/400786970/paragraph/2/doclist/9760/showentries/0/highlight/JTVCJTdCJTIybmVlZF9jb3JyZWN0aW9uJTIyJTNBZmFsc2UlMkMlMjJjb250ZXh0JTIyJTNBJTIyJTVDdTA0MWMlNUN1MDQyMCUyMDIuMS4wMjQ3LTIxJTIyJTdEJTVE)
	* 1. **Дополнительная литература**
41. Бородулина, Е. А. Лучевая диагностика туберкулеза легких : учебное пособие / Бородулина Е. А. , Бородулин Б. Е. , Кузнецова А. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 120 с. - ISBN 978-5-9704-5991-1.
42. Перельман, М. И. Фтизиатрия : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3318-8.
43. Фтизиатрия: Учебник для студентов медицинских вузов. - Махачкала: Издательство «Лотос», 2014 г. - 280 с. - 8 стр. цв. илл.;
44. Мишин, В. Ю. Фтизиатрия : учебник / В. Ю. Мишин, С. П. Завражнов, А. В. Митронин, А. В. Мишина. - 3-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-6391-8.
45. Туберкулез. Основные эпидемиологические и клинические характеристики. Методы диагностики и меры профилактики: учебно-методические материалы / С.И. Кузьминых; ГОУ ДПО Пермский краевой центр повышения квалификации работников здравоохранения. – Пермь, 2009. -26с.
46. Дифференциальная диагностика туберкулеза / Методические рекомендации для студентов. Гродно, 2010. – 34с.
47. Зимина, В. Н. Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых / В. Н. Зимина, А. В. Кравченко, И. Б. Викторова, В. А. Кошечкин. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5824-2.
48. Пантелеев, А. М. Туберкулез и ВИЧ-инфекция / А. М. Пантелеев. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-6733-6.
49. Фтизиатрия для стоматологов : учебник / В. Н. Зимина, О. О. Винокурова, Е. Н. Белобородова и др. ; под ред. В. Н. Зиминой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 184 с. - ISBN 978-5-9704-6617-9.
50. Физиотерапия при туберкулезе органов дыхания: учебно-методическое пособие / С.Б. Пахомова, Л.В. Любимова; Пермь, 2011. **-** 25с.
51. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», Версия 16 (18.08.2022).
52. Александрович Ю.С. Оценочные и прогностические шкалы в медицине критических состояний / Ю.С.Александрович, ВИ.Гордеев. – 2-е изд., дополн. И исправл. – СПб, ЭЛБИ-СПб, 2010. – 248с.
53. [Петрикова С.С. Диагностика и интенсивная терапия больных COVID-19 : руководство для врачей - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021](http://2dip.su/%D1%81%D0%BF%D0%B8%D1%81%D0%BE%D0%BA_%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D1%82%D1%83%D1%80%D1%8B/130256). – 432 с.: ISBN: 978-5-9704-6340-6;
54. Инфузионная терапия при критических состояниях/А.С. Владыка, В.В. Суслов, О.А.Тарабрин; под ред. проф. В.В. Суслова.– К.: Логос, 2010. – 274 с.: ил. – библиогр.: с. 253–272. ISBN 978-966-171-272-9;
55. Медицина неотложных состояний. Избранные клинические лекции. T. 1 / Под ред. проф. В.В. Никонова, доц. А.Э. Феськова. — Изд. 3-е, исправленное и дополненное. — Донецк: Издатель Заславский А.Ю., 2008. — 504 с.
56. Базовая сердечно-легочная реанимация: учебно-методические материалы / А.Г.Булычев, Е.А.Воронова, В.В.Тремполец; ГАОУ ДПО Пермский краевой центр повышения квалификации работников здравоохранения. – изд. 5-е, перераб. и доп. - Пермь, 2012. - 23 с.
57. Методические рекомендации по организации ГОЧС, подготовки должностных лиц и персонала лечебно-профилактического учреждения в области гражданской обороны и защиты от чрезвычайных ситуаций, Новосибирск, 2014. – 65с.;
58. Основы организации оказания медицинской помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях: Методические рекомендации. М.: ВЦМК «Защита», 2016. – 124с.;
59. Ликвидация медико-санитарных последствий в очагах чрезвычайных ситуаций: учеб, пособие / Ю.Е. Барачевский, В.Ю. Скокова, А.О. Иванов [и др.]; под общ. ред. Ю.Е. Барачевского; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, каф. безопасности жизнедеятельности и мед. катастроф, ГБОУ ВПО СГМУ Минздрава России, каф. мобилизационной подготовки здравоохранения и мед. катастроф. - Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2016. - 103 с.;
60. Здоровье и здравоохранение: Учебное пособие для вузов / А. А. Шабунова, К. Н. Калашников, М. В. Морев, Н. Н. Калачникова, Н. А. Кондакова; Под ред. А. А. Шабуновой. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2014. – 154 с. – ISBN 978-5-93299-254-8;
61. Общественное здоровье и здравоохранение: национальное руководство / Под ред. В. И. Стародубова, О. П. Щепиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 624 с. – ISBN 978-5-9704-2909-9;

**6.3.3. Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:**

- http://www.medinfo – Медицинская поисковая система для специалистов;

- <http://mirvracha.ru/portal/index> –Профессиональный портал для врачей

- http://www.rusvrach.ru – Профессиональный портал для российских врачей

- http://www.rmj.ru – Русский медицинский журнал

- http://www.russmed.ru – Российское медицинское общество

- http://www.consilium-medicum.com – Журнал «Сonsilium-medicum»

- http://www.zdrav.ru - Портал сообщества медицинских руководителей

- http://www.centrzdrav.com - Центр изучения проблем здравоохранения и образования

* + 1. **Интернет-ресурсы:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №№ | **Наименование** | **Ресурсы интернета** |
| 1. | Российское общество фтизиатров | <http://roftb.ru/>  |
| 2. | Национальная Ассоциация  фтизиатров | <http://nasph.ru/>  |
| 3. | Журнал «Туберкулез и болезни легких» | <https://www.tibl-journal.com/jour>  |
| 5. | Стандарты медицинской помощи | <http://www.rspor.ru/index.php?mod1=standarts3&mod2=db1>  |
| 6. | Стандарты скорой помощи | [http://www.rspor.ru/index.php?mod1=standarts1&mod2=db1&mod3=db2&vid[0]=3&mkb10[0]=&findtext](http://www.rspor.ru/index.php?mod1=standarts1&mod2=db1&mod3=db2&vid%5b0%5d=3&mkb10%5b0%5d=&findtext)= |
| 7. | Протоколы ведения больных | <http://www.rspor.ru/index.php?mod1=protocols&mod2=db1>  |
| 8. | Государственный реестр лекарственных средств | [http://www.drugreg.ru/Bases/WebReestrQuery.asp](http://www.drugreg.ru/bases/webreestrquery.asp)  |
| 9. | Сайт медицины критических состояний | [http://www.critical.onego.ru](http://www.critical.onego.ru/)  |
| 10. | Общество изучения вопросов неотложной медицинской помощи | [http://www.sccm.org](http://www.sccm.org/)  |
| 11. | Профессиональный портал для врачей  | <http://mirvracha.ru/portal/index> |
| 12. | Медицинская on-line библиотека  | htpp://www.med-lib.ru  |
| 13. | Центральная научная медицинская библиотека | <http://www.scsml.rssi.ru> |

**6.3.5. Электронная библиотечная система «Консультант студента»:**

- <https://www.studentlibrary.ru/>

**7. контролЬ результатов обучения**

Контроль результатов обучения включает текущую, промежуточную и итоговую аттестацию обучающихся.

**7.1. Формы аттестации**

 Формы промежуточного и текущего контроля обучающихся:

1. Входное тестирование.

2. Непосредственное наблюдение за работой и успеваемостью обучающегося в рамках активности в системе дистанционного обучения Центра.

Освоение Программы завершается итоговой аттестацией, которая выявляет теоретическую и практическую подготовленность обучающегося в соответствии с целями и содержанием Программы, а также в соответствии с профессиональными стандартами.

Обучающийся допускается к итоговой аттестации после освоения учебного материала в объёме, предусмотренном Программой.

 Итоговая аттестация по результатам освоения Программы организуется в форме экзамена, который состоит в выполнении итогового тестового программированного контроля через систему дистанционного обучения, направленного на контроль и оценку знаний, умений, составляющих содержание профессиональных компетенций.

Лицам, успешно освоившим Программу и прошедшим итоговую аттестацию, выдаётся Удостоверение о повышении квалификации установленного образца.

**7.2. Оценочные средства**

Итоговый тестовый программированный контроль представляет тестовые задания, выявляющие теоретическую и практическую подготовку врача. Тестовые задания предполагают выбор одного или нескольких правильных ответов. По окончании итогового тестирования система автоматически фиксирует результат по каждому слушателю.

**Критерии оценки тестирования**

|  |  |
| --- | --- |
| **Процент правильных ответов** | **Оценка** |
| 0% -69% | не зачтено  |
| 70%-100%  | зачтено |

**7.3. Контрольно-измерительные материалы**

Контрольно-измерительные материалы Программы представлены в Приложении «Фонд оценочных средств».

***Приложение «Фонд оценочных средств»***

**ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ**

**Задания в тестовой форме (с эталонами ответов)**

***Инструкция:*** выберите один или несколько правильных ответов.

### 1. Первичную вакцинацию от туберкулеза осуществляют здоровым доношенным новорожденным:

а) в 1-2 день жизни
б) в 1-4 день жизни
в) в 10-12 день жизни
г) через месяц после рождения
д) через 2 месяца после рождения

2. Возможные осложнения пневмоперитонеума:

A) пневмоплеврит

Б) травматический пневмоторакс

B) газовая эмболия

Г) подкожная эмфизема

Д) ателектаз

### 3. Ревакцинации подлежат здоровые неинфицированные дети в возрасте:

а) 3-5 лет
б) 4-6 лет
в) 6-7 лет

г) 11-12 лет
д) 13-14 лет

### 4. Туберкулез гортани, полости рта наблюдаются при:

а) хронических фиброзно-кавернозных формах туберкулеза легких
б) туберкулеме легких
в) цирротическом туберкулезе легких
г) очаговом туберкулезе легких
д) туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов

5. К функциям лаборатории третьего уровня (центральных региональных референс-лабораторий) относятся:

A) посев осадка диагностического материала на стандартные среды, инкубация, еженедельный просмотр посевов и оценка результатов посевов

Б) приготовление и окраска мазков из осадка для выявления КУМ (или из нативной мокроты с окраской по методу Циля- Нильсена), микроскопия мазков и оценка результатов

B) предварительная идентификация выделенных штаммов как относящихся к комплексу микобактерий туберкулеза

Г) видовая идентификация туберкулезных и нетуберкулезных микобактерий

Д) определение лекарственной чувствительности культур к основным и резервным противотуберкулезным препаратам

6. Какой (ие) противотуберкулезный (е) препарат (ы) обладают бактерицидным действием в отношении M. tuberculosis:

А) рифампицин

Б) протионамид

В) офлоксацин

Г) канамицин

Д) циклосерин

7. Какой (ие) противотуберкулезный (е) препарат (ы) воздействует (ют) на внутриклеточно расположенные M. tuberculosis:

A) рифампицин

Б) пиразинамид

B) офлоксацин

Г) канамицин

Д) циклосерин

8. Какова правильная последовательность купирования побочных реакций:

A) отмена препарата, медикаментозная коррекция

Б) снижение дозы, замена препарата на аналог или отмена препарата

B) медикаментозная коррекция, отмена препарата

Г) медикаментозная коррекция, замена препарата на аналог или снижение дозы, отмена препарата

Д) снижение дозы, медикаментозная коррекция

9. Какие лабораторные исследования и как часто необходимо назначать больному МЛУ-туберкулезом для мониторинга побочных реакций во время интенсивной фазы химиотерапии при отсутствии сопутствующей патологии:

A) сахар крови ежемесячно

Б) креатинин ежемесячно

B) электролиты крови ежемесячно

Г) ТТГ ежемесячно

Д) АЛТ, АСТ, билирубин еженедельно

10. Выберите методы проведения ТЛЧ:

A) абсолютных концентраций

Б) коэффициента резистентности

B) ИФА

Г) ТБ-БИОЧИП

Д) BACTEC - 960

11. Противопоказаниями к хирургическому лечению туберкулеза являются:

А) двухсторонний поликаверноз

Б) дыхательная недостаточность

В) ИБС в стадии декомпенсации

Г) сахарный диабет

Д) почечная недостаточность

12. Искусственный пневмоперитонеум противопоказан при:

А) кавернах размерами более 6 см

Б) «блокированных» кавернах

В) милиарном туберкулезе

Г) дыхательной недостаточности 2-3 степени

Д) амилоидозе внутренних органов

13. Противотуберкулезные препараты резерва:

A) рифабутин

Б) протионамид

B) офлоксацин

Г) канамицин

Д) капреомицин

14. Искусственный пневмоторакс показан при следующих клинических формах:

A) инфильтративный туберкулез

Б) казеозная пневмония;

B) кавернозный туберкулез

Г) диссеминированный туберкулез

Д) цирротический туберкулез

15. Эффективность химиотерапии и приверженность больного к лечению повышаются при:

A) интермиттирующем лечении

Б) оплате проезда больного к месту лечения

B) при использовании социальной поддержки

Г) при своевременном предупреждении и купировании побочных реакций

Д) при доставке препаратов на дом больному

16. Исход химиотерапии у больного МЛУ-туберкулезом, получившего все дозы препаратов, предусмотренные режимом химиотерапии, у которого к концу курса зарегистрировано три отрицательных результата посева мокроты за последние 12 месяцев фазы продолжения и впоследствии выбывшего за пределы РФ:

A) эффективный курс химиотерапии, подтвержденный посевом

Б) эффективный курс химиотерапии, подтвержденный клинико-рентгенологически

B) неэффективный курс химиотерапии, подтвержденный посевом и данными клинико-рентгенологического обследования

Г) прерванный курс химиотерапии

Д) выбывший

17. Регистрационная группа больного туберкулезом, у которого вновь появились признаки активного туберкулеза и было выявлено наличие МЛУ МБТ после эффективного курса химиотерапии по 1 режиму:

A) впервые выявленный

Б) рецидив

B) после прерывания курса химиотерапии

Г) после неэффективного курса химиотерапии по 1/3 режиму

Д) прочие

18.Виды хирургического лечения, используемые во фтизиатрии:

A) резекции лёгких

Б) экстраплевральный пневмолиз, кавернотомия, каверномио-пластика

B) экстраплевральная пломбировка

Г) торакостомия

Д) плеврэктомия с декортикацией лёгкого

19. Кто может контролировать прием пациентом противотуберкулезных препаратов:

A) фельдшер ФАП

Б) медицинская сестра поликлиники общей лечебной сети

B) медицинская сестра противотуберкулезного учреждения

Г) доброволец - член семьи больного

Д) сотрудник Красного Креста

20. Широкая лекарственная устойчивость микобактерий – это:

A) устойчивость как минимум к изониазиду и рифампицину

Б) устойчивость ко всем противотуберкулезным препаратам

B) устойчивость к основным противотуберкулезным препаратам и двум резервным

Г) устойчивость к изониазиду и рифампицину в сочетании с устойчивостью к фторхинолонам и одному из инъекционных препаратов (канамицин, амикацин, капреомицин)

Д) устойчивость к изониазиду и рифампицину в сочетании с устойчивостью к фторхинолонам и тиоамидам

21. Гигиеническая обработка рук проводится:

1) перед контактом с пациентом

2) после контакта с пациентом

3) перед проведением манипуляции

4) верно все\*

22. Факторы передачи возбудителя ИСМП:

1) руки медицинского персонала

2) медицинское оборудование

3) дезинфицирующие средства

4) верно все\*

23. Факторы, влияющие на рост ИСМП:

1) создание крупных больничных комплексов

2) использование сложной медицинской техники, плохо подвергающейся стерилизации

3) формирование госпитальных штаммов

4) все перечисленное\*

24. Стерилизация – метод:

1. уничтожения патогенных и условно-патогенных микроорганизмов

2. уничтожения всех видов и форм микроорганизмов, включая вегетативные и споровые формы\*

3. снижения количества бактерий и вирусов

4. удаление белковых, жировых, лекарственных загрязнений

25. Признаки эффективности проводимой реанимации:

A. появление реакции зрачка на свет\*

Б. помутнение роговицы глаза

B. холодные, бледные кожные покровы

Г. появление пульсации на сонной артерии\*

26. Источники возбудителя ИСМП:

1. пациенты
2. врачи
3. средний и младший медицинский персонал
4. верно все \*

27. Госпитальные штаммы микроорганизмов отличаются:

1. высокой вирулентностью
2. антибиотикорезистентностью
3. устойчивостью к дезинфектантам
4. верно все\*

28. Целью дезинфекции является уничтожение:

1. патогенных возбудителей \*
2. непатогенных возбудителей
3. всех видов возбудителей, включая споровые формы

сапрофитных микроорганиз

29. По номенклатуре к клиническим (нозологическим) группам ИСМП, вызываемым условно-патогенными микроорганизмами, относят:

1. инфекции области хирургического вмешательства\*
2. инфекции органов дыхания\*
3. инфекции, связанные с инфузией, трансфузией\*
4. инфекции мочевыводящих путей\*
5. гнойно-септические инфекции новорожденных\*
6. гнойно-септические инфекции родильниц\*

30. Экстренное извещение об инфекционном заболевании передает медицинский работник:

1. заподозривший инфекционную болезнь \*
2. подтвердивший диагноз инфекционной болезни
3. установивший временные границы эпидемического очага
4. установивший территориальные границы эпидемического очага

**ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ**

**Итоговый тест**

***Инструкция:*** выберите один или несколько правильных ответов.

**Вариант №1**

1. Дети, родившиеся у больных туберкулезом матерей, как правило:

1) больны туберкулезом

2) не инфицированы МБТ

3) инфицированы МБТ

4) обладают противотуберкулезным иммунитетом

2. Заболеваемость туберкулезом беременных и родильниц превышает общую заболеваемость женщин туберкулезом:

1) в 1,5-2 раза

2) в 3-4 раза

3) в 4-5 раза

4) в 5-6 раз

3. Рентгенологическое исследование во время беременности проводят:

1) в виде исключения при наличии сложной диагностической ситуации

2) при обнаружении МБТ в мокроте

3) при обнаружении ВИЧ-инфекции

4) при положительной чувствительности к туберкулину

4. В России на 100 тыс. населения внелегочным туберкулезом заболевают:

1) 1-2 человека

2) 3-4 человека

3) 7-8 человек

4) 8-10 человек

5. Туберкулез чаще поражает:

1) желудок и кожу

2) почки, внутренние половые органы, кости

3) мягкие ткани полости рта

4) центральную нервную систему

6. Локализацией первоначальных очагов при развитии туберкулеза почек является:

1) капсула почки

2) кортикальный слой паренхимы почки

3) окружающая почку клетчатка

4) мозговой слой

7. К формам туберкулеза почки относится:

1) округлый инфильтрат

2) очаговый туберкулез

3) туберкулема

4) кавернозный туберкулез

8. К недеструктивным формам туберкулеза почки относится:

1) туберкулезный папиллит

2) гидронефроз

3) туберкулез почечной паренхимы

4) кавернозный туберкулез

9. К своевременно выявленным формам туберкулеза почки относится:

1) гидронефроз

2) облаковидный инфильтрат

3) туберкулезный пионефроз

4) туберкулез почечной паренхимы

10. При туберкулезе почек рентгенологическая картина полости, заполненной контрастным веществом, с фестончатыми краями соответствует:

1) казеоме почки

2) пионефрозу

3) кавернозной форме туберкулеза почки

4) туберкулезному папиллиту

11. Отсутствие уретрита при наличии клинической картины эпидидимита является характерным признаком:

1) неспецифического эпидидимита

2) эпидидимита туберкулезной этиологии

3) опухолевого поражения придатка

4) вирусного эпидидимита

12. Проведение пробы Коха у больных туберкулезом мочевой системы необходимо для определения:

1) активности процесса

2) трудоспособности

3) степени нарушения функции почек

4) степени хронической почечной недостаточности

13. Локализацией первоначальных очагов при развитии туберкулеза женских половых органов являются:

1) матка

2) проксимальные отделы маточных труб

3) дистальные отделы маточных труб

4) эндометрий

14. При туберкулезе женских половых органов всегда поражаются:

1) маточные трубы

2) яичники и маточные трубы

3) яичники

4) матка и яичники

15. Основным исследованием, позволяющим определить объем поражения при туберкулезе женских половых органов, является:

1) гистеросальпингография

2) КТ органов малого таза

3) МРТ органов малого таза

4) УЗИ органов малого таза

16. Наиболее часто при костном туберкулезе поражаются:

1) кости кисти

2) позвонки поясничного отдела

3) тазобедренные суставы

4) кости голени

17. Основной путь проникновения МБТ в ткани при развитии туберкулеза костей и суставов:

1) контактный

2) гематогенный

3) аэрогенный

4) алиментарный

18. Локализацией первоначальных очагов при развитии туберкулеза позвоночника является:

1) остистый отросток позвонка

2) губчатое вещество тел позвонков

3) межреберные мышцы

4) мягкие ткани, расположенные паравертебрально

19. Выраженность клинических признаков при туберкулезе костей и суставов определяется:

1) возрастом больного

2) биологическим видом возбудителя туберкулеза

3) этапом развития туберкулезного процесса

4) наличием медико-биологических факторов риска по туберкулезу

20. Из различных суставов туберкулез чаще поражает:

1) плечевой

2) локтевой

3) мелкие суставы кисти

4) тазобедренный

21. Относительно ранний симптом туберкулеза позвоночника:

1) боль в спине в покое

2) деформация позвоночника

3) вынужденная осанка

4) нарушение походки

22. Туберкулез центральной нервной системы чаще начинается с поражения:

1) мягкой мозговой оболочки основания мозга

2) серого вещества головного мозга

3) паутинной оболочки больших полушарий

4) оболочек спинного мозга

23. Для туберкулезного менингита характерно:

1) наличие продромального периода

2) отсутствие лихорадки

3) молниеносное течение

4) доброкачественное течение

24. Туберкулезный менингит характеризуется:

1) возможностью самоизлечения

2) стадийностью развития клинической картины

3) отсутствием менингеального синдрома

4) отсутствием продромального периода

25. Преобладание лимфоцитов в клеточном составе ликвора, снижение содержания сахара и хлоридов характерны для менингита:

1) туберкулезного

2) вирусного

3) менингококкового

4) опухолевой природы

26. При гематогенной форме туберкулеза глаз чаще поражается:

1) хрусталик

2) стекловидное тело,

3) хориоидея

4) склера

27. При инфекционно-аллергической форме туберкулеза глаз чаще поражается:

1) стекловидное тело

2) зрительный нерв

3) хориоидея

4) конъюнктива

28. Основным диагностическим критерием туберкулеза глаз является:

1) положительная проба Манту

2) положительная очаговая реакция при проведении пробы Коха

3) помутнение стекловидного тела

4) характерная локализация поражения

29. Туберкулезом периферических лимфатических узлов чаще заболевают:

1) взрослые

2) дети

3) мужчины

4) люди пожилого возраста

30. Из всех групп периферических лимфатических узлов туберкулезом чаще поражаются:

1) паховые

2) подмышечные

3) шейные

4) локтевые

31. Наиболее ранней формой абдоминального туберкулеза является:

1) туберкулезный перитонит

2) туберкулез печени

3) туберкулез поджелудочной железы

4) туберкулез брыжеечных лимфатических узлов

32. Наиболее распространенной формой туберкулеза кожи является:

1) язвенный туберкулез

2) папулонекротический туберкулез

3) бородавчатый туберкулез

4) туберкулезная волчанка

33. К диссеминированным формам туберкулеза кожи относится:

1) индуративная эритема Базена

2) скрофулодерма

3) туберкулезная волчанка

4) нодозная эритема

34. Профилактика туберкулеза включает комплекс мероприятий, которые обеспечивают:

1) раннее выявление всех заболевших с последующей их изоляцией

2) санитарное просвещение населения в сочетании с принуждением к соблюдению гигиенических правил и норм поведения

3) повышение устойчивости человека к МБТ в течение всей жизни

4) воздействие на все звенья эпидемического процесса распространения туберкулезной инфекции среди людей

35. На каждое из звеньев эпидемического процесса можно воздействовать с помощью:

1) мер, относящихся к социальной профилактике

2) превентивного лечения

3) санитарной профилактики

4) туберкулинодиагностики

36. Мероприятия, относящиеся к социальной профилактике туберкулеза:

1) применение дезинфицирующих средств в очагах туберкулезной инфекции

2) повышение материального благосостояния граждан

3) вакцинация БЦЖ

4) изоляция бактериовыделителей

37. Цель санитарной профилактики:

1) повышение уровня жизни населения

2) иммунизация новорожденных БЦЖ

3) предупреждение инфицирования МБТ

4) улучшение финансирования противотуберкулезных мероприятий

38. Санитарная профилактика туберкулеза включает:

1) пассивную противотуберкулезную иммунизацию

2) противотуберкулезную вакцинацию БЦЖ

3) дезинфекцию в очагах туберкулезной инфекции

4) создание благотворительных фондов поддержки больных туберкулезом

39. Химические средства, применяемые для дезинфекции в очаге туберкулезной инфекции:

1) спирты

2) щелочи

3) хлорсодержащие вещества

4) фенолы

40. Губительное действие на МБТ оказывает:

1) инфракрасное излучение

2) ультрафиолетовое излучение

3) рентгеновское излучение

4) электромагнитное поле

41. В отличие от текущей дезинфекции заключительная дезинфекция в очаге туберкулезной инфекции предусматривает:

1) влажную уборку помещения

2) камерную обработку мягкого постельного инвентаря

3) проветривание помещений

4) обработку посуды больного

42. Специфическая профилактика туберкулеза предусматривает:

1) пассивную противотуберкулезную иммунизацию у контактирующих с больными лиц

2) вакцинацию БЦЖ у неинфицированных МБТ лиц

3) мероприятия по оздоровлению верхних дыхательных путей у контактирующих с больными туберкулезом лиц

4) вакцинацию БЦЖ у инфицированных МБТ лиц

43. Иммунизация БЦЖ показана лицам:

1) неинфицированным МБТ

2) имеющим гиперергию к туберкулину

3) имеющим отрицательную анергию

4) впервые инфицированным МБТ

44. Вакцина БЦЖ содержит:

1) живые и убитые микобактерии штамма БЦЖ

2) только убитые микобактерии вакцинного штамма

3) атипичные микобактерии

4) PPD-S или PPD-L}

45. Прививочная доза вакцины БЦЖ:

1) 0,05 мг

2) 0,1 мг

3) 0,05 г

4) 0,5 г

46. Прививочная доза вакцины БЦЖ-м:

1) 0,01 мг

2) 0,025 мг

3) 0,025 г

4) 0,05 г

47. Применение вакцины БЦЖ-м показано:

1) новорожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией

2) при наличии сведений о выявлении генерализованной БЦЖ-инфекции у детей, родившихся в данной семье в предыдущие годы

3) недоношенным новорожденным с массой тела при рождении 2000 г и более

4) только взрослым при отрицательных результатах пробы Манту с 2 ТЕ

48. В России противотуберкулезную вакцинацию здоровым новорожденным проводят в возрасте:

1) 3-7 дней

2) 7-10 дней

3) 10-15 дней

4) 15-20 дней

49. Противопоказаниями к вакцинации новорожденного в родильном доме являются:

1) генерализованная БЦЖ-инфекция у родившихся ранее в семье детей

2) масса тела при рождении менее 3000 г

3) сведения о туберкулезе легких у членов семьи в прошлом

4) сифилис у матери в анамнезе

50. Первые 2-4 мес после вакцинации БЦЖ течение прививочной реакции обычно оценивают по изменению:

1) общего состояния ребенка

2) кожи в месте введения вакцины

3) лейкограммы

4) иммунного статуса

51. Искусственный противотуберкулезный иммунитет считают полноценно сформированным, если размеры поствакцинального рубчика не менее:

1) 1-2 мм

2) 5-7 мм

3) 10-12 мм

4) 12-15 мм

52. Фактор, имеющий решающее значение для сохранения поствакцинального противотуберкулезного иммунитета:

1) наличие в организме остатков микробных тел БЦЖ

2) присутствие в организме живых микобактерий штамма БЦЖ и их L-форм

3) постепенная трансформация штамма БЦЖ в типичные формы м. Bovis

4) постепенное накопление в организме продуктов жизнедеятельности штамма БЦЖ

53. Срок угасания иммунитета при внутрикожной вакцинации БЦЖ в среднем составляет:

1) 1-2 года

2) 2-3 года

3) 5-7 лет

4) 7-10 лет

54. Срок ревакцинации БЦЖ в России:

1) каждые 4 года у детей и подростков

2) каждые 5 лет у детей и подростков

3) в возрасте 7 и 14 лет

4) устанавливают индивидуально в зависимости от эпидемиологической ситуации

55. Противопоказанием для ревакцинации БЦЖ является:

1) отрицательная реакция Манту с 2 ТЕ

2) отсутствие социальных факторов риска по заболеванию туберкулезом

3) положительная реакция при пробе Манту с 2 ТЕ

4) отсутствие противотуберкулезных антител в сыворотке крови

56. Применение противотуберкулезной иммунизации имеет принципиальное значение для уменьшения случаев туберкулезного менингита:

1) среди детей раннего возраста

2) среди лиц среднего возраста

3) среди людей, имеющих факторы риска по туберкулезу

4) среди людей, имеющих остаточные изменения после перенесенного ранее туберкулеза

57. Тактика в отношении ребенка 6 мес, не вакцинированного БЦЖ в родильном доме:

1) проведение пробы Манту, при отрицательных результатах # вакцинация БЦЖ

2) проведение пробы Пирке, при отрицательных результатах # вакцинация БЦЖ

3) проведение вакцинации БЦЖ без предшествующей туберкулинодиагностики

4) проведение пробы Коха, при отрицательных результатах # вакцинация БЦЖ}

58. Тактика в отношении ребенка 1,5 мес, не вакцинированного БЦЖ в родильном доме:

1) проведение пробы Пирке, при отрицательных результатах # вакцинация БЦЖ

2) проведение вакцинации БЦЖ без предшествующей туберкулинодиагностики

3) проведение первичной химиопрофилактики в течение 3 мес

4) проведение пробы Коха, при отрицательных результатах # вакцинация БЦЖ

59. Осложнение, встречающееся при вакцинации и ревакцинации БЦЖ:

1) пневмония

2) гектическая лихорадка

3) нейродермия

4) подкожный инфильтрат

60. Химиопрофилактика показана детям:

1) с поставакцинальной аллергией

2) с виражом чувствительности к туберкулину

3) при наличии отрицательной анергии

4) при наличии положительной анергии

61. Методика химиопрофилактики у детей и подростков с виражом чувствительности к туберкулину:

1) однократно в течение 3 мес

2) однократно в течение 10 мес

3) однократно в течение 1 года

4) в осенне-весеннее время по 2 мес в течение 2 лет

62. Здоровым членам семьи больного туберкулезом, выделяющего МБТ, проводят:

1) санацию полости рта

2) химиопрофилактику

3) курс лечения туберкулином

4) пассивную противотуберкулезную иммунизацию

63. Первичное обследование для выявления туберкулеза должны проводить:

1) родильные дома

2) все диагностические и лечебно-профилактические учреждения общей лечебной сети

3) центры госсанэпиднадзора

4) противотуберкулезные кабинеты и фельдшерско-акушерские пункты

64. Выявить ранний период первичной туберкулезной инфекции позволяет ежегодная:

1) флюорография

2) туберкулинодиагностика

3) микробиологическая диагностика бронхиального содержимого

4) бронхоскопия

65. К раннему выявлению туберкулеза относят обнаружение при плановом контрольном обследовании:

1) свежей каверны

2) виража чувствительности к туберкулину

3) свежего очагового туберкулеза

4) округлого инфильтрата

66. Типичным примером своевременного выявления туберкулеза считают обнаружение у впервые выявленного больного:

1) диссеминированного туберкулеза в фазе распада

2) очагового туберкулеза в фазе инфильтрации

3) туберкулемы в фазе распада и обсеменения

4) милиарного туберкулеза в фазе инфильтрации

67. Типичным примером несвоевременного выявления туберкулеза считают обнаружение у впервые выявленного больного:

1) очагового туберкулеза в фазе инфильтрации

2) инфильтративного туберкулеза в фазе распада

3) эмпиемы плевры

4) фиброзно-кавернозного туберкулеза в фазе инфильтрации

68. Типичным примером позднего выявления туберкулеза считают обнаружение у впервые выявленного больного:

1) диссеминированного туберкулеза в фазе инфильтрации

2) очагового туберкулеза в фазе инфильтрации

3) туберкулезного плеврита

4) фиброзно-кавернозного туберкулеза в фазе инфильтрации

69. В России для проведения массовой туберкулинодиагностики используют пробу:

1) Пирке градуированную

2) Коха

3) Манту с 5 ТЕ

4) Манту с 2 ТЕ

70. Детям, привитым БЦЖ в родильном доме, первую пробу Манту с 2 ТЕ проводят в возрасте:

1) 2 мес

2) 6 мес

3) 12 мес

4) перед первой вакцинацией в 7 лет

71. В России индивидуальную туберкулинодиагностику обычно применяют при проведении:

1) эпидемиологических исследований

2) обследования школьников на туберкулез

3) противотуберкулезной вакцинации новорожденных в родильных домах

4) обследования детей из очагов туберкулезной инфекции

72. В России основными методами выявления туберкулеза легких у детей являются:

1) клиническое обследование, рентгенография органов грудной клетки, микроскопия мокроты на кислотоустойчивые бактерии (куб)

2) клиническое обследование, туберкулинодиагностика, рентгенография органов грудной клетки

3) клиническое обследование, рентгенография органов грудной клетки, исследование мокроты методом ПЦР

4) клиническое обследование, УЗИ органов грудной клетки, микроскопия мокроты на куб

73. Оптимальная тактика педиатра в отношении ребенка с гиперергической чувствительностью к туберкулину:

1) госпитализация в противотуберкулезный стационар для лечения

2) госпитализация в стационар общего профиля для лечения

3) направление к фтизиатру

4) направление в детский санаторий общего профиля для проведения оздоровительных мероприятий

74. В России основными методами выявления туберкулеза легких у взрослых являются:

1) клиническое обследование, рентгенография органов грудной клетки, микроскопия мокроты на куб

2) клиническое обследование, рентгенография органов грудной клетки, микроскопия мокроты на куб, туберкулинодиагностика

3) клиническое обследование, рентгенография органов грудной клетки, фибробронхоскопия

4) клиническое обследование, УЗИ органов грудной клетки, микроскопия мокроты на куб

75. Больные сахарным диабетом нуждаются в обследовании на туберкулез:

1) 1 раз в год

2) 2 раза в год

3) 3 раза в год

4) 1 раз в 3 года

76. Минимальное число исследований мокроты на куб при обследовании на туберкулез:

1) три

2) четыре

3) пять

4) шесть

77. Исследование мокроты на куб является основным методом выявления туберкулеза у больных:

1) сахарным диабетом

2) язвенной болезнью

3) получающих длительный курс лечения глюкокортикоидными гормонами

4) хроническими неспецифическими заболеваниями легких

78. Клинический минимум обследования на туберкулез в учреждениях общей лечебной сети, не предполагает обязательного выполнения:

1) общего анализа крови

2) фибробронхоскопии

3) рентгенографии органов грудной клетки

4) исследования мокроты на куб

79. Обследование на туберкулез не является обязательным в случае:

1) обращения пациента к терапевту по поводу кашля с мокротой

2) первичного обследования пациента с ВИЧ-инфекцией

3) планового обследования больного сахарным диабетом

4) подготовки пациента к протезированию зубов

80. Одностороннее усиление голосового дрожания над ограниченным участком легкого # важный признак:

1) гиповентиляции сегмента легкого

2) каверны, сообщающейся с бронхом

3) ателектаза I-II сегментов легкого

4) буллезной эмфиземы

81. Отсутствие коробочного звука над областью проекции гигантской каверны в легком чаще обусловлено:

1) сужением и закрытием дренирующих бронхов

2) наличием широкого казеозно-некротического слоя

3) развитием перикавитарного фиброза

4) очагами в перикавитарной ткани

82. Притупленный легочный звук характерный признак:

1) эмфиземы легких

2) полости в легком

3) пневмоторакс

4) уплотнения легочной ткани

83. Сухие хрипы возникают в случае:

1) сужения просвета бронхов

2) появления в бронхах жидкой мокроты

3) образования пузырьков воздуха в мелких бронхах

4) уплотнения легочной ткани вокруг бронхов

84. Жесткое дыхание выслушивается, если поражены:

1) мелкие бронхи и бронхиолы

2) альвеолы

3) париетальная плевра

4) висцеральная плевра

85. Тимпанический легочный звук над ограниченным участком легкого # характерный признак:

1) пневмофиброза

2) гигантской полости в легком

3) экссудативного плеврита

4) пневмонии

86. При туберкулезе в фазе инфильтрации, распада и обсеменения у больных в общем анализе крови обычно отсутствует:

1) лейкоцитоз

2) эозинопения

3) лимфопения

4) повышение СОЭ

87. Выделение МБТ у больных казеозной пневмонией:

1) появляется с началом заболевания

2) возникает на 2-3-й нед заболевания

3) возникает на 4-6-й нед заболевания

4) возникает на 6-8-й нед заболевания

88. В экссудате при туберкулезном плеврите обычно отсутствуют:

1) лимфоциты

2) нейтрофилы

3) эозинофилы

4) эпителиоидные клетки

89. Диагноз туберкулеза легких позволяет верифицировать:

1) КТ органов грудной клетки

2) обзорная рентгенография и продольная томография органов грудной клетки

3) простая или люминесцентная бактериоскопия бронхиального содержимого на МБТ

4) морфологическое исследование биоптата из зоны поражения

90. Диагноз туберкулеза легких позволяет верифицировать:

1) КТ органов грудной клетки

2) МРТ органов грудной клетки

3) КТ легких

4) ПЦР бронхиального содержимого

91. Диагноз туберкулеза легких позволяет верифицировать:

1) культуральное исследование бронхиального содержимого на МБТ

2) простая или люминесцентная микроскопия бронхиального содержимого на МБТ

3) ультразвуковое и радиологическое исследование легких

4) КТ органов грудной клетки

92. Плановое флюорографическое обследование на туберкулез 2 раза в год проходят:

1) военнослужащие по призыву и сотрудники родильных домов

2) сотрудники учреждений социального обслуживания детей и подростков

3) больные, получающие иммуносупрессивную терапию

4) беженцы и мигранты

93. Плановое флюорографическое обследование на туберкулез 1 раз в год проходят:

1) освобожденные из учреждений пенитенциарной системы (в течение 2 лет после освобождения)

2) подследственные и осужденные, находящиеся в пенитенциарных учреждениях

3) больные хроническими неспецифическими заболеваниями легких и желудочно-кишечного тракта

4) ВИЧ-инфицированные

94. По мнению ВОЗ, основной целью химиотерапии туберкулеза является:

1) закрытие полостей распада

2) ликвидация клинических симптомов туберкулеза

3) прекращение бактериовыделения

4) биологическое излечение

95. В России целью химиотерапии туберкулеза является:

1) клиническое излечение

2) биологическое излечение

3) закрытие полостей распада

4) восстановление функции пораженного органа

96. При проведении химиотерапии туберкулеза принято выделять:

1) два основных этапа

2) три основных этапа

3) один основной этап

4) два-три основных этапа

97. Основной метод лечения больных туберкулезом:

1) диетотерапия

2) химиотерапия

3) коллапсотерапия

4) патогенетическая терапия

98. Принцип комбинированности химиотерапии подразумевает:

1) назначение химиопрепаратов на фоне рационального гигиенодиетического режима

2) сочетание специфической химиотерапии с патогенетическими средствами

3) одновременное назначение нескольких противотуберкулезных препаратов

4) сочетание химиотерапии с хирургическими вмешательствами

99. Достаточная продолжительность и непрерывность химиотерапии уменьшают вероятность:

1) закрытия полостей распада

2) формирования фиброзных изменений в зоне поражения

3) быстрого развития устойчивости МБТ к лекарствам

4) трансформации МБТ в L-формы

100. В основе нерегулярного приема химиопрепаратов больными туберкулезом часто лежит:

1) мнение о высокой частоте побочных реакций при химиотерапии

2) вредные привычки и низкая общая культура

3) представление о высокой частоте самоизлечения

4) представление о невозможности излечения

**Вариант 2**

1. Больные легочным туберкулезом с установленным бацилловыделением наблюдаются только

1) по 1 группе

2) по 3 группе

3) по 7Б группе

4) по 4 группе

2. Высокая эффективность и предупреждение ошибочных заключений при проведении флюорографии достигается

1) многократным проведением флюорографии в течение года

2) тем, что рулон снимков разрезается на кадры

3) тем, что рулон снимков просматривается дважды

4) тем, что рулон снимков долго хранится

003. Больные с внелегочными формами туберкулеза подлежат учету и наблюдению

1) по 7 группе

2) по 5 группе

3) по 1Б группе

4) по 4 группе

4. Термин "туберкулез" ввели в медицинскую терминологию

1) Кальметт и Герен

2) Лаэннек и Шенлейн

3) Вильмен и Конгейм

4) Кох и Пастер

5. Уклонение от лечения больного туберкулезом легких с обильным бацилловыделением

1) преследуется согласно статьи уголовного кодекса России

2) не предусматривает в России никаких наказаний

3) в Башкортостане наказывается штрафом в размере 10 000 рублей

4) является основанием для высылки за 101-й километр

6. Лица с остаточными посттуберкулезными изменениями состоят на диспансерном учете по

1) 6 группе

2) 5 группе

3) 4 группе

4) 7 группе

7. Роль Н.И.Пирогова в развитии учения о туберкулезе определяется

1) разработкой хирургических методов лечения туберкулеза

2) описанием гигантских клеток в туберкулезном бугорке

3) разработкой методов коллапсотерапии

4) описанием обызвествленного туберкулезного очага

8. Лица, находившиеся в бытовом или профессиональном контакте с больными, выделяющими с мокротой микобактерию, подлежат учету и наблюдению по

1) по 5Б группе

2) по 1 группе

3) по 2 группе

4) по 4 группе

9. Фтизиатры расценивают роль курения как фактор, который

1) делает лечение туберкулеза невозможным

2) затрудняет клиническую диагностику из-за хронического кашля

3) способствует формированию туберкулеза органов дыхания

4) стимулирует отхождение мокроты и ускоряет абациллирование

10. Основным методом раннего выявления туберкулеза у детей и подростков является

1) ежегодный осмотр педиатра

2) поликлиническое лабораторное обследование

3) иммуноферментный анализ сыворотки крови

4) ежегодное проведение туберкулинодиагностики

11. Заражение туберкулезом наиболее опасно

1) в 25-30 лет

2) в детском возрасте 1-5 лет

3) в 50-55 лет

4) в 30-40 лет

12. В нулевую группу диспансерного учета взрослых входят лица с

1) туберкулезом неясной активности

2) затихающим активным туберкулезом

3) неактивным туберкулезом

4) внелегочным туберкулезом

13. При диспансерном наблюдении детей, в отличие от взрослых

1) все группы имеют три подгруппы

2) нет первой группы учета

3) выделяют 6 группу учета

4) нет второй группы учета

14. При выявлении нового случая туберкулеза обязательным документом противотуберкулезной службы и санэпидстанции является

1) экстренное извещение

2) история болезни

3) посыльный лист

4) справка на улучшение жилищных условий

15. Одним из основных врачебных мероприятий для 4 группы учета в противотуберкулезном диспансере является

1) проведение комплексного длительного лечения

2) проведение химиопрофилактики

3) проведение поэтапного хирургического лечения

4) трансторакальное дренирование туберкулезной полости

16. "Виражные" дети без других проявлений туберкулеза могут находится

1) в санаторных яслях-садах, лесных школах

2) в противотуберкулезных стационарах

3) в санаториях для больных активным туберкулезом легких

4) в санаториях для больных внелегочным туберкулезом

17. Очагом туберкулеза называется

1) место жительства больного туберкулезом легких

2) регион с высокой заболеваемостью туберкулезом

3) место жительства впервые выявленного больного туберкулезом

4) место пребывания больного туберкулезом - бацилловыделителя

18. Кафедра туберкулеза башкирского медицинского института была создана на базе курса туберкулеза

1) в 1939 году

2) в 1970 году

3) в 1972 году

4) в 1981 году

19. В мире ежегодно туберкулезом заболевает

1) около 10 миллионов человек

2) около 5-6 тысяч человек

3) около 100 тысяч человек

4) около 100-150 человек

20. Первый противотуберкулезный диспансер был открыт

1) в шотландском городе Эдинбурге

2) в английском городе Оксфорде

3) в российском городе Твери

4) в американском городе Нью-Орлеан

21. Наиболее частой причиной развития туберкулеза у взрослых в странах с высокой инфицированностью остается

1) отсутствие средств эффективной химиопрофилактики

2) экзогенная суперинфекция

3) эндогенная реактивация инфекции

4) низкий охват населения профосмотрами

22. При лечении больного легочными туберкулезом на дому текущую дезинфекцию проводят

1) родственники пациента или он сам

2) сотрудники районной поликлиники

3) сотрудники коммунальных служб города

4) сотрудники противотуберкулезного диспансера

23. Основным методом раннего выявления туберкулеза у взрослых остается в России

1) массовая туберкулинодиагностика (проба Манту)

2) массовая туберкулинодиагностика (проба Пирке)

3) массовая флюорография и флюорография декретированных групп

4) массовое бактериологическое обследование

24. Физическая сущность флюорографии состоит в

1) фотографировании светящегося экрана

2) засвечивания рентгеновскими лучами фотопленки

3) применении ЯМР-эффекта

4) прикладном использовании фотоэффекта

25. В республике, крае, области, городе ведущее место в организации фтизиатрической помощи населению занимает

1) туберкулезные отделения больниц и госпиталей

2) туберкулезный кабинет поликлиники

3) противотуберкулезный диспансер

4) республиканская (областная, краевая) клиническая больница

26. Туберкулез является

1) особо опасным инфекционным заболеванием

2) системным заболеванием соединительной ткани

3) инфекционным заболеванием

4) вирусным инфекционным заболеванием

27. Впервые выявленный больной туберкулезом легких имеет право на оплачиваемый больничный лист сроком до

1) до 10 месяцев

2) до 5 лет

3) до 3 недель

4) до 15 месяцев

28. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу характеризуется прежде всего

1) смертностью, процентом быстрых инактиваторов ГИНК

2) смертностью,болезненностью,заболеваемостью,инфицированностью

3) смертностью,инфицированностью,процентом абацилирования

4) смертностью и устойчивостью к туберкулостатикам

29. В условиях перехода к рынку фтизиатрическая служба по типу финансирования должна быть

1) разделом страховой медицины

2) преимущественно бюджетной

3) исключительно частной медициной

4) преимущественно частной медициной

30. Во время войн, стихийных бедствий и социальных катаклизм для туберкулеза характерно

1) более легкое течение, исчезновение хронических форм

2) преобладание внелегочных форм туберкулеза

3) возрастание заболеваемости, неблагоприятное течение

4) увеличение случаев первичной устойчивости к препаратам

31. Больные активным туберкулезом органов дыхания подлежат учету в противотуберкулезном диспансере по

1) по 1 группе

2) по 7А группе

3) по 5А группе

4) по 4 группе

32. При расчете заболеваемости туберкулезом учитываются впервые заболевшие люди

1) с подтвержденным любым способом диагнозом

2) при условии, что лечение идет успешно

3) трудоспособного возраста

4) с наличием деструкции легочной ткани

33. При сопоставлении показателей заболеваемости туберкулезом в разных странах необходимо учитывать

1) социально-экономический строй

2) расовую и национальную структуру населения

3) долю малоимущих слоев населения

4) методы и критерии оценки болезни

34. Периодичность проведения массовой флюорографии (для недекретированных контингентов) составляет

1) 1 раз в 1 год

2) 1 раз в 2 года

3) 2 раза в год

4) 1 раз в 1 квартал

35. По завершении цикла туберкулеза студенты должны произвести дезинфекцию халатов. Для этого необходимо

1) автоклавирование

2) засыпка халата хлорной известью и инкубация в течение суток

3) кипячение в 2-3% растворе соды 15-20 минут

4) ультрафиолетовое облучение в течение 40 часов

36. Периодичность проведения флюорографии у лиц, работающих с детьми, составляет

1) 2 раза в 1 год

2) 1 раз в 1 год

3) 1 раз в 2 года

4) 1 раз в 3 года

37. Возбудитель туберкулеза у человека это

1) кислото- и щелочеупорная микобактерия

2) грамотрицательная кислотоупорная бактерия

3) риккетсия Провачека

4) парвовирус

38. Возбудитель туберкулеза при микроскопии окрашивается по методу

1) Грама

2) Циля-Нильсена

3) Йендрассика

4) Вельтмана

39. Наряду с окраской мазка для его исследования может быть использована

1) зонография

2) флюоресцентная микроскопия

3) нативная оптическая микроскопия

4) телегамматерапия

40. Морфология микобактерии характеризуется

1) высокой стабильностью строения и формы

2) отсутствием ядра или ядерной субстанции

3) разнообразием нитевидных, кокковидных, зернистых форм

4) высоким сходством с вирусами

41. Для оценки чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам необходимо произвести

1) флотацию мокроты

2) окраску мокроты специальным методом

3) назначение туберкулостиков больному

4) посев на специализированную среду

42. Метод обогащения исследуемой жидкости для последующей ее бактериоскопии называется

1) флотацией

2) бак.посевом

3) флюктуацией

4) фокусировкой

43. Представитель рода mycobacterium семейства actinomycetales вызывает не только туберкулез, но и такое опасное заболевание как

1) чуму

2) проказу (лепру)

3) брюшной тиф (легочную форму)

4) холеру

44. Туберкулез у человека вызывает

1) Micobacterium microti

2) Micobacterium paratuberculosis

3) Micobacterium tuberculosis

4) Micobacterium intracellulare

45. Встречаются различные нетуберкулезеные микобактериозы легких. Классификация условно-патогенных микобактерий основана на

1) различии их кислотоупорности

2) различии их по процессу метаболизма декстранов

3) различии окрашивания колоний на свету и в темноте

4) различии их географического обнаружения

046. Микобактерия туберкулеза человеческого типа при посеве на питательные среды растет

1) от 2 до 3 недель

2) от 2 до 7 дней

3) от 30 до 90 дней

4) от 70 до 130 дней

47. Стандартной питательной средой для выращивания микобактерий туберкулеза является среда

1) Кауффмана

2) Левинталя

3) Борде-Жангу

4) Левенштейна-Йенсена

48. Биологический метод выявления микобактерий туберкулеза состоит в

1) заражении морской свинки исследуемым материалом

2) заражении крысы исследуемым материалом

3) посеве на искусственную культуру ткани

4) инкубации материала с донорской кровью

49. Общим свойством для L-форм микобактерий и микобактерий туберкулеза является

1) сниженная вирулентность возбудителя

2) наличие жгутиков

3) наличие ундулирующей мембраны

4) повышенная подвижность в жидких средах

50. Для обнаружения микобактерии в материале методом бактериоскопии в 1 мл должно содержаться не менее

1) 10 микробов

2) 100 000 микробов

3) 100 микробов

4) 6000 микробов

51. Преимущество флуоресцентной микроскопии состоит в

1) в полной безопасности работы с микробом

2) в использовании большего увеличения изображения

3) в использовании меньшего увеличения и большого поля зрения

4) в отсутствии необходимости обучать лаборанта}

52. Животным, которое легко заражается туберкулезом, является

1) белая мышь

2) крыса линии "Август"

3) собака

4) морская свинка

53. При окраске мазка по Цилю-Нильсену микроскопия позволяет обнаружить

1) фиолетовых микобактерий на белом фоне

2) красных микобактерий на желтом фоне

3) зеленых микобактерий на розовом фоне

4) красных микобактерий на синем фоне

54. При пребывании в закрытом помещении вместе с бацилловыделителем риск заражения практически отсутствует, если

1) воздух в помещении имеет высокую влажность

2) воздух в помещении насыщен кислородом до 30%

3) воздух обновляется

4) воздух шестикратно обновляется в течение часа

55. Микобактерия туберкулеза сохраняет свою жизнеспособность на страницах книг в течение

1) 5 лет

2) 10-12 дней

3) 3 месяцев

4) 6 месяцев

56. Ультрафиолетовое облучение убивает микобактерию туберкулеза в течение

1) 12 часов

2) 2-3 минут

3) 30 минут

4) 24 часов

57. Клетки-эффекторы клеточного иммунитета при туберкулезе расположены в

1) в костном мозге и в периферической крови

2) в тимусзависимых зонах селезенки и костном мозге

3) в тимусзависимых зонах селезенки и лимфатических узлах

4) в костном мозге и лимфатических узлах

58. Вакцина БЦЖ это

1) живая ослабленная вакцина из микобактерий бычьего типа

2) живая ослабленная вакцина из микобактерий человеческого типа

3) комплекс противотуберкулезных иммуноглобулинов

4) убитая вакцина из микобактерий птичьего типа

59. Переработку туберкулезного антигена и предъявление его иммунокомпетентным клеткам осуществляют

1) тромбоциты

2) тучные клетки

3) клетки Пирогова-Ланхганса

4) макрофаги

60. При отсутствии противопоказаний первая вакцинация БЦЖ проводится

1) в 1 месяц, перед пробой Манту

2) на 20-й день патронажной медсестрой

3) на 4-7 день в родильном доме

4) на 6 неделе после осмотра педиатра

61. Сохранение в течение некоторого времени иммунитета после ликвидации микобактерии в организме обусловлено феноменом

1) иммунологической толерантности

2) миграции нейтрофилов

3) иммунологиченской памяти

4) аллергии немедленного типа

62. Вакцина БЦЖ-М это

1) двойная доза стандартной вакцины БЦЖ

2) половинная доза стандартной вакцины БЦЖ

3) убитая вакцина-БЦЖ в дозе 0.5 от стандартной

4) 0.5 дозы противотуберкулезных иммуноглобулинов

63. Противотуберкулезная вакцина была создана

1) Робертом Кохом в 1882 году

2) Кальметтом и Гереном В 1919 Году

3) Н.И.Пироговым в 1952 году

4) Форланини в 1982 году

64. Вакцина БЦЖ разводится и в объеме 0.1 мл вводится

1) внутримышечно под лопатку

2) внутрикожно в плечо

3) внутримышечно в ягодицу

4) внутрикожно в кожу живота

65. При правильно выполненной вакцинации БЦЖ через 2-4 месяца на месте введения

1) должен образоваться рубчик 2-10 мм

2) не должно оставаться никаких следов

3) должна сохраняться умеренная гиперемия

4) должен сформироваться келоидный рубец

66. Активация макрофагов и их ферментативная активность в отношении микобактерии поддерживается

1) гистамином тучной клетки

2) лимфокинами Т-лимфоцитов - хелперов

3) интерлейкином-1

4) повышением титра МРСА

67. Чаще всего ревакцинацию БЦЖ проводят в

1) в 2, 8 и 12 лет

2) в 3, 9 и 15 лет

3) в 7, 12 и 17 лет

4) в 9, 16 и 23 года

68. Противопоказанием к ревакцинации вакциной БЦЖ является

1) отрицательная реакция на 100 те АТК

2) положительная реакция на 2 ТЕ ППД-Л

3) положительная проба Квейма

4) положительная реакция Кацони

69. При инфицировании или вакцинации БЦЖ достаточно выраженный иммунитет формируется у человека спустя

1) 5-7 дней

2) 6-8 недель

3) 40-45 недель

4) 6-8 месяцев

70. После проведения БЦЖ другие профилактические прививки можно проводить не ранее, чем через

1) 1 год

2) 10 дней

3) 2 месяца

4) 3 недели

71. Активаторами Т-лимфоцитов при формировании противотуберкулезного иммунитета являются

1) макрофаги, выделяющие интерлейкин-1

2) эозинофилы, выделяющие иммуноглобулины

3) тучные клетки, выделяющие гистамин

4) эндотелиальные клетки, содержащие микобактерию

72. Иммунитет при туберкулезе характеризуется как

1) клеточный, стерильный, пассивный

2) клеточный, нестерильный, активный

3) гуморальный, пассивный, нестерильный

4) клеточный, пожизненный, пассивный

73. Накопление в крови иммуноглобулинов того или иного класса при туберкулезе

1) не стимулирует иммунного ответа

2) резко угнетает иммунный ответ

3) потенцирует скорость иммунного ответа

4) извращает иммунный ответ

74. При туберкулезе Т-киллеры совместно с макрофагами обеспечивают развитие

1) гиперчувствительности замедленного типа

2) феномена иммунологической памяти

3) гиперчувствительности немедленного типа

4) процессов тканевого некроза

75. Образование келоидного рубца на месте вакцинации БЦЖ является

1) показанием для его хирургического иссечения

2) показанием к длительной противотуберкулезной терапии

3) осложнением прививки и требует рассасывающей терапии

4) признаком того, что нужна ревакцинация

76. Методом активной специфической профилактики туберкулеза в связи с риском заражения человека является

1) химиопрофилактика

2) вакцинация БЦЖ

3) массовая туберкулинодиагностика

4) массовая флюорография

77. Противопоказанием к БЦЖ-вакцинации новорожденных является

1) отсутствие штатного фтизиатра в роддоме

2) положительная проба Манту

3) недоношенность с массой тела менее 2 кг

4) недоношенность на 2 недели

78. Если вакцина БЦЖ будет введена подкожно, то

1) возможно развитие местной и общей токсической реакции

2) возникает риск формирования холодного абсцесса

3) возникает риск формирования талассемии

4) возникает риск развития первичной устойчивости к препаратам

079. Проведение туберкулиновой пробы Манту на дому

1) считается более целесообразным

2) запрещено

3) допустимо только для лиц 4 группы учета

4) допустимо только для лиц 7 группы учета

80. Противопоказанием к проведению туберкулиновой пробы Манту считается

1) инфекционное заболевание в период обострения

2) предшествующая положительная реакция на туберкулин

3) предшествующая отрицательная реакция на туберкулин

4) подозрение на туберкулезное инфицирование

81. Для обеспечения эффективного раннего выявления туберкулеза у детей и подростков необходим ежегодное проведение туберкулинодиагностики у

1) 70% детского и подросткового населения

2) 50% всего населения

3) 70% подросткового населения

4) 100% детского и подросткового населения

82. Для постановки пробы Манту необходим шприц емкостью

1) 2 мл

2) 1 мл

3) 5 мл

4) 20 мл

83. Критерием гиперергической реакции на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л у детей считается

1) папула диаметром более 17 мм или некроз папулы

2) папула диаметром более 5 мм или гипертермия

3) папула диаметром более 3 мм или появление сыпи

4) папула диаметром более 10 мм или петехии

84. Туберкулином называется

1) фильтрат бульонной культуры бычьего типа МБТ

2) вакцина, содержащая обломки и продукты МБТ бычьего типа

3) гомогенизированная очищенная культура авирулентнызх МБТ

4) автоклавированный фильтрат 6-8 недельной культуры МБТ

85. Высокий биологический стандарт ППД-Л обеспечивается

1) добавкой детергента Твин-80

2) добавкой фенола

3) добавкой живых микобактерий

4) добавкой изониазида

86. Положительной реакцией на пробу Манту с 2 ТЕ у взрослых считается

1) папула диаметром 5 мм и более

2) гиперемия диаметром более 10 мм

3) гиперемия диаметром более 21 мм

4) папула диаметром до 5 мм

87. Туберкулин был создан

1) К.Пирке в 1907 году

2) А.Гоном в 1912 году

3) Р.Кохом в 1890 году

4) Ц.Форланини в 1882 году

88. Для массовой туберкулинодиагностики в странах СНГ принята

1) проба Квейма

2) проба Пирке в модификации Карпиловского-Гринчара

3) проба Манту в 2 ТЕ ППД-Л

4) проба Манту с 4 и 6 разведениями АТК

89. Положительная туберкулиновая реакция после предшествующей отрицательной у детей и подростков называется

1) анергией

2) гипоэргией

3) гиперергией

4) виражом

90. Первым туберкулином, который применяется и поныне, является

1) АТК

2) ППД-S

3) БЦЖ

4) БЦЖ-М

91. Ответная реакция на туберкулиновую пробу читается специально обученной медицинской сестрой и фтизиатром

1) через 24 часа

2) через 72 часа

3) чере3 7 дней

4) через 32 часа

92. Стандартным туберкулином, очищенным от белковых фракций среды и содержащим стандартную дозу в 0.1 мл препарата является

1) ППД-Л

2) БЦЖ

3) БЦЖ-М

4) АКДС

93. Одна доза (0,1 мл) препарата ППД-Л содержит

1) 100 ТЕ

2) 5 ТЕ

3) 2 ТЕ

4) 10 000 ТЕ

94. Для индивидуальной туберкулинодиагностики при проведении дифференциальной диагностики туберкулеза наиболее информативна

1) проба Манту в динамике

2) проба Коха

3) проба Пирке

4) пробная терапия изониазидом

95. При проведении пробы Коха оценивают следующие виды реакций:

1) раннюю и отсроченную

2) местную, общую и очаговую

3) локальную и местную

4) центральную и периферическую

96. Для проведения градуированной накожной пробы применяют следующие разведения туберкулина:

1) 2, 6 и 8 разведения

2) 100%, 25%, 5% и 1%

3) 100%, 50%, 10% и 5%

4) 4 и 6 разведения

97. Для массовой туберкулинодиагностики в странах СНГ принята проба Манту. Отказ от пробы Пирке, применявшейся ранее, был связан с

1) опасностью инфицирования детей

2) низким уровнем стандартизации этой пробы

3) дефицитом диагностического препарата

4) дефицитом диагностического оборудования

98. С точки зрения иммунологов туберкулин это

1) мутаген

2) МРСА

3) полный антиген

4) гаптен

99. Одной из задач массовой туберкулинодиагностики у взрослых и детей является

1) иммуностимуляция молодого организма

2) активация скрыто текущего туберкулеза

3) отбор на ревакцинацию БЦЖ

4) дифференциальная диагностика легочной патологии

100. Угасание туберкулиновой чувствительности на фоне прогрессирования туберкулезного процесса называется

1) отрицательной анергией

2) поствакцинальной реакцией

3) ложноположительной гиперергией

4) парадоксальной туберкулиновой чувствительностью

**Вариант 3**

1. При проведении пробы Коха туберкулин вводится

1) внутрикожно

2) внуримышечно

3) подкожно

4) накожно

2. При использовании терминов "просветление" или "затемнение" важно помнить, что стандартная рентгенограмма это

1) светочувствительный материал

2) негативное изображение

3) основа скиалогического метода

4) позитивное изображение

3. Реакция антиген-антитело лежит в основе метода, подтверждающего этиологию процесса, который называется

1) бактериальный посев

2) вакцинация БЦЖ

3) иммуноферментный анализ

4) гемосорбция

4. При туберкулезе легких нередко отмечают

1) пограничную артериальную гипертонию

2) умеренную артериальную гипотонию

3) частые гипертонические кризы

4) вазоренальную гипертензию

5. Жесткость прямого рентгеновского снимка грудной клетки принято оценивать по

1) по тени купола диафрагмы

2) по теням позвонков на фоне сердечно-сосудистого пучка

3) по тени трахеи на фоне тени грудины

4) по теням мягких тканей

6. Регистрация объемных скоростей при форсированном выдохе называется

1) спирометрией

2) пневмополиграфией

3) пневмотахографией

4) манометрией

7. Лейкоцитарная формула при активном туберкулезе легких часто характеризуется

1) нормальными соотношениями лейкоцитов

2) умер.лейкоцитозом,лимфопенией,эозинопенией и палочкояд.сдвиг

3) моноцитопенией, лимфоцитозм, эозинофилией и базофилией

4) моноцитозом, эозинопенией, лимфоцитозом, базофилией

8. Физикальная картина легочного туберкулеза, в отличие от неспецифического воспаление легких, характеризуется

1) скудностью феноменов

2) быстрой динамикой феноменов

3) полным отсутствием феноменов

4) быстрой сменой локализации феноменов

9. Фтизиатрический анамнез имеет своей особенностью

1) ориентацию на выявление генетических факторов

2) ориентацию на выявление длительного контакта с больными

3) ориентацию на возможность лечения травами

4) ориентацию на быстрое выздоровление

10. Симптом Воробьева-Поттенджера подразумевает

1) телеангиоэктазии на передней поверхности грудной клетки

2) выслушивание свистящих хрипов на выдохе

3) ригидность и болезненность мышц верхнего плечевого пояса

4) анизакорию на высоте активного воспаления

11. Рентгеновские снимки легких обычно производят

1) на высоте вдоха

2) независимо от фазы дыхания

3) при форсированном выдохе

4) во время пробы Вальсальвы

12. Регистрация легочных объемов называется

1) спирографией

2) зонографией

3) пневмотахометрией

4) пульмофонографией

13. Инструментальный осмотр плевральной полости называется

1) торакоскопией

2) бронхоскопией

3) бронхофонией

4) бронхо-спирографией

14. Звук разлипания альвеол, выслушиваемый на высоте вдоха при экссудативных процессах, называется

1) шумом трения плевры

2) крепитацией

3) флотацией

4) бронхофонией

15. Оценить визуально состояние бронхов, взять пробы мокроты и биопсийный материал позволяет метод

1) бронхографии

2) бронхо-спирографии

3) реопульмонографии

4) бронхоскопии

16. Изображение поперечных слоев легких обеспечивает такой метод как

1) крупнокадровая флюорография

2) томография

3) селективная бронхография

4) фистулография

17. Рентгеновское изображение на бумаге может быть получено с помощью

1) электрорентгенографии

2) рентгенопневмополиграфии

3) фонопульмонографии

4) реопульмонографии

18. Контрастное рентгеновское изображение бронхов называется

1) томограммой

2) флюорограммой

3) бронхограммой

4) реограммой

19. Для картины туберкулезной интоксикации характерны

1) иктеричность склер, кожный зуд, бесцветный стул

2) отеки и пастозность лица, гипо-анурия, боли в пояснице

3) катастрофическое похудание, боль в груди, диарея

4) слабость, потливость, похудание, возбудимость, астения

20. Наиболее часто туберкулез легких у взрослых локализуется в

1) 1, 5 и 9 сегментах

2) 1, 2 и 6 сегментах

3) 2, 8 и 10 сегментах

4) 3, 7 и 9 сегментах

21. Наиболее информативным методом лучевой диагностики очаговых и кольцевидных теней в легких является

1) флюорография

2) полипневмография

3) рентгено-томография

4) медиастинография

22. Выявление боли в груди при дыхании обязывает врача исключить вовлечение в процесс

1) альвеол

2) плевры

3) мелких бронхов

4) эндотелия капилляров

23. При сборе фтизиатрического анамнеза обращают внимание на возможность контакта с больными туберкулезом

1) собаками

2) попугаями

3) коровами

4) крысами

24. Ограниченная тень диаметром до 10 мм при описании рентгенограмм и томограмм называется

1) инфильтратом

2) фокусом

3) очагом

4) каверной

25. Рентгенологическое исследование легочной артерии и ее ветвей называется

1) бронхо-спирографией

2) ангиопульмонографией

3) фистулографией

4) реопульмонографией

26. У больных хроническими формами туберкулеза легких на электрокардиограмме нередко выявляется

1) гипертрофия правых отделов сердца

2) блокада пучка Джеймса

3) блокада левой ножки пучка Гиса

4) пароксизмальная тахикардия

27. Ригидность и болезненность мышц верхнего плечевого пояса при туберкулезе легких нередко сопровождает

1) обширные плевральные выпоты

2) формирование полостных образований

3) сухой апикальный плеврит

4) токсические поражения печени

28. Биохимическое исследование печени при туберкулезе легких необходимо проводить при поступлении больного в клинику и в ходе лечения для

1) раннего выявления туберкулеза печени

2) раннего выявления лекарственного и токсического гепатита

3) контроля за скоростью инактивации изониазида

4) контроля за скоростью выведения рифампицина

29. Для больного туберкулезом легких наиболее характерна

1) гектическая лихорадка

2) пониженная температура тела

3) субфебрильная температура

4) разница между утренней и вечерней температурой 4-5 градусов

30. Для активного туберкулеза легких при умеренной интоксикации картина крови характеризуется

1) повышенной СОЭ, лимфопенией и умеренным лейкоцитозом

2) крайне высокими величинами СОЭ и лейкоцитоза

3) нормальной СОЭ и лейкопенией

4) высокой СОЭ и лейкопенией

31. Повышенная прозрачность легких на рентгенограмме, расширение межреберных промежутков, уплощение купола диафрагмы принято считать признаками

1) спонтанного пневмоторакса

2) легочного кровотечения

3) эмфиземы легкого

4) облаковидного инфильтрата

32. Основой лечения туберкулеза считается

1) легочная хирургия

2) химиотерапия

3) туберкулинотерапия

4) коллапсотерапия

33. В основу современной отечественной классификации туберкулостатиков положено

1) химическое строение препаратов

2) побочное действие на органы и системы

3) влияние на микобактерию туберкулеза

4) влияние на неспецифическую флору

34. Необходимость назначения трех и более туберкулостатиков при лечении туберкулеза обусловлена

1) быстрым развитием устойчивости к каждому из них

2) особенностью отечественной фтизиатрической школы

3) сочетанием их побочных эффектов

4) наличием сопутствующей неспецифической инфекции.

35. Наиболее эффективным и признанным во всем мире препаратом ГИНК является

1) рифампицин

2) изониазид

3) фтивазид

4) пиразинамид

36. Для защиты от нейротоксического влияния препаратов ГИНК на центральную и периферическую нервную систему назначают

1) димедрол и аспирин

2) ретаболил и рибоксин

3) тиамин и пиридоксин

4) туберкулин и пирогенал

37. Внутривенное введение суточной дозы изониазида принято называть

1) методом предельный концентраций (МПК)

2) индивидуально переносимой дозировкой (ИПД)

3) экспресс-внутривенным введением (ЭВВ)

4) монотерапией (МТ)}

38. Эндокринологическим аспектом действия препаратов ГИНК, который можно с пользой применять при лечении неспецифической легочной патологии, является

1) гинекомастия

2) преходящая системная гипертензия, усиление ишемии миокарда

3) стимуляция функции коры надпочечника

4) дисменорея

39. Самым сильным противотуберкулезным антибиотиком является

1) канамицин

2) виомицин

3) циклосерин

4) рифампицин

40. Первым противотуберкулезным препаратом, открытым в 1944 году с.ваксманом и соавторами был

1) стрептомицин

2) канамицин

3) флоримицин

4) ПАСК

41. Средне-терапевтическая дозировка изониазида проводится из расчета

1) 10 мг/кг

2) 50 мг/кг

3) 100 мг/кг

4) 500 мг/кг

42. Туберкулостатический эффект препаратов ГИНК определяется в значительной степени

1) уровнем кортикостероидов в крови

2) созданием пиковых концентраций ГИНК в крови

3) одновременным применением препаратов ПАСК

4) отсутствием каких-либо побочных эффектов

43. Наиболее эффективными противотуберкулезными препаратами считаются

1) ПАСК и тибон

2) канамицин и этионамид

3) изониазид и рифампицин

4) тизамид и пиразинамид

44. Наименее эффективными туберкулостатиками считаются

1) пиразинамид и стрептомицин

2) этионамид и тизамид

3) солютизон и солюзид

4) тиоацетазон и ПАСК

45. Хорошо проникают в ограниченные и инкапсулированные образования (например, туберкулему)

1) стрептомицин, канамицин, виомицин

2) ПАСК, тибон, солютизон

3) циклосерин, тибон, ПАСК

4) этионамид, протионамид, пиразинамид

46. Побочным эффектом при лечении этамбутолом может быть

1) снижение зрения

2) снижение слуха и чувства равновесия

3) снижение обоняния

4) снижение желудочной секреции

47. При лечении пиразинамидом (тизамидом) следует учитывать возможное

1) снижение остроты зрения

2) нарушение функции печени

3) снижение памяти

4) повышение артериального давления

48. Когда схема лечения туберкулеза наряду с другими препаратами содержит циклосерин, то целесообразно назначить

1) лимонную кислоту

2) глютаминовую кислоту

3) никотиновую кислоту

4) эпсилон-аминокапроновую кислоту

49. При лечении вялотекущих туберкулезных процессов назначение туберкулостатиков целесообразно дополнить

1) туберкулином или пирогеналом

2) преднизилоном

3) димедролом или тавегилом

4) кокарбоксилазой

50. Риск серьезных нарушений функции центральной нервной системы следует учитывать при назначении

1) стрептомицина

2) циклосерина

3) канамицина

4) рифампицина

51. Метод назначения туберкулина с лечебной целью - туберкулинотерапия - показана при

1) гиперергических процессах

2) сочетании туберкулеза и онкологии

3) вялотекущих процессах

4) массивном бацилловыделении

52. Применение глюкокортикоидов в течение 6-8 недель при лечении туберкулеза

1) целесообразно, если больной готовится к операции

2) показано при вялом течении процесса

3) показано при выраженной инфильтративной фазе

4) показано при синдроме Иценко-Кушинга

53. Сохранение концентрации рифампицина в крови длительное время обусловлено

1) тем, что это депо-препарат

2) накоплением в желчи и повторным всасыванием в ЖКТ

3) дробным приемом препарата в течение суток

4) обязательным сочетанием его с теофиллином

54. При наличии свежего бронхогенного обсеменения, наличия деструкции легочной ткани и бацилловыделения лечение больного туберкулезом легких целесообразно дополнить

1) назначением курса инъекций пирогенала или гуммизоля

2) трансторакальной биопсией

3) дренированием плевральной полости и введением антибиотиков

4) назначением эндобронхиальных вливаний туберкулостатиков

55. Известно, что метаболизм теофиллина, преднизолона, женских оральных контрацептивов существенно меняется, если назначен

1) пиразинамид

2) ПАСК

3) рифампицин

4) стрептомицин

56. Длительность непрерывного применения туберкулостатиков при лечении легочного туберкулеза не должна быть короче, чем

1) пять лет

2) десять лет

3) шесть месяцев

4) три года

57. Основными критериями эффективности лечения туберкулеза органов дыхания принято считать

1) нормализацию СОЭ и церулоплазмина

2) абацилирование и закрытие полостей

3) исчезновение одышки и нормализацию температуры

4) отсутствие побочных реакций на туберкулостатики

58. Показанием к хирургическому лечению туберкулеза считаются такие формы, как

1) туберкулезный менингит и менингоэнцефалит

2) острый и подострый диссеминированный туберкулез

3) кавернозный туберкулез и туберкулемы

4) раннюю и хроническую туберкулезную интоксикацию

59. Включение в комплексную терапию нистатина показано, если из материала высеянa

1) Mycoplasma gallisepticum

2) Candida albicans

3) Mycobacterium bovis

4) Brucella neotomae

60. При наличии больших и гигантских каверн у больных с прогрессирующим туберкулезом, не позволяющим провести радикальное хирургическое лечение, методом выбора является

1) туберкулинотерапия

2) назначение таривида (офлоксацина)

3) торакопластика

4) бесконтактный массаж

61. При наложении лечебного или диагностического пневмоперитонеума перед введением воздуха необходимо убедиться, что игла локализована именно в брюшной полости. Для этого

1) проводится тонометрия плечевой артерии на вдохе

2) проводят тонометрию водным манометром во время акта дыхания

3) проводят тишайшую перкуссию желудка

4) манипуляцию проводят под контролем рентгеноскопии

62. Выбор хирургического пути лечения для первичных форм туберкулеза

1) малоприменим, как дающий высокий процент реактиваций

2) перспективен с момента постановки диагноза

3) является альтернативой длительной химиотерапии

4) рационален под защитой преднизолона

63. Перкуторные, аускультативные и клинические признаки расширения средостения патогномоничны для

1) очагового туберкулеза

2) туберкулезного бронхоаденита

3) туберкулемы

4) ранней туберкулезной интоксикации

64. Даже своевременно выявленный и эффективно леченный первичный туберкулезный комплекс заканчивается

1) выраженной деструкцией железистого и легочного компонента

2) выраженными кальцинатами в железистом и легочном компонентах

3) полным исчезновением железистого и легочного компонентов

4) переходом в цирротический туберкулез легких

65. Первичные формы туберкулеза чаще всего встречаются

1) у людей пожилого возраста

2) у людей, работающих в контакте с промышленной пылью

3) у лиц юного и молодого возраста

4) у людей, принимающих кордарон

66. Самой ранней формой первичного туберкулеза является

1) первичный туберкулезный комплекс

2) туберкулезная интоксикация детей и подростков

3) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

4) туберкулезный менингоэнцефалит

67. Легочный компонент, железистый компонент и лимфатическая "дорожка" типичны для

1) туберкулемы

2) туберкулезного бронхоаденита

3) очагового туберкулеза легких

4) первичного туберкулезного комплекса

68. Первичный туберкулез возникает при заражении микобактериями туберкулеза

1) ранее неинфицированных людей

2) людей, прошедших ревакцинацию БЦЖ в течение года

3) людей, ранее переболевших туберкулезом

4) людей из 5 группы диспансерного учета

69. Исходом первичного туберкулезного комплекса считаются кальцинированные очаги в легких, которые называются

1) очагами Симона

2) кавернами

3) очагами Гона

4) мицетомами

70. Осложнением туберкулезного бронхоаденита может быть

1) туберкулезная интоксикация

2) железисто-бронхиальная фистула и обтурация бронха

3) системная артериальная гипертензия

4) 1 стадия саркоидоза

71. По клиническому течению и морфологическим особенностям туберкулез внутригрудных лимфатических узлов подразделяют на две формы:

1) менингеальную и легочную

2) острую и подострую

3) инфильтративную и туморозную

4) серозную и гнойную

72. При дифференциальной диагностике туберкулезного бронхоаденита следует исключить такие заболевания, как

1) саркоидоз и центральный рак легкого

2) гаммартохондрому и липому легкого

3) бронхоэктатическую болезнь и цирроз легкого

4) абсцесс и гангрену легкого

73. Комплексная химиотерапия первичного туберкулеза легких продолжается обычно

1) 3-4 года

2) 1-1,5 года

3) 2-3 месяца

4) 4-6 недель

74. С широким внедрением в практику вакцины БЦЖ в структуре первичного туберкулеза стал преобладать

1) очаговый туберкулез легких

2) диссеминированный туберкулез легких

3) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

4) костно-суставной туберкулез

75. Дети и подростки, инфицированные микобактерией туберкулеза, не привитые БЦЖ по недоношенности и с поствакцинальными осложнениями наблюдаются в диспансере

1) по 2 группе учета

2) по 6 группе учета

3) по 0 группе учета

4) по 4 группе учета

76. Совокупность первичного очага в легком, специфического лимфангоита и поражения внутригрудных лимфатических узлов называется

1) очаговым туберкулезом

2) диссеминированным туберкулезом

3) первичным туберкулезным комплексом

4) фиброзно-кавернозным туберкулезом

77. 0 (нулевая) группа для детей и подростков называется

1) диагностической

2) динамической

3) группой сомнительной активности

4) группой контактов

78. Притупление перкуторного звука ниже 1 позвонка при перкуссии по позвоночнику ребенка называется

1) симптомом Воробьева-Поттенджера

2) симптомом Корани

3) симптомом Кернига

4) симптомом Бехтерева

79. Локальные формы туберкулеза у детей не выявляются там, где

1) где лечение туберкулеза проводят 4 препаратами

2) где хорошо организовано выявление "виражных" детей

3) где матери и дети пребывают в клиниках вместе

4) где много больных фиброзно-кавернозным туберкулезом

80. По мнению ученых Центрального НИИ туберкулеза саркоидоз

1) это разновидность злокачественных процессов в легком

2) это гранулематоз, вызванный ультрамелкими микобактериями

3) это аутоиммунный гранулематозный процесс

4) это генетически детерминированный гранулематоз

81. Наиболее вероятными осложнениями туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов могут быть

1) спленомегалия и анемия

2) идиопатические альвеолиты

3) локальный ателектаз или локальная эмфизема

4) карциноматоз и альвеолярный протеиноз

82. Ревматоидом Понсе принято называть

1) туберкулезное поражение крупных суставов

2) скрыто протекающий ревматизм у больного туберкулезом

3) суставную параспецифическую реакцию при туберкулезе

4) токсико-аллергический артрит, вызванный туберкулостатиками

83. Главным в постановке диагноза туберкулезной интоксикации детей и подростков является

1) тщательное физикальное обследование

2) результат проведенной туберкулинодиагностики

3) развернутое функциональное исследование дыхания

4) радиоизотопное исследование легких

84. Генерализованный мелкоочаговый диссеминированный процесс называют также

1) альвеолярным

2) бронхо-лобулярным

3) ацинарным

4) милиарным

85. Нередким спутником, а иногда и дебютом, диссеминированного туберкулеза является

1) туберкулез гортани

2) туберкулез надпочечника

3) туберкулез печени

4) туберкулез ногтя

86. Уменьшение в объеме обеих верхушек легких, наличие старых и кальцинированных очагов, подтянутость корней кверху характерны для

1) мелкоочагового туберкулеза

2) острого диссеминированного туберкулеза

3) хронического диссеминированного туберкулеза

4) округлого инфильтрата

87. Диссеминированный туберкулез подразделяют на

1) туморозный и инфильтративный

2) ранний и хронический

3) острый, подострый и хронический

4) кавернозный и цирротический

88. Острый диссеминированный туберкулез различается по формам на

1) подострую и хроническую

2) диффузную и локальную

3) очаговую и инфильтративную

4) легочную, тифоидную и менингеальную

89. Для острого диссеминированного (генерализованного) туберкулеза типичным путем диссеминации является

1) гематогенный

2) бронхогенный

3) аэрогенный

4) контактный

90. Острый диссеминированный туберкулез нередко требует дифференциальной диагностики

1) с брюшным тифом и другими инфекциями

2) с хронической туберкулезной интоксикацией

3) с хроническим бронхитом

4) с болезнью Верльгофа

91. Формой диссеминированного туберкулеза, дающей наибольшую летальность, является

1) его тифоидная форма

2) туберкулезный менингоэнцефалит

3) фиброзно-кавернозный туберкулез

4) туберкулезный пиелит

92. Спинномозговая жидкость при туберкулезном менингите

1) прозрачная, вытекает частыми каплями

2) мутная, вытекает частыми каплями

3) геморрагическая, вытекает струйкой

4) прозрачная, спонтанно не вытекает

93. При туберкулезном менингите в спинномозговой жидкости

1) содержание белка нормальное, повышено содержание нитратов

2) повышено содержание белка, понижено - сахара и хлоридов

3) резко снижено содержание белка, хлоридов и сахара

4) повышено содержание белка, хлоридов и сахара

94. При туберкулезном менингите в спинномозговой жидкости

1) преобладают эозинофилы

2) преобладают нейтрофилы

3) преобладают лимфоциты

4) преобладают базофилы

95. Туберкулез, характеризующийся наличием множества туберкулезных очагов в легких и других органах, называется

1) очаговым

2) инфильтративным

3) диссеминированным

4) кавернозным

96. При хроническом диссеминированном туберкулезе легких наиболее существенным функциональным нарушением дыхания является

1) нарушение бронхиальной проходимости

2) снижение диффузионной способности легких

3) снижение легочного объемного кровотока

4) нарушение тканевого дыхания

97. Туберкулиновые пробы при диагностике острого диссеминированного туберкулеза имеют

1) решающее значение, поскольку отражают реактивность организма

2) решающее значение, поскольку они всегда специфичны

3) низкую информативность, поскольку могут быть различными

4) значение только при легочной форме

98. Острое или подострое течение саркоидоза, сходное по клинике с пневмонией, называется

1) синдромом Лефгрена

2) синдромом Иценко-Кушинга

3) синдромом Картагенера

4) синдромом Скеддинга

99. Туберкулез гортани является нередким проявлением такой формы туберкулеза легких, как

1) очаговый

2) туберкулемы

3) диссеминированный

4) туберкулезный бронхоаденит

100. Неказеозный гранулематоз, поражающий лимфатические узлы и ткань легкого, дающий положительную реакцию Квейма и для лечения которого применяются глюкокортикоиды называется

1) цистицеркоз

2) саркоидоз

3) легионеллез

4) актиномикоз

**Вариант 4**

1. Легочный синдром диссеминации при милиарном туберкулезе выявляется на рентгенограмме

1) вместе с клиническим дебютом

2) на 2-3 день после клинических проявлений

3) на 2 месяц после начала клинических проявлений

4) на 7-10 день после начала клинических проявлений

2. К заболеваниям, описываемым как легочные диссеминации, относят

1) пневмонию, центральный рак, туберкулез

2) гистиоцитоз-х, фиброзирующие альвеолиты, гемосидероз

3) периферический рак и мезотелиому плевры

4) болезнь легионеров, лихорадку-ку, инфильтрат Лефлера

3. Ригидность затылочных мышц, позу "легавой собаки", сгибание ног при надавливании на лонное сочленение называют

1) менингеальными знаками

2) симптомами туберкулезной интоксикации

3) синдромом Иценко-Кушинга

4) синдромом Картагенера

4. Негомогенная тень с нечеткими контурами диаметром более одного сантиметра называется

1) очагом

2) каверной

3) диссеминацией

4) инфильтратом

5. Больные очаговым туберкулезом легких чаще выявляются при

1) обращении с жалобами на патологию легких

2) профилактической флюорографии

3) проведении фиброгастроскопии

4) проведении торакоскопии

6. При диагностике и лечении инфильтративного туберкулеза легких следует учитывать, что бацилловыделение наиболее вероятно в фазу

1) инфильтрации

2) распада

3) обсеменения

4) кальцинации

7. Малой формой вторичного туберкулеза легких является

1) цирротический туберкулез

2) очаговый туберкулез

3) спонтанный пневмоторакс

4) эмпиема плевры

8. Туберкулез, развившийся у ранее инфицированного человека, положительно реагирующего на туберкулин, называется

1) первичным

2) ранним

3) вторичным

4) зятяжным

9. При локализации инфильтрата в области междолевой борозды ставится диагноз

1) лобит

2) облаковидный инфильтрат

3) казеозная пневмония

4) перисциссурит

10. Заболеваниями, с которыми проводится дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза легких, принято считать

1) периферический рак, пневмонию, эозинофильный инфильтрат

2) гаммартохондрому, липому, кисту

3) лимфогранулематоз, саркоидоз, гистиоцитоз-х

4) альвеолярный протеиноз, актиномикоз, мезотелиому

11. С точки зрения патоморфологии легочный инфильтрат это

1) пропитывание легочной ткани клетками воспаления

2) участок деструкции легкого

3) необратимая фибротизация легочной паренхимы

4) множественный очаговый казеозный некроз легкого

12. В диагностике очагового туберкулеза легких основное значение имеет

1) бактериологическое исследование

2) рентгенологическое исследование

3) иммунологическое исследование

4) компьютерный скрининг анамнеза

13. Неблагоприятной и злокачественно протекающей формой инфильтративного туберкулеза легких является

1) казеозная пневмония

2) эозинофильная пневмония

3) риккетсиозная пневмония

4) абсцедирующая пневмония

14. Повторное рентгенологическое обследование пациента с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких на фоне лечения целесообразно проводить

1) через 2-3 недели

2) через 1,5-2 месяца

3) через 1-2 года

4) через 2-3 дня

15. Инфильтрат с локализацией в 1, 2 или 6 сегментах наиболее характерен для диагноза

1) инфильтративный туберкулез

2) инфильтрат Леффлера

3) периферический рак легкого

4) очаговый пневмосклероз

16. Отрицательная реакция на туберкулин у больных с казеозной пневмонией является

1) хорошим прогностическим признаком

2) плохим прогностическим признаком

3) свидетельством отсутствия БЦЖ в детстве

4) основанием для смены диагноза

17. История заболевания пациентов с инфильтративным туберкулезом нередко включает в себя эпизод лечения по поводу

1) неспецифической пневмонии

2) внематочной беременности

3) диссеминации неясного генеза

4) сальмонеллеза

18. Одним из основоположников учения об инфильтративном туберкулезе был

1) H.Assman, описавший округлый инфильтрат под ключицей

2) R.Koch, открывший микобактерию туберкулеза

3) Л.А.Тарасевич, внедривший вакцину БЦЖ

4) A.Ghon, описавший обызвествленные очаги в легком

19. Среди впервые выявленных взрослых пациентов наиболее часто встречается

1) очаговый туберкулез

2) диссеминированный туберкулез

3) инфильтративный туберкулез

4) туберкулемы

20. Клиника инфильтративного туберкулеза легких характеризуется обычно

1) вариабельностью от легкого до крайне тяжелого течения

2) полной бессимптомностью и быстрой спонтанной ремиссией

3) коагулопатией потребления, ДВС-синдромом

4) боковым амиотрофическим склерозом

21. Клинические проявления инфильтративного туберкулеза легких

1) зависят от распространенности и выраженности инфильтрации

2) характеризуются бессимптомностью и стертостью

3) характеризуются постоянством интоксикации и температуры

4) зависят от места проживания пациента и состава семьи

22. Форма инфильтративного туберкулеза, ведущая к формированию гигантских каверн, называется

1) милиарным туберкулезом

2) бронхо-лобулярным инфильтратом

3) казеозной пневмонией

4) сегментитом

23. При детализации диагноза инфильтративного туберкулеза легких могут быть установлены следующие фазы процесса:

1) инфильтрации, распада, рубцевания

2) распада, обсеменения, рассасывания, рубцевания

3) инфильтрации, обсеменения, рассасывания, рубцевания

4) инфильтрации, рассасывания, рубцевания, обызвествлени

24. Условными границами подразделения туберкулем на мелкие, средние и крупные являются

1) 5, 10-11 и более 15 см

2) 2, 2-4 и более 4 см

3) 1, 2-5 и более 5 см

4) 3, 4-7 и более 7 см

25. Характер распада туберкулем чаще бывает

1) центральным и единичным

2) чаще всего рентгенонегативным

3) краевым и множественным

4) стремительным, с формированием множества полостей

26. Одним из методов лечения туберкулемы является

1) метод предельных концентраций

2) резекция легкого

3) наложение искусственного пневмоторакса

4) дренирование плевральной полости

27. При химиотерапии туберкулемы предпочтение отдается препаратам

1) третьей группы

2) второй группы

3) проникающего действия

4) широкого спектра действия

28. Различная структура казеоза позволяет подразделять туберкулемы на

1) ранние и хронические

2) специфические и неспецифические

3) конгломератные и множественные

4) гомогенные и слоистые

29. При дифференциальной диагностике туберкулем необходимо учитывать такие диагнозы, как

1) пневмония, карциноматоз, гистиоцитоз-х

2) гамартохондорома, липома, периферический рак

3) абсцесс легкого, эмпиема плевры, плеврит

4) мезотелиома плевры, релаксация купола диафрагмы, плеврит

30. Рентгенологически туберкулемы различают на

1) солитарные, конгломератные и множественные

2) первичные и вторичные

3) легочные, тифоидные и менингеальные

4) специфические и неспецифические

31. Среди других форм туберкулеза легких наибольшей стабильностью и бессимптомностью отличется

1) милиарный туберкулез

2) туберкулема

3) фиброзно-кавернозный туберкулез

4) эмпиема

32. Активная позиция врача, настаивающего на лечении туберкулемы, протекающей бессимптомно, основана на

1) постоянном бацилловыделении пациента

2) высоком риске активации процесса

3) уголовной ответственности за уклонение от лечения

4) абсолютных показаниях к хирургическому вмешательству

33. Больные с крупными туберкулемами (более 4 см) находятся под многолетним наблюдением фтизиатра по

1) 2 группе диспансерного учета

2) 1 группе диспансерного учета

3) 7 группе диспансерного учета

4) 0 группе диспансерного учета}

34. У большинства больных со стабильными туберкулемами состояние гемограммы

1) соответствует норме

2) характеризуется лейкоцитозом с моноцитозом

3) характеризуется лейкопенией с относительной эозинофилией

4) характеризуется лейкопенией с относительным моноцитозом

35. При лечении туберкулем используют метод стимуляции процесса, позволяющий избежать операции, который состоит в

1) назначении тимолина, декариса, диуцифона и др

2) назначении гамма-глобулинов

3) назначении туберкулина, пирогенала, ультразвук-терапии и др

4) назначении интерферона

36. Казеозный фокус диаметром более 1 см, ограниченный фиброзной капсулой, с хроническим, торпидным течением называется

1) каверной

2) инфильтратом

3) туберкулемой

4) очагом

37. Активная позиция торакальных хирургов в отношении оперативного лечения туберкулем основана на

1) необходимости выполнить план операций

2) абсолютных показаниях к хирургическому вмешательству

3) онкологической настороженности

4) отсутствии эффективных консервативных методов

38. Формирование туберкулем наблюдается у лиц с

1) с высокой вероятностью ВИЧ-инфицирования

2) с длительным приемом цитостатиков в анамнезе

3) с высокой естественной сопротивляемостью и иммунитетом

4) с невысокой сопротивляемостью и отсутствием иммунитета

39. Рентгенологически туберкулемы подразделяют на

1) острые и хронические

2) ранние и поздние

3) локальные и диффузные

4) гомогенные и слоистые

40. При отсутствии бактериовыделения и гиперергии на туберкулин уточнить этиологию фокуса в легких позволяет

1) длительная туберкулостатическая терапия

2) иммуноферментный анализ на ВИЧ

3) цитологическое и гистологическое исследование

4) диспансерное наблюдение

41. Туберкулема дает выраженное укорочение перкуторного звука, если

1) она находится в фазе множественного распада

2) она расположена близко к корню легкого не не превышает 2 см

3) она расположена субплеврально и ее диаметр боее 4 см

4) она имеет слоистый характер и ее диаметр более 4 см

42. Течение туберкулемы сопровождается бацилловыделением только

1) в фазу обострения и распада

2) в стабильную фазу

3) если она имеет конгломератную форму

4) при субкортикальной локализации

43. При бактериологическом исследовании операционного материала удаленной стабильной туберкулемы часто обнаруживают

1) микобактерии африканского типа

2) L-формы микобактерий туберкулеза

3) скотохромогенные микообактерии

4) синегнойную палочку

44. Легочный туберкулез, характеризующийся наличием изолированного полостного образования, называется

1) фиброзно-кавернозным

2) инфильтративным

3) туберкулемой

4) кавернозным

45. Наиболее опасной в эпидемиологическом отношении формой туберкулеза легких является

1) инфильтративный туберкулез

2) фиброзно-кавернозный туберкулез

3) цирротический туберкулез

4) кавернозный туберкулез

46. Большинство умерших пациентов, причиной смерти которых был туберкулез легких, имели

1) диссеминированный туберкулез

2) фиброзно-кавернозный туберкулез

3) очаговый туберкулез

4) инфильтративный туберкулез

47. Какую из форм туберкулеза органов дыхания вы можете заподозрить уже при внешнем осмотре пациента?

1) подострый диссеминированный туберкулез

2) бронхо-лобулярный инфильтрат

3) цирротический туберкулез

4) округлый инфильтрат

48. Качеством выявления туберкулеза и показателем, характеризующим резервуар туберкулезной инфекции на анализируемой территории, может служить частота выявления больных

1) с цирротическим туберкулезом легких

2) с миллиарным туберкулезом

3) с эмпиемой плевры

4) с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких

49. Сформированная каверна имеет трехслойную стенку, которую составляют (изнутри кнаружи):

1) казеозные массы, соединительная ткань, клетки воспаления

2) тканевой детрит, фиброзная капсула, грануляционная ткань

3) слой лимфоцитов, слой макрофагов, эндотелий

4) казеозные массы, грануляционная ткань, соединительная ткань

50. Форма туберкулеза, являющаяся результатом развития грубого, деформирующего склероза в легких и плевре, называется

1) туберкулезный плеврит

2) туберкулема

3) цирротический туберкулез

4) синдром Хаммена-Рича

51. Наряду с наличием полиморфных каверн и фиброзных изменений, важным рентгенологическим признаком фиброзно-кавернозного туберкулеза является

1) наличие плевральных спаек

2) уменьшение легкого в объеме и смещение тени средостения

3) выбухание и уплотнение дуги аорты

4) серповидное просветление над тенью печени

52. При наличии свежей тонкостенной полости химиотерапию целесообразно дополнить

1) введением вакцины БЦЖ

2) наложением пневмоперитонеума

3) эндолюмбальным введением изониазида

4) проведением 7-реберной торакопластики

53. Цирротически измененный участок легкого с точки зрения патоморфолога представляет собой

1) безвоздушную соединительную ткань,эмфизему,фиброзные тяжи

2) интактную легочную ткань, окруженную фиброзной капсулой

3) участок казеозва, окруженный соединительнотканной капсулой

4) перерожденную лимфатическую ткань

54. Фиброзно-кавернозный и цирротический туберкулез легких нередко приводят к таким осложнениям, как

1) амилоидоз внутренних органов, легочная недостаточность

2) формирование гистиоцитоза-х

3) формирование синдрома Пиквика и дыхательной недостаточности

4) синдром голубых склер

55. При дифференциальной диагностике кавернозного туберкулеза целесообразна дифференциальная диагностика с

1) с хроническим бронхитом

2) с абсцессом легкого

3) с бронхиальной астмой

4) с гамартохондромой

56. Хронический деструктивный процесс с наличием выраженного фиброза в капсуле каверны и в окружающей легочной ткани, нередко с бронхогенным обсеменением называется

1) кавернозным

2) инфильтративным

3) фиброзно-кавернозным

4) эмпиемой

57. Введение в клиническую классификацию кавернозной формы туберкулеза стало актуальным

1) в связи с внедрением в практику туберкулина линниковой

2) в связи с разделением туберкулеза на первичный и вторичный

3) в с-зи с внедрением в пр-ку туберкулостатиков и резекц.хир-и

4) в связи с широким использованием лечебного пневмоторакса

58. Абациллированная, но не закрывшаяся, хорошо сформированная полость требует дальнейшего лечения, вплоть до хирургического, поскольку представляет опасность

1) развития аспергиллеза в полости и легочного кровотечения

2) формирования конгломератной туберкулемы

3) развития фиброзно-очагового туберкулеза

4) формирования первичного туберкулезного комплекса

59. При подборе химиотерапии больному кавернозным туберкулезом необходимо учитывать, что

1) больной положительно реагирует на туберкулин

2) больной имеет право на больничный лист

3) больной скорее всего получал ранее туберкулостатики

4) первый туберкулостатик был применен в 1944 году

60. На рентгенограмме каверна описывается как

1) фокус

2) кольцевидная тень

3) группа очагов

4) линейная тень

61. Течение фиброзно-кавернозного туберкулеза легких характеризуется чаще всего

1) волнообразным или прогрессирующим течением

2) длительным стабильным состоянием больного

3) неуклонным улучшением состояния больного

4) бессимптомно

62. При определении тактики лечения больного кавернозным туберкулезом необходимо решить, возможно ли применить

1) хирургические методы

2) первичную химиопрофилактику

3) вакцинацию БЦЖ

4) вакцинацию БЦЖ-М

63. Возрастная структура пациентов с туберкулезным плевритом имеет своей особенностью

1) преобладание лиц пенсионного возраста

2) отсутствие каких-либо преобладаний

3) преобладание мужчин старше 40 лет

4) преобладание детей и молодых людей

64. Частота туберкулезного плеврита среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания составляет

1) 50-55%

2) 1-2%

3) 22-25%

4) 3-6%

65. Прозрачный, светло-желтого цвета, с нитями фибрина экссудат называют

1) геморрагическим

2) серозным

3) гнилостным

4) гнойно-геморрагическим

66. Гиперсенсибилизация плевры в результате проникновения в нее продуктов распада микобактерий туберкулеза приводит к формированию

1) аллергического плеврита

2) эмпиемы плевры

3) спонтанного пневмоторакса

4) мезотелиомы плевры

67. При исследовании функции внешнего дыхания чаще других синдромов при плевритах встречается

1) рестриктивный, ограничительный

2) обструктивный, отечно-воспалительный

3) смешанный, с преобладанием спастического

4) обструкция дистальных бронхов

68. Если туберкулезный плевральный выпот большой, не рассасывается, поддерживает интоксикацию и одышку, то химиотерапию дополняют назначением

1) преднизолона

2) этазола

3) продигиозана

4) вакцины БЦЖ-М

69. При плевритах шум трения плевры наиболее четко выслушивается

1) при серозном характере экссудата и быстрой экссудации

2) при отложении фибрина и при рассасывании экссудата

3) при преобладании лимфоцитов в экссудате

4) при повышении концентрации глюкозы в экссудате

70. По патогенезу поражения плевры при туберкулезе выделяют

1) плеврит аллергический, перифокальный и туберкулез плевры

2) плеврит инфильтративный и фиброзный

3) плеврит травматический и идиопатический

4) плеврит трансторакальный,перифокальный и перикостальный

71. При свободном плевральном выпоте наблюдается смещение органов средостения

1) в сторону тени выпота

2) кверху от тени выпота

3) в противоположную от тени выпота сторону

4) книзу от тени выпота

72. Боли в груди, связанные с актом дыхания, сухой кашель, субфебрилитет, рестриктивные нарушения вентиляции легких позволяют предположить у больного наличие

1) инфильтрата в фазе распада

2) плеврита

3) перикардита

4) бронхиальной астмы

73. Рентгенологическая тень в легком, имеющая форму ленты, выпуклой линзы, треугольника позволяет заподозрить

1) округлый инфильтрат

2) междолевой плеврит

3) очаговый туберкулез

4) конгломератную туберкулему

74. При стабилизации туберкулезного плеврита в экссудате преобладают

1) нейтрофилы

2) лимфоциты

3) базофилы

4) моноциты

75. Важнейшим методом диагностики и лечения плевритов является

1) ирригоскопия

2) метод предельных концентраций

3) плевральная пункция

4) ангиопульмонография

76. При плеврите верхняя граница выпота принимает горизонтальное расположение если

1) объем выпота более 1000 мл

2) объем выпота более 2000 мл

3) выпот имеет серозный характер

4) в плевральную полость проникает воздух

77. В структуре смертности от туберкулеза плеврит составляет

1) 1-2% (эмпиема плевры)

2) 40-50% (экссудативный плеврит)

3) 25-30% (костальный осумкованный плеврит)

4) 40-45% (аллергический плеврит)

78. Гематогенное распространение микобактерий в плевру с образованием на ее поверхности бугорковых высыпаний и экссудата в плевральной полости принято называть

1) эмпиемой плевры

2) туберкулезом плевры

3) плевральными спайками

4) аллергическим плевритом

79. Для уточнения размеров и конфигурации осумкованных полостей может быть использована

1) спирография

2) кимография

3) плеврография

4) сонмография

80. Притупление перкуторного звука над грудной клеткой с верхней границей параболической формы, наблюдаемое при плевритах, называется

1) сидромом Хаммена-Рича

2) симптомом "плакучей ивы"

3) синдромом Картагенера

4) линией Эллиса-Демуазо-Соколова

81. Туберкулез плевры, сопровождающийся накоплением гнойного экссудата, называется

1) эмпиемой

2) гемотораксом

3) фистулой

4) мезотелиомой

82. Воспаление плевральных листков, сопровождающееся экссудацией в плевральную полость называется

1) транссудатом

2) плевритом

3) бронхоаденитом

4) пневмотораксом

83. Роль профузных легочных кровотечений в структуре причин смерти больных туберкулезом легких за последние 10 лет

1) многократно менялась

2) возросла

3) снизилась

4) не изучалась

84. Дополнительным методом топической диагностики легочного кровотечения является

1) вентиляционное сканирование легких

2) бронхоскопия

3) транссептальная пункция

4) бронхо-спирометрия

85. Депонирование крови при лечении легочного кровотечения обеспечивается с помощью

1) наложения венозных жгутов и инъекции атропина

2) наложения артериальных жгутов и инъекции викасола

3) наложения искусственного пневмоторакса

4) наложения пневмоперитонеума

86. Применение эпсилон-аминокапроновой кислоты при легочном кровотечении основано на ее действии в качестве

1) ингибитора фибринолиза

2) стимулятора фибринолиза

3) ингибитора тромбообразования

4) антагониста гепарина

87. Профузным называется легочное кровотечение при количестве выделенной крови

1) более 100 мл

2) более 200 мл

3) более 500 мл

4) более 50 мл

88. Для активации свертывания крови при легочном кровотечении издавна применяются внутривенные инъекции 10% раствора

1) сульфата магния

2) хлористого кальция

3) хлористого калия

4) тиосульфата натрия

89. Наиболее часто профузные, опасные для жизни легочные кровотечения отмечаются при

1) туберкулезном плеврите

2) инфильтративном туберкулезе

3) фиброзно-кавернозном туберкулезе

4) очаговом туберкулезе

90. Одной из манипуляций в комплексных мероприятиях по остановке легочного кровотечения является

1) плевральная пункция с активной аспирацией

2) наложение пневмоперитонеума

3) провоцирующая ингаляция физиологического раствора

4) ультразвук-терапия

91. После остановки легочного кровотечения необходимо оградить больного от осложнений с помощью

1) перевода пациента в реанимационное отделение

2) переливания до 3 л консервированной крови

3) анализа крови и назначения антибиотиков

4) оценки системы свертывания и назначения лидазы

92. Если позволяют условия, то важным диагностическим и лечебным мероприятием при легочном кровотечении является

1) торакоскопия

2) фистулография

3) реопульмонография

4) диагностическая бронхоскопия

93. Наличие прожилок крови в мокроте, выделение крови отдельными плевками называется

1) петехиями

2) легочным кровотечением

3) эвтаназией

4) кровохарканьем

94. Особенностью современного патоморфоза легочных кровотечений состоит в том, что их источником чаще стали

1) сосуды бассейна сонной артерии

2) сосуды бассейна бронхиальных артерий

3) сосуды бассейна позвоночных артерий

4) сосуды бассейна пищеводных артерий

95. Одним из методов обследования пациента с легочным кровотечением, поступающего в стационар является

1) пневмотахометрия

2) измерение артериального давления

3) определение активности АЛАТ

4) эхокардиография

96. Серьезным осложнением легочного кровотечения является

1) формирование лекарственной устойчивости

2) формирование аспирационных ателектазов и пневмонии

3) формирование поликаверноза

4) формирование клапанного напряженного пневмоторакса

97. Для легочного кровотечения характерно выделение через носоглотку

1) темных сгустков крови, вытекающих монотонно

2) алой пенистой крови во время кашлевых толчков

3) отдельных прожилок крови в слизистой мокроте

4) белесо-розовой студнеобразной мокроты

98. Устройство, состоящее из двух склянок с водой и воздухом, водного манометра, крана, иглы и системы трубок применяется во фтизиатрии для

1) для внутривенных инъекций

2) для проведения коллапсотерапии

3) для исследования функции внешнего дыхания

4) для катетеризации сердца

99. Сочетание спонтанного пневмоторакса с внутриплевральным кровотечением называется

1) торакопластикой

2) гемопневмотораксом

3) гидропневмотораксом

4) пиопневмотораксом

100. Самым информативным методом диагностики всех вариантов спонтанного пневмоторакса является

1) иммунологическое обследование

2) физикальное обследование

3) рентгенологическое обследование

4) лабораторное обследование

**Вариант 5**

1. Для стабильного состояния альвеол особое значение имеет:

 1) уровень давления в плевральной полости

2) система сурфактанта

3) кровоснабжение ткани легкого

4) глубина дыхания

2. Вдох в норме обеспечивают:

1) диафрагма и наружные межреберные мышцы

2) большие грудные мышцы

3) мышцы спины

4) большие и малые грудные мышцы

3. Расспрос и физикальные методы исследования позволяют:

1) заподозрить туберкулез

2) исключить туберкулез

3) верифицировать диагноз туберкулеза

4) исключить возможность сочетания туберкулеза с ВИЧ-инфекцией

4. Более ранним признаком туберкулеза является:

1) одышка

2) кашель с мокротой

3) боль в грудной клетке при дыхании

4) повышение температуры тела до 37-37,4 °с 2-3 раза в неделю

5. Пальпацию грудной клетки проводят для определения:

1) ритма дыхания

2) подвижности нижних краев легких

3) характера дыхания

4) голосового дрожания

6. У больных с начальными проявлениями туберкулеза легких при осмотре обычно отмечают:

1) дистрофические изменения кожи

2) крыловидные лопатки

3) отсутствие каких-либо видимых патологических изменений

4) дефицит массы тела

7. Перкуссию легких проводят для определения:

1) ритма дыхания

2) подвижности нижних краев легких

3) характера дыхания

4) голосового дрожания

8. Аускультацию легких проводят для определения:

1) подвижности нижних краев легких

2) характера дыхания

3) голосового дрожания

4) патологического ритма дыхания

9. Туберкулин содержит:

1) L-формы возбудителя туберкулеза

2) все антигенные компоненты МБТ

3) отдельные антигенные компоненты возбудителя туберкулеза

4) антитела к МБТ

10. Ответная реакция на PPD-S и PPD-L более специфична, поскольку эти препараты не содержат:

1) липидных фракций и нуклеиновых кислот МБТ

2) белка среды

3) полисахаридов МБТ

4) туберкулопротеидов

11. Выявить специфическую аллергию к МБТ позволяет:

1) общий анализ крови

2) рентгенография легких

3) фибробронхоскопия

4) туберкулинодиагностика

12. Внутрикожное введение туберкулина:

1) у неинфицированного МБТ человека может привести к заболеванию туберкулезом

2) у инфицированного МБТ человека вызывает формирование в месте введения папулы

3) у неинфицированного МБТ человека позволяет выявить отрицательную анергию

4) у инфицированного МБТ человека позволяет выявить положительную анергию

13. У инфицированного МБТ человека в месте внутрикожного введения 2 ТЕ обычно формируется:

1) люпома

2) участок депигментации

3) папула

4) участок гиперпигментации

14. Пробу Манту обычно применяют с целью:

1) уточнения локализации туберкулезного поражения

2) проведения массовой туберкулинодиагностики

3) подтверждения наличия деструкции в зоне туберкулезного поражения;

4) подтверждения биологической трансформации МБТ в L-формы

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

1) 7 мм

2) 15 мм

3) 17 мм

4) 21 мм

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

1) 12 мм

2) 15 мм

3) 17 мм

4) 21 мм

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

1) 12 ч

2) 24 ч

3) 72 ч

4) 96 ч

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

1) линейный белесоватый рубчик

2) участок депигментации

3) лимфангит

4) участок гиперпигментации

19. 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:

1) увеличились на 6 мм и более

2) увеличились не менее чем на 10 мм

3) уменьшились на 2-3 мм

4) остались без изменений

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

1) 5 мм

2) 7 мм

3) 11 мм

4) более 12 мм

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

1) везикулы

2) гиперемии

3) лимонной корочки

4) кровоизлияния

22. Отрицательная реакция на туберкулин у больного туберкулезом обусловлена:

1) положительной анергией

2) приемом противотуберкулезных препаратов

3) отрицательной анергией

4) закрытием полостей распада в легких

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

1) Пирке-градуированная

2) Манту с 10 ТЕ

3) Манту с 100 ТЕ

4) Коха

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

1) положительная реакция на пробу Манту в анамнезе

2) кожные проявления экссудативного диатеза

3) большие остаточные изменения после перенесенного туберкулеза

4) туберкулез у других членов семьи

25. Пробу Коха используют с целью:

1) диагностики первичного инфицирования МБТ

2) определения резистентности к туберкулезной инфекции

3) дифференциальной диагностики туберкулеза и других заболеваний

4) выявления положительной анергии к МБТ

26. Снижение чувствительности к туберкулину бывает при развитии:

1) мононуклеоза

2) саркоидоза

3) сахарного диабета

4) тиреотоксикоза

27. Повышение чувствительности к туберкулину бывает при развитии:

1) коклюша

2) хронического тонзиллита

3) злокачественного новообразования

4) краснухи

28. В отличие от пробы Манту тесты, основанные на определении гамма-интерферона в крови:

1) позволяют установить повышенную чувствительность замедленного типа к МБТ

2) не приводят к усилению специфической сенсибилизации у инфицированных МБТ лиц

3) не позволяют исключить устойчивость МБТ к лекарствам

4) не позволяют обнаружить L-формы МБТ

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

1) природы патологического процесса

2) виража чувствительности к туберкулину

3) отрицательной анергии

4) положительной анергии

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

1) Бойля-Мариота

2) Ван-Гизона

3) Вельтмана

4) Циля-Нельсена

31. Биологический вид микобактерий позволяет установить:

1) прямая микроскопия после окраски по Цилю-Нельсону

2) прямая микроскопия после окраски по Шпенглеру

3) прямая микроскопия после флотации

4) культуральное исследование

32. Для исследования чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам необходимо получить чистую культуру микобактерий методом:

1) прямой микроскопии с окраской по Цилю-Нельсону

2) прямой микроскопии с окраской по Шпенглеру

3) люминесцентной микроскопии

4) посева

33. Быстрым способом определения чувствительности МБТ к лекарствам является:

1) люминесцентная микроскопия

2) исследование с использованием биологических микрочипов

3) иммуноферментный анализ

4) тест TB-SPOT

34. Наиболее информативный метод выявления фазы распада при туберкулезе легких:

1) фибробронхоскопия

2) магнитно-резонансная томография (МРТ)

3) томография

4) компьютерная томография (КТ)

35. При туберкулезе органов дыхания из эндоскопических методов чаще используют:

1) фибробронхоскопию

2) медиастиноскопию

3) ларингоскопию

4) риноскопию

36. Классическим местом для удаления жидкости из плевральной полости является:

1) первый-второй межреберный промежуток

2) пятый-шестой межреберный промежуток

3) седьмой-восьмой межреберный промежуток

4) нижний край IX ребра

37. Для получения диагностического материала из стенки долевого бронха обычно проводят биопсию:

1) трансбронхиальную

2) щеточную

3) трансторакальную игловую

4) прескаленную

38. При активном туберкулезе легких в общем анализе крови часто выявляют:

1) анемию и тромбоцитопению

2) олигохромазию и анизоцитоз

3) лейкоцитоз и лимфопению

4) лейкоцитоз и моноцитопению

39. Интегральным показателем для оценки функции внешнего дыхания являются:

1) показатели газового состава и кислотно-щелочного состояния крови

2) результаты общей плетизмографии

3) результаты капилляроскопии

4) показатели остаточного объема легких

40. Правильной формулировкой диагноза является:

1) очаговый туберкулез II сегмента правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ -

2) туберкулез левого легкого в фазе распада, МБТ +

3) пневмония туберкулезной этиологии верхней доли левого легкого в фазе уплотнения, МБТ -

4) единичная туберкулема нижней доли правого легкого, МБТ -

41. Правильной формулировкой диагноза является:

1) кавернозный туберкулез II сегмента правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ -

2) туберкулема с распадом, МБТ +

3) туберкулез левого легкого в фазе распада, МБТ +

4) конгломерат очагов в нижней доли правого легкого, МБТ -

42. Согласно международной клинической классификации болезней выделяют:

1) туберкулез органов дыхания, туберкулез нервной системы, туберкулез других органов и систем, милиарный туберкулез

2) туберкулез органов дыхания, туберкулез костей и суставов, мочеполовой туберкулез, милиарный туберкулез

3) туберкулез легких и лимфатических узлов, туберкулезный плеврит, туберкулезный менингит, туберкулез мочеполовой системы

4) туберкулез легких, первичный туберкулез, вторичный туберкулез, диссеминированный туберкулез, абдоминальный туберкулез

43. Формулировка клинического диагноза туберкулеза отражает:

1) метод выявления туберкулеза и функциональных нарушений в связи с заболеванием туберкулезом

2) давность заболевания и распространенности туберкулезного процесса

3) чувствительность к туберкулину и выраженность туберкулезной интоксикации

4) клиническую форму и фазу туберкулезного процесса

44. В международной классификации болезней словесные формулировки диагнозов преобразованы:

1) в математические формулы

2) в цифровые шифры

3) в буквенно-цифровые коды

4) в условные обозначения

45. Первичный туберкулез - заболевание, которое возникает:

1) в связи с первым проникновением в организм вирулентных МБТ

2) после завершения латентной туберкулезной инфекции и формирования микрокальцинатов

3) в основном у невакцинированных БЦЖ детей первого года жизни

4) в основном у вакцинированных БЦЖ детей первого года жизни

46. Первичный туберкулез отличается от вторичного:

1) наклонностью к прогрессированию

2) вовлечением в патологический процесс лимфатической системы

3) наклонностью к формированию деструкции и бронхогенному распространению МБТ

4) преимущественным поражением верхних отделов легких

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

1) 1- 5%

2) 5-10%

3) 10-15%

4) 20-25%

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

1) отрицательная

2) нормергическая

3) гиперергическая

4) слабоположительная

49. При первичном туберкулезе параспецифические реакции нередко проявляются:

1) лихорадкой

2) конъюнктивитом

3) потливостью

4) психоэмоциональной лабильностью

50. Особенностью туберкулезной интоксикации как формы первичного туберкулеза является:

1) малый объем специфических изменений

2) преобладание в клинической картине симптомов локального поражения

3) частое наличие деструкции в зоне поражения

4) частое развитие отрицательной анергии

51. Туберкулезная интоксикация как клиническая форма туберкулеза обычно проявляется:

1) одышкой и тахикардией

2) постепенно усиливающейся головной болью

3) различными функциональными расстройствами и микрополиаденопатией

4) анорексией и дистрофией

52. Длительность туберкулезной интоксикации как формы первичного туберкулеза редко превышает:

1) 3 мес

2) 6 мес

3) 8 мес

4) 12 мес

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

1) печень и селезенку

2) внутригрудные лимфатические узлы

3) почки

4) внутренние половые органы

54. При длительном течении туберкулезной интоксикации периферические лимфатические узлы:

1) чаще не изменены

2) увеличены, мягкоэластической консистенции, безболезненные, не спаяны с кожей и подкожной клетчаткой

3) мелкие, плотной консистенции, безболезненные

4) увеличены, с признаками периаденита

55. Наиболее частой клинической формой первичного туберкулеза является:

1) первичный туберкулезный комплекс

2) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

3) туберкулезный плеврит

4) милиарный туберкулез

56. Патологию тени корня легкого обычно выявляют у больных:

1) инфильтративным туберкулезом

2) туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов

3) диссеминированным туберкулезом

4) туберкулемой

57. При туберкулезном бронхоадените поражены:

1) трахеобронхиальные лимфатические узлы

2) бронхопульмональные

3) бифуркационные

4) трахеобронхиальные

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

1) сочетания туберкулеза с опухолевым поражением

2) развития лимфогенной каверны

3) значительного увеличения тени корня и достаточно четкой его наружной границы

4) поражения всех групп внутригрудных лимфатических узлов

59. Инфильтративную форму туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов подтверждает обнаружение:

1) туберкулезного поражения стенки бронха

2) нодулобронхиального свища

3) очаговой диссеминации

4) размытой наружной границы тени корня легкого

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

1) 1-2 узла диаметром не более 15 мм

2) 2-3 узла диаметром не более 20 мм

3) не более 2 узлов диаметром не более 30 мм

4) 3-4 узла диаметром не более 15 мм

61. Рентгенологически трудно отличить от пневмонии первую стадию:

1) туморозной формы бронхоаденита

2) первичного туберкулезного комплекса

3) туберкулезной интоксикации

4) инфильтративной формы бронхоаденита

62. Наиболее частая локализация легочного компонента первичного туберкулезного комплекса:

1) хорошо вентилируемые сегменты обоих легких

2) I сегмент правого легкого

3) II сегмент правого легкого

4) I-II сегменты левого легкого

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

1) инфильтрации

2) обсеменения

3) рассасывания

4) обызвествления

64. В исходе неосложненного первичного туберкулезного комплекса формируются:

1) очаг Гона и кальцинаты

2) очаг Ашоффа-Пуля и кальцинаты

3) очаг Гона, очаги Симона и кальцинаты

4) очаги Симона и кальцинаты

65. Неосложненное течение первичного туберкулеза у детей наблюдается:

1) в большинстве случаев

2) в 2/3 случаев

3) в 1/3 случаев

4) в 1/2 случаев

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

1) туберкулезного бронхоаденита

2) туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов паратрахеальной группы

3) первичного туберкулезного комплекса

4) реинфекционного первичного туберкулеза

67. Наиболее опасное для жизни больного осложнение первичного туберкулеза:

1) плеврит

2) нодулобронхиальный свищ

3) лимфогенная и бронхогенная диссеминация

4) менингит

68. Наиболее частое осложнение первичного туберкулеза:

1) легочное кровотечение

2) спонтанный пневмоторакс

3) плеврит

4) амилоидоз

69. Реинфекционному первичному туберкулезу предшествует:

1) клиническое излечение

2) биологическое излечение

3) гиперсенсибилизация организма

4) эндогенная реактивация

70. Наиболее частый вариант излечения первичных очагов:

1) рубцевание

2) обызвествление

3) оссификация

4) инкапсуляция

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

1) 1-2 мес

2) 3-4 мес

3) 10-12 мес

4) не менее 12 мес

72. Хронически текущий первичный туберкулез характеризуется:

1) наличием внелегочных поражений

2) волнообразным и неуклонно прогрессирующим течением

3) преобладанием продуктивной тканевой реакции

4) инапперцептным течением

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

1) 5%

2) 15-25%

3) 30-35%

4) более 35%

74. Диссеминированный туберкулез отличается от неосложненного первичного туберкулеза:

1) преимущественным расположением очагов в верхних отделах легких

2) субплевральной локализацией очагов

3) формированием внелегочных очагов поражения

4) биологическим излечением на фоне лечения

75. Диссеминированный туберкулез отличается от вторичного туберкулеза:

1) преимущественно бронхогенным распространением МБТ

2) субплевральной локализацией очагов

3) преимущественно гематогенным распространением МБТ

4) клиническим излечением на фоне лечения

76. Фактор, исключающий развитие диссеминированного туберкулеза легких:

1) биологическая изменчивость МБТ

2) положительная анергия

3) внелегочная локализация источника диссеминации

4) экзогенная суперинфекция

77. Для развития диссеминированного туберкулеза особое значение имеет:

1) гиперсенсибилизация

2) гиперкетонемия

3) гипертония

4) гипергликемия

78. При гематогенной диссеминации источником МБТ чаще бывает:

1) неравномерно обызвествленный внутригрудной лимфатический узел

2) туберкулема с включениями солей кальция

3) внелегочный осумкованный казеозный очаг

4) фиброзная каверна

79. При диссеминированном туберкулезе основной путь распространения МБТ:

1) гематогенный

2) лимфогенный

3) бронхогенный;

4) контактный

80. При диссеминированном туберкулезе чаще поражаются:

1) почки и мочеточники

2) матка и маточные трубы

3) сетчатка глаза и мягкая мозговая оболочка

4) легкие

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

1) печени

2) селезенки

3) позвоночника

4) мягкой мозговой оболочки

82. При туберкулезе типичный морфологический признак очагов диссеминации:

1) ранняя инкапсуляция

2) интерстициальное расположение

3) выраженная инфильтрация вокруг очагов

4) неоднородность структуры

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

1) контактным путем

2) гематогенным путем

3) лимфогенным путем

4) спутогенным путем

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

1) контактным путем

2) гематогенным путем

3) лимфогенным путем

4) спутогенным путем

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

1) контактным путем

2) лимфогенным путем

3) бронхогенным путем

4) спутогенным путем

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

1) контактным путем

2) лимфогенным путем

3) бронхогенным путем

4) спутогенным путем

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

1) контактным путем

2) лимфогенным путем

3) бронхогенным путем

4) перибронхогенным путем

88. Среди форм диссеминированного туберкулеза наибольшую эпидемическую опасность представляет:

1) легочная

2) подострая

3) менингеальная

4) острая

89. Штампованные каверны # типичный признак:

1) легочной формы милиарного туберкулеза

2) хронической формы диссеминированного туберкулеза

3) подострой формы диссеминированного туберкулеза

4) острого диссеминированного туберкулеза

90. Выделяют следующие формы милиарного туберкулеза:

1) раннюю, позднюю, хронически текущую

2) свежую, подострую, хроническую

3) тифоидную, легочную, менингеальную

4) абортивную, неосложненную, осложненную

91. Больных диссеминированным туберкулезом легких чаще беспокоит:

1) кашель

2) одышка

3) выделение мокроты

4) осиплость голоса

92. У больных милиарным туберкулезом при перкуссии и аускультации чаще выявляют:

1) неизмененный легочный звук, везикулярное дыхание

2) коробочный звук, бронхиальное дыхание

3) тимпанический легочный звук, жесткое дыхание, единичные мелкопузырчатые хрипы

4) укороченный легочный звук в нижних отделах обоих легких, жесткое дыхание, крепитацию

93. У больных милиарным туберкулезом (тифоидная форма) при исследовании бронхиального содержимого обычно отмечают:

1) умеренное количество МБТ

2) единичные МБТ

3) отсутствие МБТ

4) наличие вторичной микробной флоры

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

1) гиперергической

2) нормергической

3) резко положительной

4) сомнительной

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

1) 2-3-й дни

2) 4-7-й дни

3) 10-14-й дни

4) 15-20-й дни

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

1) казеозной пневмонии

2) очагового туберкулеза

3) милиарного туберкулеза

4) хронического диссеминированного туберкулеза

97. 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:

1) казеозной пневмонии

2) очагового туберкулеза

3) подострого диссеминированного туберкулеза

4) хронического диссеминированного туберкулеза

98. 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:

1) подострого диссеминированного туберкулеза

2) хронического диссеминированного туберкулеза

3) очагового туберкулеза

4) цирротического туберкулеза

99. Полиморфизм очагов при хроническом диссеминированном туберкулезе обусловлен:

1) повторными волнами бактериемии

2) непрерывным поступлением МБТ в кровь

3) сочетанием бронхогенного и гематогенного путей распространения МБТ

4) одновременным распространением МБТ по гематогенным, лимфогенным и бронхогенным путям

100. Характерным признаком хронического диссеминированного туберкулеза легких является:

1) тотальное поражение обоих легких очагами

2) подтягивание вверх и деформация корней легких

3) гипертрофия левых отделов сердца

4) гипертрофия правых и левых отделов сердца