

## Программы практик

Основная профессиональная образовательная программа по направлению «Фтизиатрия» предусматривает прохождение обучающимися производственной практикой включающую базовую и вариативную часть.

В соответствии с ФГОС по направлению подготовки «Фтизиатрия» Блок 2 основной профессиональной образовательной программы ординатуры «Практики» является обязательным и представляет собой вид учебных занятий, непосредственно ориентированных на профессионально-практическую подготовку обучающихся. Практики закрепляют знания и умения, приобретаемые обучающимися в результате освоения теоретических курсов, вырабатывают практические навыки и способствуют комплексному формированию общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающихся.

Производственная практики проводятся на клинических базах Университета.

Вариативная часть практики включает в себя практику по получению профессиональных умений и навыков. Производственная практика включает в себя практику по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности.

Все виды практик реализуются на основе договоров, заключенных между Университетом и предприятиями, организациями и учреждениями, в соответствии с которыми организации предоставляют места для прохождения обучающимися практик.

Рабочие программы практик содержат следующие разделы:

1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)
2. Цели и задачи практики.
3. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы
4. Базы практики.
5. Содержание практики.
6. Обязанности руководителя практики от Университета.
7. Обязанности обучающихся на практике.
8. Методические требования к порядку прохождения и формам, содержанию отчета по итогам прохождения практики.
9. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике.
10. Учебная литература и ресурсы сети «Интернет», необходимые для проведения практики
11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.
12. Материально-техническая база, необходимая для проведения практики

## Симуляционный курс

1. **Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)**

Симуляционный цикл для клинических ординаторов относится к вариативной части Блока 2.

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семестр
		1
Сроки проведения практики: 2 недели	108 / 3	108
Вид промежуточной аттестации	Зачет с оценкой	зачет
Общая трудоемкость	часы	108
	зачетные единицы	3

## 2. Цели и задачи практики

**Цель** практики: формирование профессиональной компетенции ординатора.

**Задачи** симуляционного курса:

1. Отработать практические навыки и овладеть методиками дренирования верхних отделов желудочно-кишечного тракта и мочевого пузыря, методикой обследования и клинической диагностики молочных желёз, методикой ухода за колостомированными больными.
2. Отработать практические навыки и овладеть методиками сердечно-лёгочной реанимации и обеспечения проходимости верхних дыхательных путей.
3. Отработать практические навыки и овладеть методикой аускультации сердца и лёгких взрослого, уметь интерпретировать выявленные аускультативные феномены.
4. Овладеть методикой осмотра шейки матки в зеркалах и родовспоможения, уметь выстраивать диагностический алгоритм при заболеваниях шейки матки.
5. Владеть методикой смены повязок и ухода за пролежнями.
6. Овладеть методиками наложения и снятия швов.
7. Отработать навыки отоскопии и офтальмоскопии.
8. Отработать навыки катетеризации центральных и периферических вен.
9. Овладеть методиками плевральной и люмбальной пункции.

## 2. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

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

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

- профилактическая деятельность:
  - ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- диагностическая деятельность:
  - ✓ готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

- лечебная деятельность:
- ✓ готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации (ПК-7).

#### 4. Базы симуляционного курса

Симуляционный курс проводится на базе Центра инновационных образовательных технологий ФГБОУ ВО «ПСПБГМУ им. акад. И.П.Павлова» МЗ РФ (корпус 53, I этаж. Ул.Л.Толстого, д. 19, г. Санкт-Петербург, 197022)

#### 5. Содержание симуляционного курса

№	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов	Формируемые профессиональные компетенции
<i>Первый год обучения (семестр №1)</i>				
11	Дренирование верхних отделов желудочно-кишечного тракта и мочевого пузыря, обследование молочных желёз, уход за колостомированными больными	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-2 ПК-5 ПК-7 УК-1
22	Сердечно-лёгочная реанимация. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-5 ПК-7 УК-1
33	Аускультация сердца и лёгких взрослого	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-2 ПК-5 ПК-7 УК-1
44	Осмотр шейки матки в зеркалах. Родовспоможение.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-2 ПК-5 ПК-7 УК-1

55	Смена повязок. Уход за пролежнями.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-5 ПК-7 УК-1
66	Наложение и снятие швов.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-5 ПК-7 УК-1
77	Отоскопия. Офтальмоскопия.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-2 ПК-5 ПК-7 УК-1
88	Катетеризация центральных и периферических вен.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-5 ПК-7 УК-1
99	Плевральная пункция. Люмбальная пункция.	Центр инновационных образовательных технологий ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	12 часов 0,33 ЗЕ	ПК-5 ПК-7 УК-1

### **План работы:**

1. Освоение алгоритмов выполнения практических навыков под руководством преподавателя.
2. Самостоятельная отработка практических навыков.
3. Изучение литературы по соответствующим разделам и обсуждение неясных вопросов с преподавателем.

### **Учебная работа:**

- ✓ Посещение лекционных занятий для клинических ординаторов.
- ✓ Посещение конференций, семинаров и мастер-классов, организованных кафедрой.
- ✓ Практическая работа ординаторов - важное звено учебного процесса. А отработка практических навыков начинается на симуляционном курсе. Основная задача курса - получение будущими врачами глубоких практических знаний и навыков по специальности в условиях симуляционного центра.

Во время прохождения практики врач-ординатор овладевает умениями:

- Выполнять дренирование полых органов: мочевого пузыря и желудка;
- Выполнять уход за колостомированными больными, осуществлять смену калоприёмника;

- Выполнять осмотр и пальпацию молочных желез с построением дальнейшего диагностического алгоритма;
- Осуществлять аускультацию сердца и лёгких с выявлением имеющихся у пациента аускультативных феноменов;
- Выполнять осмотр шейки матки в зеркалах и выстраивать дальнейшие диагностические алгоритмы;
- Диагностировать и принимать физиологические роды;
- Проводить сердечно-лёгочную реанимацию;
- Осуществлять перевязки и уход за пролежнями на различных стадиях;
- Накладывать и снимать швы;
- Выполнять офтальмо- и отоскопию;
- Катетеризировать центральные и периферические вены;
- Выполнять плевральную и люмбальную пункции.

#### **6. Обязанности преподавателя симуляционного курса:**

- Обучить клинических ординаторов практическим навыкам
- Контролировать процесс освоения навыка и выполнения манипуляции ординарами
- Выполнять оценку степени освоения навыка
- Осуществлять зачёт по окончании симуляционного курса

#### **7. Обязанности обучающихся на практике:**

- Посещение занятий без пропусков и опозданий согласно расписанию курса;
- Выполнение плана обучения, освоение манипуляций под руководством преподавателя и самостоятельное их выполнение
- Соблюдение учебной дисциплины

#### **8. Условия постановки зачёта по симуляционному курсу**

Для постановки зачёта по симуляционному курсу требуется 100% посещение, освоение всех практических навыков курса, правильный ответ на тестовые вопросы по темам занятий.

#### **9. Фонд оценочных средств для постановки зачёта по симуляционному курсу.**

##### **Тесты по теме «Базовая сердечно-лёгочная реанимация»:**

1.1. Абсолютными признаками остановки сердца являются:

- а) отсутствие пульсации на сонных артериях
- б) паралитически расширенные зрачки, не реагирующие на свет
- в) резко выраженный цианоз кожи и видимых слизистых оболочек
- г) отсутствие сознания
- д) отсутствие дыхания

1. верно все

2. верно а,б,в

3. верно а,г,д

4. верно а,б,д

1.2. Какова правильная последовательность действий при проведении первичных

реанимационных мероприятий:

**1. вызвать помощь, нанесение прекардиального удара, обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, искусственное дыхание и закрытый массаж сердца**

2. закрытый массаж сердца, искусственное дыхание.

3. прекардиальный удар, закрытый массаж сердца, искусственное дыхание

4. вызвать помощь, начать искусственное дыхание, наружный массаж сердца

1.3. Каково оптимальное соотношение искусственных вдохов и компрессий грудной клетки при проведении реанимационных мероприятий?

1. 1 : 10

2. 2 : 15

**3. 2 : 30**

4. 1 : 5

5. 1 : 30

1.4. Первой медикаментозной помощью при проведении реанимационных мероприятий является:

**1. введение 1 мг адреналина**

2. введение 10 мг адреналина

3. введение 1 мг атропина

4. инфузия 200 мл 5% р-ра бикарбоната натрия

5. введение 2 мг норадреналина

1.5. При регистрации на ЭКГ фибрилляции желудочков могут быть показаны следующие мероприятия:

а) проведение электрической дефибрилляции

б) продолжение наружного массажа сердца между разрядами дефибриллятора

в) внутрисердечное введение 2 мг адреналина в разведении 1:10

г) внутривенное введение 1 мг атропина

д) внутривенное введение антифибрилляторных средств (кордарона, лидокаина) при неэффективности электрической дефибрилляции

1. верно а,б,г

**2. верно а,б,д**

3. верно а,в,д

4. верно а,б,г,д

1.6. При развитии коллапса в условиях поликлиники показаны следующие мероприятия:

а) уложить пациента в горизонтальное положение с подъемом ног.

б) произвести венепункцию и ввести внутривенно 200-400 мл 0,9% хлорида натрия

в) внутримышечное введение 2,0 мл кордиамина

г) вдыхание паров нашатырного спирта

д) внутривенное или внутримышечное введение 60-90 мг преднизолона.

1. верно все

2. верно а,в,г,

**3. верно а,б,д**

4. верно а,в,г,д.

1.7. Интенсивная терапия при кардиогенном отеке легких включает все перечисленное, кроме:

**1. внутривенного введения дыхательных аналептиков**

2. санации трахеобронхиального дерева, пеногашения

3. кислородотерапии, искусственной вентиляции легких

4. введения мочегонных и глюкокортикоидов
5. введения морфина и венозных дилататоров

1.8 .В отношении пароксизма мерцательной аритмии (фибрилляции предсердий) выберите верные утверждения:

- а) пароксизм может быть спровоцирован внутрисосудистой инъекцией местного анестетика, содержащего адреналин в качестве адьюванта
- б) для купирования эффективны вагусные пробы.
- в) пульс аритмичный с частотой 100-200 уд. в мин, может отмечаться дефицит пульса
- г) для купирования приступа можно использовать анаприлин (обзидан), корвалол (валокордин), панангин
- д) для купирования эффективно внутривенное введения 10 мл 25% раствора сульфата магния

1. верно все
2. верно а,б,в
3. верно в,г,д
- 4. верно а,в,г**

1.9. Основными дифференциально-диагностическими характеристиками стенокардитической боли являются:

- а) давящие боли за грудиной, связанные с физической или эмоциональной нагрузкой
- б) длительность болей обычно составляет 2-4 часа
- в) боли стреляющего характера, связанные с изменением положения тела
- г) боли часто сопровождаются страхом смерти, бледностью кожных покровов, потливостью
- д) боли хорошо купируются приемом внутрь нестероидных противовоспалительных препаратов

- 1. верно а,г,**
2. верно все
3. верно а,б,г
4. верно б,в,д.

1.10. Клиника тяжелой токсической реакции на местные анестетики может включать в себя все, кроме;

1. нарушения сознания
2. урежения дыхания, апноэ
3. тремора, судорог
- 4. тахикардии и артериальной гипертензии**
5. брадикардии

1.11. При лечении тяжелого анафилактического шока показаны следующие лечебные мероприятия:

- а) быстрая внутривенная инфузия жидкости
- б) медленное внутривенное введение 0,5 мг адреналина в 20 мл. 0,9% р-ра хлорида натрия
- в) введение высоких доз глюкокортикоидных гормонов (например 500 мг гидрокортизона)
- г) введение фуросемида для ускорения выведения аллергена
- д) переливание свежезамороженной плазмы

1. верно а,б,в,г
- 2. верно а,б,в**
3. верно а,в,г,д
4. верно б,в,д

1.12. После введения местного анестетика у больного начал развиваться отек Квинке и появилось стридорозное дыхание (отек гортани). Какие неотложные мероприятия показаны, кроме:

1. внутривенное введение высоких доз глюкокортикоидных гормонов
2. ингаляции вазопрессоров для уменьшения отека слизистой оболочки гортани
3. внутривенное введение антигистаминных препаратов
- 4. введение фуросемида для уменьшения отека слизистой оболочки гортани**
5. ранняя интубация трахеи

1.13. У какого из перечисленных местных анестетиков наименьшая токсичность:

1. мепивакаин
2. артикаин
3. бупивакаин
- 4. цитанест**
5. лидокаин

1.14. При обмороке показаны все мероприятия, кроме:

1. уложить больного в горизонтальное положение
2. обеспечить проходимость верхних дыхательных путей
3. измерить частоту пульса и уровень артериального давления
- 4. ввести подкожно 1,0 мл 0,1% р-ра адреналина**
5. применить кратковременное вдыхание паров нашатырного спирта

1.15. Что следует сделать немедленно при остановке сердечной деятельности из перечисленного?

1. записать ЭКГ
- 2. начать непрямой массаж сердца и искусственное дыхание**
3. внутрисердечно ввести адреналин 1 мл 0,1% р-ра
4. выполнить интубацию трахеи
5. обеспечить венозный доступ

1.16. Где следует расположить ладони (минимальной площадкой) для проведения эффективного непрямого массажа сердца?

- 1. на границе средней и нижней трети грудины (по срединной линии)**
2. на верхней части грудины
3. на мечевидном отростке
4. в пятом межреберном промежутке слева
5. с обеих сторон грудной клетки

1.17. При проведении электрической дефибрилляции рекомендована последовательность разрядов со следующими значениями энергии:

1. 100 Дж - 150 Дж - 200 Дж
2. Все разряды с энергией 200 Дж
- 3. 200 Дж – 300 Дж – 360 Дж**
4. 200 Дж - 250 Дж – 300 Дж
5. Все разряды с энергией 300 Дж

1.18. Какова оптимальная частота компрессий грудной клетки в минуту при проведении закрытого (непрямого) массажа сердца:

1. 40-60
2. 60
3. 60-80



#### 4. около 100

5. 110-120

1.19. Показаниями для общей ингаляционной анестезии являются:

- а) обширное хирургическое вмешательство
- б) непереносимость местных анестетиков для регионарной анестезии
- в) время операции свыше трех часов
- г) психическое заболевание пациента
- д) страх больного перед другими видами анестезии

**1. верно а,б,в,г**

2. верно а,б,г

3. верно б,г

4. верно б,г,д

1.20. Обязательным компонентом премедикации является:

**1. транквилизатор**

2. наркотический анальгетик

3. холиномиметик

4. ненаркотический анальгетик

5. холинолитик

**Тесты по теме «Аускультация сердца и лёгких»:**

01. Укажите основное место выслушивания аортального клапана

- 1) верхушка сердца
- 2) II межреберье слева у грудины
- 3) II межреберье справа у грудины**
- 4) IV межреберье слева у грудины
- 5) верно 1) и 2)

02. Укажите основное место выслушивания клапанов легочной артерии

- 1) верхушка сердца
- 2) II межреберье справа у грудины
- 3) II межреберье слева у грудины**
- 4) III межреберье слева у грудины
- 5) IV межреберье справа у грудины

03. Укажите основное место выслушивания митрального клапана

- 1) на верхушке сердца**
- 2) II межреберье справа у грудины
- 3) II межреберье слева у грудины
- 4) III межреберье слева у грудины (точка Боткина-Эрба)
- 5) IV межреберье справа у грудины

04. Укажите истинную проекцию клапанов легочной артерии

- 1) Слева за хрящом III ребра**
- 2) в области грудины на уровне III ребра
- 3) место прикрепления IV ребра к грудины слева
- 4) в области грудины на середине расстояния линии, соединяющей III ребро слева и V ребро справа

05. Укажите истинную проекцию аортального клапана

- 1) в области грудины слева на уровне III ребра**

- 2) III межреберье слева у грудины
- 3) III межреберье справа у грудины
- 4) II межреберье справа у грудины
- 5) II межреберье слева у грудины

06. Укажите основное место оценки трикуспидального клапана

- 1) верхушка сердца
- 2) точка Боткина-Эрба (III межреберье слева у грудины)
- 3) II межреберье справа у грудины
- 4) II межреберье слева у грудины
- 5) **IV межреберье справа у грудины**

07. О чем свидетельствует акцент второго тона на легочной артерии?

- 1) повышение давления в малом круге кровообращения
- 2) повышение давления в большом круге кровообращения
- 3) уплотнение створок аортального клапана
- 4) уплотнение створок клапанов легочной артерии
- 5) **верно 1) и 4)**

08. Какие из перечисленных ниже компонентов могут участвовать в механизме образования II тона?

- 1) открытие клапанов аорты и легочной артерии
- 2) **закрытие клапанов аорты и легочной артерии**
- 3) колебание стенок аорты и легочной артерии в период изгнания крови
- 4) верно 1) и 3)
- 5) верно 2) и 3)

09. Какие из перечисленных ниже компонентов могут участвовать в механизме образования I тона?

- 1) конец систолы предсердий
- 2) смыкание створок митрального клапана
- 3) верно 1) и 2)
- 4) смыкание створок трехстворчатого клапана
- 5) **верно 1), 2) и 4)**

10. Звуковые явления с клапанов аорты могут выслушиваться

- 1) во II межреберье справа у края грудины
- 2) во II межреберье слева у края грудины
- 3) в III межреберье слева у края грудины (точка Боткина)
- 4) в IV межреберье справа у края грудины
- 5) **верно 1) и 3)**

11. Над полостью вскрывшегося абсцесса аускультативно определяется

1. ослабленное везикулярное дыхание
2. **амфорическое дыхание**
3. жесткое дыхание
4. стенотическое дыхание
5. отсутствие дыхательных шумов

12. При первой стадии крупозной пневмонии аускультативно определяется дыхание

**1. ослабленное везикулярное**

2. саккадированное
3. жесткое
4. стенотическое
5. бронхиальное

13. Для эмфиземы лёгких характерно

**1. ослабленное везикулярное дыхание**

2. амфорическое дыхание
3. жесткое дыхание
4. бронхиальное дыхание
5. отсутствие дыхательных шумов

14. Звук разлипания альвеол на высоте вдоха ЭТО

1. мелкопузырчатые влажные хрипы
2. шум трения плевры
- 3. крепитация**
4. сухие хрипы
5. бронхофония

15. В норме бронхиальное дыхание выслушивается над

1. верхушками легких
2. нижними отделами легких
3. спереди над рукояткой грудины
4. сзади на уровне VII-VIII грудных позвонков
- 5. сзади на уровне III-IV грудных позвонков**

16. Сухие хрипы в легких образуются при

1. скоплении экссудата в альвеолах
2. отложении фибрина на поверхности листков плевры
3. наличии полости в ткани легкого
- 4. сужении просвета бронхов**
5. скоплении воздуха в плевральной полости

17. Основным механизмом везикулярного дыхания является

1. трение листков плевры при дыхании
2. завихрения воздуха при прохождении через бронхи
3. наличие вязкой мокроты в трахее и крупных бронхах
- 4. колебание стенки альвеол при их расправлении и спадении**
5. завихрение потока воздуха при прохождении через голосовую щель

18. Основной механизм образования жесткого дыхания

1. снижение эластичности легочной ткани
2. проведение на поверхность грудной клетки ларинго-трахеального дыхания (с изменением его тембра) при уплотнении легкого или наличии в нем полости, соединенной с бронхом
- 3. сужение бронхов (спазм, вязкая мокрота)**
4. наличие небольшого очага уплотнения легочной ткани
5. повышение эластичности легочной ткани

19. Появление влажных крупнопузырчатых хрипов обусловлено прохождением воздуха через

1. вязкую мокроту в крупных бронхах
2. вязкую мокроту в мелких бронхах и/или их спазм
- 3. жидкую мокроту в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом**
4. жидкую мокроту в мелких бронхах при сохраненной воздушности окружающей легочной ткани
5. жидкую мокроту в мелких бронхах и воспалительных уплотнениях легочной ткани

20. Шум трения плевры связан с

1. наличием в альвеолах (пристеночно) небольшого количества экссудата или трансудата
- 2. воспалением листков плевры («сухой» плеврит)**
3. заполнением альвеол экссудатом или трансудатом
4. вязкой мокротой в крупных бронхах
5. вязкой мокротой в мелких бронхах и/или их спазм

**Тесты по теме: «Катетеризация мочевого пузыря»:**

**Выбрать один правильный ответ**

1. **Количество мочи, выделенное за определённый промежуток времени называется**

- а. водным балансом;
- б. диурезом;
- в. водной нагрузкой;
- г. энурезом.

2. **Наличие скрытых отёков можно определить с помощью**

- а. измерения АД и взвешивания;
- б. взвешивания и определения диуреза;
- в. определения диуреза и контроля анализов мочи;
- г. контроля анализов мочи и измерения АД

2. **Странгурия это -**

- а. учащенное мочеиспускание
- б. суточный диурез более 2 литров
- в. затрудненное мочеиспускание
- г. суточный диурез менее 500 мл.

2. **Олигурия это -**

- а. учащенное мочеиспускание
- б. суточный диурез более 2 литра
- в. затрудненное мочеиспускание
- г. суточный диурез менее 500 мл.

2. **Катетеризация мочевого пузыря это -**

- а. самостоятельная манипуляция;
- б. независимая манипуляция;
- в. взаимозависимая манипуляция;
- г. зависимая манипуляция.

2. **Абсолютным показанием к катетеризации мочевого пузыря является**

- а. недержание мочи;
- б. полная ишурия, связанная с аденомой предстательной железы;
- в. гематурия;
- г. полиурия.

**7. Потенциальная проблема при катетеризации мочевого пузыря, которая может возникнуть при нарушении правил асептики и антисептики**

- а. гематурия;

- б. кровотечение;
- в. уремия;
- г. ощущение препятствия при введении катетера.

8. **Перед введением катетера устье уретры обрабатывают**

- а. раствором 3% перекиси водорода;
- б. 0,02% раствором фурацилина;
- в. стерильным глицерином;
- г. 0,5% раствором перманганата калия.

8. **Перед введением катетера, его внутренний конец обрабатывают**

- а. раствором 3% перекиси водорода;
- б. 0,02% раствором фурацилина;
- в. стерильным глицерином;
- г. 0,5% раствором перманганата калия.

8. **Профилактика инфицирования при проведении катетеризации связана в первую очередь с**

- а. педантичным соблюдением правил асептики и антисептики;
- б. использованием одноразового инструментария;
- в. соблюдением техники проведения манипуляции;
- г. использованием высокоэффективных антисептиков.

**11. Установить соответствие:**

- 1. показания к катетеризации **а.** инфицирование мочевого пузыря;
- 2. противопоказания к катетеризации **б.** выведение мочи при проблеме

**3.** возможные осложнения «острая задержка мочи»;

- в. перед промыванием мочевого пузыря;
- г. новообразования, кровотечения;
- д. травмирование уретры, кровотечения;
- е. механическое препятствие при введении катетера.

**12. Установить соответствие:**

- 1. ишурия **а.** полное прекращение поступления мочи в мочевой пузырь;

- 2. анурия **б.** расстройство мочеиспускания;

- 3. дизурия **в.** задержка мочеиспускания вследствие скопления мочи в мочевом пузыре из-за невозможности самостоятельного мочеиспускания.

**13. Установить последовательность подготовки к катетеризации одноразовым катетером женщины:**

- 1. Пациентку уложить на спину с согнутыми в коленях и разведенными ногами. Под таз пациентки постелить клеенку, под крестец поставить судно.
- 2. Обработать перчатки антисептиком для перчаток.
- 3. Объяснить пациентке цель и ход манипуляции, получить согласие на манипуляцию (если есть контакт с пациентом).
- 4. Вымыть руки гигиеническим уровнем, надеть перчатки.
- 5. Поставить ширму.
- 6. Стерильным пинцетом взять ватный шарик, смочить его раствором антисептика.
- 7. Правой рукой стерильным пинцетом обработать наружное отверстие мочеиспускательного канала одним из антисептических растворов.
- 8. Подмыть пациентку теплой (38°C) кипяченой водой.
- 9. Развести большим и указательным пальцами левой руки большие и малые половые губы.
- 10. Развернуть упаковку со стерильными перчатками.
- 11. Развернуть упаковку с катетером.
- 12. Надеть стерильные перчатки.
- 13. Снять использованные перчатки после туалета половых органов и поместить их в

дезраствор.

14. Смочить внутренний конец катетера стерильным глицерином на расстоянии 5 - 6см поливая на него из ёмкости.

15. Взять катетер внутренний конец как вилку, а наружный поместить между мизинцем и безымянным пальцами.

14. Установить последовательность промывания мочевого пузыря

1. Отсоединить шприц Жанэ от катетера, подставить под наружный конец катетера ёмкость для сбора мочи и собрать промывной раствор.

2. Извлечь катетер, промыть и поместить его в дезраствор.

3. Опорожнить мочевой пузырь при помощи катетеризации (катетер не извлекать).

4. Помощник выливает раствор и ополаскивает ёмкость.

5. Через катетер шприцем Жанэ ввести в мочевой пузырь 150 – 200мл антисептического раствора.

6. Снять перчатки, вымыть руки.

7. Промывание повторить до чистого промывного раствора.

8. Сделать отметку в медицинской карте о выполнении процедуры.

15. **Дописать возможные проблемы при катетеризации:**

Катетеризацию мочевого пузыря следует осуществлять так, чтобы избежать:

- \_\_\_\_\_,
- \_\_\_\_\_,
- \_\_\_\_\_.

16. **Дописать определение:**

Поступление азотистых шлаков в кровь называется \_\_\_\_\_.

#### **Ситуационные задачи**

Тема: «Катетеризация мочевого пузыря»

1. При введении катетера в уретру мужчине медсестра почувствовала препятствие, ей показалось, что осторожно она его сможет преодолеть, но после повторной попытки ввести катетер с применением небольшой силы, из уретры потекла кровь.

Какое правило нарушила медсестра?

Какие осложнения в результате её действий возникли?

Как должна поступить медсестра в этой ситуации?

2. Медсестра проводила катетеризацию в чистых обработанных антисептиком для перчаток перчатках без пинцета.

Правильно ли проводила катетеризацию медсестра?

Если нет, то в чём её ошибка?

Какое основное правило она нарушила?

Какое осложнение может возникнуть в результате её действий?

#### **Ответы к тестовому контролю**

Тема: «Катетеризация мочевого пузыря»

1. б; 6. б; 11. – 1б, в; 2г,е; 3а, д. 16. – уремия.

2. б; 7. в; 12. – 1в, 2а, 3б.

3. в; 8. б; 13. – 3, 5, 1, 4, 2, 8, 6, 9, 7, 13, 10, 11, 12, 15, 14.

4. г; 9. в; 14. – 3, 5, 1, 4, 7, 2, 6, 8.

5. г; 10. а. 15. – инфицирования мочевых путей, травмы мочевых путей, психологические проблемы.

#### **Ответы на задачи**

1. Медсестра нарушила следующее правило: Если во время введения катетера

медсестра почувствует препятствие, катетеризацию следует прекратить и сообщить об этом врачу.

В результате её действий возникли осложнения: травмирование слизистой оболочки уретры и кровотечение.

Медсестра в этой ситуации должна, не извлекая катетера вызвать врача.

2. Нет, не правильно, катетеризацию она должна была проводить в стерильных перчатках или пинцетом.

Она нарушила основное правило – асептики.

Инфицирование мочевого системы.

### **Тесты по теме «Акушерство и гинекология» (часть 1)**

1. Норма прибавки массы беременной за 1 неделю во вторую половину беременности составляет

- а) 250-300 г
- б) 500 г
- в) 700 г
- г) 1000 г

2. К концу беременности женщина прибавляет в массе

- а) 5 кг
- б) 10-12 кг
- в) 20 кг
- г) 30 кг

3. Физиологические изменения гемодинамики во время беременности

- а) снижение объема циркулирующей крови
- б) снижение АД
- в) уменьшение количества эритроцитов и гемоглобина
- г) увеличение объема циркулирующей крови

4. Предположительные признаки беременности

- а) перемены в аппетите
- б) прослушивание сердцебиения плода
- в) изменение обонятельных ощущений
- г) пигментация кожи
- д) движения плода

5. Достоверные признаки беременности

- а) перемены в аппетите
- б) прекращение менструаций
- в) прощупывание частей плода врачом или акушеркой
- г) появление молозива

6. Трубная беременность

- а) возникает вследствие воспалительного процесса в маточной трубе или трубах
- б) прерывается после 12 недель беременности
- в) всегда заканчивается разрывом трубы
- г) всегда осложняется абсолютным бесплодием

7. При субинволюции (плохом сокращении мускулатуры матки) после родов назначают

- а) маммофизин
- б) синестрол
- в) трихопол
- г) викасол

8. Признаки угрожающего разрыва промежности

- а) гиперемия кожи промежности
- б) кровотечение

- в) цианоз или побледнение кожи промежности
  - г) местное повышение температуры
9. Патологическая кровопотеря в родах
- а) 150 мл
  - б) 200 мл
  - в) 250 мл
  - г) более 400 мл
10. Наиболее часто встречающийся ранний признак токсикоза
- а) рвота
  - б) дерматозы
  - в) тетания беременных
  - г) острая желтая атрофия печени
11. Симптомы, появление которых характерно для нефропатии беременных
- а) отеки, гипертония, протеинурия
  - б) судороги
  - в) анемия
  - г) боли в подложечной области
12. При водянке беременных назначают диету с ограничением в первую очередь
- а) соли и жидкости
  - б) продуктов, богатых жирами
  - в) продуктов, богатых углеводами
  - г) продуктов, содержащих большое количество клетчатки
13. При уходе за беременными с ранним токсикозом чрезвычайно важным является
- а) наличие в палате других беременных с подобным заболеванием
  - б) кормление беременных не чаще трех раз в день
  - в) назначение препаратов per os
  - г) отсутствие в палате других беременных с подобным заболеванием
14. Обильные пенистые выделения желтого или зеленоватого цвета характерны для
- а) гонореи
  - б) трихомониаза
  - в) эрозии шейки матки
  - г) злокачественных заболеваний
15. Выскабливание полости матки проводится
- а) акушеркой
  - б) без обезболивания
  - в) только после влагалищного исследования
  - г) только по жизненным показаниям
16. Острая гипоксия плода развивается в результате
- а) тугого обвития пуповины
  - б) несовместимости крови матери и плода
  - в) слабости родовой деятельности
  - г) сердечно-сосудистых заболеваний
17. Приоритетная проблема пациентки, страдающей вульвитом
- а) повышение температуры тела
  - б) зуд, жжение в области наружных половых органов
  - в) обильные бели
  - г) кровотечение из половых органов
18. Первоочередная задача медицинской сестры при лечении вульвита
- а) нанесение анестезиновой мази
  - б) применение примочек с 1% свинцовой водой
  - в) бережная гигиеническая обработка наружных половых органов раствором



перманганата калия 1:1000

г) измерение базальной температуры

19. Препарат, применяемый для специфического лечения трихомонадного кольпита:

а) анальгин

б) но-шпа

в) трихопол

г) тавегил

20. Для постановки диагноза гонореи необходимо

а) выяснить жалобы пациентки

б) тщательно собрать анамнез заболевания

в) выявить наличие гонококков в мазке из уретры или шейки матки

г) определить наличие у пациентки обильных гнойных выделений

21. Спринцевание проводится для воздействия на

а) слизистую оболочку влагалища и влагалищную часть шейки матки

б) слизистую полости матки

в) наружные половые органы

г) канал шейки матки

22. Диспансерный осмотр пациенток, страдающих доброкачественными опухолями женских половых органов проводится

а) 1 раз в год

б) 2 раза в год

в) 3 раза в год

г) 4 раза в год

23. Диагностическое наблюдение беременных со сроком до 20 недель в женской консультации проводится

а) ежемесячно

б) 1 раз в 2 месяца

в) 2 раза в месяц

г) еженедельно

24. Динамическое наблюдение за пациенткой, перенесшей операцию по поводу рака шейки матки, предполагает

а) наблюдение онкогинекологом

б) исследование мочи

в) регулярное измерение АД

г) измерение частоты дыхания

Дополнить утверждение

25. Основные симптомы гинекологических заболеваний – боли, бели, зуд наружных половых органов, нарушение менструального цикла, нарушение функции соседних органов и .....

26. Бели цвета "мясных помоев" характерны для .....

27. Бесплодным считается брак, когда при регулярной половой жизни без применения противозачаточных средств беременность не наступает в течение ..... лет.

28. Вульвит – это воспаление .....

29. Наиболее распространенный путь заражения гонореей – .....

30. Предраковое заболевание шейки матки – .....

31. Для улучшения сокращения матки в послеродовом периоде назначают .....

Установить соответствие

32. *Виды бесплодия и соответствующие им признаки*

1) первичное

а) наличие в организме женщины нарушений,

2) вторичное

исключающих всякую возможность зачатия

3) абсолютное

(отсутствие матки, яичников, атрезия влагалища и

- 4) относительное др.)  
 б) причина бесплодия может быть устранена  
 в) отсутствие беременности с самого начала половой жизни в течение 2-3 лет  
 г) отсутствие беременности в течение 2-3 лет брачной жизни после бывших ранее родов, выкидышей или внематочной беременности
33. *Гинекологический анамнез (функция – вопросы)*
- 1) менструальная функция а) возраст, в котором появилась первая менструация  
 2) сексуальная функция б) промежуток времени, через который установились менструации  
 3) детородная функция в) срок от начала половой жизни до наступления первой беременности  
 г) возраст, в котором началась половая жизнь  
 д) характер менструаций (продолжительность, количество теряемой крови, болезненность)  
 е) количество беременностей  
 ж) количество родов  
 з) течение беременностей, осложнения  
 и) течение родов, осложнения, травматизм  
 к) были ли преждевременные роды, исход?  
 л) сколько живых детей, здоровье детей?  
 м) изменился ли тип менструаций после начала половой жизни, после родов, после абортс?  
 н) не было ли факторов, отрицательно сказавшихся на сексуальной функции (случайная связь, страх, отвращение и др.)?  
 о) наличие полового влечения (либидо)  
 п) наличие полового удовлетворения (оргазма)  
 р) характер менструаций во время настоящего заболевания  
 с) наличие болезненности во время полового акта  
 т) мертворождаемость, ранняя детская смертность  
 у) последняя менструация, ее характер  
 ф) сколько было абортс, их течение, осложнения  
 х) течение послеродовых периодс, осложнения
34. *Классификация опухолей по клиническому течению (вид опухоли – признаки)*
- 1) доброкачественные а) рост быстрый  
 2) злокачественные б) рост медленный  
 в) после удаления опухоли наступает выздоровление  
 г) после удаления первичной опухоли – рецидивы  
 д) рост опухоли ограничен тканью, в которой растет опухоль  
 е) опухоль прорастает в окружающие ткани и разрушает их  
 ж) наличие метастазов  
 з) отсутствие метастазов  
 и) нарушение общего состояния, кахексия  
 к) общее состояние нарушается незначительно
35. *Классификация нарушений менструального цикла (нарушение менструального цикла - характер менструаций)*

- |                 |  |
|-----------------|--|
| 1) аменорея     | а) обильные                                  |
| 2) гипоменорея  | б) длительные, затяжные (более 10-12 дней)   |
| 3) олигоменорея | в) короткие, непродолжительные               |
| 4) опсоменорея  | г) отсутствие менструаций у взрослой женщины |
| 5) гиперменорея | д) слишком частые (через 1,5-2 недели)       |
| 6) полименорея  | е) слишком слабые, скудные                   |
| 7) пройоменорея | ж) слишком редкие (через 6-8 недель)         |
| 8) альгоменорея | з) болезненные                               |

36. *Инструменты, необходимые при различных методах гинекологического обследования (методы – инструментарий)*

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 1) исследование с помощью зеркал                                    | а) ложкообразное зеркало             |
|   | б) зеркала Куско (створчатые)        |
| 2) зондирование полости матки                                       | в) пулевые щипцы или щипцы Мюзо      |
|   | г) расширители Гегара                |
| 3) пункция брюшной полости через задний свод влагалища              | д) кюретки                           |
|   | е) подъемник Отто                    |
| 4) пробное (диагностическое) выскабливание слизистой оболочки матки | ж) толстая длинная инъекционная игла |
|   | з) шприц                             |
|   | и) маточный зонд                     |
|   | к) корнцанг                          |

37. *Методы провокации (искусственное усиление секреции из глубоких очагов заболевания) (методы – проводимые действия)*

- |                    |   |
|--------------------|---|
| 1) физиологический | а) смазывание наружного отверстия мочеиспускательного канала и наружного отверстия канала шейки матки |
| 2) алиментарный    | б) горячие спринцевания   |
| 3) химический      | в) забор мазков в дни менструации   |
| 4) термический     | г) наложение на шейку матки колпачка Кафки (на сутки)   |
|                    | д) употребление острой соленой пищи   |

38. *Классификация гонореи по локализации (уровень поражения – заболевания)*

- |  |                     |
|--|---------------------|
| 1) гонорея нижнего отдела мочеполового аппарата  | а) уретрит          |
|  | б) вульвит          |
| 2) гонорея верхнего отдела мочеполового аппарата | в) эндометрит       |
|  | г) бартолинит       |
|  | д) перитонит        |
|  | е) сальпингит       |
|  | ж) аднексит         |
|  | з) кольпит          |
|  | и) параметрит       |
|  | к) пельвиоперитонит |
|  | л) эндоцервицит     |

39. *Стадии аборта и соответствующие им изменения в матке*

- |                   |  |
|-------------------|--|
| 1) угрожающий     | а) плодное яйцо вышло из полости матки                                       |
| 2) начавшийся     | б) часть плодного яйца вышла, а часть осталась в полости матки               |
| 3) аборт в ходу   | в) плодное яйцо отслоилось от слизистой матки на небольшом участке           |
| 4) неполный аборт | г) отслоившееся плодное яйцо выталкивается из полости матки                  |
| 5) полный аборт   | д) связь плодного яйца со слизистой матки нарушена на незначительном участке |

40. *Токсикозы беременных*

- 1) ранние  
2) поздние  
3) редкие
- а) водянка беременных  
б) острая желтая атрофия печени  
в) нефропатия  
г) рвота беременных  
д) эклампсия  
е) дерматозы беременных  
ж) слюнотечение  
з) преэклампсия  
и) симфизиопатия  
к) тетания беременных  
л) желтуха беременных
41. *Симптомы токсикозов беременных (заболевания и симптомы, им соответствующие)*
- 1) рвота беременных  
2) водянка  
3) нефропатия  
4) преэклампсия  
5) эклампсия
- а) боли в подложечной области  
б) судороги тонические и клонические  
в) повышение АД  
г) рвота  
д) отеки  
е) белок в моче (протеинурия)  
ж) пелена перед глазами, мелькание "мушек"  
з) увеличение массы тела более чем на 300 г в неделю  
и) головная боль  
к) снижение массы тела
42. *Редкие формы токсикозов беременных и симптомы, им соответствующие*
- 1) дерматозы  
2) симфизиопатия и сакроилеопатия  
3) тетания беременных  
4) желтуха беременных  
5) острая желтая атрофия печени
- а) рвота и зуд, вызванные поражением печени  
б) судороги мышц, связанные с нарушением кальциевого обмена  
в) чрезмерная подвижность и расслабление сочленений таза  
г) зуд беременных, прекращающийся после родов  
д) белковое и жировое перерождение печеночных клеток
43. *Противозачаточные средства*
- 1) гормональные  
2) механические  
3) химические  
4) физиологические  
5) хирургические  
6) не рекомендуемые
- а) мужские и женские презервативы  
б) прерванное половое сношение  
в) перевязка маточных труб  
г) растворы кислот (молочной, борной, уксусной)  
д) марвелон  
е) половые сношения за 3-5 дней до и после менструации  
ж) нарколут
44. *Классификация послеродовых инфекционных заболеваний*
- 1) I этап  
2) II этап  
3) III этап  
4) IV этап
- а) послеродовая язва  
б) прогрессирующий тромбофлебит  
в) тромбофлебит  
г) эндометрит  
д) метрит  
е) параметрит  
ж) септицемия  
з) сальпингооофорит  
и) септикопиемия  
к) пельвиоперитонит

л) диффузный разлитой перитонит

Выбрать правильные ответы.

45. Проблемы беременной, возникающие в первые месяцы беременности и перед родами из-за смещения органов малого таза
- а) одышка
  - б) задержка стула
  - в) частые позывы к мочеиспусканию
  - г) повышение температуры тела
46. Потенциальные проблемы пациентки после инфицированного аборта
- а) тошнота, рвота
  - б) кровотечение
  - в) бесплодие
  - г) нарушение менструального цикла
47. Преждевременной считается отслойка плаценты
- а) во время беременности
  - б) во время I периода родов
  - в) во время II периода родов
  - г) после рождения плода
48. Проблемы беременной при возникновении водянки
- а) отеки нижних конечностей
  - б) прибавка массы тела за 1 неделю более 300 г
  - в) повышение температуры
  - г) судороги
49. Проблемы беременной при развитии преэклампсии
- а) боль в подложечной области
  - б) судороги
  - в) пелена перед глазами, мелькание "мушек"
  - г) частое мочеиспускание
50. Сестринский процесс при нефропатии беременных предусматривает
- а) проведение термометрии каждые 3 часа
  - б) ежедневное взвешивание
  - в) регулярное измерение АД
  - г) измерение суточного диуреза
51. Лечение трихомонадного кольпита предусматривает
- а) обязательное лечение обоих половых партнеров
  - б) соблюдение постельного режима
  - в) прекращение половых контактов
  - г) ежедневное взятие мазков из влагалища
52. Приоритетная проблема родильницы в первые дни после родов
- а) задержка стула
  - б) рвота
  - в) затруднение мочеотделения
  - г) ухудшение зрения
53. До снятия швов на промежности из рациона родильницы исключают
- а) молочные продукты
  - б) продукты, богатые клетчаткой
  - в) хлеб
  - г) макароны
54. Сестринские рекомендации родильнице с разрывами на промежности
- а) диета, исключая овощи и фрукты в сыром виде, хлеб
  - б) не сидеть до полного снятия и полного заживления швов
  - в) умеренное употребление жидкости

- г) трехразовое питание
55. Факторы риска поздних токсикозов
- тазовое предлежание плода
  - ожирение
  - аллергия
  - гипертоническая болезнь
56. Предпочтительные продукты питания при нефропатии беременных
- свежие фрукты и овощи
  - сметана, сливки
  - сдоба, макароны
  - нежирное мясо
57. Сестринское наблюдение за беременными, страдающими нефропатией
- мониторинг дыхания
  - контроль уровня АД
  - контроль суточного диуреза
  - все вышеперечисленное
58. Для профилактики послеродового мастита медсестра рекомендует пациентке
- дороговую подготовку молочной железы
  - тщательное сцеживание молока после кормления
  - массирование молочной железы
  - прекращение сцеживания молока
59. Самоконтроль беременных с водянкой предусматривает
- соблюдение режима дня, диеты
  - контроль массы тела
  - контроль дыхания
  - измерение температуры тела
60. Неотложная помощь при эклампсии беременных предполагает
- измерение температуры тела
  - предотвращение прикуса языка
  - предупреждение асфиксии рвотными массами
  - измерение суточного диуреза

**Тесты по теме "Акушерство и гинекология" (часть 2).**

1. Чувствительность и периодичность проведения скрининга (онкоцитограмма) цервикального рака:
- 1) выявляемость заболевания 85-95%
  - 2) выявляемость заболевания 70-85%
  - 3) проведение онкоцитологического исследования спустя 3 года после первого полового контакта, но не позже чем в возрасте 21 года
  - 4) во время профосмотра
  - 5) ежегодно в течение первых двух лет, при отрицательных данных далее каждые 2-3 года
  - 6) после 70 лет при интактной шейке матки и при условии отрицательных цитологических исследований в пределах последних 10 лет

Ответ: 1, 3, 5

2. Чаще выявляется гистологическая структура РШМ:

- 1) плоскоклеточный неороговевающий рак
- 2) аденокарцинома
- 3) плоскоклеточный ороговевающий рак
- 4) плоскоклеточный низкодифференцированный рак
- 5) светлоклеточный рак
- 6) мукоэпидермоидный рак

Ответ: 1, 3

3. Наибольший приоритет заболеваемости раком эндометрия в последние годы отмечают среди женщин в возрасте:

- 1) до 29 лет
- 2) до 40 лет
- 3) от 40 до 49 лет
- 4) от 50 до 59 лет
- 5) старше 59 лет

Ответ:

4. Частота и средний возраст поражения при раке маточной трубы:

- 1) 0,11-1,18 % среди опухолей женских половых органов
- 2) 1,2-1,5 % среди всех опухолей женских половых органов
- 3) 2 %
- 4) 17 – 19 лет
- 5) 45 – 50 лет
- 6) 62,5 лет

Ответ: 1, 6

5. Принципы лечения рака вульвы II-III ст.:

- 1) широкое иссечение опухоли

- 2) широкое иссечение опухоли и односторонняя пахово-бедренная лимфаденэктомия
- 3) радикальная вульвэктомия их трех разрезов
- 4) лучевая терапия
- 5) лекарственная терапия, химиотерапия
- 6) комбинированное лечение

Ответ: 3, 4, 5, 6

6. Клиническая картина рака влагалища III-IV ст. характеризуется:

- 1) кровянистые выделения
- 2) отек нижних конечностей
- 3) гематурия
- 4) лейкорей
- 5) дизурия
- 6) мочеполовые и ректовагинальные свищи

Ответ: 2, 3, 6

7. Частота рака шейки матки в структуре онкогинекологической патологии у женщин, проживающих в РФ:

- 1) I место
- 2) II место
- 3) III место
- 4) 15%
- 5) 20%
- 6) 30%

Ответ: 3, 4

8. Стандартное хирургическое лечение РШМ I B<sub>1</sub> стадии заключается в:

- 1) высокая конусовидная ампутация шейки матки
- 2) расширенная экстирпация матки с придатками
- 3) операция Вертгейма
- 4) высокая конусовидная ампутация шейки матки



5) расширенная экстирпация матки с транспозицией яичников

Ответ: 2, 5

9. Определите последовательность основных этапов развития рака эндометрия:

1) формирование фоновых морфологических изменений (ЖКГЭ, полипы)

2) ановуляция, гиперэстрогенизм

3) преинвазивный рак

4) выраженные формы рака эндометрия

5) рак с минимальной инвазией в миометрий

Ответ: 2, 1, 3, 5, 4

10. Чаще наблюдаются метастазы Крукенберга при раке:

1) при раке шейки матки

2) при раке мочевого пузыря

3) при раке молочной железы

4) при раке толстой кишки

5) при раке желудка

6) при раке желчных протоков

Ответ: 5

11. Показания и объем оперативного лечения трофобластических опухолей:

1) полный пузырный занос

2) кровотечение из первичной или метастатической опухоли, угрожающее жизни больной

3) резистентность первичной опухоли и солитарных метастазов в отсутствие опухоли

4) перфорация стенки матки опухолью

5) ампутация матки с придатками

6) органосохраняющая гистерэктомия с иссечением опухоли в пределах здоровых тканей у молодых женщин

7) резекция пораженного органа в пределах здоровых тканей

8) экстирпация матки с придатками, резекция сальника

Ответ: 2, 3, 4, 6, 7

12. С использованием следующей современной техники возможно выполнение пластики только передней или только задней стенки влагалища, а также

вагинопексия при сохраняемой матке или сочетание с вагинальной гистерэктомией, леваторопластикой:

- 1) сакроспинальная фиксация вагинальным доступом
- 2) лапароскопическая сакрокольпопексия
- 3) сакрокольпопексия при чревосечении
- 4) вагинальная экстраперитонеальная кольпопексия
- 5) передняя и задняя кольпоррафия

Ответ: 4

13. При следующей частоте бесплодного брака наблюдается неблагоприятная демографическая ситуация:

- 1) 8-10%
- 2) 15%
- 3) 18%
- 4) 20%
- 5) 22%

Ответ: 2

14. Следующий скрининг обязательно проводится при женском бесплодии:

- 1) опрос женщин по схеме, рекомендуемой ВОЗ
- 2) физикальное исследование
- 3) инфекционный скрининг
- 4) иммунологический скрининг
- 5) гормональный скрининг
- 6) дополнительное обследование (УЗИ, ГСТ, маммография, КТ, ЯМР и др.)
- 7) эндоскопические методы исследования (ГС, ЛС)

Ответ: 2, 4, 5

15. Следующие причины infertility не наблюдаются при эндометриозе:

- 1) трубное бесплодие (органическое, функциональное)
- 2) перитонеальное бесплодие (СББ)
- 3) ретрофлексия матки
- 4) эндокринное бесплодие (ановуляция, НЛФ)
- 5) угнетение процесса имплантации бластоцисты
- 6) поражение сперматозоидов активированными макрофагами

7) обструктивная азооспермия

Ответ: 3, 7

16. Современные подходы к лечению трубно-перитонеального бесплодия:

- 1) микрохирургическое, ЭКО/ПЭ
- 2) хирургическое
- 3) индукция овуляции
- 4) вспомогательные репродуктивные технологии
- 5) хирургическое + подавление овуляции, вспомогательные репродуктивные технологии

Ответ: 1

17. Абсолютные показания к ЭКО:

- 1) отсутствие маточных труб или непроходимость обеих труб
- 2) консервативно-пластические операции на трубах, если в течение 1-2 лет беременность не наступила
- 3) эндометриоз при отсутствии эффекта от консервативного и хирургического лечения в течение 6-12 мес.
- 4) отсутствие матки
- 5) бесплодие
- 6) иммунологическое бесплодие с высоким титром антиспермальных антител

Ответ: 1

18. Определите последовательность проведения программы ЭКО и ПЭ:

- 1) стимуляция суперовуляции препаратами гонадотропных гормонов
- 2) подавление уровня эндогенных гонадотропинов и десенситизация гипофиза
- 3) забор ооцитов путем пункции яичников через своды влагалища под УЗ-контролем
- 4) гормональная поддержка лютеиновой фазы
- 5) ПЭ на 6-8 клеточной стадии в полость матки
- 6) оплодотворение ооцитов сперматозоидами в специальных средах и содержание их до стадии 6-8 бластомеров

Ответ: 2, 1, 3, 6, 5, 4

19. Следующие пороки развития женских половых органов относят к аномалиям полового развития без нарушения половой дифференцировки:

- 1) преждевременное половое развитие

- 2) дисгенезия гонад
- 3) АГС
- 4) задержка полового созревания
- 5) тестикулярная феминизация
- 6) пороки развития матки и влагалища
- 7) различия интерсексуальные состояния

Ответ: 1, 4

20. Причины патологической дефлорации, сопровождающейся обильным кровотечением:

- 1) гипоплазия матки
- 2) разрыв плевы до её основания
- 3) чрезмерная плотность девственной плевы
- 4) «мясистость» девственной плевы
- 5) чрезмерное физическое воздействие при грубости и насилии
- 6) ранний возраст начала половой жизни

Ответ: 2, 3, 4, 5

21. Следующие ранения и повреждения половых органов относят к «старым»:

- 1) мочеполовые и кишечно-половые свищи
- 2) ожоги
- 3) травмы, нанесенные режущими и колющими предметами и огнестрельным
- 4) свежие повреждения при половом сношении
- 5) свежие повреждения, не зависящие от полового акта
- 6) рубцовые изменения промежности и влагалища

Ответ: 1, 6

22. Цели планирования семьи:

- 1) рождение желанных детей
- 2) снижение распространения ИППП
- 3) снижение частоты незапланированных беременностей и искусственных абортов
- 4) преодоление бесплодия
- 5) снижение МС, ПС

Ответ: 1, 3, 5

23. Следующие методы контрацепции относят к современным:

- 1) ритмический
- 2) гестогенсодержащие ВМК
- 3) прерванное половое сношение
- 4) мужской и женский презервативы, диафрагмы, шеечные колпачки
- 5) спермициды
- 6) гормональные (таблетки, влагалищное кольцо, пластырь, импланты, инъекции)
- 7) женская и мужская стерилизация

Ответ: 2, 6, 7

24. Лечебные эффекты КОК заключаются в:

- 1) снижение риска развития рака эндометрия и яичников, колоректального рака
- 2) регуляция менструального цикла
- 3) снижение риска внематочной беременности
- 4) устранение или уменьшение тяжести дисменореи
- 5) уменьшение менструальной кровопотери
- 6) уменьшение частоты воспалительных заболеваний органов малого таза
- 7) снижение риска развития ЖДА
- 8) уменьшение гиперандрогении
- 9) устранение или уменьшение ПМС
- 10) устранение овуляторных болей
- 11) снятие «страха нежелательной беременности»
- 12) возможность отсрочки очередной менструации

Ответ: 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10

25. Следующие прогестагенсодержащие контрацептивы относят к противозачаточным таблеткам «мини-пили»:

- 1) норплант
- 2) микропор
- 3) норэтистерон-энантат
- 4) фемулен
- 5) эксклютон
- 6) чарозетта
- 7) неогест

- 8) микровал
- 9) микролут
- 10) эскапел
- 11) марвелон

Ответ: 2, 4, 5, 7, 8, 9

26. Двойной «голландский метод» контрацепции, рекомендуемой в подростковом возрасте, заключается в:

- 1) ВМК
- 2) низко- и микродозированные КОК
- 3) влагалищное кольцо (Нова Ринг)
- 4) барьерные методы
- 5) КОК + презерватив
- 6) презерватив + спермицид

Ответ: 5

27. Требования к контрацепции после родов:

- 1) надежность и обратимость
- 2) защитные свойства
- 3) отсутствие влияний на лактацию
- 4) защита от СТЗ
- 5) минимальный риск метаболических нарушений

Ответ: 1, 3

28. Противопоказания для искусственного аборта:

- 1) инфекционные заболевания
- 2) хр. воспалительные заболевания женских половых органов
- 3) острые и подострые воспалительные заболевания женских половых органов
- 4) гипертермия неясной этиологии
- 5) эктопическая беременность любой локализации
- 6) угрожающий самопроизвольный аборт
- 7) киста яичника

Ответ: 1, 3, 4, 5, 6

29. Абсолютные противопоказания для выполнения медикаментозного аборта:

- 1) курение более 10 сигарет в сутки
- 2) подозрение на внематочную беременность
- 3) декомпенсированные экстрагенитальные заболевания
- 4) длительная кортикостероидная терапия
- 5) наличие рубца на матке
- 6) миома матки малых разрезов
- 7) терапия антикоагулянтами
- 8) беременность на фоне внутриматочной контрацепции
- 9) аллергия к препарату
- 10) надпочечниковая, почечная и печеночная недостаточность

Ответ: 2, 3, 4, 7, 9, 10

30. Сочетание следующих симптомов встречается в более чем в половине случаев внематочной беременности:

- 1) тошнота, рвота
- 2) задержка менструации
- 3) использование ВМК
- 4) кровянистые выделения из половых путей
- 5) боли различного характера и интенсивности

Ответ: 2, 4, 5

31. Скрининг внематочной беременности заключается в:

- 1) при задержке менструации, отсутствии или наличии кровянистых выделений из половых путей – определение В-ХГЧ в крови
- 2) выявление женщин группы риска по внематочной беременности
- 3) гинекологическое исследование
- 4) проведение трансвагинального УЗИ
- 5) лапароскопия

Ответ: 1, 4

32. Следующие признаки характерны для прогрессирующей трубной беременности:

- 1) содержание ХГ несколько ниже, чем при маточной беременности аналогичного срока
- 2) содержание ХГ как и при маточной беременности
- 3) увеличение размеров матки соответствует предполагаемому сроку

беременности

4) увеличение размеров матки не соответствуют предполагаемому сроку беременности

5) в области придатков болезненное опухолевидное образование тестоватой консистенции

Ответ: 1, 4, 5

33. При прервавшейся трубной беременности по типу разрыва следует провести операцию:

1) тубэктомия лапароскопическим доступом

2) сальпинготомия

3) тубэктомия лапаротомным доступом

4) рассечение маточного угла при локализации плодного яйца в интерстициальном отделе трубы

5) выдавливание плодного яйца

Ответ: 3, 4

34. Показания для сальпингоэктомии при внематочной беременности:

1) содержание ХГЧ более 15000 МЕ /мл

2) содержание ХГЧ менее 15000 МЕ/мл

3) размер плодного яйца более 5 см

4) размер плодного яйца 3-5 см

5) эктопическая беременность в анамнезе

Ответ: 1, 3, 5

35. Апоплексия яичника по МКБ-10 кодируется:

1) гематома яичника

2) разрыв кисты желтого тела

3) геморрагическая фолликулярная киста яичника

4) кровотечение из яичника

5) геморрагическая киста желтого тела

6) разрыв яичника

Ответ: 3, 5

36. Показания к оперативному лечению при апоплексии яичника:

1) ухудшение общего состояния

2) признаки внутреннего кровотечения



- 3) отсутствие признаков внутреннего кровотечения
- 4) удовлетворительное общее состояние
- 5) нарастание анемии
- 6) жалобы на боль внизу живота

Ответ: 1, 2, 5

37. Тактика при подозрении и перекруте ножки опухоли яичника:

- 1) амбулаторное наблюдение
- 2) госпитализация в гинекологический стационар в экстренном порядке
- 3) немедикаментозные методы лечения
- 4) консервативные медикаментозные методы лечения
- 5) хирургические методы лечения

Ответ: 2, 5

38. Для некроза миоматозного узла характерны клинические симптомы:

- 1) боли внизу живота
- 2) острые боли в животе
- 3) повышение температуры тела
- 4) тошнота, рвота
- 5) напряжение передней брюшной стенки
- 6) нарушение стула и мочеиспускания
- 7) увеличение и болезненность матки
- 8) определение в матке миоматозных узлов, один из которых резко болезнен при пальпации
- 9) при УЗИ выявление зоны некроза узла
- 10) гипотермия
- 11) гиперполименорея
- 12) менометроррагия

Ответ: 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9

39. Частота и причины перфорации матки:

- 1) у 1 % больных, подвергшихся внутриматочным вмешательствам

- 2) у 0,5 % больных, подвергшихся внутриматочным вмешательствам
- 3) у 0,1 – 0,3 % больных, подвергшихся внутриматочным вмешательствам
- 4) самопроизвольный аборт малых сроков
- 5) искусственный аборт
- 6) диагностическое выскабливание
- 7) гистероскопия
- 8) введение ВМК
- 9) удаление ВМК

Ответ: 1, 5, 6, 7, 8

40. Выделите клинико-лабораторные признаки синдрома системной воспалительной реакции:

- 1) температура тела более 38 или менее 36 градусов Цельсия
- 2) субфебрильная температура тела
- 3) гектическая лихорадка
- 4) ЧСС более 90 в минуту
- 5) ЧСС менее 90 в минуту
- 6) ЧД более 20 в минуту или гипервентиляция
- 7) ЧД менее 20 в минуту
- 8) лейкоциты крови более 12000/мл или количество незрелых лейкоцитов более 10 %
- 9) лейкоциты крови менее 4 000/мл
- 10) лейкоциты 4 000 – 6 000/мл

Ответ: 1, 4, 6, 8, 9

41. Гинекологический сепсис при влагалищном источнике вызывают следующие возбудители:

- 1) пептострептококки
- 2) кишечная палочка
- 3) бактероиды (bivus)

- 4) энтерококки
- 5) энтеробактерии
- 6) стрептококки группы В
- 7) бактероиды (fragilis)
- 8) грибы Candida
- 9) гарднереллы (vaginalis)
- 10) микоплазмы (hominis)
- 11) стрептококки группы А
- 12) золотистый стафилококк
- 13) гонококки
- 14) хламидии

Ответ: 1, 3, 6, 9, 10, 12

42. Риск развития гинекологического сепсиса повышается у больных:

- 1) с высоким индексом тяжести общего состояния
- 2) с миомой матки
- 3) при длительном пребывании в РАО (более 21 дней)
- 4) при генитальном эндометриозе
- 5) находившихся на полном парентеральном питании
- 6) получавших глюкокортикоиды
- 7) получавших экстракорпоральную детоксикацию

Ответ: 2, 4, 6, 7, 8

43. Глюкокортикоиды при сепсисе применяют по следующим показаниям в следующей дозировке:

- 1) при септическом шоке в высоких дозах (более 1500 мг/сут.)
- 2) при сопутствующей относительной надпочечниковой недостаточности в дозах 240-300 мг/сут. в течение 5 – 7 дней
- 3) для поддержания эффективной гемодинамики высоких доз вазопрессоров в

дозе 300 мг/сут. на 3 – 6 введений

- 4) в малых дозах эмпирическое назначение
- 5) при рефрактерном септическом шоке в дозе 300 мг/сут.

Ответ: 2, 3, 5

44. Летальность при тяжелом сепсисе и моноорганной дисфункции, а также при поражении четырех и более органов составляет соответственно:

- 1) 10 %
- 2) 20 %
- 3) 30 %
- 4) 40 %
- 5) 50-60 %
- 6) 60-80 %
- 7) 80-100 %

Ответ: 2, 7

45. Следующие патологические состояния в гинекологии могут привести к развитию геморрагического шока:

- 1) внематочная беременность, прогрессирующая форма
- 2) апоплексия яичника, болевая форма
- 3) травмы половых органов
- 4) онкологические заболевания половых органов
- 5) прервавшаяся трубная беременность
- 6) искусственный аборт
- 7) септические процессы, связанные с массивным некрозом тканей и эрозированием сосудов
- 8) апоплексия яичника, геморрагическая форма

Ответ: 3, 4, 5, 7, 8

46. Следующее мероприятие является основным и неотложным по лечению и профилактике прогрессирования геморрагического шока?

- 1) быстрое восстановление ОЦК
- 2) поиск источника кровотечения и его ликвидация
- 3) введение глюкокортикоидов
- 4) введение вазопрессоров
- 5) реинфузия крови

Ответ: 2

47. При следующих патологических состояниях в гинекологии ДВС-синдром протекает в хронической форме:

- 1) геморрагический шок
- 2) доброкачественные опухоли матки и яичников
- 3) неразвивающаяся беременность
- 4) НЕЕЛР-синдром
- 5) длительный прием гормональных средств на фоне химиотерапии, лучевого лечения
- 6) ЗГТ в перименопаузальном периоде
- 7) при синдроме системного воспалительного ответа
- 8) анафилактический шок

Ответ: 2, 3, 5, 7, 8, 9

48. Следующий компонент терапии ДВС-синдрома является основным:

- 1) инфузия СЗП
- 2) применение неселективных ингибиторов протеолиза (апротинин)
- 3) применение селективных ингибиторов фибринолиза (амбен)
- 4) применение рекомбинантных факторов свертывания (новосэвен)
- 5) инфузия гидроксиэтилированного крахмала (рефортан, ХАЕС-стерил)

Ответ: 1

49. Незаконному производству абортов посвящена статья УК РФ:

- 1) статья № 131

- 2) статья № 132
- 3) статья № 134
- 4) статья № 123
- 5) статья № 135

Ответ: 4

50. Поводом для проведения экспертизы по установлению истинного пола свидетельствуемого лица являются:

- 1) расследование половых преступлений
- 2) расторжение брака
- 3) иски об алиментах
- 4) неправильное определение пола при рождении
- 5) желание изменить пол
- 6) аденогенитальный синдром
- 7) тестикулярная феминизация
- 8) выдача документов, удостоверяющих личность

Ответ: 1, 2, 3, 4, 8

51. Ручное пособие в родах при головном предлежании не включает:

- 1) воспрепятствия преждевременному разгибанию головки
- 2) уменьшения напряжения промежности
- 3) вульварную и пудендальную анестезии
- 4) рассечение промежности (перинео-,эпизиотомия)
- 5) выведение головки из половой щели вне потуг
- 6) освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода

Ответ: 3,4.

52. Верхняя допустимая граница объема физиологической кровопотери в родах составляет:

- 1) 5 мл на 1 кг массы тела

- 2) 0,3 % массы тела
- 3) 0,5 % массы тела
- 4) более 0,5 % массы тела
- 5) до 250 мл

Ответ: 1, 3, 5

53. Следующие признаки отделения плаценты надо проверить, чтобы установить ее отделение:

- 1) признак Чукалова – Кюстнера
- 2) признак Альфельда
- 3) признак Шредера
- 4) признак Довженко
- 5) признак Штрассмана
- 6) признак Клейна

Ответ: 1, 2, 3

54. Для оценки состояния плода в неотложных родах применяют:

- 1) аускультацию сердца плода в I периоде каждые 30 минут
- 2) аускультацию сердца плода в I периоде каждые 15 минут
- 3) аускультацию сердца плода после каждой потуги
- 4) КТГ в начале и конце I периода родов
- 5) постоянное проведение КТГ
- 6) определение биофизического профиля плода

Ответ: 2,3,4

55. Из следующих мероприятий складывается туалет новорожденных:

- 1) отсасывание слизи из носика, ротика
- 2) выкладывание новорожденного на живот матери
- 3) двухмоментное отсечение пуповины и обработка пуповинного остатка
- 4) обработка глаз новорожденного

- 5) обработка кожи новорожденного
- 6) определение антропометрических данных
- 7) прикладывание к груди

Ответ: 3,4,5,6

56. Следующие немедикаментозные методы обезболивания родов разрешены и применяются:

- 1) гипноз, аутотренинг
- 2) психопрофилактическая подготовка
- 3) акупунктура
- 4) чрескожная электронейростимуляция
- 5) эпидуральная анестезия
- 6) продленная спинальная анальгезия
- 7) введение спазмолитиков, анальгетиков

Ответы: 1,2,3,4

57. При ведении партограммы влагалищное исследование проводится каждые:

- 1) 2 часа
- 2) 3 часа
- 3) 4 часа
- 4) 5 часа
- 5) 6 часов

Ответ: 3.

58. Продолжительность послеродового периода и время максимального темпа инволюционных изменений составляют:

- 1) 2-4 часа после родов
- 2) время нахождения родильницы в акушерском стационаре
- 3) 42 дня после рождения последа
- 4) 8 недель после родов



5) 8-12 суток после родов

Ответ: 3, 5.

59. Характер лохий в послеродовом периоде:

- 1) в первые 2-3 дня кровяные
- 2) на 4-5ый день кровянисто-серозные
- 3) на 7-8ой день серозные
- 4) реакция лохий нейтральная
- 5) реакция лохий щелочная
- 6) реакция лохий кислая
- 7) запах прелый
- 8) общее количество лохий 500-1500г
- 9) общее количество лохий менее 500г
- 10) к концу 3й недели после родов выделения из половых путей прекращаются

Ответ: 1,2,3,4,5,6,7,8,

60. Состояние мягких тканей родового канала к концу 2-3-й недели послеродового периода заключается в:

- 1) эпителизация плацентарной площадки
- 2) шейка матки цилиндрическая, внутренний зев закрыт, наружный зев приобретает щелевидную форму
- 3) стенки влагалища отечны, просвет влагалища расширен
- 4) тонус промежности восстановлен
- 5) выделения серовато-белого цвета

Ответ: 2, 3, 4, 5

61. Секреция молока начинается после родов на ... и стимулирующее действие на лактацию оказывают:

- 1) на 2-3-и сутки
- 2) на 3-4-е сутки
- 3) на 5-6-е сутки

- 4) гормоны щитовидной железы и надпочечников
- 5) акт сосания
- 6) пролактин

Ответ: 1, 4, 5

62. Клиническая картина послеродового периода определяется:

- 1) хорошее состояние женщины
- 2) нормальная температура тела
- 3) субинволюция матки
- 4) достаточная лактация
- 5) гипогалактия
- 6) лихорадка неясной этиологии
- 7) лактостаз
- 8) нормальные АД, пульс, частота дыхания
- 9) правильная инволюция матки, нормальное количество и характер лохий

Ответ: 1, 2, 4, 8, 9

63. Уход за родильницей заключается в следующем:

- 1) ежедневное наблюдение врача и акушерки за родильницей
- 2) оценка состояния молочных желез
- 3) определение высоты стояния дна матки, ее поперечника, консистенции, болезненности
- 4) диета с преобладанием молочнокислых, белковых продуктов, свежих фруктов и овощей
- 5) туалет наружных половых органов
- 6) душ ежедневно, смена белья через 3 суток
- 7) немедленное прикладывание новорожденного к груди матери
- 8) совместное пребывание матери и ребенка
- 9) кормление ребенка грудью по первому требованию, без ночных интервалов

10) ранняя выписка из родильного дома

Ответ: 5, 6, 7, 8, 9, 10

64. Для профилактики опущения и выпадения внутренних половых органов, стрессового недержания мочи с первых суток после родов назначают:

- 1) упражнения для восстановления тонуса мышц брюшного пресса
- 2) упражнения Кегеля
- 3) упражнения Грищенко и Шулешовой
- 4) упражнения Дзнецладзе
- 5) упражнения Диканя

Ответ: 2

65. Период новорожденности продолжается:

- 1) 168 часов жизни
- 2) 8-12 дней жизни
- 3) 4-6 дней жизни
- 4) 28 дней жизни
- 5) 26 дней жизни

Ответ: 4.

66. Основные принципы ведения детей в периоде новорожденности составляют:

- 1) прикладывание к груди в первые 20 минут жизни.
- 2) дотация молозива детям в теплом состоянии
- 3) уход за новорожденным
- 4) интенсивная терапия новорожденного
- 5) профилактическая вакцинация (вакцина БЦЖ, против гепатита В)
- 6) скрининг на врожденную и наследственную патологию (в РФ с 2006 года обязательное обследование на фенилкетонурию, врожденный гипотиреоз, глухоту, галактоземию, муковисцидоз и адреногенитальный синдром)
- 7) совместное пребывание матери и ребенка

8) ранняя выписка из акушерского стационара

Ответ: 1, 2,3,5,6,8

67. Следующие ранние токсикозы беременных наиболее часто встречаются (85-90%):

- 1) тошнота
- 2) рвота
- 3) слюнотечение
- 4) дермопатия
- 5) тетания
- 6) бронхиальная астма
- 7) гепатоз
- 8) остеомалация

Ответ: 2

68. Рвота беременных тяжелой формы характеризуется следующими симптомами:

- 1) частота рвоты 6-10 раз в сутки
- 2) частота рвоты 11-15 раз в сутки
- 3) частота пульса в минуту 80-90
- 4) частота пульса в минуту 90-120
- 5) частота пульса в минуту свыше 100
- 6) систолическое АД 110-100 мм рт. ст.
- 7) систолическое АД ниже 100 мм рт. Ст.
- 8) субфебрильная температура
- 9) гипотермия
- 10) диурез 900-800 мл
- 11) диурез менее 700мл
- 12) кетонурия +, + +, + + +
- 13) кетонурия + + +, + + + +

Ответ: 2, 5, 7, 8, 11, 13

69. В основе развития гестоза лежит:

- 1) тромбофилии
- 2) дисфункция эндотелия
- 3) иммунный эндотелиоз
- 4) нарушение ПОЛ (перекисного окисления липидов)
- 5) гипоксия

Ответ: 2, 3

70. Патогенетически обоснованным золотым стандартом терапии гестоза считают:

- 1) нормализация осмотического и онкотического давления
- 2) воздействие на ЦНС, создание лечебно-охранительного режима
- 3) снятие генерализованного спазма
- 4) нормализация сосудистой проницаемости, ликвидация гиповолемии
- 5) улучшение кровотока в ногах, стимуляция мочевыделительной функции
- 6) регулирование водно-солевого обмена
- 7) нормализация метаболизма
- 8) нормализация реологических и коагуляционных свойств крови.
- 9) проведение антиоксидантной терапии
- 10) проведение профилактики и лечения внутриутробной гипоксии и гипотрофии плода
- 11) современное щадящее родоразрешение
- 12) профилактика кровотечений, коагуляционных расстройств в родах и раннем родовом периоде

Ответ: 1, 2, 4, 8.

71. К кровотечениям второй половины беременности относят:

- 1) начинающийся самопроизвольный аборт

- 2) прервавшаяся внематочная беременность
- 3) пузырный занос
- 4) предлежание плаценты
- 5) несостоятельность рубца на матке
- 6) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)

Ответ: 4,5,6.

72. Основными симптомами ПОНРП являются:

- 1) неправильные положения и тазовое предлежание плода
- 2) хроническая гипоксия плода и ЗПР
- 3) артериальная гипотония, гиповолемия
- 4) боль в животе
- 5) кровотечение и симптомы геморрагического шока
- 6) кровотечение, симптомы геморрагического шока и ДВС – синдрома
- 7) гипертонус матки
- 8) острая гипоксия плода
- 9) высокое стояние предлежащей части плода

Ответ: 4, 6, 7, 8

73. К клиническим признакам предлежания плаценты относят:

- 1) кровяные выделения из половых путей с темными сгустками
- 2) гипертонус матки
- 3) кровяные выделения из половых путей яркого цвета при безболезненной матки
- 4) высокое стояние предлежащей части плода
- 5) неправильные положения и тазовое предлежание плода
- 6) артериальная гипотония, гиповолемия

Ответ: 3, 4, 5, 6

74. Определите алгоритм обследования беременных, поступающих в

стационар с кровяными выделениями:

- 1) УЗИ (при массивной кровопотере в операционной)
- 2) наружное акушерское исследование
- 3) осмотр наружных половых органов и определение характера кровяных выделений.
- 4) выслушивание сердечных тонов плода, кардиомониторинг
- 5) осмотр шейки матки и стенок влагалища с помощью зеркал (если не подтвержден диагноз ПОНРП)

Ответ: 2, 4, 3, 1, 5

75. Причины кровотечений в послеродовом периоде составляют:

- 1) частичное плотное прикрепление или приращение плаценты
- 2) задержка частей плода в полости матки
- 3) ущемление отделившегося последа в матке
- 4) гипотония, атония матки
- 5) травмы мягких тканей родовых путей
- 6) наследственные и приобретенные дефекты гемостаза

Ответ: 1, 3, 5, 6

76. Определите последовательность мероприятий при кровотечении в третьем периоде родов:

- 1) ручное отделение плаценты и выделение последа
- 2) катетеризация мочевого пузыря; пункция или катетеризация локтевой вены с подключением внутривенных инфузий
- 3) применение приема выделения последа по Креде – Лазаревичу без обезболивания
- 4) выделение последа по Креде – Лазаревичу при положительных признаках отделения плаценты
- 5) применение приема выделения последа по Креде – Лазаревичу под наркозом
- 6) определение признаков отделения плаценты

Ответ: 2, 6, 4, 3, 5, 1

77. Определите алгоритм мероприятий по остановке кровотечения при гипотонии матки:

- 1) катетеризация вены и ИТТ
- 2) ручное обследование матки
- 3) прижатие брюшной аорты к позвоночнику через переднюю брюшную стенку
- 4) наружный массаж матки
- 5) катетеризация мочевого пузыря
- 6) оперативное лечение

Ответ: 5, 4, 1, 2, 3, 6

78. Угрожающими для жизни кровотечениями считают следующие состояния:

- 1) кровопотеря менее 15% ОЦК
- 2) кровопотеря со скоростью 150мл/мин. в течение 20 минут
- 3) кровопотеря менее 1,5% массы тела
- 4) кровопотеря со скоростью 1,5 мл/кг/ мин. в течение 20 минут
- 5) одномоментная кровопотеря более 1500 – 2000мл
- 6) кровопотеря 50% ОЦК за 3 часа

Ответ: 2, 4, 5, 6

79. При неэффективности консервативных мероприятий по остановке кровотечения переходят к следующим методам:

- 1) гистерэктомия
- 2) надвлагалищная ампутация матки
- 3) утеротоники
- 4) перевязка магистральных сосудов (а. hypogastrica) и / или перевязка маточных артерий
- 5) селективная эмболизация маточных артерий
- 6) гемастатические швы («рюкзачный», «квадратный», «матрасный»)

Ответ: 1, 4, 5, 6

80. Следующие инфузионные среды и объем восполнения используют при



кровопотере 15% - 30% ОЦК:

- 1) кристаллоиды : коллоиды (3:1)
- 2) кристаллоиды : коллоиды ( 2:1)
- 3) СЗП (50% кровопотери)
- 4) СЗП (100% кровопотери)
  - 5) эритроцитарная масса (20-30% кровопотери)
  - 6) эритроцитарная масса ( > 30% кровопотери)
  - 7) тромбоциты, криопреципитат
  - 8) объем восполнения 150 – 200% кровопотери
  - 9) объем восполнения 200 – 250% кровопотери

Ответ: 2, 3, 9

81. Лечение острой формы ДВС-синдрома при акушерских кровотечениях заключается в:

- 1) контроль за лабораторными показателями; гемостазиограмма
- 2) надвлагалищная ампутация матки
- 3) экстирпация матки
- 4) восстановление центральной и периферической гемодинамики
- 5) восстановление коагуляционных свойств крови (СЗП, свежецитратная кровь, антигемофильная плазма, апротинин)
- 6) гепаринотерапия

Ответ: 3, 4, 5

82. Определите механизм родов при лицевом предлежании:

- 1) максимальное сгибание головки
- 2) максимальное разгибание головки
- 3) внутренний поворот головки с образованием переднего вида
- 4) внутренний поворот головки с образованием заднего вида
- 5) сгибание головки

б) внутренний поворот плечиков и наружной поворот головки

Ответ: 2, 4, 5, 6

83. При следующем разгибательном предлежании головки плода роды возможны через естественные родовые пути:

- 1) тазовое предлежание плода в сочетании с разгибанием головки I степени
- 2) переднее – головное предлежание
- 3) лобное предлежание
- 4) лицевое, задний вид
- 5) лицевое, передний вид

Ответ: 2, 4

84. Неправильные положения плода обнаруживают с частотой:

- 1) 0,3 – 0,5 %
- 2) 0,5 – 0,7%
- 3) 1,0%
- 4) чаще у первородящих
- 5) чаще у многорожавших

Ответ: 2, 5

85. Механизм ( последовательность моментов ) родов при тазовых предлежаниях плода составляют:

- 1) сгибание головки
- 2) опускание внутреннего поворот ягодич
- 3) разгибание головки
- 4) боковое сгибание поясничного отдела позвоночника плода
- 5) боковое сгибание шейно – грудного отдела позвоночника плода
- 6) внутренний поворот плечиков
- 7) внутренний поворот головки

Ответ: 2, 3, 6, 5, 7, 1

86. Плановое абдоминальное родоразрешение не производится у первородящих с тазовым предлежанием плода при:

- 1) узком тазе
- 2) массе плода менее 2000 или более 3600г
- 3) при мужском поле плода
- 4) сумме баллов по шкале 12 баллов
- 5) наличии рубца на матке
- 6) беременности после ЭКО и ПЭ
- 7) перенашивании беременности

Ответ: 4

87. Определите тактику ведения II периода самопроизвольных родов при чистом ягодичном предлежании плода:

- 1) мониторинг состояния плода, сократительной деятельности матки
- 2) ведение партограммы
- 3) введение спазмолитиков, анальгетиков
- 4) внутривенное введение спазмолитиков
- 5) рассечение промежности
- 6) пособие по Цовьянову №1
- 7) пособие по Цовьянову №2

Ответ: 3, 4, 6

88. Преждевременными родами считают:

- 1) роды от 22 до 28 недель
- 2) роды от 29 до 37 недель
- 3) роды от 22 до 37 недель
- 4) ребенок с массой от 500 до 2500г
- 5) ребенок с массой от 1000 до 2500г
- 6) ребенок ростом от 25 до 45 см

7) ребенок ростом от 35 до 45см

Ответ: 3, 4, 6

89. Основные причины прерывания в первой половине беременности составляют:

- 1) нейроэндокринные нарушения
- 2) инфекционные заболевания
- 3) генетическая патология
- 4) истмико – цервикальная недостаточность
- 5) иммунологические факторы
- 6) экстрагенитальные заболевания неинфекционной природы
- 7) пороки развития матки

Ответ: 3

100. Медикаментозное лечение угрожающих и начинающихся преждевременных родов включает:

- 1) острый токолиз препаратами, снижающими СДМ ( магния сульфат, гинепрал, нифедипин, индометацин)
- 2) постельный режим
- 3) палатный режим
- 4) по показаниям гормонотерапия (аналоги прогестерона, глюкокортикоиды)
- 5) спазмолитики (папаверин, дротаверин и др.)
- 6) фитотерапия
- 7) физиотерапия, ЧЭНС, ИРТ
- 8) гомеотерапия
- 9) регуляция стула
- 10) седативная терапия ( диазепам, оксазепам)

Ответ: 1, 4, 5, 10

### **Тест по теме "Десмургия"**

1. Понятие «повязка» обозначает... (выберите правильный ответ):

**способ фиксации перевязочного материала**

смену повязки

вид перевязочного материала

2. Цель давящей повязки ... (выберите правильный ответ):

создание неподвижности и покоя для органа или части тела

### **остановка кровотечения**

исправление патологического положения части тела

прочная фиксация лекарственных препаратов к ране

предупреждение вторичного инфицирования раны

3. Для наложения простой (защитной) повязки используют ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) марлевый бинт; 2) гипсовый бинт; 3) косынку; 4) трубчатый трикотажный бинт; 5) лейкопластырь

1,2,4,5;

**1, 3, 4,5;**

2, 3, 4, 5;

4. Повязка «Дезо» по лечебному эффекту является ... (выберите правильный ответ):

### **иммобилизирующей**

давящей

корректирующей

защитной

5. Свободный конец скатанной части бинта называется ... (выберите правильный ответ):

### **началом бинта**

головкой бинта

6. Простая (защитная) повязка должна быть ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) удобной; 2) легкой и красивой; 3) оказывать давление на рану; 4) прочно фиксировать перевязочный материал; 5) не ограничивать движения.

**1,2,4,5;**

1, 3, 4,5;

2, 3, 4, 5;

7. Повязкой «чепец» можно забинтовать ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) ухо; 2) лобную область; 3) теменную область; 4) затылочную область; 5) заднюю поверхность шеи

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 5;

**2,3,4;**

2, 3, 5.

8. Показания к срочной смене повязки ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) внезапное обильное пропитывание повязки кровью; 2) обильное пропитывание повязки гноем; 3) появление чувства распирания в ране под повязкой; 4) появление признаков нарушения кровообращения в конечности.

все ответы не верны;

**все ответы верны;**

1,2,3;

1,3,4;

2,3,4.

9. Разновидностью восьмиобразной повязки является ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) колосовидная; 2) возвращающаяся; 3) сходящаяся черепашья; 4) расходящаяся черепашья; 5) ползучая

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 5;

**1, 3, 4;**

2, 3, 5.

10. На плечевой сустав накладывается повязка ... (выберете правильный ответ):

спиральная

ползучая

**КОЛОСОВИДНАЯ**

возвращающаяся

циркулярная

11. Перевязкой называется ... (выберите правильный ответ):

способ фиксации перевязочного материала

**смена повязки**

вид перевязочного материала

12. Для выполнения давящей повязки используют ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) трубчато-сетчатый бинт; 2) эластичный бинт; 3) резиновый бинт; 4) жгут «Эсмарха»; 5) марлевый бинт.

1, 3, 4, 5;

1, 2, 4, 5;

**2, 3, 4, 5;**

13. В зависимости от применяемого материала повязки называются ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1) марлевая; 2) пращевидная; 3) лейкопластырная; 4) циркулярная; 5) гипсовая

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 4;

**1, 3, 5;**

2, 3, 5.

14. Для закрытия повреждений в области подбородка накладывают повязку ... (выберите правильный ответ):

T-образную

циркулярную

**пращевидную**

черепашью

восьмиобразную

15. Для бинтования пяточной области применяется повязка ... (выберите правильный ответ):

**черепашья**

круговая

возвращающаяся

T-образная

ползучая

16. Стопа бинтуется в положении под углом (к голени) в градусах ... (выберите правильный ответ):

45

70

**90**

110

130

17. На теменную область накладываются повязки ... (выберите правильный ответ):

возвращающаяся

спиральная

колосовидная

круговая

**прашевидная**

18. На локтевой сустав накладывается повязка ... (выберите правильный ответ):

возвращающаяся

**черепашья**

колосовидная

спиральная

циркулярная



19. Если каждый последующий тур бинта прикрывает предыдущий на  $1/2 - 2/3$ , то такая повязка называется ... (выберите правильный ответ):

ползучей

циркулярной

**спиральной**

возвращающейся

колосовидной

20. Если каждый тур бинта идет винтообразно, не соприкасаясь с предыдущим, то такая повязка называется ... (выберите правильный ответ):

**ползучей**

циркулярной

спиральной

восьмиобразной

возвращающейся

21. Восьмиобразная повязка может быть использована при бинтовании ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)голеностопного сустава; 2)задней поверхности шеи; 3)средней трети бедра; 4)межлопаточной области; 5)основной фаланги 1 пальца кисти

1, 3, 4, 5;

**1, 2, 4, 5;**

2, 3, 4, 5;

22. Повязки в зависимости от назначения, называются ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)защитная; 2)давящая; 3)бинтовая; 4)лейкопластырная; 5)иммобилизирующая

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 4;

**1, 2, 5;**

2, 3, 5.

23. Повязка «Дезо» применяется для иммобилизации верхней конечности при ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)переломе лопатки; 2)переломе ключицы; 3)переломе костей предплечья; 4)переломе ребер; 5)вывихе плеча

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 4;

**1, 2, 5;**

2, 3, 5.

24. Локтевой сустав бинтуется в положении под углом (в градусах) ... (выберете правильный ответ):

45

70

**90**

110

130

25. Т-образная повязка используется при заболеваниях и повреждениях в области ... (выберете правильный ответ):

подбородка

носа

**промежности**

подмышечной ямки

культи конечности

\*26. Показанием к наложению працевидной повязки являются заболевания и повреждения ... \*\*(выберете правильную комбинацию ответов):\*

1)носа

2)подбородка

3)теменной области

4)затылочной области

5)промежности

1, 3, 4, 5;

**1, 2, 3, 4;**

2, 3, 4, 5;

27. На культю бедра накладывается повязка ... (выберите правильный ответ):

T-образная

восьмиобразная

прямоугольная

**возвращающаяся**

спиральная

28. Повязки защищают от воздействия внешней среды ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)рану; 2)патологически измененные ткани; 3)поврежденные ткани

**все ответы не верны;**

все ответы правильны;

1, 2;

2, 3;

1, 3.

29. Неподвижные повязки ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)шины; 2)гипсовые повязки; 3)аппараты для вытяжения; 4)косыночная повязка; 5)колосовидная повязка

1, 2, 5;

3, 4, 5;

1, 3, 4;

**1, 2, 3;**

2, 3, 5.

30. Неподвижные повязки используют для ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)временной иммобилизации различных частей

тела; 2)лечения повреждений опорно-двигательного аппарата;  
3)сдавления мягких тканей; 4)защиты ран от внешней среды; 5)лечения  
заболеваний костей и суставов

1, 2, 3;

3, 4, 5;

1, 3, 4;

**1, 2, 5;**

2, 3, 5.

31. Накладывающий повязку становится к больному ... (выберите правильный  
ответ):

**лицом**

боком

в наиболее удобном для накладывания повязки положении

32. Мягкую повязку на конечность накладывают ... (выберите правильный  
ответ):

от туловища к периферии

**от периферии к туловищу**

место наложения первого тура значения не имеет

33. Циркулярная повязка применяется для закрытия ран в области ...  
(выберите правильную комбинацию ответов): 1)лба; 2)шеи; 3)средней  
трети предплечья; 4)нижней 1/3 плеча; 5)голеностопного сустава

все ответы не верны;

все ответы верны;

1, 3, 4, 5;

**1, 2, 4, 5;**

2, 3, 4, 5;

34. Недостатки циркулярной повязки ... (выберите правильную комбинацию  
ответов): 1)может вращаться вокруг места наложения; 2)возможно  
смещение перевязочного материала; 3)закрывает лишь раны небольших  
размеров; 4)нельзя использовать с давящей целью; 5)не создает  
иммобилизации

все ответы не верны;

все ответы верны;

**1, 2, 3, 5;**

2, 3, 4, 5;

1, 3, 4, 5;

35. Простую спиральную повязку накладывают на ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)грудную клетку; 2)плечо; 3)бедро; 4)голень; 5)предплечье

все ответы не верны;

**все ответы верны;**

1, 2, 3, 5;

2, 3, 4, 5;

1, 3, 4, 5;

36. Спиральная повязка с перегибами накладывается на ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)предплечье; 2)плечо; 3)голень; 4)бедро; 5)грудную клетку

все ответы не верны;

все ответы верны;

1, 2, 3;

2, 3, 5;

**1, 3, 4;**

37. Особенности спиральной повязки ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)проста для наложения; 2)быстро накладывается; 3)легко смещается при движении; 4)при движении не смещается; 5)сложность выполнения

все ответы не верны;

все ответы верны;

**1, 2, 3;**

2, 3, 4;

1, 4, 5;

38. Ползучая повязка обычно является предварительным этапом перед наложением повязки ... (выберите правильный ответ):

циркулярной

**спиральной**

восьмиобразной

колосовидной

черепашьей

39. Ползучая повязка применяется ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)на конечностях; 2)на шее; 3)для фиксации большого по протяжению перевязочного материала; 4)для фиксации перевязочного материала любой длины; 5)на грудной клетке

все ответы не верны;

все ответы верны;

**1, 3, 5;**

2, 3, 4;

1, 4, 5;

40. Колосовидная повязка является разновидностью повязки ... (выберите правильный ответ):

**восьмиобразной**

спиральной

циркулярной

ползучей

возвращающейся

41. Синоним обозначения крестообразной повязки ... (выберите правильный ответ):

возвращающаяся

**восьмиобразная**

колосовидная

ползучая

спиральная

42. Участки тела, на которые накладывается колосовидная повязка ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)тазобедренный сустав; 2)локтевой сустав; 3)плечевой сустав; 4)коленный сустав; 5)задняя поверхность шеи

1, 2;

3, 5;

1, 4;

**1, 3;**

2, 5.

43. «Черепашья» повязка накладывается на области ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)коленного сустава; 2)локтевого сустава; 3)лучезапястного сустава; 4)голеностопного сустава; 5)затылочную область

1, 2, 3;

**1, 2, 4;**

3, 4, 5;

1, 3, 4;

2, 3, 5.

44. Если при наложении «черепашьей» повязки начинают с циркулярных туров через область сустава, то такая повязка называется ... (выберете правильный ответ):

**расходящейся**

сходящейся

45. «Черепашья» повязка, которая начинается с циркулярных туров выше и ниже сустава, называется ... (выберете правильный ответ):

расходящейся

**сходящейся**

46. Возвращающуюся повязку накладывают на ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)голову; 2)стопу; 3)кисть; 4)суставы; 5)культю конечности после ампутации

все ответы не верны;

все ответы верны;

**1, 2, 3, 5;**

2, 3, 4, 5;

1, 3, 4, 5;

47. Циркулярную повязку на голову накладывают при небольших ранах в области ... (выберете правильную комбинацию ответов): 1)лба; 2)виска; 3)затылка; 4)ушной раковины; 5)глаза

все ответы не верны;

все ответы верны;

**1, 2, 3;**

2, 3, 4;

1, 3, 5;

48. Возвращающуюся повязку на голову накладывают при повреждениях ... (выберите правильный ответ):

**волосистой части (обширных)**

лба

височной области

теменной области

затылочной области

К фонду оценочных средств также относится программное обеспечение тренажеров сердечно-лёгочной реанимации ( торс электронный для отработки СЛР) с программным обеспечением.

## **10. Учебная литература и ресурсы сети «Интернет», необходимые для проведения практики**

### **а) основная литература:**

Основная литература:

1. Симуляционное обучение по специальности "Лечебное дело" / сост. М. Д. Горшков ; ред. А. А. Свистунов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с. : ил. (ЭБС Консультант студента)

Дополнительная литература:



2. Робот-ассистированная радикальная простатэктомия : руководство для врачей / Пушкарь Д.Ю., Колонтарев К.Б. [и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 384 с.: ил. (ЭБС Консультант врача)
3. 3D-технологии при операциях на почке: от хирургии виртуальной к реальной / под ред. П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 296 с. : ил. (ЭБС Консультант врача)
4. Оперативное лечение больных опухолью почки (прошлое, настоящее, будущее) / Ю. Г. Аляев, П. В. Глыбочко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 488 с (Издание дополнено уникальными видеофрагментами 3D-реконструкций при операциях на почке) (ЭБС Консультант врача)

Периодические издания:

Анестезиология и реаниматология

Вестник интенсивной терапии

Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры.

Здравоохранение: журнал рабочих ситуаций главного врача.

Институт стоматологии

Медицинское образование и профессиональное развитие

Медицинское право

Пульмонология.

Российский вестник акушера-гинеколога

Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова.

Эндоскопическая хирургия

Эпидемиология и инфекционные болезни

## **11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.**

Материалы по анатомии, представленные на медицинском портале и в качестве временных доступов в библиотеке ПСПбГМУ:

Электронные базы данных

1. «Консультант+»

2. ЭБС «Консультант студента»

3. База данных рефератов и цитирования SCOPUS.

4. Электронный информационный ресурс ClinicalKey

5. ЭБС «Консультант врача»

## **12. Материально-техническая база, необходимая для проведения симуляционного курса**

Симуляционный курс проводится на базе Центра инновационных образовательных технологий ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова» МЗ РФ (корпус 53, I этаж. Ул.Л.Толстого, д. 19, г. Санкт-Петербург, 197022)

Кабинет (Тема занятий )	Перечень оборудования
Кабинет 1 (Общеврачебные навыки; Аускультация сердца и лёгких. Отоскопия. Офтальмоскопия)	Модель «Женский таз и тазовое дно», одеваемая модель для обучения самообследования молочной железы, модель для обучения назогостральной интубации, имитатор для обучения катетеризации (женский), имитатор для обучения катетеризации (мужской), Плакат «Женская грудь, анатомия», анатомическая модель «Пищеварительная система, 3

	<p>части», тренажер для катетеризации мочевого пузыря (женский), тренажер для катетеризации мочевого пузыря (мужской), фантом-тренажер ухода за стомами, фантом-тренажер ухода за стомой у взрослого, фантом-тренажер для введения назогастрального зонда и трахеостомической трубки          Плакат «Гортань: аномалия и патология», инфекции дыхательных путей (плакат), классическая модель сердца (2 части), модель атеросклеротических изменений сосудов с поперечным разрезом артерии, общие сердечные расстройства (плакат), модель лёгких с гортанью, бронхиальное дерево с гортанью и прозрачными легкими, тренажер для обучения аускультации и Smart Score, имитатор сердечных тонов и дыхательных шумов.          Заболевания среднего уха (плакат), риниты и синуситы (плакат), гортань: аномалия и патология (плакат), модель для обследования уха, карманный отоскоп, тренажер для эндоскопии носа и горла, фантом-симулятор для офтальмоскопии.</p>
<p>Кабинет 2 (Осмотр шейки матки в зеркалах.          Родовспоможение. Смена повязок. Уход за пролежнями. Наложение и снятие швов.          Катетеризация центральных и периферических вен.          Плевральная пункция.          Люмбальная пункция.)</p>	<p>Тренажер вагинальных исследований, модель «Женский таз и тазовое дно», гинекологический тренажер, расширенная версия фантома родов, фантом гинекологический "Ева", базовая версия фантома родов, фантом для отработки навыков гинекологического обследования.          Модель для обучения наложению повязок, набор для имитации несчастного случая, многофункциональный манекен для ухода за больными и базовой СЛР "ВиртуМЭРИ".          Рука для тренировки наложения швов, муляж ткани для отработки прошивания, тренажер для отработки базовых хирургических навыков с набором тканей.          Рука для внутривенных инъекций, усовершенствованная модель для венопункции и инъекций, фантом для отработки процедуры катетеризации центральных вен.          Классический гибкий позвоночник с ребрами, фантом отработки процедуры катетеризации центральных вен, фантом верхней части туловища для отработки навыков плеврального дренажа.</p>
<p>Кабинет 3 (Сердечно-лёгочная реанимация. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей)</p>	<p>Плакат «Гортань: аномалия и патология», тренажер для крикотиреотомии, рука для внутривенных инъекций, усовершенствованная модель для венопункции и инъекций, торс электронный для отработки СЛР, фантом для отработки интубации, фантом для отработки процедуры катетеризации центральных вен, аппарат искусственной вентиляции легких NEFTIS, дефибриллятор Responder, тренажер для в/в инъекций, классическая модель сердца (2 части), модель лёгких с гортанью, бронхиальное дерево с гортанью и прозрачными легкими, модель</p>

	<p>туловища взрослого для обучения мероприятиям СЛР с интерактивным имитатором, тренажер манипуляций дыхательных путей, тренажер реанимации взрослого человека, роторасширитель с кремальерой, языкодержатель Collin, ларингоскоп лампочный (рукоятка с комплектом изогнутых и прямых клинков), клинок "Флеплайт" №3, набор реанимационный Серия Стандарт ICW Н. Тренажер для крикотиреотомии, фантом для отработки интубации, тренажер манипуляций дыхательных путей.</p>
--	--

**Разработчик:**

Авраменко Е.А., специалист по учебно-методической работе

**Рецензент:**

Гостимский А.В., профессор, зав.кафедрой общей медицинской практики ФГБОУ ВОСПбГПМУ

**Эксперт:**

Лазарев С.М., д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ ФГБОУ ВО«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ

## ПРАКТИКА «ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР И КОНСУЛЬТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ»

**1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)**

Амбулаторная практика: «первичный осмотр и консультация пациентов с туберкулезом органов дыхания» Блока 2.

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семестр
		1
Сроки проведения практики: 2 недели	108	108
<b>Вид промежуточной аттестации</b>	зачет	зачет
<b>Общая трудоемкость</b> часы зачетные единицы	108	108
	3	3

### 1. Цели и задачи практики

**Цель** практики: формирование профессиональной компетенции ординатора.

**Задачи** амбулаторной практики:

1. Владеть комплексом вопросов, связанных с конкретным использованием диагностических и лечебных процедур в различных областях фтизиатрии.
2. Уметь правильно собирать диагноз у пациента с заболеванием туберкулезом органов дыхания.
3. Уметь интерпретировать результаты проведенных диагностических исследований.
4. Уметь измерять ЛПИ у пациентов поражениями артерий нижних конечностей
5. Владеть методикой разрешения вопросов стратегического планирования и использования методов прогноза оценки качества жизни пациента.

### 2. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональной компетенцией** (диагностическая деятельность):

1. готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболевания, клинических форм в соответствии с Российской классификацией туберкулеза;
2. готовностью к просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни;
3. способностью и готовностью 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;
4. готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях

5. готовностью к обучению пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующих сохранению и укрепления здоровья, профилактике заболеваний;

освоить следующие **трудовые функции**:

1. Проведение обследования пациентов с целью установления диагноза;
2. Назначение лечения пациенту и контроль его эффективности и безопасности;
3. Проведение и контроль эффективности мероприятий по диспансерному наблюдению, профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

и следующие **трудовые действия**:

1. Проводить сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя)
2. Анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей)
3. Проводить осмотр пациента
4. Интерпретировать и анализировать результаты осмотра пациентов
5. Оценивать тяжесть заболевания и (или) состояния пациентов
6. Определять диагностические признаки и симптомы болезней
7. Направлять пациента на лабораторные и инструментальные исследования при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
8. Направлять пациента на консультации к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
9. Проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями
10. и (или) состояниями в том числе неотложными
11. Устанавливать диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), и его обосновывать;
12. Выполнять рекомендации по немедикаментозной и медикаментозной терапии, назначенной врачами-специалистами
13. Проводить оценку эффективности и безопасности медикаментозной терапии больных
14. Осуществлять диспансеризацию взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний и основных факторов риска их развития в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и иными документами

#### **4. Базы практики**

Практика проводится на клинических базах кафедры в ГПТД, ПТД № 8, города Санкт-Петербурга.

## 5.Содержание практики

№	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов	Формируемые профессиональные компетенции
<i>Первый год обучения (семестр №1)</i>				
<b>ПРАКТИКА «ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР И КОНСУЛЬТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ»</b>				
1.	Первичный осмотр пациентов с туберкулезом органов дыхания.	Диспансерные отделения ПТД на городских клинических базах кафедры	216 6 ЗЕ	ПК- 1, ПК-2, ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 УК-1, УК-2, УК-3.

### План работы:

1. Анализ пациентов по профильным разделам фтизиатрии под руководством сотрудников кафедры.
2. Работа в ПТД клинической базы кафедры в качестве ассистента врача.
3. Изучение литературы по соответствующим разделам фтизиатрии и обсуждение изученных материалов с куратором.
4. Выполнение консультаций больных туберкулезом органов дыхания под руководством сотрудников кафедры.
5. Ведение медицинской документации.

Во время прохождения практики врач-ординатор овладевает умениями:

- определить специальные методы исследования;
- провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного;
- оценить данные рентгенологического обследования и дать по ним заключение;
- назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;
- определить вопросы трудоспособности больного – временной или стойкой нетрудоспособности, перевод на другую работу;
- провести необходимые противоэпидемические мероприятия;
- оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
- уметь установить диагноз и провести необходимое лечение

- владеть методами пропаганды здорового образа жизни и профилактике заболеваний;
- своевременно определить симптомы и синдромы, требующие оказания неотложной помощи и оказать её;
- проводить остановку кровотечений, иммобилизацию частей тела, наложение повязок;
- самостоятельно проводить подкожные, внутривенные, внутримышечные, внутривенные инъекции;
- пользоваться необходимой медицинской аппаратурой
- своевременно проводить комплексный анализ клинических и параклинических данных, поставить диагноз и назначить необходимую терапию;
- вести необходимую медицинскую документацию;
- составить план своей работы и работы подчинённого среднего медицинского персонала;
- составить отчёт о работе за год и провести её анализ.

Во время обучения и работы на амбулаторном приеме врач ординатор получает и углубляет знания по организации помощи населению, особенностям диагностики и лечения заболеваний по профилю «фтизиатрия» и вопросам медикосоциальной экспертизы (МСЭ), приобретает и закрепляет профессиональные и практические навыки общеклинического обследования больных с разнообразной патологией, оценки лабораторных, инструментальных и аппаратных методов обследования, выбора и проведения медикаментозного лечения, назначения физиотерапевтического лечения, массажа, ЛФК, определения показаний к санаторно-курортному лечению (и организует их); оценки трудоспособности, заполнения и ведения учетной медицинской документации.

#### **6. Обязанности руководителя практики от Университета:**

- Устанавливает связь с руководителем практики от организации
- Согласовывает с обучающимися индивидуальный календарно-тематический план прохождения практики;
- Осуществляет контроль за соблюдением срока практики и ее содержанием;
- Оказывает методическую помощь обучающимся при выполнении ими индивидуальных заданий;
- Оценивает результаты выполнения обучающимися программы практики.

#### **7. Обязанности обучающихся на практике:**

- явиться на место практики в установленный приказом срок;
- выполнять индивидуальный календарно-тематический план, в установленном объеме и сроки;
- соблюдать все указания руководителей практики по качественной проработке разделов плана;
- оперативно оформлять всю документацию по написанию отчета о практике;
- в течение практики вести учет ее прохождения и делать систематические записи в дневнике;
- соблюдать правила внутреннего трудового распорядка организации (предприятия);
- строго соблюдать правила охраны труда и техники безопасности;

- представить руководителю от университета письменный отчет о прохождении практики и дневник, подписанный руководителем практики

### **8. Методические требования к порядку прохождения и формам, содержанию отчета по итогам прохождения практики.**

Методические требования к порядку прохождения практики представлены в дневнике учета работы врача-ординатора, и заполняются ординатором. Форма дневника представлены ниже:

#### **ДНЕВНИК ПРАКТИКИ ОРДИНАТОРА**

**Клинические базы:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **ГРАФИК ПРАКТИКИ**

<b>Стационарная практика</b>			
<b>№</b>	<b>База практической подготовки, отделение</b>	<b>Профиль курируемых больных</b>	<b>Даты</b>
<b>Амбулаторная практика</b>			
<b>№</b>	<b>База практической подготовки, отделение</b>	<b>Профиль курируемых больных</b>	<b>Даты</b>
<b>1</b>			
<b>2</b>			
<b>3</b>			

**Лечебное учреждение, отделение** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Характеристика отделения**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Количество учебных часов \_\_\_\_\_

<b>Профиль курируемых больных</b>					
Навыки, обязательные для освоения в данном разделе	Количество	Уровень освоения	Навыки, дополнительные для освоения в данном разделе	Количество	Уровень освоения
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

1. иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению;
2. знать, оценить, принять участие;
3. выполнить самостоятельно.

**Клинические разборы больных совместно с руководителем практической подготовки и/или заведующим кафедрой**

Клинические разборы больных .....  
профиля

<b>инициалы</b>	<b>Диагноз полный</b>	<b>возраст</b>	<b>Отметка о зачете преподавателя (зачтено/ не зачтено)</b>

**Общее количество курированных больных по нозологическим формам**

<b>Нозологические формы</b>	<b>Кол-во больных</b>	<b>Нозологическ ие формы</b>	<b>Кол-во больных</b>




**10.Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике.**

***Ситуационные задачи***

**Задача №1**

Больная Б., 30 лет, работает инженером. Жалобы на длительный кашель с серозной мокротой, слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,2°С. Туберкулезом ранее не болела, тубконтакт отрицает. Считает себя больной в течение последних двух лет. Неоднократно лечилась в поликлинике по поводу ОРВИ, гриппа, в последнее время – хронического бронхита с частыми обострениями. Назначенное лечение приносило кратковременное облегчение.

Объективно: состояние удовлетворительное, нормостенического телосложения, кожные покровы чистые, периферические лимфатические узлы не пальпируются. Пульс 72 в 1 минуту, тоны сердца ясные, шумов нет. Грудная клетка правильной формы, подвижность легочных краев не изменена. Симптом Штернберга–Поттенджера отрицательный с обеих сторон, перкуторно над легкими – легочный звук, дыхание жесткое, слева единичные сухие хрипы. Язык чистый, живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет, почки не пальпируются, поколачивание по пояснице с обеих сторон безболезненно.

Клинический анализ крови: Нв – 132 г/л, ЦП – 0,98, Эр. –  $3,5 \times 10^{12}/л$ , Л –  $9,0 \times 10^9/л$ , п/я – 6%, с/я – 71%, э – 7%, м – 12%, л – 19%, СОЭ – 17 мм/час. В анализе промывных вод бронхов бактериоскопически – МБТ (-) однократно. ИФА туб. антигеном – (-). Реакция на пробу Манту с 2ТЕ – папула 20 мм.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и томограмме левого корня – левый корень несколько расширен, нечеткий, определяется "заполнение" левого атрио-вазального угла. Легочный рисунок в S<sub>1-2</sub> слева усилен. Справа – без патологических изменений.

**Задача №2**

Больной З., 20 лет, работает электромонтером, проживает с родителями в благоустроенной квартире. Жалобы на насморк, покашливание. В детстве страдал экссудативным диатезом, в весенний период отмечает аллергию на цветение. В 14-летнем возрасте обследовался в противотуберкулезном диспансере по поводу изменений туберкулиновых проб, на учет не был взят, химиопрофилактика не проводилась. Тубконтакт отрицает, профилактические флюорографические осмотры проходит регулярно, последняя флюорограмма трехмесячной давности, представлена, без патологии.

Объективно: состояние удовлетворительное, астенического телосложения, со сниженной массой тела, кожные покровы бледные, чистые. Пульс 86 в 1 минуту, тоны сердца ясные, шумов нет. ЧДД 14 в 1 минуту, симптом Штернберга–Поттенджера отрицательный с обеих сторон, над легкими – легочный звук, дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются.

Клинический анализ анализ: Нб – 125 г/л, ЦП – 0,97, Эр. –  $5,5 \times 10^{12}$ /л, Л –  $8,2 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я – 71%, э – 27%, м – 10%, л – 22%, СОЭ – 9 мм/час. Протеинограмма: альбумины – 48,6%, глобулины – 51,4%,  $\alpha_1$  – 8,1%,  $\alpha_2$  – 10,8%,  $\beta$  – 14,9%,  $\gamma$  – 17,6%, а/г коэффициент – 1,2. Фибриноген крови – 3,5 г/л. Реакция на пробу Манту с 2ТЕ – папула 23 мм. В промывных водах бронхов МБТ (-), эозинофилы – 8-10-15 в поле зрения.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в S<sub>1-2</sub> правого легкого определяется подключично расположенный инфильтрат очаговой структуры. Невыраженные пути оттока к корню. Корни структурны, не деформированы. Признаки гиперпневматоза.

### Задача №3

Больной Б., 56 лет, работает электрогазосварщиком в течение 15 лет. Жалобы на сухой кашель, слабость, одышку, повышение температуры тела до 38,4°C. Отмечает снижение массы тела за последние 3 месяца на 5-6 кг.

В анамнезе: туберкулезом ранее не болел, тубконтакт отрицает. Проверочные флюорографические осмотры проходит ежегодно. На предшествующей до заболевания флюорограмме годичной давности имелись фиброзные очаги в S<sub>2</sub> левого легкого, по поводу которых в противотуберкулезном диспансере не обследовался. Страдает хроническим бронхитом с редкими обострениями, много курит, алкоголем не злоупотребляет. Настоящее ухудшение состояния отмечает в течение последних трех месяцев, когда появились слабость, одышка при ходьбе, снижение массы тела. К врачу не обращался, изменения в самочувствии связывал с переутомлением. В последние 10 дней кашель усилился, появилась фебрильная температура.

При осмотре: состояние удовлетворительное, гиперстенического телосложения, кожные покровы бледные, периферические лимфатические узлы не пальпируются. Сптом Штернберга–Поттенджера отрицательный с обеих сторон. Пульс 75 в 1 минуту, тоны сердца ясные, шумов нет. Грудная клетка правильной формы, участвует в акте дыхания, над легкими легочный звук, дыхание жесткое, единичные рассеянные сухие хрипы. По другим органам и системам изменений не выявлено.

### Задача №4

Больной Г., 44 лет, по профессии экономист, в течение 15 лет инвалид 2 группы по общему заболеванию. Жалобы на слабость, повышенную потливость, плохой аппетит, значительное похудение в течение последних двух лет. Кашель с обильной, гнойной мокротой, наиболее интенсивный по утрам. Мокрота хорошо отходит после приема горячего чая или при выполнении постурального дренажа. Одышка возникает при физической нагрузке. В течение 28 лет страдает бронхоэктатической болезнью с частыми (2-3 раза в год) обострениями, по поводу которых получает неспецифическое противовоспалительное лечение в условиях пульмонологического стационара. Лечение

включало в течение многих лет лечебные бронхоскопии, бронхолитические, сердечные препараты. Флюорографическое обследование выполнял 1 раз в год, много лет кольцевидные тени в легких трактовали как визуализируемые крупные бронхоэктазы. Последнее ухудшение состояния сопровождалось усилением одышки (даже при разговоре), повышением температуры тела до 38-39°C, осиплостью голоса. Доставлен машиной скорой помощи в приемное отделение районной больницы.

### Задача №5

Больная, 40 лет, преподаватель младших классов школы. Жалоб не предъявляет. Контакта с больными туберкулезом не отмечает. Флюорографические обследования выполняла ежегодно. При последней проверочной флюорографии было выявлено увеличение внутригрудных лимфатических узлов и диссеминация в нижних легочных полях с обеих сторон. Врачом-терапевтом назначено противопневмоническое лечение. Через четыре недели лечения антибиотиками широко спектра клинико-рентгенологического эффекта не отмечено.

Объективно: телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки обычного цвета. Пальпируются увеличенные лимфатические узлы в подмышечных впадинах до 2 см, не спаянные с подлежащими тканями и кожей, безболезненные. При перкуссии над легкими тон легочный. Аускультативно в нижних отделах легких с обеих сторон спереди жесткое дыхание с удлиненным выдохом.

Клинический анализ крови: Нв – 140 г/л, Эр. –  $4,2 \times 10^{12}$ /л, Л –  $5,2 \times 10^9$ /л, э – 2%, п/я 6%, с/я – 52%, л – 28%, м – 12%, СОЭ – 21 мм/час. В анализе мочи – без патологии. В анализах мокроты методом бактериоскопии дважды МБТ не выявлены. Реакция на пробу Манту с 2ТЕ – папула 4 мм.

На обзорной рентгенограмме грудной полости отмечено расширение тени средостения в области корней легких за счет гиперплазии бронхопульмональных лимфатических узлов и усиление легочного рисунка с мономорфными мелкоочаговыми изменениями в интерстиции в средних и нижних легочных полях. Тень сердца в норме, контур диафрагмы четкие.

### Задача №6

Больная 78 лет поступила в стационар в тяжелом состоянии с жалобами на слабость, одышку при небольшой физической нагрузке, кашель со скудной мокротой, боли в груди, периодически кровохарканье, боли в суставах. Во время войны в возрасте 16 лет перенесла правосторонний экссудативный плеврит, на учете в ПТД не состояла. В течение 30 лет страдает ГБ, ИБС, два года назад перенесла острый инфаркт миокарда. Наблюдается у кардиолога, принимает гипотензивные и сердечные препараты. Ухудшение самочувствия заметила последние два месяца. Похудела, появился кашель, участились приступы болей за грудиной, в правом боку при дыхании стали беспокоить боли. В связи с кровохарканьем госпитализирована с подозрением на пневмонию.

Состояние при поступлении тяжелое, масса тела понижена, температура тела 38°C. Кожа бледная, цианоз губ. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧСС 88 в 1 минуту, мерцательная аритмия, АД 140/90 мм рт.ст. Границы сердца расширены, тоны приглушены. ЧДД 24 в 1 минуту. Трахея смещена вправо. Над правым легким укорочен перкуторный тон, дыхание ослаблено, выслушивается шум трения плевры. Слева в нижних отделах – влажные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Край печени плотный, пальпируется на уровне реберной

дуги, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по области поясницы безболезненно с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: Нв – 100 г/л, Эр. –  $3,9 \times 10^{12}/л$ , Л –  $9,8 \times 10^9/л$ , п/я – 12%, с/я – 63%, э – 2%, л – 15%, м – 8%, СОЭ – 56 мм/час. Анализ мочи: удельный вес 1012, реакция кислая, следы белка, Л – 2-6 в поле зрения, оксалаты.

На обзорной рентгенограмме органов грудной полости определяется уменьшение размеров правого легкого, массивные плевральные наложения, понижение прозрачности нижних отделов обоих легких, корни легких не дифференцируются за счет резкого расширения границ сердца.

### Задача №7

Больной П., 49 лет, главный инженер электромонтажной организации. Жалоб не предъявляет. Изменения в легких выявлены при профилактической флюорографии. Предыдущее флюорографическое обследование 4 года назад, флюорокадр не представлен, со слов, без патологии. Из анамнеза известно, что в детстве наблюдался в противотуберкулезном диспансере, получал лечение химиопрепаратами. О форме процесса и длительности лечения не помнит.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Правильного гиперстенического телосложения, избыточного питания (рост 178 см, вес 96 кг). Кожа и видимые слизистые чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца приглушены, ЧСС 82 в 1 минуту, ритм правильный, АД 140/80 мм рт.ст. Грудная клетка гиперстеника, симметрично участвует в акте дыхания, ЧДД 20 в 1 минуту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, выслушивается везикулярное дыхание. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненно с двух сторон. Периферических отеков нет.

Анализ крови клинический: Нв – 138 г/л, Эр. –  $4,6 \times 10^{12}/л$ , Л –  $4,0 \times 10^9/л$ , п/я – 2%, с/я – 62%, э – 1%, л – 32%, м – 3%, СОЭ 21 мм/час. Анализ мочи без патологии. Анализ промывных вод бронхов №3 методом бактериоскопии – МБТ не обнаружены. Реакция на пробу Манту с 2ТЕ, папула = 11 мм. ИФА с тубантигеном отрицательная. Рентгенограммы органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях и томограмма средостения: справа в  $S_1S_2$  латерально определяется участок уплотнения легочной ткани; слева в  $S_{10}$  плотный обызвествленный очаг; тень средостения расширена за счет увеличенных паратрахеальных, трахеобронхиальных и бронхопультмональных лимфатических узлов.

## 10. Учебная литература и ресурсы сети «Интернет», необходимые для проведения практики

### а) основная литература:

1. Фтизиатрия : учебник для вузов / Н. А. Браженко, О. Н. Браженко. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : Юрайт, 2020. - 735, [1] с., [5] л. цв. ил. : ил. -151, НО (2), УО (146), ЧЗ (3)

### б) дополнительная литература:

1. Мишин В.Ю., Фтизиатрия [Электронный ресурс] : учебник / В. Ю. Мишин, С. П. Завражнов, А. В. Митронин, А. В. Мишина. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с.
2. Бородулина, Е. А. Лучевая диагностика туберкулеза легких : учебное пособие / Бородулина Е. А. , Бородулин Б. Е. , Кузнецова А. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 120 с.
3. Гиллер Д.Б., Фтизиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Д. Б. Гиллер, В. Ю. Мишин и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 576 с. - ISBN 978-5-9704-5490-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970454909.html>

4. Зими́на, В. Н. Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых / В. Н. Зими́на, 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. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458242.html>
5. Илькович, М. М. Диффузные паренхиматозные заболевания легких / под ред. Ильковича М. М. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-5908-9. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459089.html>

### **11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.**

В ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова освоение образовательных программ проводится с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. Для этого создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Есть электронные библиотеки, обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам. (Контракт № 510/15-ДЗ от 10/06/2015 с ООО "Эко-Вектор"; Контракт № 509/15-ДЗ от 03/06/2015 с ООО "Политехресурс"; Контракт №161-ЭА15 от 24/04/2015 с ООО "Эко-Вектор"). База тестовых заданий и справочных материалов создана в программе academicNT.

### **12. Материально-техническая база, необходимая для проведения практики**

Обеспечивается клиническими базами практики

Наименование специализированных аудиторий и лабораторий	Перечень оборудования
ГПТД (ул. Звездная,12)	
1. Консультативный кабинет № 1	Тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный.
2. Рентгенкабинет	Негатоскопы, цифровой флюорограф, рентгенаппарат
3. Кабинет ФД	ЭКГ, спирограф.
4. Лаборатория	Выполнение клинических и биохимических исследований
ПТД № 8 (ул.8-я Советская)	
Процедурная	Бактерицидная лампа – 1 шт. тонометры, фонендоскопы, медицинские весы, укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий. Облучатели бактерицидные. Рентгеновский кабинет, процедурные, лаборатория, кабинеты функциональной диагностики.
Ординаторская	Бактерицидная лампа -1 шт. Компьютер с выходом в интернет – 2 шт.



	Негатоскопы – 2 шт.
Дневной стационар	Бактерицидная лампа -1 шт. Койка – 6 шт. укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий.
Рентгеновский кабинет	Негатоскопы, цифровой флюорограф, рентгенаппарат
Кабинет функциональной диагностики.	Бактерицидная лампа -1 шт. УЗИ- аппарат - 1шт Койка -1 шт Спирограф -1 шт

**Разработчик:**

Браженко О.Н., профессор кафедры фтизиопульмонологии, д.м.н., доцент.

**Рецензент:**

Лозовская М.Э., д.м.н., заведующая кафедрой фтизиатрии ФГБОУ ВО СПбГМПА МЗ РФ

**Эксперт:** Главный врач СПбГБУЗ «ПТД № 8», Григорьева Г.В.

## Стационарная практика

**1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)**

Практика «Стационарная практика» относится к базовой части Блока 2.

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семестр		
		1	2	3
Сроки проведения практики: 44 недель	2376	756	378	1242
Вид промежуточной аттестации	Зачет (с оценкой)	+	+	зачет
Общая трудоемкость часы зачетные единицы	2376	756	378	1242
	66	21	10,5	34,5

### 2. Цели и задачи практики

**Цель** практики: формирование профессиональной компетенции ординатора.

**Задачи** стационарной практики:

1. Владеть комплексом вопросов, связанных с конкретным использованием фтизиатрических диагностических и лечебных процедур в различных областях их применения.
2. Освоить комплекс профессиональных компетенций, связанных с выполнением диагностических и лечебных процедур в клинике туберкулеза органов дыхания.
3. Изучить проблемы комплексного лечения различных категорий пациентов, степень риска и критерии излечения.
4. Владеть практическими действиями по коррекции возможных осложнений в процессе выполнения диагностических и лечебных мероприятий.
5. Владеть методикой разрешения вопросов стратегического планирования и использования этого в прогнозировании качества жизни пациентов.

### 3. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции.

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

***профилактическая деятельность:***

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

***диагностическая деятельность:***

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

***лечебная деятельность:***

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании фтизиатрической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

***реабилитационная деятельность:***

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

***психолого-педагогическая деятельность:***

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

***организационно-управленческая деятельность:***

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

#### **4. Базы практики**

Практика проводится на клинической базе кафедры в стационаре городского противотуберкулезного диспансера города Санкт-Петербурга (ГПТД).

#### **5. Содержание практики в стационаре**

<b><i>Первый год обучения (семестр №2)</i></b>
--

1.	Курация больных, участие в клинических разборах, обходах и различных обследованиях курируемых больных. Участие в диагностических и лечебных мероприятиях, ассистирование на операции, под руководством преподавателей, дежурство в отделении.	Отдел рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	756 21 ЗЕ	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12 УК-1 УК-2 УК-3
<b>Второй год обучения (семестр №3, №4)</b>				
	Курация больных, участие в клинических разборах, обходах и различных обследованиях курируемых больных. Участие в диагностических и лечебных мероприятиях, ассистирование на операции, под руководством преподавателей, дежурство в отделении.	Отдел рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения ПСПБГМУ им акад И.П.Павлова	1620 45 ЗЕ	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12 УК-1 УК-2 УК-3

### План работы в период обучения

1. Анализ пациентов по профильным разделам под руководством сотрудников кафедры.
2. Работа по диагностике и лечению больных туберкулезом органов дыхания в качестве ассистента врача.
3. Изучение литературы по соответствующим разделам фтизиатрии и обсуждение ее с куратором. клинической базы кафедры.
4. Ассистирование и выполнение плевральных пункций, выполнение коллапсотерапевтических вмешательств (пневмоперитонеум, пневмоторакс) под руководством сотрудников кафедры.
5. Ведение медицинской и документации.

Во время прохождения практики врач-ординатор овладевает умениями:

- определить специальные методы исследования;
- провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного;
- оценить электрокардиограмму, спирограмму, данные рентгенологического обследования и дать по ним заключение;

- определить степень нарушения гомеостаза и выполнить все мероприятия по его нормализации;
- назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;
- определить вопросы трудоспособности больного – временной или стойкой нетрудоспособности, перевод на другую работу;
- провести необходимые противоэпидемические мероприятия при выявлении инфекционного больного;
- оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
- уметь установить диагноз и провести необходимое лечение
- владеть методами пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний;
- своевременно определить симптомы и синдромы, требующие оказания неотложной помощи и оказать её;
- уметь проводить наружный массаж сердца;
- проводить искусственное дыхание методом «рот в рот»;
- уметь проводить первичную обработку раны при механических травмах и ожоговых поражениях;
- уметь проводить восстановление проходимости дыхательных путей;
- проводить остановку кровотечений, иммобилизацию частей тела, наложение повязок;
- самостоятельно проводить подкожные, внутривенные, внутримышечные, внутривенные инъекции;
- пользоваться необходимой медицинской аппаратурой (антропометрический набор, аппарат для измерения артериального давления, аппарат Боброва, транспортные шины, аппаратура для ингаляций, электроотсос, дыхательный мешок «Амбу», системы для инфузионной терапии и т.д.);
- своевременно проводить комплексный анализ клинических и параклинических данных, поставить диагноз и назначить необходимую терапию;
- вести необходимую медицинскую документацию;
- составить план своей работы и работы подчинённого среднего медицинского персонала;
- составить отчёт о работе за год и провести её анализ.

Во время обучения и работы в стационаре врач ординатор получает и углубляет знания по организации стационарной больничной помощи населению, особенностям диагностики и лечения заболеваний по профилю «фтизиатрия» вопросам медико-социальной экспертизы (МСЭ), приобретает и закрепляет профессиональные и практические навыки общеклинического обследования больных с разнообразной патологией, оценки лабораторных, инструментальных и аппаратных методов обследования, выбора и проведения медикаментозного лечения, назначения физиотерапевтического лечения, массажа, ЛФК, определения показаний к санаторно-курортному лечению, оценки трудоспособности, заполнения и ведения учетной медицинской документации.

Врач-ординатор должен уметь оказать помощь при таких неотложных состояниях:

#### 1. Остановка сердца.

2. Остановка дыхания.
3. Острая сердечная недостаточность
4. Острая сосудистая недостаточность.
5. Острая надпочечниковая недостаточность.
6. Острая почечная недостаточность, анурия.
7. Острая печёночная недостаточность.
8. Острая дыхательная недостаточность.
9. Анафилактический шок.
10. Отёк Квинке.
11. Токсико-аллергический дерматит.
12. Крапивница.
13. Кома гипо- и гипергликемическая.
14. Кома анемическая.
15. Кома печёночная.
16. Кома мозговая, неясной этиологии.
17. Гипертермия, перегревание.
18. Обморожение, замерзание.
19. Нарушения ритма сердца.
20. Приступ бронхиальной астмы.
21. Острая бронхиальная обструкция.
22. Острая обструкция верхних дыхательных путей.
23. Отёк легких.
24. Пневмо-, гидро-, гемоторакс.
25. Ингаляции дыма, горячего воздуха, отравление угарным газом.
26. Инородные тела дыхательных путей.
27. Нарушения сознания.
28. Острые отравления.
29. Синдром дегидратации.
30. Ацетонемическая рвота.
31. Открытый или закрытый, в том числе, напряженный пневмоторакс и гемоторакс;
32. Судороги.
33. Электротравма.
34. Ожоги (термические, химические).
35. Утопление.
36. Укусы насекомых.
37. Укусы змей, животных.
38. Переломы конечностей и другие травмы. Травматический шок.
39. Наружные кровотечения.
40. Внутренние кровотечения.

#### **6. Обязанности руководителя практики от Университета:**

- Устанавливает связь с руководителем практики от организации
- Согласовывает с обучающимися индивидуальный календарно-тематический план прохождения практики;
- Осуществляет контроль за соблюдением срока практики и ее содержанием;

- Оказывает методическую помощь обучающимся при выполнении ими индивидуальных заданий;
- Оценивает результаты выполнения обучающимися программы практики.

#### 7. Обязанности обучающихся на практике:

- явиться на место практики в установленный приказом срок;
- выполнять индивидуальный календарно-тематический план, в установленном объеме и сроки;
- соблюдать все указания руководителей практики по качественной проработке разделов плана;
- оперативно оформлять всю документацию по написанию отчета о практике;
- в течение практики вести учет ее прохождения и делать систематические записи в дневнике;
- соблюдать правила внутреннего трудового распорядка организации (предприятия);
- строго соблюдать правила охраны труда и техники безопасности;
- представить руководителю от университета письменный отчет о прохождении практики и дневник, подписанный руководителем практики

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова"**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России)**

Дневник утвержден на заседании  
кафедры

УТВЕРЖДАЮ

.....  
Зав. кафедрой

.....  
Проректора по последипломному  
образованию Н.Л. Шапорова

«...» .....20\_\_ г.

«...» .....20\_\_ г.

(протокол заседаний кафедры № \_\_\_\_)

### ДНЕВНИК ПРАКТИКИ ОРДИНАТОРА

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Кафедра \_\_\_\_\_

Специальность \_\_\_\_\_

Руководитель ординатора \_\_\_\_\_

Руководитель практической подготовки \_\_\_\_\_

Форма обучения: \_\_\_\_\_  
*договор / свободный конкурс / целевое направление*

Начало обучения

Окончание обучения

« \_\_\_ » « \_\_\_\_\_ » 20 г.      « \_\_\_ » « \_\_\_\_\_ » 20 г.

**Санкт-Петербург**

**20\_\_\_\_\_**

Основная цель практики – закрепление теоретических знаний, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения, и формирование общекультурных и профессиональных компетенций врача-специалиста.

Срок обучения: \_\_\_\_\_ учебных часов

Трудоемкость: 71 зачетная единица

Режим занятий: 9 учебных часов в день  
(из них 3 часа самостоятельной работы)

**Клинические базы:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

### ГРАФИК ПРАКТИКИ

Стационарная практика			
	База практической подготовки, отделение	Профиль курируемых больных	Даты



<b>0</b>			
<b>1</b>			
<b>2</b>			
<b>Амбулаторная практика</b>			
	<b>База практической подготовки, отделение</b>	<b>Профиль курируемых больных</b>	<b>Дат ы</b>
<b>Симуляционный цикл</b>			

**СТАЦИОНАРНАЯ ПРАКТИКА:**

**Лечебное учреждение, отделение** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Характеристика отделения** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Профиль курируемых больных** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Срок работы « \_\_\_\_ » « \_\_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ г.

по « \_\_\_\_ » « \_\_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ г.

Количество учебных часов \_\_\_\_\_

<b>Профиль курируемых больных</b>					
Навыки, обязательные для освоения в данном разделе	Уровень освоения	Уровень освоения	Навыки, дополнительные для освоения в данном разделе	Уровень освоения	Уровень освоения
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					

1. иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению;
2. знать, оценить, принять участие;
3. выполнить самостоятельно.

**Клинические разборы больных совместно с руководителем практической подготовки и/или заведующим кафедрой**

Клинические разборы больных ..... .....профиля			
<b>инициалы</b>	Диагноз полный	возраст	Отметка о зачете преподавателя (зачтено/ не зачтено)


**Общее количество курированных больных по нозологическим формам**

Нозологические формы	Ко л-во больных	Нозологические формы	Ко л-во больных

Руководитель практической подготовки \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Заведующий отделением \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

**Самостоятельное закрепление и освоение практических навыков, предусмотренных в каждом разделе.**

практический навык	План (самостоятельного выполнения)	Вып олнил самостоя- тельно (кол-во)



Срок работы « \_\_\_\_ » « \_\_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ г.

по « \_\_\_\_ » « \_\_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ г.

Количество учебных часов \_\_\_\_\_

Профиль курируемых больных					
Навыки, обязательные для освоения в данном разделе	Уровень освоения	Уровень освоения	Навыки, дополнительные для освоения в данном разделе	Уровень освоения	Уровень освоения

4. иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению;
5. знать, оценить, принять участие;
6. выполнить самостоятельно.

**Клинические разборы больных совместно с руководителем практической подготовки и/или заведующим кафедрой**

Клинические разборы больных ..... профиля			
инициалы	Диагноз полный	возраст	Отметка о зачете преподавателя (зачтено/ не зачтено)


**Общее количество курированных больных по нозологическим формам**

<b>Нозологические формы</b>	<b>Кол-во больных</b>	<b>Нозологические формы</b>	<b>Кол-во больных</b>

Руководитель практической подготовки \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Заведующий отделением \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
*(подпись)* *(Ф.И.О.)*

**СИМУЛЯЦИОННЫЙ ЦИКЛ:**

Срок прохождения « \_\_\_\_ » « \_\_\_\_\_ » 20 г.

по « \_\_\_\_ » « \_\_\_\_\_ » 20 г.

Количество учебных часов \_\_\_\_\_

<b>п/п</b>	<b>Практический навык</b>	<b>Уровень освоения</b>	<b>Зачет</b>


**УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА  
ВО ВРЕМЯ ПРАКТИКИ**

**(характер выполняемой работы, ее оценка)**

За период прохождения практики в качестве \_\_\_\_\_

был подготовлен учебно-методический проект на тему:

« \_\_\_\_\_ »,

а также реферат: « \_\_\_\_\_ »

*(название выполненной работы)*

Принимал(ла) участие в научно-практической конференции и выступил(ла)

с докладом на тему:

« \_\_\_\_\_ »

**Примечание:** учебно-исследовательская работа оформляется в виде электронных материалов. Результаты фиксируются в портфолио обучающегося

**ОТЧЕТ О ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ,  
санитарно-просветительной работе**

<b>п/п</b>	<b>Наименование мероприятий</b>	<b>ол-во</b>
.	Проведено лекций (бесед) на санитарно-просветительные темы: 1. 2. 3.	
.	Участие в выпусках санбюллетеней	
.	Участие в собраниях	
.	Работа со средним медицинским персоналом	
.	Другие виды работ	





/п	ПЕРЕЧЕНЬ НАВЫКОВ	Степень Освоения количественно		
		1 степень	2 степень	3 степень

### ХАРАКТЕРИСТИКА

Ф.И.О. ординатора \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

**Уровень теоретической подготовки ординатора:**

**Уровень практической подготовки ординатора:**

**Рекомендации и замечания:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Руководитель практики** \_\_\_\_\_  
(подпись)

**Примечание:** при написании характеристики должны быть отражены следующие данные:

- а) уровень теоретической подготовки;
- б) владение практическими навыками;
- в) выполнение УИР;
- г) соблюдение принципов медицинской этики;
- д) отношение к работе и участие в общественной жизни, санитарно-просветительной работе;

е) выполнение программы практики полностью.

**ИТОГОВАЯ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ**

КОМИССИЯ В СОСТАВЕ:

Председатель зав. кафедрой \_\_\_\_\_

Члены комиссии \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Задали вопросы:

- 1.
- 2.
- 3.

Постановили: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_

Руководитель ординатора \_\_\_\_\_

М.П. Зав. отделением \_\_\_\_\_

Главный врач \_\_\_\_\_

Дата « \_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ПОЛУГОДОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ:**

1. РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА
2. ПРОВЕРКА ДНЕВНИКОВ КУРАЦИИ БОЛЬНЫХ
3. ПРОВЕРКА РЕФЕРАТА НА ТЕМУ: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. СОБЕСЕДОВАНИЕ



5. Исследование мокроты в диагностике туберкулеза
6. Ликвор
7. Плевральный экссудат
8. Туберкулинодиагностика
9. Эпидемиология туберкулеза
10. Своевременное выявление туберкулеза
11. Вакцинация и ревакцинация БЦЖ
12. Химиопрофилактика туберкулеза
13. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков
14. Первичный туберкулезный комплекс
15. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ)
16. Очаговый туберкулез легких
17. Милиарный туберкулез (МТ)
18. Диссеминированный туберкулез легких (ДТЛ)
19. Инфильтративный туберкулез легких
20. Казеозная пневмония
21. Туберкулемы
22. Экссудативный туберкулезный плеврит
23. Туберкулез бронха (трахеи)
24. Кавернозный туберкулез легких
25. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких (ФКТ)
26. Цирротический туберкулез легких
27. Осложнения туберкулеза
28. Легочное кровотечение (ЛК)
29. Спонтанный пневмоторакс (СП) неотложная помощь
30. Туберкулостатическая терапия и ее осложнения
31. Патогенетическая терапия туберкулеза
32. Саркоидоз органов дыхания (СОД)

### ***Тестовые задания***

#### **1. Гемограмма.**

1. Изменения в гемограмме у больного туберкулезом происходят:
  - А) показателя количества эритроцитов, гемоглобина и лейкоцитов;
  - В) показателей лейкограммы и СОЭ;
  - В) все перечисленное.
2. Количество эритроцитов и гемоглобина при туберкулезе легких может:
  - А) снижаться
  - Б) повышаться
  - В) все перечисленное
3. Количество эритроцитов и гемоглобина у больных туберкулезом снижается вследствие:
  - А) длительной гипоксии
  - Б) воздействия эндотоксинов на красный кровяной росток, кровопотери
  - В) все перечисленное
4. Показатели эритроцитов и гемоглобина при развитии дыхательной недостаточности:
  - А) понижаются
  - Б) повышаются
  - В) изменяются разнонаправлено
5. У больных саркоидозом органов дыхания отмечают:
  - А) лимфопению
  - Б) моноцитоз
  - В) все перечисленное
6. У больных туберкулезом легких наиболее часто встречается:
  - А) лейкомоидная реакция
  - Б) лейкопения
  - В) умеренный лейкоцитоз или нормальное содержание лейкоцитов

7. Лейкоцитоз у больных туберкулезом характеризует:
  - А) объем поражения
  - Б) выраженность экссудативного компонента поражения
  - В) все перечисленное
8. В лейкограмме можно выявить:
  - А) палочкоядерный сдвиг влево, лимфопению
  - Б) лимфоцитов, эозинофилию
  - В) все перечисленное
9. Что наиболее характерно для больных туберкулезом:
  - А) абсолютная лимфопения
  - Б) лимфоцитоз
  - В) нормальное количество лимфоцитов
10. Лимфоцитоз в лейкограмме при туберкулезе наблюдают:
  - А) при очаговом туберкулезе и экссудативном плеврите
  - Б) при казеозной пневмонии и остром милиарном туберкулезе
  - В) при первичном туберкулезе и туберкулемах
11. Эозинофилия крови у больных туберкулезом отражает:
  - А) токсико-аллергическую реакцию на туберкулостатическую терапию
  - Б) высокую сенсибилизацию организма к МБТ при первичных формах туберкулеза
  - В) все перечисленное
12. Количество моноцитов крови при туберкулезе легких:
  - А) снижается
  - Б) увеличивается
  - В) все перечисленное
13. Моноцитоз у больных туберкулезом легких характеризует:
  - А) выраженность казеозно-некротических изменений
  - Б) выраженность экссудативной реакции в зоне туберкулезного поражения
  - В) все перечисленное
14. У больных туберкулезом СОЭ:
  - А) повышается, понижается, не изменяется
  - Б) повышается, не изменяется
  - В) не изменяется, понижается
15. При остропрогрессирующих формах туберкулеза наблюдают:
  - А) палочкоядерный сдвиг влево, токсическую зернистость нейтрофилов
  - Б) абсолютную лимфопению
  - В) все перечисленное

## **2. Адаптационные реакции**

1. По лейкограмме не определяют:
  - А) тип адаптационно реакции
  - Б) полноценность адаптационной реакции
  - В) морфологическое строение моноцитов
2. Полноценность адаптационных реакций не определяют по:
  - А) количеству эритроцитов, уровню гемоглобина, СОЭ
  - Б) количеству лейкоцитов
  - В) количеству эозинофилов, лимфоцитов, моноцитов
3. Тип адаптационной реакции определяют по:
  - А) содержанию лейкоцитов
  - Б) содержанию абсолютного числа лимфоцитов
  - В) содержанию абсолютного числа моноцитов
4. Для адекватной реактивности организма характерно:
  - А) абсолютное число лимфоцитов крови от  $2,5$  до  $3,5 \times 10$  и более
  - Б) абсолютное число лимфоцитов крови от  $1,5$  до  $3,5 \times 10$

абсолютное число лимфоцитов крови от  $1,2$  до  $1,5 \times 10$
5. Для парадоксальной реактивности организма не характерно:
  - А) абсолютное число лимфоцитов крови от  $1,0$  до  $3,5 \times 10$  и более
  - Б) абсолютное число лимфоцитов менее  $1,2 \times 10$
  - В) изменение количества других форменных элементов лейкограммы
6. Гиперреактивная форма реактивности организма характеризуется:
  - А) наличием напряженных реакций тренировки, реакции активации, реакции переактивации
  - Б) наличием реакции «стресс», чередующихся с реакциями тренировки
  - В) неполноценными реакцией активации и реакции переактивации

7. Гипореактивная форма реактивности организма не характеризуется:
  - А) абсолютным числом лимфоцитов крови от  $1,2$  до  $1,5 \times 10$
  - Б) напряженными реакциями тренировки, иногда реакциями активации
  - В) наличием реакции «стресс», реакции тренировки и реакции активации
8. Ареактивная форма реактивности организма характеризуется:
  - А) наличием реакции «стресс»
  - Б) наличием реакции «стресс» и реакции тренировки напряженного характера (иногда)
  - В) наличием напряженной реакции тренировки и реакции активации (иногда)
9. При реакции «стресс» наблюдают абсолютное число лимфоцитов крови
  - А) менее  $1,2 \times 10$
  - Б) от  $1,2$  до  $1,5 \times 10$
  - В) от  $1,5$  до  $3,5 \times 10$
10. При реакции активации наблюдают абсолютное число лимфоцитов крови:
  - А) менее  $1,2 \times 10$
  - Б) от  $1,2$  до  $1,5 \times 10$
  - В) от  $1,5$  до  $3,5 \times 10$
11. При реакции тренировки наблюдают абсолютное число лимфоцитов крови:
  - А) от  $1,2$  до  $1,5 \times 10$
  - Б) от  $1,5$  до  $3,5 \times 10$
  - В) более  $3,5 \times 10$
12. При реакции переактивации наблюдают абсолютное число лимфоцитов крови:
  - А) от  $1,2$  до  $1,5 \times 10$
  - Б) от  $1,5$  до  $3,5 \times 10$
  - В) более  $3,5 \times 10$
13. Для деструктивных форм туберкулеза органов дыхания не характерно:
  - А) неполноценные реакции тренировки и реакции активации
  - Б) полноценные реакции тренировки и реакции активации
  - В) реакции «стресс» и реакции переактивации
14. Для малых форм туберкулеза органов дыхания не характерны:
  - А) неполноценные реакции тренировки и реакции активации
  - Б) полноценные реакции тренировки и реакции активации
  - В) реакции «стресс» и реакции переактивации
15. При саркоидозе органов дыхания чаще наблюдают:
  - А) неполноценные реакции тренировки и реакции активации
  - Б) полноценные реакции тренировки и реакции активации
  - В) реакции «стресс» и реакции переактивации

### **3. Биохимические показатели, иммунитет**

1. Показатель общего белка крови у больных туберкулезом органов дыхания зависит от:
  - А) интенсивности катаболических процессов
  - Б) функционального состояния сурфактанта
  - В) интенсивности насыщения пищевого рациона углеводами
2. Какой характер диспротеинемии наиболее типичен при туберкулезе?
  - А) повышение количества альбуминов, снижение альфа-2, гамма-глобулинов
  - Б) понижение количества альбуминов, повышение альфа-2, гамма-глобулинов
  - В) понижение количества альбуминов, повышение альфа-1, гамма-глобулинов
3. Белки острой фазы характеризуют:
  - А) интенсивность воспаления туберкулезного поражения
  - Б) интенсивность грудного синдрома
  - В) интенсивность бактериовыделения
4. Наиболее благоприятное течение туберкулеза легких наблюдают у больных с фенотипом гаптоглобина
  - А) Hp2-2
  - Б) Hp2-1
  - В) Hp1-1
5. Конечный продукт перекисного окисления липидов – малоновый диальдегид – является:
  - А) ранним критерием активного фиброобразования
  - Б) ранним критерием активности воспаления
  - В) ранним критерием кальцификации в зоне туберкулезного поражения
6. Уровень липопротеидов высокой плотности у больных туберкулезом чаще всего:
  - А) понижается
  - Б) не изменяется
  - В) повышается

7. Определение веществ низкой и средней молекулярной массы (ВНСММ) – метод регистрации:
  - А) выраженность гормональных сдвигов
  - Б) выраженности интоксикационного синдрома
  - В) выраженность вегетативных нарушений
8. Серологические реакции (РНГА, РСК, РПК, ИФА) используют для определения:
  - А) уровня туберкулезных антигенов
  - Б) уровня противотуберкулезных антител
  - В) уровня циркулирующих иммунных комплексов
9. У больных активным туберкулезом при проведении ИФА наблюдают, как правило:
  - А) повышение уровня ПТАТ (противотуберкулезных антител)
  - Б) понижение уровня ПТАТ
  - В) нормальное значение уровня ПТАТ
10. Реакция бласттрансформации лимфоцитов (РБТЛ) с ППД-Л является:
  - А) неспецифическим показателем клеточного ответа
  - Б) специфическим показателем клеточного ответа
  - В) неспецифическим показателем гуморального ответа
11. Значительные нарушения иммунитета с неблагоприятным прогнозом заболевания наблюдают:
  - А) при повышении индекса CD4/CD8
  - Б) при снижении индекса CD4/CD8
  - В) данные разнонаправлены
12. При туберкулезе выявлено:
  - А) повышение способности Т-клеток к синтезу интерлейкина-2
  - Б) снижение способности Т-клеток к синтезу интерлейкина-2
  - В) данные разнонаправлены
13. Благоприятное течение туберкулеза при эффективной терапии характеризуется:
  - А) нарастанием интерлейкина-1
  - Б) снижением интерлейкина-2
  - В) снижением интерлейкина-1, фактором некроза опухоли-альфа, нарастанием интерлейкина-2
14. Иммуноглобулины – это:
  - А) специфические факторы гуморальной защиты
  - Б) неспецифические факторы клеточной защиты
  - В) неспецифические факторы гуморальной защиты
15. Прогрессирующему фиброзно-кавернозному туберкулезу свойственно:
  - А) преобладание клеточного иммунного ответа над гуморальным (3 тип СИО)
  - Б) преобладание гуморального ответа над клеточным (2 тип СИО)
  - В) высокие показатели клеточного и гуморального иммунитета (4 тип СИО)

#### **4. Микобактерии туберкулеза (МБТ)**

1. Микобактерии туберкулеза являются:
  - А) облигатно-патогенными
  - Б) потенциально-патогенными
  - В) непатогенными
2. По классификации МБТ относят к:
  - А) актиномицетам
  - Б) коринибактериям
  - В) энтеробактериям
3. По типу биологического окисления МБТ:
  - А) аэробы
  - Б) анаэробы
  - В) все перечисленное
4. К атипичным МБТ относят:
  - А) *M. aurum*
  - Б) *M. avium*
  - В) L-формы
5. Нетуберкулезные патогенные для человека микобактерии:
  - Г) *M. aurum*, *M. gadium*
  - Д) *M. avium*, *M. kansasii*
  - Е) *M. tuberculosis*, *M. bovis*
6. Основными носителями антигенных свойств микобактерии являются:
  - А) липиды
  - Б) полисахариды
  - В) туберкулопротеиды
7. Вирулентность возбудителя туберкулеза определяют:



- А) липиды
  - Б) полисахариды
  - В) туберкулопротеиды
8. Кислотоустойчивость микобактерий связана с фракцией клеточной стенки:
- А) липидной
  - Б) полисахаридной
  - В) протеиновой
9. Для выявления микобактерий используется метод окраски мазков:
- А) Романовского-Гимзы
  - Б) Циля-Нильсена
  - В) Грамма
10. Свойство МБТ, обуславливающее их окрашивание:
- А) спирто-кислотно-щелочеустойчивость
  - Б) термолабильность
  - В) фоточувствительность
11. Чувствительность бактериоскопического метода составляет:
- А) 5-10 МБТ в 1 мл мокроты
  - Б) 50-100 МБТ в 1 мл мокроты
  - В) 5000-100000 МБТ в 1 мл мокроты
12. Появление фильтрующихся, зернистых, нитевидных форм МБТ объясняют:
- А) устойчивость МБТ к внешним факторам
  - Б) вирулентность МБТ
  - В) изменчивостью МБТ
13. Лекарственная устойчивость МБТ имеет механизмы развития:
- А) хромосомные
  - Б) нехромосомные
  - В) все перечисленные
14. В настоящее время признают развитие устойчивости МБТ:
- А) по теории селекции
  - Б) по теории адаптации
  - В) все перечисленное
15. Современным методом экспресс-диагностики идентификации МБТ и определения лекарственной чувствительности является:
- А) метод иммуноферментного анализа
  - Б) радиометрический метод с использованием ВАСТЕС-480, ВАСТЕС-960
  - В) полимеразная цепная реакция

##### **5. Исследование мокроты в диагностике туберкулеза**

1. Мокрота для микроскопического исследования у больного туберкулезом собирается:
- А) после назначения противотуберкулезных препаратов
  - Б) до назначения противотуберкулезных препаратов
  - В) до назначения патогенетического лечения
2. На распад легочной ткани указывает наличие в мокроте:
- А) эластических волокон
  - Б) фибриновых волокон
  - В) кристаллов холестерина
3. Тетрада Эрлиха включает определение параметров:
- А) МБТ, эластические волокна, альвеолярные макрофаги
  - Б) МБТ, эластические волокна, кристаллы холестерина, соли кальция
  - В) МБТ, эластические волокна, лейкоциты, соли кальция
4. Обнаружение в мокроте эластических волокон свидетельствует о:
- А) неспецифическом процессе с распадом
  - Б) специфическом процессе с распадом
  - В) специфическом или неспецифическом процессе с распадом
5. Микроскопическое исследование мокроты позволяет определить:
- А) прожилки крови, лейкоциты, альвеолярные макрофаги
  - Б) эластические волокна, соли кальция
  - В) характер, цвет, запах, спирали Куршмана, количество
6. Преобладание в мокроте нейтрофилов указывает на:
- А) аллергическое состояние
  - Б) остроту воспалительной реакции
  - В) затяжной воспалительный процесс
7. Выделение большого количества мокроты (потеря белка) больными туберкулезом способствует:

- А) нарушению деятельности сердца
  - Б) диспротеинемии
  - В) изменению функции тимуса
8. Индуцировать отхождение мокроты у больного туберкулезом возможно путем:
- А) ингаляции гипертонического раствора поваренной соли
  - Б) ингаляции антисептических растворов
  - В) А, Б
9. Микробиологическое исследование мокроты включает:
- А) бактериоскопию
  - Б) бактериологическое исследование
  - В) все перечисленное
10. Минимальный срок инкубации МБТ на питательных средствах составляет:
- А) 2 недели
  - Б) 8 недель
  - В) все перечисленное
11. К молекулярно-генетическим экспресс-методам выявления и идентификации МБТ относят:
- А) метод ПЦР
  - Б) метод гибридизации ДНК
  - В) А, Б
12. Динамическое исследование мокроты для обнаружения МБТ преследует цели:
- А) контроль эффективности химиотерапии
  - Б) прекращение бактериовыделения
  - В) все перечисленное
13. Чувствительность метода посева составляет:
- А) наличие не менее 10 МБТ в 1 мл материала
  - Б) наличие не менее 100 МБТ в 1 мл материала
  - В) наличие не менее 1000 МБТ в 1 мл материала
14. Чувствительность метода флотации составляет:
- А) наличие не менее 10 МБТ в 1 мл материала
  - Б) наличие не менее 100 МБТ в 1 мл материала
  - В) наличие не менее 1000 МБТ в 1 мл материала
15. Чувствительность метода ПЦР составляет:
- А) наличие не менее 10 МБТ в 1 мл материала
  - Б) наличие не менее 100 МБТ в 1 мл материала
  - В) наличие не менее 1000 МБТ в 1 мл материала

## **6. Ликвор**

1. При подозрении на туберкулезный менингит показана:
- А) магниторезонансная томография позвоночника
  - Б) компьютерная томография легких
  - В) люмбальная пункция.
2. Ликвор при туберкулезном менингите:
- А) мутный
  - Б) прозрачный, опалесцирующий
  - В) геморрагический.
3. Относительная плотность ликвора при туберкулезном менингите:
- А) не изменена
  - Б) понижена
  - В) повышена.
4. Количество белков ликвора:
- А) менее 3 г/л
  - Б) более 3 г/л
  - В) более 30 г/л.
5. Для туберкулезного менингита характерно:
- А) нормоцитоз
  - Б) плеоцитоз
  - В) все перечисленное
6. Глюкоза ликвора при туберкулезном менингите:
- А) понижена
  - Б) не изменена по сравнению с нормой
  - В) повышена.
7. Содержание хлоридов ликвора при туберкулезном менингите:

- А) понижено
  - Б) повышено
  - В) не изменено по сравнению с нормой.
8. Реакции Нонне-Апельта и Панди основаны на:
- А) осаждении в основном глобулинов
  - Б) осаждении в основном альбуминов
  - В) все перечисленное.
9. Увеличение белка в ликворе (протеинорагия) зависит от:
- А) степени вовлечения в процесс мозговых оболочек
  - Б) остроты патологического процесса
  - В) всего перечисленного.
10. При менингите туберкулезной этиологии в ликворе преобладают:
- А) нейтрофилы
  - Б) лимфоциты
  - В) эозинофилы
11. Метод ИФА определения противотуберкулезных антител в ликворе:
- А) диагностически значим
  - Б) не используется
  - В) не имеет клинического значения.
12. При туберкулезном менингите МБТ в ликворе:
- А) не обнаруживаются
  - Б) обнаруживаются всегда
  - В) обнаруживаются редко.
13. Характер истечения ликвора при пункции у больных туберкулезным менингитом:
- А) частыми каплями
  - Б) очень частыми каплями и струей
  - В) редкими каплями.
14. Давление в спинномозговом канале у больных туберкулезным менингитом:
- А) нормальное (120-200 мм водного столба)
  - Б) понижено
  - В) повышено
15. Нормализация спинномозговой жидкости является показателем:
- А) излечения туберкулезного менингита
  - Б) стабилизации туберкулеза мозговых оболочек
  - В) формирования туберкулемы головного мозга.

### **7. Плевральный экссудат**

1. Исключите редко встречающийся характер экссудата при туберкулезном плеврите:
- А) серозно-фибринозный, серозный
  - Б) гнойный
  - В) геморрагический
2. Клеточный состав экссудата отражает:
- А) стадию плеврита
  - Б) частично этиологию
  - В) все перечисленное
3. Клеточный состав экссудата в начальной фазе заболевания:
- А) лимфоцитарный
  - Б) нейтрофильный
  - В) эозинофильный
4. Клеточный состав экссудата в период разгара заболевания:
- А) лимфоциты - до 80%
  - Б) лимфоциты - 20%, нейтрофилы — 50-60%, мезотелий — 5-10%, плазматические клетки
  - В) мезотелиальные клетки, эритроциты, лимфоциты.
5. Для экссудата туберкулезной этиологии характерна положительная реакция:
- А) Нонне-Апельта
  - Б) Ривальта
  - В) Панди
6. Количество белка в туберкулезном экссудате составляет:
- А) до 10 г/л
  - Б) 10-30 г/л
  - В) более 30 г/л.
7. При экссудативном плеврите в плевральной жидкости активность ЛДГ:

- А) повышается
  - Б) понижается
  - В) не изменяется
8. При экссудативном плеврите в плевральной жидкости активность щелочной фосфатазы:
- А) менее 0,5 мкмоль/ млч
  - Б) более 0,5 мкмоль/ млч
  - В) менее 0,2 мкмоль/млч
9. Аденозиндезаминаза (АДА) в клинике туберкулезного плеврита является показателем:
- А) неспецифическим
  - Б) специфическим
  - В) параспецифическим
10. Показатель АДА экссудата при туберкулезном плеврите:
- А) 5-10 ед./л
  - Б) 10-35 ед./л
  - В) более 35 ед./л.
11. Относительная плотность плеврального экссудата:
- А) менее 1,015
  - Б) менее 0,9
  - В) более 1,018
12. Результат ИФА с тубантигеном туберкулезного экссудата:
- А) отрицательный
  - Б) положительный
  - В) не определяется.
13. При туберкулезе количество сахара в плевральном экссудате:
- А) повышается
  - Б) не изменяется
  - В) понижается.
14. Холестеряновые выпоты (с большим содержанием кристаллов холестерина) наблюдают:
- А) при хроническом туберкулезном плеврите без нагноения
  - Б) при хроническом туберкулезном плеврите с нагноением
  - В) при туберкулезном плеврите, осложнившим спонтанный пневмоторакс.
15. Геморрагический экссудат у больных туберкулезным плевритом свидетельствует о:
- А) дисбалансе витаминов группы В
  - Б) дисбалансе витаминов С и Р
  - В) дисбалансе витаминов А и Е.

## **8. Туберкулинодиагностика**

1. Цели массовой туберкулинодиагностики:
- А) отбор на ревакцинацию БЦЖ
  - Б) своевременное выявление туберкулеза, определение уровня инфицированности населения
  - В) все перечисленное.
2. Цели индивидуальной туберкулинодиагностики:
- А) дифференциальная диагностика послевакциной и инфекционной аллергии
  - Б) диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза, определение активности его
  - В) все перечисленное
3. для массовой туберкулинодиагностики используется проба:
- А) Коха
  - Б) Манту
  - В) Пирке.
4. для массовой туберкулинодиагностики используют препарат туберкулина:
- А) альттуберкулин
  - Б) очищенный туберкулин в стандартном разведении
  - В) сухой очищенный туберкулин
5. Массовая туберкулинодиагностика проводится, начиная с возраста:
- А) 12 месяцев
  - Б) 3 года
  - В) 5 лет.
6. Оценку реакции на пробу Манту проводят:
- А) через 48 часов
  - Б) через 72 часа
  - В) через 4 недели.
7. Сомнительная реакция на пробу Манту предполагает наличие:

- А) инфильтрата размером 2-4 мм
  - Б) гиперемии любых размеров при отсутствии инфильтрата
  - В) все перечисленное.
8. Гиперэргическая реакция на пробу Манту не предполагает наличие:
- А) инфильтрата размером 17 мм и более у детей и подростков
  - Б) инфильтрата размером 21 мм и более у взрослых
  - В) инфильтрата размером 20 мм и более у детей, подростков и взрослых.
9. Гиперэргической реакцией на пробу Манту считают, если на месте введения туберкулина:
- А) везикулонекротические реакции, регионарный лимфаденит
  - Б) регионарный лимфангит
  - В) все перечисленное.
10. Исключите неверный вариант выража туберкулиновой чувствительности:
- А) переход отрицательно реакции в положительную за год
  - Б) увеличение размера папулы на 6 и более мм за год
  - В) увеличение размера папулы на 4 мм за год.
11. Факторы, усиливающие реакцию на пробу Манту:
- А) острые вирусные инфекции, тиреотоксикоз, бронхиальная астма
  - Б) ревматизм, обострение очагов хронической инфекции, скарлатина,
  - В) все перечисленное.
12. Факторы, ослабляющие туберкулиновую чувствительность:
- А) злокачественные новообразования, корь, саркоидоз, беременность, применение глюкокортикоидов
  - Б) эпилепсия, ревматизм, бронхиальная астма
  - В) тиреотоксикоз, краснуха, корь, скарлатина.
13. Градуированную пробу Манту считают положительной:
- А) с 4 разведения туберкулина
  - Б) с 5 разведения туберкулина
  - В) с 6 разведения туберкулина.
14. Основные дифференциально-диагностические критерии послевакциной и инфекционной аллергии:
- А) динамика туберкулиновых проб, наличие и размер послевакцинного знака
  - Б) туберкулезный контакт, наличие клинических признаков
  - В) все перечисленное.
15. Положительная туберкулиновая анергия-это:
- А) снижение туберкулиновой чувствительности у больных острыми формами туберкулеза
  - Б) снижение туберкулиновой чувствительности у здоровых неинфицированных и невакцинированных людей
  - В) снижение туберкулиновой чувствительности у больных с извращенным иммунным ответом.

## **9. Эпидемиология туберкулеза**

1. Путь передачи туберкулеза в 95%:
- А) алиментарный
  - Б) контактный
  - В) аэрогенный.
2. Исключите несуществующее звено эпидемической цепи туберкулезной инфекции:
- А) источник, пути передачи
  - Б) микобактерия туберкулеза
  - В) восприимчивый коллектив.
3. Показатель инфицированности населения туберкулезом определяется по результатам:
- А) массовой туберкулинодиагностики
  - Б) профилактического флюорографического обследования
  - В) массового выполнения пробы Р.О.Кавецкого.
4. Заболеваемость туберкулезом в Российской Федерации в 2002г. составила:
- А) 27,8 на 100000 населения
  - Б) до 45 на 100000 населения
  - В) 86 на 100000 населения.
5. Показатель болезненности населения туберкулезом определяет:
- А) число заболевших в календарном году на 100 тыс., населения
  - Б) число больных активным туберкулезом с прошлых лет вместе с заболевшими в этом году на 100 тыс. населения
  - В) число больных хроническими формами туберкулеза.
6. Показатель смертности от туберкулеза исчисляется:
- А) на 100 тыс. населения
  - Б) на 10 тыс. населения
  - В) на 100 человек.

- 7) Рентгеноположительные лица с большими остаточными изменениями (ОТИ) заболевают туберкулезом:
- А) реже остального населения
  - Б) одинаково с остальным населением
  - В) чаще остального населения.
8. лица с малыми остаточными изменениями (ОТИ) заболевают туберкулезом:
- А) чаще рентгеноположительных с большими СТИ
  - Б) реже рентгеноположительных с большими ОТИ
  - В) реже остального населения.
9. Рецидивирующее значение в профилактике туберкулеза среди инфицированных туберкулезом имеет:
- А) химиопрофилактика противотуберкулезными препаратами
  - Б) физическое закаливание организма
  - В) неспецифическая антибактериальная терапия.
10. Решающее значение в профилактике туберкулеза среди неинфицированных имеет:
- А) применение интерферона
  - Б) вакцина БЦЖ
  - В) проба Манту.
11. Туберкулез — это:
- А) системное заболевание лимфатической системы
  - Б) инфекционное заболевание
  - В) заболевание, связанное с нарушением обмена веществ
12. В развитии туберкулеза не имеют значения:
- А) социальные факторы
  - Б) наличие хронической соматической патологии
  - В) количество употребляемой жидкости
13. Туберкулезом поражаются:
- А) только легкие
  - Б) любые органы организма человека
  - В) дыхательная система, костная система, мочевыделительная система
14. Туберкулезом заболевают:
- А) человек, птицы, собаки, крупный рогатый скот
  - Б) только человек
  - В) человек, животные.
15. Больные сахарным диабетом — это:
- А) группа учета контингентов противотуберкулезного диспансера
  - Б) группа риска по заболеванию туберкулезом
  - В) декретированный контингент (обязательный контингент) по флюорографическому обследованию

#### **10. Своевременное выявление туберкулеза**

1. Выявление туберкулеза в России происходит при:
- А) обращении в общую лечебную сеть (поликлиники и стационары города)
  - Б) массовых проверочных флюорографических обследованиях населения
  - В) по всем перечисленным направлениям.
2. Основным методом своевременного выявления туберкулеза у взрослого населения является:
- А) бактериоскопическое исследование мокроты на МБТ, туберкулинодиагностика
  - Б) профилактическая флюорография
  - В) все перечисленное.
3. Основными методами своевременного выявления туберкулеза у детей являются:
- А) выполнение обязательного диагностического минимума (ОДМ) у детей из групп социального и медицинского риска
  - Б) проба Манту с 2ТЕ
  - В) все перечисленное.
4. Отсутствие мокроты у больного с подозрением на туберкулез органов дыхания — показание к исследованию:
- А) промывных вод бронхов
  - Б) противотуберкулезных антител в сыворотке крови
  - В) все перечисленное.
5. Туберкулинодиагностику у детей в целях выявления инфицированности и заболевания туберкулезом проводит:
- А) I раз в год Б) 1 раз в 2 года В) в зависимости от результатов предыдущего исследования.
6. для массовой туберкулинодиагностики применяют:
- А) пробу Пирке

- Б) пробу Манту  
В) пробу Коха.
7. Флюорографическое обследование населения на туберкулез проводят с:  
А) 15 лет Б) 18 лет В) 12 лет.
8. Система выявления туберкулеза и фтизиатрическая практика предполагают разделение диагностированных туберкулезных процессов на:  
А) остро прогрессирующие, впервые выявленные, хронические  
Б) острые, подострые, хронические  
В) своевременно выявленные, несвоевременно выявленные, поздно диагностированные (запущенные).
9. Необходимость своевременной диагностики туберкулеза обусловлена:  
А) эпидемиологической опасностью больного и возможностью полноценного излечения  
Б) возможностью амбулаторного лечения без отрыва от производства  
В) возможностью самопроизвольного излечения при соблюдении гигиенического режима.
10. Критериями своевременного выявления туберкулезных процессов являются:  
А) Бактериовыделение и объем поражения  
Б) выраженность клинических проявлений и наличие необратимых изменений в легких  
В) отсутствие распада в легочной ткани, нераспространенность поражения, отсутствие систематического бактериовыделения.
11. "Малыми" формами туберкулеза называют процессы, занимающие:  
А) не более одной доли Б) не более 3-4 сегментов В) не более 2 сегментов.
12. К своевременно выявленному туберкулезному процессу следует отнести:  
А) диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада, МБТ (+)  
Б) очаговый туберкулез легких в фазе инфильтрации, МБТ (-)  
В) диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации, МБТ (-).
13. Формирование групп высокого риска развития туберкулеза и наблюдение за ними осуществляет:  
А) в туберкулезном диспансере по месту жительства  
Б) в районной поликлинике  
В) все перечисленное.
14. При организации профилактических флюороосмотров население разделяют на следующие категории:  
А) учащиеся, военнослужащие, работники производств, неработающие  
Б) группы риска. Неработающие, работающие, студенты и школьники  
В) обязательные контингенты, организованное население, неорганизованное население, работники мелких предприятий.
15. Профилактическое флюорографическое обследование позволяет:  
А) установить диагноз и своевременно назначить лечение  
Б) уточнить локализацию и характер туберкулезного процесса  
В) выявить патологию грудной полости.

## **11. Вакцинация и ревакцинация БЦЖ**

1. Препараты вакцины БЦЖ и БЦЖ-М представляют собой:  
А) живые микобактерии вакцинного штамма БЦЖ-1 лиофильно высушенные в 1,5% р-ре глютамината натрия  
Б) продукты жизнедеятельности микобактерии БЦЖ-1, лиофильно высушенные в 1,5% р-ре глютамината натрия  
В) убитые нагреванием в 1,5% р-ре глютамината натрия микобактерии бычьего типа.
2. Одна ампула вакцины БЦЖ, запаянная под вакуумом, содержит:  
А) 10 доз по 0,05 мг препарата Б) 20 доз по 0,05 мг препарата В) 1 дозу 0,05 мг препарата.
3. Одна ампула вакцины БЦЖ-М, запаянная под вакуумом, содержит:  
А) 5 доз по 0,025 мг препарата  
Б) 20 доз по 0,025 мг препарата  
В) 10 доз по 0,05 мг препарата.
4. Вакцина БЦЖ-М используется для:  
А) новорожденных и детей раннего возраста с перинатальной патологией,  
Б) новорожденных и детей раннего возраста с весом более 4,5 кг  
В) новорожденных и детей раннего возраста, родившихся у больных туберкулезом женщин.
5. Перед вакцинацией необходима предварительная постановка пробы Манту:  
А) детям старше одногомесячного возраста  
Б) детям старше шестимесячного возраста  
В) детям старше двухмесячного возраста.
6. Вакцинация и ревакцинация проводится детям и подросткам с:  
А) сомнительной реакцией на туберкулин  
Б) отрицательной реакцией на туберкулин  
В) гиперэргической реакцией на туберкулин.

7. Интервал между пробой Манту и вакцинацией должен быть:
- А) не менее 5-ти дней и не более 3-х недель
  - Б) не менее 5-ти дней и не более 2-х недель
  - В) не менее 3-х дней и не более 2-х недель
8. Прививки против туберкулеза должен проводить:
- А) специально обученный медицинский персонал
  - Б) врач-эпидемиолог
  - В) участковый фтизиатр.
9. Вакцину БЦЖ и БЦЖ-М вводят;
- А) подкожно в области средней трети предплечья после обработки 10% р-ром йода
  - Б) внутрикожно в подлопаточную область слева после обработки 96% спиртом
  - В) внутрикожно на границе верхней и нижней трети наруж. поверх. левого плеча после обработки 70% спиртом.
10. Ревакцинация детей и подростков проводится в возрастных группах:
- А) первая в 7-8 лет и вторая в 14-15 лет
  - Б) 1-я в 5-6 лет и 2-я в 16-17 лет
  - В) 1-я в 6-7 лет и 2-я в 14-15 лет.
11. Сроки ревакцинации взрослых в соответствующей территории определяются с учетом:
- А) эпидемиологической ситуации по туберкулезу
  - Б) показателя рождаемости населения
  - В) показателя занятости населения.
12. Специфическая реакция у привитых в период новорожденности на месте введения вакцины развивается:
- А) в виде инфильтрата 5-10 мм в диаметре через 4-6 недель
  - Б) в виде инфильтрата 1-2 мм в диаметре через 1 неделю
  - В) в виде инфильтрата 20 мм в диаметре через 2 недели.
13. Обратное развитие изменений на месте прививки происходит:
- А) в течение 1 месяца с образованием рубчика 5-10 мм
  - Б) в течение 2-4 месяцев с образованием рубчика 3-10 мм
  - В) в течение 10 месяцев с образованием рубчика 1-5 мм
14. Первая и вторая категория осложнений после БЦЖ по классификации ВОЗ 1984г. включают:
- Л) локальные кожные поражения и диссеминированную БЦЖ-инфекцию без летального исхода
  - Б) распространенные кожные поражения и диссеминированную БЦЖ-инфекцию с летальным исходом
  - В) распространенные кожные поражения и менингит
15. Третья и четвертая категория осложнений после БЦЖ по классификации ВОЗ 1984г. включают:
- А) диссеминированная БЦЖ-инфекция с летальным исходом и пост-БЦЖ синдром (сыпи, узловатая эритема)
  - Б) диссеминированная БЦЖ-инфекция с летальным исходом и пиелонефрит
  - В) диссеминированная БЦЖ-инфекция с летальным исходом и периферический лимфаденит.

## **12. Химиопрофилактика туберкулеза**

1. Химиопрофилактика является вариантом профилактики туберкулеза:
- А) социальной
  - Б) санитарной
  - В) специфической.
2. Цель химиопрофилактика:
- А) обеззараживание выделений больного туберкулезом
  - Б) предупреждение заболевания туберкулезом при установленном туберкулезном контакте
  - В) предупреждение заболевания туберкулезом при неустановленном туберкулезном контакте
3. Химиопрофилактика предусматривает:
- А) прием туберкулостатиков
  - Б) прием витаминов
  - В) прием иммуномодуляторов.
4. В условиях благоприятной эпидемиологической ситуации по туберкулезу необходим прием:
- А) двух препаратов с противотуберкулезной активностью и поливитаминов
  - Б) одного туберкулостатика
  - В) поливитаминов
5. В условиях с напряженной эпидемиологической ситуацией необходим прием:
- А) одного туберкулостатика и препарата группы иммуномодуляторов
  - Б) трех туберкулостатиков и поливитаминов
  - В) двух препаратов с противотуберкулезной активностью.
6. Химиопрофилактику предпочтительно проводить:



- А) в весенний или осенний период
  - Б) в зимний или осенний период
  - В) в летний или осенний период.
7. Режим химиопрофилактики должен быть: А) 4 месяца ежедневного приема препаратов Б) 4 месяца приема препаратов 2 дня в неделю
- В) 2 месяца ежедневного приема препаратов.
8. Получающие химиопрофилактический противотуберкулезный курс:
- А) состоят на учете у участкового терапевта районной поликлиники
  - Б) состоят на учете в противотуберкулезном диспансере
  - В) не состоят на учете нигде
9. Исключите контингент детей и подростков, не подлежащий химиопрофилактике:
- А) дети и подростки с выражением и гиперэргическими реакциями на пробу Манту
  - Б) здоровые дети и подростки, находящиеся в контакте с больным активным туберкулезом
  - В) дети и подростки, страдающие сахарным диабетом.
10. Исключите контингент взрослых, не подлежащий химиопрофилактике:
- А) здоровые лица, имеющие контакт с бактериовыделителем
  - Б) лица с посттуберкулезными изменениями, наблюдающиеся в 7 ГДУ при наличии сопутствующих заболеваний, способствующих реактивации туберкулеза (ХНЗЛ, сахарный диабет и т.д.), или при лечении глюкокортикоидами.
  - В) здоровые лица, находящиеся в контакте с больным активным туберкулезом без бактериовыделения.
11. Оправдано дополнение химиопрофилактики препаратом витамина В6:
- А) при назначении этамбутола
  - Б) при назначении рифампицина
  - В) при назначении изониазида
12. Химиопрофилактика в благоприятных эпидемиологических условиях по туберкулезу проводится назначением препаратов в дозах:
- А) среднетерапевтических
  - Б) рассчитанных по весу пациента
  - В) ниже среднетерапевтических.
13. Химиопрофилактика в условиях напряженной эпидемиологической ситуации по туберкулезу проводится:
- А) назначением препаратов в среднетерапевтических дозах
  - Б) назначением препаратов в дозах, рассчитанных по весу пациента
  - В) назначением препаратов в дозах ниже среднетерапевтических.
14. Препараты для химиопрофилактики пациенты получают:
- А) у участкового врача в поликлинике по оптовым ценам
  - Б) в процедурном кабинете туберкулезного диспансера бесплатно
  - В) покупают в аптеке по рецепту участкового фтизиатра Н
15. Химиопрофилактика проводится в условиях:.
- А) взрослым - обязательно в стационаре
  - Б) обычно - амбулаторно, детям и подросткам - лучше в санатории
  - В) взрослым, как правило, в санатории.

### **13. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков**

1. диагноз "Туберкулезная интоксикация у детей и подростков" правомерен в возрасте:

- А) 18-25 лет
- Б) от 25 лет и старше
- В) от 0 до 17 лет 11 месяцев включительно.

2. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков - это проявление процесса:

- А) локального
- Б) безлокального
- В) экстраторакального.

3. Патогенез туберкулезной интоксикации у детей и подростков:

- А) эндогенная реинфекция
- Б) экзогенная суперинфекция
- В) эндогенная инфекция.

4. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков - это:

- А) клиническая форма туберкулеза
- Б) клинический синдром
- В) рентгенологический синдром.

5. Основа морфогенеза туберкулезной интоксикации у детей и подростков:

- А) “облигатная” микобактериemia
  - Б) специфический гранулематозный процесс в легких
  - В) специфический гранулематозный процесс во внутригрудных лимфатических узлах.
6. Параспецифические реакции у больных туберкулезной интоксикацией детей и подростков:
- А) не наблюдаются
  - Б) характерны
  - В) наблюдаются только в возрасте 10-15 лет.
7. Основной метод выявления туберкулезной интоксикации у детей и подростков:
- А) туберкулинодиагностика
  - Б) рентгенологическое исследование
  - В) поиск микобактерий туберкулеза.
8. Для выявления туберкулезной интоксикации у детей и подростков применяется туберкулиновая проба:
- А) Пирке
  - Б) Манту
  - В) Коха.
9. Реакция на туберкулин при туберкулезной интоксикации у детей и подростков:
- А) гипоэргическая
  - Б) нормэргическая
  - В) гиперэргическая.
10. Микобактерии обнаруживают при туберкулезной интоксикации у детей и подростков:
- А) часто
  - Б) периодически
  - В) никогда.
11. При туберкулезной интоксикации у детей и подростков на рентгеновских снимках изменения определяются:
- А) в легких
  - Б) отсутствуют
  - В) во внутригрудных лимфатических узлах.
12. При туберкулезной интоксикации у детей и подростков обнаруживают лимфатические узлы:
- А) мелкие
  - Б) средние
  - В) крупные.
13. При туберкулезной интоксикации у детей и подростков чаще увеличены лимфатические узлы:
- А) шейные
  - Б) внутригрудные
  - В) паховые.
14. Изменения бронхов при туберкулезной интоксикации у детей и подростков:
- А) отсутствуют
  - Б) имеет место активный туберкулезный процесс
  - В) имеет место рубцовый стеноз.
15. Лечебные мероприятия при туберкулезной интоксикации у детей и подростков:
- А) ревакцинация БЦЖ
  - Б) химиопрофилактика
  - В) противотуберкулезная терапия.

#### **14. Первичный туберкулезный комплекс**

1. Первичный туберкулезный комплекс – это:
- А) клиническая форма вторичного туберкулеза
  - Б) клин. форма первичного туберкулеза
  - В) гематологический синдром
2. Первичный туберкулезный комплекс характеризуется наличием:
- А) фокуса специфического поражения в легком с отсеком в противоположное легкое
  - Б) фокуса специфического воспаления легком, лимфангита, внутригрудного лимфаденита
  - В) фокуса специфического поражения в легком, подмышечного лимфаденита.
3. Различают течение первичного туберкулезного комплекса:
- А) осложненное и неосложненное
  - Б) волнообразное
  - В) волнообразное и осложненное,
4. Причинами осложненного течения первичного туберкулезного комплекса являются:
- А) отсутствие и неэффективная вакцинация БЦЖ, длительный туберкулезный контакт
  - Б) предшествующие интеркуррентные заболевания и другие факторы, ослабляющие иммунитет

- В) все перечисленное
5. Укажите наиболее тяжелые в прогностическом плане осложнения первичного туберкулезного комплекса:
- А) плеврит, первичная каверна, ателектаз  
 Б) казеозная пневмония, туберкулезный менингит  
 В) гематогенная, лимфогенная диссеминация, туберкулез бронхов.
6. По характеру начала заболевания первичный туберкулезный комплекс разделяют на варианты
- А) малосимптомный, острый, легочный  
 Б) пневмонический, тифоидный, малосимптомный.  
 В) легочный, тифоидный, малосимптомный.
7. Периферические лимфатические узлы при ПТК пальпируются:
- А) более чем в пяти группах, мягкоэластические, размером от 1 см и более  
 Б) более чем в трех группах, мягкоэластические, размером от 0,5 см и более  
 В) не более чем в 1-2 группах, плотноэластические, размером до 1 см.
8. Типичные результаты туберкулиновых проб при первичном туберкулезном комплексе:
- А) гипозергические, нормэргические •  
 Б) нормэргические, “вираж” -  
 В) гиперэргические, “вираж”!
9. Параспецифические изменения в бронхиальном дереве у больных первичным туберкулезным комплексом проявляются:
- А) гиперемией, петехиями, бугорковыми образованиями на слизистой  
 Б) образованием свища, язвы
- В) диффузным катаральным эндобронхитом
10. Ателектаз при первичном туберкулезном комплексе — это не следствие:
- А) специфического процесса в бронхе, бронхоспазма  
 Б) рубца в бронхе, давления прилежащего специфически измененного лимфатического узла  
 В) перибронхиального воспаления легочной ткани.
11. Появление кровохарканья у больных первичным туберкулезным комплексом позволяет заподозрить:
- А) осложнение казеозной пневмонией -  
 Б) осложнение туберкулезом бронха  
 В) все перечисленное
12. Рентгенологическая фаза биполярности первичного туберкулезного комплекса свидетельствует:
- А) обратном развитии перифокальной инфильтрации компонентов комплекса  
 Б) прогрессировании легочного компонента комплекса  
 В) инволюции нодулярного компонента комплекса.
13. На фоне лечения воспалительные изменения более длительно сохраняются в:
- А) периферическом компоненте комплекса  
 Б) области “дорожки”  
 В) внутригрудных лимфатических узлах. -
14. Наиболее частый вариант исхода неосложненного первичного туберкулезного комплекса, но поздно диагностированного:
- А) формирование кальцинатов  
 Б) туберкулема  
 В) фиброзные изменения
15. Наиболее частый вариант исхода неосложненного туберкулезного комплекса:
- А) полное рассасывание Б) туберкулема  
 В) формирование кальцинатов

### **15. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ)**

1. ТВГЛУ-это:
- А) клиническая форма туберкулеза с локализацией изменений во внутригрудных лимфатических узлах (ЛУ)  
 Б) осложнение первичного или вторичного туберкулеза легких  
 В) поражение ЛУ средостения у больных с первичным туберкулезным комплексом
2. По В.А.Сукенникову внутригрудные ЛУ разделяют на группы:
- А) паратрахеальные, парааортальные, бифуркационные, медиастинальные  
 Б) паратрахеальные, трахеобронхиальные, бифуркационные, бронхопульмональные  
 В) паратрахеальные, паравазальные, ретростернальные, бронхопульмональные.
3. При туберкулезе наиболее часто вовлекаются в процесс ЛУ:
- А) паратрахеальные и бифуркационные  
 Б) трахеобронхиальные и парааортальные

- В) трахеобронхиальные и бронхопультмональные.
4. По рентгенологическим и морфологическим особенностям выделяют варианты ТВГЛУ:
- А) туморозную, инфильтративную, кавернозную (при распаде лимфоузла)  
 Б) туморозную, инфильтративную, малую  
 В) все перечисленные.
5. Туморозный вариант ТВГЛУ характеризуется морфологически:
- А) массивным казеозным перерождением лимфоидной ткани  
 В) лимфогистиоцитарной инфильтрацией пораженного ЛУ  
 В) гранулематозным воспалением в сочетании с параспецифическими изменениями в пораженных ЛУ.
6. Туморозный вариант ТВГЛУ характеризуется клинически:
- А) выраженностью симптоматики и склонностью к осложненному течению  
 Б) симптомами бронхита с замедленной инволюцией процесса  
 В) малосимптомным течением и тенденцией к самопроизвольному заживлению.
7. Туберкулез внутригрудных ЛУ протекает на фоне:
- А) туберкулиновой анергии  
 Б) положительных нормэргических проб  
 В) гиперэргией и виражом туберкулиновых проб.
8. Наиболее типичные изменения в гемограмме при ТВГЛУ:
- А) умеренная анемия, моноцитоз, повышенная СОЭ  
 Б) лейкопения, лимфопения, моноцитоз, повышенная СОЭ  
 В) умеренный лейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитоз, повышенная СОЭ.
9. Инфильтративный вариант ТВГЛУ характеризуется:
- А) значительными неспецифическими и параспецифическими изменениями в ЛУ и межлунечной клетчатке  
 Б) специфическими изменениями в ЛУ средостения и ателектатическим компонентом в легочной ткани  
 В) специфическими изменениями в ЛУ средостения и воспалением вокруг капсулы ЛУ и прилежащей ткани легкого.
10. "Малая форма" ТВГЛУ характеризуется:
- А) поражением всех групп внутригрудных ЛУ с увеличением до небольших размеров  
 Б) поражением бронхопультмональных ЛУ с быстрым развитием осложнений  
 В) поражением 1-2 групп внутригрудных ЛУ с увеличением до 1,5-2 см, малосимптомной клиникой.
11. Инфильтративный вариант ТВГЛУ отличает рентгенологический признак:
- А) наружный контур тени КОРНЯ легкого четкий  
 Б) наружный контур тени корня нечеткий  
 В) наружный контур тени КОРНЯ бугристый.
12. Малая форма "ТВГЛУ имеет характеристики структуры корня на обзорной рентгенограмме:
- А) структурен  
 Б) бесструктурен  
 В) структура тени корня смазана.

13. Томо[граммы средостенная в прямой проекции позволяют получить информацию о:

- А) состоянии внутригрудных ЛУ и крупных сосудов  
 Б) состоянии просвета трахеи крупных бронхов  
 В) всем перечисленном.

14. ТВГЛУ по патогенезу:

- А) вторичный  
 Б) первичный  
 В) третичный

15. Свищевая форма туберкулеза бронха - частое осложнение:

- А) туморозного варианта ТВГЛУ  
 Б) инфильтративного варианта ТВГЛУ  
 В) малой формы

#### **16. Очаговый туберкулез легких**

1. Очаговый туберкулез легких — это:

- А) запущенная форма туберкулеза  
 Б) малая форма туберкулеза

- В) осложнение деструктивных форм туберкулеза.
2. Очаговый туберкулез легких характеризуется:
- А) наличием туберкулезных очагов на протяжении 3-х и более сегментов легких с одной стороны  
 Б) наличием туберкулезных очагов на протяжении 1-го сегмента  
 В) наличием туберкулезных очагов на протяжении менее 3-х сегментов.
3. Основа очагового туберкулеза легких-рентгенологический синдром:
- А) расширения тени средостения  
 Б) усиления легочного рисунка  
 В) очаговости
4. Рентгенологически очаг представляет собой:
- А) затенение до 1 см включительно  
 Б) затенение до 2 см включительно  
 В) затенение до 0,5 см включительно.
5. Очаговый туберкулез сомнительной активности рентгенологически характеризуется наличием:
- А) более 5 очагов разной величины, средней интенсивности, фиброзными изменениями легочной ткани  
 Б) менее 5 одинаковых по размеру и интенсивности очагов, усилением легочного рисунка  
 В) менее 5 полиморфных очагов, фиброзными изменениями легочной ткани.
6. Хронический очаговый туберкулез рентгенологически характеризуется:
- А) полиморфными очагами на фоне фиброзных изменений легочной ткани  
 Б) интенсивными очагами на фоне усиленного легочного рисунка  
 В) среднеинтенсивными очагами на фоне фиброзных изменений легочного рисунка.
7. Неактивный очаговый туберкулез рентгенологически характеризуется:
- А) множественными среднеинтенсивными очагами на фоне усиленного легочного рисунка  
 Б) малых размеров единичными интенсивными (вплоть до петрификатов) очагами на фоне фиброза  
 В) множественными интенсивными очагами на фоне усиленного легочного рисунка.
8. Свежий активный очаговый туберкулез рентгенологически характеризуется наличием:
- А) малой интенсивности с размытыми контурами очагов на фоне усиленного легочного рисунка  
 Б) более 5 одинаковых по размеру интенсивных очагов на фоне фиброза  
 В) полиморфных очагов на фоне фиброза.
9. В пользу активности очагового туберкулеза свидетельствуют:
- А) нормальная гемограмма, нормэргическая реакция на пробу Манту  
 Б) симптомы интоксикации, нормэргическая реакция на пробу Манту, туберкулезный контакт  
 В) сахарный диабет 1 типа, нормэргическая реакция на пробу Манту, рубцовый стеноз 1 степени бронха.
10. В пользу активности очагового туберкулеза указывают следующие рентгенологические признаки:
- А) высокая интенсивность и четкость контуров очаговых теней  
 Б) малая интенсивность и размытые контуры очаговых теней  
 В) высокая интенсивность и размытые контуры очаговых теней
11. Гемограмма, как правило, у больных с впервые выявленным активным очаговым туберкулезом легких:
- А) без изменений  
 Б) с выраженными сдвигами воспалительного характера  
 В) с умеренными сдвигами воспалительного характера.
12. Из перечисленных наиболее информативен метод обнаружения МБТ при очаговом туберкулезе легких:
- А) бактериоскопии Б) посева В) люминесцентной микроскопии.
13. Положительная рентгенологическая динамика в результате пробной противотуберкулезной терапии у больных очаговым туберкулезом легких сомнительной активности свидетельствует о:
- А) неактивном процессе  
 Б) активном процессе  
 В) ни о чем не говорит
14. Главный критерий в пользу активности выявленных очаговых изменений в легких:
- А) гематологические сдвиги  
 Б) бактериовыделение  
 В) наличие жалоб у больного
15. Получивший методом иммуноферментного анализа с тубантигеном результат 0,4 усл.ед. свидетельствует:
- А) в пользу активности очагового туберкулеза Б) в пользу неактивного очагового туберкулеза  
 В) в пользу активности очаг

### **17. Миллиарный туберкулез (МТ)**

- I. Развитие диссеминации в легких при МТ происходит путем:
- А) лимфогенный

- Б) гематоген нам
- В) бронхогенным.
- 2. Размеры очагов при МТ:
  - А) 1-3 мм
  - Б) 1-6 мм
  - В) 1-10 мм.
- 3. Очаги при МТ характеризуются:
  - А) полиморфные, расположены в верхних плевро-кортикальных отделах легких
  - Б) полиморфные, расположены в средних и нижних отделах легких
  - В) мономорфные, расположены по всем легочным полям.
- 4. Легочный рисунок при МТ:
  - А) мелкосетчатый
  - Б) крупнососудистый
  - В) не изменен.
- 5. МТ разделяют на клинические варианты течения:
  - А) пневмонический, менингеальный, тифоидный
  - Б) легочный, тифоидный, менингеальный
  - В) суставной, менингеальный, легочный.
- 6. Для больных тифоидным вариантом МТ характерно:
  - А) брадикардия
  - Б) тахикардия
  - В) мерцательная аритмия.
- 7. Ведущий симптом легочного варианта МТ:
  - А) лихорадка
  - Б) одышка
  - В) кашель с мокротой.
- 8. Острый туберкулезный сепсис
  - А) легочный вариант МТ
  - Б) хронический МТ
  - В) острейшее течение МТ.
- 9. Морфологическая основа тифобациллеза Ландузи:
  - А) казеозно-некротические туберкулезные очаги
  - К) экссудативные туберкулезные очаги
  - В) продуктивные туберкулезные очаги.
- 10. Развитие тифобациллеза Ландузи связано с:
  - А) значительным иммунодефицитом
  - Б) Д-витаминодефицитом
  - В) значительным полиминералдефицитом
- 11. Менингеальный вариант МТ характеризуется совокупностью синдромов:
  - А) менингеального, торакального ликвора
  - Б) менингеального ликвора, анемии
  - В) менингеального, интоксикационного, ликвора.
- 12. Микобактерии в мокроте у больных МТ обнаруживают:
  - А) в 100%
  - Б) в 50%
  - В) в 1-2%.
- 13. На пробу Манту с 2ТЕ у больных МТ как правило
  - А) гиперэргическая
  - Б) нормэргическая
  - В) гипоэргическая, вплоть до анергии
- 14. Наиболее типичные изменения в гемограмме у больных МТ:
  - А) лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг, абсолютная лимфопения
  - Б) лейкопения, абсолютная лимфопения, моноцитоз
  - В) лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг, эозинофилия
- 15. Плевральные реакции при МТ:
  - А) не типичны
  - Б) типичны
  - В) практически не встречаются.

### **18. Диссеминированный туберкулез легких (ДТЛ)**

- 1. Исключите несуществующий вариант течения ДТЛ:
  - А) острый

- Б) подострый
  - В) хронический
2. Укажите основной рентгенологический синдром ДТЛ:
- А) расширения тени средостения
  - Б) диссеминации
  - В) очаговости
3. Чаще всего источником диссеминации становятся:
- А) «старые» очаги в легочной ткани
  - Б) индурированные очаги экстраторакальной локализации
  - В) остаточные изменения первичного туберкулеза во внутригрудных лимфатических узлах
4. В клинике чаще всего наблюдают вариант патогенеза при подостром ДТЛ:
- А) гематогенный
  - Б) лимфогематогенный
  - В) лимфобронхогенный
5. Укажите условия, которые не способствуют развитию ДТЛ:
- А) наличие факторов, снижающих иммунитет
  - Б) наличие факторов, повышающих иммунитет
  - В) наличие факторов, ослабляющих состояние психоэмоциональной сферы
6. Исключите нехарактерный признак для гематогенной диссеминации в легких:
- А) симметричность расположения
  - Б) мелкие размеры очагов
  - В) прикорневая локализация
7. Для лимфогенной диссеминации характерно:
- А) мелкие размеры очагов, апикокаудальное распространение
  - Б) средние размеры очагов, преимущественно прикорневая локализация
  - В) крупные размеры очагов, плеврокортикальное расположение
8. «Штампованные» каверны образуются при подостром и хроническом ДТЛ, если генез:
- А) гематогенный
  - Б) лимфогенный
  - В) лимфобронхогенный
9. Механизм формирования каверн следующий:
- А) распад казеозного очага
  - Б) асептический некроз на фоне тромбоза мелких сосудов
  - В) асептический некроз на фоне разрыва мелких сосудов
10. Основные рентгенологические характеристики каверн:
- А) крупные кольцевидные тени с неполными перегородками, в прикорневой зоне
  - Б) мелкие кольцевидные тени располагающиеся «мозаично» по легочным полям
  - В) мелкие кольцевидные тени, располагающиеся симметрично, апикокаудально
11. Клиническая манифестация ДТЛ в современных эпидемиологических условиях:
- А) с внелегочных поражений в 90%
  - Б) с внелегочных поражений в 10%
  - В) с внелегочных поражений не встречается
12. Диссеминированный туберкулез по патогенезу:
- А) генерализованный туберкулез
  - Б) безлокальная форма туберкулеза
  - В) туберкулезный процесс развивается только в легких
13. При подостром ДТЛ диссеминация в легких по интенсивности очагов:
- А) мономорфная
  - Б) полиморфная
  - В) все перечисленное
14. Хронический ДТЛ клинически характеризуется:
- А) волнообразным течением, постоянной интоксикацией
  - Б) волнообразным течением, торакальным синдромом в период обострения
  - В) волнообразным течением, интоксикацией и торакальным синдромами только в период обострения
15. Неблагоприятным исходом ДТЛ следует считать:
- А) формирование множественных туберкулем
  - Б) формирование фиброзно-кавернозного туберкулеза легких
  - В) фиброзно—очаговые изменения

### **19. Инфильтративный туберкулез легких**

1. Инфильтративный туберкулез легких - это клиническая форма туберкулеза:
- А) первичного

- Б) безлокального
  - В) вторичного.
2. Частота инфильтративного туберкулеза легких среди впервые выявленных больных:
- А) 20-40%
  - Б) 41-60%
  - В) более 61%.
3. В основе инфильтрата инфильтративного туберкулеза легких рентгенологический синдром:
- А) очаговости
  - Б) диссеминации
  - В) фокусного затемнения.
4. Форма туберкулеза, предшествующая развитию инфильтрата:
- А) кавернозная
  - Б) диссеминированная
  - В) очаговая.
5. Основной метод выявления больных инфильтративным туберкулезом легких:
- А) проверочная флюорография
  - Б) серологические реакции
  - В) обследование по обращению с жалобами за медицинской помощью.
6. Особенности анамнеза у больных инфильтративным туберкулезом легких:
- А) болен туберкулезом длительное время
  - Б) изменения в легких выявлены впервые
  - В) заболевание протекало волнообразно.
7. Ведущая жалоба у больных туберкулезным перисциссуритом:
- А) кашель
  - Б) одышка
  - В) боли в грудной клетке при дыхании.
8. Укажите тип инфильтрата, который в 100% сопровождается распадом легочной ткани:
- А) облаковидный
  - Б) перисциссурит
  - В) лобит.
9. Результат объективного обследования, нехарактерный для инфильтративного туберкулеза легких:
- А) положительный симптом Рубинштейна
  - Б) укорочение перкуторного тона
  - В) влажные хрипы.
10. Форма затемнения при облаковидном инфильтрате:
- А) округлая
  - Б) треугольная
  - В) неправильная.
11. Вид затемнения - треугольник Серджана типичен при:
- А) бронхообулярном инфильтрате
  - Б) перисциссурите
  - В) лобите.
12. Исход в туберкулезе чаще происходит при инфильтрате типа:
- А) округлого
  - Б) перисциссурита
  - В) лобита.
13. Наиболее благоприятный исход инфильтративного туберкулеза легких:
- А) туберкулема
  - Б) пневмосклероз с включением индурированных очагов
  - В) пневмоцирроз.
14. Выберите наиболее благоприятный из перечисленных исход инфильтративного туберкулеза легких:
- А) фиброзно-кавернозный туберкулез
  - Б) посттуберкулезный пневмоцирроз
  - В) цирротический туберкулез.
15. Показания к гормональной терапии глюкокортикоидами больных инфильтративным туберкулезом легких:
- А) преимущественно экссудативный характер тканевой реакции
  - Б) функциональная недостаточность коры надпочечников
  - В) все перечисленное.

## **20. Казеозная пневмония**



1. Казеозная пневмония - это:
  - А) вариант течения инфильтративного туберкулеза
  - Б) вариант течения диссеминированного туберкулеза
  - В) самостоятельная клиническая форма туберкулеза
2. Казеозная пневмония может быть:
  - А) осложнением фиброзно-кавернозного туберкулеза
  - Б) осложнением первичного туберкулезного комплекса
  - В) все перечисленное
3. Течение казеозной пневмонии характеризуется как:
  - А) остро-прогрессирующее
  - Б) хроническое волнообразное
  - В) подострое
4. Основная морфологическая характеристика казеозной пневмонии:
  - А) преобладание казеозного некроза
  - Б) распространенность поражения и распад ткани
  - В) все перечисленное
5. Диагноз казеозной пневмонии устанавливают на основании:
  - А) преимущественно рентгенологических данных
  - Б) сочетании клинических и рентгенологических данных
  - В) рентгенологических и лабораторных данных
6. Клинические особенности казеозной пневмонии характеризуются:
  - А) выраженностью интоксикации и торакального синдрома
  - Б) умеренно выраженными интоксикационным и торакальным синдромами
  - В) выраженным торакальным синдромом, умеренной интоксикацией
7. При казеозной пневмонии отмечают:
  - А) низкую эффективность противотуберкулезной терапии в начале заболевания
  - Б) быстрый эффект противотуберкулезной терапии
  - В) эффективность неспецифической терапии
8. У больных казеозной пневмонией типичными являются изменения в гемограмме:
  - А) анемия, лейкоцитоз, значительная лимфоцитопения, СОЭ 50-60 мм/час
  - Б) анемия, лейкоцитоз, лимфоцитоз, СОЭ 50-60 мм/час
  - В) анемия, лейкоцитоз, СОЭ 20-30 мм/час
9. У больных казеозной пневмонией отмечают:
  - А) токсическую зернистость нейтрофилов, палочкоядерный сдвиг влево
  - Б) моноцитоз
  - В) все перечисленное
10. Для казеозной пневмонии характерны:
  - А) высокие значения острофазовых показателей
  - Б) значительное снижение показателей клеточного и гуморального иммунитета
  - В) все перечисленное
11. Реакция на пробу Манту с 2ТЕ у больных казеозной пневмонией:
  - А) чаще гиперэргическая
  - Б) чаще отрицательная
  - В) чаще слабоположительная или нормэргическая
12. Бактериовыделение у больных казеозной пневмонией обычно:
  - А) скудное
  - Б) обильное
  - В) умеренное
13. Больные казеозной пневмонией чаще выделяют МБТ:
  - А) чувствительные к противотуберкулезным препаратам
  - Б) устойчивые к одному туберкулостатику
  - В) полирезистентные
14. Типичные рентгенологические признаки казеозной пневмонии представлены:
  - А) обширное, интенсивное, неоднородное затемнение с участками распада, бронхогенным отсеком
  - Б) лобарное неоднородное затемнение с четкими границами, без распада
  - В) однородное фокусное затемнение, без распада, с четкими границами, в верхней доле
15. Клиническое излечение казеозной пневмонии достигается:
  - А) в 100%
  - Б) в 65-70%
  - В) в 30-40%

## **21. Туберкулемы**

1. Туберкулема — это:

- А) клиническая форма туберкулеза  
 Б) осложнение инфильтративного туберкулеза  
 В) рентгенологический синдром в легких
2. Туберкулема представляет собой:  
 А) фиброзную полость в легком  
 Б) инкапсулированный фокус казеоза в легком  
 В) опухолевый процесс в легком
3. Рентгенологически туберкулема характеризуется:  
 А) наличием диссеминации в легком  
 Б) наличием фокусного затемнения в легком, диаметром более 1 см  
 В) наличием затемнения в легком до 1 см в диаметре
4. По патогенезу (классификация М.М.Авербаха) туберкулемы разделяют на:  
 А) мелкие, средние, крупные  
 Б) фокусно-пневмонические, опухолевидные, блокированные каверны  
 В) инфильтративно-пневмонические, казеомы, псевдотуберкулемы
5. Наиболее типичная локализация туберкулем:  
 А) \$1, \$2, \$6  
 Б) \$7, \$3  
 В) \$3, \$8, \$10
6. Течение туберкулемы характеризуется вариантами:  
 А) стабильное, прогрессирующее, регрессирующее  
 Б) прогрессирующее, нестабильное, стабильное  
 В) метастазирующее, стабильное
7. При стабилизации туберкулемы наблюдают:  
 А) отсутствие клинических симптомов  
 Б) интоксикационный синдром  
 В) торакальные симптомы
8. Исключите неверные рентгенологические признаки прогрессирования туберкулемы:  
 А) уменьшение в размерах, четкие контуры  
 Б) увеличение в размерах, потеря четких контуров, появление распада  
 В) стабильный размер, появление признаков бронхогенного обсеменения
9. Механизм образования псевдотуберкулемы:  
 А) заполнение полости казеозом при условии блокирования дренирующего каверну бронха  
 Б) казеозное расплавление стенки бронха, дренирующего каверну  
 В) заполнение полости жидкостью при условии блокирования дренирующего каверну бронха
10. Конгломератная туберкулема является:  
 А) вариантом инфильтративно-пневмонических туберкулем  
 Б) вариантом казеом  
 В) вариантом псевдотуберкулемы
11. Солитарная туберкулема рентгенологически характеризуется:  
 А) гомогенным фокусным затемнением  
 Б) неоднородным фокусным затемнением  
 В) наличием очаговых теней в фиброзе
12. В лейкограмме при туберкулемах наблюдают:  
 А) лимфоцитоз, моноцитоз  
 Б) лимфопения, моноцитоз  
 В) лимфопения, моноцитопения
13. Иммунологические показатели у больных с туберкулемами характеризуют:  
 А) снижение иммунитета  
 Б) резкое снижение иммунитета  
 В) хорошее и удовлетворительное состояние иммунитета
14. В лечении туберкулем не используется:  
 А) консервативное лечение  
 Б) хирургическое лечение  
 В) искусственный пневмоторакс
15. Показанием к хирургическому лечению не является:  
 А) мелкая туберкулема  
 Б) крупная туберкулема  
 В) наличие множественных туберкулем.
- 22. Экссудативный туберкулезный плеврит**  
 Экссудативный плеврит относят к:  
 А) первичному туберкулезу

- Б) вторичному туберкулезу  
 В) все перечисленное.
2. Туберкулезный плеврит чаще развивается в возрасте:  
 А) до 40 лет  
 Б) старше 40 лет  
 В) любой
3. Для экссудативного туберкулезного плеврита в период разгара характерно:  
 А) тупые нарастающие боли в груди, сухой мучительный кашель, одышка  
 Б) резко выраженные симптомы интоксикации, боли в грудной клетке  
 В) чувствительность в грудной клетке, одышка, симптомы интоксикации.
4. При экссудативном плеврите перкуторно над областью экссудата определяется:  
 А) притупление перкуторного тона  
 Б) тимпанит  
 В) ясный легочный звук.
5. Аускультативно над областью экссудата:  
 А) шум плеска  
 Б) отсутствие или ослабление дыхания  
 В) шум трения плевры.
6. С диагностической целью при экссудативном плеврите выполняют:  
 А) бронхографию, плевральную пункцию, ЯМР  
 Б) ФБС, ангиопульмонографию, компьютерную томографию  
 В) рентгенографию, плевральную пункцию, ФБС, торакоскопию.
7. При туберкулезом экссудативном плеврите показана:  
 А) Плевральная пункция  
 Б) прескаленная биопсия  
 В) транссторакальная биопсия.
8. Туберкулиновая проба Манту с 2 ТЕ при экссудативном плеврите у лиц молодого возраста:  
 А) отрицательная  
 Б) слабоположительная (5-9 мм)  
 В) положительная и гиперэргическая.
9. Рентгенологически экссудативный плеврит характеризуется:  
 А) изменением легочного рисунка, коллабированием легкого  
 Б) затенением нижних отделов легочного поля с косой верхней границей  
 В) затенением нижних отделов легкого с горизонтальной верхней границей.
10. Для диагностики междолевых плевритов необходимо обязательное проведение:  
 А) Рентгеноскопии, томографии  
 Б) обзорной рентгенографии,  
 В) боковой рентгенографии
11. Треугольник Раухфуса-Грокко-это:  
 А) паравертебральный треугольник с притуплением перкуторного тона на стороне поражения  
 Б) паравертебральный треугольник с притуплением перкуторного тона на здоровой стороне  
 В) треугольник между позвоночником и восходящей границей тупости с более ясным перкуторным звуком.
12. Треугольник Гарлянда-это:  
 А) паравертебральный треугольник с притуплением перкуторного тона на стороне поражения  
 Б) паравертебральный треугольник с притуплением перкуторного тона на здоровой стороне  
 В) треугольник между позвоночником и восходящей границей тупости с более ясным перкуторным звуком.
13. Туберкулезная эмпиема-это:  
 А) туберкулез плевры, сопровождающийся пневмотораксом  
 Б) туберкулез плевры, сопровождающийся накоплением геморрагического экссудата  
 В) туберкулез плевры, сопровождающийся накоплением гнойного экссудата.
14. Пневмоплеврит у больного туберкулезом возникает:  
 А) как осложнение лечебного пневмоторакса  
 Б) при спонтанном пневмотораксе  
 В) А.Б.
15. Туберкулезная эмпиема развивается вследствие:  
 А) распространенного казеозного поражения плевры  
 Б) перфорации каверны или субплеврально расположенных очагов  
 В) А.Б.

### **23. Туберкулез бронха (трахеи)**

1. Туберкулез бронха (трахеи) встречается:  
 А) только как изолированное поражение  
 Б) только как осложнения в течении других форм первичного и вторичного туберкулеза

- В) бывает изолированным поражением, бывает - как осложнение других форм туберкулеза.
2. Различают три основные формы туберкулеза бронха (трахеи):
- А) инфильтративная, туморозная, свищевая
  - Б) инфильтративная, язвенная, свищевая
  - В) туморозная, свищевая, язвенная.
3. Исключите редкую локализацию туберкулеза бронха (трахеи)
- А) устья долевых и сегментарных бронхов
  - Б) внутренние стенки главных бронхов, бифуркация трахеи
  - В) внутренние стенки сегментарных бронхов.
4. Исключите несуществующий вариант пути развития туберкулеза бронха (трахеи):
- А) спутогенный, лимфогенный, гематогенный пути
  - Б) путь непосредственного прорыва казеозных масс из лимфатического узла через стенку бронха
  - В) алиментарный путь
5. Укажите наиболее типичные характеристики кашля у больных туберкулезом бронха (трахеи):
- А) битональный, усиливающийся в положении “лежа на спине”
  - Б) сильный, усиливающийся в холодную погоду
  - В) сильный, неукротимый, не поддающийся медикаментозному воздействию.
6. Укажите типичные характеристики боли у больных туберкулезом бронха (трахеи):
- А) упорная, определенной локализации, усиливающаяся при глубоком дыхании
  - Б) сжимающая, за грудиной, с возникающим чувством страха
  - В) колющая, по всей грудной клетке, усиливающаяся при кашле.
7. При туберкулезе бронха (трахеи) имеют место симптомы:
- А) одышка, изменчивость количества мокроты в течение дня, кровохарканье
  - Б) значительное количество мокроты в течение дня, одышка.
  - В) кровохарканье, значительное количество мокроты выделяется в положении “лежа на спине”.
8. Симптомы интоксикации у больных изолированным туберкулезом бронха (трахеи):
- А) отсутствуют
  - Б) имеют место всегда
  - В) бывают крайне редко.
9. Основным методом диагностики туберкулеза бронха (трахеи) является:
- А) микробиологический
  - Б) рентгенологический
  - В.) бронхологический.
10. Косвенными рентгенологическими признаками туберкулеза трахеобронхиального дерева являются:
- А) признаки нарушения проходимости бронха (ателектаз, гиповентиляция и т.д.)
  - Б) диффузный пневмосклероз
  - В) признаки застоя в легких.
11. Рентгеномографическое исследование позволяет определить косвенные признаки туберкулеза бронха:
- А) усиление легочного рисунка
  - Б) изменение просвета пораженного туберкулезом бронха
  - В) наличие жидкости в плевральной полости.
12. При подозрении на туберкулез бронха (трахеи) необходимо исследовать мокроту (промывные воды бронхов):
- А) на микобактерии туберкулеза
  - Б) на атипические клетки
  - В) на неспецифическую флору.
13. Стеноз при туберкулезе бронха (трахеи) является:
- А) осложнением
  - Б) сопутствующим заболеванием
  - В) вторым основным диагнозом.
14. Бронхолит - это:
- А) осложнение туберкулеза бронха
  - Б) вариант исхода туберкулеза бронха
  - В) осложнение стеноза бронха.
15. Исключите несуществующий вариант заживления туберкулеза бронха (трахеи):
- А) рубец
  - Б) полное рассасывание изменений
  - В) бронхоэктазия.

#### **24. Кавернозный туберкулез легких**

1. Основные характеристики кавернозного туберкулеза легких:
- А) наличие сформированной каверны с зоной небольшой перифокальной реакции
  - Б) невыраженные фиброзные изменения в окружающей каверну ткани, малочисленные очаги вокруг

- В) все перечисленное.
2. Кавернозный туберкулез легких не формируется из:
- инфильтративного туберкулеза
  - диссеминированного туберкулеза
  - цирротического туберкулеза.
3. Причины формирования кавернозного туберкулеза:
- позднее выявление туберкулеза, нарушение больным режима химиотерапии
  - резистентность микобактерии
  - все перечисленное.
4. Основной рентгенологический синдром кавернозного туберкулеза легких:
- наличие кольцевидной тени
  - усиление легочного рисунка
  - фокусное затемнение.
5. Строение стенки каверны при кавернозном туберкулезе легких:
- пиогенный, грануляционный, замкнутый фиброзный слой
  - пиогенный, грануляционный, незамкнутый фиброзный слой
  - пиогенный, лимфоцитарный, нейтрофильный слой
6. Течение кавернозного туберкулеза легких характеризуется:
- периодами обострения и затихания
  - непрерывным прогрессированием
  - инаппетентностью.
7. Перкуторные и аускультативные признаки каверны в легком обнаруживаются при следующих условиях:
- расположение каверны на глубине не более 4 см от поверхности грудной стенки
  - размер окна каверны не менее 4 см
  - все перечисленное.
8. Наиболее характерные аускультативные данные над областью расположения каверны у больных кавернозным туберкулезом легких:
- жесткое дыхание, сухие хрипы
  - жесткое дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы
  - средне- и крупнопузырчатые влажные хрипы.
9. укажите неблагоприятный вариант исхода кавернозного туберкулеза легких:
- фиброзно-очаговые изменения
  - фиброзно-кавернозный туберкулез
  - звездчатый рубец.
10. Кавернозный туберкулез легких от фиброзно-кавернозного главным образом отличается:
- по изменениям в гемограмме
  - по морфологическим и рентгенологическим признакам
  - по данным туберкулинодиагностики.
11. Характерные бронхологические изменения при кавернозном туберкулезе легких:
- косвенные признаки увеличения внутригрудных лимфатических узлов
  - туберкулез бронха
  - фиброзная трансформация бронха.
12. Укажите специфическое осложнение кавернозного туберкулеза легких:
- туберкулез бронха
  - ателектаз
  - спонтанный пневмоторакс.
13. Показания для хирургического лечения кавернозного туберкулеза легких:
- легочное кровотечение
  - сохранение каверны после клинически эффективного курса химиотерапии
  - все перечисленное.
14. Наиболее часто применяемый метод хирургического лечения кавернозного туберкулеза легких:
- резекция легкого
  - торакопластика
  - плеврорез.
15. Коллапсотерапия в лечении кавернозного туберкулеза легких:
- эффективна
  - абсолютно неэффективна
  - не используется.

### **25. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких (ФКТ)**

1. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких развивается в результате:
- милиарного туберкулеза
  - только диссеминированного туберкулеза

- В)любой клинической формы в фазе распада.
- 2.Причины формирования ФКТ:
- А)резистентность МБТ  
 Б)позднее выявление туберкулеза, неадекватная химиотерапия исходных форм  
 В)все перечисленное.
- 3.Течение ФКТ:
- А)бессимптомное  
 Б)волнообразное с периодами обострения и стабилизации  
 В)все перечисленное.
- 4.Результаты аускультации легких у больного ФКТ в период обострения:
- А)везикулярное дыхание над всей поверхностью  
 Б)многоплановая картина: ослабленное везикулярное, бронхиальное дыхание, влажные хрипы  
 В)дыхание бронхиальное, многочисленные мелко- и среднепузырчатые хрипы.
- 5.Амфорическое дыхание выслушивается над областью расположения полостей:
- А)мелких  
 Б)крупных, гладкостенных, расположенных у поверхности грудной стенки  
 В)любых размеров.
- 6.Главный рентгенологический синдром, характеризующий ФКТ:
- А)кольцевидная тень (толстостенная каверна)  
 Б)диссеминации  
 В)очаговости.
- 7.На рентгенограмме корень легкого при ФКТ:
- А)расширен за счет гиперплазированных лимфатических узлов  
 Б)не изменен  
 В)фиброзно трансформирован и смещен.
- 8.У больных ФКТ окружающая каверну легочная ткань:
- А)не изменена  
 Б)значительно фиброзно деформирована  
 В)все перечисленное
- 9.Гемограмма у больных ФКТ характеризуется следующими изменениями:
- А)лейкопения, лимфоцитоз, эозинофилия, увеличение СОЭ  
 Б)лейкоцитоз со сдвигом влево, лимфопения, эозинопения, увеличение СОЭ  
 В)лейкоцитоз, лимфоцитоз, наличие клеток Гумпрехта.
- 10.Микроскопически мокрота больных ФКТ характеризуется наличием:
- А)эластических волокон, МБТ, различной микрофлоры  
 Б)элементов тетрады Эрлиха  
 В)обызвествленных эластических волокон, кристаллов Шарко-Лейдена.
- 11.Морфологические отличия кавернозного и ФКТ преимущественно заключаются:
- А)во внутреннем слое стенки каверны  
 Б)в наружном слое стенки каверны  
 В)все перечисленное.
- 12.Внутренний слой каверны при ФКТ:
- А)казеозно-некротический  
 Б)грануляционный  
 В)соединительнотканый.
- 13.Поражение бронхиального дерева у больных ФКТ может быть:
- А)специфическим  
 Б)неспецифическим  
 В)все перечисленное.
- 14.Укажите наиболее благоприятный вариант клинического течения ФКТ:
- А)относительно стабильное  
 Б)прогрессирующее с развитием осложнений  
 В)непрерывно прогрессирующее.
- 15.Наиболее частые причины смерти больных ФКТ:
- А)декомпенсация легочного сердца  
 Б)профузное легочное кровотечение  
 В)всё перечисленное.

## **26. Цирротический туберкулез легких**

- 1.Цирротический туберкулез легких - это:
- А) вариант посттуберкулезных изменений  
 Б) клиническая форма активного туберкулеза

- В) рентгенологический синдром
2. Цирротические изменения в легких характеризуются:
- А) развитием диффузного склероза
  - Б) развитием склероза со сморщиванием ткани
  - В) развитием локального склероза.
3. В зоне пневмоцироза:
- А) образуются бронхоэктазы, капилляры облитерируются или аневризматически расширяются
  - Б) происходит лимфоцитарная инфильтрация ткани
  - В) образуются ретенционные кисты, в сосудах формируются холестериновые бляшки.
4. Исключите вариант несуществующих факторов, приводящих к развитию туберкулезного пневмоцироза:
- А) инфильтративный, диссеминированный, фиброзно-кавернозный туберкулез, туберкулез плевры
  - Б) ателектаз, пневмоплеврит, неэффективность или длительность искусственных пневмотораксов
  - В) поликистоз легких, неспецифическая пневмония, бронхоэктатическая болезнь.
5. Причиной стимуляции фиброобразования в легочной ткани являются:
- А) гипоксия ткани, усиление перекисного окисления липидов, нарушения в сурфактантной системе
  - Б) усиление активности печеночных ферментов
  - В) нарушения в свертывающей системе крови, активация фибринолиза.
6. Клиническая картина цирротического туберкулеза легких характеризуется:
- А) остро прогрессирующим течением
  - Б) волнообразным течением с периодами вспышек и затиханий
  - В) инертным течением.
7. Клинические проявления цирротического туберкулеза обусловлены:
- А) активным туберкулезным процессом
  - Б) неспецифическим воспалением в метатуберкулезной зоне
  - В) активным туберкулезным процессом и симптомами метатуберкулезного синдрома.
8. Обострение цирротического туберкулеза легких протекает с:
- А) невыраженной интоксикацией, редким кашлем, болями в межлопаточной области
  - Б) выраженной интоксикацией, кашлем, мокротой, кровохарканьем, одышкой
  - В) отсутствием интоксикации, одышкой, давящими болями в груди
9. Исключите несуществующий вариант изменений над зоной цирроза при осмотре грудной клетки:
- А) сужение и втянутость межреберий, атрофия мышц плечевого пояса
  - Б) над участком цирроза- притупление перкуторного звука, бронхиальное дыхание, хрипы
  - В) расширение межреберий, ослабленное везикулярное дыхание, сухие хрипы
10. Укажите наиболее частые осложнения цирротического туберкулеза легких:
- А) легочное сердце
  - Б) амилоидоз
  - В) все перечисленное.
11. Основное отличие цирротического туберкулеза от посттуберкулезного цирроза:
- А) активность специфического процесса
  - Б) рентгенологические признаки цирроза
  - В) воспалительные изменения в гемограмме.
12. Рентгенологические признаки туберкулезного цирроза легкого:
- А) деформация легочного рисунка, уменьшение объема пораженного участка, смещение средостения к зоне цирроза, деформация плевры
  - Б) округлая тень в зоне деформации легочного рисунка
  - В) кольцевидная тень, лимфангит в прилежащей зоне, очаги.
13. Уменьшение количества образующихся фибробластов происходит при использовании:
- А) витаминов группы В
  - Б) глюкокортикоидов
  - В) спазмолитиков.
14. Препараты группы антиоксидантов показаны при развитии пневмосклероза, поскольку:
- А) уменьшают количество зрелого коллагена в зоне формирования пневмосклероза
  - Б) стимулируют коллагенообразование
  - В) улучшают лимфообращение в области пневмосклероза.
15. Решающим в определении активности цирротических туберкулезных изменений является:
- А) рентгенологически определяемые свежие воспалительные изменения
  - Б) бактериовыделение
  - В) гематологические сдвиги по воспалительному типу.

## **27. Осложнения туберкулеза**

1. Осложнения туберкулеза органов дыхания могут быть:
- А) специфическими

- Б) неспецифическими  
 В) все перечисленное.
2. Неспецифическим осложнением диссеминированного туберкулеза легких является:  
 А) спонтанный пневмоторакс  
 Б) плеврит  
 В) туберкулез бронха.
3. У больных очаговым туберкулезом неспецифическим осложнением является:  
 А) туберкулез бронха  
 Б) туберкулез гортани  
 В) кровохарканье.
4. Инфильтративный туберкулез легких не может манифестировать осложнением:  
 А) плевритом  
 Б) кровохарканьем  
 В) амилоидозом почек.
5. Частым специфическим осложнением туберкулезного лобита является:  
 А) кровохарканье  
 Б) туберкулез бронха  
 В) легочно-сердечная недостаточность
6. Казеозная пневмония у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких:  
 А) специфическое осложнение  
 Б) неспецифическое осложнение  
 В) сопутствующее заболевание.
7. Туберкулез гортани в фазе инфильтрации у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом:  
 А) специфическое осложнение  
 Б) неспецифическое осложнение  
 В) сопутствующее заболевание.
8. Неспецифическим осложнением фиброзно-кавернозного туберкулеза легких является:  
 А) легочное сердце  
 Б) туберкулез кишечника  
 В) туберкулез плевры.
9. Развитие легочно—сердечной недостаточности у больных туберкулезом:  
 А) улучшает прогноз заболевания  
 Б) ухудшает прогноз заболевания  
 В) не влияет на прогноз заболевания.
10. Легочно-сердечная недостаточность у больных туберкулезом связана с:  
 А) формированием легочного сердца  
 Б) выраженным интоксикационным синдромом  
 В) А, Б.
11. Основным патогенетическим механизмом легочного сердца является:  
 А) диспротеинемия  
 Б) легочная гипертензия  
 В) все перечисленное.
12. Сердце у больных легочным сердцем характеризуется:  
 А) гипертрофией правого желудочка  
 Б) гипертрофией левого желудочка  
 В) А, Б.
13. Закрытый спонтанный пневмоторакс у больных фиброзно—кавернозным туберкулезом:  
 А) специфическое осложнение  
 Б) неспецифическое осложнение  
 В) все перечисленное.
14. Бронхогенное обсеменение легочной ткани у больного инфильтративным туберкулезом легких:  
 А) специфическое осложнение  
 Б) неспецифическое осложнение  
 В) фаза процесса.
15. Распад легочной ткани у больного диссеминированным туберкулезом легких:  
 А) специфическое осложнение  
 Б) неспецифическое осложнение  
 В) фаза процесса.

## **28. Легочное кровотечение (ЛК)**

1. Кровохарканье - это:  
 А) обнаружение прожилок, вкраплений крови в мокроте



- Б)отхождение крови при кашле до 100 мл  
 В)отхождение крови при кашле в количестве более 100 мл.
- 2.Малые легочные кровотечения сопровождаются отхождением крови:  
 А)отдельными пленками  
 Б)до 100 мл  
 В) более 100мл.
- 3.Средние легочные кровотечения характеризуются отхождением крови:  
 А)до 100 мл  
 Б)от 100 до 500 мл  
 В)свыше 500 мл.
- 4.Малые легочные кровотечения возникают при следующих формах туберкулеза:  
 А)малых формах туберкулеза  
 Б)фиброзно-кавернозном туберкулезе  
 В)хроническом диссеминированном туберкулезе.
- 5.Большие легочные кровотечения возникают при:  
 А)инфильтративном туберкулезе бронха  
 Б)фиброзно-кавернозном туберкулезе  
 В)первичном туберкулезном комплексе.
- 6.Неотложная помощь при легочном кровотечении на догоспитальном этапе включает:  
 А)придание полусидячего положения или положения “лежа на боку”  
 Б)придание положения “лежа на спине” с наложением жгутов на нижние конечности  
 В)введение ганглиоблокаторов.
- 7.При наличии геморрагического синдрома госпитализации не подлежат:  
 А)лица с кровохарканьем  
 Б)лица с малыми кровотечениями  
 В)лица с малыми кровотечениями, склонными к остановке.
- 8.Госпитализация в терапевтическое отделение показана при:  
 А)рецидивирующих малых и средних легочных кровотечениях  
 Б)малых и средних легочных кровотечениях, склонных к остановке  
 В)неустановленном источнике кровотечения.
- 9.В хирургическое отделение направляются больные с:  
 А)малыми ЛК, имеющими тенденцию к остановке  
 Б)малыми ЛК рецидивирующего характера.  
 В) кровохарканье
10. для создания искусственной управляемой гипотонии не вводят:  
 А)этамзилат натрия 1,5% 2-4 мл каждые 4-6 часов  
 Б)арфонад 0,1% 1 мл  
 В)пентамин 5%-0,1-1 мл через каждые 2-4 часа.
- 11.для снижения фибринолитической активности крови не применяют:  
 А)фентанил  
 Б)контрикал  
 В)аминокапроновую кислоту.
- 12.для подавления отрицательных эмоций при ЛК на госпитальном этапе возможно назначение:  
 А) морфина  
 Б)промедола  
 В)кодеина
- 13.Активирует формирование тромбопластина:  
 А)зуфиллин  
 Б)бензогексоний  
 В)этамзилат натрия
- 14.Применяется при остановке легочной геморрагии, понижая проницаемость стенки капилляров:  
 А)аскорбиновая кислота  
 Б)альфа-токоферол  
 В)пиридоксина гидрохлорид
- 15.Наиболее частая локализация аспирационной пневмонии при ЛК:  
 А)нижние отделы легких  
 Б)верхние отделы легких  
 В)нижне-задние отделы правого легкого

### **29.Спонтанный пневмоторакс (СП) неотложная помощь**

- 1.СП у больных туберкулезом является:  
 А)специфическим осложнением туберкулеза

- Б)неспецифическим осложнением туберкулеза  
 В)клиническим проявлением туберкулёза.
- 2.Основной причина, приводящая к развитию СП больных прогрессирующим туберкулезом легких:  
 А)бронхоэктазы  
 Б)субплевральные каверны  
 В)буллы.
- 3.Укажите фазу туберкулезного процесса, при которой часто возникает СП:  
 А)распада  
 Б)обсеменения  
 В)инфильтрации
- 4.Укажите вид СП, характеризующийся прогрессирующим течением:  
 А)открытый  
 Б)закрытый  
 В)клапанный
- 5.Ведущая жалоба больного при СП:  
 А)резкая боль в грудной клетке  
 Б)кровохарканье  
 В)лихорадка.
6. Вынужденное положение больного при СП:  
 А)лежит на больном боку  
 Б)лежит на здоровом боку  
 В)лежит на спине
- 7.Трахея при СП:  
 А)находится по средней линии  
 Б)смещена в сторону поражения  
 В)смещена в противоположную поражению сторону.
- 8.При перкуссии у больных с СП определяется:  
 А)коробочный тон  
 Б)тимпанит  
 В)укорочение перкуторного тона.
- 9.Основной метод диагностики СП:  
 А)плеврoцентез  
 Б)рентгенологическое обследование  
 В)клиническое обследование.
- 10.Результаты манометрии плевральной полости при открытом СП:  
 А)давление равно атмосферному  
 Б)давление выше атмосферного  
 В)давление ниже атмосферного.
- 11.Самое частое осложнение СП:  
 А)кровохарканье  
 Б)тромбoэмболия легочной артерии  
 В)плеврит.
- 12.Радикальный метод лечения у больных открытым СП:  
 А)резекция легкого  
 Б)дренирование плевральной полости :  
 В)ушивание дефекта плевры.
- 13.Основной метод лечения при закрытом СП:  
 А)аспирация воздуха  
 Б)медикаментозное лечение  
 В)хирургическое лечение.
- 14.Экстренная помощь при клапанном СП:  
 А)ушивание плевры  
 Б)плевродез  
 В)перевод СП в открытый.
- 15.С целью обезболивания при СП вводят:  
 А)раствор викасола 1% внутримышечно  
 Б)раствор промедола 2% подкожно  
 В)раствор димедрола 1%, внутримышечно

### **30.Туберкулостатическая терапия и ее осложнения**

- 1.Основной принцип антибактериальной терапии туберкулеза:  
 А)ранняя монотерапия с чередованием туберкулостатиков

- Б)монотерапия длительным курсом  
 В)длительная полихимиотерапия.
- 2.Медикаментозная терапия больного туберкулезом включает назначение:  
 А)этиотропных препаратов  
 Б)этиотропных, патогенетических, симптоматических препаратов  
 В)этиотропных, симптоматических препаратов.
- 3.Режим туберкулостати ческой терапии определяется в зависимости от:  
 А)наличия или отсутствия распада в легочной ткани  
 Б)интенсивности бактериовыделения и наличия или отсутствия специфических осложнений  
 В)наличия или отсутствия распада в легочной ткани, МБТ, распространенности процесса.
- 4.К группе препаратов наиболее высокой эффективности при туберкулезе относят:  
 А)ПАСК, тибон  
 Б)стрептомицин, этамбутол, пиразинамид  
 В)рифампицин, изониазид.
- 5.Препаратами средней эффективности для лечения туберкулеза не являются:  
 А)ПАСК, тибон  
 Б)рифампицин, изониазид  
 В)все перечисленное.
- 6.Из перечисленных туберкулостатиов не оказывают действия на внутриклеточно расположенные МБТ:  
 А)изониазид, рифампицин  
 Б)стрептомицин, циклосерин  
 В)этамбутол, пиразинамид.
- 7.Методы введения туберкулостатиов, применяемые во фтизиатрия:  
 А)внутривенно, внутримышечно, ингаляционно, перорально  
 Б)лимфотропно, интракавернозно, ректально, с помощью электрофореза  
 В)все перечисленное.
- 8.В аэрозолях можно назначать препараты:  
 А)этамбутол, этионамид, протионамид  
 Б)изониазид, стрептомицин, солютизон, флоримицин, канамицин  
 В)фтивазид, метагид, ПАСК.
- 9.Исключите нехарактерные побочные эффекты рифампицина:  
 А)нейротоксичность, ототоксичность  
 Б)нефротоксичность, гриппоподобный эффект  
 В)влияние на гормонопродукцию, гепатотоксичность.
- 10.Основное токсическое действие изониазида:  
 А)нейротоксичность  
 Б)ототоксичность  
 В)нефротоксичность.
- 11 .Основное токсическое действие препаратов группы аминогликозидов:  
 А)ототоксичность  
 Б)гепатотоксичность  
 В)нейротоксичность.
- 12.Пиразинамид не оказывает токсического действия на:  
 А) печень  
 Б) обмен мочевой кислоты  
 В) зрительный анализатор.
- 13.Противопоказанием к назначению этамбутола является:  
 А)тиреотоксикоз  
 Б)нарушение цветоощущения  
 В)острый инфаркт миокарда в анамнезе.
- 14..Почечно-печеночный блок — токсическое проявление:  
 А)изониазида  
 Б)пиразинамида  
 В)рифампицина.
15. Комбинированные противотуберкулезные препараты включают:  
 А )туберкулостатики и гепатопротекторы  
 Б)туберкулостатики и витамины  
 В)несколько туберкулостатиов.

### **31.Патогенетическая терапия туберкулеза**

- 1.Патогенетическая терапия направлена на:

- А) борьбу с возбудителем  
 Б) восстановление функционального состояния различных органов и систем  
 В) восстановление нарушенного гомеостаза,
2. К специфическим антифлогистикам относят:  
 А) производные пирозолона (бутадион, анальгин)  
 Б) вольтарен, индометацин, бруфен  
 В) туберкулин.
3. Десенсибилизирующая методика туберкулинотерапии применяется при туберкулезе:  
 А) в качестве специфического противовоспалительного средства  
 Б) при преобладании экссудативного компонента воспаления  
 В) при преобладании продуктивного компонента воспаления.
4. Десенсибилизирующая туберкулинотерапия показана при:  
 А) кровохарканьях и кровотечениях  
 Б) больным первичным и вторичным туберкулезом с выраженной интоксикацией  
 В) больным с первичным и вторичным туберкулезом с экссудативным компонентом воспаления, гиперэргической чувствительностью к туберкулину без интоксикации.
5. Стимулирующая методика туберкулинотерапии показана при:  
 А) лекарственной устойчивости МБТ  
 Б) кровохарканьях и кровотечениях  
 В) всех формах торпидно текущего легочного туберкулеза с преобладанием пролиферативных процессов.
6. Исключите группу препаратов, не имеющих противовоспалительного эффекта в клинике туберкулеза:  
 А) глюкокортикоиды  
 Б) вакцина БЦЖ  
 В) антикининовые препараты.
7. Глюкокортикоиды не показаны при:  
 А) формах активного туберкулеза органов дыхания, осложненных сердечной недостаточностью  
 Б) формах туберкулеза легких с выраженной экссудативной тканевой реакцией  
 В) признаках недостаточности функции коры надпочечников.
8. Антигистаминные препараты наиболее эффективны при лечении туберкулеза:  
 А) в начальный период заболевания  
 Б) в разгар заболевания  
 В) в период обратного развития, затихания процесса.
9. Адаптогены — это препараты, которые обладают действием::  
 А) иммуносупрессивным  
 Б) иммуномодулирующим  
 В) регенерирующим.
10. К адаптогенам относят препараты, которые применяют в дозах:  
 А) терапевтических  
 Б) выше терапевтических  
 В) субтерапевтических.
11. К адаптогенам растительного происхождения относят препараты:  
 А) левамизол  
 Б) тималин  
 В) настойка элеутерококка.
12. К адаптогенам животного происхождения относят:  
 А) настойка элеутерококка  
 Б) тималин  
 В) нуклеинат натрия.
13. Укажите препарат не имеющий антиоксидантных свойств:  
 А) вольтарен  
 Б) тиосульфат натрия  
 В) альфа-токоферол.
14. Гепатопротекторы показаны в лечении больных туберкулезом при:  
 А) токсикоаллергическом лекарственном гепатите  
 Б) преимущественно больным с заболеваниями печени в анамнезе  
 В) А, Б.
15. Гепатопротекторный эффект имеют препараты:  
 А) легалон, карсил, эссенциале  
 Б) андекалин, пармидин  
 В) амоксиклав, сумамед, эрнитромицин.

### **32.Саркоидоз органов дыхания (СОД)**

1.Основа морфогенеза СОД:

- А)гранулематоз
- Б)опухоль
- В)неспецифическое воспаление

2.Саркоидозом чаще заболевают:

- А)дети и подростки
- Б)мужчины
- В)женщины

3.Этиология саркоидоза:

- А)микобактерии туберкулеза
- Б)вирус Эпштейн-Барра
- В)полипричинность

4.Наиболее типичные клеточные элементы саркоидной гранулемы:

- А)клетки Березовского-Штернберга
- Б)гигантские клетки, эпителиоидные клетки
- В)ретикулярные клетки.

5.Чаще всего при саркоидозе поражаются лимфатические узлы:

- А)внутригрудные
- Б)внутрибрюшные
- В)периферические.

6. Типичные иммунологические нарушения при саркоидозе:

- А)преимущественно страдает Т-система лимфоцитов
- Б)преимущественно страдает В-система лимфоцитов
- В)страдают Т-и В-системы иммунитета.

7.Туберкулиновые пробы при саркоидозе чаще всего:

- А)отрицательные
- Б)нормэргические
- В)гиперэргические.

8.При СОД чаще встречаются адаптационные реакции:

- А)РТ (реакция тренировки), РА (реакция активации)
- Б)РП (реакция переактивации), РС (реакция “стресс”)
- В)РТН, РАН

9.Основные рентгенологические синдромы при СОД:

- А)округлой тени
- Б)наличия жидкости в плевральной полости
- В)лимфаденопатия, диссеминация.

10.Синдром Леффгрена включает:

- А)менингеальные симптомы
- Б)внутригрудная аденопатия, узловатая эритема, лихорадка, артралгии
- В)спонтанный пневмоторакс, легочная геморрагия.

11.Наиболее типичные изменения периферической крови при СОД:

- А)эозинофилия, палочкоядерный сдвиг влево
- Б)моноцитоз, лимфоцитопения, лейкопения
- В)базофилия, анемия, лейкоцитоз.

12.Типичные бронхологические изменения при СОД характеризуются:

- А)диффузной инфильтрацией слизистой бронха
- Б)признаками язвенного поражения слизистой
- В)извилистым сосудистым рисунком и наличием саркоидных узелков.

13.Один из часто наблюдаемых синдромов при СОД:

- А)аллергологический
- Б)иммунологический
- В)синдром средней доли.

14.Наиболее эффективное лечение СОД:

- А)гормональное
- Б)антибиотики широкого спектра
- В)противотуберкулезные препараты.

15.Типичные осложнения гормональной терапии:

- А)нарушения водно-солевого обмена
- Б)изменение реологических свойств крови
- В)все перечисленное выше.

### Задача №1

Больная Ш., 36 лет, строитель. Заболевание началось остро. Температура тела повысилась до 38°C, появились боли в голеностопных суставах, их припухлость. На задней поверхности голени медиально с обеих сторон появилась симметрично расположенная узловатая эритема. Больная обратилась к врачу-терапевту поликлиники по месту жительства. Он направил ее к врачу-ревматологу, который назначил терапию нестероидными противовоспалительными препаратами. Лечение в течение 1,5 месяцев без эффекта. Выполнено флюорографическое обследование, направлена на консультацию к фтизиатру. Предыдущая флюорограмма, выполненная год назад, без патологических изменений. Со слов, контакта с больными туберкулезом не имела.

Объективно: телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка астенической конфигурации, обе половины ее равномерно участвуют в акте дыхания. При пальпации грудной стенки патологии не выявлено. Аускультативно – над легкими жесткое дыхание с удлиненным выдохом в межлопаточном пространстве в средней его трети. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.

### Задача №2

Больной 30 лет, таксист. Из анамнеза известно, что пять лет назад перенес левосторонний экссудативный плеврит. Лечился в терапевтическом стационаре. Рассасывание экссудата произошло через 4 недели. После выписки был направлен в противотуберкулезный диспансер на консультацию. Однако в ПТД не был. Флюорографические обследования выполняет нерегулярно. Предшествующее – 1,5 года назад, со слов, без патологии, кадр не представлен. Последние шесть месяцев беспокоят боли в суставах, слабость, периодические подъемы температуры тела. В связи с усилением болей и появлением отечности в кистевых, коленных и голеностопных суставах обратился в поликлинику к терапевту, который назначил противовоспалительные нестероидные препараты. Улучшения в самочувствии не наступило, в вечернее время сохранялась лихорадка, отметил снижение массы тела, присоединился сухой кашель.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Питания пониженного, подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Периферические лимфатические узлы пальпируются на боковой поверхности шеи – мелкие, плотно-эластические, безболезненные, а также – два в подмышечной области слева, безболезненные, мягкоэластической консистенции, размером до 2 см. Над всей поверхностью легких ясный перкуторный тон, дыхание жесткое, ЧДД 20 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ЧСС 88 в 1 минуту, ритм правильный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Клинический анализ крови: Hb – 140 г/л, Эр. –  $4,5 \times 10^{12}$ /л, Л –  $8,8 \times 10^9$ /л, п/я – 8%, с/я 55%, л – 25%, м – 12%, СОЭ – 28 мм/час.

### Задача №3

Больная Т., 63 года, по профессии маляр-штукатур, 3 последних года по профессии не работает. Флюорографические обследования не проходила 5 лет. О контакте с больными туберкулезом не знает. В течение жизни редко болела простудными заболеваниями. 7 лет назад была прооперирована по поводу токсической аденомы щитовидной железы. Около года назад стала отмечать раздражительность и беспричинное беспокойство. Постепенно нарастала общая слабость, недомогание. Отмечала повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Похудела на 5 кг за 6 месяцев. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на температуру, общую слабость, потливость, сердцебиение, похудание и появившуюся в последнее время одышку при физической нагрузке.

При объективном обследовании: состояние больной удовлетворительное, пальпируются единичные надключичные и подмышечные лимфатические узлы плотно-эластической консистенции, безболезненные. Пульс 103 в минуту, АД 155/85 мм рт.ст., тоны сердца громкие, акцент II тона над аортой. ЧДД 18 в минуту в покое. В легких при перкуссии небольшое укорочение тона над верхушкой легких с двух сторон, дыхание жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Мочеиспускание учащенное, безболезненное, отеков нет. Клинический анализ крови: Hb – 105 г/л, Эр. –  $3,8 \times 10^{12}$ /л, Л –  $9,0 \times 10^9$ /л, п/я – 6%, с/я – 47%, э – 5%, л – 39%, м – 7%, СОЭ – 50 мм/час. Анализ мочи: желтая, сл. мутная, удельный вес 1022, эпит. един., Л – 5-6 в поле зрения, Эр. – 2-3 в поле зрения, оксалаты ++++. На обзорной рентгенограмме органов грудной полости определяется расширение тени средостения в области правого корня за счет увеличенных бронхопульмональных лимфатических узлов.

#### Задача №4

Больная П., 35 лет, технолог химического производства. В течение последних 5 месяцев отмечает повышенную утомляемость, слабость, субфебрилитет в вечернее время, кашель без мокроты. За медицинской помощью не обращалась. Накануне появилось кровохарканье, послужившее поводом для обращения к врачу-терапевту поликлиники. Флюорографию проходила год назад. Со слов, на флюорограмме патологических изменений не было выявлено. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Объективно: правильного телосложения, повышенного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка астенической конфигурации, правая половина отстает при дыхании. Над легкими перкуторно легочный звук. В подключичной области справа отмечается укорочение его. При аускультации над этим участком определяется ослабленное дыхание и немногочисленные влажные мелкопузырчатые хрипы. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено. Клинический анализ крови: Hb – 139 г/л, Эр. –  $4,4 \times 10^{12}$ /л, Л –  $6,7 \times 10^9$ /л, э – 4%, п/я – 7%, с/я – 48%, л – 21%, м – 14%, СОЭ – 22 мм/час. В анализе мочи патологических изменений не выявлено. В анализах мокроты методом бактериоскопии дважды МБТ не обнаружены. Реакция на пробу Манту с 2ТЕ – папула 18 мм, региональный лимфангит. На обзорной рентгенограмме органов грудной полости в верхней доле правого легкого определяется обширный фокус инфильтрации с нечеткими контурами очаговой структуры с участком деструкции до 3 см в диаметре. Тень сердца в пределах нормы, контур диафрагмы четкий.

#### Задача №5

Больной Д., 59 лет, работает мастером по ремонту телевизоров. Курит в течение 30 лет. Последние 5 лет состоит на учете у эндокринолога с диагнозом Сахарный диабет 2-го типа, получает ежедневно 2 таблетки манинила. ФЛГ-обследование проходил ежегодно, последнее – 10 месяцев назад, со слов – без патологии. 6 месяцев назад отмечал гриппоподобное заболевание, проявившееся в повышении температуры до  $38^{\circ}\text{C}$ , общей слабости, недомогании, усилении сухого кашля. Лечился в поликлинике по месту жительства у терапевта симптоматическими средствами. Рентгенограмма легких не выполнялась. Через 2 недели самочувствие улучшилось, и больной вышел на работу. С этого времени стал отмечать периодическое повышение температуры тела к вечеру до  $37^{\circ}\text{C}$ , утомляемость, потливость по ночам, усиление кашля, появление мокроты гнойно-слизистого характера. В связи с необходимостью планового обследования у эндокринолога вновь обратился в поликлинику. При осмотре: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные. Пульс 83 уд. в 1 минуту, не напряжен. АД 145/80 мм рт.ст. Симптомы Штернберга и Поттенджера

отрицательные с двух сторон. Дыхание над всей поверхностью легких жесткое, единичные рассеянные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание безболезненное. Периферических отеков нет. Клинический анализ крови: Нв – 120 г/л, Эр. –  $3,9 \times 10^{12}/л$ , Л –  $9,1 \times 10^9/л$ , п/я – 7%, с/я – 59%, э – 3%, л – 18%, м – 13%, СОЭ – 21 мм/час. Глюкоза крови – 8,1 ммоль/л. Анализ мочи: цвет – желтая, относительная плотность – 1025, белок – 0, сахар ++, Л – 6-8 в поле зрения, Эр. – нет. В мокроте методом бактериоскопии однократно МБТ (+). На обзорной и правой боковой рентгенограмме органов грудной клетки в S<sub>6</sub> правого легкого определяется неоднородная инфильтрация с полостью распада. Выражены пути оттока к корню. Правый корень фиброзно деформирован. Слева без патологических изменений.

## 10. Учебная литература и ресурсы сети «Интернет», необходимые для проведения практик

### Основная:

Фтизиатрия : учебник для вузов / Н. А. Браженко, О. Н. Браженко. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : Юрайт, 2020. - 735, [1] с., [5] л. цв. ил. : ил. -151, НО (2), УО (146), ЧЗ (3)
Мишин В.Ю., Фтизиатрия [Электронный ресурс] : учебник / В. Ю. Мишин, С. П. Завражнов, А. В. Митронин, А. В. Мишина. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970454008.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970454008.html</a>
39 фпо/ 01447Туберкулез мочеполовых органов [Текст] : учеб. пособие для студентов мед. вузов, клинич. ординаторов и аспирантов / В. Я. Дубинский [и др.] ; под ред. С. Х. Аль-Шукри ; Первый Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. урологии с курсом урологии с клиникой. - СПб. : РИЦ ПСПбГМУ, 2017. - 43 с. - Библиогр.: с. 43 (10 назв.): всего 74 : НО (5), УО (66), ЧЗ (3)
50 фпо Туберкулезное поражение центральной нервной системы у ВИЧ-инфицированных больных [Текст] : учеб.-метод. пособие для клинич. ординаторов и врачей / Первый Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. неврологии ; [сост.: А. А. Вишневский и др.]. - СПб. : РИЦ ПСПбГМУ, 2017. - 47 с. : ил., табл. – 74 экз.

### Дополнительная:

П 16/572 Туберкулез : гомеостаз организма и эффективность лечения [Текст] : монография / Н. А. Браженко, О. Н. Браженко. - СПб. : СпецЛит, 2017. - 414, [1] с. : ил., табл. – 1 экз.
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. - Текст : электронный // URL : <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970459911.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970459911.html</a>
Зими́на, В. Н. Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых / В. Н. Зими́на, 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. - Текст : электронный // URL : <a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458242.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458242.html</a>
Гиллер Д.Б., Фтизиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Д. Б. Гиллер, В. Ю. Мишин и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 576 с.



ЭБС Консультант врача:

Чучалин А.Г., Респираторная медицина: в 3 т. Т. 1. [Электронный ресурс] : руководство / под ред. А. Г. Чучалина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 640 с. - ISBN 978-5-4235-0262-1 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502621.html>

Викторова И. Б., Диссеминированные заболевания легких у пациентов с различным ВИЧ-статусом [Электронный ресурс] / И. Б. Викторова [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-4214-2 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442142.html>

Электронные базы данных

<http://www.studentlibrary.ru/>

<http://www.bloodjournal.org>

<http://e.lanbook.com/>

<http://www.scopus.com/>

<http://books-up.ru/>

<http://roftb.ru/>

Периодические издания:

<http://roftb.ru/journal/Туберкулез и болезни легких>

<http://roftb.ru/structure/Клинические рекомендации>

## **11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.**

В ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова освоение образовательных программ проводится с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. Для этого создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Есть электронные библиотеки, обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

1. «Консультант+»
2. ЭБС «Консультант студента»
3. База данных рефератов и цитирования SCOPUS.
4. Электронный информационный ресурс ClinicalKey
5. ЭБС «Консультант врача»

## **12. Материально-техническая база, необходимая для проведения практики**

Материально-техническая база кафедры обеспечивается клинической базой.

Наименование специализированных аудиторий и лабораторий	Перечень оборудования
ГПТД (ул. Звездная,12) договор от 02.09.2019 №254-КБ	

5. Консультативный кабинет № 1	Тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий,
6. Рентгенкабинет	Негатоскопы, цифровой флюорограф, рентгенаппарат
7. Кабинет ФД	ЭКГ, спирограф.
8. Лаборатория	Выполнение клинических и биохимических исследований
ПТД № 8 (ул. 8-я Советская) договор от 01.06.2019 № 248- КБ	
Процедурная	Бактерицидная лампа – 1 шт. тонометры, фонендоскопы, медицинские весы, укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий. Облучатели бактерицидные. Рентгеновский кабинет, процедурные, лаборатория, кабинеты функциональной диагностики.
Ординаторская	Бактерицидная лампа -1 шт. Компьютер с выходом в интернет – 2 шт. Негатоскопы – 2 шт.
Дневной стационар	Бактерицидная лампа -1 шт. Койка – 6 шт. укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий.
Рентгеновский кабинет	Негатоскопы, цифровой флюорограф, рентгенаппарат
Кабинет функциональной диагностики.	Бактерицидная лампа -1 шт. УЗИ- аппарат - 1шт Койка -1 шт Спирограф -1 шт

**Разработчик:**

Профессор кафедры фтизиопульмонологии,  
д.м.н. О.Н. Браженко

**Рецензент**

Заведующая кафедрой фтизиатрии ФГБОУ ВО СПбГМПУ МЗ РФ,  
Д.м.н., профессор М.Э. Лозовская

**Эксперт:**

Главный врач СПбГБУЗ «ПТД № 8», Григорьева Г.В.