

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Владимирский филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ФТИЗИАТРИЯ

Специальность: **31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО**

Кафедра: **ФТИЗИАТРИИ ИМ. И.С. НИКОЛАЕВА**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

**Владимир
2023**

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Фтизиатрия» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Фтизиатрия». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Фтизиатрия» используются следующие оценочные средства:

| № п/п | Оценочное средство | Краткая характеристика оценочного средства | Представление оценочного средства в ФОС |
|-------|---|--|--|
| 1 | Тестовые задания | Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося | Фонд тестовых заданий |
| 2 | Контрольная работа | Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу | Комплект контрольных заданий по вариантам |
| 3 | Творческое задание (индивидуальное задание) | Частично регламентированное задание, имеющее нестандартное решение и позволяющее диагностировать умения, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения. Может выполняться в индивидуальном порядке или группой обучающихся. | Темы групповых и/или индивидуальных творческих заданий |
| 4 | Реферат | Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее. | Перечень тем рефератов |
| 5 | Индивидуальный опрос | Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала | Перечень вопросов |

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

| Код и формулировка компетенции | Этап формирования компетенции | Контролируемые разделы дисциплины | Оценочные средства |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------|
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------|

| | | | |
|--|------------------------------|---|--|
| УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 | Входной | Раздел 1. Особенности методики обследования больного туберкулезом легких. Курация больных. Формулировка диагноза в соответствии с требованиями клинической классификации. Туберкулинодиагностика. Вакцинация БЦЖ. Лечение больных туберкулезом. | Тестовые задания, контрольная работа, творческое задание (индивидуальное задание), реферат, индивидуальный опрос |
| УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 | Текущий | Раздел 2. Первичный туберкулез. Диссеминированный туберкулез. Очаговый туберкулез легких. Выявление туберкулеза. | Тестовые задания, контрольная работа, творческое задание (индивидуальное задание), реферат, индивидуальный опрос |
| УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 | Текущий | Раздел 3. Инфильтративный туберкулез легких. Туберкулема легких. Казеозная пневмония. Кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Цирротический туберкулез легких. | Тестовые задания, контрольная работа, творческое задание (индивидуальное задание), реферат, индивидуальный опрос |
| УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 | Текущий | Раздел 4. Туберкулезный плеврит. Осложнения туберкулеза. Противотуберкулезный диспансер. Работа учреждений общей лечебной сети по выявлению туберкулеза. | Тестовые задания, контрольная работа, творческое задание (индивидуальное задание), реферат, индивидуальный опрос |
| УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 | Текущий, промежуточ ый | Раздел 5. Профилактика туберкулеза. Экзамен. | Тестовые задания, контрольная работа, творческое задание (индивидуальное задание), реферат, индивидуальный опрос |

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тестовые задания, контрольная работа, творческое задание (индивидуальное задание), реферат, индивидуальный опрос.

4.1. Тестовые задания для оценки компетенций «УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7»:

001. В протоколе рентгенологического исследования необходимо отобразить
- а) скиалогическую характеристику патологического процесса
 - б) морфологическую характеристику патологического процесса
 - в) предположение о морфологии процесса, полученное на основании скиалогической характеристики патологических изменений в легких и органах средостения
002. Заключение протокола рентгенологического исследования является
- а) выводом

- б) диагнозом
в) кратной скиало-морфологической характеристикой патологического процесса
003. Заключение протокола рентгенологического исследования может быть
а) конкретным
б) с указанием дифференциально-диагностического ряда, включающим не более двух нозологических форм
в) с рекомендациями применения дополнительных методов для уточнения диагноза в неясном случае
г) всем вышеперечисленным
004. В заключении протокола рентгенологического исследования кроме формы туберкулеза необходимо отразить
а) локализацию процесса
б) распространенность процесса
в) активность процесса (его фазу)
г) вариант процесса
д) все перечисленное
005. Туберкулез бронха, выявленный во время бронхоскопии, протекает клинически малосимптомно
а) в 5-7% случаев
б) в 20-30% случаев
в) в 50% случаев
006. Бронхоскопия у больных туберкулезом показана
а) при всех формах легочного туберкулеза, протекающих с деструкцией и бактериовыделением
б) при предоперационном обследовании больных
в) при туберкулезных плевритах и туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов
г) при бактериовыделении из очага неясной локализации
д) при всех перечисленных случаях
007. Лечебная бронхоскопия у больных туберкулезом показана
а) при инфильтративном туберкулезе бронха без выраженного стеноза его просвета
б) при язвенном туберкулезе стенки долевого бронха с разрастанием грануляции, стенозирующих его просвет
в) при локальном катаральном эндобронхите
г) при разлитом гипертрофическом эндобронхите
008. Бронхоскопия с помощью "жесткого" бронхоскопа имеет преимущества по сравнению с фибробронхоскопией, кроме
а) дешевизны аппаратуры
б) лучшего обзора трахеи и бронхов 1-2-го порядка
в) возможности осмотреть стенку бронхов 3-6-го порядка
009. Фибробронхоскопия имеет все перечисленные преимущества по сравнению с бронхоскопией "жестким" бронхоскопом, кроме
а) дешевизны аппаратуры
б) меньшей травматичности вмешательства
в) возможности произвести биопсию легочной ткани
010. При трансбронхиальной щипцовой биопсии берутся на исследование
а) кусочки слизистой бронха
б) кусочки стенки бронха со слизистой оболочки и хрящевой тканью
в) участки паренхимы легкого
011. Инфильтративный туберкулез легких - это
а) туберкулез легких, характеризующийся участком затемнения
б) туберкулез легких, проявляющийся клиникой пневмонии

- в) туберкулез легких, характеризующийся воспалительными изменениями с преобладанием экссудативного компонента и казеозным некрозом в центре
012. Преобладание экссудативного воспалительного процесса при инфильтративном туберкулезе с казеозным некрозом и частым образованием полостей распада происходит в первую очередь
- а) из-за гиперергической реакции макроорганизма на микобактерии туберкулеза
- б) из-за гиперсенсibilизации легочной ткани к антигенам микобактерий туберкулеза
- в) из-за массивного размножения инфекции в очаге поражения
013. В основу клинико-рентгенологических вариантов инфильтратов положено
- а) поражение бронха
- б) степень выраженности специфического воспаления и его распространенность
- в) наличие ателектатических изменений
- г) объем поражения легкого
- д) клинические проявления болезни
014. Лобулярный инфильтрат характеризуется
- а) отсутствием клинических проявлений заболевания
- б) умеренно выраженными и непродолжительными клиническими симптомами заболевания
- в) наличием симптомов локального бронхита
- г) наличием влажных хрипов в легком
015. Для лобулярного инфильтрата наиболее характерными рентгенологическими признаками являются
- а) однородный круглый фокус с очагами вокруг
- б) однородная неправильной формы фокусная тень, нередко с очагами вокруг
- в) неоднородный участок затемнения с очагами вокруг
- г) треугольный неоднородный участок с очагами вокруг
016. Лобулярный инфильтрат наблюдается среди инфильтративного туберкулеза
- а) в 10% случаев
- б) в 20% случаев
- в) в 30% случаев
- г) в 50% случаев
017. При лобулярном инфильтрате микобактерии туберкулеза в мокроте и промывных водах бронхов обнаруживаются
- а) до 10% случаев
- б) до 20% случаев
- в) до 30% случаев
- г) до 50% случаев
- д) свыше 50% случаев
018. При лобулярном инфильтрате распад определяется
- а) менее, чем в 10% случаев
- б) около 20% случаев
- в) около 30% случаев
- г) около 50% случаев
- д) выше 50% случаев
019. Клинико-рентгенологический синдром лобулярного инфильтрата требует дифференциальной диагностики
- а) с очаговой пневмонией
- б) с доброкачественной опухолью
- в) с ретенционной кистой
- г) с эхинококком

020. При эффективном лечении лобулярного инфильтрата чаще формируются остаточные изменения в виде
- ограниченного пневмосклероза
 - плотных очагов
 - туберкулемы
 - сегментарного цирроза
021. Круглый инфильтрат характеризуется
- отсутствием клинических проявлений
 - умеренно выраженными и затяжными клиническими проявлениями
 - выраженными клиническими проявлениями
 - всем перечисленным
022. Наиболее характерными рентгенологическими признаками круглого инфильтрата являются:
- 1) однородный круглый фокус с очагами вокруг
 - 2) однородный неправильный фокус с очагами вокруг
 - 3) неоднородный фокус с очагами вокруг
 - 4) неоднородный неправильный участок с очагами вокруг
 - 5) треугольный, неоднородный участок с очагами вокруг
 - б) неоднородный неправильный фокус
- а) правильные ответы 1 и 3
 - б) правильные ответы 1 и 2
 - в) правильные ответы 4 и 6
 - г) правильные ответы 5 и 6
 - д) правильные ответы 2 и 4
023. Круглый инфильтрат подвергается распаду
- а) в 10% случаев
 - б) в 20% случаев
 - в) в 30% случаев
 - г) в 40% случаев
 - д) в 50% случаев и чаще
024. При круглом инфильтрате выделение микобактерий туберкулеза наблюдается
- а) в 10% случаев
 - б) в 20% случаев
 - в) в 30% случаев
 - г) в 40% случаев
 - д) в 50% случаев и более
025. Клинико-рентгенологический синдром круглого инфильтрата в первую очередь требует дифференциальной диагностики
- а) с пневмонией
 - б) с раком легкого
 - в) с эхинококком
 - г) с доброкачественной опухолью
 - д) с ретенционной кистой
026. При эффективном лечении круглого инфильтрата чаще формируются остаточные изменения в виде
- а) участка пневмосклероза
 - б) плотного очага с умеренным пневмосклерозом
 - в) туберкулемы
 - г) сегментарного цирроза
027. Облаковидный инфильтрат характеризуется
- а) клиническими признаками пневмонии
 - б) клиническими симптомами бронхита
 - в) отсутствием клинических проявлений
 - г) болями на стороне поражения

- д) повышением температуры тела
028. Наиболее характерными рентгенологическими признаками облаковидного инфильтрата являются
- а) неоднородный неправильный фокус с очагами
 - б) неоднородный треугольной формы участок затемнения с очагами
 - в) неоднородный неправильной формы участок затемнения с очагами
 - г) однородный неправильный участок затемнения с очагами
 - д) однородный треугольной формы участок затемнения с очагами
029. При облаковидном инфильтрате выделение микобактерий туберкулеза наблюдается
- а) в 40% случаев
 - б) в 50% случаев
 - в) в 60% случаев
 - г) в 70% случаев
 - д) в 80% случаев и более
030. Облаковидный инфильтрат подвергается распаду
- а) в 30% случаев
 - б) в 40% случаев
 - в) в 50% случаев
 - г) в 60% случаев
 - д) в 70% случаев и более
031. Клинико-рентгенологический синдром облаковидного инфильтрата требует дифференциальной диагностики:
- 1) с пневмонией
 - 2) с раком легкого
 - 3) с саркоидозом легких
 - 4) с ретенционной кистой
 - 5) с абсцедирующей пневмонией
 - 6) с эозинофильной пневмонией
 - 7) с грануломатозом Вегенера
- а) правильные ответы 2, 3 и 5
 - б) правильные ответы 1, 5 и 6
 - в) правильные ответы 1, 2 и 5
 - г) правильные ответы 3, 4 и 7
 - д) правильные ответы 5, 6 и 7
032. При эффективном лечении облаковидного инфильтрата может сформироваться
- а) участок пневмосклероза
 - б) участок пневмосклероза с очагами
 - в) сегментарный цирроз
 - г) все перечисленное
033. Периссиссурит характеризуется следующими клиническими синдромами:
- 1) лихорадкой
 - 2) сухим кашлем
 - 3) сухими и мелкопузырчатыми влажными хрипами
 - 4) укорочением перкуторного звука
 - 5) бронхиальным дыханием
 - 6) потерей массы тела
 - 7) болями в груди на стороне поражения
 - 8) влажными средне- и крупнопузырчатыми хрипами
 - 9) выделением слизисто-гноной мокроты
 - 10) отсутствием клинических симптомов
- а) правильный ответ 10
 - б) правильные ответы 1, 3, 4, 5 и 9
 - в) правильные ответы 1, 2, 3, 4, 6 и 7

- г) правильные ответы 4, 5, 6, 8 и 9
 д) правильные ответы 1, 2 и 4
034. Наиболее характерными рентгенологическими признаками перисциссурита являются
- а) неоднородный неправильный фокус с очагами
 б) неоднородный участок затемнения с очагами
 в) неоднородный треугольной формы участок с очагами
 г) однородный участок затемнения с очагами
 д) однородный треугольной формы участок затемнения с очагами
035. Перисциссурит подвергается распаду
- а) в 30% случаев
 б) в 40% случаев
 в) в 50% случаев
 г) в 60% случаев
 д) в 70% случаев и более
036. При перисциссурите выделение микобактерий туберкулеза наблюдается
- а) в 40% случаев
 б) в 50% случаев
 в) в 60% случаев
 г) в 70% случаев
 д) в 80% случаев и более
037. Клинико-рентгенологический синдром перисциссурита требует дифференциальной диагностики
- 1) с острой пневмонией
 2) с раком легкого
 3) с саркоидозом легкого
 4) с ретенционной кистой
 5) с абсцедирующей пневмонией
 6) с эозинофильной пневмонией
- а) правильные ответы 1 и 2
 б) правильные ответы 1 и 5
 в) правильные ответы 2 и 3
 г) правильные ответы 3 и 4
 д) правильные ответы 5 и 6
038. При эффективном лечении перисциссурита чаще формируется
- а) участок пневмосклероза
 б) участок пневмосклероза с очагами
 в) туберкулема
 г) цирроз или участок пневмосклероза с очагами
 д) крупные очаги
039. При лобите наблюдаются следующие клинические симптомы:
- 1) высокая лихорадка
 2) острое начало с продромой
 3) сухой кашель
 4) влажный кашель
 5) тупой перкуторный звук
 6) бронхиальное дыхание
 7) большое количество влажных хрипов
 8) боли в груди на стороне поражения
 9) умеренные клинические симптомы
- а) правильные ответы 1, 4, 5, 6, 7 и 8
 б) правильные ответы 1, 2, 5, 6 и 7
 в) правильные ответы 1, 5 и 6
 г) правильные ответы 1, 2, 3, 5 и 8

- д) правильный ответ 9
040. Туберкулезный лобит характеризуется следующими рентгенологическими признаками:
- 1) участок затемнения, захватывающий часть доли
 - 2) участок затемнения, захватывающий всю долю
 - 3) однородная тень
 - 4) неоднородная тень, имеющая очаговые образования
 - 5) высокая интенсивность тени
 - б) доля увеличена в объеме
 - 7) доля уменьшена в объеме
 - 8) часто распад
 - 9) редко распад
 - 10) часто очаги бронхиального отсева
 - а) правильные ответы 2, 4, 5, 7, 9 и 11
 - б) правильные ответы 1, 3, 5, 6, 9 и 11
 - в) правильные ответы 1, 3, 6 и 8
 - г) правильные ответы 2, 4, 5, 7, 8 и 10
 - д) правильные ответы 2, 3, 5, 6, 8 и 11
041. Лобит подвергается распаду
- а) в 40% случаев
 - б) в 50% случаев
 - в) в 60% случаев
 - г) в 70% случаев
 - д) в 80% случаев и более
042. При лобите выделение микобактерий туберкулеза наблюдается
- а) в 40% случаев
 - б) в 50% случаев
 - в) в 60% случаев
 - г) в 70% случаев
 - д) в 80% случаев и более
043. Туберкулезный лобит необходимо дифференцировать
- а) с крупозной пневмонией
 - б) с раком легкого
 - в) с эозинофильной пневмонией
 - г) со всем перечисленным
044. При эффективном лечении лобита чаще формируется
- а) участок пневмосклероза
 - б) крупные очаги
 - в) участок пневмосклероза с очагами
 - г) туберкулема
 - д) цирроз
045. Основным морфологическим отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является
- а) большой объем поражения
 - б) преобладание казеозного некроза
 - в) более частый распад
 - г) склонность к бронхогенной диссеминации
 - д) поражение крупных бронхов
046. При казеозной пневмонии наблюдаются следующие клинические симптомы:
- 1) острое начало
 - 2) высокая лихорадка
 - 3) субфебрильная температура
 - 4) сухой кашель
 - 5) влажный кашель

- б) сухие хрипы в легких
- 7) много влажных хрипов
- 8) умеренно выраженные перечисленные клинические симптомы
- а) правильные ответы 8
- б) правильные ответы 1, 2, 5 и 7
- в) правильные ответы 1, 3, 4 и 6
- г) правильные ответы 1, 3 и 5
- д) правильные ответы 1, 3 и 6

047. Казеозная пневмония характеризуется следующими рентгенологическими симптомами:

- 1) участком затемнения
- 2) фокусом затемнения
- 3) однородной тенью
- 4) неоднородной тенью
- 5) высокой интенсивностью тени
- б) наличием распада легочной ткани
- 7) редким распадом легочной ткани
- 8) ограниченной бронхогенной диссеминацией
- 9) обширной бронхогенной диссеминацией
- 10) ограниченным поражением
- 11) частым полисегментарным поражением
- а) правильные ответы 1, 3, 6, 8 и 11
- б) правильные ответы 2, 4, 5, 6, 8 и 10
- в) правильные ответы 2, 3, 5, 7, 8 и 10
- г) правильные ответы 1, 4, 5, 6, 9 и 11
- д) правильные ответы 1, 3, 7, 8 и 10

048. Казеозная пневмония характеризуется

- а) скудным выделением МБТ
- б) обильным выделением МБТ
- в) редким выделением МБТ
- г) однократным выделением МБТ

049. Казеозную пневмонию необходимо дифференцировать

- а) с клебсиеллопневмонией
- б) со стафилококковой пневмонией
- в) с пневмококковой пневмонией
- г) с раком легкого
- д) с пневмонией, вызванной одновременно клебсиеллой и стафилококком

050. При эффективном лечении казеозной пневмонии чаще формируется

- а) участок пневмоцирроза
- б) пневмосклероз с очагами
- в) множественные туберкулемы
- г) цирротический и фиброзно-кавернозный туберкулез
- д) группа очагов

051. Туберкулема в структуре заболеваемости туберкулезом органов дыхания составляет

- а) 1-2%
- б) 4-5%
- в) 10-20%
- г) 20-25%

052. Среди контингента больных туберкулезом лица с этим процессом составляют

- а) 5%
- б) 8%
- в) 8-10%
- г) 10-15%

- д) более 20%
053. Туберкулема легкого представляет собой
- очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфической грануляционной ткани
 - очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфического и неспецифического воспаления
 - очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный соединительнотканной капсулой с включением клеточных элементов туберкулезной гранулемы
054. В туберкулеме легкого микобактерий туберкулеза по сравнению с инфильтративно-пневмоническим процессом аналогичного размера меньше
- в 10 раз
 - в 20 раз
 - в 50 раз
 - в 100 раз
 - в 1000 раз
055. Формирование туберкулемы возможно во всех перечисленных случаях, кроме
- рубцевания каверны
 - заполнения каверны
 - прогрессирования очаговой формы туберкулеза
 - прогрессирования туберкулезного локального панбронхита
056. К казеозным относятся все перечисленные варианты туберкулем, кроме
- инфильтративно-пневмонической
 - псевдотуберкулемы
 - гомогенной
 - слоистой
 - конгломератной
057. Обострение туберкулезного процесса при туберкулеме связано
- с появлением симптомов интоксикации
 - с перифокальной реакцией вокруг туберкулемы и появлением в ней распада
 - с размножением микобактерий туберкулеза
 - со всем перечисленным
058. Крупными считаются туберкулемы размером
- 1-2 см
 - 3.0-3.9 см
 - 4-5-6 см и более
059. Туберкулемы могут иметь следующий вариант клинического течения
- стационарный
 - прогрессирующий
 - регрессирующий
 - все ответы правильные
060. У больного с длительно существующей стационарной туберкулемой появились симптомы интоксикации: кашель со скудной мокротой (БК+), а на рентгенограмме - перифокальная реакция вокруг туберкулемы и полость распада в ней, что следует расценивать
- как прогрессирующий вариант течения заболевания
 - как фазу инфильтрации и распада при туберкулеме легкого
 - как реактивацию туберкулеза
061. Обострение при туберкулемах небольшого размера, выявленных без признаков активности специфического процесса, имеет место приблизительно
- в 3-5% случаев
 - в 10% случаев
 - в 20-30% случаев
 - более, чем 30% случаев

062. У больного с туберкулезом легкого, выявленной в фазе инфильтрации, распада и обсеменения (БК+) и подвергнутого эффективной химиотерапии, наиболее вероятным будет
- а) стационарное течение процесса
 - б) прогрессирование заболевания
 - в) регрессирующий вариант течения процесса
063. У больного с туберкулезом легкого, выявленной в фазе инфильтрации, распада и обсеменения (БК+), отказавшегося от лечения, наиболее вероятным будет
- а) стационарный вариант течения заболевания
 - б) прогрессирующий вариант течения заболевания
 - в) регрессирующий вариант течения заболевания
064. При длительной ремиссии процесса в казеозных массах туберкулеза преобладают
- а) бактериальные особи микобактерий туберкулеза
 - б) трансформированные формы микобактерий туберкулеза
 - в) фильтрующиеся особи микобактерий туберкулеза
 - г) все перечисленное
065. Появление клинической симптоматики и изменения со стороны томограммы и СОЭ у больных туберкулезом легкого обычно связано
- а) только с размножением микобактерий туберкулеза в очаге поражения
 - б) с размножением микобактерий туберкулеза и выходом их из очага поражения с появлением перифокальной воспалительной реакции
 - в) с размножением микобактерий туберкулеза и расплавлением казеозных масс
 - г) со всем перечисленным
066. С появлением полости распада у больных туберкулезом легкого бактериовыделение будет
- а) массивным и постоянным
 - б) не обильным и не постоянным
 - в) отсутствовать
067. Туберкулема чаще локализуется в следующих сегментах легких
- а) 1-м, 2-м, 6-м, 7-м
 - б) 3-м, 5-м, 8-м, 9-м
 - в) 4-м, 5-м, 7-м, 9-м
 - г) 1-м, 2-м, 6-м, 10-м
068. Туберкулемы в пределах сегмента локализуются чаще
- а) субплеврально, кортикально, в плащевом отделе
 - б) в центральном отделе
 - в) в среднем отделе
 - г) межсегментарно
 - д) на границе 1-го, 2-го, 6-го, 10-го сегментов
069. У туберкулемы в фазе инфильтрации контур обычно бывает
- а) нечетким
 - б) бугристым
 - в) четким
070. У туберкулемы во время ремиссии процесса контур чаще бывает
- а) четкий
 - б) нечеткий
 - в) бугристый
071. Основными факторами, способствующими возникновению туберкулеза и его неблагоприятному течению при сочетании с другими заболеваниями служат все перечисленные, кроме
- а) нарушения обмена веществ
 - б) угнетения иммунной системы

- в) нарушения функции паренхиматозных органов
 - г) поражения органов кроветворения
072. Повышают риск развития туберкулеза все перечисленные заболевания, кроме
- а) сахарного диабета
 - б) гастродуоденальной язвы
 - в) пневмокониозов
 - г) алкоголизма
 - д) гипертонической болезни
073. Морфологические изменения при туберкулезе, развившемся на фоне других заболеваний, характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) преобладания продуктивных процессов
 - б) преобладания экссудативных процессов
 - в) преобладания казеозных изменений
 - г) преобладания альтеративных изменений
074. Клиническому течению туберкулеза в сочетании с другими заболеваниями присуще все перечисленные особенности, кроме
- а) не отличающегося от обычного
 - б) склонности к прогрессированию заболевания
 - в) относительно замедленной регрессии при лечении
075. Туберкулез у больных хроническим бронхитом в сравнении со средней частотой наблюдается
- а) чаще
 - б) реже
 - в) не отличается от средней частоты
076. Туберкулез органов дыхания и его последствия способствуют возникновению и неблагоприятному течению хронического бронхита
- а) да
 - б) нет
077. Течение туберкулеза у больных хроническим бронхитом
- а) не отличается от обычного
 - б) характеризуется менее благоприятным течением
 - в) можно охарактеризовать неблагоприятным только у части больных
078. Прогрессирующее течение туберкулеза чаще наблюдается
- а) при геморрагическом и атрофическом бронхите
 - б) при обструктивном и гнойном бронхите
 - в) при фибринозном и гипертрофическом бронхите
 - г) при катаральном бронхите
079. У больных туберкулезом относительно чаще наблюдается
- а) необструктивный бронхит
 - б) обструктивный бронхит
 - в) и тот, и другой одинаково часто
080. Химиотерапия туберкулеза у больных, страдающих также хроническим бронхитом
- а) не отличается особенностями
 - б) должна быть более продолжительной при одновременном лечении хронического бронхита
 - в) возникает необходимость в эндотрахеальном вливании противотуберкулезных препаратов
 - г) должна сочетаться с лечением аэрозолями антибиотиков широкого спектра действия
081. Медицинские показания к хирургической операции у больного туберкулезом органов дыхания определяются
- а) прогрессированием заболевания несмотря на проводимое лечение или возникновением осложнений, угрожающих жизни больного

- б) приостановкой в инволюции процесса в ходе медикаментозного лечения
 - в) сохранением к концу основного курса химиотерапии изменений, грозящих существенным риском реактивации инфекции
 - г) наличием хронических очагов инфекционного процесса, санация которых медикаментозными средствами невозможна
 - д) все ответы правильные
082. Социальные показания к операции определяются
- а) пьянством и алкоголизмом больного
 - б) недисциплинированностью и отказом от лечения
 - в) необходимостью в силу разных причин ускорить медицинскую и социальную реабилитацию больного
083. Витальные показания к операции - это
- а) проведение неотложного хирургического вмешательства с целью предупредить распад легочной ткани в очаге поражения и бронхогенную диссеминацию
 - б) проведение неотложного хирургического вмешательства с целью предупредить легочное кровотечение или спонтанный пневмоторакс
 - в) проведение неотложного хирургического вмешательства, чтобы устранить угрожающие жизни больного проявления или осложнения инфекционного процесса
 - г) все ответы правильные
084. Основным показанием к операции при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов является
- а) инфильтративный бронхоаденит и его осложнения
 - б) опухолевидный бронхоаденит и его осложнения
085. При опухолевидном бронхоадените показания к неотложной операции возникают в связи
- а) с возникновением лимфо-гематогенной и бронхогенной диссеминации
 - б) с осложнением ателектазом доли или легкого
 - в) с угрозой прорыва казеозных масс в просвет бронха или пищевода при контактном переходе процесса на стенку бронха или пищевода
086. При опухолевидном бронхоадените операция ганглиэктомии показана в случае
- а) генерализованного характера поражения
 - б) обширного отложения солей кальция в ткани пораженного лимфатического узла
 - в) недостаточной эффективности комбинированной химиотерапии с сохранением активности специфического процесса или высокого риска его реактивации в связи со значительными объемами поражения (лимфоузлы более 1.5-2 см в диаметре)
 - г) все ответы правильные
087. При бронхолегочном осложнении туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов операция показана, если в ходе общего и местного медикаментозного лечения
- а) формируется пневмофиброз или пневмоцирроз
 - б) не разрешается ателектаз
 - в) сохраняются проявления активного туберкулеза в измененной легочной ткани или бронхиальном дереве, а также возникают легочные геморрагии или присоединяется вторичная инфекция
 - г) все ответы правильные
088. Показания к операции у больных очаговым туберкулезом легких определяются
- а) обострениями и прогрессирующим течением заболевания
 - б) высоким риском реактивации (крупные очаги осумкованного казеоза)
 - в) необходимостью достигнуть полной реабилитации (профессия и т.д.) или сократить сроки лечения больного
 - г) правильные ответы а) и б)
 - д) правильные ответы б) и в)

089. При инфильтративном туберкулезе в фазе распада оперативное вмешательство производится в ходе основного курса химиотерапии
- при возникновении осложнений, угрожающих жизни больного или прогрессировании основного заболевания (геморрагия, спонтанный пневмоторакс)
 - при тенденции трансформации процесса в кавернозный туберкулез
 - при сохранении полости распада после 4-6 месяцев химиотерапии
 - правильные ответы а) и б)
090. При туберкулезе легкого оперативное вмешательство показано
- при стационарном процессе, без признаков активности, если размер туберкулемы превышает 1.5-2 см
 - при прогрессирующем или волнообразном течении заболевания
 - при процессе, протекающем с признаками активности (бактериовыделение, распад, инфильтрация, обсеменение)
 - все ответы правильные
091. При кавернозном туберкулезе легких операция показана
- если в ходе основного курса химиотерапии не выявилась тенденция к рубцеванию каверны
 - если полость деструкции не зажила к концу основного курса химиотерапии
 - после устранения с помощью медикаментозных средств признаков обострения заболевания и ограничения инфекционного процесса
 - правильно а) и в)
092. При фиброзно-кавернозном туберкулезе легких оперативное лечение удается провести только ограниченному числу больных
- из-за сопутствующих туберкулезу у этой группы больных разнообразных заболеваний
 - из-за большой распространенности туберкулезного поражения легких
 - из-за сниженных резервов дыхательной системы
 - из-за большого числа отказов от предлагаемой операции
 - все ответы правильные
093. При решении вопроса об операции у больного цирротическим туберкулезом необходимо
- уточнить распространенность поражения на основании рентгеномографического исследования легких
 - уточнить распространенность поражения с помощью бронхоскопии и бронхографии
 - уточнить распространенность поражения с помощью ангиографии или сканирования
 - исключить с помощью перечисленных методов исследования гипоплазию легкого, осложненного туберкулезной инфекцией
 - все ответы правильные
094. Показания к операции при цирротическом туберкулезе диктуются, главным образом
- риском прогрессирования туберкулеза
 - риском присоединения вторичной инфекции, осложнения аспергиллезом, а также легочными геморрагиями
 - риском возникновения дыхательной недостаточности
095. К методам коллапсотерапии легочного туберкулеза относят
- лечебный пневмоторакс и пневмоперитонеум
 - экстраплевральный пневмоторакс (пневмолиз)
 - торакопластику
 - все ответы правильные
 - правильные ответы а) и б)
096. К методам коллапсохирургии легочного туберкулеза относят

- а) лечебный пневмоторакс и пневмоперитонеум
- б) экстраплевральный пневмоторакс (пневмолиз)
- в) торакопластику
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

097. Искусственный пневмоторакс (инсуффляция газа в плевральную полость) накладывается

- а) с лечебной целью
- б) с диагностической целью
- в) с профилактической целью
- г) все ответы правильные
- д) правильные ответы а) и б)

098. Диагностический пневмоторакс накладывается с целью

- а) выявить плевральные сращения
- б) выявить свободный плевральный выпот
- в) уточнить локализацию патологического процесса (легочная или внелегочная)
- г) все ответы правильные

099. В результате коллапса (спадения) легкого происходит снятие эластического натяжения легочной ткани, изменение гемодинамики в легочной ткани, а также лимфообращение, что приводит

- а) к сближению стенок каверны
- б) к усилению экссудативной реакции с очищением каверны от казеозных масс и резорбции некроза
- в) к преобладающему развитию продуктивного воспаления в очаге поражения
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы а) и в)

100. В эру химиотерапии показания к наложению лечебного пневмоторакса определяются совокупностью следующих факторов

- а) свежий ограниченный деструктивный туберкулез (очаговый, инфильтративный, в фазе распада), локализующийся в верхней доле легкого
- б) кавернозный и ограниченный фиброзно-кавернозный туберкулез, локализующийся в верхней доле легкого
- в) плохая переносимость химиопрепаратов или первичная лекарственная устойчивость к ним
- г) правильные ответы а) и в)
- д) все ответы правильные

4.2. Контрольная работа для оценки компетенций «УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7»:

Вариант № 1

1. Частота туб. плевритов, как самостоятельной формы туберкулеза органов дыхания у детей и подростков.
2. Виды плевритов по томографии плевры.
3. Клинические проявления сухого плеврита.
4. Укажите возможные варианты начала экссудативного туб. плеврита.
5. Изменения в гемограмме при туб. плеврите.
6. Данные рентгенологического исследования при костодиафрагмальных плевритах.
7. Какие данные дополнительных методов исследования позволяют доказать туб. этиологию плеврита?

8. Дифференциальная диагностика туб. плеврита с пара- и мета-пневмоническим плевритом.
 9. С какой целью проводят пробу Ривальта?
 10. Основные принципы лечения больного туб. плевритом.
- Вариант № 2

1. Частота туб. плевритов, как осложнений первичного туберкулеза органов дыхания у детей и подростков.
2. Виды туб. плевритов по наличию экссудата.
3. Как отличить боли при сухом плеврите от болей при межреберной невралгии?
4. Клинические симптомы при экссудативном туб. плеврите.
5. Изменения в протеинограмме при туб. плеврите.
6. Данные рентгенологического исследования при междолевом плеврите.
7. Что такое плевроскопия?
8. На какие данные необходимо опираться при постановке диагноза туб. плеврита?
9. Что такое пиопневмоторакс?
10. Этиотропная терапия больного туб. плевритом.

Вариант № 3

1. Дать определение туб. плеврита.
2. Виды туб. плевритов по характеру экссудата.
3. Данные перкуссии при сухом плеврите.
4. Данные осмотра при экссудативном плеврите.
5. Характер туберкулиновых проб при туб. плевритах.
6. Данные рентгенологического исследования при медиастинальном плеврите.
7. С какой целью проводится плевроскопия у больных плевритом?
8. Дифференциальная диагностика туб. плеврита и опухолевого плеврита.
9. В каких случаях возможно возникновение эмпиемы плевры?
10. Патогенетическая терапия больного туб. плевритом.

Вариант № 4

1. Виды туб. плевритов по патогенетическому механизму.
2. Что такое свободный выпот?
3. Данные аускультации при сухом плеврите.
4. Клиника при экссудативном туб. плеврите.
5. Данные биохимического исследования сыворотки крови при туб. плеврите.
6. С какой целью проводится томографическое исследование при туб. плевритах?
7. Что такое плевробиопсия?
8. Дифференциальная диагностика туб. плеврита и ревматического плеврита.
9. Что такое пневмоплеврит?
10. Основные направления терапии туб. плевритов.

Вариант № 5

1. Патогенез перифокального плеврита.
2. Виды туб. плевритов по течению процесса.
3. Данные объективного осмотра при сухом плеврите.
4. Клинические симптомы и данные объективного обследования при медиастинальном плеврите.
5. Чем отличается экссудат от трансудата?
6. Как можно отличить свободный выпот от осумкованного?
7. С какой целью проводится плевробиопсия?
8. Дифференциальная диагностика туб. плеврита и выпота при застойной сердечной недостаточности.
9. Осложнения при туб. плевритах.
10. Методика проведения плевральных пункций.

Вариант № 6

1. Патогенез аллергического плеврита.

2. Что такое осумкованный плеврит?
3. Данные рентгенологического исследования при сухом плеврите.
4. Данные перкуссии при экссудативном плеврите.
5. Какой характер экссудата чаще встречается при туберкулезном плеврите?
6. С какой целью может быть использована латерография при экссудативном плеврите.

7. С какой целью проводится бронхоскопия у больных с туб. плевритом?
8. С выпотами при каких заболеваниях проводят дифференциальную диагностику туб. плеврита?

9. Возможные осложнения при эмпиеме плевры.
10. Методы введения противотуберкулезных препаратов при туб. плевритах.

Вариант № 7

1. Патогенез метастатического плеврита.
2. Дайте определение эмпиемы плевры.
3. Характер болевого синдрома при сухом плеврите.
4. Данные аускультации при экссудативном плеврите.
5. Какой клеточный состав экссудата характерен для туб. плеврита?
6. С какой целью используется УЗИ плевральной полости при экссудативных плевритах.

7. Как проводится исследование плеврального выпота (какими методами)?
8. С какими заболеваниями надо дифференцировать сухой туб. плеврит?
9. Исходы туб. плевритов.
10. Лечение больного с эмпиемой плевры.

Вариант № 8

1. Пути поражения плевры при туб. плевритах.
2. Патоморфологические изменения в плевре при туб. плевритах.
3. Данные перкуссии при сухом плеврите.
4. Клиническая картина при эмпиеме плевры.
5. Как отличить экссудат от трансудата?
6. Данные рентгенологического исследования при костодиафрагмальных плевритах.

7. Что такое плевроскопия?
8. На какие данные необходимо опираться при постановке диагноза туб. плеврита?
9. Что такое пневмоплеврит?
10. Хирургическое лечение в терапии туб. плевритов (когда применяется хирургическое лечение, какие виды операций).

Вариант № 9

1. В каком возрасте чаще встречаются туб. плевриты?
2. Патоморфологические изменения в плевре при туб. плевритах.
3. Клинические проявления сухого плеврита.
4. Данные осмотра при экссудативном плеврите.
5. Характер туберкулиновых проб при туб. плевритах.
6. Данные рентгенологического исследования при междолевом плеврите.
7. Какие данные дополнительных методов исследования позволяют доказать туб. этиологию плеврита?

8. Дифференциальная диагностика туб. плеврита с пара- и мета-пневмоническим плевритом.
9. В каких случаях возможно возникновение эмпиемы плевры?
10. Частота выделения МБТ из экссудата при туб. плевритах.

Вариант № 10

1. Частота туб. плевритов, как самостоятельной формы туберкулеза органов дыхания у детей и подростков.
2. Виды туб. плевритов по бактериологической характеристике экссудата.
3. Патоморфологические изменения в плевре при сухом туб. плеврите.

4. Укажите возможные варианты начала экссудативного туб. плеврита.
5. Изменения в гемограмме при туб. плеврите.
6. Данные рентгенологического исследования при медиастинальном плеврите.
7. Методика проведения плевральной пункции.
8. Дифференциальная диагностика туб. плеврита и опухолевого плеврита.
9. Осложнения при туб. плевритах.
10. В чем суть пробы Ривальта?

Вариант № 11

1. Частота туб. плевритов, как осложнений первичного туберкулеза органов дыхания у детей и подростков.
2. Виды плевритов по томографии плевры.
3. Как отличить боли при сухом плеврите от болей при межреберной невралгии?
4. Данные перкуссии при экссудативном плеврите.
5. Изменения в протеинограмме при туб. плеврите.
6. Как можно отличить свободный выпот от осумкованного?
7. С какой целью проводится плевроскопия у больных плевритом?
8. Дифференциальная диагностика туб. плеврита и ревматического плеврита.
9. Возможные осложнения при эмпиеме плевры.
10. Этиотропная терапия больного туб. плевритом.

Вариант № 12

1. Дать определение туб. плеврита.
2. Виды туб. плевритов по наличию экссудата.
3. Данные аускультации при сухом плеврите.
4. Клинические симптомы при экссудативном туб. плеврите.
5. Данные биохимического исследования сыворотки крови при туб. плеврите.
6. С какой целью может быть использована латерография при экссудативном плеврите.
7. С какой целью проводится плевробиопсия?
8. Дифференциальная диагностика туб. плеврита и выпота при застойной сердечной недостаточности.
9. Исходы туб. плевритов.
10. Основные направления терапии туб. плевритов.

Вариант № 13

1. Виды туб. плевритов по патогенетическому механизму.
2. Патоморфологические изменения в плевре при туб. плевритах.
3. Данные объективного осмотра при сухом плеврите.
4. Клинические симптомы и данные объективного обследования при медиастинальном плеврите.
5. Чем отличается экссудат от трансудата?
6. С какой целью используется УЗИ плевральной полости при экссудативных плевритах.
7. С какой целью проводится бронхоскопия у больных с туб. плевритом?
8. С выпотами при каких заболеваниях проводят дифференциальную диагностику туб. плеврита?
9. Что такое пиопневмоторакс?
10. Патогенетическая терапия больного туб. плевритом.

Вариант № 14

1. Патогенез перифокального плеврита.
2. Виды туб. плевритов по характеру экссудата.
3. Данные рентгенологического исследования при сухом плеврите.
4. Клиника при экссудативном туб. плеврите.
5. Какой характер экссудата чаще встречается при туберкулезном плеврите?
6. С какой целью проводится томографическое исследование при туб. плевритах?
7. Как проводится исследование плеврального выпота (какими методами)?

8. С какими заболеваниями надо дифференцировать сухой туб. плеврит?
9. Осложнения при туб. плевритах.
10. Методы введения противотуберкулезных препаратов при туб. плевритах.

Вариант № 15

1. Патогенез аллергического плеврита.
2. Виды туб. плевритов по течению процесса.
3. Характер болевого синдрома при сухом плеврите.
4. Данные аускультации при экссудативном плеврите.
5. Какой клеточный состав экссудата характерен для туб. плеврита?
6. Данные рентгенологического исследования при костодиафрагмальных плевритах.
7. Какие данные дополнительных методов исследования позволяют доказать туб. этиологию плеврита?
8. Дифференциальная диагностика туб. плеврита с пара- и мета-пневмоническим плевритом.
9. Исходы туб. плевритов.
10. Хирургическое лечение в терапии туб. плевритов (когда применяется хирургическое лечение, какие виды операций).

4.3 Творческое задание (индивидуальное задание) для оценки компетенций «УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7»:

| №1 | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
|----|---|--|
| у | - | <p>Мужчина, 45 лет, обратился к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 38,2°C, слабость, потливость, кашель со слизисто-гноющей мокротой, одышку при умеренной физической нагрузке, похудание на 5кг за месяц.</p> <p>Из анамнеза известно, что ухудшение самочувствия пациент отмечает в течение месяца, когда стал отмечать слабость, потливость, повышение температуры преимущественно в вечернее время, кашель, появилась одышка, похудел. Лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие средства. Курит (около 25 лет, 1 пачка сигарет в день), злоупотребление алкоголем – отрицает. Употребление наркотиков – отрицает. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Туб. контакт – сосед болен туберкулезом легких.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложения. Рост 180 см, вес 69кг. Кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка правильной формы, правая половина грудной клетки несколько отстаёт при дыхании. Притупление перкуторного звука справа в верхних отделах грудной клетки, где выслушивается бронховезикулярное дыхание, единичные влажные хрипы. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 78 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст.</p> <p>В анализах: $Eg - 4,1 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 132 г/л$, $Le - 11,2 \cdot 10^9/л$, $p - 8\%$, $c - 72\%$, $л - 12\%$, $м - 7\%$, $э - 1\%$, $СОЭ - 42 мм/ч$.</p> <p>На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: в верхней доле правого легкого на фоне усиленного легочного рисунка определяются участки инфильтрации, часть из которых с полостями распада (максимальная из них 2,5*1,8 см), полиморфные очаги. В 4, 5, 6 сегментах с обеих сторон очаги бронхогенного засева.</p> <p>ДСТ – папула 12 мм.</p> <p>В мокроте: МСК обнаружены КУМ 2+. ПЦР-РВ обнаружена ДНК</p> |

| | | |
|---|---|--|
| | | МБТ; мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено. |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| В | 2 | Обоснуйте поставленный Вами диагноз. |
| В | 3 | Укажите, какой дополнительный метод инструментального исследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор. |
| В | 4 | Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор. |
| В | 5 | Через 5 месяцев контролируемой регулярной противотуберкулезной терапии у пациента отмечается ликвидация симптомов интоксикации и респираторных жалоб, нормализация лабораторных показателей, прекращение бактериовыделения. При рентгено-томографическом исследовании отмечается рассасывание очагов бронхогенного засева, частичное уменьшение инфильтрации и очагов в верхней доле правого легкого, но деструктивные изменения сохраняются (сформировались туберкулемы средних размеров с распадом). Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. |

| | | |
|----|---|---|
| №2 | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | <p>У мужчины, 25 лет, при проведении профилактической флюорографии выявлены изменения в легких.</p> <p>Из анамнеза известно, что в течение последнего месяца отмечал быструю утомляемость, слабость, небольшой кашель преимущественно сухой, иногда с выделением небольшого количества мокроты. К врачу не обращался, так как связывал ухудшение самочувствия с большой нагрузкой на работе и курением. Курит (около 10 лет, 1 пачка сигарет в день), злоупотребление алкоголем – отрицает. Употребление наркотиков – отрицает. Предыдущая ФЛГ (год назад) – норма. Эпидемиологический анамнез: раннее туберкулезом не болел. Туб. контакт отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложения. Рост 170 см, вес 58 кг. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Грудная клетка правильной формы, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Перкуторный звук ясный легочный. Дыхание везикулярное, хрипы четко не выслушиваются. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 74 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: $E_r - 4,2 \cdot 10^{12}/л$, $H_b - 134 г/л$, $Le - 8,6 \cdot 10^9/л$, $p - 4\%$, $c - 66\%$, $л - 21\%$, $м - 7\%$, $э - 2\%$, $СОЭ - 22 мм/ч$.</p> <p>КТ органов грудной клетки: во 2 сегменте правого легкого определяется фокус инфильтрации размером 24мм*18мм*15мм (высота) с небольшой полостью распада в центре 8мм*5мм*4мм в окружении гиподенсивных очагов. В других сегментах правого легкого и в левом легком – без очаговых и инфильтративных изменений.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ – папула 15 мм. ДСТ – папула 10 мм.</p> <p>В мокроте: МСК КУМ не обнаружены 3-кратно. ПЦР-РВ обнаружена ДНК МБТ; мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено.</p> |

| | | |
|---|---|--|
| В | 1 | Оцените результаты пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста. |
| В | 2 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| В | 3 | Обоснуйте поставленный Вами диагноз. |
| В | 4 | Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор. |
| В | 5 | Через 3 месяца контролируемой регулярной противотуберкулезной терапии 4 препаратами (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол) у пациента отмечается ликвидация симптомов интоксикации и респираторных жалоб, нормализация лабораторных показателей, прекращение бактериовыделения. При проведении КТ органов дыхания отмечается выраженная положительная динамика в виде уменьшения размеров инфильтрата до размеров очага (9мм*8мм*5мм), уменьшения количества и размеров очагов во 2 сегменте правого легкого; полостей распада не выявлено. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. |

| | | |
|----|---|---|
| №3 | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | <p>Мужчина, 52 лет, обратился к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°C, кашель со слизисто-гноющей мокротой, одышку, слабость, потливость, боли в грудной клетке.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент заболел остро 2 дня назад. После переохлаждения появилась слабость, повышение температуры, потливость, кашель, одышка при умеренной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки при кашле и глубоком дыхании. Лечился самостоятельно (принимал жаропонижающие средства) без эффекта, обратился к врачу. Хронические заболевания: сахарный диабет. Употребление наркотиков, курение, злоупотребление алкоголем – отрицает. Предыдущая ФЛГ (10 месяцев назад) – норма. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Туб. контакт – друг болен туберкулезом легких.</p> <p>При осмотре: состояние ближе к удовлетворительному. Нормостенического типа телосложения. Рост 178 см, вес 82кг. Кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка правильной формы, правая половина грудной клетки несколько отстает при дыхании. Притупление перкуторного звука справа в верхних отделах грудной клетки, где выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, влажные хрипы. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 88 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: $E_r - 4,1 \cdot 10^{12}/л$, $H_b - 130 г/л$, $Le - 13,2 \cdot 10^9/л$, $p - 6\%$, $c - 72\%$, $л - 14\%$, $м - 7\%$, $э - 1\%$, $СОЭ - 41 мм/ч$.</p> <p>При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки: в верхнем поле правого легкого (от верхушки до переднего отрезка 3 ребра) определяются участки инфильтрации. Левое легкое – без очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких структурные. Сердце – норма.</p> |
| В | 1 | Какова Ваша лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. |
| В | 2 | Пациенту проведен курс противопневмонического лечения с применением антибиотиков широкого спектра действия (цефтриаксон) в течение 2 недель. В результате лечения отмечается |

| | | |
|---|---|--|
| | | <p>улучшение самочувствия: уменьшение кашля, слабости, одышки, однако сохраняется повышение температуры тела до 37,5°C преимущественно в вечернее время, одышка при физической нагрузке.</p> <p>В анализах: Eг – 4,2*10¹²/л, Hb – 132 г/л, Le – 10,8*10⁹/л, п – 5%, с – 70%, л – 15%, м – 9%, э – 1%, СОЭ – 40 мм/ч.</p> <p>При рентгенологическом контроле: в верхнем поле правого легкого (от верхушки до переднего отрезка 3 ребра) сохраняются участки инфильтрации, структура их стала негетерогенной.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ – папула 14 мм. ДСТ – папула 9 мм.</p> <p>В мокроте: МСК КУМ не обнаружены 3-кратно. ПЦР-РВ обнаружена ДНК МБТ; мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено.</p> <p>КТ органов грудной клетки: в верхней доле правого легкого (1 и 2 сегменты) определяется участок инфильтрации с небольшими полостями распада (максимальная из них 10мм*7мм*5мм), в окружающей легочной ткани многочисленные гиподенсивные очаги. В 3, 6 сегментах правого легкого, 4, 5, 6 сегментах левого легкого немногочисленные очаги бронхогенного засева.</p> <p>Оцените результаты пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста.</p> |
| В | 3 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| В | 4 | Обоснуйте поставленный Вами диагноз. |
| В | 5 | Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор. |

| | | |
|----|---|---|
| №4 | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | <p>Мужчина, 49 лет, неработающий, обратился к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 39,5°C, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при небольшой физической нагрузке, слабость, потливость, боли в грудной клетке, похудание.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент заболел остро 3 дня назад. После переохлаждения появилась резкая слабость, озноб, кашель, боли в левой половине грудной клетки при кашле и глубоком дыхании, потливость, одышка, температура тела повысилась до 39,5°C. Лечился самостоятельно (принимал жаропонижающие средства) без эффекта, состояние ухудшилось, обратился к врачу. Отмечает, что за последнее время похудел. Курит (около 30 лет, 1 пачка сигарет в день), злоупотребляет алкоголем. Употребление наркотиков отрицает. Находился в ИТУ с 2000г. по 2009г. Предыдущая ФЛГ (4 года назад) – норма. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Туб. контакт – друг болен туберкулезом легких.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести. Астенического типа телосложения. Рост 180 см, вес 61кг. Кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка правильной формы, левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Притупление перкуторного звука слева в верхних отделах грудной клетки, в межлопаточном пространстве, где выслушивается бронхиальное дыхание, влажные хрипы. ЧД – 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 90 уд.в мин., АД – 100/65 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень - + 1см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной</p> |

| | | |
|---|---|--|
| | | <p>области отрицательный.</p> <p>В анализах: Eг – $3,7 \cdot 10^{12}$/л, Hб – 118 г/л, Le – $14,2 \cdot 10^9$/л, п – 10%, с – 72%, л – 10%, м – 7%, э – 1%, СОЭ – 61 мм/ч.</p> <p>При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки: в верхней доле и 6 сегменте левого легкого определяется массивная зона инфильтрации. Правое легкое – без очаговых и инфильтративных изменений. Корень правого легкого структурный. Сердце – норма.</p> |
| В | 1 | Какова Ваша лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. |
| В | 2 | <p>Пациенту проведен курс противопневмонического лечения с применением антибиотиков широкого спектра действия (амоксиклав, цефотаксим) в течение 2 недель. В результате лечения отмечается некоторое улучшение самочувствия: уменьшение кашля, слабости, одышки, однако сохраняется повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$ преимущественно в вечернее время, одышка при физической нагрузке, потливость.</p> <p>В анализах: Eг – $3,8 \cdot 10^{12}$/л, Hб – 120 г/л, Le – $12,8 \cdot 10^9$/л, п – 9%, с – 71%, л – 10%, м – 9%, э – 1%, СОЭ – 59 мм/ч.</p> <p>При рентгенологическом контроле: в верхнем доле и 6 сегменте левого легкого сохраняются участки инфильтрации, структура их стала негетерогенной.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ – уколочная реакция. ДСТ – уколочная реакция.</p> <p>В мокроте: МСК КУМ 2+. ПЦР-РВ обнаружена ДНК МБТ; мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено.</p> <p>КТ органов грудной клетки: в верхней доле левого легкого (1, 2 и 3 сегменты), в 6 сегменте определяются участки инфильтрации с многочисленными небольшими полостями распада (максимальная из них во 2 сегменте $15\text{мм} \cdot 10\text{мм} \cdot 6\text{мм}$); в окружающей легочной ткани, 4 и 5 сегментах многочисленные гиподенсивные очаги.</p> <p>Оцените результаты пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста. О чем они свидетельствуют?</p> |
| В | 3 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| В | 4 | Обоснуйте поставленный Вами диагноз. |
| В | 5 | Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор. |

| | | |
|----|---|--|
| №5 | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | <p>У мужчины, 45 лет, при проведении профилактической флюорографии выявлены изменения в легких.</p> <p>Активно жалоб не предъявляет. Из анамнеза известно, что в течение длительного времени отмечает редкий кашель преимущественно сухой, иногда с выделением небольшого количества мокроты. К врачу не обращался, так как связывает наличие кашля с длительным стажем курения. Курит (более 30 лет, 1-2 пачки сигарет в день), злоупотребление алкоголем – отрицает. Употребление наркотиков – отрицает. Предыдущая ФЛГ (3 года назад) – норма. Отец умер от рака легких в возрасте 56 лет. Эпидемиологический анамнез: раннее туберкулезом не болел. Туб. контакт – по месту работы 4 года назад.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложения. Рост 176 см, вес 70 кг. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Грудная клетка правильной формы, обе</p> |

| | | |
|---|---|--|
| | | <p>половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Перкуторный звук ясный легочный. Дыхание везикулярное, хрипы четко не выслушиваются. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 72 уд.в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: Eг – 4,3*10¹²/л, Hb – 136 г/л, Le – 7,2*10⁹/л, п – 2%, с – 66%, л – 23%, м – 7%, э – 2%, СОЭ – 16 мм/ч.</p> <p>КТ органов грудной клетки: во 2 сегменте правого легкого определяется округлой формы образование с четкими контурами размером 20мм*15мм*12мм (высота) с единичными гиперденсивными включениями, не накапливающее при болюстном введении контрастное вещество. В других сегментах правого легкого и в левом легком – без очаговых и инфильтративных изменений.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ – папула 9 мм. ДСТ – папула 4 мм.</p> <p>В мокроте: атипичные клетки не обнаружены. МСК КУМ не обнаружены 3-кратно. ПЦР-РВ ДНК МБТ не обнаружена.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости и почек: очаговой патологии не лоцируется.</p> |
| В | 1 | Оцените результаты пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста. |
| В | 2 | Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте Ваш выбор. |
| В | 3 | <p>Пациенту проведена ФБС с биопсией. Заключение: катаральный бронхит ПВ2 1 степени интенсивности воспаления. Цитологическое исследование: обнаружены единичные эпителиодные клетки. Гистология: в материале обнаружены единичные гранулемы с эпителиодными клетками и клетками Пирогова-Лангханса, с наличием казеозного некроза в центре.</p> <p>В мазках с катетера – МСК 7 КУМ. БАЛ: МСК – КУМ не обнаружены, БАКТЕК – выделена культура МБТ, чувствительная к изониазиду, рифампицину, этамбутолу, пиразинамиду, устойчивая к стрептомицину.</p> <p>Предположите наиболее вероятный диагноз.</p> |
| В | 4 | Обоснуйте поставленный Вами диагноз. |
| В | 5 | Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор. |

| | | |
|----|---|--|
| №6 | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | <p>Мужчина 37лет, изменения в легких выявлены при профилактической флюорографии на работе. Жалоб не предъявляет, но при активном расспросе больного установлено, что утром имеется «кашель курильщика» с небольшим количеством макроты слизистого характера и что за последние полгода больной похудел на 6-7 кг.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент курит около 18 лет до 1 пачки сигарет (около 20 штук) в день. Индекс курильщика = 18. Злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков отрицает. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Был контакт (со слов редкий) с коллегой по работе, больным туберкулезом легких.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложение. Рост 178 см, вес 63 кг. Кожные покровы чистые,</p> |

| | | |
|---|---|--|
| | | <p>обычной окраски. Грудная клетка правильной формы, активно участвует в акте дыхания. Аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в ‘. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 78 в ‘. АД – 115/75 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Симптомы покалывания по поясничной области отрицательные.</p> <p>В анализах: Eг – 5,2*10¹²/л; Hб – 128г/л; Le – 9,0*10⁹/л; П – 6%; С – 62%; Л – 24%; М – 5%; Э – 3%; СОЭ – 19 мм/час.</p> <p>При рентгенофлюорографическом обследовании грудной клетки (на R-гр и флюорографии): справа без видимых изменений, слева в верхушке легкого и субключично видны множественные очаги малой интенсивности без четких контуров.</p> <p>Диаскинтест – 12 мм папула.</p> <p>При микроскопии мокроты КУМ не обнаружены.</p> |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| В | 2 | Обоснуйте поставленный Вами диагноз. |
| В | 3 | Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор. |
| В | 4 | Укажите, какой режим, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор. |
| В | 5 | Через 3 месяца химиотерапии у пациента отмечается прибавление в весе, рассасывание очагов в верхушке левого легкого, слева субключично отмечено формирование неправильной формы небольшого (d - 2 см) фокуса с четкими конурами. Каковы ваши рекомендации, обоснуйте свой выбор. |

| | | |
|----|---|--|
| №7 | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | <p>Женщина 54 лет обратилась к врачу с жалобами на субфебрильную температуру до 37,5о, слабость, потливость, похудание на 4 кг за два месяца.</p> <p>Из анамнеза известно, что ухудшение самочувствия беспокоит около 2-3 месяцев. Пациентка более 10 лет страдает сахарным диабетом II типа, лечится диетой и сахароснижающими тублетированными препаратами. Отмечает, что в последнее время лечилась с нарушением, часто не соблюдала диету и режим приема лекарств.</p> <p>Употребление алкоголя и наркотиков отрицает. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болела. Туб.контакт отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Питание повышено. Рост 164 см. Вес – 90 кг. Кожные покровы чистые, бледноваты.</p> <p>Грудная клетка правильной формы, активно участвует в акте дыхания. Перкуторно – яный легочный звук. Аускультативно – дыхание бронхо-везикулярное, справа единичные влажные хрипы. ЧДД – 18 в ‘. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 88 в ‘. АД – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Дизурических расстройств нет. Симптом покалывания поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: Eг – 4,1*10¹²/л; Hб – 124 г/л; Le – 8,4*10⁹/л; П – 9%; С – 61%; Л – 25%; М – 3%; Э – 2%; СОЭ – 17 мм/час. Глюкоза натощак – 8,9 ммоль/л.</p> <p>При рентгенологическом обследовании (Rгр): в верхней доле правого легкого определяется группа крупных и среднего размера очагов малой интенсивности без четких контуров с просветлением в</p> |

| | | |
|---|---|--|
| | | центре. Диаскинтест – папула 14 мм. В мокроте методом микроскопии обнаружены КУМ 2+, методом ПЦР-РВ обнаружены ДНК микобактерий туберкулеза. |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| В | 2 | Обоснуйте поставленный Вами диагноз. |
| В | 3 | Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дообследования больной. Обоснуйте свой выбор. |
| В | 4 | С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику процесса, имеющегося у больной. |
| В | 5 | Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациентки. Обоснуйте свой выбор, дайте дальнейшие рекомендации. |

| | | |
|----|---|--|
| №8 | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | <p>Мужчина 29 лет, патология в легких выявлена при профилактической флюорографии при устройстве на работу в колбасный цех. Жалоб не предъявляет. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад вернулся из мест лишения свободы. Около 7 лет болел язвенной болезнью желудка, сейчас отмечается ремиссия (со слов). Курит около 10 лет по 1 пачке сигарет в день. Злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков отрицает. Эпидемиологический анамнез: в заключение имел контакт с больными туберкулезом легких.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Астеническое телосложение. Рост 182 см. Вес 70 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Грудная клетка астенична, активно участвует в дыхании. Перкуторно легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в ‘. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 76 в ‘АД 110/65 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: Eг – 4,8*10¹²/л; Hб – 135 г/л; Le – 9,2*10⁹/л; П – 4%; С - 64%; Л - 27%; М - 4%; Э - 1%; СОЭ – 15 мм/час.</p> <p>При рентгеномографическом обследовании грудной клетки (флюорограмма и КТ): справа без видимых изменений, слева – в верхушке и S2 (втором сегменте) видны мелкие очаги высокой интенсивности с четкими контурами и очагами среднего размера малой интенсивности без четких контуров.</p> <p>Диаскинтест – папула 13 мм.</p> <p>При микроскопии мокроты Кум не обнаружены.</p> |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| В | 2 | Обоснуйте поставленный Вами диагноз. |
| В | 3 | Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор. |
| В | 4 | Укажите, какой режим и какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения больного. Обоснуйте свой выбор. |
| В | 5 | Через 60 доз химиотерапии у пациента отмечается частичное рассасывание очагов в S1-2 слева, однако часть очагов сохраняется и уплотняется. Больной настроен устроиться на работу в колбасный цех. Каковы Ваши рекомендации, обоснуйте свой выбор. |

| | | |
|----|---|--|
| №9 | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| у | - | <p>Женщина 27 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в левом боку, усиливающиеся при наклонах в здоровую сторону и дыхании; на температуру 39,0С, озноб и потливость.</p> <p>Из анамнеза известно, что боли возникли после переохлаждения. Туберкулезный контакт с родственником. Больная отмечает, что через 2-3 дня интенсивность боли постепенно уменьшилась, но появилась отдышка. Со слов, при профилактической флюорографии лет 10 назад находили в верхушках кальцинаты. НЕ курит, алкоголем не злоупотребляет.</p> <p>При осмотре: состояние ближе к средней тяжести. Астеническое телосложение. Рост 172 см, вес 59 кг. Кожные покровы чистые, бледные больная предпочитает лежать на левом боку, так как при этом нет болей. Левая половина грудной клетки резко отстает при дыхании. ЧДД – 30 в 1. Слева нижние межреберья сглажены. Перкуторно определяется притупление легочного звука слева по лопаточной и подмышечной линиям. Слева внизу голосовое дрожание не проводится. Аускультативно дыхание слева резко ослаблено. Границы сердца смещены вправо. Тоны сердца приглушены, учащены до 120 в 1. АД 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: Eг – 4,0*10¹²/л; Hб – 120 г/л; Le – 11,02*10⁹/л; П – 12%; С - 59%; Л - 11%; М - 12%; Э - 6%; СОЭ – 40 мм/час.</p> <p>Мокроту больная не выделяет, кашля практически нет.</p> <p>НА обзорной рентгенограмме: в верхушках легких определяются тени с отложением извести. В нижних отделах грудной клетки слева гомогенные затемнения с косой верхней границей, идущей на уровне переднего отрезка IV ребра.</p> <p>Диаскинтест – папула 17 мм.</p> |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| В | 2 | Обоснуйте поставленный Вами диагноз. |
| В | 3 | Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной. |
| В | 4 | Укажите, какой инструментальный метод лечения необходимо назначить и выполнить больной. |
| В | 5 | Укажите, какие противотуберкулезные препараты и по какому режиму необходимо назначить больной. Обоснуйте свой выбор. |

| | | |
|-----|---|--|
| №10 | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| у | - | <p>Мужчина 45 лет, обратился к врачу с жалобами на внезапное появление кашля с большим количеством мокроты, болями в грудной клетке справа, одышку и резкие подъемы температуры до 39-39,50С.</p> <p>Из анамнеза известно, что ухудшение самочувствия отмечает последние несколько месяцев, сильно похудел (на 6-7 кг). Болен фиброзно-кавернозным туберкулезом правого легкого пять лет, лечился с перерывами, не аккуратно, от операции отказался. Алкоголь употребляет систематически, однако на учете у нарколога не состоит. Прием наркотиков отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние ближе к средней тяжести. Питание снижено.</p> |

| | | |
|---|---|--|
| | | <p>Рост 176 см, вес 52 кг. Кожные покровы бледные. Грудная клетка справа отстает при дыхании, нижние межреберья сглажены, пальпация их болезненна. Нижний легочный край справа неподвижен. Перкуторно определяется интенсивное притупление легочного звука справа. Справа в этой области голосовое дрожание не проводится. Аускультативно слева жесткое дыхание, справа в верхних отделах разнокалиберные влажные хрипы, в нижних отделах дыхание отсутствует. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: Eг – 3,8*10¹²/л; Hb – 110 г/л; Le – 12,0*10⁹/л; П – 15%; С - 63%; Л - 10%; М - 12%; СОЭ – 47 мм/час.</p> <p>Мокроту больная не выделяет, кашля практически нет.</p> <p>При рентгенологическом обследовании слева на обзорной рентгенограмме очаги бронхогенного засева, справа в нижних отделах гомогенное затемнение с горизонтальной границей. В верхних отделах фиброзно-цирротические изменения с полостями распада, очаги и участки инфильтрации.</p> <p>Диаскинтест – папула 12 мм.</p> <p>В мокроте МБТ +2 скопически. Ранее в посевах выделена культура МБТ устойчивая к изониазиду и рифампицину.</p> |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| В | 2 | Обоснуйте поставленный Вами диагноз. |
| В | 3 | Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной. |
| В | 4 | Укажите, какой режим и какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения больного. Обоснуйте свой выбор. |
| В | 5 | Какое лечение должно быть рекомендовано? |

4.4 Реферат для оценки компетенций «УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7»:

1. Морфология дыхательной системы. Классификация строения ацинуса.
2. Молекулярно-генетические методы диагностики туберкулеза.
3. Маски туберкулеза.
4. Наследственность при туберкулезе.
5. Деонтология во фтизиатрии, права больного туберкулезом, его обязанности по отношению к мед. работникам и окружающим лицам. Биоэтика – новое в развитии этики.
6. Социальная защита медицинских работников противотуберкулезных учреждений.
7. Классификация противотуберкулезных препаратов, фармакокинетика, фармакодинамика изониазида, рифампицина, стрептомицина, пиперазина и этамбутола.
8. Классификация побочных реакций противотуберкулезных препаратов. Побочные реакции от изониазида, рифампицина, стрептомицина. Неотложная помощь при отравлении изониазидом.
9. Иммунокоррекция при лечении больного туберкулезом.
10. Саркоидоз органов дыхания.
11. Влияние социальных факторов на возникновение туберкулеза у детей.
12. Туберкулезный менингит.
13. Туберкулез и ВИЧ инфекция.
14. Кровохарканье, легочное кровотечение.
15. Спонтанный пневмоторакс, неотложная помощь.
16. Туберкулез и беременность
17. Особенности туберкулеза у пожилых и стариков.
18. Туберкулез легких, комбинированный с другими заболеваниями.

19. Дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза легких.
20. Туберкулез верхних дыхательных путей, полости рта, трахеи, бронхов.
21. Ателектаз.
22. Дифференциальная диагностика экссудативного плеврита.
23. Внелегочный туберкулез.
24. Микобактериозы органов дыхания.
25. Неотложная помощь при анафилактическом шоке

4.5 Индивидуальный опрос для оценки компетенций «УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7»:

1. Основные принципы здравоохранения в РФ.
2. Туберкулез в сочетании с бронхитами и пневмониями.
3. Стандартные и индивидуальные режимы химиотерапии, как основной компонент лечения больных туберкулезом.
4. Национальный проект «Здоровье».
5. Туберкулез в сочетании с бронхиальной астмой, ХОБЛ и другими аллергическими заболеваниями легких.
6. Показания к индивидуальному подходу лечения больных туберкулезом и исключительность его применения. Наличие противопоказаний к приему отдельных химиопрепаратов.
7. Принципы и основные направления противотуберкулезной работы в РФ.
8. Туберкулез и пневмокониозы.
9. Моно и полирезистентность микобактерий. Понятия множественной, широкой и тотальной лекарственной устойчивости.
10. Законодательство РФ и ведомственная нормативно-методическая документация в области противотуберкулезной работы.
11. Туберкулез и рак легкого.
12. Критерии излечения и эффективности лечения больных туберкулезом. Понятие качества жизни больных туберкулезом, как показатель успешности лечения.
13. Группы диспансерного наблюдения (ДН) и диспансерного учета (ДУ) больных туберкулезом.
14. Туберкулез и заболевания органов кровообращения.
15. Роль ЦВК в назначении индивидуального режима химиотерапии.
16. Сроки лечения и наблюдения больных туберкулезом. Порядок и критерии перевода из одной группы диспансерного наблюдения в другую и снятия с диспансерного учета.
17. Туберкулез и заболевания печени.
18. Особенности лечения больных туберкулезом с различными формами лекарственной устойчивости.
19. Типы противотуберкулезных ЛПУ в РФ. Их примерная структура.
20. Туберкулез и эндокринные заболевания.
21. Хирургические и другие инвазивные методы лечения больных туберкулезом.
22. Организация работы противотуберкулезного диспансера.
23. Туберкулез и психические заболевания.
24. Противотуберкулезные препараты. Классификация и номенклатура противотуберкулезных препаратов.
25. Характеристика активного и пассивного выявления больных туберкулезом.
26. Туберкулез и ВИЧ/СПИД-инфекция.
27. Комбинированные противотуберкулезные препараты. Преимущества и отрицательные стороны применения.
28. Лабораторная диагностика туберкулеза.

29. Туберкулез у лиц пожилого и старческого возраста.
30. Коллапсотерапия. Пневмоторакс и пневмоперитонеум. Механизмы лечебного воздействия. Показания и противопоказания. Осложнения и эффективность применения.
31. Лучевые методы исследования туберкулеза. Лучевая нагрузка. Нормативное регулирование. Нормы радиационной безопасности (НРБ).
32. Туберкулез, беременность и материнство.
33. Патогенетическое лечение больных туберкулезом. Понятие и роль патогенетической терапии в комплексном лечении больных туберкулезом.
34. Кожные пробы в активном выявлении больных туберкулезом. Сравнительная характеристика пробы Манту с 2ТЕ и пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным.
35. Забор биологических проб (мокрота, кровь, моча, спинномозговая жидкость, ткани) их транспортировка и хранение.
36. Реабилитация больных туберкулезом.
37. Иммунологическая диагностика в активном выявлении туберкулеза.
38. Скрининговые методы и лабораторные методики.
39. Противотуберкулезная вакцинация, как фактор повышения адаптационного потенциала населения путем его иммунизации.
40. Типы санаториев, их структура. Показания и противопоказания к санаторному лечению. Сроки лечения.
41. Организация раннего выявления больных туберкулезом среди взрослого населения путем флюорографических профилактических осмотров.
42. Культуральные методы исследования туберкулеза. Исследования на твердых и жидких питательных средах. Исследование лекарственной устойчивости МБТ.
43. Медико-социальная экспертиза при туберкулезе.
44. Группы риска по заболеванию туберкулезом, в зависимости от профессии, социального положения и наличия других хронических заболеваний.
45. Молекулярно-биологические методы идентификации микобактерий туберкулеза и определение их лекарственной устойчивости. Биочипы и полимеразно-цепная реакция. Видовая и штаммовая идентификация.
46. Выявление туберкулеза у детей и подростков.
47. Определение и классификация очагов туберкулезной инфекции.
48. Юридические аспекты вакцинации.
49. Понятие о группах риска детей и подростков по туберкулезу. Директивные документы, определяющие порядок работы с детьми и подростками из групп риска.
50. Основные принципы лечения и реабилитации больных туберкулезом.
51. Иммунопрофилактика туберкулеза – основные положения (основы формирования приобретенного иммунитета, основные свойства противотуберкулезных вакцин).

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: экзаменационные вопросы.

5.1.1. Вопросы к экзамену по дисциплине «Фтизиатрия».

| Вопрос | Код компетенции (согласно РПД) |
|--|--------------------------------|
| 1. Современное состояние борьбы с туберкулёзом в России и в мире: проблемы и | УК-1, УК-6, ОПК-1, |

| | |
|--|--|
| перспективы. Эпидемиологическая ситуация в нашем регионе. | ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 2. Основные эпидемиологические показатели во фтизиатрии и их расчёт. Значение социально-экономических, наследственно-обусловленных и экологических факторов при туберкулёзе. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 3. Основные этапы развития учения о туберкулёзе. Значение трудов Гиппократ, Авиценны, Лавренца, Вильмена, Коха. Роль отечественных учёных Н.И. Пирогова, Г.А. Захарьина, А.И. Абrikосова, А.Е. Рабухина в развитии учения о туберкулёзе. Современные ученые фтизиатры. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 4. Патологическая анатомия туберкулеза. Виды специфических воспалительных реакций при туберкулезе. Первичный, послепервичный и вторичный периоды туберкулезной инфекции, их морфологические особенности. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 5. Современные методы обнаружения возбудителя туберкулёза: их информативность и сравнительная характеристика. Роль молекулярно-генетических методов в диагностике туберкулеза. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 6. Патогенез туберкулёза. Понятие о первичном и вторичном туберкулёзе. Источники заражения и пути проникновения туберкулёзной инфекции в организм. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 7. Аллергия и иммунитет при туберкулёзе. Клеточный и гуморальный иммунитет. Значение иммунодефицита в развитии туберкулёза. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 8. Источники заражения и пути передачи туберкулезной инфекции. Семейный контакт. Работа с находящимися в семейном контакте. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 9. Возбудитель туберкулеза: виды, морфологическое строение и свойства. Патогенность и вирулентность. Изменчивость микобактерий туберкулеза. Первичная и вторичная лекарственная устойчивость. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 10. Клиническая классификация туберкулёза. Принципы построения, разделы. Формулировка диагноза туберкулёза. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, |

| | |
|--|---|
| | ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 11. Организация борьбы с туберкулёзом в Российской Федерации. Противотуберкулёзный диспансер и его задачи. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 12. Организация диспансерного наблюдения за различными контингентами больных туберкулёзом. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 13. Группы больных с повышенным риском заболевания туберкулёзом. Частота их обследования на туберкулёз. Показания для направления к фтизиатру. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 14. Патоморфоз туберкулёза. Понятие и виды. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 15. Общие принципы обследования больных туберкулёзом. Обязательный диагностический минимум. Дополнительные и факультативные методы исследования. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 16. Методы клинической диагностики туберкулёза: анамнез, жалобы, физикальные данные. Лабораторная диагностика. Цитологические и гистологические методы обследования. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 17. Рентгенологические, радионуклеидные и эндоскопические методы обследования больных туберкулёзом. Методы исследования функции дыхания и кровообращения. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 18. Специфическая профилактика туберкулёза. Вакцины БЦЖ и БЦЖ-М. Сроки проведения вакцинации и ревакцинации. Показания и противопоказания. Техника вакцинации. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 19. Профилактика туберкулеза: виды. Неспецифическая профилактика туберкулеза. Химиопрофилактика: показания, методика, виды. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, |

| | |
|--|---|
| | ПК-6, ПК-7 |
| 20. Санитарная и социальная профилактика туберкулёза. Понятие об очаге туберкулёзной инфекции. Виды очагов. Мероприятия по изоляции бактериовыделителей. Вопросы допуска к работе больных туберкулёзом. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 21. Организация выявления больных туберкулёзом. Методы выявления туберкулеза. Понятие о раннем, своевременном, несвоевременном и запущенном выявлении туберкулёза среди населения. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 22. Иммунодиагностика. Иммунологическое и клиническое значение реакции гиперчувствительности замедленного типа. Туберкулин: общая характеристика, виды туберкулина, способы его введения. Антиген туберкулезный рекомбинантный (диаскинтест): общая характеристика, значение диаскинтеста в диагностике туберкулеза. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 23. Общие принципы лечения туберкулёза. Режимы химиотерапии. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 24. Этиотропная терапия туберкулёза. Классификация и краткая характеристика основных противотуберкулёзных препаратов. Методы их введения. Дозы. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 25. Общие принципы лечения больных туберкулёзом. Патогенетическое лечение туберкулёза. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 26. Анатомическое строение лёгких. Доли, сегменты. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 27. Противотуберкулёзная работа общей лечебной сети и службы Роспотребнадзора. Роль участкового терапевта. Показания для направления к фтизиатру. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 28. Ранний период туберкулёзной инфекции: понятие, патогенез. Выраж туберкулиновых реакций. Диагностика инфекционной и поствакцинальной аллергии. Тактика врача при выявлении виража. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 29. Понятие о первичном туберкулёзе. Патогенез. Значение массивности | УК-1, УК- |

| | |
|--|---|
| инфекции и вирулентности возбудителя в развитии туберкулезного процесса. Клинические формы первичного туберкулёза. Особенности первичного туберкулёза у взрослых. | 6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 30. Подострый диссеминированный туберкулёз лёгких: патогенез, патологическая анатомия, клиника, диагностика, осложнения, исходы, лечение. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 31. Критерии эффективности и качества вакцинации БЦЖ. Этапы развития прививочной реакции. Осложнения вакцинации БЦЖ. Классификация осложнений. Клиника. Тактика врача при выявлении БЦЖ-ита. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 32. Хронический диссеминированный туберкулёз лёгких: патогенез, патологическая анатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, исходы, лечение. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 33. Первичный туберкулёз. Туберкулёзная интоксикация у детей и подростков: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, течение, исходы и лечение. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 34. Очаговый туберкулёз лёгких: патогенез, патологическая анатомия, методы выявления, клиника, диагностика, течение, дифференциальная диагностика, лечение, исходы. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 35. Казеозная пневмония: патогенез, патологическая анатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и исходы. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 36. Туберкулема лёгких: патогенез, патоморфология, выявление, клиника, диагностика, исходы, лечение. Значение хирургических методов лечения. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 37. Кавернозный туберкулёз лёгких: Патогенез и патоморфология, свежая и хроническая каверны. Клиника, диагностика, течение, лечение и исходы. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 38. Первичный туберкулёзный комплекс: патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, течение, осложнения, исходы и | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, |

| | |
|--|---|
| лечение. | ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 39. Цирротический туберкулёз лёгких: патогенез, патоанатомия, клиника, диагностика, течение, лечение и исходы. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 40. Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов: патогенез, патоморфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, течение, осложнения, исходы и лечение. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 41. Милиарный туберкулёз лёгких: патогенез, патоанатомия, формы милиарного туберкулёза, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, исходы. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 42. Туберкулёзный плеврит: патогенез, патоморфология, классификация плевритов, клиника, диагностика. Критерии постановки диагноза плеврита туберкулезной этиологии. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 43. Туберкулёз лёгких и сахарный диабет: особенности клинического течения, выявление, лечение и профилактика. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 44. Туберкулёз лёгких и рак лёгкого: особенности клинического течения, выявление, лечение и профилактика. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 45. Фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких. Причины формирования. Патоанатомия. Клиника, диагностика, осложнения, лечение и исходы. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 46. Клиническое излечение туберкулёза. Критерии. Малые и большие остаточные изменения, их значение в возникновении рецидивов туберкулеза. Понятие о реабилитации больных туберкулезом. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 47. Спонтанный пневмоторакс: патогенез, виды, диагностика, неотложная помощь больным. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК- |

| | |
|--|---|
| | 3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 48. Лёгочное кровотечение: патогенез, диагностика, принципы лечения, неотложная помощь. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 49. Инфильтративный туберкулёз лёгких: патогенез, патоанатомия, клинико-рентгенологические варианты, особенности их течения. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 50. Инфильтративный туберкулёз лёгких: клиника, диагностика, лечение, исходы и прогноз инфильтративного туберкулёза. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 51. Дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза легких. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 52. Туберкулёз и ВИЧ-инфекция: эпидемиология, особенности клиники, диагностики, лечения и профилактики туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 53. Осложнения туберкулёза лёгких: виды осложнений, патогенез. диагностика и принципы лечения. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 54. Туберкулёз лёгких и хронические воспалительные заболевания органов дыхания: особенности клинического течения, выявление, лечение и профилактика. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 55. Дифференциальная диагностика «округлых» образований. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 56. Гнойный туберкулезный плеврит: клиника, диагностика, лечебная тактика, осложнения. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |

| | |
|---|---|
| 57. Диаскинтест: методика и техника постановки диаскинтеста, противопоказания, оценка результатов. Значение диаскинтеста в диагностике туберкулеза. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 58. Дифференциальная диагностика туберкулезного плеврита с неспецифическими плевритами. Осложнения и исходы туберкулезных плевритов. Лечение. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 59. Методика и техника постановки пробы Манту с 2 ТЕ. Противопоказания для постановки пробы Манту с 2 ТЕ. Оценка результатов. Раннее выявление туберкулеза путем проведения пробы Манту с 2 ТЕ. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 60. Дифференциальная диагностика диссеминированного туберкулёза лёгких. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |
| 61. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза: понятие, виды лекарственной устойчивости, ее клиническое значение. | УК-1, УК-6, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7 |

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена:

| Результаты обучения | Оценки сформированности компетенций | | | |
|---------------------|--|---|---|--|
| | неудовлетворительно | удовлетворительно | хорошо | отлично |
| Полнота знаний | Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки | Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки | Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок | Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок |
| Наличие умений | При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки | Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме. | Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми | Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественным и недочетами, |

| Результаты обучения | Оценки сформированности компетенций | | | |
|---|--|---|---|---|
| | неудовлетворительно | удовлетворительно | хорошо | отлично |
| | | | ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами | выполнены все задания в полном объеме |
| Наличие навыков (владение опытом) | При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки | Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами | Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами | Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов |
| Характеристика сформированности компетенции | Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение | Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач | Сформированность компетенции и в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам | Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач |
| Уровень сформированности компетенций | Низкий | Ниже среднего | Средний | Высокий |

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Полный комплект оценочных средств для дисциплины «Фтизиатрия» представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – <https://sdo.pimunn.net/course/view.php?id=177>

Разработчик:

Наумов А.Г., ассистент кафедры фтизиатрии им. И.С. Николаева.

Дата «27» февраля 2023 г.