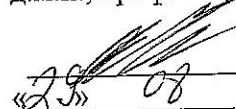


**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель ООП ВО
по программе ординатуры
31.08.51 Фтизиатрия
д.м.н., профессор Чубарян В.Т.


«29» 08 2023 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ -
ПРОГРАММЕ ОРДИНАТУРЫ**

Специальность: **31.08.51 Фтизиатрия**

Квалификация выпускника: **врач-фтизиатр**

Форма обучения: очная

Курс: **2**

Семестр: **4**

**Ростов-на-Дону
2023**

Рабочая программа ГИА по специальности 31.08.51 Фтизиатрия рассмотрена на заседании кафедры фтизиатрии, пульмонологии и инфекционных болезней.

Протокол от 22.05.2023 № 5.

Председатель заседания



В.Т. Чубарян

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ

1. Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

2. Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- ✓ физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);
- ✓ население;
- ✓ совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

3. Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

- ✓ профилактическая;
- ✓ диагностическая;
- ✓ лечебная;
- ✓ реабилитационная;
- ✓ психолого-педагогическая;
- ✓ организационно-управленческая.

4. Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

- ✓ предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- ✓ проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

- ✓ проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

- ✓ диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- ✓ диагностика неотложных состояний;
- ✓ диагностика беременности;
- ✓ проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

- ✓ оказание специализированной медицинской помощи;
- ✓ участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- ✓ оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

- ✓ проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность:

- ✓ формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

- ✓ применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- ✓ организация и управление деятельностью медицинских организаций, и их структурных подразделений;
- ✓ организация проведения медицинской экспертизы;
- ✓ организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ✓ ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации;

- ✓ создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- ✓ соблюдение основных требований информационной безопасности.

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Универсальные компетенции (далее УК-):

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

Профессиональные компетенции (далее – ПК):

профилактическая деятельность:

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

здоровья взрослого населения и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

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

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность

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

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель: установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.51 Фтизиатрия.

Задачи: Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.51 Фтизиатрия осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-фтизиатра в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности 31.08.51 Фтизиатрия проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры 31.08.51 Фтизиатрия.

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.51 Фтизиатрия.

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из устного собеседования по дисциплинам (модулям) образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

В случаях, предусмотренных нормативными и распорядительными актами, государственный экзамен может проводиться письменно (в том числе с применением дистанционного формата*).

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.51 Фтизиатрия путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации.

Основой для проведения государственного экзамена являются экзаменационные билеты, включающие в себя два задания.

Одно задание состоит из вопроса, выявляющие теоретическую подготовку выпускника и ситуационные задачи, выявляющей практическую подготовку выпускника по одной и той же теме дисциплины (модулям) образовательной программы.

Пример задания к государственному экзамену, выявляющих теоретическую подготовку выпускника, с указанием проверяемых компетенций:

Номер задания	Формулировка содержания задания	Компетенции, освоение которых проверяется вопросом
1	1. Туберкулезный плеврит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.	УК -1, ПК – 1, 5, 6, 8
	1. Больной О., 52 года. Жалобы на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при вдохе, на повышение температуры тела до 37,9 С. Больной лежит на правом боку, правая половина грудной клетки отстает акте дыхания. Аускультативно справа дыхание в нижних отделах не прослушивается, хрипов нет. I. Какова наиболее вероятная локализация и характер патологического процесса в легких? II. Какие методы обследования, лечения предпринять?	УК – 1, ПК – 1, 5, 6, 8

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. Содержание и задачи фтизиатрии, как науки, ее связь с другими медицинскими дисциплинами.
2. Основные этапы научного изучения туберкулеза.

* Дистанционный формат – процесс проведения государственных аттестационных испытаний, организуемый с помощью дистанционных технологий и электронных средств передачи информации, реализуемый через электронные системы (Zoom, Skype, MS Teams, вебинар, другое).

3. Нормальное строение дыхательной системы. Сегментарное строение легких.
4. Местные механизмы защиты органов дыхания.
5. Эпидемиология современного туберкулеза.
6. Эпидемиологические показатели по туберкулезу, критерии ликвидации туберкулеза по эпид. показателям (ВОЗ).
7. Понятие эпидемиологического очага туберкулезной инфекции. Виды профилактической работы в очаге.
8. Источники и пути заражения туберкулезом. Инфицирование и риск заболевания туберкулезом. Этапы туберкулезного процесса. Трансмиссия туберкулеза.
9. Этиология туберкулеза. Таксономическая характеристика возбудителя туберкулеза; основные видовые свойства МБТ; патогенность и вирулентность МБТ.
10. Значение различных типов микобактерий туберкулеза в эпидемиологии и заболевании человека и животных. Лекарственная устойчивость МБТ,
11. Патоморфоз современного туберкулеза.
12. Патоморфология туберкулеза, возможные направления в эволюции туберкулезного воспаления.
13. Патоморфологические особенности туберкулезного воспаления у больных ВИЧ-инфекцией.
14. Классификация туберкулеза. Клиническая классификация. Клинические группы.
15. Принципы формулировки клинического диагноза туберкулеза. МКБ-10.
16. Патогенез развития легочного и внелегочного туберкулеза.
17. Периоды развития первичной туберкулезной инфекции.
18. Понятие о первичных и вторичных формах туберкулеза. Особенности первичного туберкулеза.
19. Понятие латентной туберкулезной инфекции.
20. Первичный туберкулез, особенности патогенеза, клинические и диагностические особенности.
21. Принципы и основные направления противотуберкулезной работы в РФ. Управление борьбой туберкулезом. Порядок планирования и организации противотуберкулезных мероприятий.
22. Законодательство РФ и ведомственная нормативно-методическая документация в области противотуберкулезной работы.
23. Мониторинг туберкулеза. Определение, цели и задачи, порядок мониторинга. Мониторинг туберкулеза и медицинская статистика.
24. Противотуберкулезный диспансер. Задачи, типы, структура. Организация работы ПТД.
25. Содержание и методы работы фтизиатра в стационаре и в амбулаторно-поликлиническом звене.
26. Диспансерные группировки. Очаг туберкулезной инфекции.

27. Пути выявления туберкулеза, группы риска по туберкулезу.
28. Организация раннего выявления туберкулеза. Туберкулинодиагностика, флюорография и бактериоскопия, как методы массовых обследований населения
29. Профилактика туберкулеза. Вакцинация детей против туберкулеза. Типы вакцин, их хранение, методика проведения вакцинации.
30. Местная реакция после введения вакцинации БЦЖ. Оценка эффективности вакцинации БЦЖ. Дифференциальная диагностика постинфекционной и поствакцинальной аллергии.
31. Показания и противопоказания к вакцинации БЦЖ.
32. Ревакцинация против туберкулеза детей и подростков.
33. Категории осложнения БЦЖ-вакцинации.
34. Химиопрофилактика (первичная и вторичная).
35. Санитарная профилактика.
36. Определение потребности в противотуберкулезных препаратах. Взаимодействие ПТД с ЛПУ ОЛС, Роспотребнадзором.
37. Общие принципы клинического обследования. Физикальные методы обследования. Понятие протокола клинического обследования.
38. Лабораторные методы исследования при туберкулезе
39. Функциональные методы исследования при туберкулезе.
40. Лучевые методы в диагностике туберкулеза.
41. Туберкулинодиагностика. Массовая, групповая, индивидуальная. Виды туберкулинов.
42. Общая характеристика современной рентгеновской техники. КТ, МРТ.
43. Контрастные методы рентгенологического исследования.
44. Компьютерная топография органов грудной клетки. Бронхиальное дерево. Долевая, зональная, и сегментарная структура легких.
45. Понятие об основных сканологических категориях. Рентгеносемиотика туберкулеза органов дыхания.
46. МРТ, радиоизотопный и ультразвуковой методы обследования.
47. Этапы анализа рентгенограмм. Протоколирование. Рентгенологические методы в диагностике туберкулеза внелегочных локализаций.
48. Микробиологические исследования. Бактериоскопия. Цифровые методы. Культуральные исследования. Молекулярно-биологические методы идентификации МБТ. Биочипы и ПЦР.
49. Эндоскопические методы исследования при туберкулезе.
50. Инвазивные методы исследования при туберкулезе.
51. Скрининговые методы диагностики туберкулеза.
52. Алгоритм диагностических мероприятий при подозрении на туберкулез в амбулаторных условиях и условиях различных стационаров ОЛС.
53. Другие методы диагностики туберкулеза.
54. Первичный и вторичный туберкулез органов дыхания
55. Особенности первичного периода туберкулезной инфекции.

56. Клинические формы первичного туберкулеза. Вираз туберкулиновых проб. Туберкулезная интоксикация.
57. Малые формы туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов. Клиника, диагностика, лечение.
58. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Осложненное течение.
59. Первичный туберкулезный комплекс. Клинико-рентгенологические стадии и варианты клинического течения.
60. Вторичный туберкулез у детей и подростков. Туберкулез у детей раннего возраста. Туберкулез у детей препубертатного возраста и подростков. Особенности.
61. Клиническая характеристика хронически текущего первичного туберкулеза.
62. Особенности первичного периода туберкулезной инфекции у взрослых. Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов. Хронически текущий первичный туберкулез.
63. Клинические формы вторичного туберкулеза. Очаговый туберкулез. Клиника, диагностика, лечение.
64. Диссеминированный туберкулез легких. Клиника, диагностика, лечение.
65. Инфильтративный туберкулез легких. Клинико-рентгенологические формы. Клиника, диагностика, лечение.
66. Хронические формы туберкулеза. Кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Цирротический туберкулез. Клиника, диагностика, лечение.
67. Остропрогрессирующие формы туберкулеза. Милиарный туберкулез, казеозная пневмония. Клиника, диагностика, лечение.
68. Туберкулема легкого. Клиника, диагностика, лечение.
69. Туберкулезный плеврит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. лечение.
70. Туберкулез верхних дыхательных путей, трахеи и бронхов.
71. Дифференциальная диагностика клинических форм туберкулеза.
72. Осложнения туберкулеза легких. Клиника, диагностика, лечение.
73. Неотложные состояния во фтизиатрии (анафилактический шок, легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс и др.)
74. Клинически излеченный туберкулез легких. Остаточные изменения перенесенного туберкулеза. Критерии активности. Рецидив перенесенного туберкулеза легких.
75. Туберкулез, беременность и материнство.
76. Туберкулез в пожилом и старческом возрасте.
77. Туберкулез и опухоли легких.
78. Туберкулез и сопутствующие заболевания. Особенности ведения больных с сочетанием туберкулеза и сахарным диабетом, туберкулеза и бронхиальной астмой, туберкулеза и патологией ЖКТ.

79. Внелегочный туберкулез. Основные локализации. Особенности, статика
80. Мочеполовой туберкулез. Клинические формы туберкулеза почек.
81. Туберкулез мочеточников и мочевого пузыря. Туберкулез мужских и женских половых органов.
82. Синдромальная дифференциальная диагностика внелегочного туберкулеза. Мочевой синдром. Нефротический синдром. Синдром почечной недостаточности.
83. Костно-суставной туберкулез. Клинические формы туберкулеза костей и суставов.
84. Абдоминальный туберкулез.
85. Синдромальная дифференциальная диагностика внелегочного туберкулеза. Суставной и абдоминальный синдром.
86. Туберкулез периферических лимфатических узлов. Синдром увеличенных периферических лимфоузлов.
87. Туберкулез ЦНС. Синдромальная дифференциальная диагностика внелегочного туберкулеза. Синдром поражения менингеальных оболочек.
88. Туберкулез глаз. Туберкулез кожи.
89. Современные подходы к фармакотерапии туберкулеза. Понятие стандартов и протоколов лечения.
90. Характеристика стандартных режимов химиотерапии и показаний к ним.
91. Критерии излечения и эффективности лечения больных туберкулезом. Понятие качества жизни.
92. Фармакокинетика противотуберкулезных препаратов.
93. Лечение лекарственно-чувствительного туберкулеза.
94. Моно и полирезистентность микобактерий. Понятия множественной, широкой и тотальной ЛУ. Особенности лечения больных туберкулезом с различными формами ЛУ.
95. Побочные эффекты химиотерапии. Классификация, тактика ведения больных с побочными эффектами ПХТ.
96. Особенности лечения туберкулеза у детей, взрослых, пожилых.
97. Патогенетическая иммуномодулирующая и стимулирующая терапия.
98. Патогенетическая противовоспалительная терапия.
99. Понятие о белково-энергетической недостаточности. БЭН при туберкулезе. Диетотерапия.
100. Немедикаментозные методы лечения. Коллапсотерапия.
101. Хирургические методы лечения.
102. Физиотерапевтические методы лечения туберкулеза.
103. Реабилитация больных туберкулезом. ЛФК. Организация комплексного лечения взрослых в санатории. Типы санаториев, их структура. Показания и противопоказания к санаторному лечению.
104. Организация комплексного лечения детей в санатории.

105. Интенсивная терапия неотложных состояний при туберкулезе органов дыхания и его осложнениях
106. Особенности лечения туберкулеза, сочетанного с сахарным диабетом и другой патологией эндокринной системы
107. Особенности лечения туберкулеза, сочетанного с патологией ЖКТ, ХОБЛ.
108. Особенности лечения туберкулеза, сочетанного с беременностью. Лечение туберкулеза после родов, во время грудного вскармливания.
109. Особенности лечения туберкулеза, сочетанного с алкоголизмом, наркоманиями, ВИЧ-инфекцией
110. Экспертиза трудоспособности и реабилитация больных туберкулезом

ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Задача (задание) 1. Больная 24 лет. Направлена в противотуберкулезный диспансер по семейному контакту с больным открытой формой туберкулеза. Работает на вредном производстве (производство пластмасс). Жалоб нет. В анамнезе хронический правосторонний гайморит, обострения 1 раз в год.

При рентгенологическом исследовании в области верхушки правого легкого (первый сегмент) группа малоинтенсивных, нечетко очерченных очагов 0,4 – 0,5 см. Анализ крови: Нв – 130 г/л, эритроциты $4,8 \cdot 10^{12}$ г/л, лейкоциты – $8,8 \cdot 10^9$ г/л, СОЭ – 10 мм/ч. Диаскинтест - 4 мм. При исследовании мокроты методом простой бактериоскопии (КУМ-). Сделан посев мокроты.

I. Назовите основную причину заболевания?

II. Сформулируйте диагноз.

III. Какие лечебные мероприятия необходимо предпринять?

Задача (задание) 2. Мужчина 45 лет, курит около 2 пачек в день в течение 25 лет. Был в местах лишения свободы, освобожден 4 года назад. Туберкулез ранее отрицает. Флюорографически обследовался несколько лет назад. За последние 4 месяца несколько раз переболел ОРВИ. Наблюдался у терапевта. После проведенного лечения противовирусными средствами выписан на работу. Отмечал, что сохранялась слабость, небольшая потливость. Утренний кашель, носивший постоянный характер, в течение последних 2 недель усилился. Проведена диагностическая флюорография, обнаружена фокусная тень 2х3 см в верхней доле левого легкого очаговой структуры, с нечеткими контурами средней интенсивности. Анализ крови произведен одновременно с флюорографией. Патологии со стороны гемограммы не обнаружено.

I. Какой предположительный диагноз? С какой патологией необходимо проводить дифференциальную диагностику?

II. Какие исследования необходимо еще провести больному?

Задача (задание) 3. Больной 31 год, обратился в поликлинику с жалобами на похудание, слабость, частый кашель с отделением значительного количества слизисто-гнойной мокроты. Несколько месяцев беспокоят вечерние повышения температуры до $37,5 - 37,7^{\circ}$. Отмечает «проливные» ночные поты, снижение аппетита и потерю трудоспособности. Рост 175 см, вес – 59 кг. В паравертебральной зоне выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца чистые, ритмичные. Пульс – 84 уд/мин, ритмичный, АД – 110/80 мм.рт.ст.

Анализ крови: Нв – 90 г/л, эритроциты – $3,4 \cdot 10^{12}$ г/л, лейкоциты – $14,6 \cdot 10^9$ г/л, СОЭ – 51 мм/ч. Диаскинтест - 5 мм.

На рентгенограмме легких: на фоне усиленного и деформированного легочного рисунка справа и слева определяются расположенные в верхне-средних отделах легких множественные полиморфные очаги, местами сливающиеся в фокусы с разрежением в центре. Справа и слева в первом и втором сегментах – несколько тонкостенных кольцевидных теней ($1,5 \cdot 1,5$ см каждая). В мокроте методом бактериоскопии выявлены микробактерии туберкулеза.

I. Ваш диагноз?

II. С каким нетуберкулезным заболеванием следует дифференцировать данную патологию?

III. Тактика ведения данного больного?

Задача (задание) 4. В терапевтическое отделение поступил больной О., 52 года, монтажник. Жалобы на сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, на повышение температуры тела до $37,9^{\circ}\text{C}$. Больной лежит на правом боку, правая половина грудной клетки отстает акте дыхания. Аускультативно справа дыхание в нижних отделах не прослушивается, хрипов нет. На консультацию в отделение был вызван фтизиатр.

I. Какова наиболее вероятная локализация и характер патологического процесса в легких?

II. Какие методы обследования у данного больного будут наиболее информативны?

III. Какие лечебные мероприятия необходимо предпринять?

Задача (задание) 5. Больная Р., 68 лет доставлена в клинику с жалобами на кровотечение изо рта. Больная сидит в постели, беспокойна. Отмечается бледность кожных покровов. С кашлем отделяется умеренное количество алой пенистой крови. Реакция кровянистых выделений щелочная.

I. Какой симптом имеется у больной?

II. Какие диагностические мероприятия необходимо произвести?

III. С какой патологией необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Задача (задание) 6. У больного Д., 16 лет, учащегося автодорожного колледжа, при прохождении планового профилактического флюорографического обследования в S2 правого легкого выявлена тень средней интенсивности без четких контуров, связанная дорожкой с корнем легкого. Жалоб больной не предъявляет.

На томограмме средостения определяется увеличение трахеобронхиальных лимфатических узлов справа. В общем анализе крови: лейкоциты – $10,4 \times 10^9/\text{л}$; лимфоциты – 19%; моноциты – 7%; СОЭ – 30 мм/ч. В общем анализе мочи без патологических изменений. В мокроте КУМ не обнаружены.

I. Сформулируйте предварительный диагноз.

II. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить?

III. Может ли больной посещать занятия? Какие профилактические мероприятия необходимо провести? Тактика ведения пациента.

Задача (задание) 7. Больной 25 лет, поступил в противотуберкулезный стационар по поводу впервые выявленного туберкулеза легких.

Рентгенологически: справа в S1-S2 правого легкого определяется инфильтрация легочной ткани средней интенсивности с нечеткими контурами и единичными очагами вокруг. Анализ мокроты методом люминесцентной микроскопии: МБТ-. Анализ крови: Л - $7,8 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 9 мм/час.

Вопросы:

I. Основной рентгенологический синдром?

II. Предварительный диагноз?

III. Какой режим химиотерапии необходимо назначить данному больному?

Задача (задание) 8. В горном ауле в 15 км от райцентра у больной 23 лет ночью внезапно началось легочное кровотечение. Вызванный по телефону фельдшером врач скорой помощи из районного центра увидел, как больная периодически выхаркивает алую кровь со сгустками. Больная проживает с мужем, двухлетней дочерью и матерью. Туберкулез ранее отрицает, последние полгода отмечает покашливание, утомляемость. Соблюдает диету, похудела на 15 кг за 4 месяца. Последнее рентгенологическое обследование – больше 3 лет назад, до беременности.

I. Какова тактика в отношении больной?

II. Какие методы обследования необходимо назначить больной?

III. Профилактические мероприятия в очаге в случае подтверждения диагноза туберкулеза?

Задача (задание) 9. К фтизиатру направлен ребенок С., 5 лет с пробой Манту с 2 ТЕ – папула 18 мм. Ребенок стал капризным, вялым, ухудшился аппетит, 2 недели назад появилось покашливание. Родители здоровы. Аллергоanamнез спокоен, на диспансерном учете не состоит. Год назад

реакция Манту была папула 5 мм. На приеме температура тела 37,2°C. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На левом плече белесоватый рубчик размером 6 мм. Зев гиперемирован, задняя стенка глотки зерниста. Пульс 132 удара в мин. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, пальпируется край селезенки. Физиологические оправления в норме.

I. Предварительный диагноз:

II. Дополнительные методы исследования необходимые для уточнения диагноза:

III. По какой группе диспансерного учета должен наблюдаться ребенок у детского фтизиатра:

Задача (задание) 10. Больной 42 лет, инженер-строитель. Туберкулез легких ранее отрицает, флюорографическое обследование регулярное, без патологии. Вечером, пытаясь передвинуть тяжелое кресло, внезапно почувствовал резкую боль в правом боку, после чего стала нарастать одышка.

Врач скорой помощи констатировала выраженный цианоз губ, лица и шеи, затрудненное и учащенное дыхание 30 – 35 в 1 минуту. При осмотре – правая половина грудной клетки увеличена в объеме. Межреберные промежутки сглажены. Перкуторно – над всеми легочными полями справа – выраженный коробочный звук. Аускультативно – дыхание отсутствует.

I. Ваш предположительный диагноз.

II. Тактика врача.

Задача (задание) 11. Больной 18 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в пояснице, усиливающиеся при нагрузке. Боли появились около 2-х месяцев назад, постепенно нарастали. Также нарастало ограничение подвижности в поясничной области. В анамнезе травм и операций не было, контакт с туберкулезным больным отрицает.

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

Кровь – Нв – 90 г/л, Л – 7.8×10^9 /л, СОЭ – 27 мм/час. На рентгенограмме в двух проекциях выявляется деструкция тел L1 – L2 позвонков, сужение межпозвоночных щелей между ними. Расширение тени m. Psoas слева.

I. О каком заболевании можно подумать в первую очередь?

II. Что нужно сделать для уточнения диагноза?

III. У кого должен наблюдаться больной с диагнозом туберкулезный спондилит?

Задача (задание) 12. Шофер рефрижератора дальнего следования, 28 лет, вернулся из очередного рейса «простуженным»: кашель с мокротой, температура – 39,2°, слабость, обильный пот, по утрам скудная мокрота. Плохое самочувствие у себя отмечает более месяца. Дважды за последние 3

месяца перенес грипп. Контакт с больным туберкулезом отрицает. Питается нерегулярно, страдает хроническим гастритом.

Объективно больной пониженного питания, рост 178см, вес 69 кг. Кожные покровы бледноватые, влажные. Язык обложен белым налетом. Пульс 92 уд. в мин., ритмичный. А/Д – 110/65. Дыхание – 22 движений в минуту, справа в подлопаточной области – крепитация и разнокалиберные влажные хрипы. На рентгенограмме легких справа в нижней доле – неомогенный инфильтрат с полостью в центре диаметром 2х3 см и множественными очагами вокруг и в S1-2 правого легкого.

I. Ваш предварительный диагноз.

II. Дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.

III. У какого специалиста должен наблюдаться пациент?

Задача (задание) 13. Больной Л., 27 лет, врач-педиатр. Обратился к терапевту с жалобами на боли при вдохе справа под ключицей, сухой кашель, субфебрильную температуру, потливость по ночам. Считает себя больным около 1,5 месяцев. Самостоятельно в течение 10 дней принимал амоксициллин. В 10-летнем возрасте перенёс туберкулёз левого тазобедренного сустава, по поводу чего длительно лечился в санатории. Контакт с больными туберкулёзом в настоящее время отрицает. Последнее ФГ обследование лёгких 12 месяцев назад, без патологии.

Объективно: состояние удовлетворительное, пальпируются задние шейные, подмышечные лимфоузлы до горошины, плотные, безболезненные, подвижные. Грудная клетка правильной формы, перкуторный звук не изменён. Справа под ключицей единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, пульс 86 в/мин. АД 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

На обзорном снимке органов грудной клетки справа на уровне 1 межреберья инфильтрация легочной ткани 2х3 см средней интенсивности неоднородной структуры с полиморфными очагами вокруг. Тень средостения в норме. Рёберно-диафрагмальные синусы свободные, глубокие, диафрагма ровная.

Общий анализ крови: Эр- $3,5 \times 10^{12}/л$, Нб-107 г/л, Ц.п.-0,98, Лейк- $6,8 \times 10^9/л$, э-1%, п/я-7%, с/я-65%, л-17%, м-4%, СОЭ-21 мм/час.

Общ. анализ мочи: жёлтая, реакция кислая, относительная плотность 1020, белок 0,033 г/л, Лейк-12 в/п.зр., эпителий плоский незначит. количество.

Белковые фракции крови: общ. белок 50,0 г/л, альбумины - 45,7%, глобулины -54,3%, альфа1- 6,9%, альфа2- 14,5%, бета-11,5%, гамма-21,4%, индекс- 0,84. Ан. мокроты на МБТ по Цилю-Нильсену однократно не обнаружены. Диаскинтест - папула 12 мм.

I. Оцените результаты проведенного Даскинтеста, результаты лабораторного, рентгенологического обследования.

II. Укажите дополнительные методы обследования.

III. Сформулируйте предварительный диагноз.

Задача (задание) 14. Больной И., 42 лет, грузчик продовольственного магазина. Заболел постепенно после переохлаждения. Появилась субфебрильная температура, слабость, ночная потливость, сильный кашель с небольшим количеством мокроты и с прожилками крови, боли в подключичной области справа. Обратился к терапевту по месту жительства. После осмотра госпитализирован в терапевтическое отделение с подозрением на верхнедолевую правостороннюю пневмонию.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Гиперемия лица. Перкуторный звук укорочен справа под ключицей, здесь же выслушиваются среднепузырчатые влажные и единичные сухие хрипы. ЧД - 18 в/мин. Тоны сердца ритмичные, пульс-90 в/мин, АД-90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

На обзорной рентгенограмме лёгких справа в S1-2 инфильтрация легочной ткани с деструкцией до 2 см, в S6 множественные полиморфные очаги. Корень структурный, не увеличен. Тень средостения не изменена. Синусы свободные.

При бронхоскопии слизистая верхнедолевого бронха справа гиперемирована, отечная, кровоточивая. В смыве из верхнедолевого бронха обнаружены кислотоустойчивые палочки.

В анализе мокроты при люминесцентной микроскопии 3-хкратно микобактерии туберкулёза не обнаружены.

Общий анализ крови: Эр-3,31 x 10¹²/л, Нб-107 г/л, Ц.п. - 0,97, Лейк- 8,0 x 10⁹/л, п/я-3%, с/я-75%, л-18%, м-4%, СОЭ- 38 мм/час. Общий анализ мочи в пределах нормы.

1. Предварительный диагноз.
2. С какой патологией нужно проводить дифференциальную диагностику?
3. Перечислите дополнительные методы обследования.

Задача (задание) 15. Больная М., 23 лет, студентка. Состоит на учёте в противотуберкулёзном диспансере 1,5 года с диагнозом инфильтративный туберкулёз верхней доли левого лёгкого в фазе рассасывания и уплотнения, МБТ (-). Была пролечена в стационаре 8 месяцев. Лечение эффективно: достигнуто частичное рассасывание инфильтрата, прекратилось бактериовыделение. Через 10мес после выявления заболевания наступила беременность. Беременность и роды протекали без осложнений. На 4-й день после родов появилось ухудшение самочувствия: слабость, потливость по ночам, повышение температуры до 39⁰С с ознобами, сухой кашель, выраженная одышка.

Объективно: состояние больной средней тяжести. Цианоз губ. Периферические л/узлы не увеличены. Дыхание в лёгких ослаблено, единичные сухие хрипы. Частота дыхания 30 в/мин. Тоны сердца ритмичные, пульс 110 в/мин., АД- 100/60 мм рт.ст. Живот без особенностей.

На обзорной рентгенограмме легких по всем лёгочным полям выявлены полиморфные низкой интенсивности очаговые тени до 10 мм в диаметре, лёгочный рисунок обеднен. В верхней доле левого легкого полиморфные очаги с довольно четкими контурами, высокой плотности. Корень структурный, не увеличен. Тень средостения в норме. Синусы свободные, диафрагма ровная.

Общий анализ крови; Эр. - $3,2 \times 10^{12}/л$, Нб - 110 г/л, Цв.п. - 0,9, L - $10,2 \times 10^9/л$, п/я - 14%, с/я - 78%, л - 6%, м- 2%, СОЭ-30 мм/час.

Однократно в общей сети методом бактериоскопии микобактерии кислотоустойчивые бактерии не обнаружены.

I. Сформулируйте предварительный диагноз.

II. Перечислите дополнительные методы обследования.

III. Решите вопрос о возможности грудного вскармливания.

IV. Укажите мероприятия в очаге, которые необходимо провести перед выпиской ребёнка.

Задача (задание) 16. Больной М., 46-ти лет, преподаватель колледжа. Поступил в терапевтическое отделение с жалобами на слабость, повышение температуры, покашливание.

Анамнез жизни: с 30-летнего возраста болеет сахарным диабетом, в последние годы частые ОРВИ. Наследственность по туберкулёзу неотягощена.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 2-х недель, когда появилась слабость, повышение температуры до 37,6 С, непостоянный кашель с небольшим количеством слизистой мокроты. Лечился у терапевта амбулаторно с диагнозом ОРЗ без клинического улучшения.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела- 37,3 С. Кожные покровы чистые.

Слева в межлопаточной области некоторое укорочение перкуторного звука, дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, пульс - 80 в мин., АД- 120/80 мм рт.ст. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Органы брюшной полости без патологии.

Общий анализ крови: Эр - $3,9 \times 10^{12}/л$; Нб-110 г/л; Цв.п.-0,87; Лей- $7,4 \times 10^9/л$; п/я - 2%; с/я - 71%; Лимф - 25%; м-2%; СОЭ-16 мм/час.

Диаскинтест – папула 20 мм.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: слева в области S6 правого легкого определяется инфильтрация легочной ткани неоднородной структуры с нечёткими контурами, сливающаяся с тенью левого корня, сердечная тень соответствует возрастной норме.

I. Оцените показатели Диаскинтеста, общеклинических анализов, данные обзорной рентгенограммы.

II. Перечислите отягощающие факторы, которые способствовали развитию заболевания.

III. Сформулируйте предварительный диагноз.

IV. Наметьте план дополнительного обследования.

Задача (задание) 17. У больного А., 18 лет, в течение недели наблюдалась субфебрильная температура, утомляемость, раздражительность. В течение дня усилилась головная боль, была неоднократная рвота, температура тела поднялась до 38,5. Вызвал бригаду скорой помощи по подозрению в «отравлении в студенческой столовой». При объективном исследовании выявлены менингеальные симптомы, лабильный живот, светобоязнь, гиперестезия кожи, непереносимость шума.

I. Ваш предварительный диагноз?

II. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения этиологии заболевания?

III. Данные анализа ликвора при туберкулезном менингите.

Задача (задание) 18. Подросток А., 16 лет, направлен к педиатру в связи с выявленными изменениями в верхней доле правого лёгкого при прохождении флюорографии на призывной комиссии. Жалоб нет. Последняя туберкулиновая проба Манту с 2 ТЕ проводилась 2 года назад, папула 9мм (год назад делать отказался). Ранее рентгенологически не обследовался. Курит до 10 сигарет в день. Из социально неблагополучной семьи (мать и отец злоупотребляют алкоголем).

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, со стороны лёгких, сердечно-сосудистой системы, органов брюшной полости патологии не выявлено. Кожа чистая, периферические лимфатические узлы не увеличены.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: в S1 справа определяется инфильтрация легочной ткани очаговой структуры, до 1см в диаметре, слабой интенсивности, с нечеткими наружными контурами. Слева без особенностей. Корень и тень средостения не изменены. Правый реберно-диафрагмальный синус пониженной прозрачности.

Общий анализ крови: Эр-4,08х 10¹²/л, Нб- 125 г/л, Цв.п.- 0,9, Лей- 5,0 х 10⁹/л, э- 1%, п/я - 5%, с/я - 70%, Лимф- 20%, м- 4%, СОЭ- 15 мм/час.

Проба Манту с 2 ТЕ в 14лет - папула 9мм, в настоящее время – папула 20 мм. Диаскинтест – папула – 20 мм. В мокроте 3-хкратно методом бактериоскопии микобактерии туберкулёза не обнаружены.

I. Оцените результаты туберкулинодиагностики.

II. Укажите необходимые дополнительные сведения из анамнеза жизни.

III. Сформулируйте предварительный диагноз.

Задача (задание) 19. Больной М., 26 лет. Был направлен к фтизиатру от терапевта с жалобами на кашель с мокротой, повышение температуры, потливость, плохой аппетит. Работает инженером в проектной компании, постоянно находится в контакте с больным туберкулезом отцом. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Флюорографию проходил не регулярно, последний раз – 1,5 года назад.

Лечился у терапевта противовоспалительными препаратами в течение 7 дней без эффекта. При рентгенологическом обследовании выявлена

выраженная инфильтрация с распадом в S_1 , S_2 верхней доли и в S_6 нижней доли правого легкого. С диагнозом инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ- взят на учет в противотуберкулезном диспансере.

Объективно: пониженного питания, лицо бледное. При аускультации разнокалиберные влажные хрипы в правом легком в межлопаточной области. Пульс 80 уд./мин. АД 100/65 мм рт. ст. При взятии на учет в 3 анализах мокроты МБТ не выявлено. Через 2 месяца получен результат бактериологического обследования мокроты, обнаружены МБТ, устойчивые к рифампицину, этамбутолу. Рентгенологически при контроле – без положительной динамики. До получения результата бактериологического исследования лечился по IIб режиму химиотерапии.

I. Первичная или вторичная лекарственная устойчивость у данного больного?

II. Показано ли санаторно-курортное лечение данному больному на этом этапе?

III. Ваши рекомендации по профилактике туберкулеза в эпидемиологическом очаге.

Задача (задание) 20. Больной С, 47 лет. Страдает хроническим алкоголизмом, 2 года назад освободился из мест лишения свободы. Поступил в стационар противотуберкулезного диспансера с диагнозом: Казеозная пневмония верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ+. Больным себя считает в течение 3 недель.

При поступлении температура тела $39,1^{\circ}\text{C}$, выраженная потливость, кашель с обильной мокротой. Жалуется на боли в грудной клетке справа в подмышечной области при дыхании.

Объективно: истощен. В легких при аускультации множественные влажные хрипы от вершины легких до 4 ребра по передней поверхности грудной клетки. Пульс 110 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст. Печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги.

I. По каким признакам возникает подозрение на лекарственно устойчивый туберкулез?

II. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?

III. Тактика ведения больного.

Задача (задание) 21. Девочка 1 год 7 месяцев. Поступила в провизорное отделение.

Анамнез жизни: ребёнок от I беременности, протекавшей с токсикозом, анемией. Роды в срок, ягодичное предлежание. Вес 3500 г, длина тела – 51 см. На грудном вскармливании до двух месяцев. Сидит с 6 месяцев, ходит с 12 месяцев. Детскими инфекционными заболеваниями не болела.

Фтизиатрический анамнез: Вакцинирована БЦЖ-М в роддоме, рубчик 3 мм. Пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л: в 2 мес – папула 4 мм; в 1 год 4 мес. – папула 15 мм.

Когда ребенку было 2 месяца, у матери выявлен инфильтративный туберкулёз лёгких, МБТ+. С 2-месячного возраста ребёнок состоит на учёте в диспансере по поводу контакта с матерью, получила 1 курс химиопрофилактики. Для обследования и лечения поступила в детское отделение.

При поступлении: состояние удовлетворительное. Вес- 11 кг 300 г, рост- 81 см. Температура тела 36,7 С. Кожные покровы бледные, чистые, периорбитальный цианоз. Периферическая лимфоаденопатия. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1см. Селезенка у края реберной дуги. По другим органам и системам патологии не выявлено.

Общий анализ крови: НЬ- 108 г/л. Эр - $3,08 \times 10^{12}/л$, Лейк- $8,4 \times 10^9/л$, п/я- 2%, с/я- 32%, э-1%. л-59%. м – 6% СОЭ- 20мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, белок-следы, глюкоза - нет, лейкоциты -1-2 в п/з. Диаскинтест – папула 18 мм. Рентгенограмма органов грудной клетки: в восьмом сегменте правого лёгкого определяется очаговое затемнение с нечеткими краями, неоднородное, средней интенсивности, с вкраплениями солей кальция. Корень правого лёгкого расширен за счёт увеличения трахеобронхиальных и бронхопульмональных лимфоузлов.

I. Проанализируйте данные лабораторных показателей и рентгенограммы органов грудной клетки.

II. Наметьте план дополнительного обследования.

III. Оцените показатели туберкулиновых проб и дайте заключение.

Задача (задание) 22. Больной мужчина, 47 лет, болен инфильтративным туберкулезом верхней доли правого легкого в фазе распада, БК+ в течение полугода.

Из анамнеза: находился в местах лишения свободы в течение 3 лет, освобожден 2 года назад. Отбывал наказание за употребление наркотиков. Имеет сопутствующий диагноз: хронический вирусный гепатит С, латентная фаза, болен около 5 лет.

В настоящее время получает лечение в специализированном стационаре в течение 2 месяцев по режиму III. без положительной рентгенологической динамики, в мокроте – МБТ+. Сегодня пришел посев мокроты на устойчивость МБТ, выявлена лекарственная устойчивость МБТ к следующим противотуберкулезным препаратам: H, R, Z, S

I. Как называется данный вид лекарственной устойчивости?

II. Перечислите биологические механизмы формирования лекарственной устойчивости.

III. Какая сопровождающая терапия необходима пациенту, консультацию каких смежных специалистов необходимо назначить?

Задача (задание) 23. Больная 27 лет, домохозяйка, туберкулез легких выявлен 4 месяца назад по контакту с родным братом. Из расспроса установлено, что отец больной умер от туберкулеза три года назад. В настоящее время болен

брат. Больная получала стационарное лечение в течение 4 месяцев по режиму III, с отрицательной рентгенологической динамикой. В настоящее время диагноз: Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ+. В анализе мокроты на чувствительность выявлена лекарственная устойчивость МБТ к следующим противотуберкулезным препаратам: H, R, S, Fq. В анамнезе 3 года назад перенесла ЧМТ.

I. Оцените правильность назначенной терапии, нужна ли коррекция и какая, обоснуйте.

II. Сроки и объем обследования, сроки лечения.

III. Какая сопровождающая терапия необходима пациенту, консультацию каких смежных специалистов необходимо назначить?

Задача (задание) 24. Больной М., 64 года, строитель. Выявлен при профилактическом обследовании 2 месяца назад. С диагнозом Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада, МБТ + госпитализирован в специализированную больницу. В течение двух месяцев общее состояние ухудшилось, беспокоит слабость, плохой аппетит, похудание, повышение температуры тела до 38, ночная потливость. Получал в стационаре лечение по режиму III, переносимость препаратов была плохой, прием ПТП сопровождался тошнотой, рвотой. Однократно в стационаре было кровохарканье. В анализе мокроты на устойчивость МБТ, выявлена лекарственная устойчивость МБТ к следующим противотуберкулезным препаратам: R, E, S. При дообследовании на ФГДС выявлена язвенная болезнь желудка в фазе обострения.

I. Оцените правильность назначенной терапии, нужна ли коррекция и какая, обоснуйте.

II. Сроки и объем обследования, сроки лечения.

III. Какая сопровождающая терапия необходима пациенту, консультацию каких смежных специалистов необходимо назначить?

Задача (задание) 25. Больной 45 лет, болен туберкулезом 3 года. В настоящее время поступил в легочное отделение фтизиатрического стационара с диагнозом Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ+. Лечился неоднократно с положительной динамикой, но лечение прерывал самостоятельно, что вызывало прогрессирование процесса. Последняя госпитализация – 1 мес назад, ушел самовольно. Два дня назад было кровохарканье, которое сегодня усилилось, в связи с чем был госпитализирован в стационар. В последнем анализе мокроты на чувствительность МБТ выявлена устойчивость МБТ к H, R, K, Pt, Ofx.

I. Оцените правильность назначенной терапии, нужна ли коррекция и какая, обоснуйте.

II. Сроки и объем обследования, сроки лечения.

III. Какая сопровождающая терапия необходима пациенту, консультацию каких специалистов необходимо назначить?

Задача (задание) 26. Мальчик 6 лет болен (со слов матери) около 1 мес., когда появилась температура 37 - 37,2°, боли за грудиной, кашель, больше ночью и по утрам, битонального характера. Значительно снизился аппетит, потерял в весе около 2 кг. Два дня назад появилась температура 38,6 – 39,1°, одышка, усилился кашель.

Контакт с больным туберкулезом отрицает. Общее состояние средней тяжести. При пальпации на шее определяется группа лимфоузлов диаметром 1 – 2 см, плотные, подвижные, спаянные между собой и с окружающими тканями. Перкуторно справа в верхних отделах – укорочение легочного звука. Аускультативно – дыхание в этом участке отсутствует. Вилочковый симптом Рубинштейна умеренно выражен, трахея смещена в правую сторону. Кровь: Л – 12×10⁹/л, лимфопения (13%), СОЭ – 30 мм/час, МБТ в мокроте не обнаружены. На обзорной рентгенограмме легких – верхняя доля справа пониженной прозрачности, однородно затемнена, средостение смещено вправо. Срединная тень в верхнем отделе широкая, симптом «дымовой трубы». Справа в прикорневой зоне определяется группа увеличенных трахеобронхиальных и паратрахеальных лимфатических узлов. Контуры узлов нечеткие с выраженной перифокальной реакцией.

I. Наметьте план дополнительного обследования.

II. Предположительный диагноз. С какой патологией следует проводить дифференциальную диагностику?

III. Какие меры профилактики необходимо провести в очаге?

Задача (задание) 27. Девочка 12 лет обратилась к хирургу с жалобами на боли в правом тазобедренном суставе – постоянные, усиливающиеся к вечеру с иррадиацией в нижнюю конечность. При осмотре отмечается ограничение подвижности в суставе. На рентгенограмме правого тазобедренного сустава определяется остеопороз, верхние контуры головки бедренной кости нечеткие, с деструкцией костной ткани, сужение суставной щели.

I. Предположительный диагноз и его обоснование?

II. Какие рентгенологические симптомы характерны для туберкулезного коксита?

III. С какими заболеваниями следует дифференцировать туберкулезный коксит?

Задача (задание) 28. Больная 28 лет, страдает сахарным диабетом 1 типа в течение 7 лет. Получает инсулинотерапию. Шесть месяцев назад при очередном профилактическом обследовании были выявлены изменения в легких и больная взята на учет с диагнозом Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада, МБТ+. Через два месяца от начала лечения получен анализ лекарственной чувствительности МБТ (сохранена).

I. Какое лечение необходимо проводить у больной?

II. Сроки и объем обследования, сроки лечения.

III. Какая сопровождающая терапия необходима пациенту, консультацию каких смежных специалистов необходимо назначить?

Задача (задание) 29. Юноша 19 лет в течение 3 недель безрезультатно лечится в терапевтическом отделении районной больницы от острой пневмонии нижней доли правого легкого. Состояние тяжелое, кашель с мокротой, $t^{\circ} -38,5 -39,5^{\circ}$, СОЭ -58 мм/час, лейкоциты -11 тыс., сдвиг лейкоцитарной формулы влево, лимфоциты -17% . На повторной рентгенограмме через три недели – выраженная отрицательная динамика, на фоне полиморфной тени появились полости распада. Анализ мокроты на КУМ в общей лечебной сети не проводился. Выяснилось, что пациент был в контакте с больным дядей, у которого фиброзно-кавернозный туберкулез легких.

I. Укажите предполагаемый диагноз.

II. С какими заболеваниями следует дифференцировать данное состояние?

III. Лечебная тактика.

Задача (задание) 30. Больной 56 лет поступил в хирургическое отделение районной больницы с диагнозом «левосторонняя бедренная грыжа», которая появилась 2 месяца назад без видимой причины. Больного беспокоят боли в пояснице, усиливающиеся при ходьбе, недомогание, потливость, периодически температура поднимается до $38,2^{\circ}$. При более тщательном обследовании выясняется, что в левой подвздошной области имеется флюктуация по ходу m. Psoas, причем полость в мышце соединяется с образованием, которое принимали за грыжу. При пункции добыто около 1,5 литров густого зеленовато-серого гноя.

I. Предположительный диагноз и его обоснование?

II. Какие данные можно получить при исследовании гноя?

III. С какими заболеваниями следует дифференцировать данное состояние?

Задача (задание) 31. Мальчика 9 лет привела к врачу мать с жалобами на понижение аппетита, бледность, головные боли, капризность, похудание, потливость. Снизилась успеваемость в школе. При осмотре ребенок пониженного питания, кожные покровы бледные, умеренное увеличение миндалин, шейных и подчелюстных лимфатических узлов до 1-1,5 см в диаметре. Ан. крови: Нв -102 ед, СОЭ -16 мм/ч, Лей -6×10^9 /л., лимфоциты -28% . Проба Манту 10 мм, предыдущие реакции были отрицательными. БЦЖ в роддоме, рубчик 5 мм, ревакцинации не подвергался. На обзорной рентгенограмме легких патологические изменения не обнаружены.

I. Укажите предполагаемый диагноз.

II. С какими заболеваниями следует дифференцировать данное состояние?

III. Укажите примерный план лечения больного, у какого специалиста должен наблюдаться ребенок?

Задача (задание) 32. М, 22 года, студент. В анамнезе: страдает хроническим бронхитом с детского возраста. Три года назад по контакту выявлен очаговый туберкулез S1-2 левого легкого в фазе инфильтрации, IА, МБТ-. Получал амбулаторное лечение с положительной динамикой. В настоящее время наблюдается по III группе диспансерного учета. Пришел на очередное обследование. Физической культурой и спортом не занимается. Вредных привычек не имеет. Объективно: рост 187см, вес 65кг, ИМТ=18,6, АД=110/70мм.рт.ст, PS=78, кожные покровы бледно-розовые, астенического телосложения, лопатки отстают от грудной клетки на 3 см, мышечный корсет развит слабо, при осмотре выявлена сколиотическая осанка. На обзорной рентгенограмме слева в S1-2 на фоне ограниченного пневмофиброза группа немногочисленных очаговых теней плотных, с четкими контурами.

1. Оцените физическое развитие больного.
2. Дайте больному рекомендации по медицинской реабилитации.
3. Посоветуйте больному предпочтительный вид спорта.
4. Сколько всего медицинских групп, перечислите.

Задача (задание) 33. Больной 48 лет, инвалид II гр. по туберкулезу. Состоит на учете в противотуберкулезном диспансере в течение 5 лет по поводу хронического деструктивного процесса, IБ, МБТ+. Заболевание протекает волнообразно. Последние 3 дня отмечает ухудшение состояния. На фоне слабости, умеренной одышки, повысилась температура тела, усилился кашель. Во время приступов кашля отмечается выделение алой пенистой крови от 150-250 мл в сутки. При осмотре: больной пониженного питания, отмечается западение над- и подключичной ямок справа. Перкуторный звук над верхней долей правого легкого укорочен. Над этой зоной прослушивается бронхиальное дыхание и разнокалиберные влажные хрипы. Рентгено-томографически: верхняя доля уменьшена в объеме, в которой определяется замкнутая кольцевидная тень d 3*4 см с толстыми стенками с полиморфными очагами вокруг и в нижней доле справа.

1. Сформулируйте диагноз туберкулеза.
2. Назовите ведущие клинические и рентгенологические синдромы.
3. Назовите 3-4 наиболее частых заболеваний, сопровождающихся рентгенологическим синдромом полостного образования в легких.
4. Назовите наиболее частые источники кровотечения при выделении крови через рот.
5. Необходима ли пациенту медицинская реабилитация? Какие мероприятия?

Задача (задание) 34. Больной Ф., 56 лет. Жалобы на слабость, повышенную до 38,00 С температуру тела, кашель со слизистой мокротой, кровохарканье, одышку при физической нагрузке. 4 года назад был диагностирован инфильтративный туберкулез с распадом, МБТ+. Лечился стационарно, но очень неаккуратно, злоупотреблял алкоголем. Не долечившись, ушел самовольно из стационара. Живет один, не работает, 2

года находился в МЛС. Состояние средней тяжести. Пониженного питания. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. При аускультации в верхних отделах справа влажные хрипы, а на остальном протяжении сухие. В правом отделе при перкуссии коробочный звук. ЧД – 26 в мин. Печень выступает на 2 см. из-под края реберной дуги.

Гемограмма: Л – $11,7 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 52 мм/час, п-7. Мокрота: МБТ+.

Рентгенологически: Справа в S1-2 выраженный фиброз, фиброзно-рубцовые изменения, разнокалиберные деформированные полости, очаги с элементами полиморфизма. Справа в S6, S10 и слева в S1-2 очаги отсева. Корень правого легкого деформирован, подтянут вверх.

1. Ваш диагноз?
2. Почему произошло прогрессирование процесса?
3. Какие дополнительные методы исследования Вы бы провели?
4. Почему в нижних отделах определяется коробочный звук?
5. Какие осложнения возможны?
6. Необходима ли пациенту медицинская реабилитация?

Задача (задание) 35. Больная 67 лет, поступила в клинику с жалобами на слабость, кашель с мокротой, одышку в покое, С 1994 по 1999 годы болела туберкулезом легких. С 1999 года абациллярна. Общее состояние средней тяжести, истощена. Кожные покровы бледные. Акроцианоз. ЧД – 24 в минуту. Правая половина грудной клетки уменьшена в объеме, отмечается притупление перкуторного звука, жесткое дыхание, большое количество сухих и влажных хрипов. Тоны сердца глухие. АД – 110/65 мм рт. ст.

Анализ крови: Нв – 105 г/л, Лей – $7,0 \times 10^9/\text{л}$, п/я – 17%, с/я – 67%, Лимф – 10%, мон. – 5%, СОЭ – 40 мм/час. Мокрота гнойная, БК–.

Рентгенологически: средостение и трахея смещены вправо, верхняя доля резко уменьшена в объеме, интенсивно затемнено с множественными ячеистыми просветлениями до 1 см., кальцинированных очаговых теней. В области нижней доли явления плевропневмосклероза, эмфиземы.

1. Чем объяснить изменения верхней доли?
2. Чем объяснить ячеистые просветления в ней?
3. Чем объяснить одышку и цианоз?
4. Тактика лечения.
5. Рекомендуются ли пациентке санаторно-курортное лечение? Какое?

Задача (задание) 36. Пациент 65 лет. Жалобы на слабость, повышенную до 38,0С температуру тела, кашель со слизистой мокротой, кровохарканье, одышку при физической нагрузке. Злоупотреблял алкоголем. Со слов пациента в прошлом лечился от инфильтративного туберкулеза, но не долечился. Ушел из стационара, устал от лечения. Не работает, без определенного места жительства, документов нет, где живет его семья – не знает.

Состояние средней тяжести. Пониженного питания. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. При аускультации в верхних отделах слева

влажные хрипы, а на остальном протяжении сухие. В правом отделе при перкуссии коробочный звук. ЧД – 31 в минуту. Мокрота: МБТ+.

Рентгенологически: Слева в S1-2 выраженный фиброз, фиброзно-рубцовые изменения, разнокалиберные деформированные полости, очаги с элементами полиморфизма. Корень левого легкого деформирован, подтянут кверху, справа легкое чистое.

1. Ваш диагноз?
2. План лечения.
3. Необходима ли пациенту социальная реабилитация? Какая?

Задача (задание) 37. Больной П., 36 лет переведен в туберкулезную больницу из стационара общей лечебной сети после консультации фтизиатра с Ds: Инфильтративный туберкулез S1-2 правого легкого в фазе распада, МБТ (+). Осложнение – кровохарканье. Считает себя больным последние 2 месяца. К врачам обратился по скорой помощи, когда появилось кровохарканье. Работает электриком на заводе. Назначена ПХТ. В дальнейшем в противотуберкулезном стационаре выяснено, что выделенная от больного культура МБТ чувствительна ко всем противотуберкулезным препаратам.

1. На какой срок можно выдать пациенту лист временной нетрудоспособности в данном случае?
2. Если в дальнейшем потребуется санаторно-курортное лечение, на какой срок должен быть продлен больничный лист?

Задача (задание) 38. В противотуберкулезном стационаре на 3-м месяце лечения у пациента 55 лет, работающего учителем в школе выявлено прогрессирование инфильтративного туберкулеза верхней доли левого легкого с переходом в казеозную пневмонию левого легкого с массивным обсеменением правого легкого.

1. Определите прогноз для пациента.
2. Какие действия врача должны быть в проведение дальнейшей экспертизы нетрудоспособности?

Задача (задание) 39. Больная 28 лет, лечится в стационаре по поводу диссеминированного туберкулеза легких. Работает пекарем. На 4 месяце лечения по пришел посев мокроты, где были выявлены МБТ устойчивые к 5-ти противотуберкулезным препаратам – изониазиду, рифампицину, стрептомицину, этионамиду, канамицину. Больная согласна на дальнейшее лечение в стационаре.

1. Как называется такое состояние? Тактика ведения больной.
2. Каковы действия врача при определении экспертизы нетрудоспособности?
3. На какой срок может быть выдан больничный лист в данном случае?

Задача (задание) 40. Больная 50-ти лет в течение 3-х месяцев получает лечение во фтизиатрическом стационаре по поводу инфильтративного туберкулеза верхней доли левого легкого. В анамнезе – страдает бронхиальной

астмой с 20-ти лет, получает перорально глюкокортикоиды. В стационаре состояние больной улучшилось, перестала отмечать приступы бронхиальной астмы в течение последних 2 недель. Из-за боязни «вредного влияния большого количества таблеток» самостоятельно перестала принимать глюкокортикоиды. В результате ночью у больной развился астматический статус. Вызван дежурный врач: состояние больной тяжелое, в сознании, выраженная одышка, стридорозное дыхание. Цианоз не выражен. ЧД 30 в 1 мин. При аускультации определяется резко ослабленное дыхание. АД 160/100 мм рт.ст., ЧСС - 124 в мин. Диагноз подтвержден наличием признаков заболевания в анамнезе. Экстренный анализ газов крови и КЩС: PaO_2 - 50 мм рт.ст.; PaCO_2 - 60 мм рт.ст.; pH - 7,27.

1. Чем обусловлена тяжесть состояния больной?
2. О каком виде дыхательной недостаточности можно говорить?
3. Тактика лечебных мероприятий.

Задача (задание) 41. Мужчина 55 лет, страдающий цирротическим туберкулезом верхней доли левого легкого в течение 10-ти лет, курит по пачке в день в течение 30-ти лет, жалуется на ощущение недостаточности воздуха, возникающее при физической нагрузке. При осмотре видно, что грудная клетка ассиметрична, справа расширена, межреберные промежутки сглажены, глубина дыхания снижена, частота его 26 в минуту. Преимущественно затруднен выдох. При перкуссии грудной клетки определяется коробочный звук, границы сердечной тупости уменьшены, при аускультации дыхание ослаблено.

1. Какая форма дыхательной недостаточности имеется у больного?
2. Какой процесс в легких имеет место у больного?
3. Почему при этом процессе затрудняется преимущественно выдох и дыхание становится поверхностным?
4. Какие механизмы возникновения дыхательной недостаточности могут участвовать в ее формировании у данного больного?
5. Возникает ли гиперкапния у данного больного в период декомпенсации дыхательной недостаточности?
6. Какая форма гипоксии возникает у данного больного в период декомпенсации?

Задача (задание) 42. Больной. А., 30 лет. Поступил в фтизиатрический стационар с диагнозом диссеминированный туберкулез в фазе инфильтрации и распада, IА, МБТ+. В отделении больному было назначено лечение противотуберкулезными препаратами, в том числе инъекционные антибиотики. Через 15 минут после введения первой дозы антибиотика, разведенного 2% раствором лидокаина у больного на фоне снижения АД появились признаки затруднения выдоха, одышка до 45 в мин, цианоз, тахикардия до 120 в мин. Вызван анестезиолог.

1. Опишите вероятную причину ОДН.
2. Напишите примерный объем интенсивной терапии.

Задача (задание) 43. Больной 28 лет жалуется терапевту на плохой аппетит, слабость, адинамию, утомляемость, похудание. Из анамнеза выяснено, что такое состояние беспокоит в течение последних двух месяцев. Работает водителем дальнобойщиком, частые поездки с нарушением режима питания и сна. Курит около пачки в день. Страдает язвенной болезнью 12-типерстной кишки, последнее обострение около года назад. В местах лишения свободы не был, контакт с больным туберкулезом отрицает, флюорографически обследовался около двух лет назад при рождении дочери, без патологии. Перкуторно и аускультативно в легких изменений не выявлено.

1. Какие исследования необходимо провести для исключения или подтверждения туберкулеза легких?
2. Относится ли больной к какой-либо группе по развитию туберкулеза? Какие скрининговые методы исследования используются для диагностики туберкулеза легких? Может ли для этого использоваться анализ мокроты на МБТ?

Задача (задание) 44. У больной 42 лет при профосмотре флюорографически обнаружено симметричное увеличение лимфоузлов в корнях легких. Легочные поля - без инфильтративно-очаговых изменений. Чувствует себя удовлетворительно, но при целенаправленном расспросе выяснено, что в течение последнего месяца появилась незначительная слабость, субфебрильная температура тела, приступообразный кашель с трудноотделяемой мокротой. Связывала эти симптомы с перенесенной простудой и переутомлением. При исследовании выявлено: в ОАК - лимфопения, СОЭ – 25 мм/ч. При исследовании белков сыворотки крови – гипергаммаглобулинемия. Бронхоскопия: расширение сосудов слизистой оболочки бронхов, уплощение картины, сглаженность скатов, атрофический эндобронхит. Реакция Манту: серологические реакции с туберкулином – отрицательные. Иммунологическое исследование выявило снижение в крови Т-лимфоцитов, увеличение IgG и IgM. Гистологическое исследование биоптата стенки бронхов обнаружило гигантские клетки Пирогова-Лангханса.

I. Ваш предположительный диагноз. II. План ведения.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворите льно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетвори тельно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

	анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа		
--	--	--	--

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

ЛИТЕРАТУРА

Основная литература.

1. Фтизиатрия: национальное руководство : учебное пособие для системы послевузовского образования врачей / под ред. М.И. Перельмана. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 512 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача» - текст: электронный.
2. Фтизиатрия : учебник : [для ординаторов, интернов и студентов медицинских вузов] / В.Ю. Мишин, С. П. Завражнов, А. В. Митронин, А. В. Мишина. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 526 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача» - текст: электронный.
3. Гиллер, Д.Б. Фтизиатрия : учебник : [для аспирантов, ординаторов, интернов и студентов медицинских вузов] / Д. Б. Гиллер, В. Ю. Мишин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 575 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача» - текст: электронный.

Дополнительная литература

- 1.Фтизиатрия: Национальные клинические рекомендации: для врачей, интернов, ординаторов, аспирантов и студентов / под ред. П.К. Яблонского. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 230 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача» - текст: электронный.
2. Чучалин, А.Г. Респираторная медицина : руководство : в 3 т. / Чучалин А.Г. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 464 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача» - текст: электронный.
- 3.Кошечкин, В.А. Фтизиатрия: учебник: рекомендовано ГБОУДПО "Рос. мед. академия последипломного образования": для студентов вузов/ В.А. Кошечкин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 302 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача» - текст: электронный.

Периодические издания

- 1.Антибиотики и химиотерапия – Доступ из Elibrary.ru - текст: электронный.
- 2.Пульмонология - Доступ из Elibrary.ru - текст: электронный.
- 3.Российский медицинский журнал – Доступ из Elibrary.ru - текст: электронный.
- 4.Туберкулез и болезни легких – Доступ из Elibrary.ru - текст: электронный.

Перечень интернет-ресурсов на 2023-2024 учебный год

	ЭЛЕКТРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
1	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/opacg/	Доступ неограничен
2	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением. Комплексный медицинский консалтинг». - URL: http://www.rosmedlib.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
3	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
4	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.пф/	Доступ с компьютеров библиотеки
5	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: https://femb.ru/femb/	Открытый доступ
6	Med-Edu.ru : медицинский образовательный видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/ . Бесплатная регистрация.	Открытый доступ
7	Мир врача : профессиональный портал [информационный ресурс для врачей и студентов]. - URL: https://mirvracha.ru .	Бесплатная регистрация
8	DoctorSPB.ru : информ.-справ. портал о медицине [для студентов и врачей]. - URL: http://doctorspb.ru/	Открытый доступ
9	Медицинский Вестник Юга России : электрон. журнал / РостГМУ. - URL: http://www.medicalherald.ru/jour	Открытый доступ
10	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/	Открытый доступ
11	Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения : офиц. сайт. - URL: https://roszdravnadzor.gov.ru/	Открытый доступ
12	Всемирная организация здравоохранения : офиц. сайт. - URL: http://who.int/ru/	Открытый доступ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Порядок организации и процедура проведения ГИА определены Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», а также Положением о порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры № 18-139/10, утвержденного приказом ректора от 12 марта 2018 года № 139.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование выпускников в очном или дистанционном формате по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Результаты государственного экзамена, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Образец эталона ответа на государственном экзамене:

1. Ординатор должен внимательно прочитать первый теоретический вопрос билета, соотнести его с определенной темой теории и дать развернутый ответ:

- 1) содержащий определения медицинских терминов;
- 2) дать подробную характеристику, раскрывающую сущность вопроса;
- 3) описать современное видение различных аспектов данной темы;
- 4) раскрыть критерии и виды (классификацию) изучаемой темы.

2. Экзаменуемый на примере ситуационной задачи должен уметь соотнести тему первого вопроса с конкретной клинической ситуацией и:

- 1) провести анализ клинической ситуации;
- 2) дать развернутые ответы на поставленные вопросы, касающиеся клиники, диагностики или лечения больного;
- 3) при дискуссионности проблемы должен предоставить несколько точек зрения различных ученых или вправе выбрать любую, но при условии достаточной ее аргументации.

3. Аналогично дать ответ на второй теоретический вопрос и ситуационную задачу.

Пример.

Вопрос 1. Очаговый туберкулез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

Ответ. Очаговый туберкулез — клиническая форма туберкулеза легких, характеризующаяся наличием в легких немногочисленных очагов размером не более 1 см, преимущественно продуктивного характера.

Туберкулезные поражения односторонние и реже двусторонние, локализующиеся чаще всего в верхних долях легких, обычно в кортикальных отделах, с объемом поражения не более одного-двух сегментов. Очаговый туберкулез в структуре клинических форм туберкулеза органов дыхания встречается в 15—20% случаев. Очаговый туберкулез легких — клиническая форма, относящаяся к вторичному периоду туберкулезной инфекции.

Патогенез очагового туберкулеза легких различен. Он может возникать как в результате экзогенной суперинфекции (новое заражение), так и при эндогенной реактивации как обострение остаточных изменений, сформировавшихся после ранее перенесенного туберкулеза.

Такого рода очаги иногда полностью рассасываются либо замещаются соединительной тканью, превращаясь в рубцы, а по ходу лимфатических путей при этом образуется перибронхиальный и периваскулярный склероз. Однако

чаще такие очаги, если не применяют специфическое лечение, имеют тенденцию к увеличению и прогрессированию с переходом в инфильтративный туберкулез легких.

Клиническая картина очагового туберкулеза определяется особенностями реактивности организма больных, у которых обычно отсутствуют признаки гиперсенсibilизации и сохранен, хотя и снижен, иммунитет.

Согласно действующей **классификации**, очаговый процесс может находиться в фазе инфильтрации, распада и уплотнения. На разных этапах развития очаговый туберкулез имеет различное клиническое выражение. Инапперцептное отмечается у каждого третьего впервые выявленного больного. В 66—85% случаев при очаговом туберкулезе легких обнаруживают те или иные симптомы интоксикации: субфебрильная температура, обычно во второй половине дня с чувством жара, небольшим познабливанием и последующей легкой испариной ночью или ранним утром, быструю утомляемость, снижение трудоспособности, понижение аппетита, тахикардию. Возможно развитие различных функциональных расстройств, повышение секреции и кислотности желудочного сока. Редко отмечают тупую ноющую боль в плечах или межлопаточном пространстве.

Объективное обследование. При ранних формах заболевания пальпацией можно отметить небольшую ригидность и болезненность мышц плечевого пояса на стороне поражения (симптомы Воробьева-Поттенджера и Штернберга). При перкуссии над зоной поражения изредка определяется укорочение звука. Иногда дыхание над этим участком жесткое или с бронхиальным оттенком, при аускультации выслушиваются единичные свистящие хрипы, иногда влажные единичные мелкопузырчатые хрипы при покашливании больного.

Лабораторные данные. У лиц с очаговым туберкулезом легких бактериовыделение скудное. Наличие МБТ в мокроте является надежным признаком активного туберкулезного процесса. Даже однократное подтверждение бактериовыделения подтверждает активность туберкулезного процесса. Активность очагового туберкулеза может быть определена также с помощью бронхоскопии, если обнаруживается свежий или перенесенный ранее эндобронхит. В ОАК - умеренный левый сдвиг нейтрофилов, лимфоцитоз, увеличение СОЭ. Кожные туберкулиновые реакции чаще всего нормергические.

Рентгенологическая картина. **Мягкоочаговый туберкулез** характеризуется наличием слабоконтурирующих теней низкой интенсивности и различных по величине. Преимущественное расположение патологических изменений в первом, втором и шестом сегментах. При КТ очаги располагаются в глубине легочной ткани, перибронхиально. **Фиброзно-очаговый туберкулез** проявляется наличием плотных очагов, иногда с включением извести, и фиброзными изменениями в виде тяжей. В ряде случаев неодновременность появления очаговых изменений в легких и различные пути их обратного развития могут обусловить разнообразную морфологическую картину, так называемый полиморфизм.

Диагностика. Очаговый туберкулез легких чаще обнаруживают при профилактических обследованиях населения или «групп риска» методом флюорографии. При этом лучевые методы диагностики, особенно КТ, являются определяющими в постановке диагноза.

Дифференциальный диагноз проводят с очаговой пневмонией, периферической доброкачественной и злокачественной опухолью.

Лечение больных очаговым туберкулезом легких чаще проводят в амбулаторных условиях по III стандартному режиму химиотерапии. В интенсивной фазе лечения в течение двух месяцев назначают четыре основных противотуберкулезных препарата (изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол), а в фазе продолжения — в течение 4—6 мес — изониазид и рифампицин или изониазид и этамбутол.

Прогноз заболевания при своевременно назначенном лечении, как правило, благоприятный с полным клиническим излечением.

Задача 1. Больная 24 лет. Направлена в противотуберкулезный диспансер по семейному контакту с больным открытой формой туберкулеза. Работает на вредном производстве (производство пластмасс). Жалоб нет. В анамнезе хронический правосторонний гайморит, обострения 1 раз в год.

При рентгенологическом исследовании в области верхушки правого легкого (первый сегмент) группа малоинтенсивных, нечетко очерченных очагов 0,4 – 0,5 см. Анализ крови: Нв – 130 г/л, эритроциты $4,8 \cdot 10^{12}$ г/л, лейкоциты – $8,8 \cdot 10^9$ г/л, СОЭ – 10 мм/ч. Диаскинтест - 4 мм. При исследовании мокроты методом простой люминесцентной бактериоскопии (КУМ-). ПЦР-диагностика мокроты на МБТ – получен отрицательный. Сделан посев мокроты.

I. Назовите основную причину заболевания?

II. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

III. Какие лечебные мероприятия необходимо предпринять в отношении данной больной?

Ответ:

1. Контакт с больным туберкулезом.

2. Очаговый туберкулез S₁ правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ(-)

3. Назначить противотуберкулезную терапию, режим – в зависимости от имеющейся лекарственной устойчивости у родственника с открытой формой туберкулеза.

МАКЕТ БИЛЕТА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

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

**Государственный экзамен
по образовательной программе высшего образования -
программе ординатуры 31.08.51 ФТИЗИАТРИЯ**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

Номер задания	Содержание задания
1.	1. Организация раннего выявления туберкулеза. Туберкулинодиагностика, флюорография и бактериоскопия, как методы массовых обследований населения
	2. Больная 24 лет. Направлена в противотуберкулезный диспансер по семейному контакту с больным открытой формой туберкулеза. Работает на вредном производстве (производство пластмасс). Жалоб нет. В анамнезе хронический правосторонний гайморит, обострения 1 раз в год. При рентгенологическом исследовании в области верхушки правого легкого (первый сегмент) группа малоинтенсивных, нечетко очерченных очагов 0,4 – 0,5 см. Анализ крови: Нв – 130 г/л, эритроциты $4,8 \cdot 10^{12}$ г/л, лейкоциты – $8,8 \cdot 10^9$ г/л, СОЭ – 10 мм/ч. Диаскинтест - 4 мм. При исследовании мокроты методом простой бактериоскопии (КУМ-). Сделан посев мокроты. I. Назовите основную причину заболевания? II. Сформулируйте диагноз. III. Какие лечебные мероприятия необходимо предпринять?
2.	1. Хронические формы туберкулеза. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Клиника, диагностика, лечение.
	2. Больной 48 лет, инвалид II гр. по туберкулезу. Состоит на учете в противотуберкулезном диспансере в течение 5 лет по поводу

хронического деструктивного процесса, ИБ, МБТ+. Заболевание протекает волнообразно. Последние 3 дня отмечает ухудшение состояния. На фоне слабости, умеренной одышки, повысилась температура тела, усилился кашель. Во время приступов кашля отмечается выделение алой пенистой крови от 150-250 мл в сутки. При осмотре: больной пониженного питания, отмечается западение над- и подключичной ямок справа. Перкуторный звук над верхней долей правого легкого укорочен. Над этой зоной прослушивается бронхиальное дыхание и разнокалиберные влажные хрипы. Рентгено-томографически: верхняя доля уменьшена в объеме, в которой определяется замкнутая кольцевидная тень d 3*4 см с толстыми стенками с полиморфными очагами вокруг и в нижней доле справа.

- 1). Сформулируйте диагноз туберкулеза.
- 2). Назовите ведущие клинические и рентгенологические синдромы.
- 3). Назовите 3-4 наиболее частых заболеваний, сопровождающихся рентгенологическим синдромом полостного образования в легких.
- 4). Назовите наиболее частые источники кровотечения при выделении крови через рот.
- 5). Необходима ли пациенту медицинская реабилитация? Какие мероприятия?

Руководитель ООП, д.м.н., проф. _____ В.Т. Чубарян