

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

Кафедра фтизиатрии, пульмонологии и инфекционных болезней

Оценочные материалы

по дисциплине **МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА**

Специальность 31.08.51 Фтизиатрия

2023

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)*

профессиональных (ПК)

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ПК – 6, готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской фтизиатрической помощи	Способен к использованию навыков лечения пациентов, нуждающихся в оказании медицинской фтизиатрической помощи в части разработки плана лечения пациентов с туберкулезом в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, методик патогенетической терапии, мониторинга эффективности лечения, предотвращения и устранения осложнений и НПР, оказания экстренной медицинской помощи.
ПК – 8, готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Способен применять способы воздействия природных лечебных факторов, лекарственной и немедикаментозной терапии, лечебного питания и другие методы, направленные на максимально возможное восстановление или компенсацию нарушенных функций больного с момента постановки диагноза; проводить контроль качества проведения этих мероприятий и оценку их эффективности и безопасности для пациента.

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

ПК -6.

Задания закрытого типа: **ВСЕГО 25 заданий.**

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

В понятие «фармакокинетика лекарственного препарата» входит все перечисленное, кроме:

- а) всасывания препарата из места введения;
- б) распределения его по органам;
- в) биотрансформации;
- г) выделения;
- д) воздействия на клетки и ткани.

Эталон ответа: д)

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Критериями лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (на плотной среде) служит для изониазида:

- а) 20 мкг/мл;
- б) 10 мкг/мл;
- в) 5 мкг/мл;
- г) 1 мкг/мл;
- д) 0,1 мкг/мл.

Эталон ответа: г)

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для рифампицина критерий лекарственной устойчивости – это:

- а) 100 мкг/мл;
- б) 40 мкг/мл;
- в) 30 мкг/мл;
- г) 20 мкг/мл;
- д) 10 мкг/мл.

Эталон ответа: б)

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основными путями предупреждения лекарственной устойчивости являются:

- а) своевременное выявление туберкулеза;
- б) интенсивная химиотерапия на начальных этапах лечения, контроль за приемом препаратов;
- в) использование интермиттирующего режима химиотерапии;
- г) применение мер, обеспечивающих хорошую переносимость химиотерапии;
- д) комбинированная химиотерапия на всем протяжении лечения;
- е) верно 2, 5.

Эталон ответа: е)

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Патогенетическая терапия – это:

- а) терапия, воздействующая на звенья основного патологического процесса и патогенетические факторы;
- б) терапия с применением противовоспалительных лекарств;

- в) терапия с применением лекарственных средств, влияющих на иммунную систему;
- г) терапия, направленная на улучшение переносимости химиопрепаратов;
- д) комбинированная терапия.

Эталон ответа: а)

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Продолжительность интенсивной фазы химиотерапии, проводимой по III режиму:

- а) не менее 3 мес.;
- б) не более 6 мес.;
- в) не менее 120 доз;
- г) не менее 2 месяцев;
- д) около 12 мес.

Эталон ответа: г)

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Выберите из перечисленных препаратов те, что относятся к препаратам основного ряда:

- а) H, E, Z, R, S;
- б) S, H, R, E, Pt;
- в) K, Z, H, R, E.

Эталон ответа: а)

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

В каком случае пациент переводится на 4 режим химиотерапии:

- а) при выявлении распространённого туберкулёзного процесса;
- б) при прогрессировании процесса на фоне лечения препаратами основного ряда;
- в) при получении результата устойчивости к SHE;
- г) при получении результата устойчивости к HR.

Эталон ответа: г)

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Коллапсотерапия показана пациентам в следующих случаях:

- а) при лёгочном кровотечении;
- б) при экссудативном плеврите;
- в) при фиброзной (вколоченной) каверне в верхушке лёгкого;

г) при ограниченных деструктивных формах туберкулеза при замедленной динамике от химиотерапии или ее отсутствии через 2-3 месяца;

д) правильные ответы А), Г.

Эталон ответа: д)

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Контролируемая химиотерапия необходима:

а) на начальном этапе лечения;

б) на амбулаторном этапе лечения;

в) на всем протяжении химиотерапии

г) на этапе санаторно-курортного лечения.

Эталон ответа: в)

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Продолжительность лечения больного туберкулезом определяется:

а) возрастом больного;

б) клинической формой туберкулеза, наличием деструктивных изменений и наличием и массивностью бактериовыделения;

в) наличием сопутствующих заболеваний;

г) наличием и скоростью наступления положительных сдвигов в результате лечения и характером формирующихся остаточных изменений;

д) всем перечисленным.

Эталон ответа: д)

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Необходимость стационарного этапа лечения больного туберкулезом определяется:

а) необходимостью всестороннего обследования с уточнением диагноза, распространенности и локализации процесса, осложнений и выявления сопутствующих заболеваний;

б) возможностью провести интенсивную терапию;

в) возможностью более оптимального подбора лечебных средств и методов;

г) лучшими условиями для контроля за проведением лечения;

д) всем перечисленным.

Эталон ответа: д)

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Продолжительность пребывания больного в стационаре определяется:

- а) характером туберкулезного процесса и его осложнениями;
- б) наличием сопутствующих заболеваний;
- в) скоростью прекращения бактериовыделения и наступления положительных рентгенологических сдвигов;
- г) переносимостью химиотерапии;
- д) всем перечисленным.

Эталон ответа: д)

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Переход на амбулаторный этап лечения больного туберкулезом возможен:

- а) при хорошей или удовлетворительной переносимости не менее двух противотуберкулезных химиопрепаратов;
- б) после устранения вспышки инфекционного процесса;
- в) после прекращения бактериовыделения;
- г) после наметившейся в ходе лечения положительной рентгенологической динамики в течение процесса, позволяющей прогнозировать достижения значительного улучшения в конце основного курса химиотерапии;
- д) все ответы правильны.

Эталон ответа: д)

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Терапевтическая тактика при возникновении нежелательных побочных реакций в период химиотерапии определяется в первую очередь:

- а) степени выраженности побочного действия;
- б) правильной идентификацией химиопрепарата, вызвавшего побочный эффект;
- в) патогенезом выявленных побочных реакций;
- г) своевременным проведением корректирующих мероприятий;
- д) всем перечисленным.

Эталон ответа: д)

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Патогенетическая терапия – это:

- а) терапия, воздействующая на звенья основного патологического процесса и патогенетические факторы;
- б) терапия с применением противовоспалительных лекарств;
- в) терапия с применением лекарственных средств, влияющих на иммунную систему;
- г) терапия, направленная на улучшение переносимости химиопрепаратов;
- д) комбинированная терапия.

Эталон ответа: а)

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Патогенетическая терапия при туберкулезе имеет целью:

- а) повысить сопротивляемость организма;
- б) повысить концентрацию химиопрепаратов в очаге поражения;
- в) замедлить формирование рубцовой ткани;
- в) подавить или усилить воспалительную реакцию;
- г) все перечисленное.

Эталон ответа: г)

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Иммуностимулирующая терапия показана при:

- а) любой форме туберкулеза;
- б) замедленной положительной динамике процесса в ходе химиотерапии;
- в) снижении функции иммунной системы;
- в) плохой переносимости химиопрепаратов;
- г) при лекарственной устойчивости МБТ.

Эталон ответа: в)

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Глюкокортикоидные гормоны следует применять как противовоспалительное средство:

- а) с первых дней химиотерапии;
- б) через 2-3 недели от начала химиотерапии;
- в) при замедленной положительной динамике;
- г) после снятия острых проявлений болезни;
- д) после получения данных о чувствительности МБТ к химиопрепаратам.

Эталон ответа: а)

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Глюкокортикоидные гормоны следует применять один раз в день:

- а) с 8 до 12 часов;
- б) с 12 до 14 часов;
- в) с 15 до 16 часов;
- г) с 20 до 22 часов.

Эталон ответа: а)

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Относительными противопоказаниями к назначению глюкокортикоидов являются все перечисленные, кроме:

- а) сахарного диабета;
- б) гипертонической болезни I-II степени;
- в) язвы желудка и 12-перстной кишки;
- г) нарушения психики;
- д) плохого сна.

Эталон ответа: д)

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При туберкулезе с преобладанием экссудативного воспаления глюкокортикоидную терапию следует начинать с:

- а) минимальной дозы и затем постепенно ее увеличивать;
- б) максимально показанной дозы и затем постепенно ее уменьшать;
- в) средней дозы и затем постепенно ее увеличивать;
- г) любой дозы.

Эталон ответа: б)

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для предупреждения нежелательных эффектов глюкокортикоидной терапии необходимо:

- а) правильно определить показания и противопоказания;
- б) давать препараты через день;
- в) принимать препараты с учетом биологического ритма, т.е. утром;
- г) выбрать гормоны с учетом наличия сопутствующих заболеваний;
- д) верно 1, 3, 4;
- е) учитывать все перечисленное.

Эталон ответа: е)

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Витаминная недостаточность в наибольшей степени может быть установлена при:

- а) очаговом туберкулезе легких;
- б) инфильтративном туберкулезе легких;
- в) кавернозном туберкулезе легких;
- г) фиброзно-кавернозном туберкулезе легких;
- д) любой форме туберкулеза легких с наличием выраженной интоксикации.

Эталон ответа: г)

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Назначение витаминов наиболее целесообразно:

- а) в начальном периоде химиотерапии;
- б) в течение всего периода основного курса химиотерапии;
- в) при возникновении токсических побочных реакций химиотерапии;
- г) при возникновении аллергических побочных реакций химиотерапии;
- д) правильно а), в).

Эталон ответа: д)

Задание 26. Вопрос для собеседования.

Какие этапы реабилитации выделяют при ведении больных с хроническими формами туберкулеза?

Эталон ответа: – первый (I) этап организации медицинской реабилитационной помощи в острый период течения заболевания или обострения хронического процесса в отделениях стационара медицинских организаций по профилю основного заболевания;
– второй (II) этап организации медицинской реабилитационной помощи в стационарных условиях медицинских организаций (реабилитационных центров, отделений реабилитации) при хроническом течении заболевания вне обострения пациентам, инвалидам, нуждающимся в наблюдении специалистов по профилю оказываемой помощи.
– третий этап (III) организации медицинской реабилитационной помощи в ранний, поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

Задание 27. Вопрос для собеседования.

Какие задачи стоят перед комплексом лечебных мероприятий, назначаемых больному хроническим туберкулезом?

Эталон ответа: Задачи лечебных мероприятий:

- ликвидация этиологического фактора;
- раскрытие патогенетических механизмов и построение патогенетического лечения;
- ликвидация заболевания и его клинических проявлений либо (при невозможности излечения) уменьшение проявлений заболевания;
- предупреждение развития осложнений, прогрессирования заболевания и развития фатального исхода.

Учет противопоказаний к тому или иному виду лечения, выявление и ликвидация побочных эффектов, поддержание, сохранение достигнутого эффекта - неотъемлемая часть лечения.

Конечная цель лечения - достижение выздоровления или улучшения состояния.

Задание 28. Вопрос для собеседования.

Что включает в себя медицинская реабилитация больного хроническим туберкулезом?

Эталон ответа: Медицинская реабилитация в санатории или тубдиспансере подразумевает ряд мероприятий, направленных на: прекращение выделения активных микобактерий; рубцевание каверн в легких. Также сюда входит и функциональная реабилитация, благодаря которой устраняются выраженные функциональные нарушения (снижение объема вдыхаемого воздуха, жизненной емкости легких) возникшие после хирургической операции или как осложнение болезни.

Задание 29. Вопрос для собеседования.

Какую роль играет двигательный режим как часть медицинской реабилитации?

Эталон ответа: Двигательный режим представляет методику регулирования жизни больного в рамках комплексной реабилитации. Речь идет главным образом о правильно подобранном чередовании и дозировании состояния покоя и активности в зависимости от состояния здоровья пациента. Цель — поддержание защитных сил организма, чтобы таким путем способствовать протекающим в организме процессам выздоровления. Двигательный режим подбирают соответственно форме, стадии и распространению туберкулеза, а также психосоматическому состоянию больного и его возрасту. Дозирование покоя и активности применительно к каждому больному следует проводить индивидуально.

Задание 30. Вопрос для собеседования.

Необходим ли больному туберкулезом на стационарном этапе строгий постельный режим?

Эталон ответа: В противоположность существовавшей ранее практике, предписывавшей больному пребывать в бездеятельности на протяжении всего курса лечения в стационаре, современный двигательный режим постепенно вводит физическую активность и деятельность в распорядок дня пациента. Физическая активность повышается понемногу, по мере перевода больного на последующие ступени двигательного режима. В стационаре больному при положительной клинико-рентгенологической динамике процесса показано постепенное сокращение времени пребывания в постели и замещение покоя занимательными формами деятельности, ЛФК и трудотерапией.

Задание 31. Вопрос для собеседования.

Какой эффект оказывают на больного туберкулезом физические упражнения?

Эталон ответа: Физические упражнения оказывают благоприятное воздействие на организм больного туберкулезом. В задачу медицинской реабилитации, составной частью которой служит ЛФК, входит восстановление нарушенных болезнью функций, предупреждение расстройств органов движения, задержка развития патологических изменений или их устранение. Регулярные и систематические физические нагрузки координируют функции дыхания и кровообращения, повышают функциональные возможности сердечно-сосудистой системы, усиливают обмен веществ, улучшают общее состояние. Все это способствует реабилитации больных и реконвалесцентов и создает благоприятные условия для их возвращения к труду.

Задание 32. Вопрос для собеседования.

По каким принципам строят занятия ЛФК больного туберкулезом?

Эталон ответа: Во время занятий ЛФК больного туберкулезом необходимо учитывать следующие принципы построения занятий:

- медленный и умеренный темп упражнений, большая свобода движений;
- строгая индивидуализация упражнений;
- большее число дыхательных упражнений;
- наблюдение за воздействием упражнения на дыхание и кровообращение в процессе его выполнения и по окончании;
- подбор соответствующих упражнений и их комплексов.

ЛФК должна соответствовать возрасту, полу, функциональным возможностям больного и локализации туберкулезного процесса.

Задание 33. Вопрос для собеседования.

Перечислите общие правила для построения занятий ЛФК больного туберкулёзом?

Эталон ответа: При проведении занятий ЛФК следует учитывать следующие общие правила: – Физическая нагрузка должна равномерно распределяться на весь организм в целом с постепенным подключением различных групп мышц. Объем и интенсивность физической нагрузки нужно наращивать постепенно. Следует строго придерживаться намеченного дозирования физических нагрузок. Чтобы нагрузки не были чрезмерными, необходимо принимать во внимание состояние здоровья, возраст, моральную и физическую подготовленность больного и пр. – Упражнения должны быть наполнены эмоциональным содержанием и представлять для больного известный интерес. – Упражнения должны соответствовать возможностям больного. Не следует прибегать к упражнениям с очень занятыми по времени отдельными элементами. Важно также избегать перегрузки определенных групп мышц. Упор нужно делать на правильном чередовании нагрузок и отдыха. – В ходе занятий ЛГ надлежит избегать большого физического напряжения. Между упражнениями можно вводить элементы дыхательной гимнастики. – Интенсивность ЛГ повышать нужно постепенно, достигая максимума во второй половине основной части, а затем снижать так, чтобы к концу занятий организм пришел в спокойное состояние.

Задание 34. Вопрос для собеседования.

Опишите общие принципы проведения массажа больному туберкулезом.

Эталон ответа: План массажа: воздействие на паравертебральные и рефлексогенные зоны грудной клетки, косвенный массаж диафрагмы, области легких. Положение больного — сидя или лежа. Методика массажа: поглаживание, растирание и разминание, вибрация. Массаж грудной клетки должны проводить в дренирующих положениях. Помимо лечебного (при показаниях) применяют точечный и самомассаж.

Задание 35. Вопрос для собеседования.

Что такое трудотерапия и для чего она применяется у больных туберкулезом?

Эталон ответа: Трудотерапия представляет важное звено реабилитации больных в целом. Больных, нуждающихся в длительном лечении, следует уже с самого начала привлекать к выполнению мелких ручных работ, чтобы предупредить нежелательную привычку к бездеятельности, а заодно и снять трудности приспособления к атмосфере лечебного учреждения. Занимательные виды деятельности (например, в форме мелких ручных работ), выполняемых больным в постели, особенно показаны в начальной фазе

лечения и реабилитации. Легкие формы занимательной деятельности сменяет ТТ. Больной, для которого внезапно перестали существовать ставшие частью его жизни трудовые и социальные отношения, стремится как-то возместить их, находясь в лечебном учреждении. Задача в том, чтобы найти такие ценности, благодаря которым у больного можно будет вернуть к активной деятельности после стационара.

Задание 36. Вопрос для собеседования.

Перечислите группы показаний к хирургическому лечению туберкулеза легких:

Эталон ответа: Показания к хирургическому лечению туберкулеза легких:

- Установление диагноза при невозможности исключить (подтвердить) диагноз туберкулеза другими методами диагностики.
- Ликвидация источника выделения МБТ при наличии полостей распада на фоне контролируемой ХТ.
- Ликвидация источника МБТ при туберкулемах на фоне контролируемой химиотерапии.
- Осложнения и последствия туберкулеза легких.

Задание 37. Вопрос для собеседования.

Как разделяют показания к хирургическому лечению туберкулеза легких операции по срокам выполнения операции?

следует разделять на операции по срокам выполнения

Эталон ответа: По срокам выполнения операции показания к хирургическому лечению туберкулеза легких разделяют на:

- 1 Экстренные (Профузное лёгочное кровотечение. Напряжённый спонтанный пневмоторакс)
- 2 Неотложные (Неуклонное прогрессирование ТБ, несмотря на адекватную противотуберкулёзную химиотерапию. Повторное кровохарканье, которое не может быть остановлено другими методами лечения)
- 3 Плановые (Формы деструктивного ТБ с продолжающимся бактериовыделением после 4-6 мес. Контролируемой противотуберкулёзной химиотерапии, бактериологическим исследованием и тестом на лекарственную чувствительность. МЛУ/ШЛУ-ТБ, характеризующийся неудачей противотуберкулёзной химиотерапии. Осложнения и последствия ТБ процесса (в том числе МЛУ/ШЛУ-ТБ): спонтанный пневмоторакс и пиопневмоторакс, эмпиема плевры с и без бронхоплеврального свища, аспергиллома, бронхиолит, панцирный плеврит или перикардит с дыхательной и/или циркуляторной недостаточностью, посттуберкулёзный стеноз трахеи и крупных бронхов, симптоматические посттуберкулёзные бронхоэктазы)

Задание 38. Вопрос для собеседования.

Перечислите клинический минимум обследований перед оперативным вмешательством

Эталон ответа: Минимальный объем предоперационного обследования должен включать: общий и биохимический анализ крови, коагуллограмму, тестирование на ВИЧ, микроскопию мазка мокроты для выявления кислотоустойчивых микобактерий, микробиологические и молекулярно-генетические исследования для выявления микобактерий туберкулезного комплекса и определения лекарственной чувствительности возбудителя, стандартную рентгенографию органов грудной клетки и компьютерную томографию легких, фибробронхоскопию.

Задание 39. Вопрос для собеседования.

Перечислите противопоказания к резекции легкого:

Эталон ответа: - Тотальное деструктивное поражение обоих легких

- Нарушение функции легких: ОФВ1 (объем форсированного выдоха за 1 сек.) менее 1,5 л и 2,0 л при планировании лобэктомии и пневмонэктомии соответственно
- Легочная-сердечная недостаточность III-IV степени
- Индекс массы тела (ИМТ) до 40-50% от нормального
- Тяжелые сопутствующие заболевания: декомпенсированный сахарный диабет, обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, печеночная или почечная недостаточность.
- Активный туберкулез бронхов.

Задание 40. Вопрос для собеседования.

Перечислите виды оперативных вмешательств, применяемые при туберкулезе легких, плевры, внутригрудных лимфатических узлов, бронхов:

Эталон ответа: резекция легких и пневмонэктомия; торакопластика; экстраплевральная пломбировка; операции на каверне (дренирование, кавернотомия, кавернопластика); видеоторакоскопическая санация полости плевры; торакотомия; плеврэктомия, декорткация легкого; удаление внутригрудных лимфатических узлов; операции на бронхах (окклюзия, резекция и пластика, реампутация культи); разрушение плевральных сращений для коррекции искусственного пневмоторакса.

Задание 41. Вопрос для собеседования.

Дайте определение коллапсотерапии.

Эталон ответа: Коллапсотерапия – метод лечения туберкулёза лёгких, основанный на уменьшении объёма поражённого лёгкого с помощью введения воздуха в плевральную полость или в брюшную полость

Задание 42. Вопрос для собеседования.

Перечислите разновидности коллапсотерапии.

Эталон ответа: Искусственный пневмоторакс; искусственный пневмоперитонеум.

Задание 43. Вопрос для собеседования.

Объясните механизм лечебного действия коллапсотерапии

Эталон ответа: 1. Механический – уменьшение эластического напряжения лёгкого и частичное сближение стенок каверны. 2. Нейрорефлекторный – снижение тонуса эластических и гладкомышечных элементов лёгкого:

а) перераспределение микроциркуляции, что способствует ограничению всасывания в кровь токсинов МБТ и продуктов распада лёгочной ткани.

б) развитие относительной гипоксии, сдерживающей рост МБТ.

в) развитие лимфостаза, замедление всасывания токсинов.

Задание 44. Вопрос для собеседования.

Опишите технику наложения лечебного пневмоторакса.

Эталон ответа: 1) Больного укладывают на здоровый бок, выполняют иглой прокол грудной стенки в 4-6 межреберье в подмышечной области (либо определяют рентгенографически и физикально)

2) Игла вводится по верхнему краю нижележащего ребра, дабы избежать повреждения нервно-сосудистого пучка.

3) Местонахождение иглы оценивают по показателям манометра

4) О проникновении иглы в плевральную полость свидетельствует устойчивое отрицательное давление, меняющееся на вдохе и на выдохе. Небольшие колебания давления около нуля указывают на попадание иглы в ткань лёгкого

5) При медленном и неуклонном нарастании положительного давления наиболее вероятно попадание иглы в кровеносный сосуд, после чего её необходимо незамедлительно устранить

6) Введение воздуха осуществляется порциями по 50-100 см³. При первичном наложении ИП не более 250-350 см³.

Задание 45. Вопрос для собеседования.

Какие осложнения могут возникнуть при коллапсотерапии?

Эталон ответа: - Плеврит, возникающий, как правило, в первые месяцы после наложения искусственного пневмоторакса

- Травматический пневмоторакс вследствие случайного прокола легкого
- Подкожная и медиастинальная эмфизема
- Воздушная эмболия
- Нарушение коллапса и последующее недостаточное расправление легкого

Задание 46. Вопрос для собеседования.

Дайте объяснение термину «Лечение после неэффективного курса химиотерапии».

Эталон ответа: "Лечение после неэффективного курса химиотерапии" – это случай лечения пациента, предыдущий курс химиотерапии которого завершился исходом "Неэффективный курс химиотерапии" или "Перерегистрирован"

Задание 47. Вопрос для собеседования.

Дайте объяснение термину "Лечение после прерывания курса химиотерапии".

Эталон ответа: "Лечение после прерывания курса химиотерапии" – это случай лечения пациента, у которого предыдущий курс лечения завершился исходом "Прервал курс химиотерапии"

Задание 48. Вопрос для собеседования.

Дайте объяснение термину широкая лекарственная устойчивость.

Эталон ответа: Широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ) – это устойчивость микобактерии туберкулеза к рифампицину с устойчивостью к изониазиду или без нее, в сочетании с устойчивостью к любому фторхинолону и, по крайней мере, к линезолиду или бедаквилину

Задание 49. Вопрос для собеседования.

Дайте объяснение термину пре-широкая лекарственная устойчивость (пре-ШЛУ).

Эталон ответа: Пре-широкая лекарственная устойчивость (пре-ШЛУ) – это устойчивость микобактерии туберкулеза к рифампицину** с устойчивостью к изониазиду** или без нее, в сочетании с устойчивостью к любому фторхинолону.

Задание 50. Вопрос для собеседования.

Опишите природу лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза и механизмы ее формирования.

Эталон ответа: По своей природе лекарственная устойчивость МБТ обусловлена хромосомными мутациями: она развивается в результате одной или нескольких хромосомных мутаций в независимых генах МБТ. Множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) как результат спонтанных (природных) мутаций практически невозможна, поскольку нет единого гена, кодирующего МЛУ, а мутации, приводящие к развитию устойчивости к различным препаратам, генетически не связаны. Лишь воздействие противотуберкулезных препаратов (ПТП) на популяцию микобактерий обеспечивает селективный отбор устойчивых вариантов. причинами возникновения МЛУ ТБ являются: поздняя диагностика первичной лекарственной устойчивости (ЛУ) возбудителя, неадекватное по количеству и дозам или незавершенное лечение, а также использование некачественных ПТП. Неправильный или ошибочно выбранный режим химиотерапии приводит к тому, что у пациента с туберкулезом лекарственно-устойчивые мутанты постепенно становятся доминирующими в микобактериальной популяции. Но даже при правильно назначенной противотуберкулезной терапии перерывы в лечении, временные отмены того или иного препарата, несоблюдение сроков химиотерапии способствуют формированию приобретенной устойчивости возбудителя.

Задание 51. Вопрос для собеседования.

Почему, несмотря на низкую эффективность, микроскопическое исследование мокроты на микобактерии (*Mycobacterium* spp.) или другого диагностического материала на микобактерии – не менее двух проб- до сих пор включено в диагностический минимум исследования на туберкулез.

Эталон ответа: В настоящее время методы микроскопии, обладающие относительно невысокой чувствительностью (не более 50% впервые выявленных пациентов с ТБ легких) и не позволяющие дифференцировать МБТ от нетуберкулезных микобактерий (НТМБ), сохраняют свою актуальность ввиду простоты и дешевизны исследования. Эти методы рекомендуются для использования в общей лечебной сети, т.к. с их помощью выявляют наиболее эпидемически опасных пациентов с ТБ. В противотуберкулезных учреждениях методы микроскопии в обязательном порядке включают во все схемы обследования пациентов в связи с необходимостью определения статуса бактериовыделения. Кроме того, эти методы позволяют оценивать массивность бактериовыделения, а также динамику прекращения бактериовыделения, т.к. микроскопические исследования проводятся на всех этапах диагностики туберкулеза и контроля химиотерапии

Задание 52. Вопрос для собеседования.

Показана ли бронхоскопия пациентам с туберкулезом органов дыхания при отрицательных результатах микробиологического и молекулярно-генетического исследований мокроты для уточнения диагноза

Эталон ответа: Бронхоскопия позволяет получить визуальную информацию о состоянии обследуемого объекта и взять биопсийный материал для микробиологического, цитологического и гистологического исследований. Наиболее часто используются эндоскопические методы с видеосопровождением (бронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия). В настоящее время чаще проводится видеобронхоскопия – эндоскопическое исследование бронхов. Во время диагностической бронхоскопии выполняют осмотр трахеи и крупных бронхов (до сегментарных и субсегментарных включительно), различные биопсии (тканевые и жидкостные) из бронхов разного уровня, легочной ткани и лимфатических узлов средостения. Место биопсии устанавливают визуально или по данным компьютерной томографии. Возможно проведение эндосонографии с пункционной биопсией образований средостения, выполняемой с помощью бронхоскопов с ультразвуковым излучением. Наименее сложными и наиболее безопасными видами биопсий являются аспират из бронхов и щеточная (браш-) биопсия, бронхоальвеолярный лаваж. Материал этих биопсийных манипуляций используется для микробиологических и цитологических исследований.

Задание 53. Вопрос для собеседования.

Что такое режим химиотерапии? Сколько режимов химиотерапии вы знаете?

Эталон ответа: Режим химиотерапии – это комбинация противотуберкулезных препаратов и антибиотиков, длительность и кратность их приема, сроки и содержание контрольных исследований, а также организационные формы проведения лечения.

В лечении туберкулеза используется пять режимов химиотерапии. Режимы химиотерапии назначаются на основании индивидуальных результатов определения лекарственной устойчивости возбудителя: при лекарственной чувствительности возбудителя (режим лекарственно-чувствительного туберкулеза), при устойчивости возбудителя к изониазиду, в том числе полирезистентности (режим изониазид-резистентного туберкулеза), при устойчивости возбудителя к рифампицину и изониазиду (или только рифампицину) с лекарственной чувствительностью к фторхинолонам (режим МЛУ ТБ), при устойчивости возбудителя к рифампицину и изониазиду (или только рифампицину) с лекарственной устойчивостью к фторхинолонам (режим пре-ШЛУ ТБ), при устойчивости возбудителя к рифампицину и изониазиду (или только рифампицину) с лекарственной устойчивостью к фторхинолонам, а также бедаквилину или линезолиду (режим ШЛУ ТБ).

Задание 54. Вопрос для собеседования.

Если не удалось выделить возбудителя или пока отсутствуют индивидуальные результаты определения лекарственной устойчивости возбудителя (анализ в работе), как осуществляется выбор режима химиотерапии?

Эталон ответа: При отсутствии индивидуальных результатов определения лекарственной устойчивости возбудителя назначение химиотерапии проводится на основании результатов оценки риска туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя. Из данных анамнеза имеет значение: лечился ли ранее пациент от туберкулеза (регистрационная группа), ранее применяемые препараты, приверженность к лечению, результаты ТЛЧ, исходы предыдущего лечения, контакт с больным туберкулезом с бактериовыделением. До получения результатов ТЛЧ важно правильно определить, относится ли пациент к группе риска МЛУ ТБ

Задание 55. Вопрос для собеседования.

Опишите цели разных фаз химиотерапии.

Эталон ответа: 1. фаза интенсивной терапии – направлена на ликвидацию клинических проявлений заболевания, максимальное воздействие на популяцию МБТ с целью прекращения бактериовыделения и предотвращения развития лекарственной устойчивости, уменьшение инфильтративных и деструктивных изменений в органах; может быть составляющей частью подготовки к хирургической операции;

2. фаза продолжения лечения – направлена на подавление сохраняющейся микобактериальной популяции, обеспечивает дальнейшее уменьшение воспалительных изменений и инволюцию туберкулезного процесса, а также восстановление функциональных возможностей организма.

Задание 56. Вопрос для собеседования.

Как по рекомендациям ВОЗ делятся химиопрепараты, которые используются у больных лекарственно –устойчивым туберкулезом?

Эталон ответа: ВОЗ рекомендует деление препаратов для лечения туберкулеза с устойчивостью МБТ к рифампицину и изониазиду (или только рифампицину на 3 группы в зависимости от соотношения их пользы и вреда:

- Группа А: фторхинолоны (левофлоксацин и #моксифлоксацин), бедаквилин и линезолид сочтены высокоэффективными и настоятельно рекомендуются для включения во все режимы при отсутствии противопоказаний;

- Группа В: циклосерин или теризидон

- Группа С: в нее входят все прочие препараты, которые могут использоваться в том случае, если режим не может быть составлен из препаратов групп А и В. Препараты в группе С отсортированы по стандартно ожидаемому от каждого из них относительному балансу пользы и вреда. К группе С относятся: этамбутол, деламанид, пиразинамид, имипенем + [циластатин], меропенем, амикацин, стрептомицин, протионамид, этионамид, аминосалициловая кислота.

Задание 57. Вопрос для собеседования.

Перечислите химиопрепараты первого и второго ряда.

Эталон ответа: Лекарственные препараты, применяемые при химиотерапии туберкулеза, подразделяют на:

1. противотуберкулезные препараты первого ряда (основные, препараты для лечения туберкулеза, вызванного лекарственно чувствительными микобактериями): изониазид, рифампицин, рифабутин, рифапентин, пиразинамид, этамбутол, стрептомицин;

2. противотуберкулезные препараты второго ряда (резервные, препараты для лечения туберкулеза с МЛУ, пре-ШЛУ, ШЛУ МБТ): бедаквилин, линезолид, левофлоксацин, #моксифлоксацин, спарфлоксацин, деламанид, канамицин, амикацин, капреомицин, (имипенем + [циластатин]), меропенем, циклосерин, теризидон, протионамид, этионамид, аминосалициловая кислота, тиюреидоиминометилпиридиния перхлорат. При этом приоритетными препаратами для включения в схемы терапии являются бедаквилин, линезолид, лекарственные препараты группы фторхинолонов, а также циклосерин или теризидон.

Задание 58. Вопрос для собеседования.

Какие этапы лечения больного туберкулезом вы знаете?

Эталон ответа: При туберкулезе, в зависимости от состояния больного, характера процесса и его фазы, лечение может быть:

- 1) амбулаторным;
- 2) на дому под наблюдением участкового врача диспансера;
- 3) в стационаре;
- 4) санатории или на курорте.

Задание 59. Вопрос для собеседования.

Что понимают под лечебным и двигательным режимом больного туберкулезом?

Эталон ответа: Под понятием режима имеется в виду такой распорядок дня больного и его двигательной активности, который обеспечивает не только состояние комфорта организма, но и способствует сохранению сил, укреплению организма, быстрой ликвидации воспалительного

процесса. Для этого требуется удлиненный сон пациента с включением двухчасового отдыха днем, длительное пребывание на воздухе – прогулка, лежание на веранде в летнее и зимнее время, а в более тяжелых случаях – лечение кислородом в кислородных палатках.

Задание 60. Вопрос для собеседования.

Расскажите о принципах постельного стационарного режима.

Эталон ответа: Постельный режим – у больного есть потребность в постоянном медицинском наблюдении и оказании помощи при самообслуживании.

Задачи режима: постепенное совершенствование и стимулирование функций кровообращения и дыхания, подготовка больного к следующей, более активной фазе режима.

Содержание режима. Постоянное пребывание больного в постели в исходном положении лежа на спине, на спине с приподнятым головным концом кровати, на боку, на животе. Движения, необходимые для осуществления туалета, питания, изменения положения тела в кровати проводят с помощью медицинского персонала. При удовлетворительном состоянии возможны активные повороты в кровати (в спокойном темпе), кратковременное (2–3 раза в день по 5–12 минут) пребывание в постели в положении сидя, вначале с опорой на подушки, овладение навыками самообслуживания. Разрешены физические упражнения, охватывающие мелкие и средние мышечные группы и суставы, выполняемые в медленном темпе, с небольшим числом повторений каждого, дыхательные упражнения статического и динамического характера.

Задание 61. Вопрос для собеседования.

Расскажите о принципах полупостельного стационарного режима.

Эталон ответа: Полупостельный, или палатный режим – у больного есть потребность в постоянном медицинском наблюдении, но он может себя обслуживать.

Задачи режима: постепенное восстановление адаптации сердечно-сосудистой системы и всего организма больного к физической нагрузке, профилактика возможных осложнений.

Содержание режима. Переход в положение сидя на кровати с опущенными ногами или на стуле (2–4 раза в день по 10–30 минут). При удовлетворительном состоянии и отсутствии противопоказаний больному разрешают передвигаться в пределах палаты с последующим отдыхом в положении сидя и лежа. Пребывание в положении сидя допускается до 50% всего времени дня, полное самообслуживание. В занятия включают динамические физические упражнения, охватывающие средние и крупные суставы и мышечные группы, дыхательные упражнения. Общая продолжительность занятий 12–20 минут, дозировка физической нагрузки – индивидуальная.

Задание 62. Вопрос для собеседования.

Расскажите о принципах свободного стационарного режима.

Эталон ответа: Свободный режим – больной не требует постоянного медицинского наблюдения и может себя обслуживать.

Задачи режима: адаптация всех систем организма к возрастающим физическим нагрузкам, нагрузкам бытового и профессионального характера.

Содержание режима. Свободное передвижение в пределах палаты и отделения, ходьба по лестнице, прогулки по больничной территории. В занятиях широко используют динамические и статические упражнения, упражнения с гимнастическими предметами, упражнения на тренажерах (при отсутствии противопоказаний).

Задание 63. Вопрос для собеседования.

Какие виды двигательного режима используются в условиях противотуберкулезного санатория?

Эталон ответа: В амбулаторных (санаторно-курортных) условиях

- щадящий;
- щадяще-тренирующий;
- тренирующий;
- интенсивно-тренирующий.

Задание 64. Вопрос для собеседования.

Какие исходы химиотерапии могут быть?

Эталон ответа: Для оценки эффективности каждого курса химиотерапии применяется (не менее одного раза в три месяца) анализ с использованием следующих стандартных определений / формулирования исхода лечения.

1. Эффективный курс химиотерапии, подтвержденный клинически, микробиологически и рентгенологически.

2. Эффективный курс химиотерапии, подтвержденный клинически и рентгенологически. Больной с самого начала химиотерапии не выделял МБТ, полностью прошел курс химиотерапии и у него достигнута положительная клинико-рентгенологическая динамика.

3. Неэффективный курс химиотерапии. У больного сохраняется или появляется бактериовыделение на 5-м месяце химиотерапии и позже.

4. Досрочное прекращение химиотерапии. Больной прервал лечение на 2 месяца и более.

5. Смерть. Больной умер во время курса химиотерапии от любой причины.

6. Больной выбыл из-под наблюдения учреждения, проводившего химиотерапию (в другую административную территорию или ведомство), и результат курса химиотерапии неизвестен.

Задание 65. Вопрос для собеседования.

Дайте классификацию степени выраженности аллергической реакции на химиопрепарат

Эталон ответа: Различают следующие степени аллергических реакций

1. Слабая – кожный зуд часто единственный признак аллергии к рифампицину.
2. Умеренная – лихорадка и сыпи. Сыпь часто принимается за симптомы кори или скарлатины. При интенсивной реакции сыпь на коже выглядит пузырьчатой и напоминает крапивницу.
3. Выраженная – в дополнение к лихорадке и сыпи могут присоединиться генерализованное увеличение лимфатических узлов, увеличение печени и селезенки, отеки вокруг глаз и припухлость слизистых рта и губ.
4. Лихорадка, генерализованная пузырьчатая сыпь и изъязвления слизистых рта, гениталий и глаз (синдром Стивенса–Джонсона – злокачественная экссудативная эритема) – редкая, но опасная реакция, особенно при приеме тиацетозона, а также у ВИЧ-инфицированных больных.
5. Очень редко может иметь место хроническая экзема, захватывающая конечности, возникающая после 8-й недели приема химиопрепаратов. Такая экзема почти всегда является

Задание 66.

Больной мужчина, 47 лет, болен инфильтративным туберкулезом верхней доли правого легкого в фазе распада, МБТ+ 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 I без положительной рентгенологической динамики, в мокроте – МБТ+. Сегодня пришел посев мокроты на устойчивость МБТ, выявлена лекарственная устойчивость МБТ к следующим противотуберкулезным препаратам: H, R, E.

Оцените правильность назначенной терапии, нужна ли коррекция и какая, обоснуйте. Сроки и объем обследования, сроки лечения. Какая сопровождающая терапия необходима пациенту, консультацию каких смежных специалистов необходимо назначить? Показана ли больному реабилитация?

Эталон ответа: Необходимо поменять режим лечения на режим IV (ПАСК, этамбутол, циклосерин, капреомицин, фторхинолоны). В интенсивную фазу – 5 препаратов, в фазу продолжения лечения – 4 препарата. В интенсивной фазе (до 8 мес) – ОАК, БАК, ОАМ, анализ мокроты на МБТ – ежемесячно, рентгенообследование – 1 раз в 3 мес. В фазу продолжения лечения (до 12 мес) – 4 препарата (в зависимости от переносимости), ОАК, БАК, ОАМ, анализ мокроты на МБТ – 1 раз в 3 мес, рентгенообследование – 1 раз в 3 мес. Консультация гепатолога, нарколога.

Обязательно включить в схему терапии гепатопротекторы. При стойком абациллировании – санаторно-курортное лечение. Показана медицинская реабилитация с первых дней поступления в стационар, социальная реабилитация (помощь психолога, юриста, беседы с леч. врачом и т.д.)

Задание 67.

Больная В., 24 лет. Доярка МТФ. Поступила в терапию по скорой с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела до 40°C , ночные поты, понижение аппетита, похудание, одышку, кашель сухой.

Анамнез заболевания. Заболевание начиналось постепенно около 2 месяцев назад (больная была на 7 месяце беременности) с появления общей слабости, сухого кашля, отмечалась субфебрильная температура тела, которая периодически повышалась до 38°C . Больная лечилась у терапевта по поводу бронхита, но безуспешно. На 2 день после родов температура тела поднялась до 39°C , появилась одышка и ночная потливость. Контакта с больными туберкулезом не имела. Год назад при проверочном флюорографическом обследовании органов грудной клетки патология не выявлена.

Больная правильного телосложения, пониженного питания, кожа чистая, бледная, губы с цианотическим оттенком. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 120 в 1 мин., ритмичный, температура тела до 39°C , границы сердца в пределах нормы, тоны несколько приглушены, над верхушкой - нежный систолический шум. АД 125 / 70 мм рт. ст. Число дыханий 40 в 1 мин. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, при перкуссии ясный легочный звук. Дыхание жесткое, паравертебрально с обеих сторон прослушиваются единичные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, нижний край печени находится на 4 см ниже реберной дуги, чувствительный при пальпации. Селезенка не прощупывается.

При рентгенографии на всем протяжении обоих легких множество мелких неинтенсивных очаговых теней. Легочный рисунок не дифференцируется. Корни легких малоструктурны. Реберно-диафрагмальные синусы свободные. Со стороны сердца изменений нет.

Анализ крови: Эр - 2,28-10¹² / л, Нб - 86 г / л, л. - 11,5"109/л, э.-О, п.-14%, с-76 %, лимф. - 6 %, мон. - 14 %, СОЭ - 14 мм / час.

Ваш предварительный диагноз? Назначьте лечение, какие элементы реабилитации показаны больной?

Эталон ответа: Острый диссеминированный (милиарный) туберкулез легких, МБТ (-). Лечение по 1-му режиму химиотерапии. Патогенетическая терапия: витаминотерапия, рассасывающая, антиоксидантная, иммуномодулирующая, гепатопротекторы, диетотерапия – как элементы медицинской реабилитации I-го и II-го этапов.

Задание 68.

Павел С., 54 года, заболел весной (в мае), когда внезапно повысилась температура тела до 39° С, появился озноб, кашель с мокротой, одышка. Вначале диагностировали двустороннюю неспецифическую пневмонию. Поступил в клинику через 1 месяц от начала заболевания в тяжелом состоянии и резком истощении. Через несколько дней обнаружены кислотоустойчивые микобактерии и эластические волокна в мокроте. Физикально справа спереди определялось интенсивное притупление звука от ключицы до 3-го ребра, сзади - над остью лопатки, слева притупление в нижнем отделе грудной клетки. Справа под ключицей прослушивалось бронхиальное дыхание с амфорическим оттенком. Выслушивалось большое количество мелко- и среднепузырчатых хрипов на протяжении всего правого легкого. Слева над областью тупости - дыхание резко ослаблено. При перкуссии правая граница сердца на 2 см снаружи от правого края грудины, слева - на 1 см внутри от срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, гипотония.

На рентгенограмме органов грудной клетки в верхней доле правого легкого отмечалось массивное, занимающее всю долю, затемнение с щелевидным просветлением в центре и распространенные очаговые изменения в средней и нижней долях правого легкого, Слева определялась гомогенная тень от купола диафрагмы до переднего конца 4 ребра с косой внутренней границей.

Ваш окончательный диагноз. Назначьте лечение. Показано ли больному сан-кур. лечение?

Эталон ответа: Казеозная пневмония верхней доли правого легкого в фазе бронхогенной диссеминации, левосторонний туберкулезный экссудативный плеврит, МБТ+.

Лечение: 1-й режим химиотерапии. Фаза интенсивной химиотерапии - 2 месяца: (Изониазид + Рифампицин + Пиразинамид + Этамбутол). Фаза продолжения химиотерапии - 4 месяца (Изониазид + Рифампицин) Плевральные пункции и аспирация экссудата через день. - Патогенетическая терапия: анаболические стероиды, белковые препараты внутривенно, иммуностимуляторы, витамины, антиоксиданты, дезинтоксикационная терапия. Сан-кур. лечение не показано до полной стабилизации состояния абациллирования больного.

Задание 69.

Иван К., 4 мес, поступил в детское отделение районной больницы в тяжелом состоянии. Доставлен неотложной помощью с температурой тела 38,7 С, выраженной одышкой (80 дыханий в минуту), сухим кашлем.

При осмотре выявлено: слизистая губ цианотична. Кожные покровы влажные. Ребенок цианотичен. Перкуторно над легкими коробочный звук, дыхание равномерно ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, тахикардия - 160 ударов в минуту. Живот мягкий, несколько вздут, печень выступает из-под реберного края на 4 см, пальпируется селезенка.

С первых дней жизни у ребенка частое дыхание, плохой аппетит, периодически повышалась температура тела. Данные анализа крови: Эр - 4,04 0 / л, НЬ- 120 г/л, Цп. -0,9, л. - 16, МО9/л, э. - 1, п. -21 %, с. -48 %, лимф. -21 %, мон. - 9 %, СОЭ - 50 мм / час. В моче изменений не найдено.

На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции в обоих легких видны равномерно рассеянные мелкоочаговые тени диаметром не более 2 мм, из-за которых сосудистый рисунок легких почти не определяется. Корни легких несколько расширены, структура не определяется. Увеличение ВГЛУ не определяется. Тени сердечно-сосудистого пучка и диафрагмы обычные.

Через 4 дня по заключению консультанта-фтизиатра больной госпитализирован в детскую туберкулезную больницу.

В послеродовом периоде у матери обнаружено воспаление придатков. При гинекологическом исследовании выявлен воспалительный процесс в области трубы и яичника справа. Отмечено повышенное выделение слизисто-гнойного секрета из цервикального канала матки. Сделан мазок, взят материал на посев. При рентген-обследовании легких патология не выявлена. Клинико-рентгенологическое обследование отца ребенка патологии не выявило.

Вопрос: Каков Ваш диагноз при направлении ребенка в больницу и его обоснование. Назначьте лечение ребенку.

Эталон ответа: Острый диссеминированный (милиарный) туберкулез (врожденный). У матери ребенка установлен активный локальный воспалительный процесс в области правой трубы и яичника, выделение слизисто-гнойного секрета из цервикального канала матки, что позволяет обоснованно предполагать активный туберкулез придатков, плаценты и гематогенную диссеминацию МБТ у плода, что подтверждается инфицированностью ребенка и клинико-рентгенологической картиной заболевания новорожденного. Режим химиотерапии должен быть назначен, исходя из лекарственной устойчивости МБТ, выделенных от матери.

Задание 70.

Больной Ш., 20 лет, студент. Поступил с жалобами на боль в правой половине грудной клетки, в правом подреберье, правом плече, сухой кашель, общее недомогание, потливость, плохой аппетит, субфебрильную температуру тела по вечерам.

Заболел две недели назад, когда после купания в реке повысилась температура до 38,5° С, появился сухой кашель, боль в правой половине грудной клетки. Лечился в поликлинике с диагнозом «острый бронхит». Состояние улучшилось, снизилась температура тела, но сохранялись симптомы интоксикации, боль в грудной клетке, появилось ощущение «трения» в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе.

Объективно. Температура тела 37,4°C. Кожные покровы бледные, питание понижено. Число дыханий 26 в минуту. Пульс 96 в минуту, АД - 110 / 70 мм рт. ст. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. При надавливании на межреберья болевые ощущения при дыхании усиливаются. Положительный симптом Поттенджера — Воробьева и де Мюсси справа. При перкуссии над областью правого легкого паравертебрально книзу от середины лопатки -притупление перкуторного звука, по средней подмышечной линии притупление книзу от 4-го ребра. В области притупления перкуторного звука дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет. Над верхней границей тупости прослушивается шум трения плевры. Над областью левого легкого физикальные данные без отклонения от нормы. Границы сердца в пределах нормы.

На рентгенограмме в прямой проекции справа от переднего конца 3-го ребра до купола диафрагмы гомогенная тень с вогнутым внутренним контуром. Тень средостения смещена влево. В левой половине грудной клетки – без особенностей.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л - инфильтрат диаметром 14 мм с везикулами.

Ваш предполагаемый диагноз? Назначьте лечение. Показано ли больному сан-кур. лечение?

Эталон ответа: Правосторонний туберкулезный экссудативный плеврит, МБТ (-). Больной подлежит госпитализации в туб стационар. Химиотерапия по 1 режиму. Плевральные пункции и аспирация экссудата через день. Патогенетическая терапия: противовоспалительная, рассасывающая, иммуностимуляторы, витамины, антиоксиданты. Показано ли больному сан-кур. лечение?

Задание 71.

Больной Н., 42 лет, экономист, проживает в двухкомнатной квартире. Женат, дети 14 и 16 лет, учатся в школе. Заболел 10 дней назад, появился кашель с небольшим количеством мокроты слизистого характера, слабость, недомогание, субфебрильная температура.

В амбулаторной карте нет записи о прохождении флюорографического обследования. Больной направлен на флюорографию. На флюорограмме в 2-х проекциях в верхней доле правого легкого имеется затемнение с нечеткими контурами диаметром около 4 см с просветлением в центре и очагами в окружающей легочной ткани.

Направлен в лечебно-диагностическое отделение городского противотуберкулезного диспансера для дальнейшего обследования и лечения.

Ваш предполагавши диагноз? Какие профилактические мероприятия необходимо провести для членов семьи? Назначьте лечение. Какие элементы социальной реабилитации применимы к пациенту?

Эталон ответа: Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, МБТ (?).

Все члены семьи должны пройти флюорографическое обследование. Дети должны быть обследованы у детского фтизиатра. Членам семьи показана химиопрофилактика.

Лечение: назначить режим химиотерапии в зависимости от выявленной при дообследовании чувствительности МБТ. Социальная реабилитация – открыть листок нетрудоспособности на время лечения больного. Консультация психолога, беседы с лечащим врачом.

Задание 72.

Больной И., 23 лет, студент 2 курса юридического института. Каких-либо заболеваний не помнит. Занимается спортом. На втором курсе после очередной флюорографии в начале учебного года вызван на дообследование. Туб контакт отрицает, ранее туберкулезом не болел. На флюорограмме в периферическом отделе второго сегмента правого легкого обнаружены немногочисленные без четких контуров средней и ниже средней интенсивности очаговые тени диаметром 3-6 мм. Корни легких не изменены. Легочный рисунок не деформирован. Плевральные изменения не обнаружены. Сердечно-сосудистая тень расположена обычно. При осмотре жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Температура тела нормальная. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

На верхней трети левого плеча имеется плоский рубец округлой формы размерами 0,6 x 0,7 см - след ревакцинации вакциной БЦЖ.

Перкуторно и при выслушивании в легких изменения не выявляются. Реакция на пробу с Диаскинтестом - 10 мм. В крови и моче изменений нет. Три раза исследованы промывные воды бронхов на кислотоустойчивые микобактерии методом флотации и МБТ методом посева - результат отрицательный.

Сформулируйте Ваш предварительный диагноз. Назначьте обоснованное лечение.

Эталон ответа: Диагноз; очаговый туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ -. Лечение: назначить 3-й режим химиотерапии. Сан-кур. лечение после окончания фазы интенсивной терапии.

Задание 73.

Больная М., 22 года., студентка. Направлена на консультацию в противотуберкулезный диспансер из гинекологической консультации, где проходила лечение по поводу вторичного бесплодия, вызванного адгезивным процессом в трубах и яичниках. Больная раздражительна, предъявляет много разнообразных жалоб, среди которых доминируют симптомы общего порядка: слабость, периодическая головная боль, потливость, сердцебиение, плаксивость, плохой сон. Разборчива в еде, хотя аппетит не снижен. Отмечает тяжесть и чувство стеснения за грудиной при

волнении. Известно, что в возрасте 8 лет имела контакт с дедом, вылечившемся впоследствии от туберкулеза легких. В прошлом болела ангинами, паротитом, повторно отитом, фурункулезом. Замужем с 20 лет, имела две беременности, из которых 2 закончились выкидышем. На протяжении последних 5 лет ежегодно проходила проверочную флюорографию, изменения в легких и внутригрудных узлах не определялись. При перкуссии и аускультации органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патология не выявлена. При осмотре и пальпации органов брюшной полости изменения не обнаружены.

В мокроте методом люминесцентной микроскопии мокроты обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (+). На прямой обзорной рентгенограмме, выполненной в период настоящего обследования слева во 2-м межреберье определяется участок неомогенного, без четких контуров затемнения диаметром 3-4 см с деструкцией в центре. В окружности — немногочисленные очаговые тени.

Сформулируйте ваш предварительный диагноз. Назначьте лечение.

Эталон ответа: Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе распада, МБТ (+). Лечение: назначить режим химиотерапии с учетом устойчивости МТБ к химиопрепаратам. Сан-кур. лечение после окончания фазы интенсивной терапии.

Задание 74.

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 I, 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.

Оцените правильность назначенной терапии, нужна ли коррекция и какая, обоснуйте. Сроки и объем обследования, сроки лечения. Какая сопровождающая терапия необходима пациенту, консультацию каких смежных специалистов необходимо назначить?

Эталон ответа: 1. Нужна. ШЛУ-туберкулез, лечение по V режиму. Общий курс лечения – 24 месяца, 6 препаратов (с включением бедаквилин, линезолид). В интенсивной фазе (до 8 мес.) – ОАК, БАК, ОАМ, анализ мокроты на МБТ – ежемесячно, после 4-рехкратного отрицательного анализа – перевод в фазу продолжения лечения. Рентген-обследование – 1 раз в 3 мес. В фазу продолжения лечения (до 12 мес.) - 4 препарата (в зависимости от переносимости), ОАК, БАК, ОАМ, анализ мокроты на МБТ – 1 раз в 3 мес., рентген-обследование – 1 раз в 3 мес. Консультация невролога, назначение тиамина и пиридоксина, глутаминовой кислоты.

Задание 75.

Больной Х., 42 лет, рабочий. Вызван на дообследование в противотуберкулезный диспансер после прохождения флюорографического обследования. При опросе установлено, что в течение последних трех недель его беспокоят слабость, сухой кашель, повышение температуры тела до 37,2°C. К врачам не обращался. Из перенесенных заболеваний отмечает грипп, повторные пневмонии (4 и 5 лет назад). Ежегодно, 2 раза в год подвергался флюорографическому обследованию, однажды (2 года назад) вызывали на дообследование в противотуберкулезный диспансер, но на учет не был поставлен.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Перкуторно справа над ключицей и сзади от верхушки до угла лопатки незначительное укорочение перкуторного звука, дыхание над этой областью жесткое, определяются необильные рассеянные сухие хрипы. Со стороны других органов и систем патологии при осмотре не выявлено. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст.

На флюорограмме в верхушке правого легкого видны множественные мелкие и средние, различные по интенсивности очаговые тени, не четко и четко очерченные, без выраженного перифокального воспаления и слипания их.

При исследовании мокроты методом люминесцентной микроскопии кислотоустойчивые микобактерии не обнаружены. Реакция на пробу с Диаскинтестом - 12 мм. Гемограмма и анализ мочи - без особенностей.

Сформулируйте Ваш предварительный диагноз. Назначьте обоснованное лечение.

Эталон ответа: Диагноз: очаговый туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации, МВТ (-). Лечение в амбулаторных условиях назначить 3-й режим химиотерапии. Дополнительно - витаминотерапия, рассасывающая, иммуномодулирующая терапия, гепатопротекторы. Нетрудоспособен. Открыть листок нетрудоспособности.

Задание 76.

У больной С. 40 лет, без определенного места жительства при проверочном флюорографическом обследовании (не проходила флюорографическое обследование в течение многих лет) в верхней доле правого легкого выявлена кольцевидной формы тень 6 x 4 см со стенками толщиной около 1 см, неправильной формы. Наружные контуры тени четко не определяются из-за уплотнения окружающей ткани, легкого и плевры. Правое легкое уменьшено в объеме, легочный рисунок деформирован. В корнях легких кальцинаты. Жалоб нет, В анализах крови и мочи патологических изменений не выявлено. В мокроте люминесцентной микроскопией кислотоустойчивые микобактерии не обнаружены. В течение 2 недель проведено лечение

противовоспалительная терапия —положительной рентгенологической динамики не выявлено. После 3 месяцев лечения основными противотуберкулезными препаратами рентгенологически отмечено частичное рассасывание инфильтративных изменений и незначительное уменьшение к размерам кольцевидной тени в верхней доле правого легкого. Четко выявляется подтянутый вверх контур верхней доли -соответственно второму ребру. Отмечается смещение трахеи, средостения в правую сторону. В анализе мокроты методом посева через 2,5 месяца от начала лечения обнаружены единичные колонии микобактерий туберкулёза, устойчивых к изониазиду, рифампицину и стрептомицину.

Ваш предположительный диагноз. Тактика ведения больной.

Эталон ответа: Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ+, лекарственная устойчивость МБТ к изониазиду, стрептомицину и рифампицину (множественная лекарственная устойчивость). Лечение в стационарных условиях, по 4-му режиму химиотерапии (5 препаратов). Патогенетическая терапия: анаболические стероиды, белковые препараты внутривенно, иммуностимуляторы, витамины, антиоксиданты. Консультация фтизиохирурга.

Задание 77.

Пациентка О., 19 лет. Жалобы: повышение температуры до 38°C преимущественно в вечернее время, ночная потливость, сухой кашель, одышка при умеренной физической нагрузке, общая слабость, отсутствие аппетита, чувство «тяжести» в грудной клетке справа.

Наблюдается у фтизиатра по контакту с больным отцом, страдавшим туберкулезом с бактериовыделением и множественной лекарственной устойчивостью возбудителя. Последний визит 3 месяца назад, жалоб не предъявляла, проводилось флюорографическое обследование, патологии не выявлено. Заболела неделю назад, когда после без видимой причины отметила подъемы температуры до 38°C появился сухой кашель, боли в грудной клетке справа, усиливающиеся при дыхании. Боль в грудной клетке прошла, но появилось чувство «тяжести» в правой половине грудной клетки. Госпитализирована в пульмонологическое отделение городской больницы, при рентгенологическом обследовании исследовании найдены изменения в виде затемнения в нижних отделах правого легкого высокой интенсивности с косо восходящей верхней границей.

Общее состояние средней степени тяжести. Вес 48 кг, рост 174 см. Кожные покровы телесного цвета, повышенной влажности. Частота дыханий – 18 в минуту. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно – укорочение легочного звука под правой лопаткой и по подмышечным линиям, здесь же не прослушивается дыхание. В остальных отделах легких перкуторно – легочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное. Границы сердца в пределах

нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Ультразвуковое исследование органов грудной клетки: В правой плевральной полости определяется свободная жидкость объемом около 500 мл, поставлена точка для пункции

Ваш предположительный диагноз. Тактика ведения.

Эталон ответа: Туберкулезный плеврит справа. Рекомендуются назначение стандартного IV режима химиотерапии (риск ЛУ МБТ, т.к. у пациентки имеется контакт с больным МЛУ-туберкулезом родственником). Плевральные пункции через день с эвакуацией жидкости.

Задание 78.

Больной 34 года, обратился к фтизиатру. Жалобы на кашель с гнойной мокротой, повышение температуры до субфебрильных цифр, недомогание, слабость. Считает себя больным в течение 3-х месяцев, когда появились жалобы на ухудшение состояния в виде повышения температуры до 37,2°C, усиления кашля, недомогания, слабости. Получал лечение у терапевта амбулаторно по поводу внебольничной верхнедолевой деструктивной пневмонии антибиотиками широкого спектра действия – амоксиклав, левофлоксацин, инваз, клиндамицин. После проведенного лечения состояние улучшилось – снизилась температура, уменьшился кашель, но положительной рентгенологической динамики не отмечено. Больной направлен к фтизиатру.

Дообследован в ПТД. В мокроте методом люминесцентной микроскопии найдены КУМ (+), Диаскинтест – папула 20 мм. Компьютерная томография органов грудной полости: Определяется обширное инфильтративно-пневмоническое уплотнения легочной ткани с острой каверной и мелкоочаговой диссеминацией, уменьшение верхней доли правого легкого, бронхи в уплотнены и резко сужены, видны фрагментарно. ПБ2 сужен в области устья. В S 6,8,10 правого легкого очаговая диссеминация. В левом легком без изменений. Отмечается мягкотканная однородная аденопатия правой трахеобронхиальной группы в виде конгломерата 15 мм и мелких лимфоузлов. В сравнении с КТ- от 09.10.18 г. отмечается дальнейшее уменьшение объема верхней доли правого легкого с сохранением каверны.

Что необходимо провести для уточнения спектра лекарственной чувствительности у впервые обследуемых пациентов? Тактика ведения больного.

Эталон ответа: Картриджная технология рекомендуется для экстренного выявления возбудителя туберкулеза с одновременной диагностикой его устойчивости к рифампицину, что позволит оперативно провести предварительную диагностику МЛУ-туберкулеза, госпитализировать таких больных в МЛУ отделения, обеспечив их своевременную изоляцию и соблюдение инфекционного контроля в учреждении (GeneXpert MTB/RIF, BACTEC MGIT 960). Госпитализация в стационар ПТД, назначение режима химиотерапии – с учетом исследования ПЦР. Патогенетическая терапия: витаминотерапия, стимулирующая, рассасывающая, гепатопротекторы.

Задание 79.

Врач фтизиатр приглашен в терапевтическое отделение к пациенту мужчине 24 лет в качестве консультанта. Пациент жалуется на небольшую слабость, недомогание, кашель со скудной мокротой, периодические подъёмы температуры тела вечером до 37,3 С, небольшую болезненность в межлопаточной области слева, повышенную потливость в ночные часы. Считает себя больным в течение 3,5 недель. Заболевание началось остро, предшествовало переохлаждение. Лечился амбулаторно 10 дней, получил амоксициллин 1,5 г в день – без эффекта, затем был госпитализирован в терапевтическое отделение с диагнозом «внебольничная пневмония». В гемограмме: Эр. $4,2 \times 10^{12}/л$, Нб. 140 г/л, лейкоц. $8,6 \times 10^9/л$, Э. – 1%, нейтрофилы: п/я – 2%, с/я – 72%, лимфоциты 17%, Мон. 8%, СОЭ 20мм/ч. На обзорной рентгенограмме ОГК участок затемнения в S6 левого лёгкого. В стационаре 10 дней получал цефтриаксон 2 г в сут. – без положительной динамики. Из эпидемиологического анамнеза известно, что у пациента 1,5 года болел дядя туберкулёзом и был периодический контакт с ним. Прошлогодня ФЛО – без патологических изменений. Сведения о лекарственной устойчивости возбудителя туберкулёза у дяди не подтвердились. Про обследование мелекулярно-генетическими методами ДНК МБТ не обнаружена. Какой режим химиотерапии показан пациенту и каким набором препаратов?

Эталон ответа: Назначить 3 режим химиотерапии (рекомендуется пациентам с впервые выявленным туберкулёзом при отсутствии бактериовыделения и риска развития МЛУ. Назначают изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол)

Задание 80.

Больной А., 58 лет, на приёме у врача-фтизиатра. Жалоб не предъявляет. Работает врачом СМП. Вредные привычки: курит до 1 пачки в день, употребление спиртных напитков- умеренно, наркотических веществ – отрицает. У больного 6 мес. назад при проф. ФЛО был выявлен инфильтративный туберкулёз верхней доли левого лёгкого. В мокроте выявлены МБТ с сохранённой чувствительностью к противотуберкулёзным препаратам. ПЦР мокроты: ДНК МБТ +, чувствительность к рифампицину сохранена. Лечение проводилось в стационаре противотуберкулёзного диспансера, затем амбулаторно. В настоящее время основной курс лечения закончен. В результате лечения достигнута положительная динамика и стабилизация туберкулёзного процесса, прекращение бактериовыделения. Пациент пришёл на приём для очередного контрольного обследования.

Вопрос: Учитывая, что при выявлении и обследовании пациента данные микробиологических исследований свидетельствовали о наличии у пациента МБТ в мокроте с

сохранением чувствительности ко всем противотуберкулёзным препаратам, какой РХТ получал пациент в стационаре?

Эталон ответа: Больной получал лечение по 1 режиму химиотерапии. Этот режим назначается пациентам при наличии у них бактериовыделения, подтверждённого любым методом (бактериоскопия, посев на жидкие или твёрдые среды).

Задание 81.

Больной Сергей А., 53 года, разнорабочий. Выявлен при профилактическом обследовании 3 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 I, 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 противотуберкулёзным препаратам: R, E, S. При дообследовании на ФГДС выявлена язвенная болезнь желудка в фазе обострения.

Оцените правильность назначенной терапии, нужна ли коррекция и какая, обоснуйте. Сроки и объем обследования, сроки лечения. Какая сопровождающая терапия необходима пациенту, консультацию каких смежных специалистов необходимо назначить?

Эталон ответа: Необходимо поменять режим лечения на режим IV. В интенсивную фазу – 5 препаратов, в фазу продолжения лечения – 4 препарата. Преимущественно парентеральный путь введения препаратов: ПАСК в/в, изониазид в/м, циклосерин, амикацин/капреомицин, фторхинолоны. В интенсивной фазе (до 8 мес.) – ОАК, БАК, ОАМ, анализ мокроты на МБТ – ежемесячно, рентген-обследование – 1 раз в 3 мес. В фазу продолжения лечения (до 12 мес.) - 4 препарата (в зависимости от переносимости), ОАК, БАК, ОАМ, анализ мокроты на МБТ – 1 раз в 3 мес., рентген-обследование – 1 раз в 3 мес. 3. Консультация гастроэнтеролога. Противоязвенная терапия (амоксциллин, блокаторы протонного насоса, клндамицин). Профилактическое использование гастропротекторов все время приема ПТП (ингибиторы протонной помпы).

Задание 82.

Пациент М., 10 лет. Жалобы не предъявляет. Анамнез заболевания: при массовой иммунодиагностике в средней школе результат внутрикожной пробы с АТР папула 10 мм. Был дообследован. Направлен на консультацию к фтизиатру. Анамнез жизни: аллергический атопический дерматит. Вакцинирован БЦЖ в род. доме, ревакцинация БЦЖ в 7 лет. Сопутствующие заболевания: хронический тонзиллит. Семья: мать, отец, сестра 14 лет. Проживают в 3-комнатной

квартире. Объективный статус Состояние удовлетворительное Температура – 36,9°C Кожные покровы чистые, периферические лимфоузлы не пальпируются Кашель малопродуктивный со скудной слизистой мокротой Пульс 78/мин, ритмичный, мягкий, изменчивый; тоны сердца ясные чистые ЧДД 16 / мин. Дыхание проводится во все отделы, везикулярное Живот мягкий безболезненный, печень, селезенка не увеличены Очаговой и менингеальной симптоматики нет. На компьютерной томограмме органов грудной полости в легких без очаговых и инфильтративных теней. Корень правого легкого расширен, не структурен за счет увеличения лимфоузлов бронхопульмональной группы. Синусы свободны. Заключение: КТ-признаки лимфоаденопатии средостения справа. Был выставлен диагноз: Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов справа в фазе инфильтрации. МБТ (-). Назначена противотуберкулезная химиотерапия.

Какие препараты можно назначить данному пациенту для патогенетической терапии?

Эталон ответа: Витаминотерапия при лечении туберкулёза применяется с целью восстановления необходимых резервов, гиповитаминоз усугубляется при приеме противотуберкулёзных препаратов. Гепатопротекторы используются для профилактики и лечения гепатотоксических реакций на противотуберкулезные препараты. Антиоксиданты назначают на фоне избытка продуктов перекисного окисления липидов у больных туберкулёзом. Иммуномодуляторы для коррекции нарушения в Т-клеточном звене иммунитета (деринат).

Задание 83.

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.

Оцените правильность назначенной терапии, нужна ли коррекция и какая, обоснуйте. Сроки и объем обследования, сроки лечения. Какая сопровождающая терапия необходима пациенту, консультацию каких специалистов необходимо назначить?

Эталон ответа: Нужна. ШЛУ-туберкулез. Общий курс лечения – 24 месяца. Режим – V, 6 препаратов (с включением бедаквилин, линезолид). В интенсивной фазе (до 8 мес.) – ОАК, БАК, ОАМ, анализ мокроты на МБТ – ежемесячно, после 4-рехкратного отрицательного анализа – перевод в фазу продолжения лечения. Рентген-обследование – 1 раз в 3 мес. В фазу продолжения лечения (до 12 мес.) - 4 препарата (в зависимости от переносимости), ОАК, БАК, ОАМ, анализ

мокроты на МБТ – 1 раз в 3 мес., рентген-обследование – 1 раз в 3 мес. Гемостатическая терапия. Консультация фтизиохирурга и решение вопроса о возможности хирургического лечения, коллапсотерапии.

Задание 84.

Пациент В., 66 лет пенсионер, на приеме у фтизиатра. Жалобы на общую слабость, повышение температуры до $37,8^{\circ}\text{C}$, кашель с мокротой с прожилками крови до 100 мл в сутки, одышку при физической нагрузке. 3 месяца назад пациент лечился по поводу двусторонней пневмонии в инфекционной больнице. При улучшении состояния был выписан для продолжения лечения амбулаторно с рекомендацией проконсультироваться у фтизиатра. Пациент после выписки к врачам не обращался. Ухудшение состояния стал отмечать в течение последних 2-х месяцев: постоянно стали беспокоить общая слабость, повышение температуры тела в течение дня до $37,2$ – $37,5^{\circ}\text{C}$, редкий кашель. Лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие, антибиотики, таблетки от кашля. Состояние не улучшалось, два дня назад появилось кровохарканье. Обратился в поликлинику по месту жительства, где после проведения рентгенографии органов грудной клетки был направлен на консультацию к фтизиатру. Анамнез жизни: 12 лет отбывал в местах лишения свободы, освобожден 2 года назад. Вредные привычки: курит (индекс курения 20 пачко/лет), употребляет алкоголь. Контакт с больным туберкулезом отрицает.

Результаты обследования: Люминесцентная микроскопия – КУМ (+) обнаружены. ПЦР-РВ – ДНК МБТ (+), выявлена устойчивость к рифампицину.

БАКТЕК: МБТ (+). Диаскинтест – папула 5 мм

На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции по всем лёгочным полям определяются полиморфные очаги с нечёткими контурами, местами сливающиеся в фокусы. Корни лёгких не структурны, деформированы, фиброзно изменены, подтянуты вверх.

Какой диагноз можно выставить данному пациенту? В соответствии с каким режимом химиотерапии должно проводиться лечение больного до получения теста лекарственной чувствительности?

Эталон ответа: Диссеминированный туберкулёз лёгких (хронический), фаза инфильтрации, МБТ (+), МЛУ. Лечение по 4 РХТ (потенциально ЛУ из МЛС)

Задание 85.

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, IА МБТ+. Через два месяца от начала лечения была выявлена устойчивость МБТ к H, R, S.

Оцените правильность назначенной терапии, нужна ли коррекция и какая, обоснуйте. Сроки и объем обследования, сроки лечения.

Эталон ответа: Необходимо поменять режим лечения на режим IV (ПАСК, этамбутол, циклосерин, капреомицин, фторхинолоны). В интенсивную фазу – 5 препаратов, в фазу продолжения лечения – 4 препарата. В интенсивной фазе (до 8 мес.) – ОАК, БАК, ОАМ, анализ мокроты на МБТ – ежемесячно, рентген-обследование – 1 раз в 3 мес. В фазу продолжения лечения (до 12 мес.) - 4 препарата (в зависимости от переносимости), ОАК, БАК, ОАМ, анализ мокроты на МБТ – 1 раз в 3 мес., рентген-обследование – 1 раз в 3 мес.

Задание 86.

6. Больной М. 55 лет. На приеме у врача-терапевта. Жалобы на кашель, слабость, повышение температуры до 37-38°C. Месяц назад стала повышаться температура, сначала до 37,5°C, затем до 38°C. Повышение температуры было в основном в вечернее время, что пациент связывал с переутомлением на работе и переездом на новую квартиру. Самостоятельно принимал ибупрофен. За медицинской помощью обратился в связи с длительным неэффективным самолечением. На обзорной рентгенограмме ОГК в верхней доли правого легкого инфильтративный фокус, неоднородной структуры, с нечеткими контурами с признаками деструкции и очагами вокруг, а также в левом легком. В мокроте методом люминесцентной микроскопии выявлены КУМ+. В мокроте молекулярно-генетическим методом (ПЦР) обнаружена ДНК МБТ, присутствует устойчивость ДНК МБТ к изониазиду и чувствительность к рифампицину. Поставлен окончательный диагноз: Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения. МБТ (+). ЛУ Н.

По какому РХТ необходимо начать лечение? Какие препараты назначаются в интенсивную фазу по данному режиму?

Эталон ответа: Рекомендуется назначение 4 режима химиотерапии изониазид-резистентного туберкулеза для лечения туберкулеза с установленной молекулярно-биологическими и/или микробиологическими (культуральными) методами устойчивостью возбудителя только к изониазиду или к изониазиду в сочетании с другими противотуберкулезными препаратами, при сохранении лекарственной чувствительности к рифампицину. Рекомендуется 4 препарата: применение рифампицина, пиразинамида и этамбутола, левофлоксацина

Задание 87.

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

Укажите предполагаемый диагноз. С какими заболеваниями следует дифференцировать данное состояние? Лечебная тактика.

Эталон ответа: Казеозная пневмония нижней доли правого легкого, МБТ уточняется. С крупозной пневмонией, клебсиеллезной пневмонией, инфарктом легкого и нагноительными процессами в легких. Лечение в стационаре противотуберкулезного учреждения в отделении интенсивной терапии на фоне гигиенического режима. Лечебный и двигательный режим определяется состоянием больного. Высокобелковая диета. Первоначально добиваются купирования инфекционно-токсического шока, борются с интоксикационным синдромом. Инфузионная терапия, плазмоферез, антигипоксантами и антиоксидантами, преднизолон, противовоспалительные препараты. В интенсивной фазе применяется I режим химиотерапии, 5 препаратов: изониазид, рифампицин, пипразинамид, этамбутол, канамицин 150 доз до получения данных лекарственной чувствительности. После этого проводят коррекцию химиотерапии.

Задание 88.

Пациент С., 19 лет. Туберкулез легких выявлен впервые при рентгенологическом обследовании (обследование по контакту с отцом, больным туберкулезом легких).

Жалобы На кашель с небольшим количеством мокроты в течение последнего месяца, потливость, слабость, субфебрильную температуру в вечернее время. Туберкулез легких выявлен впервые при обследовании по контакту с отцом, больным туберкулезом легких

Последнее флюорографическое обследование 1,5 года назад (без патологии). Общее состояние удовлетворительное. Рост 172 см. Вес 68 кг. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторно ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот спокоен. Печень по краю реберной дуги, эластичная, безболезненная. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме. Пульс 72 в 1 мин., АД 120/70 мм.рт.ст. ЧД 18 в 1 мин. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Диаскинтест - (папула 12 мм)

Микроскопия промывных вод бронхов с окраской по Цилю-Нильсену - КУМ не обнаружены. Посев промывных вод бронхов на жидкие питательные среды (ВАСТЕС) – скудный рост МБТ, чувствительность сохранена к противотуберкулезным препаратам 1 ряда. ПЦР

промывных вод бронхов – выявлена ДНК МБТ, чувствительность к рифампицину сохранена. На обзорной рентгенограмме ОГК в верхней доле левого легкого определяется фокус затемнения средней интенсивности с нечеткими контурами, неомогенный, вокруг полиморфные очаговые тени малой интенсивности средних размеров. Сердце и аорта в пределах возрастной нормы. Синусы свободны.

Сколько раз должно быть проведено культуральное исследование мокроты перед лечением?

Какие побочные действия может вызвать пиразинамид?

Эталон ответа: Рекомендуется проведение как минимум двукратного микробиологического (культурального) исследования мокроты или иного диагностического материала на микобактерии туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis complex*) в течение 2-3 последовательных дней или с применением комплекса микробиологических (культуральных) исследований на жидких и/или плотных питательных средах на микобактерий туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis complex*). При приеме пиразинамида могут быть гиперурикемия, артралгии.

Задание 89.

Пациентка С., 15 лет школьница на приеме с матерью у участкового фтизиатра. Жалуется на слабость, ухудшение аппетита, периодическое откашливание светлой слизистой мокроты в небольшом количестве, познабливание с повышением температуры тела по вечерам до 37,3 – 37,8°C, повышенную потливость во сне и при незначительной физической нагрузке.

Анамнез заболевания: две недели назад температура тела поднялась до 39,0°C, появился кашель с отделением слизистой мокроты, лечилась у педиатра на участке. При рентгенографии органов грудной клетки были выявлены изменения. Пациентка направлена в противотуберкулезный диспансер.

Росла и развивалась нормально. Проживает вместе с матерью и бабушкой пенсионного возраста в однокомнатной квартире. Вакцинация: вакцинирована в роддоме, имеется один поствакцинальный рубчик диаметром 5 мм. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л: в возрасте 1 года – папула 10 мм, 2 лет – 8 мм, 3 лет – 4 мм, 4 – 5 лет – гиперемия, 6 лет – папула с везикулой 12 мм. Проведенные в этом возрасте анализы клинического минимума и обзорная рентгенография органов грудной клетки патологических изменений не выявили. Больная в течение месяца принимала с профилактической целью изониазид из расчёта 10 мг на 1 кг массы тела. В последующие годы туберкулиновые реакции на пробу Манту с 2ТЕ ППД-Л – нормергические, Диаскинтест – отрицательный. В мокроте обнаружена ДНК МБТ (+) в мокроте ПЦР-РВ, чувствительность к рифампицину сохранена. По какому режиму химиотерапии необходимо лечить больную?

Эталон ответа: Первый режим химиотерапии назначается всем больным с бактериовыделением с установленной чувствительностью к рифампицину и при отсутствии риска множественной лекарственной устойчивости возбудителя.

Задание 90.

Мальчика 7 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, лейкоц. - $6 \times 10^9/\text{л}$., лимфоциты – 28%. Диаскинтест 10 мм, предыдущие реакции были отрицательными. БЦЖ в роддоме, рубчик 5 мм, ревакцинации не подвергался. На обзорной рентгенограмме легких патологические изменения не обнаружены.

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

Эталон ответа: Ранняя туберкулезная интоксикация. Ребенок должен наблюдаться у детского фтизиатра. Назначение ПТП с последующим наблюдением.

Эталон ответа:

Задание 91.

Пациент Николай И. 39 лет, освобожден из МЛС год назад. Там болел туберкулезом легких, лечился в туботряде и снят с учета по выздоровлению. Сейчас пришел на прием к фтизиатру с обменной картой жены. Жена родила, сегодня выписывают ее и ребенка. При профилактическом обследовании рентгенологически выявлены изменения: во 1-2 сегменте правого легкого тонкостенная кольцевидная тень 3×2 см в диаметре с четкими внутренними и наружными контурами. В окружающей легочной ткани единичные очаги слабой интенсивности без четких контуров, в верхушечном сегменте 2 плотных очага с четкими контурами до 0,5 см. В мокроте обнаружены МБТ. Гемограмма: СОЭ –29 мм/час, л – $6,0 \cdot 10^9/\text{л}$, п-я нейтроф –4%, лимф. –34%. Поставьте диагноз? Тактика ведения.

Эталон ответа: Кавернозный туберкулез S1-2 правого легкого, фаза инфильтрации и обсеменения, МБТ+ (рецидив). Больного изолировать в стационар. Дома провести заключительную дезинфекцию, обследовать флюорографически всех контактных. Больному назначить лечение с учетом выявленной чувствительности к противотуберкулезным препаратам после дообследования (ПЦР на МБТ).

Задание 92.

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

Предположительный диагноз и его обоснование? Какие данные можно получить при исследовании гноя? Тактика ведения больного.

Эталон ответа: Холодный абсцесс как осложнение туберкулезного спондилита при бактериоскопическом исследовании гноя на КУМ, ПЦР на МБТ - получение данных о возбудителе заболевания, бактериологическое исследование гноя на МБТ (посев, экспресс-методы). При цитологическом исследовании гноя характерным для туберкулезного процесса является малое количество клеточных элементов с некоторым преобладанием нейтрофильных лейкоцитов над лимфоцитами.

При поражении шейного отдела: врожденная кривошея у детей, болезнь Гризеля, болезнь Клиппель-Фейля, злокачественные новообразования. При поражении грудного отдела: неспецифический спондилит, гонорейный спондилит, асептический субхондральный некроз у детей, юношеский кифоз, старческий кифоз. В поясничной и пояснично-крестцовой области: неспецифический и гонорейный спондилит, спондилолистез, анкилозирующий спондилит, хронический остеомиелит, злокачественные опухоли. Госпитализация в отделение внелегочного туберкулеза. Хирургическое лечение по показаниям. Химиотерапия по 3 режиму до получения данных о лекарственной чувствительности МБТ. Сан-кур. лечение.

Задание 93.

Больной мужчина, 67 лет, болен инфильтративным туберкулезом верхней доли левого легкого в фазе распада, МБТ+ в течение 3 месяцев. Из анамнеза: болен сахарным диабетом II типа в течение 3 лет. Принимает сахароснижающие пероральные препараты, часто забывает, диету не соблюдает. В настоящее время получает лечение в специализированном стационаре в течение 2 месяцев по режиму I без положительной рентгенологической динамики, в мокроте – МБТ+. Сегодня пришел посев мокроты на устойчивость МБТ, чувствительность МБТ к препаратам сохранена.

Оцените правильность назначенной терапии, нужна ли коррекция и какая, обоснуйте. В чем причина отсутствия положительной динамики? Какая сопровождающая терапия необходима пациенту, консультацию каких смежных специалистов необходимо назначить?

Эталон ответа: Больной получает химиотерапию правильно, коррекцию по химиопрепаратам проводить не нужно. Отсутствие положительной динамики – в наличии нарушения углеводного обмена. Необходима консультация эндокринолога. Перевести больного на инсулин (подбор дозы), соблюдать диету. Добавить иммуномодулирующую и антиоксидантную терапию, репаранты.

Задание 94.

Женщина, Раиса В., 37 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, субфебрильную температуру тела, потерю массы тела, кашель с мокротой. Пациентка бледная, подкожный жировой слой развит слабо. Перкуторно определяется укорочение легочного звука от верхушек до углов лопаток. Аускультативно дыхание жесткое, единичные сухие и влажные хрипы паравертебрально. В мокроте бактериоскопически обнаружены МБТ. Гемограмма: СОЭ –28 мм/час, л –9,1□109/л, п-я – 8%, лимф. –18%, моноциты –12%. Проба с Диаскинтестом – отрицательная. Рентгенограмма: в легких с обеих сторон по всем долям, гуще в верхних и кортикальных отделах легких, на фоне выраженного лимфангоита очаговые тени средней интенсивности без четких контуров, местами сливного характера, во 2 сегменте правого легкого несколько тонкостенных кольцевидных теней от 1,5 до 3 см в диаметре со слабо выраженным перифокальным воспалением. Живет совместно с дочерью 12 лет, просит не госпитализировать в больницу. Ваш диагноз? Тактика ведения больной. Может ли больная получать лечение в амбулаторных условиях?

Эталон ответа: Диссеминированный туберкулез легких, фаза инфильтрации и распада, МБТ+. Госпитализация в ПТД, химиотерапия по режиму с учетом чувствительности МБТ (ПЦР на МБТ). Амбулаторно лечение не показано.

Задание 95.

У пациентки Марины Н., 28 лет, медсестры хирургического отделения при профилактическом флюорографическом обследовании в верхней доле правого легкого обнаружен фокус до 5 см в диаметре средней интенсивности с четкими контурами и краевым просветлением. До этого год назад - норма. Общее состояние пациентки удовлетворительное. Иногда отмечает повышенную потливость, легкое покашливание. Температура тела нормальная. Физикальные данные без особенностей. Гемограмма в норме. Проба с Диаскинтестом – папула 12 мм. Бактериоскопически в промывных водах бронхов обнаружены МБТ. Поставьте диагноз? Тактика ведения больной.

Эталон ответа: Туберкулема верхней доли правого легкого в фазе распада, МБТ+. Химиотерапия в течение 2-х месяцев с последующим оперативным вмешательством –резекция

верхней доли правого легкого. После хирургического вмешательства лечение еще в течение 6 месяцев.

Задание 96.

Пациентка 73 года, пенсионерка. Жалуется около года на одышку в покое, кашель с мокротой, понижение аппетита. Болеет туберкулезом легких в течение 3-х лет. Лечилась нерегулярно. Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Боткина, острый панкреатит. Контакт с пациентом, страдающим туберкулезом отрицает. Объективно: состояние средней тяжести. Резко пониженного питания. Видимые слизистые цианотичны. Небольшая отечность голеней. Западение грудной клетки в правой надключичной и подключичной областях.

Укорочение легочного звука над правой половиной грудной клетки, здесь же бронхиальное дыхание, разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца расширены вправо на 1 см. Тоны приглушены, аритмичные. Пульс 96 уд. в мин., аритмичный. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области. Печень ниже края реберной дуги на 4 см, край плотный закругленный, болезненный. Температура тела 37,8°C. ЭКГ: тахикардия, ритм 120 в минуту, вертикальная ЭОС, единичные предсердно-желудочковые экстрасистолы. Выраженные дистрофические изменения миокарда. Гемограмма: СОЭ –58 мм/час. Анализ мочи в норме. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л –папула 10 мм. Обильное бактериовыделение в мокроте бактериоскопически и посевом. БК устойчивы к изониазиду, рифампицину, стрептомицину. Рентгенограмма: справа в верхней доле легкого определяется большая полость (около 10 см в диаметре), грубый фиброз, очаги. В нижней доле полости размером 6 см и 3 см в диаметре, сливные полиморфные очаги, инфильтрация. Правое легкое уменьшено в объеме. Средостение смещено вправо. В левом легком эмфизема, пневмосклероз. Пациентка умерла. Диагноз? Причина смерти пациентки?

Эталон ответа: Фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, БК+. Легочно-сердечная недостаточность 2-3 степени. Кахексия. Причиной смерти явилась легочно-сердечная недостаточность.

Задание 97.

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, IА МБТ+. Через два месяца от начала лечения была выявлена устойчивость МБТ к H, R, S.

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

Эталон ответа: Диетотерапия. Назначается высокобелковая диета, необходима консультация эндокринолога, коррекция получаемой инсулинотерапии, патогенетическая терапия (антиоксиданты, цитопротекторы, репаранты).

Задание 98.

У водителя Анатолия Л., 36 лет, несколько месяцев наблюдается нарушение общего состояния, умеренная общая слабость к концу рабочего дня, потливость в ночное время. Указанные явления связывал с переутомлением на работе. На здоровье мало обращал внимания, по вечерам нередко употреблял алкоголь. Месяц назад общая слабость стала более выраженной, появились постоянный кашель с умеренным количеством мокроты, субфебрильная, а затем и фебрильная температура тела до 38,2°C – 38,7°C. По вечерам лечился аспирином, народными средствами с временным улучшением до тех пор, пока не появилось обильное кровохарканье. При рентгенологическом обследовании в районной поликлинике в обоих легких по всем легочным полям, преимущественно в верхних зонах, обнаружено множество очаговых и инфильтративных теней местами сливного характера невысокой интенсивности с нечеткими контурами. В верхних долях обоих легких контурировались несколько тонкостенных кольцевидных теней. Корни малоструктурны, размеры легочных полостей и средостения без особенностей. На флюорограмме выполненной год назад патологии в легких не определялось. Гемограмма: СОЭ – 42 мм/час, л – $9,2 \cdot 10^9$ /л. В мокроте бактериоскопически обнаружены БК в большом количестве. Поставьте диагноз? Тактика ведения больного.

Эталон ответа: Диссеминированный туберкулез легких в фазе распада, МБТ+. Больной подлежит госпитализации в специализированный стационар. Лечение: режим химиотерапии – в зависимости от данных дообследования (ПЦР на МБТ с определением чувствительности к рифампицину, изониазиду) и данных анамнеза, учитывающих риск развития ЛУ-туберкулеза. Патогенетическая терапия: диетотерапия, физиотерапия, витамины, гепатопротекторы, антиоксиданты. При абациллировании – сан-кур. лечение

Задание 99.

Больной Вячеслав Е., 42 года, поступил по скорой в приемное отделение пульмонологического отделения. Внезапно среди полного здоровья на фоне приступообразного кашля появилась боль в левой половине грудной клетки, которая усиливалась при глубоком вдохе. Дыхание стало поверхностным, постепенно нарастала одышка, болевые ощущения усиливались. Прием валидола и нитроглицерина под язык положительного эффекта не оказали. При осмотре отмечено отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, с этой же стороны аускультативно дыхание резко ослаблено. Рентгенограмма: прозрачность правого и левого легкого

неодинакова. Левое легочное поле наполовину разделено слабозаметной вертикальной линией, идущей от купола диафрагмы и теряющейся в верхней части. В медиальной зоне левого легочного поля отмечается сгущение легочного рисунка, а в латеральной зоне легочный рисунок отсутствует, здесь же резко усилена прозрачность. Средостение смещено в правую сторону. В правом легком резко усилен легочный рисунок на всем протяжении легочного поля. Томографически на 6 см в верхних отделах в медиальной зоне левого легкого определяется тонкостенная деформированная полость. В промывных водах бронхов бактериоскопически обнаружены единичные микобактерии. Поставьте диагноз. Где должен лечиться больной. Тактика ведения.

Эталон ответа: Левосторонний спонтанный пневмоторакс на фоне кавернозного туберкулеза левого легкого. Клиническая форма туберкулеза будет уточнена после рассасывания воздуха и расправления легкого. Больной должен быть госпитализирован с ПТД. Лечение спонтанного пневмоторакса: покой, обезболивающие препараты, наблюдение. Режим химиотерапии будет назначен после дообследования (ПЦР на МБТ с определением чувствительности к рифампицину, изониазиду) и данных анамнеза, учитывающих риск развития ЛУ-туберкулеза. Патогенетическая терапия: диетотерапия, физиотерапия, витамины, гепатопротекторы, антиоксиданты. При абациллировании – сан-кур. лечение

Задание 100.

Больная П., 40 лет, бухгалтер на крупном заводе. После отпуска, проведенного летом на берегу моря, стала отмечать повышенную слабость, потливость. Через месяц в отделе больной был выявлен сотрудник с инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада, МБТ+. При профилактическом флюорографическом обследовании по контакту у больной выявлены изменения, направлена на консультацию к фтизиатру. При обследовании у фтизиатра установлено: кожа цвета загара, подкожно-жировой слой развит хорошо. Грудная клетка обычной формы, обе половины не отстают в акте дыхания. Над лопаткой слева небольшое напряжение мышц, перкуторный тон не изменен, везикулярное дыхание. В крови СОЭ -20 мм/в час, лейкоциты - 6 тыс., п/я нейтрофилы - 10 %, лимфоциты - 20 %, моноциты - 8%. В скудном количестве мокроты, выделенной после раздражающих ингаляций, обнаружены МБТ, ПЦР - чувствительные R, H. Рентгенограмма органов грудной клетки: кальцинат в правом корне, в S1-2 левого легкого группы теней средней и малой интенсивности, округлой формы с расплывчатыми контурами. На КТ этой области среди теней малой и средней интенсивности единичные тени с вкраплением извести, неомогенной структуры с просветлением. Диаметр теней от 2 до 10 мм.

Ваш диагноз? Тактика ведения. больной

Эталон ответа: Очаговый туберкулез S1-2 левого легкого в фазе инфильтрации, МБТ+. Больная может получать лечение амбулаторно, по 1-му режиму химиотерапии. Патогенетическая

терапия: диетотерапия, витамины, гепатопротекторы, антиоксиданты. После окончания интенсивной фазы – сан-кур. лечение.

ПК -8.

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Следующие этапы медицинской реабилитации используются во фтизиатрии, кроме одного:

- а) стационарный или лечебный;
- б) санаторный;
- в) физический;
- г) поликлинический;

Эталон ответа: в)

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Социальная реабилитация направлена на защиту:

- а) прав и свобод человека;
- б) свободу слова;
- в) социальных прав;
- г) все перечисленное верно.

Эталон ответа: в)

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основные цели социальной реабилитации относятся:

- а) восстановление социального статуса;
- б) восстановление социальной позиции субъекта;
- в) достижение субъектом определённого уровня социальной,
- г) материальной и духовной независимости;
- д) повышение уровня социальной адаптации субъекта к новым условиям жизнедеятельности;
- е) все перечисленное верно.

Эталон ответа: е)

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Лечебная физкультура – это:

- а) лечебный метод;

- б) научная дисциплина;
- в) медицинская специальность;
- г) составная часть реабилитационного процесса;
- д) все перечисленное.

Эталон ответа: д)

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Методы, используемые на метаболическом этапе реабилитации больных хроническим туберкулезом, включают:

- а) длительную диетическую коррекцию, ЛФК;
- б) применение патогенетической терапии;
- в) применение этиотропной терапии;
- г) использование симптоматической терапии.

Эталон ответа: а)

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для лечебной физкультуры характерны все перечисленные черты, исключая:

- а) активность больного в процессе лечения;
- б) метод специфической терапии;
- в) метод естественно-биологического содержания;
- г) метод патогенетической терапии;
- д) метод общетренирующей терапии.

Эталон ответа: в)

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Общая физическая нагрузка - это нагрузка, обязательно включающая в активную деятельность:

- а) все мышечные группы;
- б) нагрузка, частично охватывающая группы мышц, но с напряженной работой;
- в) и то, и другое;
- г) ни то, ни другое.

Эталон ответа: а)

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Действия врача лечебной физкультуры при первичном осмотре включают все перечисленное, кроме:

- а) подбора лекарственных средств;
- б) ознакомления с диагнозом заболевания;
- в) проведения функциональной пробы;
- г) подбор программы реабилитации;
- д) все перечисленное верно.

Эталон ответа: д)

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Принципы социальной реабилитации:

- а) своевременность;
- б) этапность;
- в) системность;
- г) комплексность;
- д) все перечисленное верно

Эталон ответа: д)

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Общие противопоказания в лечебной физкультуре включают все перечисленное, кроме:

- а) гипостатической пневмонии и острого инфаркта миокарда;
- б) кровотечения;
- в) высокой температуры тела;
- г) метастазирующих опухолей;
- д) остро протекающий туберкулёз;
- е) хронически протекающий туберкулёз.

Эталон ответа: е)

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Противопоказаниями для проведения массажа являются:

- а) злокачественные и доброкачественные новообразования любой локализации;
- б) острые лихорадящие заболевания
- в) беременность;
- г) поражения внутренних органов с тяжелыми расстройствами их функций;
- д) остропротекающий туберкулёз;
- е) все перечисленное верно.

Эталон ответа: е)

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Метод лечебной физкультуры – это:

- а) метод патогенетической терапии;
- б) метод профилактической терапии;
- в) метод функциональной терапии;
- г) все перечисленное;
- д) только 2) и 3).

Эталон ответа: б)

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

В каких санаториях проходят лечение больные с хроническим туберкулезом:

- а) сердечно-сосудистых;
- б) пульмонологических;
- в) травматологических;
- г) туберкулезных.

Эталон ответа: г)

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Экспертиза трудоспособности – это вид медицинской деятельности, целью которой является:

- а) оценка состояния здоровья пациента;
- б) определение сроков и степени нетрудоспособности;
- в) установление возможности осуществления профессиональной деятельности (трудовой прогноз);
- г) обеспечение качества и эффективности проводимого лечения;
- д) все вышеперечисленное.

Эталон ответа: д)

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Бюро медико-социальной экспертизы является учреждением:

- а) министерства социальной защиты РТ;
- б) министерства здравоохранения РТ;
- в) министерства здравоохранения и социального развития РФ;
- г) местного уровня Министерства здравоохранения РФ;
- д) пенсионного фонда.

Эталон ответа: в)

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Функциями листка нетрудоспособности являются все, кроме:

- а) юридическая;
- б) медицинская;
- в) финансовая;
- г) статистическая;
- д) управленческая.

Эталон ответа: д)

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Какие документы удостоверяют временную нетрудоспособность для работающего населения:

- а) справка установленной формы;
- б) история болезни при стационарном лечении;
- в) медицинская карта амбулаторного больного;
- г) листок нетрудоспособности;
- д) страховой медицинский полис.

Эталон ответа: г)

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Листок нетрудоспособности имеют право выдавать все, кроме:

- а) медицинские работники скорой помощи, станций переливания крови, домов отдыха и туристических баз, учреждений Роспотребнадзора, врачи судебно-медицинской экспертизы;
 - б) лечащие врачи государственной, муниципальной и частной системы здравоохранения;
 - в) врачи, занимающиеся частной медицинской практикой, имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
 - г) лечащие врачи туберкулезных санаториев и клиник НИИ протезирования;
- медицинские работники со средним медицинским образованием по специальному разрешению.

Эталон ответа: а)

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Какой документ необходим для выдачи листка нетрудоспособности:

- а) страховой медицинский полис;
- б) паспорт;

- в) медицинская карта амбулаторного больного;
- г) письменное разрешение главврача поликлиники;
- д) талон амбулаторного пациента.

Эталон ответа: б)

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Задачей реабилитации на стационарном этапе восстановительного лечения является:

- а) спасение жизни больного; предупреждение осложнений;
- б) психологическая адаптация;
- в) активная трудовая реабилитация;
- г) восстановление социального статуса больного.

Эталон ответа: а)

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Задачи реабилитации на поликлиническом этапе:

- а) борьба с факторами риска;
- б) ликвидация остаточных явлений болезни; восстановление функциональной активности организма;
- в) проведение комплекса физиотерапевтических мероприятий;
- г) лекарственное обеспечение.

Эталон ответа: б)

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Задачи восстановительного лечения на санаторно-курортном этапе:

- а) спасение жизни больного;
- б) борьба с факторами риска возникновения заболевания;
- в) трудовая адаптация больного в коллективе.
- г) профилактика рецидивов болезни.

Эталон ответа: г)

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Методы, используемые на метаболическом этапе реабилитации больных хроническим туберкулезом, включают:

- а) длительную диетическую коррекцию, ЛФК;
- б) применение патогенетической терапии;

в) применение этиотропной терапии;
использование симптоматической терапии.
Эталон ответа: а)

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

К методам санаторно-курортного лечения хронического туберкулеза относят:

- а) аэротерапия (аэрореспираторная терапия и воздушные ванны),
- б) гелиотерапия;
- в) купание в водоемах;
- г) все перечисленное верно.

Эталон ответа: г)

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Цели проведения воздушных ванн больным хроническим туберкулезом:

- а) снижение чувствительности к охлаждению;
- б) активация и уравнивание гомеостатических механизмов;
- в) тренировка вегетативной нервной системы;
- г) все перечисленное верно.

Эталон ответа: г)

Задание 26.

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 – $7,0 \times 10^9$ /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.

Чем объяснить изменения верхней доли? Чем объяснить ячеистые просветления в ней?
Показана ли больной реабилитация и когда она должна начинаться?

Эталон ответа: Посттуберкулезным пневмоциррозом. Бронхоэктазами, вторичными полостными образованиями. Показана медицинская реабилитация – с первых дней нахождения в стационаре. Показана социальная реабилитация – направление пациентки на МСЭК.

Задание 27.

Больной 50 лет. Нигде не работает. Жалобы на кашель с мокротой с примесью крови, одышку при физической нагрузке, 5 лет назад был диагностирован инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, МБТ+. Лечился стационарно и амбулаторно, неаккуратно, злоупотреблял алкоголем. Пониженного питания, первая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Соответственно верхней доле справа определяется притупленное, амфорическое дыхание, единичные влажные хрипы. Над нижними отделами обоих легких коробочный звук. ЧД – 24 в минуту, ЧСС – 96 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см.

Анализ легких: Лей – $13,0 \times 10^9/\text{л}$, э – 2, п/я – 8, с/я – 61, лимф – 15, мон – 14, СОЭ – 40 мм/час.

Рентгенологически: уменьшение в объеме верхней доли справа, в ней система полостей неправильной формы, с фиброзными стенками и полиморфными очагами вокруг, часть очагов с включением извести, корень подтянут вверх.

В мокроте обнаружены МБТ методом люминесцентной микроскопии.

Сформулируйте диагноз. Перечислите осложнения, которые могут встречаться при данной форме туберкулеза. Какие виды реабилитации показаны больному?

Эталон ответа: Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации, ИБ, МБТ+. Туберкулез гортани, дыхательная недостаточность, легочное сердце, кровохарканье и кровотечение, амилоидоз. Показана медицинская реабилитация с первого дня нахождения в стационаре. Показана социальная реабилитация – направление больного на МСЭК.

Задание 28.

Больной Александр К., 56 лет, поступил во фтизиатрический стационар. Без паспорта, жертва черных риелторов. Жалобы на кашель с мокротой с примесью крови, одышку при физической нагрузке, 5 лет назад был диагностирован инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, МБТ+. Лечился стационарно и амбулаторно, неаккуратно, злоупотреблял алкоголем. Пониженного питания, первая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Соответственно верхней доле справа определяется притупленное, амфорическое дыхание, единичные влажные хрипы. Над нижними отделами обоих легких коробочный звук. ЧД

– 24 в минуту, ЧСС – 96 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см.

Анализ легких: Лей – 13,0х10⁹/л, э – 2, п/я – 8, с/я – 61, лимф – 15, мон – 14, СОЭ – 40 мм/час.

Рентгенологически: уменьшение в объеме верхней доли справа, в ней система полостей неправильной формы, с фиброзными стенками и полиморфными очагами вокруг, часть очагов с включением извести, корень подтянут вверх.

Составьте план лечебных мероприятий. Необходима ли пациенту медицинская реабилитация?

Эталон ответа: Химиотерапия по режиму в зависимости от лекарственной чувствительности. Медицинская реабилитация необходима (физиотерапия, ЛФК, лечебное питание на этапе стационарного лечения). После стойкого абациллирования - направление в санаторий местного значения. Освидетельствование во МСЭК. При необходимости – восстановление документов.

Задание 29.

Задача (задание) 3. Больной А., 58 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 – 11,7х10⁹/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 кверху.

Какие дополнительные методы исследования Вы бы провели? Почему в нижних отделах определяется коробочный звук? Какие осложнения возможны? Необходима ли пациенту медицинская реабилитация?

Эталон ответа: Бронхоскопия (кровохарканье). Эмфизема. Кровотечение, дыхательная, сердечно-сосудистая, амилоидоз. Да. С момента постановки диагноза. В настоящее время

необходима физиотерапия, ЛФК, нутритивная поддержка на этапе стационарного лечения. После стойкого абациллирования - направление в местный санаторий. Направление на МСЭК.

Задание 30.

Больной 48 лет. Состоит на учете в противотуберкулезном диспансере в течение 5 лет по поводу хронического деструктивного процесса, 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.

Сформулируйте диагноз туберкулеза. Назовите ведущие клинические и рентгенологические синдромы. Показано ли больному санаторно-курортное лечение после стабилизации процесса? Какой группе инвалидности соответствует состояние больного?

Эталон ответа: Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, ИБ, МБТ+. Осложнение: легочное кровотечение. Рентгенологический синдром – кольцевидной тени. Клинический – легочное кровотечение. Больному показано лечение в санатории местном после стабилизации состояния, абациллирования. II группе инвалидности.

Задание 31.

Больной 36 лет, без определенного места жительства, поступил в стационар ПТД. Заболел больше года назад. Появился кашель, утомляемость, боли в правой половине грудной клетки. Флюорографическому обследованию не подвергался последние 6 лет. Грудная клетка уплощена. Правая половина отстаёт при дыхании. Перкуторный звук в надлопаточной области справа укорочен, в нижних отделах - с коробочным оттенком. Аускультативно - в подключичной области справа на фоне жесткого дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы. В мокроте методом бактериоскопии обнаружены кислотоустойчивые микобактерии. При рентгенологическом исследовании в верхних долях обоих легких на фоне умеренно выраженного фиброза определяются: очаговые тени различной величины и интенсивности, повышенная прозрачность базальных отделов легких, корни легких и сосудистый пучок подтянуты вверх, отвесный ход сосудов нижних долей.

Какие компоненты медицинской и социальной реабилитации показаны больному?

Эталон ответа: Медицинская реабилитация – диетотерапия, физиотерапия, ЛФК с первых дней стац. лечения. Социальная реабилитация – восстановление паспорта, прописки, консультация юриста, поиск родственников. При наличии прописки – освидетельствование во МСЭК.

Задание 32.

Пациент Валерий Н., 36 лет с диагнозом инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в стадии рассасывания, находится на стационарном лечении, готовится к выписке, обратился с просьбой выписать ему направление на санаторно-курортное лечение. Положено ли ему направление на санаторно-курортное лечение? Кто выдает? Какие необходимы анализы для выдачи направления на санаторно-курортное лечение?

Эталон ответа: Больной может получать санаторно-курортное лечение в условиях специализированного санатория (фтизиатрического). Направление дает фтизиатр. При свежих формах туберкулеза – при стойком абациллировании, регрессировании специфического процесса. ОАК, ОАМ, БАК, анализ мокроты на МБТ 3-хкратно, рентгенограмма не позже 1 мес. от даты направления в санаторий, консультации узких специалистов при наличии сопутствующих заболеваний, консультация терапевта и ЭКГ.

Задание 33.

Пациентка 46 лет. Поступила в стационар с диагнозом фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, БК+. Агрессивна. На контакт с медицинским персоналом практически не идет. Злоупотребляет алкоголем. Отказывается от лечения.

Нужна ли пациентке консультация психолога? Объясните свой ответ? Необходима ли пациентке социальная реабилитация? Где именно пациентка будет проходить социальную реабилитацию?

Эталон ответа: Необходима, чтобы снять агрессию, настроить на лечение. Да, с самого начала поступления в стационар. Три этапа. В стационаре, затем по месту жительства с участием лечащего врача, МСЭ, социальных служб.

Задание 34.

Больной цирротическим туберкулезом легких, МБТ-, 50-ти лет, инвалид 2 группы, проживает в пригороде с женой в собственном доме. Замкнут, ни с кем не общается, так как, все время проводит дома. Считает, что общение с посторонними людьми может навредить им.

Определите социальную проблему. Законодательная база, используемая специалистом социальной работы в данном случае для решения проблемы семьи. Какие специалисты и учреждения могут быть задействованы в оказании помощи? Какие варианты решения данной проблемы Вы можете предложить?

Эталон ответа: Основная социальная проблема – изолированность больного. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, приняты Генеральной Ассамблеей ООН от 01.01.2001; О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: ФЗ от 01.01.2001г. (с изм. и доп.); др. Специалисты: специалисты по социальной работе, психологи, лечащий врач. Вариант решения проблемы:

- Убедить в необходимости преодоления социальной изоляции больного, позитивного влияния реабилитационных и адаптационных мероприятий.

- Содействовать прохождению больным каких-либо реабилитационных мероприятий в реабилитационных центрах, санаториях. Для этого необходимо предоставить в территориальный орган (отдел) социальной защиты населения следующие документы:

- заявление;
- справка, подтверждающая факт установления инвалидности, выдаваемая федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы;
- индивидуальная программа реабилитации, содержащая рекомендации федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы по проведению реабилитационных мероприятий.

Задание 35.

Женщина, воспитывающая 4-х детей - школьников, больна хроническим туберкулезом, МБТ-, нигде не работает. Муж - отец детей - погиб год назад. Женщина растеряна. По совету соседей пришла на прием к фтизиатру и просит совета: может ли она трудоустроиться неофициально, не афишируя работодателю свой диагноз?

Может ли больная трудоустроиться? На какую работу? Правила выдачи листка нетрудоспособности в случае трудоустройства? Что можете предложить Вы для решения данной проблемы?

Эталон ответа: У женщины ограничения к работе в детских учреждениях, пищевой отрасли (декретированные группы работников). Больная может обратиться в центр занятости населения с целью трудоустройства. По общим положениям для работающих в случае острого

заболевания или обострения процесса. Поскольку отец детей погиб год назад, можно предположить, что детям уже начислена пенсия по утере кормильца. Кроме того, женщина может пользоваться льготами, положенными многодетным матерям, - уже с момента рождения 3-го ребенка (пособия, льготы в оплате коммунальных услуг, бесплатные обеды для детей в школе, др.). Таким образом, основное направление в оказании социальной помощи – помощь в поиске работы. Необходима также и психологическая поддержка специалистов кризисного центра, социально-психологической службы, центра (отделения) социальной помощи семье и детям.

Задание 36.

Больная 58 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 – $7,0 \times 10^9$ /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.

Чем объяснить одышку и цианоз? Тактика лечения. Рекомендуются ли пациентке санаторно-курортное лечение? Какое?

Эталон ответа: Дыхательной недостаточностью III степени. Неспецифическая антибактериальная терапия под прикрытием противотуберкулезных препаратов, бронхолитики, витамины. Да, после прохождения основного курса лечения. Местный санаторий.

Задание 37.

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.

Назовите 3-4 наиболее частых заболеваний, сопровождающихся рентгенологическим синдромом полостного образования в легких. Назовите наиболее частые источники кровотечения при выделении крови через рот. Необходима ли пациенту медицинская реабилитация? Какие мероприятия?

Эталон ответа: Туберкулезная каверна, абсцесс, полостная форма рака, воздушные кисты и т.д. Бронхолегочная система: кровь алая, пенная. Желудочно-кишечный тракт: цвета «кофейной гущи», из расширенных вен пищевода (при циррозе печени) темная, венозная, из органов носоглотки – небольшие алые кровохарканья. Да. С момента постановки диагноза. После остановки кровотечения и назначения основной терапии с учетом чувствительности МБТ необходима физиотерапия, ЛФК, нутритивная поддержка. После стойкого абациллирования - направление в местный санаторий. Направление на МСЭК.

Задание 38.

Пациент 47 лет с диагнозом фиброзно-кавернозный туберкулез легких в стадии компенсации, инвалид 2 группы, впервые обратился к участковому терапевту с просьбой выписать ему направление на санаторно-курортное лечение. Положено ли ему направление на санаторно-курортное лечение? Кто выдает? Какие необходимы анализы для выдачи направления на санаторно-курортное лечение?

Эталон ответа: Больной может получать санаторно-курортное лечение в условиях специализированного санатория (фтизиатрического). Направление дает фтизиатр. При хронических формах туберкулеза – при стойком абациллировании, отсутствии прогрессирования специфического процесса. ОАК, ОАМ, БАК, анализ мокроты на МБТ 3-хкратно, рентгенограмма не позже 1 мес. от даты направления в санаторий, консультации узких специалистов при наличии сопутствующих заболеваний, консультация терапевта и ЭКГ.

Задание 39.

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 отстаёт 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.

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

Эталон ответа: Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ+. Госпитализация во фтизиатрический стационар, лечение по режиму в зависимости от чувствительности МБТ к ПТП. Решение вопроса об оперативном лечении после стабилизации туберкулезного процесса. При неэффективности терапии (невозможности перевести в III группу – перевод в учреждение для больных хроническим туберкулезом). Да. С момента постановки диагноза. Восстановление документов, прописки, поиск родных, освидетельствование во МСЭК. Трудотерапия на стационарном этапе.

Задание 40.

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.

На какой срок можно выдать пациенту лист временной нетрудоспособности в данном случае? Кто осуществляет экспертизу временной нетрудоспособности?

Эталон ответа: Больничный лист дается на весь период основного курса лечения (стационарное лечение). Экспертизу временной нетрудоспособности осуществляет лечащий врач.

Задание 41.

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.

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

Эталон ответа: Прогноз лечения сомнительный. Необходимо исследование мокроты на МБТ с определением лекарственной чувствительности. Направление на МСЭ на консультацию через 6 месяцев от начала лечения.

Задание 42.

Пациент Алексей П., 56 лет с диагнозом инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в стадии рассасывания, находится на стационарном лечении, готовится к выписке, обратился с просьбой выписать ему направление на санаторно-курортное лечение. У больного открыт листок нетрудоспособности. Находится на больничном листе 6 месяцев. Положено ли ему направление на санаторно-курортное лечение? Кто выдает? Как должен быть оформлен лист нетрудоспособности?

Эталон ответа: Больной может получать санаторно-курортное лечение в условиях специализированного санатория (фтизиатрического). Направление дает фтизиатр. При свежих формах туберкулеза – при стойком абациллировании, регрессировании специфического процесса. При направлении больных на долечивание в специализированные санаторно-курортные учреждения, расположенные на территории Российской Федерации, непосредственно после стационарного лечения листок нетрудоспособности продлевается медицинским работником по решению врачебной комиссии специализированного санаторно-курортного учреждения на весь период долечивания.

Задание 43.

Больной Константин Р., 28 лет поступил в санаторий «Теберда» с диагнозом диссеминированный туберкулез в фазе рассасывания после стационарного лечения. Из анамнеза: болен 6 месяцев. Получал стационарное лечение с положительной динамикой. Дыхательной недостаточности нет, переносимость ПХТ удовлетворительная.

Какой двигательный режим можно рекомендовать больному на период нахождения в санатории?

Эталон ответа: Тренирующий режим – является наиболее расширенным. Состояние больного позволяет включать в занятия спортивные игры без строгой регламентации интенсивности и продолжительности занятия; интенсивность нагрузки обусловлена техничностью и выносливостью больного и его партнеров по игре, продолжительность – правилами выбранной игры. Показаны длительные прогулки (ближний туризм) и участие во всех

мероприятиях, проводимых в лечебных учреждениях. Физическая нагрузка достигает 60% аэробных возможностей.

Задание 44.

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.

Оцените физическое развитие больного. Дайте больному рекомендации по медицинской реабилитации. Порекомендуйте больному предпочтительный вид спорта. Сколько всего медицинских групп, перечислите.

Эталон ответа: Физическое развитие слабое. ЛФК: лечебная гимнастика, гимнастика в воде, занятия спортом: плавание стилем брасс, волейбол, баскетбол, лыжи, массаж спины, живота, грудной клетки. При обострении хронического бронхита после основного лечения показаны статические и динамические дыхательные упражнения в сочетании с общеукрепляющими. Показано санаторно-курортное лечение в условиях горного санатория, санатория Черноморского побережья. Плавание. Подготовительная, основная и специальная.

Задание 45.

Больной Ф., 55 лет. Жалобы на слабость, повышенную до 38,0 °C 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, лечился там в туботряде.

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. Мокрота: МБТ+. Рентгенологически: Справа в С1 выраженный фиброз, фиброзно-рубцовые изменения, разнокалиберные

деформированные полости, очаги с элементами полиморфизма. Справа в С6 С10, слева в С4 С5 очаги отсева. Корень правого легкого деформирован, подтянут кверху, слева легкое чистое.

Ваш диагноз? План лечения. Необходима ли пациенту социальная реабилитация? Где именно пациент будет проходить социальную реабилитацию?

Эталон ответа: Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, IА, МБТ+. Госпитализация во фтизиатрический стационар, лечение по режиму в зависимости от чувствительности МБТ к ПТП. Решение вопроса об оперативном лечении после стабилизации туберкулезного процесса. Да. С момента постановки диагноза. Во время стационарного лечения – в лечебном учреждении. Консультация психолога, освидетельствование во МСЭК, беседы с лечащим врачом, трудотерапия.

Задание 46.

Больная Марина П., 62 года, 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 – 7,0х10⁹/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.

Какой двигательный режим показан данной больной в стационаре? Какие виды санаторно-курортного лечения показаны больной в местном санатории?

Эталон ответа: В стационаре – полупостельный. В местном санатории – щадяще-тренировочный. Показана фитотерапия, оксигенотерапия, ЛФК, массаж.

Задание 47.

Больной 40 лет, водитель автобуса. Изменения в легких выявлены при очередном флюорографическом обследовании. Жалоб не предъявляет. При физикальном исследовании изменений со стороны внутренних органов не найдено. Гемограмма в пределах нормы. Проба с Диаскинтестом – папула 12 мм. При многократном исследовании промывных вод бронхов МБТ всеми методами не обнаружено. Рентгенографически: в S1–S2 правого легкого определяется

группа разновеликих очаговых теней малой и средней интенсивности, выраженная бронхососудистая дорожка к корню правого легкого. При трахеобронхоскопии патологии со стороны бронхиального дерева не обнаружено. Спирограмма: вентиляционная функция легких не нарушена.

Определите активность туберкулезного процесса. Определить степень утраты трудоспособности и её прогноз.

Эталон ответа: Предварительный диагноз – Инфильтративный туберкулез S1-2 правого легкого, МБТ-. Больной временно нетрудоспособен, необходимо назначить лечение по режиму химиотерапии (после оценки риска лекарственно-устойчивого туберкулеза). Открыть листок нетрудоспособности. Экспертизу временной нетрудоспособности проводит лечащий врач-фтизиатр. Прогноз благоприятный.

Задание 48.

Больной 40 лет, работает сторожем в детском саду. Изменения в легких выявлены при очередном рентгенофлюорографическом обследовании. Жалоб не предъявляет. После дообследования в противотуберкулезном диспансере установлен диагноз: инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого (S2) в фазе распада и обсеменения, МБТ-. Больной госпитализирован. Какие элементы социальной реабилитации показаны больному?

Эталон ответа: Больной временно нетрудоспособен. Необходимо открыть листок нетрудоспособности на все время лечения больного. С учетом его работы в ДДУ, листок нетрудоспособности может быть открыт не более 10 месяцев в году. На работу больной может выйти при переводе его в III группу диспансерного наблюдения, после того, как курс лечения признан эффективным.

Задание 49.

Больной 47 лет, обходчик железнодорожных путей. Страдает язвенной болезнью желудка. Два года назад был выявлен инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе распада, БК+. После 6 месяцев лечения противотуберкулезными препаратами эффекта не наблюдалось. Оперирован - удалены первый и второй сегменты верхней доли левого легкого. В дальнейшем у больного не было бактериовыделения, исчезли клинические симптомы заболевания. Заключение рентгенологического исследования через 2,5 года после операции: большие остаточные изменения в верхней доле левого легкого.

Какие виды санаторно-курортного лечения показаны больному? В каком санатории?

Эталон ответа: Больной снят с учета во фтизиатрическом учреждении, диспансерное наблюдение должно осуществляться по месту жительства у терапевта. Больному показано лечение в санатории общесоматического профиля.

Задание 50.

Больной Ф., 56 лет. Поступил во фтизиатрический стационар. Жалобы на слабость, повышенную до 38°C 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 отстаёт 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.

Ваш диагноз? Почему произошло прогрессирование процесса? Какие мероприятия медицинской реабилитации показаны больному?

Эталон ответа: Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, ИБ, МБТ+. Лечился неаккуратно, с перерывами, не соблюдал режим терапии, злоупотреблял алкоголем. Медицинская реабилитация показана с первых дней нахождения в стационаре. Диетотерапия, физиотерапия, ЛФК.

Задание 51.

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.

Если в дальнейшем потребуется санаторно-курортное лечение, на какой срок должен быть продлен больничный лист?

Эталон ответа: Если потребуется санаторно-курортное лечение, больной направится в санаторий с открытым больничным листом, где его продлевают до конца санаторно-курортного лечения плюс два дня на дорогу обратно. Закрывает больничный лист лечащий врач.

Задание 52.

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

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

Эталон ответа: МЛУ. Перевод больную на 4 индивидуализированный режим химиотерапии. Продолжительность 240 доз (8 месяцев). Больничный лист должен быть открыт первого дня лечения. На общих основаниях до 12 мес. При неэффективности лечения направление на МСЭ.

Задание 53.

Больной С., 46 лет, лицо БОМЖ, не работает. Сопутствующее заболевание - синдром алкогольной зависимости. Поступил в легочно-хирургический стационар туберкулезной больницы по направлению из противотуберкулезного диспансера с диагнозом: Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого, МБТ(-), устойчивость МБТ к изониазиду. Лечение получал в течение 5-ти месяцев амбулаторно, так как лечиться в круглосуточном стационаре отказывался. При обследовании у пациента выявлены признаки все еще активного специфического процесса в легких, гнойный бронхит по данным ФБС.

Возможно ли ему установление группы инвалидности по туберкулезу?

Эталон ответа: Если у больного возможно восстановить документы, у него есть регистрация по месту жительства, возможно его освидетельствование во МСЭ с определением группы инвалидности. Если у больного нет регистрации, освидетельствование во МСЭ невозможно.

Задание 54.

Пациент 48 лет. Находится на лечении во фтизиатрическом стационаре в течение 11 месяцев. Сохраняются жалобы на слабость, кашель со слизистой мокротой, одышку при

физической нагрузке. Диагноз: Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения. Рентгенологически: в нижней доле справа выраженный фиброз, фиброзно-рубцовые изменения, разнокалиберные деформированные полости, очаги с элементами полиморфизма. В S10 тонкостенная полость распада 3*4 см. Корень правого легкого деформирован, слева легкое чистое. В мокроте 3 месяца микроскопически МБТ+.

Работает в детском садике охранником.

Ваш диагноз? На какой срок этому больному можно выдать больничный лист? Возможно ли ему установление группы инвалидности по туберкулезу?

Эталон ответа: Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ+. На срок 12 мес. Возможно. Необходимо направить на МСЭ для определения группы инвалидности. Параллельно направить на консультацию к фтизиохирургу.

Задание 55.

Больной Владислав С., 59 лет, находится на санаторно-курортном лечении в санатории «Голубая бухта» с диагнозом состояние после оперативного лечения – резекции верхней доли левого легкого по поводу инфильтративного туберкулеза, МБТ-. Показан ли больному интенсивно-тренирующий режим? Какие компоненты включает в себя этот режим?

Эталон ответа: Больному показан этот вид режима. При назначении интенсивно-тренирующего режима – физическая нагрузка достигает 75% аэробных возможностей. В санаториях двигательный режим включает утреннюю гигиеническую гимнастику, лечебную гимнастику, дозированную ходьбу, при соответствующем рельефе местности – терренкур, физические упражнения в воде. Можно рекомендовать купание и плавание. Успешно используются элементы спортивных игр: бадминтон, волейбол (в облегченных условиях – снижена высота сетки, сокращено время игры).

Задание 56.

Перечислите принципы диетического питания больных туберкулезом.

Эталон ответа: диетическое питание необходимо строить на основе общих принципов лечебного питания таких больных с учетом клинического течения заболевания и индивидуальных особенностей пациентов.

Лечебное питание должно быть:

- физиологически направленным;
- нозологически дифференцированным;
- патогенетически обоснованным;
- клинически показанным и динамичным;

- индивидуально конкретизированным;
- оптимально полноценным и щадящим, так как восполняет потери организма в процессе болезни, способствует выздоровлению;
- дробным.

Задание 57.

Перечислите причины, приводящие к снижению веса у больных активным туберкулезом.

Эталон ответа: Причины, приводящие к потере массы тела, можно разделить на несколько групп:

- недостаточное поступление нутриентов (анорексия, болезни ротовой полости, глотки и пищевода);
- нарушения переваривания и/или всасывания (синдромы мальдигестии и мальабсорбции);
- ускоренный катаболизм;
- повышенные потери нутриентов (при плеврите и эмпиеме плевры, свищах, плазмореях при ожоговой болезни);
- повышенная потребность в нутриентах (во время беременности, лактации, в период реконвалесценции после травм, операций).

Задание 58.

Опишите клинические проявления белково-энергетической недостаточности при активном туберкулеза

Эталон ответа: Симптомы умеренной белково-энергетической недостаточности могут быть общими или затрагивать определенные органы и системы. Характерны апатия и раздражительность. Пациент ослаблен, работоспособность снижена. Нарушены когнитивные способности, а иногда и сознание. Дефицит мышечной ткани есть у всех больных с активной формой туберкулеза, но степень выраженности его нарастает с увеличением тяжести БЭН. Потери жира и мышечной ткани у взрослых наиболее очевидны в тех областях, где в норме обычно имеются видимые жировые отложения. Мышцы уменьшаются в объеме, а кости заметно выступают. Кожа становится тонкой, сухой, неэластичной, бледной и холодной. Волосы сухие и легко выпадают, становясь редкими. Возможно появление чешуйчатого дерматита, депигментации кожи и волосяного покрова, отеки. Ослаблено заживление ран. У пожилых пациентов увеличивается риск переломов бедра, пролежней, трофических язв.

Задание 59.

Какие задачи стоят перед лечебным питанием при туберкулезе?

Эталон ответа: 1. Обеспечение физиологической потребности организма больного полноценным питанием в условиях повышенного распада белка и напряженного обмена жиров и углеводов.

2. Нормализация всех видов обмена веществ, в том числе витаминного и минерального.

3. Усиление защитных и репаративных процессов в организме за счет удовлетворения пластических потребностей.

Задание 60.

Перечислите принципы при построении диетических рационов для больных туберкулезом.

Эталон ответа: Современные взгляды при построении диетических рационов для больных туберкулезом подразумевают следующее:

- лечебное питание при туберкулезе не может сводиться только к усиленному питанию - оно должно соответствовать характеру и стадии развития туберкулезного процесса и состоянию организма больного;

- питание должно быть усиленным, но не избыточным.

- нутриенты должны воздействовать не только на заболевший орган, но и на весь организм в целом.

Задание 61.

Опишите расчет калорийности рациона для больного туберкулезом на стационарном этапе.

Эталон ответа: 1. При тяжелых формах заболевания, обострении, наличии сопутствующих заболеваний, в самом начале лечения, когда назначается строгий постельный режим, показано потребление пищи калорийностью из расчета 35—40 ккал на килограмм массы тела больного в сутки (в среднем 2100—2400 ккал).

2. На следующем этапе лечения, когда уже разрешаются полупостельный режим, умеренные нагрузки, короткие прогулки, или в случае легкой формы течения заболевания рекомендуется употреблять пищу из расчета 43—46 ккал на килограмм массы тела больного в сутки (в среднем 2580—2760 ккал);

3. В период окончания лечения, при снижении активности патологического процесса, восстановлении защитных сил и нарушенных функций пострадавших органов калорийность питания может быть повышена в соответствии с запросами организма. Калорийность пищи

должна составлять около 50 ккал на килограмм массы тела больного в сутки (в среднем 3000 ккал)

Задание 62.

Опишите расчет калорийности рациона для больного туберкулезом на этапе выздоровления.

Эталон ответа: Период полного восстановления может быть достаточно продолжительным в зависимости от формы заболевания, общего состояния организма, характера и полноценности проведенного лечения и наличия сопутствующих заболеваний. В течение всего этого времени (иногда до нескольких лет) необходимо постоянное полноценное и витаминизированное питание. Количество потребляемой пищи должно соответствовать 55—60 ккал на килограмм массы тела больного в сутки (в среднем 3300—3500 ккал и выше — в зависимости от энергозатрат

Задание 63.

Как рассчитывают калорийность питания больным туберкулезом с избыточной массой тела?

Эталон ответа: Больным с избыточной массой тела калорийность пищи рассчитывают на должноствующий вес тела

Задание 64.

Как осуществляется расчет количества белка в рационе больного туберкулезом?

Эталон ответа: В период обострения при выраженном распаде тканей, значительных воспалительных явлениях содержание белка в диете повышается до 130 - 140 г в день (2,5 г на 1 кг массы тела). Введением увеличенного количества полноценного белка добиваются наступления азотистого равновесия. В период затухания специфического процесса и у больных с хроническим туберкулезом, находящихся на постельном и палатном режиме, необходимо вводить 110-120 г белка в день (1,5 - 2 г белка на 1 кг веса).

Задание 65.

Какое соотношение животных и растительных белков должно быть в рационе больного туберкулезом? Почему?

Эталон ответа: Обеспечение оптимального качественного состава белка (соотношение незаменимых и заменимых аминокислот) в диете достигается включением в рацион белков как животного, так и растительного происхождения, что повышает их суммарную биологическую

ценность. Причем не менее 55-60% положенного количества должно быть животного происхождения. Мясо является идеальным источником белка, так и других полезных веществ. Кроме белка, мясо содержит жиры, азотистые и безазотистые экстрактивные вещества, которые, практически не обладая энергетической ценностью, активно стимулируют аппетит, что важно для больных, истощенных туберкулезом.

Задание 66.

Как осуществляется расчет количества жиров в рационе больного туберкулезом?

Эталон ответа: Быстрая насыщаемость от избытка жиров ведет к недостаточному введению в организм белков, витаминов и минеральных веществ. Поэтому в настоящее время в период активизации туберкулезного процесса рекомендуют включать в пищевой рацион жиры из расчета до 2 г на 1 кг массы тела, а при затихании специфического процесса – до 1,5г на 1кг массы тела.

Задание 67.

Какое соотношение животных и растительных белков должно быть в рационе больного туберкулезом? Почему?

Эталон ответа: В качестве источников жира используются продукты как животного (нежирные сорта мяса и птицы, речная и морская рыба, молочные продукты, сливочное масло), так и растительного происхождения - растительные масла (подсолнечное, кукурузное), содержащие преимущественно ПНЖК омега-6. Растительные жиры являются основным источником незаменимых жирных кислот и должны составлять не менее 1/3 от потребляемого жира. Преимуществом растительных масел является то, что они нормально метаболизируются печенью даже при ее патологическом состоянии. Усвояемость растительных жиров – 94%, а животных жиров - всего 85%.

Задание 68.

Как осуществляется расчет количества белка в рационе больного туберкулезом?

Эталон ответа: В зависимости от стадии и формы патологического процесса. При активных формах туберкулеза, сопровождающихся лихорадочным состоянием, страдает и углеводный обмен, истощается функция инсулярного аппарата поджелудочной железы, снижается синтез гликогена в печени. Необходимо поступление углеводов в организм в количестве 400—500 г в сутки. При обострении туберкулезного процесса, дефиците массы тела количество углеводов в диете должно увеличиваться до 500 г в день с уменьшением их содержания до 300 - 380 г/день в период затухания процесса, а также при сопутствующих нарушениях углеводного обмена,

аллергизации организма. При тяжелых формах туберкулеза (милиарный и фиброзно-кавернозный туберкулез, казеозная пневмония, экссудативный плеврит, менингит) общее содержание углеводов в суточном рационе следует также уменьшить до 300—400 г, однако нельзя допускать, чтобы оно было ниже 300—350 г в день, даже у тяжелых больных.

Задание 69.

Перечислите принципы построения диетотерапии при туберкулезном поражении почек.

Эталон ответа: При туберкулезном поражении почек следует исключить из употребления раздражающие продукты (перец, горчицу, хрен, редьку, маринады, крепкие бульоны, алкоголь, копчености, консервы). В стадии альбуминурии без отеков суточный рацион должен содержать на до 2 г белка на 1 кг массы больного, количество жиров и углеводов - в соответствии с характером основного процесса. Наличие отеков требует резкого ограничения соли (2—4 г в сутки). При азотемии показано снижение количества белка в рационе.

Задание 70.

Перечислите принципы построения диетотерапии больного туберкулезом при кровохарканье.

Эталон ответа: При кровохаркании важно обеспечить организм повышенным количеством витаминов (С, Р), солями кальция и при больших кровопотерях — повышенным количеством соли (до 20—30 г в сутки). Рекомендуются в охлажденном виде кисели, фруктовые и ягодные желе, протертый творог с молоком, сливки, яйцо всмятку, жидкая манная молочная каша, прохладное питье (томатный сок, подкисленная лимонная вода и т. д.).

Задание 71.

Опишите принципы дробного питания больного туберкулезом.

Эталон ответа: Необходимо соблюдать дробный режим питания, включающий 5 - 6 разовый прием пищи с равномерным распределением всех пищевых веществ и калорийности в течение дня: 20% общей энергетической ценности приходится на завтрак, 10% - на второй завтрак, на обед — 35—40%, на ужин — 20% и за 1,5—2 ч до сна — 10%. Интервалы между отдельными приемами пищи днем составляют не более 3,5 ч, между ужином и завтраком — не более 11 ч.

Задание 72.

Расскажите о принципе построения номерных диет. Какая из этих диет использовалась для питания больных туберкулезом?

Эталон ответа: До 2003 года врачи в лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждениях использовали традиционную номерную систему диет М. И. Певзнера, разработанную советским учёным и применяемую при лечении ряда заболеваний. Данная система строилась по нозологическому принципу и обеспечивала индивидуальный подход к лечебному питанию для людей с различными заболеваниями. Она представляла собой набор диетических рационов, разработанных ГУ НИИ питания РАМН и утвержденных приказами Министерства Здравоохранения СССР, применительно к каждому конкретному заболеванию, которые обозначались номерами от 1 до 15. Каждая диета называлась столом и имела свой номер. Некоторые диеты имели несколько вариантов, которые обозначали буквами в номере основной диеты. Для больных туберкулезом использовалась диета № 11.

Задание 73.

Расскажите о принципе построения современных стандартных диет. Какая из этих диет используется для питания больных туберкулезом?

Эталон ответа: Рекомендуемые сегодня для внедрения стандартные диеты различаются по количественному и качественному составу основных пищевых веществ, микронутриентов, энергетической ценности, технологии приготовления диетических блюд, среднесуточному набору продуктов и включают шесть вариантов стандартных диет: основной вариант диеты (ОВД), диету с механическим и химическим щажением (ЩД), высокобелковую диету (ВБД), низкобелковую диету (НБД), низкокалорийную диету (НКД), вторую высокобелковую диету (ВБД(т)). Они назначаются при различных заболеваниях в зависимости от их стадии и степени тяжести или осложнений со стороны органов и систем.

Задание 74.

Что такое социальная реабилитация. Дайте определение.

Эталон ответа: Социальная реабилитация как технология социальной работы — это восстановление социального статуса человека, группы людей, утраченного или сниженного из-за проблем, создавших в их жизни трудную ситуацию. К таким проблемам можно отнести инвалидность, миграцию, безработицу, зависимости, отбывание наказания в местах лишения свободы. Она включает совокупность мероприятий, осуществляемых государственными, частными, общественными организациями, направленных на защиту социальных прав граждан.

Задание 75.

Какие виды социальной реабилитации выделяют?

Эталон ответа: В зависимости социальных или личностных проблем людей, которые необходимо решить, применяются следующие основные виды социальной реабилитации:

- Социально-медицинская — это восстановление или формирование у человека новых навыков полноценной жизни и помощь по организации быта и ведения домашнего хозяйства, также включает в себя восстановительную и реконструктивную терапию.

- Социально-психологическая — это восстановление психического и психологического здоровья субъекта, оптимизации внутригрупповых связей и отношений, выявления потенциальных возможностей личности и организации психологической коррекции, поддержки и помощи.

- Социально-педагогическая — это организация и осуществление педагогической помощи при различных нарушениях способности человека к получению образования, определённая работа по созданию адекватных условий, форм и методов обучения, а также, соответствующих методик и программ.

- Профессиональная и трудовая — формирование новых или восстановление утраченные человеком трудовых и профессиональных навыков и впоследствии его трудоустройство.

- Социально-средовая — восстановление у человека чувства социальной значимости внутри новой для него социальной среды.

Задание 76.

Перечислите принципы социальной реабилитации.

Эталон ответа: Практическое осуществление основных видов социальной реабилитации опирается на ряд основополагающих принципов:

- Своевременность и поэтапность социально-реабилитационных мероприятий, предполагающие своевременное выявление проблемы клиента и организацию последовательной деятельности по её разрешению.

- Дифференцированность, системность и комплексность, направленные на осуществление социально-реабилитационных мероприятий как единой, целостной системы поддержки и помощи.

- Последовательность и непрерывность в проведении социально реабилитационных мероприятий, реализация которого позволяет не только восстановить утраченные субъектом ресурсы, но и предвосхитить возможное возникновение проблемных ситуаций в будущем.

- Индивидуальный подход к определению объёма, характера и направленности социально-реабилитационных мер.

- Доступность социально-реабилитационной помощи для всех нуждающихся, независимо от их материального и имущественного положения.

Задание 77.

Когда больному туберкулезом не устанавливается группа инвалидности по медицинским показаниям (пациент трудоспособен)?

Эталон ответа: Группа инвалидности не устанавливается больным с незначительной степенью нарушений функций систем организма (количественная оценка в диапазоне 10–30%), при отсутствии ограничений жизнедеятельности, после проведенного эффективного курса лечения, продолжительность и объем которого регламентируется стандартными режимами химиотерапии. Пациенты могут вернуться к труду. Незначительная степень нарушения функций организма при туберкулезе определяется при эффективном окончании основного курса лечения туберкулеза различной локализации, в периоде потери активности, без признаков бактериовыделения (МБТ (–), без осложнений, отсутствии дыхательной недостаточности или ДН I степени.

Задание 78.

Когда больному туберкулезом устанавливается III группа инвалидности?

Эталон ответа: Основанием для установления больному III группы инвалидности является нарушение здоровья вследствие туберкулеза различной локализации, со стойкими умеренными нарушениями функций организма (количественная оценка – 40–60%), после проведения полного комплекса реабилитационных мероприятий. Нарушение функций организма приводит к ограничению жизнедеятельности (ОЖД) 1 степени по двум и более категориям и необходимости социальной защиты.

Задание 79.

На каких основаниях выдают и продлевают листок нетрудоспособности больным туберкулезом?

Эталон ответа: выдача листков нетрудоспособности больным туберкулезом осуществляется в соответствии с законодательными актами, обеспечивающими возможность установления временной нетрудоспособности на период необходимого лечения. Листок нетрудоспособности до 12 месяцев может быть выдан врачебной комиссией тубдиспансера до полного восстановления трудоспособности как впервые заболевшим туберкулезом, так и больным с рецидивами или редкими обострениями туберкулеза в случае благоприятного клинического и реабилитационного прогноза.

Задание 80.

На какой срок выдается листок нетрудоспособности больному ограниченными формами туберкулеза? Может ли быть выдан листок нетрудоспособности больше, чем на 12 месяцев?

Эталон ответа: При ограниченных по протяженности процессах в легких с положительной клинико-рентгенологической динамикой на фоне лечения и при отсутствии противопоказанных факторов в трудовой деятельности бывает достаточным определение больным временной нетрудоспособности на 4-6 месяцев с последующим восстановлением трудоспособности. Врачебная комиссия может продлить листок нетрудоспособности свыше 12 месяцев при наличии неблагоприятного трудового прогноза, однако, данное решение врачебная комиссия может осуществить лишь после заключения Бюро МСЭ о необходимости продолжения лечения.

Задание 81.

Необходимо ли дожидаться 12-ти месяцев лечения до направления на МСЭК работающего больного?

Эталон ответа: При наличии у больного признаков стойкого ограничения жизнедеятельности и необходимости социальной защиты в результате прогрессирования специфического процесса, несмотря на лечение, следует направлять больного в Бюро МСЭ до истечения предельного срока выдачи листка нетрудоспособности, установленного законодательными актами.

Задание 82.

Какие виды труда противопоказаны больным туберкулезом?

Эталон ответа: 1. Неблагоприятные метеорологические факторы, в частности низкая или высокая температура воздуха на рабочем месте, резкая смена температуры, сквозняки, повышенная влажность.

2. Загрязнение воздуха; наличие производственной пыли (металлической, минеральной, табачной, текстильной), паров кислот, щелочей, растворителей (хлор, фтор, сернистый газ, окислы азота и др.), токсических веществ (мышьяковистые соединения, окись углерода, бензол, пары ртути, марганца и др.).

3. Тяжелая физическая нагрузка или значительное нервно-психическое напряжение.

4. Факторы, нарушающие правильный режим труда и отдыха, сна и питания (ночные смены), работы в неурочное время, длительные или частые командировки и др.

5. Биологические факторы (ферментные препараты, белково-витаминные препараты, грибы, возбудители инфекционных заболеваний и др.).

6. Больные, страдающие активным туберкулезом любой локализации, не могут работать в учреждениях, где возможен контакт с туберкулезной инфекцией (Приказ №90 Минздравмедпрома, 14.03.96).

Задание 83.

На каких должностях не могут работать больные туберкулезом в связи их эпидемиологической опасностью?

Эталон ответа: Существует ряд профессий, в которых больные туберкулезом в зависимости от формы, фазы процесса, бактериовыделения работать не могут, так как они представляют эпидемиологическую опасность. К ним относятся профессии, связанные с обслуживанием:

- а) детского населения;
- б) пищевых предприятий, фармацевтических учреждений, водозаборных установок и др.;
- в) больших контингентов населения (работники коммунально-бытовых предприятий и др.).

Задание 84.

Перечислите показания для направления больного на МСЭК.

Эталон ответа: 1. Продление сроков лечения свыше 12 месяцев со дня наступления нетрудоспособности при наличии у больного на ближайшее время благоприятного трудового прогноза.

2. Наличие стойких, не менее, чем умеренно выраженных нарушений функций организма, вызванных специфическим процессом, которые, несмотря на длительное комплексное лечение, приняли необратимый или частично обратимый характер, в связи с чем больной нуждается в переводе на работу по другой, доступной по состоянию здоровья профессии более низкой квалификации, либо в уменьшении объема производственной деятельности.

3. Прогрессирующее течение специфического процесса, несмотря на лечение, возникновение тяжелых осложнений, сопутствующих заболеваний, в связи с чем, у больного наступает полная утрата способности к трудовой деятельности или возникает необходимость в постоянном уходе и посторонней помощи, в некоторых случаях возможно выполнение трудовой деятельности в специально созданных условиях.

4. Очередное переосвидетельствование, изменение причины инвалидности, определение времени наступления заболевания или инвалидности, получение автотранспорта, изменение или

определение трудовых рекомендаций, определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах и др.

Задание 85.

Перечислите необходимый минимум исследований при направлении в Бюро МСЭ

Эталон ответа: Необходимый минимум исследований при направлении в Бюро МСЭ:

- а) исследование крови: клинический анализ; биохимические исследования — определение «острофазных» белков, общего белка сыворотки крови и фракций, глюкозы, фибриногена, аланин- и аспартат-аминотрансферазы (АлАТ, АсАТ), билирубина, мочевины, креатинина;
- б) исследование мокроты, бронхоальвеолярного содержимого или плевральной жидкости на наличие МБТ и патогенной флоры;
- в) исследование мочи;
- г) лучевые методы исследования органов грудной клетки (рентгеноскопия, рентгенография, томография, компьютерная томография, бронхография и др.);
- д) эндоскопическое исследование (торакоскопия, бронхоскопия, фибробронхоскопия);
- е) методы биопсии (трансбронхиальная биопсия, трансторакальная игловая биопсия, пункционная биопсия плевры и др.);
- ж) исследование функции органов дыхания;
- з) исследование системы кровообращения;
- и) иммунологическая диагностика.

Задание 86.

Перечислите критерии инвалидности по II группе для больного туберкулезом.

Эталон ответа: Инвалидность 2-й группы устанавливается в случае, если у больного имеются:

Выраженные нарушения функции дыхательной системы при неэффективности химиотерапии; при сохранении бактериовыделения (МБТ+) в периоде потери активности; и/или при наличии остаточных изменений после излеченного туберкулеза (пневмосклероз, цирроз, бронхоэктазы).

Наличие ДН II, III степени и ХСН IIa стадии.

Задание 87.

Перечислите критерии инвалидности по I группе для больного туберкулезом.

Эталон ответа: Инвалидность 1-й группы устанавливается в случае, если у больного имеются:

- Значительно выраженные нарушения функций организма вследствие наличия тяжелых полиорганных осложнений (амилоидоз, декомпенсированное хроническое легочное сердце, полисерозиты, кахексия и так далее).

- Наличие ДН III степени и ХСН IIБ или III стадии.

Задание 88.

Когда ребенку, больному туберкулезом, не устанавливается инвалидность (нет оснований для установления инвалидности)?

Эталон ответа: Инвалидность не устанавливается в случае, если у ребенка имеются:

- незначительные нарушения функции дыхательной системы при эффективном окончании основного курса лечения, в периоде потери активности (рубцевание, обызвествление) без признаков бактериовыделения (МБТ-), без остаточных изменений и осложнений.

- Отсутствие дыхательной недостаточности или ДН I степени.

Задание 89.

Опишите критерии установления ребенку, больному туберкулезом, инвалидности (ребенок –инвалид)

Эталон ответа: Категория "ребенок-инвалид" устанавливается в случае, если у больного имеются:

- умеренные нарушения функции дыхательной системы при отсутствии положительной клинико-рентгенологической динамики на фоне химиотерапии; при сохранении бактериовыделения (МБТ+) в периоде потери активности; и/или при наличии остаточных изменений после излеченного туберкулеза органов дыхания (локальный пневмофиброз, фиброзно-очаговые изменения). С ДН II степени, преходящей или постоянной легочной гипертензией (ХСН 0 или ХСН I стадии). Наличие МБТ+ 6 и более месяцев;

- выраженные нарушения функции дыхательной системы при неэффективности химиотерапии; при сохранении бактериовыделения (МБТ+) в периоде потери активности; и/или при наличии остаточных изменений после излеченного туберкулеза (пневмосклероз, цирроз, бронхоэктазы) и осложнений. Наличие ДН II, III степени и ХСН IIА стадии;

- значительно выраженные нарушения функций организма вследствие наличия полиорганных осложнений (амилоидоз, полисерозиты, кахексия и так далее). Наличие ДН III степени и ХСН IIБ или III стадии.

Задание 90.

Опишите двигательный режим больного в стационаре при назначении ему строгого постельного режима.

Эталон ответа: Постельный режим – у больного есть потребность в постоянном медицинском наблюдении и оказании помощи при самообслуживании.

Задачи режима: постепенное совершенствование и стимулирование функций кровообращения и дыхания, подготовка больного к следующей, более активной фазе режима.

Содержание режима. Постоянное пребывание больного в постели в исходном положении лежа на спине, на спине с приподнятым головным концом кровати, на боку, на животе. Движения, необходимые для осуществления туалета, питания, изменения положения тела в кровати проводят с помощью медицинского персонала. При удовлетворительном состоянии возможны активные повороты в кровати (в спокойном темпе), кратковременное (2–3 раза в день по 5–12 минут) пребывание в постели в положении сидя, вначале с опорой на подушки, овладение навыками самообслуживания. Разрешены физические упражнения, охватывающие мелкие и средние мышечные группы, и суставы, выполняемые в медленном темпе, с небольшим числом повторений каждого, дыхательные упражнения статического и динамического характера.

Задание 91.

Опишите двигательный режим больного в стационаре при назначении ему полупостельного режима.

Эталон ответа: Полупостельный, или палатный режим – у больного есть потребность в постоянном медицинском наблюдении, но он может себя обслуживать.

Задачи режима: постепенное восстановление адаптации сердечно-сосудистой системы и всего организма больного к физической нагрузке, профилактика возможных осложнений.

Содержание режима. Переход в положение сидя на кровати с опущенными ногами или на стуле (2–4 раза в день по 10–30 минут). При удовлетворительном состоянии и отсутствии противопоказаний больному разрешают передвигаться в пределах палаты с последующим отдыхом в положении сидя и лежа. Пребывание в положении сидя допускается до 50% всего времени дня, полное самообслуживание.

В занятия включают динамические физические упражнения, охватывающие средние и крупные суставы и мышечные группы, дыхательные упражнения. Общая продолжительность занятий 12–20 минут, дозировка физической нагрузки – индивидуальная.

Задание 92.

Опишите двигательный режим больного в стационаре при назначении ему свободного режима.

Эталон ответа: Свободный режим – больной не требует постоянного медицинского наблюдения и может себя обслуживать.

Задачи режима: адаптация всех систем организма к возрастающим физическим нагрузкам, нагрузкам бытового и профессионального характера.

Содержание режима. Свободное передвижение в пределах палаты и отделения, ходьба по лестнице, прогулки по больничной территории.

В занятиях широко используют динамические и статические упражнения, упражнения с гимнастическими предметами, упражнения в лечебном бассейне и на тренажерах (при отсутствии противопоказаний).

Задание 93.

Какие виды режима могут назначаться больным туберкулезом в санатории?

Эталон ответа: В амбулаторных (санаторно-курортных) условиях

В условиях санатория к больным туберкулёзом могут применяться следующие виды двигательных режимов:

- Щадящий режим – состояние больного требует строгой регламентации интенсивности и продолжительности физических нагрузок. Применяют физические упражнения, соответствующие свободному режиму в стационаре. Разрешают лечебную ходьбу, прогулки, терренкур. Используемые формы ЛФК строго дозируются. Физическая нагрузка достигает 30% аэробных возможностей.

- Щадяще-тренирующий – состояние больного требует строгой регламентации продолжительности не регламентированных по интенсивности физических нагрузок. Предполагает возможность участия в экскурсиях, играх (подвижные, с использованием элементов спортивных игр), прогулках по окрестностям санатория. Физическая нагрузка достигает 40% аэробных возможностей.

- Тренирующий режим – является наиболее расширенным. Состояние больного позволяет включать в занятия спортивные игры без строгой регламентации интенсивности и продолжительности занятия; интенсивность нагрузки обусловлена техничностью и выносливостью больного и его партнеров по игре, продолжительность – правилами выбранной игры. Показаны длительные прогулки (ближний туризм) и участие во всех мероприятиях, проводимых в лечебных учреждениях. Физическая нагрузка достигает 60% аэробных возможностей.

- При назначении интенсивно-тренирующего режима – физическая нагрузка достигает 75% аэробных возможностей. В санаториях двигательный режим включает утреннюю гигиеническую гимнастику, лечебную гимнастику, дозированную ходьбу, при соответствующем рельефе местности – терренкур, физические упражнения в воде, зимой – ходьбу на лыжах. При наличии вблизи санатория рек или озер назначают дозированную греблю, купание и плавание. Успешно используются элементы спортивных игр: бадминтон, волейбол (в облегченных условиях – снижена высота сетки, сокращено время игры).

Задание 94.

Перечислите заболевания, при которых противопоказано санаторно-курортное лечение.

Эталон ответа: Перечень медицинских противопоказаний для санаторно-курортного лечения (согласно приложению №3 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 28 сентября 2020 г. № 1029н)

1. Заболевания в острой и подострой стадии, в том числе острые инфекционные заболевания до окончания периода изоляции. 2. Заболевания, передающиеся половым путем. 3. Хронические заболевания в стадии обострения. 4. Бактерионосительство инфекционных заболеваний. 5. Заразные болезни глаз и кожи. 6. Паразитарные заболевания. 7. Заболевания, сопровождающиеся стойким болевым синдромом, требующим постоянного приема наркотических средств и психотропных веществ, включенных в списки I и II Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации*, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов. 8. Туберкулез любой локализации в активной стадии (для санаторно-курортных организаций нетуберкулезного профиля). 9. Новообразования неуточненного характера (при отсутствии письменного подтверждения в медицинской документации пациента о том, что пациент (законный представитель пациента) предупрежден о возможных рисках, связанных с осложнениями заболевания в связи с санаторно-курортным лечением). 10. Злокачественные новообразования, требующие противоопухолевого лечения, в том числе проведения химиотерапии. 11. Эпилепсия с текущими приступами, в том числе резистентная к проводимому лечению. 12. Эпилепсия с ремиссией менее 6 месяцев (для санаторно-курортных организаций не психоневрологического профиля). 13. Психические расстройства и расстройства поведения в состоянии обострения или нестойкой ремиссии, в том числе представляющие опасность для пациента и окружающих. 14. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ. 15. Кахексия любого происхождения.

Задание 95.

Перечислите медицинские показания для санаторно-курортного лечения взрослого населения при заболевании туберкулезом.

Эталон ответа: 1. Активный туберкулез после прекращения бактериовыделения в результате проведения интенсивной фазы химиотерапии, при отсутствии или с наличием лекарственной устойчивости возбудителя, при отсутствии или с наличием осложнений туберкулеза, при отсутствии или с наличием сопутствующих заболеваний, в том числе после хирургического лечения. 2. Активный туберкулез при отсутствии или с наличием осложнения туберкулеза, при отсутствии или с наличием сопутствующих заболеваний. 3. Риск развития активного туберкулеза у лиц из групп риска по туберкулезу. 4. Активный туберкулез любых органов и систем, кроме туберкулеза органов дыхания, нервной системы и милиарного туберкулеза. 5. Клиническое излечение от туберкулеза различных локализаций при наличии сопутствующих заболеваний и других отягощающих факторов.

Задание 96.

Считается ли завершенной программа реабилитации при назначении группы инвалидности больному туберкулезом?

Эталон ответа: Получение инвалидности не следует рассматриваться как этап, на котором можно прекратить реабилитацию пациента с туберкулезом. Каждый пациент, страдающий туберкулезом, которому была присвоена группа инвалидности, согласно статье 9 Федерального закона "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" от 24.11.1995 N 181-ФЗ должен иметь план реабилитации: «реабилитация инвалидов - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности... Основные направления реабилитации и абилитации инвалидов включают в себя: медицинскую реабилитацию, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение...». Невыполнение этого плана, часто включающего хирургическую операцию, является грубым нарушением индивидуальной программы реабилитации.

Задание 97.

Что такое абилитация? Чем отличается от реабилитации?

Эталон ответа: Аби́литация (лат. *abilitatio*; от лат. *habilis* — удобный, приспособительный) — лечебные, педагогические, психологические или социальные мероприятия по отношению к инвалидам или морально подорванным людям (осуждённым и прочим), направленные на приспособливание их к жизни в обществе, на приобретение возможности учиться и трудиться. В более широком смысле слова, абилитация — подготовка к

какому-либо роду деятельности. Реабилитация — комплекс медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма, а также социальных функций и трудоспособности больных и инвалидов. Таким образом, реабилитация — это восстановление утраченных возможностей и способностей, а абилитация — развитие потенциальных возможностей.

Задание 98.

Перечислите показания для назначения физиотерапии больным туберкулезом на стационарном этапе лечения

Эталон ответа: Показаниями к применению физиотерапии на фоне стандартизированной ХТ являются все клинические формы впервые выявленного активного туберкулеза, однако их применение наиболее целесообразно:

- при распространенных (более 1 сегмента) или сопровождающихся клиническими проявлениями форм после начала адекватной химиотерапии и уменьшения симптомов интоксикации;
- при замедленной регрессии специфического воспаления;
- при сохранении деструктивных изменений в легких, сопутствующем бронхообструктивному синдрому, наличие "блокированных" каверн.

Задание 99.

Перечислите общие противопоказания для применения физиотерапии у больных туберкулезом легких

Эталон ответа: Противопоказания для применения всех физических методов

Общие:

- гипертоническая болезнь II-III стадии, с частыми кризами;
- ишемическая болезнь III-IV функционального класса, опасные для жизни нарушения ритма;
- наличие злокачественных и доброкачественных новообразований (миома матки, аденома предстательной железы, мастопатия, эндометриоз, липоматоз, нейрофиброматоз);
- декомпенсированные расстройства систем кровообращения, дыхания свертывания крови и др. основных систем жизнеобеспечения;
- беременность;
- индивидуальная непереносимость процедуры.

Задание 100.

Перечислите противопоказания для применения физиотерапии у больных туберкулезом, обусловленные туберкулезным процессом:

Эталон ответа: Противопоказания, обусловленные туберкулезным процессом:

- прогрессирование специфического воспаления в виде лихорадки, нарастания интоксикационного синдрома, увеличения инфильтративных изменений и появления новых полостей деструкции;
- неадекватная антибактериальная терапия вследствие непереносимости химиопрепаратов или полирезистентности микобактериальной популяции.
- кровохарканье или легочное кровотечение.

Кроме того, для каждого из физических методов имеются специфические ограничения к применению, данные о которых приведены в характеристике метода.

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) 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
удовлетворительно	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
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

	основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа		
--	--	--	--

Критерии оценивания ситуационных задач:

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, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
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