

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«ФТИЗИАТРИЯ»

Научная специальность: 3.1.26 «Фтизиатрия»
код, наименование

Кафедра: фтизиатрии им. И.С. Николаева

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2022

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

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

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

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

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

(Этот пункт не заполнять, но не удалять)

Код и формулировка компетенции*	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
код и наименование формируемой компетенции			

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

4.1. Тестовые задания:

001. В протоколе рентгенологического исследования необходимо отобразить
- скиалогическую характеристику патологического процесса
 - морфологическую характеристику патологического процесса
 - предположение о морфологии процесса, полученное на основании скиалогической характеристики патологических изменений в легких и органах средостения
002. Заключение протокола рентгенологического исследования является
- выводом
 - диагнозом
 - кратной скиало-морфологической характеристикой патологического процесса
003. Заключение протокола рентгенологического исследования может быть
- конкретным
 - с указанием дифференциально-диагностического ряда, включающим не более двух нозологических форм
 - с рекомендациями применения дополнительных методов для уточнения диагноза в неясном случае
 - всем вышеперечисленным
004. В заключении протокола рентгенологического исследования кроме формы туберкулеза необходимо отразить
- локализацию процесса
 - распространенность процесса
 - активность процесса (его фазу)
 - вариант процесса
 - все перечисленное
005. Туберкулез бронха, выявленный во время бронхоскопии, протекает клинически малосимптомно
- в 5-7% случаев
 - в 20-30% случаев
 - в 50% случаев
006. Бронхоскопия у больных туберкулезом показана
- при всех формах легочного туберкулеза, протекающих с деструкцией и бактериовыделением
 - при предоперационном обследовании больных
 - при туберкулезных плевритах и туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов
 - при бактериовыделении из очага неясной локализации
 - при всех перечисленных случаях
007. Лечебная бронхоскопия у больных туберкулезом показана
- при инфильтративном туберкулезе бронха без выраженного стеноза его просвета
 - при язвенном туберкулезе стенки долевого бронха с разрастанием грануляции, стенозирующих его просвет
 - при локальном катаральном эндобронхите
 - при разлитом гипертрофическом эндобронхите
008. Бронхоскопия с помощью "жесткого" бронхоскопа имеет преимущества по сравнению с фибробронхоскопией, кроме
- дешевизны аппаратуры
 - лучшего обзора трахеи и бронхов 1-2-го порядка

- в) возможности осмотреть стенку бронхов 3-6-го порядка
009. Фибробронхоскопия имеет все перечисленные преимущества по сравнению с бронхоскопией "жестким" бронхоскопом, кроме
- а) дешевизны аппаратуры
 б) меньшей травматичности вмешательства
 в) возможности произвести биопсию легочной ткани
010. При трансбронхиальной щипцовой биопсии берутся на исследование
- а) кусочки слизистой бронха
 б) кусочки стенки бронха со слизистой оболочки и хрящевой тканью
 в) участки паренхимы легкого
011. Инфильтративный туберкулез легких - это
- а) туберкулез легких, характеризующийся участком затемнения
 б) туберкулез легких, проявляющийся клиникой пневмонии
 в) туберкулез легких, характеризующийся воспалительными изменениями с преобладанием экссудативного компонента и казеозным некрозом в центре
012. Преобладание экссудативного воспалительного процесса при инфильтративном туберкулезе с казеозным некрозом и частым образованием полостей распада происходит в первую очередь
- а) из-за гиперергической реакции макроорганизма на микобактерии туберкулеза
 б) из-за гиперсенсibilизации легочной ткани к антигенам микобактерий туберкулеза
 в) из-за массивного размножения инфекции в очаге поражения
013. В основу клинико-рентгенологических вариантов инфильтратов положено
- а) поражение бронха
 б) степень выраженности специфического воспаления и его распространенность
 в) наличие ателектатических изменений
 г) объем поражения легкого
 д) клинические проявления болезни
014. Лобулярный инфильтрат характеризуется
- а) отсутствием клинических проявлений заболевания
 б) умеренно выраженными и непродолжительными клиническими симптомами заболевания
 в) наличием симптомов локального бронхита
 г) наличием влажных хрипов в легком
015. Для лобулярного инфильтрата наиболее характерными рентгенологическими признаками являются
- а) однородный круглый фокус с очагами вокруг
 б) однородная неправильной формы фокусная тень, нередко с очагами вокруг
 в) неоднородный участок затемнения с очагами вокруг
 г) треугольный неоднородный участок с очагами вокруг
016. Лобулярный инфильтрат наблюдается среди инфильтративного туберкулеза
- а) в 10% случаев
 б) в 20% случаев
 в) в 30% случаев
 г) в 50% случаев
017. При лобулярном инфильтрате микобактерии туберкулеза в мокроте и промывных водах бронхов обнаруживаются
- а) до 10% случаев
 б) до 20% случаев
 в) до 30% случаев
 г) до 50% случаев
 д) свыше 50% случаев
018. При лобулярном инфильтрате распад определяется
- а) менее, чем в 10% случаев
 б) около 20% случаев
 в) около 30% случаев
 г) около 50% случаев
 д) выше 50% случаев

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

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

- в) неоднородный треугольной формы участок с очагами
 г) однородный участок затемнения с очагами
 д) однородный треугольной формы участок затемнения с очагами
035. Периссиссурит подвергается распаду
 а) в 30% случаев
 б) в 40% случаев
 в) в 50% случаев
 г) в 60% случаев
 д) в 70% случаев и более
036. При периссиссурите выделение микобактерий туберкулеза наблюдается
 а) в 40% случаев
 б) в 50% случаев
 в) в 60% случаев
 г) в 70% случаев
 д) в 80% случаев и более
037. Клинико-рентгенологический синдром периссиссурита требует дифференциальной диагностики
 1) с острой пневмонией
 2) с раком легкого
 3) с саркоидозом легкого
 4) с ретенционной кистой
 5) с абсцедирующей пневмонией
 6) с эозинофильной пневмонией
 а) правильные ответы 1 и 2
 б) правильные ответы 1 и 5
 в) правильные ответы 2 и 3
 г) правильные ответы 3 и 4
 д) правильные ответы 5 и 6
038. При эффективном лечении периссиссурита чаще формируется
 а) участок пневмосклероза
 б) участок пневмосклероза с очагами
 в) туберкулема
 г) цирроз или участок пневмосклероза с очагами
 д) крупные очаги
039. При лобите наблюдаются следующие клинические симптомы:
 1) высокая лихорадка
 2) острое начало с продромой
 3) сухой кашель
 4) влажный кашель
 5) тупой перкуторный звук
 6) бронхиальное дыхание
 7) большое количество влажных хрипов
 8) боли в груди на стороне поражения
 9) умеренные клинические симптомы
 а) правильные ответы 1, 4, 5, 6, 7 и 8
 б) правильные ответы 1, 2, 5, 6 и 7
 в) правильные ответы 1, 5 и 6
 г) правильные ответы 1, 2, 3, 5 и 8
 д) правильный ответ 9
040. Туберкулезный лобит характеризуется следующими рентгенологическими признаками:
 1) участок затемнения, захватывающий часть доли
 2) участок затемнения, захватывающий всю долю
 3) однородная тень
 4) неоднородная тень, имеющая очаговые образования
 5) высокая интенсивность тени
 6) доля увеличена в объеме
 7) доля уменьшена в объеме
 8) часто распад
 9) редко распад

- 10) часто очаги бронхиального отсева
 а) правильные ответы 2, 4, 5, 7, 9 и 11
 б) правильные ответы 1, 3, 5, 6, 9 и 11
 в) правильные ответы 1, 3, 6 и 8
 г) правильные ответы 2, 4, 5, 7, 8 и 10
 д) правильные ответы 2, 3, 5, 6, 8 и 11
041. Лобит подвергается распаду
 а) в 40% случаев
 б) в 50% случаев
 в) в 60% случаев
 г) в 70% случаев
 д) в 80% случаев и более
042. При лобите выделение микобактерий туберкулеза наблюдается
 а) в 40% случаев
 б) в 50% случаев
 в) в 60% случаев
 г) в 70% случаев
 д) в 80% случаев и более
043. Туберкулезный лобит необходимо дифференцировать
 а) с крупозной пневмонией
 б) с раком легкого
 в) с эозинофильной пневмонией
 г) со всем перечисленным
044. При эффективном лечении лобита чаще формируется
 а) участок пневмосклероза
 б) крупные очаги
 в) участок пневмосклероза с очагами
 г) туберкулема
 д) цирроз
045. Основным морфологическим отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является
 а) большой объем поражения
 б) преобладание казеозного некроза
 в) более частый распад
 г) склонность к бронхогенной диссеминации
 д) поражение крупных бронхов
046. При казеозной пневмонии наблюдаются следующие клинические симптомы:
 1) острое начало
 2) высокая лихорадка
 3) субфебрильная температура
 4) сухой кашель
 5) влажный кашель
 6) сухие хрипы в легких
 7) много влажных хрипов
 8) умеренно выраженные перечисленные клинические симптомы
 а) правильные ответы 8
 б) правильные ответы 1, 2, 5 и 7
 в) правильные ответы 1, 3, 4 и 6
 г) правильные ответы 1, 3 и 5
 д) правильные ответы 1, 3 и 6
047. Казеозная пневмония характеризуется следующими рентгенологическими симптомами:
 1) участком затемнения
 2) фокусом затемнения
 3) однородной тенью
 4) неоднородной тенью
 5) высокой интенсивностью тени
 6) наличием распада легочной ткани
 7) редким распадом легочной ткани

- 8) ограниченной бронхогенной диссеминацией
 9) обширной бронхогенной диссеминацией
 10) ограниченным поражением
 11) частым полисегментарным поражением
 а) правильные ответы 1, 3, 6, 8 и 11
 б) правильные ответы 2, 4, 5, 6, 8 и 10
 в) правильные ответы 2, 3, 5, 7, 8 и 10
 г) правильные ответы 1, 4, 5, 6, 9 и 11
 д) правильные ответы 1, 3, 7, 8 и 10
048. Казеозная пневмония характеризуется
 а) скудным выделением МБТ
 б) обильным выделением МБТ
 в) редким выделением МБТ
 г) однократным выделением МБТ
049. Казеозную пневмонию необходимо дифференцировать
 а) с клебсиеллопневмонией
 б) со стафилококковой пневмонией
 в) с пневмококковой пневмонией
 г) с раком легкого
 д) с пневмонией, вызванной одновременно клебсиеллой и стафилококком
050. При эффективном лечении казеозной пневмонии чаще формируется
 а) участок пневмоцирроза
 б) пневмосклероз с очагами
 в) множественные туберкулемы
 г) цирротический и фиброзно-кавернозный туберкулез
 д) группа очагов
051. Туберкулема в структуре заболеваемости туберкулезом органов дыхания составляет
 а) 1-2%
 б) 4-5%
 в) 10-20%
 г) 20-25%
052. Среди контингента больных туберкулезом лица с этим процессом составляют
 а) 5%
 б) 8%
 в) 8-10%
 г) 10-15%
 д) более 20%
053. Туберкулема легкого представляет собой
 а) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфической грануляционной ткани
 б) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфического и неспецифического воспаления
 в) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный соединительнотканной капсулой с включением клеточных элементов туберкулезной гранулемы
054. В туберкулеме легкого микобактерий туберкулеза по сравнению с инфильтративно-пневмоническим процессом аналогичного размера меньше
 а) в 10 раз
 б) в 20 раз
 в) в 50 раз
 г) в 100 раз
 д) в 1000 раз
055. Формирование туберкулемы возможно во всех перечисленных случаях, кроме
 а) рубцевания каверны
 б) заполнения каверны
 в) прогрессирования очаговой формы туберкулеза
 г) прогрессирования туберкулезного локального панбронхита
056. К казеозным относятся все перечисленные варианты туберкулем, кроме
 а) инфильтративно-пневмонической
 б) псевдотуберкулемы

- в) гомогенной
 - г) слоистой
 - д) конгломератной
057. Обострение туберкулезного процесса при туберкулезе связано
- а) с появлением симптомов интоксикации
 - б) с перифокальной реакцией вокруг туберкулемы и появлением в ней распада
 - в) с размножением микобактерий туберкулеза
 - г) со всем перечисленным
058. Крупными считаются туберкулемы размером
- а) 1-2 см
 - б) 3.0-3.9 см
 - в) 4-5-6 см и более
059. Туберкулемы могут иметь следующий вариант клинического течения
- а) стационарный
 - б) прогрессирующий
 - в) регрессирующий
 - г) все ответы правильные
060. У больного с длительно существующей стационарной туберкулезом появились симптомы интоксикации: кашель со скудной мокротой (БК+), а на рентгенограмме - перифокальная реакция вокруг туберкулемы и полость распада в ней, что следует расценивать
- а) как прогрессирующий вариант течения заболевания
 - б) как фазу инфильтрации и распада при туберкулезе легкого
 - в) как реактивацию туберкулеза
061. Обострение при туберкулезах небольшого размера, выявленных без признаков активности специфического процесса, имеет место приблизительно
- а) в 3-5% случаев
 - б) в 10% случаев
 - в) в 20-30% случаев
 - г) более, чем 30% случаев
062. У больного с туберкулезом легкого, выявленной в фазе инфильтрации, распада и обсеменения (БК+) и подвергнувшегося эффективной химиотерапии, наиболее вероятным будет
- а) стационарное течение процесса
 - б) прогрессирование заболевания
 - в) регрессирующий вариант течения процесса
063. У больного с туберкулезом легкого, выявленной в фазе инфильтрации, распада и обсеменения (БК+), отказавшегося от лечения, наиболее вероятным будет
- а) стационарный вариант течения заболевания
 - б) прогрессирующий вариант течения заболевания
 - в) регрессирующий вариант течения заболевания
064. При длительной ремиссии процесса в казеозных массах туберкулемы преобладают
- а) бактериальные особи микобактерий туберкулеза
 - б) трансформированные формы микобактерий туберкулеза
 - в) фильтрирующиеся особи микобактерий туберкулеза
 - г) все перечисленное
065. Появление клинической симптоматики и изменения со стороны томограммы и СОЭ у больных туберкулезом легкого обычно связано
- а) только с размножением микобактерий туберкулеза в очаге поражения
 - б) с размножением микобактерий туберкулеза и выходом их из очага поражения с появлением перифокальной воспалительной реакции
 - в) с размножением микобактерий туберкулеза и расплавлением казеозных масс
 - г) со всем перечисленным
066. С появлением полости распада у больных туберкулезом легкого бактериовыделение будет
- а) массивным и постоянным
 - б) не обильным и не постоянным
 - в) отсутствовать
067. Туберкулема чаще локализуется в следующих сегментах легких
- а) 1-м, 2-м, 6-м, 7-м
 - б) 3-м, 5-м, 8-м, 9-м

- в) 4-м, 5-м, 7-м, 9-м
 г) 1-м, 2-м, 6-м, 10-м
068. Туберкулемы в пределах сегмента локализуются чаще
 а) субплеврально, кортикально, в плащевом отделе
 б) в центральном отделе
 в) в среднем отделе
 г) межсегментарно
 д) на границе 1-го, 2-го, 6-го, 10-го сегментов
069. У туберкулемы в фазе инфильтрации контур обычно бывает
 а) нечетким
 б) бугристым
 в) четким
070. У туберкулемы во время ремиссии процесса контур чаще бывает
 а) четкий
 б) нечеткий
 в) бугристый
071. Основными факторами, способствующими возникновению туберкулеза и его неблагоприятному течению при сочетании с другими заболеваниями служат все перечисленные, кроме
 а) нарушения обмена веществ
 б) угнетения иммунной системы
 в) нарушения функции паренхиматозных органов
 г) поражения органов кроветворения
072. Повышают риск развития туберкулеза все перечисленные заболевания, кроме
 а) сахарного диабета
 б) гастродуоденальной язвы
 в) пневмокониозов
 г) алкоголизма
 д) гипертонической болезни
073. Морфологические изменения при туберкулезе, развившемся на фоне других заболеваний, характеризуются всем перечисленным, кроме
 а) преобладания продуктивных процессов
 б) преобладания экссудативных процессов
 в) преобладания казеозных изменений
 г) преобладания альтеративных изменений
074. Клиническому течению туберкулеза в сочетании с другими заболеваниями присуще все перечисленные особенности, кроме
 а) не отличающегося от обычного
 б) склонности к прогрессированию заболевания
 в) относительно замедленной регрессии при лечении
075. Туберкулез у больных хроническим бронхитом в сравнении со средней частотой наблюдается
 а) чаще
 б) реже
 в) не отличается от средней частоты
076. Туберкулез органов дыхания и его последствия способствуют возникновению и неблагоприятному течению хронического бронхита
 а) да
 б) нет
077. Течение туберкулеза у больных хроническим бронхитом
 а) не отличается от обычного
 б) характеризуется менее благоприятным течением
 в) можно охарактеризовать неблагоприятным только у части больных
078. Прогрессирующее течение туберкулеза чаще наблюдается
 а) при геморрагическом и атрофическом бронхите
 б) при обструктивном и гнойном бронхите
 в) при фибринозном и гипертрофическом бронхите
 г) при катаральном бронхите
079. У больных туберкулезом относительно чаще наблюдается
 а) необструктивный бронхит

- б) обструктивный бронхит
в) и тот, и другой одинаково часто
080. Химиотерапия туберкулеза у больных, страдающих также хроническим бронхитом
а) не отличается особенностями
б) должна быть более продолжительной при одновременном лечении хронического бронхита
в) возникает необходимость в эндотрахеальном вливании противотуберкулезных препаратов
г) должна сочетаться с лечением аэрозолями антибиотиков широкого спектра действия
081. Медицинские показания к хирургической операции у больного туберкулезом органов дыхания определяются
а) прогрессированием заболевания несмотря на проводимое лечение или возникновением осложнений, угрожающих жизни больного
б) приостановкой в инволюции процесса в ходе медикаментозного лечения
в) сохранением к концу основного курса химиотерапии изменений, грозящих существенным риском реактивации инфекции
г) наличием хронических очагов инфекционного процесса, санация которых медикаментозными средствами невозможна
д) все ответы правильные
082. Социальные показания к операции определяются
а) пьянством и алкоголизмом больного
б) недисциплинированностью и отказом от лечения
в) необходимостью в силу разных причин ускорить медицинскую и социальную реабилитацию больного
083. Витальные показания к операции - это
а) проведение неотложного хирургического вмешательства с целью предупредить распад легочной ткани в очаге поражения и бронхогенную диссеминацию
б) проведение неотложного хирургического вмешательства с целью предупредить легочное кровотечение или спонтанный пневмоторакс
в) проведение неотложного хирургического вмешательства, чтобы устранить угрожающие жизни больного проявления или осложнения инфекционного процесса
г) все ответы правильные
084. Основным показанием к операции при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов является
а) инфильтративный бронхоаденит и его осложнения
б) опухолевидный бронхоаденит и его осложнения
085. При опухолевидном бронхоадените показания к неотложной операции возникают в связи
а) с возникновением лимфо-гематогенной и бронхогенной диссеминации
б) с осложнением ателектазом доли или легкого
в) с угрозой прорыва казеозных масс в просвет бронха или пищевода при контактном переходе процесса на стенку бронха или пищевода
086. При опухолевидном бронхоадените операция ганглиэктомии показана в случае
а) генерализованного характера поражения
б) обширного отложения солей кальция в ткани пораженного лимфатического узла
в) недостаточной эффективности комбинированной химиотерапии с сохранением активности специфического процесса или высокого риска его реактивации в связи со значительными объемами поражения (лимфоузлы более 1.5-2 см в диаметре)
г) все ответы правильные
087. При бронхолегочном осложнении туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов операция показана, если в ходе общего и местного медикаментозного лечения
а) формируется пневмофиброз или пневмоцирроз
б) не разрешается ателектаз
в) сохраняются проявления активного туберкулеза в измененной легочной ткани или бронхиальном дереве, а также возникают легочные геморрагии или присоединяется вторичная инфекция
г) все ответы правильные
088. Показания к операции у больных очаговым туберкулезом легких определяются
а) обострениями и прогрессирующим течением заболевания

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

- в) торакопластику
 - г) правильные ответы а) и б)
 - д) правильные ответы б) и в)
097. Искусственный пневмоторакс (инсуффляция газа в плевральную полость) накладывается
- а) с лечебной целью
 - б) с диагностической целью
 - в) с профилактической целью
 - г) все ответы правильные
 - д) правильные ответы а) и б)
098. Диагностический пневмоторакс накладывается с целью
- а) выявить плевральные сращения
 - б) выявить свободный плевральный выпот
 - в) уточнить локализацию патологического процесса (легочная или внелегочная)
 - г) все ответы правильные
099. В результате коллапса (спадения) легкого происходит снятие эластического натяжения легочной ткани, изменение гемодинамики в легочной ткани, а также лимфообращение, что приводит
- а) к сближению стенок каверны
 - б) к усилению экссудативной реакции с очищением каверны от казеозных масс и резорбции некроза
 - в) к преобладающему развитию продуктивного воспаления в очаге поражения
 - г) правильные ответы а) и б)
 - д) правильные ответы а) и в)
100. В эру химиотерапии показания к наложению лечебного пневмоторакса определяются совокупностью следующих факторов
- а) свежий ограниченный деструктивный туберкулез (очаговый, инфильтративный, в фазе распада), локализующийся в верхней доле легкого
 - б) кавернозный и ограниченный фиброзно-кавернозный туберкулез, локализующийся в верхней доле легкого
 - в) плохая переносимость химиопрепаратов или первичная лекарственная устойчивость к ним
 - г) правильные ответы а) и в)
 - д) все ответы правильные

4.2. Контрольная работа:

Вариант № 1

1. Частота туб. плевритов, как самостоятельной формы туберкулеза органов дыхания у детей и подростков.
2. Виды плевритов по томографии плевры.
3. Клинические проявления сухого плеврита.
4. Укажите возможные варианты начала экссудативного туб. плеврита.
5. Изменения в гемограмме при туб. плеврите.
6. Данные рентгенологического исследования при костодиафрагмальных плевритах.
7. Какие данные дополнительных методов исследования позволяют доказать туб. этиологию плеврита?
8. Дифференциальная диагностика туб. плеврита с пара- и мета-пневмоническим плевритом.
9. С какой целью проводят пробу Ривальта?
10. Основные принципы лечения больного туб. плевритом.

Вариант № 2

1. Частота туб. плевритов, как осложнений первичного туберкулеза органов дыхания у детей и подростков.
2. Виды туб. плевритов по наличию экссудата.
3. Как отличить боли при сухом плеврите от болей при межреберной невралгии?
4. Клинические симптомы при экссудативном туб. плеврите.

5. Изменения в протеинограмме при туб. плеврите.
6. Данные рентгенологического исследования при междолевом плеврите.
7. Что такое плевроскопия?
8. На какие данные необходимо опираться при постановке диагноза туб. плеврита?
9. Что такое пиопневмоторакс?
10. Этиотропная терапия больного туб. плевритом.

Вариант № 3

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

Вариант № 4

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

Вариант № 5

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

Вариант № 6

1. Патогенез аллергического плеврита.
2. Что такое осумкованный плеврит?
3. Данные рентгенологического исследования при сухом плеврите.
4. Данные перкуссии при экссудативном плеврите.
5. Какой характер экссудата чаще встречается при туберкулезном плеврите?
6. С какой целью может быть использована латерография при экссудативном плеврите.
7. С какой целью проводится бронхоскопия у больных с туб. плевритом?
8. С выпотами при каких заболеваниях проводят дифференциальную диагностику туб. плеврита?
9. Возможные осложнения при эмпиеме плевры.
10. Методы введения противотуберкулезных препаратов при туб. плевритах.

Вариант № 7

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

плевритах.

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

Вариант № 8

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

плевритах.

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

хирургическое лечение, какие виды операций).

Вариант № 9

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

этиологию плеврита?

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

Вариант № 10

1. Частота туб. плевритов, как самостоятельной формы туберкулеза органов дыхания у детей и подростков.

2. Виды туб. плевритов по бактериологической характеристике экссудата.
3. Патоморфологические изменения в плевре при сухом туб. плеврите.
4. Укажите возможные варианты начала экссудативного туб. плеврита.
5. Изменения в гемограмме при туб. плеврите.
6. Данные рентгенологического исследования при медиастинальном плеврите.
7. Методика проведения плевральной пункции.
8. Дифференциальная диагностика туб. плеврита и опухолевого плеврита.
9. Осложнения при туб. плевритах.
10. В чем суть пробы Ривальта?

Вариант № 11

1. Частота туб. плевритов, как осложнений первичного туберкулеза органов дыхания у детей и подростков.

2. Виды плевритов по томографии плевры.

3. Как отличить боли при сухом плеврите от болей при межреберной невралгии?
4. Данные перкуссии при экссудативном плеврите.
5. Изменения в протеинограмме при туб. плеврите.
6. Как можно отличить свободный выпот от осумкованного?
7. С какой целью проводится плевроскопия у больных плевритом?
8. Дифференциальная диагностика туб. плеврита и ревматического плеврита.
9. Возможные осложнения при эмпиеме плевры.
10. Этиотропная терапия больного туб. плевритом.

Вариант № 12

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

Вариант № 13

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

Вариант № 14

1. Патогенез перифокального плеврита.
2. Виды туб. плевритов по характеру экссудата.
3. Данные рентгенологического исследования при сухом плеврите.
4. Клиника при экссудативном туб. плеврите.
5. Какой характер экссудата чаще встречается при туберкулезном плеврите?
6. С какой целью проводится томографическое исследование при туб. плевритах?
7. Как проводится исследование плеврального выпота (какими методами)?
8. С какими заболеваниями надо дифференцировать сухой туб. плеврит?
9. Осложнения при туб. плевритах.
10. Методы введения противотуберкулезных препаратов при туб. плевритах.

Вариант № 15

1. Патогенез аллергического плеврита.
2. Виды туб. плевритов по течению процесса.
3. Характер болевого синдрома при сухом плеврите.
4. Данные аускультации при экссудативном плеврите.
5. Какой клеточный состав экссудата характерен для туб. плеврита?
6. Данные рентгенологического исследования при костодиафрагмальных плевритах.

7. Какие данные дополнительных методов исследования позволяют доказать туб. этиологию плеврита?
8. Дифференциальная диагностика туб. плеврита с пара- и мета-пневмоническим плевритом.
9. Исходы туб. плевритов.
10. Хирургическое лечение в терапии туб. плевритов (когда применяется хирургическое лечение, какие виды операций).

4.3 Творческое задание (индивидуальное задание):

№1	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у	-	<p>Мужчина, 45 лет, обратился к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 38,2°C, слабость, потливость, кашель со слизисто-гноющей мокротой, одышку при умеренной физической нагрузке, похудание на 5кг за месяц.</p> <p>Из анамнеза известно, что ухудшение самочувствия пациент отмечает в течение месяца, когда стал отмечать слабость, потливость, повышение температуры преимущественно в вечернее время, кашель, появилась одышка, похудел. Лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие средства. Курит (около 25 лет, 1 пачка сигарет в день), злоупотребление алкоголем – отрицает. Употребление наркотиков – отрицает. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Туб. контакт – сосед болен туберкулезом легких.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложения. Рост 180 см, вес 69кг. Кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка правильной формы, правая половина грудной клетки несколько отстает при дыхании. Притупление перкуторного звука справа в верхних отделах грудной клетки, где выслушивается бронховезикулярное дыхание, единичные влажные хрипы. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 78 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст.</p> <p>В анализах: Eг – 4,1*10¹²/л, Hb – 132 г/л, Le – 11,2*10⁹/л, п – 8%, с – 72%, л – 12%, м – 7%, э – 1%, СОЭ – 42 мм/ч.</p> <p>На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: в верхней доле правого легкого на фоне усиленного легочного рисунка определяются участки инфильтрации, часть из которых с полостями распада (максимальная из них 2,5*1,8 см), полиморфные очаги. В 4, 5, 6 сегментах с обеих сторон очаги бронхогенного засева.</p> <p>ДСТ – папула 12 мм.</p> <p>В мокроте: МСК обнаружены КУМ 2+. ПЦР-РВ обнаружена ДНК МБТ; мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Укажите, какой дополнительный метод инструментального исследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.
В	4	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
В	5	Через 5 месяцев контролируемой регулярной противотуберкулезной терапии у пациента отмечается ликвидация симптомов интоксикации

		и респираторных жалоб, нормализация лабораторных показателей, прекращение бактериовыделения. При рентгено-томографическом исследовании отмечается рассасывание очагов бронхогенного засева, частичное уменьшение инфильтрации и очагов в верхней доле правого легкого, но деструктивные изменения сохраняются (сформировались туберкулемы средних размеров с распадом). Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
--	--	---

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

		органов дыхания отмечается выраженная положительная динамика в виде уменьшение размеров инфильтрата до размеров очага (9мм*8мм*5мм), уменьшение количества и размеров очагов во 2 сегменте правого легкого; полостей распада не выявлено. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
--	--	--

№3	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у	-	<p>Мужчина, 52 лет, обратился к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°C, кашель со слизисто-гноной мокротой, одышку, слабость, потливость, боли в грудной клетке.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент заболел остро 2 дня назад. После переохлаждения появилась слабость, повышение температуры, потливость, кашель, одышка при умеренной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки при кашле и глубоком дыхании. Лечился самостоятельно (принимал жаропонижающие средства) без эффекта, обратился к врачу. Хронические заболевания: сахарный диабет. Употребление наркотиков, курение, злоупотребление алкоголем – отрицает. Предыдущая ФЛГ (10 месяцев назад) – норма. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Туб. контакт – друг болен туберкулезом легких.</p> <p>При осмотре: состояние ближе к удовлетворительному. Нормостенического типа телосложения. Рост 178 см, вес 82кг. Кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка правильной формы, правая половина грудной клетки несколько отстает при дыхании. Притупление перкуторного звука справа в верхних отделах грудной клетки, где выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, влажные хрипы. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 88 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: $Eg - 4,1 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 130$ г/л, $Le - 13,2 \cdot 10^9/л$, $p - 6\%$, $c - 72\%$, $л - 14\%$, $м - 7\%$, $э - 1\%$, $СОЭ - 41$ мм/ч.</p> <p>При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки: в верхнем поле правого легкого (от верхушки до переднего отрезка 3 ребра) определяются участки инфильтрации. Левое легкое – без очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких структурные. Сердце – норма.</p>
В	1	Какова Ваша лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
В	2	<p>Пациенту проведен курс противопневмонического лечения с применением антибиотиков широкого спектра действия (цефтриаксон) в течение 2 недель. В результате лечения отмечается улучшение самочувствия: уменьшение кашля, слабости, одышки, однако сохраняется повышение температуры тела до 37,5°C преимущественно в вечернее время, одышка при физической нагрузке.</p> <p>В анализах: $Eg - 4,2 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 132$ г/л, $Le - 10,8 \cdot 10^9/л$, $p - 5\%$, $c - 70\%$, $л - 15\%$, $м - 9\%$, $э - 1\%$, $СОЭ - 40$ мм/ч.</p> <p>При рентгенологическом контроле: в верхнем поле правого легкого (от верхушки до переднего отрезка 3 ребра) сохраняются участки инфильтрации, структура их стала неомогенной.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ – папула 14 мм. ДСТ – папула 9 мм.</p>

		<p>В мокроте: МСК КУМ не обнаружены 3-кратно. ПЦР-РВ обнаружена ДНК МБТ; мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено.</p> <p>КТ органов грудной клетки: в верхней доле правого легкого (1 и 2 сегменты) определяется участок инфильтрации с небольшими полостями распада (максимальная из них 10мм*7мм*5мм), в окружающей легочной ткани многочисленные гиподенсивные очаги. В 3, 6 сегментах правого легкого, 4, 5, 6 сегментах левого легкого немногочисленные очаги бронхогенного засева.</p> <p>Оцените результаты пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста.</p>
В	3	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	4	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	5	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.

№4	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 49 лет, неработающий, обратился к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 39,5°С, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при небольшой физической нагрузке, слабость, потливость, боли в грудной клетке, похудание.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент заболел остро 3 дня назад. После переохлаждения появилась резкая слабость, озноб, кашель, боли в левой половине грудной клетки при кашле и глубоком дыхании, потливость, одышка, температура тела повысилась до 39,5°С. Лечился самостоятельно (принимал жаропонижающие средства) без эффекта, состояние ухудшилось, обратился к врачу. Отмечает, что за последнее время похудел. Курит (около 30 лет, 1 пачка сигарет в день), злоупотребляет алкоголем. Употребление наркотиков отрицает. Находился в ИТУ с 2000г. по 2009г. Предыдущая ФЛГ (4 года назад) – норма. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Туб. контакт – друг болен туберкулезом легких.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести. Астенического типа телосложения. Рост 180 см, вес 61кг. Кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка правильной формы, левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Притупление перкуторного звука слева в верхних отделах грудной клетки, в межлопаточном пространстве, где выслушивается бронхиальное дыхание, влажные хрипы. ЧД – 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 90 уд.в мин., АД – 100/65 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень - + 1см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: $E_r - 3,7 \cdot 10^{12}/л$, $H_b - 118$ г/л, $Le - 14,2 \cdot 10^9/л$, $p - 10\%$, $c - 72\%$, $л - 10\%$, $м - 7\%$, $э - 1\%$, $СОЭ - 61$ мм/ч.</p> <p>При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки: в верхней доле и 6 сегменте левого легкого определяется массивная зона инфильтрации. Правое легкое – без очаговых и инфильтративных изменений. Корень правого легкого структурный. Сердце – норма.</p>
В	1	Какова Ваша лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

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

№5	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>У мужчины, 45 лет, при проведении профилактической флюорографии выявлены изменения в легких.</p> <p>Активно жалоб не предъявляет. Из анамнеза известно, что в течение длительного времени отмечает редкий кашель преимущественно сухой, иногда с выделением небольшого количества мокроты. К врачу не обращался, так как связывает наличие кашля с длительным стажем курения. Курит (более 30 лет, 1-2 пачки сигарет в день), злоупотребление алкоголем – отрицает. Употребление наркотиков – отрицает. Предыдущая ФЛГ (3 года назад) – норма. Отец умер от рака легких в возрасте 56 лет. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Туб. контакт – по месту работы 4 года назад.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложения. Рост 176 см, вес 70 кг. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Грудная клетка правильной формы, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Перкуторный звук ясный легочный. Дыхание везикулярное, хрипы четко не выслушиваются. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 72 уд.в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: $Eg - 4,3 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 136$ г/л, $Le - 7,2 \cdot 10^9/л$, $p - 2\%$, $c -$</p>

		<p>66%, л – 23%, м – 7%, э – 2%, СОЭ – 16 мм/ч.</p> <p>КТ органов грудной клетки: во 2 сегменте правого легкого определяется округлой формы образование с четкими контурами размером 20мм*15мм*12мм (высота) с единичными гиперденсивными включениями, не накапливающее при болюстном введении контрастное вещество. В других сегментах правого легкого и в левом легком – без очаговых и инфильтративных изменений.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ – папула 9 мм. ДСТ – папула 4 мм.</p> <p>В мокроте: атипичные клетки не обнаружены. МСК КУМ не обнаружены 3-кратно. ПЦР-РВ ДНК МБТ не обнаружена.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости и почек: очаговой патологии не лоцируется.</p>
В	1	Оцените результаты пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста.
В	2	Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
В	3	<p>Пациенту проведена ФБС с биопсией. Заключение: катаральный бронхит ПВ2 1 степени интенсивности воспаления. Цитологическое исследование: обнаружены единичные эпителиодные клетки. Гистология: в материале обнаружены единичные гранулемы с эпителиодными клетками и клетками Пирогова-Лангханса, с наличием казеозного некроза в центре.</p> <p>В мазках с катетера – МСК 7 КУМ. БАЛ: МСК – КУМ не обнаружены, БАКТЕК – выделена культура МБТ, чувствительная к изониазиду, рифампицину, этамбутолу, пиразинамиду, устойчивая к стрептомицину.</p> <p>Предположите наиболее вероятный диагноз.</p>
В	4	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	5	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.

№6	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина 37лет, изменения в легких выявлены при профилактической флюорографии на работе. Жалоб не предъявляет, но при активном расспросе больного установлено, что утром имеется «кашель курильщика» с небольшим количеством макроты слизистого характера и что за последние полгода больной похудел на 6-7 кг.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент курит около 18 лет до 1 пачки сигарет (около 20 штук) в день. Индекс курильщика = 18. Злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков отрицает. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Был контакт (со слов редкий) с коллегой по работе, больным туберкулезом легких.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложение. Рост 178 см, вес 63 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Грудная клетка правильной формы, активно участвует в акте дыхания. Аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в ‘. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 78 в ‘. АД – 115/75 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Симптомы покалывания по поясничной области отрицательные.</p>

		<p>В анализах: Eг – 5,2*10¹²/л; Hb – 128г/л; Le – 9,0*10⁹/л; П – 6%; С - 62%; Л -24%; М -5%; Э-3%; СОЭ – 19 мм/час.</p> <p>При рентгенфлюорографическом обследовании грудной клетки (на R-гр и флюорографии): справа без видимых изменений, слева в верхушке легкого и субключично видны множественные очаги малой интенсивности без четких контуров.</p> <p>Диаскинтест – 12 мм папула.</p> <p>При микроскопии мокроты КУМ не обнаружены.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.
В	4	Укажите, какой режим, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
В	5	Через 3 месяца химиотерапии у пациента отмечается прибавление в весе, рассасывание очагов в верхушке левого легкого, слева субключично отмечено формирование неправильной формы небольшого (d - 2 см) фокуса с четкими конурами. Каковы ваши рекомендации, обоснуйте свой выбор.

№7	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина 54 лет обратилась к врачу с жалобами на субфебрильную температуру до 37,5о, слабость, потливость, похудание на 4 кг за два месяца.</p> <p>Из анамнеза известно, что ухудшение самочувствия беспокоит около 2-3 месяцев. Пациентка более 10 лет страдает сахарным диабетом II типа, лечится диетой и сахароснижающими тублетированными препаратами. Отмечает, что в последнее время лечилась с нарушением, часто не соблюдала диету и режим приема лекарств.</p> <p>Употребление алкоголя и наркотиков отрицает. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болела. Туб.контакт отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Питание повышено. Рост 164 см. Вес – 90 кг. Кожные покровы чистые, бледноваты.</p> <p>Грудная клетка правильной формы, активно участвует в акте дыхания. Перкуторно – яный легочный звук. Аускультативно – дыхание бронхо-везикулярное, справа единичные влажные хрипы.</p> <p>ЧДД – 18 в ‘. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 88 в ‘.</p> <p>АД – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Дизурических расстройств нет. Симптом покалывания поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: Eг – 4,1*10¹²/л; Hb – 124 г/л; Le – 8,4*10⁹/л; П – 9%; С - 61%; Л -25%; М -3%; Э-2%; СОЭ – 17 мм/час. Глюкоза натощак – 8,9 ммоль/л.</p> <p>При рентгенологическом обследовании (Rгр): в верхней доле правого легкого определяется группа крупных и среднего размера очагов малой интенсивности без четких контуров с просветлением в центре.</p> <p>Диаскинтест – папула 14 мм.</p> <p>В мокроте методом микроскопии обнаружены КУМ 2+, методом ПЦР-РВ обнаружены ДНК микобактерий туберкулеза.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

В	3	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дообследования больной. Обоснуйте свой выбор.
В	4	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику процесса, имеющегося у больной.
В	5	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациентки. Обоснуйте свой выбор, дайте дальнейшие рекомендации.

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

№9	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина 27 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в левом боку, усиливающиеся при наклонах в здоровую сторону и дыхании; на температуру 39 ^о С, озноб и потливость.

		<p>Из анамнеза известно, что боли возникли после переохлаждения. Туберкулезный контакт с родственником. Больная отмечает, что через 2-3 дня интенсивность боли постепенно уменьшилась, но появилась отдышка. Со слов, при профилактической флюорографии лет 10 назад находили в верхушках кальцинаты. НЕ курит, алкоголем не злоупотребляет.</p> <p>При осмотре: состояние ближе к средней тяжести. Астеническое телосложение. Рост 172 см, вес 59 кг. Кожные покровы чистые, бледные больная предпочитает лежать на левом боку, так как при этом нет болей. Левая половина грудной клетки резко отстает при дыхании. ЧДД – 30 в ‘. Слева нижние межреберья сглажены. Перкуторно определяется притупление легочного звука слева по лопаточной и подмышечной линиям. Слева внизу голосовое дрожание не проводится. Аускультативно дыхание слева резко ослаблено. Границы сердца смещены вправо. Тоны сердца приглушены, учащены до 120 в ‘. АД 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: Eг – 4,0*10¹²/л; Hб – 120 г/л; Le – 11,02*10⁹/л; П – 12%; С - 59%; Л - 11%; М - 12%; Э - 6%; СОЭ – 40 мм/час.</p> <p>Мокроту больная не выделяет, кашля практически нет.</p> <p>НА обзорной рентгенограмме: в верхушках легких определяются тени с отложением извести. В нижних отделах грудной клетки слева гомогенные затемнения с косой верхней границей, идущей на уровне переднего отрезка IV ребра.</p> <p>Диаскинтест – папула 17 мм.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
В	4	Укажите, какой инструментальный метод лечения необходимо назначить и выполнить больной.
В	5	Укажите, какие противотуберкулезные препараты и по какому режиму необходимо назначить больной. Обоснуйте свой выбор.

№10	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина 45 лет, обратился к врачу с жалобами на внезапное появление кашля с большим количеством мокроты, болями в грудной клетке справа, одышку и резкие подъемы температуры до 39-39,50С.</p> <p>Из анамнеза известно, что ухудшение самочувствия отмечает последние несколько месяцев, сильно похудел (на 6-7 кг). Болен фиброзно-кавернозным туберкулезом правого легкого пять лет, лечился с перерывами, не аккуратно, от операции отказался. Алкоголь употребляет систематически, однако на учете у нарколога не состоит. Прием наркотиков отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние ближе к средней тяжести. Питание снижено. Рост 176 см, вес 52 кг. Кожные покровы бледные. Грудная клетка справа отстает при дыхании, нижние межреберья сглажены, пальпация их болезненна. Нижний легочный край справа неподвижен. Перкуторно определяется интенсивное притупление легочного звука справа. Справа в этой области голосовое дрожание не проводится.</p>

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

4.4 Реферат:

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

25. Неотложная помощь при анафилактическом шоке

4.5 Индивидуальный опрос:

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

патогенетической терапии в комплексном лечении больных туберкулезом.

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

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

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

5.1.1. Вопросы к экзамену по дисциплине «Фтизиатрия»

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1. Этиология туберкулеза: виды микобактерий туберкулеза, морфологическое строение и свойства, патогенность и вирулентность микобактерий, биологическая изменчивость микобактерий. Клиническое и эпидемиологическое значение различных видов и форм микобактерий.	-
2. Эпидемиологические показатели по туберкулезу: инфицированность, заболеваемость, распространенность, смертность, летальность, их исчисление. Роль социальноэкономических факторов.	-
3. Источники туберкулёзной инфекции. Пути проникновения и пути распространения в организме микобактерий туберкулеза. Роль наследственности в развитии туберкулеза. Понятие о первичном и вторичном туберкулезе.	-

4. Три вида морфологических реакций при туберкулёзном воспалении. Микроскопическое строение туберкулёзного бугорка. Эволюция туберкулёзного воспаления.	-
5. Понятие о врожденном и приобретённом иммунитете при туберкулёзе. Специфическая сенсibilизация при туберкулёзе, её выявление. Соотношение иммунитета и аллергии.	-
6. Методы выявления микобактерий туберкулёза в патологическом материале /бактериоскопический, бактериологический, биологический, молекулярно-генетический/. Правила забора мокроты на МБТ. Виды лекарственной устойчивости.	-
7. Лабораторная диагностика туберкулеза. Изменения периферической крови при активном туберкулёзе лёгких.	-
8. Основные и дополнительные методы лучевой диагностики туберкулёза органов дыхания. Основные рентгенологические синдромы при туберкулезе.	-
9. Рентгенологическая картина органов грудной клетки в норме в прямой проекции.	-
10. Долевое и сегментарное строение лёгких, границы долей лёгких на обзорной рентгенограмме. Определение правой и левой половины грудной клетки на обзорной рентгенограмме.	-
11. Инструментальные методы исследования /бронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия/ при дифференциальной диагностике туберкулёза. Виды биопсий.	-
12. Туберкулин, действующее начало туберкулина. Виды туберкулинов, туберкулинодиагностики, туберкулиновых проб. Три ответные реакции на введение туберкулина в сенсibilизированном туберкулёзом организме.	-
13. Проба Манту с 2 ТЕ: показания, противопоказания, методика проведения, оценка результатов. Дифференциально-диагностическое различие постинфекционной и поствакцинальной пробы Манту с 2 ТЕ.	-
14. Вираз туберкулиновой чувствительности и его значение для раннего выявления туберкулёза. Минимум сведений, необходимых для направления на консультацию к фтизиатру.	-
15. Проба Коха и градуированная скарификационная накожная проба в диагностике туберкулёза: показания, методика, оценка.	-
16. Диаскинтест в диагностике туберкулеза: показания, методика, оценка.	-
17. Основные симптомы интоксикации и локальные (грудные) симптомы при туберкулёзе органов дыхания.	-
18. Основные сведения из анамнеза жизни при подозрении на туберкулёз. Роль отягощающих факторов в заболевании туберкулёзом.	-
19. Методика объективного обследования больного с подозрением на туберкулёз. Обязательный диагностический минимум исследования.	-
20. Клиническая классификация туберкулёза, принципы построения, основные разделы. Схема формулировки диагноза туберкулёза органов дыхания в соответствии с классификацией.	-
21. Основные разделы комплексного лечения туберкулёза лёгких, режимы химиотерапии.	-
22. Классификация противотуберкулёзных препаратов. Основные принципы химиотерапии больных туберкулёзом лёгких.	-
23. Побочные действия изониазида, рифампицина, этамбутола. Тактика их устранения. Острое отравление изониазидом, неотложная помощь.	-
24. Хирургическое лечение больных туберкулёзом лёгких. Показания и виды оперативных вмешательств.	-

25. Первичный туберкулёзный комплекс: клиника, диагностика, течение, осложнения, лечение, исходы.	-
26. Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов: клиника, диагностика, осложнения, лечение, исходы.	-
27. Диссеминированный туберкулёз лёгких: клиника, диагностика, течение, осложнения, особенности лечения, исходы.	-
28. Туберкулёзный менингит: клиника, диагностика, осложнения, лечение, исходы.	-
29. Основные дифференциально-диагностические признаки туберкулезного, серозного и гнойного менингита.	-
30. Очаговый туберкулёз лёгких: клиника, диагностика, течение, осложнения, лечение, исходы.	-
31. Туберкулема лёгких: патогенез, клиника, диагностика, течение, осложнения, лечение, исходы. 32. Инфильтративный туберкулёз лёгких: клиника, диагностика, течение, осложнения, лечение, исходы.	-
33. Казеозная пневмония: клиника, диагностика, течение, осложнения, лечение, исходы.	-
34. Экссудативный туберкулёзный плеврит: клиника, дифференциальная диагностика, течение, осложнения, лечение, исходы.	-
35. Кавернозный туберкулёз лёгких: патогенез, клиника, диагностика, осложнения, лечение, исходы.	-
36. Фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких: патогенез, клиника, диагностика, осложнения, лечение, исходы.	-
37. Дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза легких.	-
38. Дифференциальная диагностика плевритов.	-
39. Осложнения туберкулёза органов дыхания (специфические, неспецифические).	-
40. Лёгочное кровотечение: клиника, диагностика, осложнения, доврачебная, первая врачебная, квалифицированная и специализированная помощь.	-
41. Спонтанный пневмоторакс: клиника, диагностика, осложнения, доврачебная, первая врачебная, квалифицированная и специализированная помощь.	-
42. Туберкулёз верхних дыхательных путей (гортани, трахеи, бронхов): патогенез, клиника, диагностика, лечение, исходы.	-
43. Туберкулёз органов дыхания у лиц пожилого и старческого возраста.	-
44. Туберкулез и беременность: особенности диагностики, течения, лечения.	-
45. Анафилактический шок: клиника, диагностика, неотложная помощь.	-
46. Виды противотуберкулезных учреждений. Противотуберкулёзный диспансер: структура, задачи по организации противотуберкулёзной помощи.	-
47. Характеристика групп диспансерного учёта: контингенты и рекомендуемые мероприятия.	-
48. Раннее и своевременное выявление туберкулеза: определение, методы, пути выявления. Флюорография как метод своевременного выявления туберкулёза у взрослых и подростков. Причины несвоевременного выявления, запущенных форм туберкулёза лёгких.	-
49. Иммунодиагностика, как метод раннего выявления туберкулёза у детей и подростков. Показания для направления на консультацию к фтизиатру.	-

50. Профилактика туберкулеза: определение, виды, методы. Первичная и вторичная химиопрофилактика туберкулёза - показания, противопоказания, методика проведения, оценка эффективности.	-
51. Вакцинация и ревакцинация против туберкулеза, виды вакцин, показания, противопоказания, методика, течение и контроль за прививочной реакцией, оценка эффективности вакцинации, ревакцинации, поствакцинальный иммунитет.	-
52. Осложнения вакцинации и ревакцинации БЦЖ, клиника, диагностика, лечение, наблюдение.	-
53. Эпидемиологический очаг туберкулёзной инфекции, его виды, категории очагов по степени опасности, критерии их определения, мероприятия в очаге туберкулёзной инфекции.	-
54. Текущая и заключительная дезинфекция в эпидемиологическом очаге туберкулёзной инфекции- показания, методика.	-
55. Группы повышенного риска заболевания туберкулёзом, организация наблюдения за данными лицами.	-
56. Особенности деонтологии во фтизиатрии. Права и обязанности больного туберкулёзом.	-
57. Социальные льготы больных туберкулёзом.	-
58. Особенности противотуберкулёзной работы на селе.	-

5.1.2. Ситуационные задачи к экзамену по дисциплине «Фтизиатрия»

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 45 лет, обратился к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 38,2°С, слабость, потливость, кашель со слизисто-гноной мокротой, одышку при умеренной физической нагрузке, похудание на 5кг за месяц.</p> <p>Из анамнеза известно, что ухудшение самочувствия пациент отмечает в течение месяца, когда стал отмечать слабость, потливость, повышение температуры преимущественно в вечернее время, кашель, появилась одышка, похудел. Лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие средства. Курит (около 25 лет, 1 пачка сигарет в день), злоупотребление алкоголем – отрицает. Употребление наркотиков – отрицает. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Туб. контакт – сосед болен туберкулезом легких.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложения. Рост 180 см, вес 69кг. Кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка правильной формы, правая половина грудной клетки несколько отстает при дыхании. Притупление перкуторного звука справа в верхних отделах грудной клетки, где выслушивается бронховезикулярное дыхание, единичные влажные хрипы. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 78 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст.</p> <p>В анализах: E_r – $4,1 \cdot 10^{12}/л$, H_b – 132 г/л, Le – $11,2 \cdot 10^9/л$, p – 8%, c – 72%, $л$ – 12%, $м$ – 7%, $э$ – 1%, $СОЭ$ – 42 мм/ч.</p> <p>На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: в верхней доле правого легкого на фоне усиленного легочного рисунка определяются участки инфильтрации, часть из которых с полостями распада (максимальная из них 2,5*1,8 см), полиморфные очаги. В 4, 5,</p>

		6 сегментах с обеих сторон очаги бронхогенного засева. ДСТ – папула 12 мм. В мокроте: МСК обнаружены КУМ 2+. ПЦР-РВ обнаружена ДНК МБТ; мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого, фаза распада и обсеменения, МБТ (+) чувствительность к изониазиду и рифампицину сохранена, IA ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза или не указана или неверно определена локализация, фаза процесса, характеристика бактериовыделения и/или группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз туберкулеза легких установлен на основании следующих данных. 1) Результаты бактериологического исследования (обнаружение в мокроте КУМ при микроскопии и ДНК МБТ при проведении ПЦР-РВ). 2) Данные рентгено-томографического обследования (в верхней доле правого легкого определяются участки инфильтрации, часть из которых с полостями распада, полиморфные очаги; в 4, 5, 6 сегментах с обеих сторон очаги бронхогенного засева). 3) Данные анамнеза заболевания: постепенное начало заболевания, наличие симптомов интоксикации и респираторных жалоб, контакт с больным туберкулезом. 4) Данные иммунодиагностики – положительный диаскин тест, свидетельствующий о высокой вероятности активного туберкулезного процесса. С учетом данных объективного осмотра (дефицит массы тела, бледность кожных покровов, притупление перкуторного звука справа в верхних отделах грудной клетки, где выслушивается бронховезикулярное дыхание, единичные влажные хрипы; правая половина грудной клетки несколько отстает при дыхании) и лабораторных данных (небольшой лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, лимфопения, повышение СОЭ), характеризующих степень выраженности воспалительного процесса.</p> <p>Клиническая форма инфильтративный туберкулез легких установлен на основе данных рентгено-томографического обследования (в верхней доле правого легкого определяются участки инфильтрации, часть из которых с полостями распада, полиморфные очаги; в 4, 5, 6 сегментах с обеих сторон очаги бронхогенного засева).</p> <p>Определение локализации процесса основано на данных рентгено-томографического обследования (наличие участков инфильтрации в верхней доле правого легкого), что подтверждается и данными объективного осмотра (притупление перкуторного звука справа в верхних отделах грудной клетки, где выслушивается бронховезикулярное дыхание и единичные влажные хрипы).</p> <p>Установление фазы процесса основано на данных рентгено-томографического обследования (в верхней доле правого легкого определяются участки инфильтрации, часть из которых с полостями</p>

		<p>распада, полиморфные очаги; в 4, 5, 6 сегментах с обеих сторон очаги бронхогенного засева).</p> <p>Характеристика бактериовыделения дана на основе данных бактериологического исследования: обнаружение в мокроте при микроскопии КУМ и при проведении ПЦР-РВ ДНК МБТ (мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено).</p> <p>Пациент должен наблюдаться по IA группе диспансерного учета как впервые выявленный больной.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	<p>Диагноз обоснован неполностью:</p> <p>отсутствует обоснование нозологической формы, клинической формы процесса, локализации, фазы процесса, характеристики бактериовыделения и/или группы диспансерного учета больного</p> <p><u>или</u></p> <p>обоснование клинической формы, локализации, фазы процесса, характеристики бактериовыделения и/или группы диспансерного учета больного дано неверно.</p>
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Укажите, какой дополнительный метод инструментального исследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациенту необходимо проведение фибробронхоскопии для исключения специфического и неспецифического поражения бронхов.
P2	-	Метод дообследования указан правильно и обоснован верно.
P1	-	Метод дообследования указан правильно, однако не обоснован или обоснован неверно .
P0	-	Метод дообследования указан неправильно.
B	4	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациенту должна быть назначена комбинация 4 основных противотуберкулезных препаратов, которые назначаются впервые выявленным пациентам при отсутствии достоверных данных о наличии контакта с больным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью: изониазид, рифампицин, пипразинамид и этамбутол. Выбор этой комбинации основан на результатах молекулярно-генетического метода исследования: обнаружение ДНК МБТ и отсутствие мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, что позволяет говорить о наличии чувствительности МБТ к этим препаратам. Коррекция химиотерапии возможна после получения развернутых данных бактериограммы.
P2	-	Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	<p>Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, однако выбор не обоснован</p> <p><u>или</u></p> <p>1-2 противотуберкулезных препарата в схеме лечения указаны</p>

		неверно, но выбор схемы обоснован
P0	-	Ответ неверный: названа схема из любых других противотуберкулезных препаратов.
B	5	Через 5 месяцев контролируемой регулярной противотуберкулезной терапии у пациента отмечается ликвидация симптомов интоксикации и респираторных жалоб, нормализация лабораторных показателей, прекращение бактериовыделения. При рентгено-томографическом исследовании отмечается рассасывание очагов бронхогенного засева, частичное уменьшение инфильтрации и очагов в верхней доле правого легкого, но деструктивные изменения сохраняются (сформировались туберкулемы средних размеров с распадом). Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Учитывая динамику процесса – формирование туберкулем средних размеров с полостями распада, показана консультация фтизиохирурга и решение вопроса о возможности хирургического лечения.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и обоснована правильно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	002
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У мужчины, 25 лет, при проведении профилактической флюорографии выявлены изменения в легких. Из анамнеза известно, что в течение последнего месяца отмечал быструю утомляемость, слабость, небольшой кашель преимущественно сухой, иногда с выделением небольшого количества мокроты. К врачу не обращался, так как связывал ухудшение самочувствия с большой нагрузкой на работе и курением. Курит (около 10 лет, 1 пачка сигарет в день), злоупотребление алкоголем – отрицает. Употребление наркотиков – отрицает. Предыдущая ФЛГ (год назад) – норма. Эпидемиологический анамнез: раннее туберкулезом не болел. Туб. контакт отрицает. При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложения. Рост 170 см, вес 58 кг. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Грудная клетка правильной формы, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Перкуторный звук ясный легочный. Дыхание везикулярное, хрипы четко не выслушиваются. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 74 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной

		<p>области отрицательный.</p> <p>В анализах: Eг – 4,2*10¹²/л, Hб – 134 г/л, Le – 8,6*10⁹/л, п – 4%, с – 66%, л – 21%, м – 7%, э – 2%, СОЭ – 22 мм/ч.</p> <p>КТ органов грудной клетки: во 2 сегменте правого легкого определяется фокус инфильтрации размером 24мм*18мм*15мм (высота) с небольшой полостью распада в центре 8мм*5мм*4мм в окружении гиподенсивных очагов. В других сегментах правого легкого и в левом легком – без очаговых и инфильтративных изменений.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ – папула 15 мм. ДСТ – папула 10 мм.</p> <p>В мокроте: МСК КУМ не обнаружены 3-кратно. ПЦР-РВ обнаружена ДНК МБТ; мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено.</p>
В	1	Оцените результаты пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста.
Э	-	Проба Манту с 2 ТЕ – папула 15 мм считается положительной умеренно выраженной реакцией. ДСТ – папула 10 мм – считается положительной реакцией.
P2	-	Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста проведена верно.
P1	-	Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ проведена верно, но результаты диаскин теста оценены неверно или оценка результатов диаскин теста проведена верно, но результаты пробы Манту с 2 ТЕ оценены неверно.
P0	-	Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста проведена неверно.
В	2	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Инфильтративный туберкулез верхней доли (2 сегмента) правого легкого, фаза распада, МБТ (+) чувствительность к изониазиду и рифампицину сохранена, IA ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза или не указана или неверно определена локализация, фаза процесса, характеристика бактериовыделения и/или группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз туберкулеза легких установлен на основании следующих данных. 1) Результаты бактериологического исследования (обнаружение в мокроте ДНК МБТ при проведении ПЦР-РВ). 2) Данные КТ органов грудной клетки (во 2 сегменте правого легкого определяется фокус инфильтрации размером 24мм*18мм*15мм (высота) с небольшой полостью распада в центре 8мм*5мм*4мм в окружении гиподенсивных очагов). 3) Данные иммунодиагностики – положительный диаскин тест, свидетельствующий о высокой вероятности активного туберкулезного процесса. С учетом положительной пробы Манту с 2 ТЕ (папула 15мм), данных анамнеза заболевания (постепенное начало заболевания, наличие симптомов интоксикации и респираторных жалоб); и лабораторных

		<p>данных (повышение СОЭ), характеризующих степень выраженности воспалительного процесса.</p> <p>Клиническая форма инфильтративный туберкулез легких установлен на основе данных КТ органов грудной клетки (во 2 сегменте правого легкого определяется фокус инфильтрации размером 24мм*18мм*15мм (высота) с небольшой полостью распада в центре 8мм*5мм*4мм в окружении гиподенсивных очагов).</p> <p>Определение локализации процесса основано на данных КТ органов грудной клетки (наличие фокуса инфильтрации в окружении гиподенсивных очагов во 2 сегменте правого легкого).</p> <p>Установление фазы процесса основано на данных КТ органов грудной клетки: во 2 сегменте правого легкого определяется фокус инфильтрации размером 24мм*18мм*15мм (высота) с небольшой полостью распада в центре 8мм*5мм*4мм в окружении гиподенсивных очагов.</p> <p>Характеристика бактериовыделения дана на основе данных бактериологического исследования: обнаружение в мокроте при проведении ПЦР-РВ ДНК МБТ, мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено.</p> <p>Пациент должен наблюдаться по IA группе диспансерного учета как впервые выявленный больной.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	<p>Диагноз обоснован неполностью:</p> <p>отсутствует обоснование нозологической формы, клинической формы процесса, локализации, фазы процесса, характеристики бактериовыделения и/или группы диспансерного учета больного или</p> <p>обоснование клинической формы, локализации, фазы процесса, характеристики бактериовыделения и/или группы диспансерного учета больного дано неверно.</p>
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	4	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	<p>Пациенту должна быть назначена комбинация 4 основных противотуберкулезных препаратов, которые назначаются впервые выявленным пациентам при отсутствии достоверных данных о наличии контакта с больным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью: изониазид, рифампицин, пиперазид и этамбутол. Выбор этой комбинации основан на результатах молекулярно-генетического метода исследования: обнаружение ДНК МБТ и отсутствие мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, что позволяет говорить о наличии чувствительности МБТ к этим препаратам. Коррекция химиотерапии возможна после получения развернутых данных бактериограммы.</p>
P2	-	Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	<p>Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, однако выбор не обоснован</p> <p>или</p> <p>1-2 противотуберкулезных препарата в схеме лечения указаны неверно, но выбор схемы обоснован</p>

P0	-	Ответ неверный: названа схема из любых других противотуберкулезных препаратов.
B	5	Через 3 месяца контролируемой регулярной противотуберкулезной терапии 4 препаратами (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол) у пациента отмечается ликвидация симптомов интоксикации и респираторных жалоб, нормализация лабораторных показателей, прекращение бактериовыделения. При проведении КТ органов дыхания отмечается выраженная положительная динамика в виде уменьшение размеров инфильтрата до размеров очага (9мм*8мм*5мм), уменьшение количества и размеров очагов во 2 сегменте правого легкого; полостей распада не выявлено. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Учитывая положительную динамику процесса – прекращение бактериовыделения, ликвидацию симптомов интоксикации и респираторных жалоб, нормализацию лабораторных показателей, рентгенологически уменьшение размеров инфильтрата до размеров очага (9мм*8мм*5мм) с закрытием полости распада, уменьшение количества и размеров очагов во 2 сегменте правого легкого, целесообразно продолжить противотуберкулезное лечение 2 препаратами (изониазид, рифампицин) в течение 4 месяцев.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и обоснована правильно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана полностью верно, однако не обоснована или обоснована неверно или тактика лечения обоснована правильно и выбрана в целом верно, но имеются недочеты (длительность продолжения противотуберкулезной терапии или комбинация препаратов указаны неверно).
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	003
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 52 лет, обратился к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°С, кашель со слизисто-гноной мокротой, одышку, слабость, потливость, боли в грудной клетке. Из анамнеза известно, что пациент заболел остро 2 дня назад. После переохлаждения появилась слабость, повышение температуры, потливость, кашель, одышка при умеренной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки при кашле и глубоком дыхании. Лечился самостоятельно (принимал жаропонижающие средства) без эффекта, обратился к врачу. Хронические заболевания: сахарный диабет. Употребление наркотиков, курение,

		<p>злоупотребление алкоголем – отрицает. Предыдущая ФЛГ (10 месяцев назад) – норма. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Туб. контакт – друг болен туберкулезом легких.</p> <p>При осмотре: состояние ближе к удовлетворительному. Нормостенического типа телосложения. Рост 178 см, вес 82кг. Кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка правильной формы, правая половина грудной клетки несколько отстает при дыхании. Притупление перкуторного звука справа в верхних отделах грудной клетки, где выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, влажные хрипы. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 88 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: $Eg - 4,1 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 130 г/л$, $Le - 13,2 \cdot 10^9/л$, $p - 6\%$, $c - 72\%$, $л - 14\%$, $м - 7\%$, $э - 1\%$, $СОЭ - 41 мм/ч$.</p> <p>При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки: в верхнем поле правого легкого (от верхушки до переднего отрезка 3 ребра) определяются участки инфильтрации. Левое легкое – без очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких структурные. Сердце – норма.</p>
В	1	Какова Ваша лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	<p>Учитывая острое начало заболевания после переохлаждения, наличие выраженных симптомов интоксикации и респираторных жалоб, данные рентгенологического исследования (в верхнем поле правого легкого (от верхушки до переднего отрезка 3 ребра) определяются участки инфильтрации), наиболее вероятно, что у пациента внебольничная правосторонняя верхнедолевая пневмония.</p> <p>Однако 1) в анамнезе контакт с больным туберкулезом, 2) пациент страдает сахарным диабетом (группа повышенного риска по туберкулезу), что увеличивает риск развития туберкулеза, 3) верхнедолевая локализация процесса – все это не позволяет однозначно утверждать, что процесс носит неспецифический характер.</p> <p>В связи с этим наиболее целесообразно назначение курса противопневмонического лечения с применением антибиотиков широкого спектра действия (за исключением препаратов, влияющих на МБТ – нельзя применять фторхинолоны, аминогликозиды, капреомицин, рифампицин) и проведение дообследования.</p>
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и обоснована правильно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
В	2	<p>Пациенту проведен курс противопневмонического лечения с применением антибиотиков широкого спектра действия (цефтриаксон) в течение 2 недель. В результате лечения отмечается улучшение самочувствия: уменьшение кашля, слабости, одышки, однако сохраняется повышение температуры тела до $37,5^{\circ}C$ преимущественно в вечернее время, одышка при физической</p>

		<p>нагрузке.</p> <p>В анализах: Eг – 4,2*10¹²/л, Hb – 132 г/л, Le – 10,8*10⁹/л, п – 5%, с – 70%, л – 15%, м – 9%, э – 1%, СОЭ – 40 мм/ч.</p> <p>При рентгенологическом контроле: в верхнем поле правого легкого (от верхушки до переднего отрезка 3 ребра) сохраняются участки инфильтрации, структура их стала неомогенной.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ – папула 14 мм. ДСТ – папула 9 мм.</p> <p>В мокроте: МСК КУМ не обнаружены 3-кратно. ПЦР-РВ обнаружена ДНК МБТ; мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено.</p> <p>КТ органов грудной клетки: в верхней доле правого легкого (1 и 2 сегменты) определяется участок инфильтрации с небольшими полостями распада (максимальная из них 10мм*7мм*5мм), в окружающей легочной ткани многочисленные гиподенсивные очаги. В 3, 6 сегментах правого легкого, 4, 5, 6 сегментах левого легкого немногочисленные очаги бронхогенного засева.</p> <p>Оцените результаты пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста.</p>
Э	-	<p>Проба Манту с 2 ТЕ – папула 14 мм считается положительной умеренно выраженной реакцией.</p> <p>ДСТ – папула 9 мм – считается положительной реакцией.</p>
P2	-	Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста проведена верно.
P1	-	Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ проведена верно, но результаты диаскин теста оценены неверно или оценка результатов диаскин теста проведена верно, но результаты пробы Манту с 2 ТЕ оценены неверно.
P0	-	Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста проведена неверно.
В	3	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Инфильтративный туберкулез верхней доли (1 и 2 сегментов) правого легкого, фаза распада и обсеменения, МБТ (+) чувствительность к изониазиду и рифампицину сохранена, IA ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза или не указана или неверно определена локализация, фаза процесса, характеристика бактериовыделения и/или группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	4	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз туберкулеза легких установлен на основании следующих данных. 1) Результаты бактериологического исследования (обнаружение в мокроте ДНК МБТ при проведении ПЦР-РВ). 2) Данные КТ органов грудной клетки: в верхней доле правого легкого (1 и 2 сегменты) определяется участок инфильтрации с небольшими полостями распада (максимальная из них 10мм*7мм*5мм), в окружающей легочной ткани многочисленные гиподенсивные очаги. В 3, 6 сегментах правого легкого, 4, 5, 6 сегментах левого легкого немногочисленные очаги бронхогенного засева. 3) Данные</p>

		<p>иммунодиагностики – положительный диаскин тест, свидетельствующий о высокой вероятности активного туберкулезного процесса. С учетом отсутствия клинико-лабораторной и рентгенологической динамики на фоне проведенного курса противопневмонического лечения; данных анамнеза заболевания (контакт с больным туберкулезом, принадлежность пациента к группе повышенного риска по заболеванию туберкулезом). Симптомы интоксикации и респираторные жалобы, данные объективного осмотра (бледность кожных покровов, притупление перкуторного звука справа в верхних отделах грудной клетки, где выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, влажные хрипы; правая половина грудной клетки несколько отстает при дыхании) неспецифичны для туберкулезного процесса и могут наблюдаться при других заболеваниях легких. Лабораторные данные (небольшой лейкоцитоз, лимфопения, повышение СОЭ) характеризуют степень выраженности воспалительного процесса. Клиническая форма инфильтративный туберкулез легких установлен на основе данных рентгенологического обследования и КТ органов грудной клетки: в верхней доле правого легкого (1 и 2 сегменты) определяется участок инфильтрации с небольшими полостями распада (максимальная из них 10мм*7мм*5мм), в окружающей легочной ткани многочисленные гиподенсивные очаги. В 3, 6 сегментах правого легкого, 4, 5, 6 сегментах левого легкого немногочисленные очаги бронхогенного засева.</p> <p>Определение локализации процесса основано на данных рентгенологического обследования (наличие участков инфильтрации в верхней доле правого легкого), что подтверждается и данными объективного осмотра (притупление перкуторного звука справа в верхних отделах грудной клетки, где выслушивается ослабленное везикулярное дыхание и влажные хрипы). Но наиболее точно определить локализацию процесса позволяет КТ органов грудной клетки – 1 и 2 сегменты правого легкого.</p> <p>Установление фазы процесса основано на данных КТ органов грудной клетки: в верхней доле правого легкого (1 и 2 сегменты) определяется участок инфильтрации с небольшими полостями распада (максимальная из них 10мм*7мм*5мм), в окружающей легочной ткани многочисленные гиподенсивные очаги. В 3, 6 сегментах правого легкого, 4, 5, 6 сегментах левого легкого немногочисленные очаги бронхогенного засева.</p> <p>Характеристика бактериовыделения дана на основе данных бактериологического исследования: обнаружение в мокроте при проведении ПЦР-РВ ДНК МБТ (мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено).</p> <p>Пациент должен наблюдаться по IA группе диспансерного учета как впервые выявленный больной.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	<p>Диагноз обоснован неполностью:</p> <p>отсутствует обоснование нозологической формы, клинической формы процесса, локализации, фазы процесса, характеристики бактериовыделения и/или группы диспансерного учета больного или</p> <p>обоснование клинической формы, локализации, фазы процесса, характеристики бактериовыделения и/или группы диспансерного учета больного дано неверно.</p>

P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	5	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациенту должна быть назначена комбинация 4 основных противотуберкулезных препаратов, которые назначаются впервые выявленным пациентам при отсутствии достоверных данных о наличии контакта с больным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью: изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол. Выбор этой комбинации основан на результатах молекулярно-генетического метода исследования: обнаружение ДНК МБТ и отсутствие мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, что позволяет говорить о наличии чувствительности МБТ к этим препаратам. Коррекция химиотерапии возможна после получения развернутых данных бактериограммы.
P2	-	Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, однако выбор не обоснован или 1-2 противотуберкулезных препарата в схеме лечения указаны неверно, но выбор схемы обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названа схема из любых других противотуберкулезных препаратов.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	004
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 49 лет, неработающий, обратился к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 39,5°C, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при небольшой физической нагрузке, слабость, потливость, боли в грудной клетке, похудание. Из анамнеза известно, что пациент заболел остро 3 дня назад. После переохлаждения появилась резкая слабость, озноб, кашель, боли в левой половине грудной клетки при кашле и глубоком дыхании, потливость, одышка, температура тела повысилась до 39,5°C. Лечился самостоятельно (принимал жаропонижающие средства) без эффекта, состояние ухудшилось, обратился к врачу. Отмечает, что за последнее время похудел. Курит (около 30 лет, 1 пачка сигарет в день), злоупотребляет алкоголем. Употребление наркотиков отрицает. Находился в ИТУ с 2000г. по 2009г. Предыдущая ФЛГ (4 года назад) – норма. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Туб. контакт – друг болен туберкулезом легких. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Астенического

		<p>типа телосложения. Рост 180 см, вес 61кг. Кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка правильной формы, левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Притупление перкуторного звука слева в верхних отделах грудной клетки, в межлопаточном пространстве, где выслушивается бронхиальное дыхание, влажные хрипы. ЧД – 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 90 уд.в мин., АД – 100/65 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень - + 1см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: Eг – $3,7 \cdot 10^{12}/л$, Hб – 118 г/л, Le – $14,2 \cdot 10^9/л$, п – 10%, с – 72%, л – 10%, м – 7%, э – 1%, СОЭ – 61 мм/ч.</p> <p>При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки: в верхней доле и 6 сегменте левого легкого определяется массивная зона инфильтрации. Правое легкое – без очаговых и инфильтративных изменений. Корень правого легкого структурный. Сердце – норма.</p>
В	1	Какова Ваша лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	<p>Учитывая острое начало заболевания после переохлаждения, наличие выраженных симптомов интоксикации и респираторных жалоб, данные рентгенологического исследования (в верхней доле и 6 сегменте левого легкого определяется массивная зона инфильтрации), наиболее вероятно, что у пациента внебольничная пневмония.</p> <p>Однако 1) в анамнезе контакт с больным туберкулезом, 2) пациент злоупотребляет алкоголем, находился в ИТУ (относится к социальной группе риска по туберкулезу), что увеличивает риск развития туберкулеза, 3) локализация процесса (верхняя доля, 6 сегмент) – все это не позволяет однозначно утверждать, что процесс носит неспецифический характер.</p> <p>В связи с этим наиболее целесообразно назначение курса противопневмонического лечения с применением антибиотиков широкого спектра действия (за исключением препаратов, влияющих на МБТ – нельзя применять фторхинолоны, аминогликозиды, капреомицин, рифампицин) и проведение дообследования.</p>
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и обоснована правильно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
В	2	<p>Пациенту проведен курс противопневмонического лечения с применением антибиотиков широкого спектра действия (амоксиклав, цефотаксим) в течение 2 недель. В результате лечения отмечается некоторое улучшение самочувствия: уменьшение кашля, слабости, одышки, однако сохраняется повышение температуры тела до $38,5^{\circ}C$ преимущественно в вечернее время, одышка при физической нагрузке, потливость.</p> <p>В анализах: Eг – $3,8 \cdot 10^{12}/л$, Hб – 120 г/л, Le – $12,8 \cdot 10^9/л$, п – 9%, с – 71%, л – 10%, м – 9%, э – 1%, СОЭ – 59 мм/ч.</p> <p>При рентгенологическом контроле: в верхнем доле и 6 сегменте левого легкого сохраняются участки инфильтрации, структура их</p>

		<p>стала негетерогенной.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ – уколочная реакция. ДСТ – уколочная реакция.</p> <p>В мокроте: МСК КУМ 2+. ПЦР-РВ обнаружена ДНК МБТ; мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено.</p> <p>КТ органов грудной клетки: в верхней доле левого легкого (1, 2 и 3 сегменты), в 6 сегменте определяются участки инфильтрации с многочисленными небольшими полостями распада (максимальная из них во 2 сегменте 15мм*10мм*6мм); в окружающей легочной ткани, 4 и 5 сегментах многочисленные гиподенсивные очаги.</p> <p>Оцените результаты пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста. О чем они свидетельствуют?</p>
Э	-	<p>Проба Манту с 2 ТЕ – уколочная реакция – проба считается отрицательной.</p> <p>ДСТ – уколочная реакция – диаскин тест считается отрицательным.</p> <p>Отрицательная проба Манту с 2 ТЕ и отрицательный диаскин тест в данном случае говорят о резком снижении иммунитета (отрицательная анергия при тяжелых формах туберкулезного процесса).</p>
P2	-	Результаты пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста оценены верно и правильно объяснены.
P1	-	<p>Результаты пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста оценены верно, но объяснены неправильно</p> <p>или</p> <p>оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ проведена верно, но результаты диаскин теста оценены неверно</p> <p>или</p> <p>оценка результатов диаскин теста проведена верно, но результаты пробы Манту с 2 ТЕ оценены неверно.</p>
P0	-	Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста проведена неверно.
В	3	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	<p>Казеозная пневмония верхней доли и 6 сегмента левого легкого, фаза распада, МБТ (+) чувствительность к изониазиду и рифампицину сохранена, IА ГДУ. ДН 0-1.</p> <p>Анемия легкой степени</p>
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	<p>Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза</p> <p>или не указана или неверно определена локализация, фаза процесса, характеристика бактериовыделения, группа диспансерного учета и/или не отражено наличие дыхательной недостаточности и анемии.</p>
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	4	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз туберкулеза легких установлен на основании следующих данных. 1) Результаты бактериологического исследования (обнаружение в мокроте при микроскопии КУМ 2+ и ДНК МБТ при проведении ПЦР-РВ). 2) Данные КТ органов грудной клетки: в верхней доле левого легкого (1, 2 и 3 сегменты), в 6 сегменте определяются участки инфильтрации с многочисленными</p>

	<p>небольшими полостями распада (максимальная из них во 2 сегменте 15мм*10мм*6мм); в окружающей легочной ткани, 4 и 5 сегментах многочисленные гиподенсивные очаги. С учетом отсутствия клинико-лабораторной и рентгенологической динамики на фоне проведенного курса противопневмонического лечения; данных анамнеза заболевания (контакт с больным туберкулезом, принадлежность пациента к социальной группе риска по заболеванию туберкулезом). Симптомы интоксикации и респираторные жалобы, данные объективного осмотра (бледность кожных покровов, дефицит массы тела, притупление перкуторного звука слева в верхних отделах грудной клетки и межлопаточном пространстве, где выслушивается бронхиальное дыхание, влажные хрипы; отставание левой половина грудной клетки при дыхании, увеличение частоты дыхательных движений) неспецифичны для туберкулезного процесса и могут наблюдаться при других заболеваниях легких. Лабораторные данные (лейкоцитоз, лимфопения, нейтрофильный сдвиг влево, повышение СОЭ, наличие анемии) характеризуют степень выраженности воспалительного процесса. Данные иммунодиагностики – отрицательные диаскин тест и проба Манту с 2ТЕ – свидетельствуют о резком снижении иммунитета при тяжелом течении туберкулезного процесса.</p> <p>Клиническая форма казеозная пневмония установлена на основе данных рентгенологического обследования и КТ органов грудной клетки: в верхней доле левого легкого (1, 2 и 3 сегменты), в 6 сегменте определяются участки инфильтрации с многочисленными небольшими полостями распада (максимальная из них во 2 сегменте 15мм*10мм*6мм); в окружающей легочной ткани, 4 и 5 сегментах многочисленные гиподенсивные очаги. С учетом клинической картины: острое начало заболевания с выраженными симптомами интоксикации и респираторными жалобами; тяжесть состояния больного; наличие лимфопении и отрицательные результаты диаскин теста и пробы Манту с 2 ТЕ, свидетельствующие о резком снижении иммунитета и характерные для пациентов с этой клинической формой туберкулеза легких.</p> <p>Определение локализации процесса основано на данных рентгенологического обследования (наличие инфильтрации в верхней доле и 6 сегменте левого легкого), что подтверждается и данными объективного осмотра (притупление перкуторного звука слева в верхних отделах грудной клетки и межлопаточном пространстве, где выслушивается бронхиальное дыхание и влажные хрипы). Но наиболее точно определить локализацию процесса позволяет КТ органов грудной клетки – верхняя доля (1, 2, 3, 4, 5 сегменты) и 6 сегмент левого легкого.</p> <p>Установление фазы процесса основано на данных КТ органов грудной клетки: в верхней доле левого легкого (1, 2 и 3 сегменты), в 6 сегменте определяются участки инфильтрации с многочисленными небольшими полостями распада (максимальная из них во 2 сегменте 15мм*10мм*6мм); в окружающей легочной ткани, 4 и 5 сегментах многочисленные гиподенсивные очаги.</p> <p>Характеристика бактериовыделения дана на основе данных бактериологического исследования: обнаружение в мокроте при микроскопии КУМ 2+ и при проведении ПЦР-РВ ДНК МБТ (мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено).</p>
--	---

		<p>Пациент должен наблюдаться по IА группе диспансерного учета как впервые выявленный больной.</p> <p>Дыхательная недостаточность 0-1 установлена с учетом жалоб больного на одышку при небольшой физической нагрузке и данных объективного осмотра. Рекомендуется исследование функции внешнего дыхания и газового состава крови.</p> <p>Анемия легкой степени установлена на основании данных общего анализа крови (у мужчины снижение эритроцитов ниже $4,0 \cdot 10^{12}/л$ и снижение гемоглобина ниже 130г/л), степень тяжести анемии определена по уровню гемоглобина. Вероятнее, имеет место анемия хронического воспаления, для уточнения требуется дообследование.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	<p>Диагноз обоснован неполностью:</p> <p>отсутствует обоснование нозологической формы, клинической формы процесса, локализации, фазы процесса, характеристики бактериовыделения, группы диспансерного учета больного, наличия дыхательной недостаточности и/или анемии</p> <p>или</p> <p>обоснование клинической формы, локализации, фазы процесса, характеристики бактериовыделения и/или группы диспансерного учета больного, наличия дыхательной недостаточности и/или анемии дано неверно.</p>
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	5	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	<p>Пациенту должна быть назначена комбинация 4 основных противотуберкулезных препаратов, которые назначаются впервые выявленным пациентам при отсутствии достоверных данных о наличии контакта с больным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью: изониазид, рифампицин, пипразинамид и этамбутол. Выбор этой комбинации основан на результатах молекулярно-генетического метода исследования: обнаружение ДНК МБТ и отсутствие мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, что позволяет говорить о наличии чувствительности МБТ к этим препаратам. Коррекция химиотерапии возможна после получения развернутых данных бактериограммы.</p>
P2	-	Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	<p>Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, однако выбор не обоснован</p> <p>или</p> <p>1-2 противотуберкулезных препарата в схеме лечения указаны неверно, но выбор схемы обоснован.</p>
P0	-	Ответ неверный: названа схема из любых других противотуберкулезных препаратов.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	005
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности

		медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>У мужчины, 45 лет, при проведении профилактической флюорографии выявлены изменения в легких.</p> <p>Активно жалоб не предъявляет. Из анамнеза известно, что в течение длительного времени отмечает редкий кашель преимущественно сухой, иногда с выделением небольшого количества мокроты. К врачу не обращался, так как связывает наличие кашля с длительным стажем курения. Курит (более 30 лет, 1-2 пачки сигарет в день), злоупотребление алкоголем – отрицает. Употребление наркотиков – отрицает. Предыдущая ФЛГ (3 года назад) – норма. Отец умер от рака легких в возрасте 56 лет. Эпидемиологический анамнез: раннее туберкулезом не болел. Туб. контакт – по месту работы 4 года назад.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложения. Рост 176 см, вес 70 кг. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Грудная клетка правильной формы, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Перкуторный звук ясный легочный. Дыхание везикулярное, хрипы четко не выслушиваются. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 72 уд.в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: $E_r - 4,3 \cdot 10^{12}/л$, $H_b - 136 г/л$, $Le - 7,2 \cdot 10^9/л$, $p - 2\%$, $c - 66\%$, $л - 23\%$, $м - 7\%$, $э - 2\%$, $СОЭ - 16 мм/ч$.</p> <p>КТ органов грудной клетки: во 2 сегменте правого легкого определяется округлой формы образование с четкими контурами размером 20мм*15мм*12мм (высота) с единичными гиперденсивными включениями, не накапливающее при болюстном введении контрастное вещество. В других сегментах правого легкого и в левом легком – без очаговых и инфильтративных изменений.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ – папула 9 мм. ДСТ – папула 4 мм.</p> <p>В мокроте: атипичные клетки не обнаружены. МСК КУМ не обнаружены 3-кратно. ПЦР-РВ ДНК МБТ не обнаружена.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости и почек: очаговой патологии не лоцируется.</p>
В	1	Оцените результаты пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста.
Э	-	Проба Манту с 2 ТЕ – папула 9мм – считается слабо положительной. ДСТ – папула 4 мм – считается положительной реакцией.
P2	-	Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста проведена верно.
P1	-	Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ проведена верно, но результаты диаскин теста оценены неверно или оценка результатов диаскин теста проведена верно, но результаты пробы Манту с 2 ТЕ оценены неверно.
P0	-	Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста проведена неверно.

В	2	Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	<p>У пациента по данным рентгенологического исследования имеет место рентгенологический синдром «округлой тени» в легком. Дифференциальную диагностику необходимо проводить среди заболеваний, дающих синдром «округлой тени»: периферический рак, туберкулема, инфильтративный туберкулез (округлый инфильтрат), доброкачественные опухоли, паразитарные кисты, ретензионные кисты и другие заболевания. Наиболее вероятны в данном случае туберкулема и рак легких.</p> <p>Учитывая в анамнезе контакт с больными туберкулезом, данные КТ органов грудной клетки (во 2 сегменте правого легкого определяется округлой формы образование с четкими контурами размером 20мм*15мм*12мм (высота) с единичными гиперденсивными включениями, не накапливающее при болюстном введении контрастного вещества), данные иммунодиагностики – положительный результат диаскин теста, свидетельствующий о высокой вероятности туберкулезного процесса, наиболее вероятно, что у пациента туберкулема верхней доли правого легкого.</p> <p>Однако 1) у пациента неблагоприятный семейный анамнез по онкологическим заболеваниям (отец умер от рака легких), 2) в анамнезе длительное курение - более 30 лет, 1-2 пачки сигарет в день, 3) несмотря на то, что по данным КТ органов грудной клетки больше данных за туберкулему (наличие гиперденсивных включений, образование не накапливает контраст), в тоже время в окружающей патологическое образование ткани отсутствуют очаги, – все это не позволяет однозначно исключить рак легкого.</p> <p>В связи с этим наиболее целесообразна морфологическая верификация диагноза, проведение дообследования: ФБС с биопсией или трансторакальная игловая биопсия (при субплевральной локализации процесса) с последующим бактериологическим, цитологическим и гистологическим исследованием биоптата, диагностическая торакотомия.</p>
P2	-	Дальнейшая тактика ведения пациента выбрана верно и обоснована правильно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
В	3	<p>Пациенту проведена ФБС с биопсией. Заключение: катаральный бронхит ПВ2 1 степени интенсивности воспаления. Цитологическое исследование: обнаружены единичные эпителиодные клетки. Гистология: в материале обнаружены единичные гранулемы с эпителиодными клетками и клетками Пирогова-Лангханса, с наличием казеозного некроза в центре.</p> <p>В мазках с катетера – МСК 7 КУМ. БАЛ: МСК – КУМ не обнаружены, БАКТЕК – выделена культура МБТ, чувствительная к изониазиду, рифампицину, этамбутолу, пиразинамиду, устойчивая к стрептомицину.</p> <p>Предположите наиболее вероятный диагноз.</p>
Э	-	Туберкулема верхней доли (2 сегмента) правого легкого, фаза инфильтрации, МБТ (+) монорезистентность – устойчивость к стрептомицину, IA ГДУ.

P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза или не указана или неверно определена локализация, фаза процесса, характеристика бактериовыделения и/или группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	4	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз туберкулеза легких установлен на основании следующих данных. 1) Результаты бактериологического исследования (в мазках с катетера – МСК 7 КУМ, обнаружение в БАЛ методом БАКТЕК культуры МБТ). 2) Данные цитологического исследования биоптата: обнаружены единичные эпителиодные клетки. 3) Данные гистологического исследования биоптата: в материале обнаружены единичные гранулемы с эпителиодными клетками и клетками Пирогова-Лангханса, с наличием казеозного некроза в центре. 4) Данные КТ органов грудной клетки: во 2 сегменте правого легкого определяется округлой формы образование с четкими контурами размером 20мм*15мм*12мм (высота) с единичными гиперденсивными включениями, не накапливающее при болюстном введении контрастное вещество. 5) Данные иммунодиагностики – положительный диаскин тест, свидетельствующий о высокой вероятности активного туберкулезного процесса. С учетом положительной пробы Манту с 2 ТЕ (папула 9 мм), данных анамнеза заболевания (контакт с больным туберкулезом).</p> <p>Клиническая форма туберкулема установлена на основе данных КТ органов грудной клетки: во 2 сегменте правого легкого определяется округлой формы образование с четкими контурами размером 20мм*15мм*12мм (высота) с единичными гиперденсивными включениями, не накапливающее при болюстном введении контрастное вещество.</p> <p>Определение локализации процесса основано на данных КТ органов грудной клетки: наличие округлого образования во 2 сегменте правого легкого.</p> <p>Установление фазы процесса основано на данных КТ органов грудной клетки: во 2 сегменте правого легкого определяется округлой формы образование с четкими контурами размером 20мм*15мм*12мм (высота) с единичными гиперденсивными включениями, не накапливающее при болюстном введении контрастное вещество.</p> <p>Характеристика бактериовыделения дана на основе данных бактериологического исследования: обнаружение в мазках с катетера при микроскопии 7 КУМ и в БАЛ методом БАКТЕК культуры МБТ, чувствительной к изониазиду, рифампицину, этамбутолу, пипразинамиду, устойчивой к стрептомицину.</p> <p>Пациент должен наблюдаться по IA группе диспансерного учета как впервые выявленный больной.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование нозологической формы, клинической формы процесса, локализации, фазы процесса, характеристики бактериовыделения и/или группы диспансерного учета больного

		или обоснование клинической формы, локализации, фазы процесса, характеристики бактериовыделения и/или группы диспансерного учета больного дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	5	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациенту должна быть назначена комбинация 4 основных противотуберкулезных препаратов, которые назначаются впервые выявленным пациентам при отсутствии достоверных данных о наличии контакта с больным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью: изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол. Выбор этой комбинации основан на результатах бактериологического исследования: в БАЛ методом БАКТЕК была выделена культура МБТ, чувствительная к изониазиду, рифампицину, этамбутолу, пиразинамиду, устойчивая к стрептомицину.
P2	-	Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, однако выбор не обоснован или 1-2 противотуберкулезных препарата в схеме лечения указаны неверно, но выбор схемы обоснован
P0	-	Ответ неверный: названа схема из любых других противотуберкулезных препаратов.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	006
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина 37 лет, изменения в легких выявлены при профилактической флюорографии на работе. Жалоб не предъявляет, но при активном расспросе больного установлено, что утром имеется «кашель курильщика» с небольшим количеством макроты слизистого характера и что за последние полгода больной похудел на 6-7 кг. Из анамнеза известно, что пациент курит около 18 лет до 1 пачки сигарет (около 20 штук) в день. Индекс курильщика = 18. Злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков отрицает. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Был контакт (со слов редкий) с коллегой по работе, больным туберкулезом легких. При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложение. Рост 178 см, вес 63 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Грудная клетка правильной формы, активно

		<p>участвует в акте дыхания. Аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в ˚. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 78 в ˚. АД – 115/75 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Симптомы покалывания по поясничной области отрицательные.</p> <p>В анализах: Eг – 5,2*10¹²/л; Hb – 128г/л; Le – 9,0*10⁹/л; П – 6%; С – 62%; Л – 24%; М – 5%; Э – 3%; СОЭ – 19 мм/час.</p> <p>При рентгенфлюорографическом обследовании грудной клетки (на R-гр и флюорографии): справа без видимых изменений, слева в верхушке легкого и субключично видны множественные очаги малой интенсивности без четких контуров.</p> <p>Диаскинтест – 12 мм папула.</p> <p>При микроскопии мокроты КУМ не обнаружены.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Очаговый туберкулез верхней доли левого легкого, в фазе инфильтрации, МБТ -; IA ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз очагового туберкулеза установлен на основании следующих данных: 1) выявление заболевания профилактической флюорографией при отсутствии четких признаков заболевания; 2) данных рентгенофлюорографического обследования (слева в верхушке легкого и субключично определяются множественные очаги малой интенсивности без четких контуров); 3) анализа заболевания: контакт с больных туберкулезом, снижение веса на 6-7 кг за последние полгода; 4) определение локализации процесса основано на данных рентгенологического обследования (локализация изменений в верхушке легкого и субключично); 5) определение фазы процесса основано на данных рентгенологического обследования (очаги малой интенсивности без четких контуров); 6) данных иммунодиагностики: положительный диаскинтест свидетельствует о высокой вероятности активного туберкулезного процесса; 7) пациент должен наблюдаться по IA группе диспансерного учета как впервые выявленный больной.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	<p>Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета больного или</p> <p>обоснование клинической формы, локализации, фазы процесса, характеристики бактериовыделения и/или группы диспансерного учета больного дано неверно.</p>
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.

В	3	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациенту необходимо рекомендовать проведение дополнительно: 1) исследование мокроты культуральными методами (посевом) и молекулярно-генетическими методами ПЦР-РВ для обнаружения возможного бактериовыделения МБТ. 2) компьютерную томографии. С целью уточнения локализации процесса и выявления возможного наличия полости распада. 3) фибробронхоскопии для исключения специфического или неспецифического поражения бронхов.
P2	-	Методы дообследования указаны верно и обоснованы верно.
P1	-	Методы дообследования указаны не полностью и/или обоснованы неверно .
P0	-	Методы дообследования указаны не верно.
В	4	Укажите, какой режим, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациенту должно быть назначено лечение по III режиму химиопрепаратами из комбинации 4 основных противотуберкулезных препаратов: изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол. Выбор этой комбинации основан на факте отсутствия выделения микобактерий туберкулеза и отсутствия мутаций, свойственных лекарственной устойчивости МБТ к изониазиду рифампицину.
P2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и верный режим химиотерапии.
P1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован или 1-2 противотуберкулезных препарата в схеме лечения указаны неверно, но режим назначен правильно.
P0	-	Ответ не верный.
В	5	Через 3 месяца химиотерапии у пациента отмечается прибавление в весе, рассасывание очагов в верхушке левого легкого, слева субключично отмечено формирование неправильной формы небольшого (d - 2 см) фокуса с четкими конурами. Каковы ваши рекомендации, обоснуйте свой выбор.
Э	-	Учитывая динамику процесса – и формирование конгломератной туберкулемы небольшого размера (d – 2 см)показана консультация фтизиохирурга и решение вопроса о показанности оперативного лечения.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика лечения выбрана верно, однако не обоснована.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	007
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза

Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина 54 лет обратилась к врачу с жалобами на субфебрильную температуру до 37,5о, слабость, потливость, похудание на 4 кг за два месяца.</p> <p>Из анамнеза известно, что ухудшение самочувствия беспокоит около 2-3 месяцев. Пациентка более 10 лет страдает сахарным диабетом II типа, лечится диетой и сахароснижающими тублетированными препаратами. Отмечает, что в последнее время лечилась с нарушением, часто не соблюдала диету и режим приема лекарств.</p> <p>Употребление алкоголя и наркотиков отрицает. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болела. Туб.контакт отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Питание повышено. Рост 164 см. Вес – 90 кг. Кожные покровы чистые, бледноваты. Грудная клетка правильной формы, активно участвует в акте дыхания. Перкуторно – яный легочный звук. Аускультативно – дыхание бронхо-везикулярное, справа единичные влажные хрипы. ЧДД – 18 в ‘. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 88 в ‘. АД – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Дизурических расстройств нет. Симптом покалывания поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: Eг – 4,1*10¹²/л; Hb – 124 г/л; Le – 8,4*10⁹/л; П – 9%; С – 61%; Л -25%; М -3%; Э-2%; СОЭ – 17 мм/час. Глюкоза натощак – 8,9 ммоль/л.</p> <p>При рентгенологическом обследовании (Rgr): в верхней доле правого легкого определяется группа крупных и среднего размера очагов малой интенсивности без четких контуров с просветлением в центре.</p> <p>Диаскинтест – папула 14 мм.</p> <p>В мокроте методом микроскопии обнаружены КУМ 2+, методом ПЦР-РВ обнаружены ДНК микобактерий туберкулеза.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Очаговый туберкулез верхней доли правого легкого, в фазе инфильтрации и распада, МБТ+; IA ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз туберкулеза легких установлен на основании следующих данных: 1) результатов бактериологического исследования (обнаружение в мокроте КУМ 2+ при микроскопии и ДНК МБТ методом ПЦР-РВ); 2) обнаружение при рентгенографическом исследовании очагов в верхней доле правого легкого; 3) данных

		<p>анамнеза о постепенном начале заболевания, о наличие более 10 лет сахарного диабета с некорректным уровнем глюкозы в крови (больная относится к группе повышенного риска по заболеванию туберкулезом); 4) данным иммунодиагностики – положительный диаскинтест, свидетельствующий о высокой вероятности активности туберкулезного процесса.</p> <p>Клиническая форма очаговый туберкулез легких установлена на основе данных: 1) физикального обследования (бронховезикулярное дыхание и единичные влажные хрипы справа); 2) рентгенографического обследования – группы крупных и среднего размера очагов малой интенсивности без четких контуров с просветлением в центре; 3) наличие жалоб интоксикационного характера (субфебрильная температура, слабость, потливость, похудание) без кашля и одышки.</p> <p>Определение локализации процесса обосновано данными рентгенологического обследования о наличие изменений в верхней доле правого легкого.</p> <p>Установление фазы процесса основано на рентгенологической картине (очаги без четких контуров с просветлением в центре) и наличием факта бактериовыделения.</p> <p>Пациентка должна наблюдаться по IА группе диспансерного учета, как впервые выявленный больной.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование нозологической или клинической формы или локализации, фазы процесса и/или группы диспансерного учета.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дообследования больной. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	<p>Пациенту необходимо рекомендовать проведение дополнительно: 1) исследование мокроты на наличие мутаций, связанных с лекарственной устойчивостью МБТ.</p> <p>2) компьютерную томографии, с целью подтверждения наличия распада в очагах и уточнения локализации процесса (в сегментах легкого).</p> <p>3) фибробронхоскопии для исключения специфического или неспецифического поражения бронхов.</p> <p>4) обследование у эндокринолога с целью коррекции сахароснижающей терапии.</p>
P2	-	Методы дообследования указаны верно и обоснованы правильно.
P1	-	Методы дообследования указаны не полностью и/или обоснованы неверно.
P0	-	Методы дообследования указаны не верно.
В	4	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику процесса, имеющегося у больной.
Э	-	<p>Дифференциальную диагностику очагового туберкулеза необходимо проводить с заболеваниями, имеющими схожую клиническую картину:</p> <p>1) заболеваниями щитовидной железы; 2) заболеваниями</p>

		надпочечников (Аддисонова болезнь); 3) ограниченными неспецифическими пневмониями; 4) заболеваниями, дающими длительную слабовыраженную интоксикацию (ревматизм, коллагенозы и др.)
P2	-	Ответ дан верно и полно
P1	-	Заболевания с которыми надо проводить дифференциальную диагностику, приведены не полностью.
P0	-	Ответ дан не правильный.
B	5	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациентки. Обоснуйте свой выбор, дайте дальнейшие рекомендации.
Э	-	Пациентке должна быть назначена комбинация из 4 основных противотуберкулезных препаратов по I режиму химиотерапии, которые назначаются больным с бактериовыделением без лекарственной устойчивости: изониазид, рифампицин, пипразинамид и этамбутол. Коррекция химиотерапии и изменения в лечение возможны после получения развернутых данных резистентности МБТ и уточнения закрытия полостей распада.
P2	-	Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбрана верная схема препаратов, однако выбор не обоснован и/или 1-2 противотуберкулезных препаратов в схеме лечения указаны не верно, но выбор режима обоснован.
P0	-	Схема лечения выбрана не правильно.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	008
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина 29 лет, патология в легких выявлена при профилактической флюорографии при устройстве на работу в колбасный цех. Жалоб не предъявляет. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад вернулся из мест лишения свободы. Около 7 лет болел язвенной болезнью желудка, сейчас отмечается ремиссия (со слов). Курит около 10 лет по 1 пачке сигарет в день. Злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков отрицает. Эпидемиологический анамнез: в заключение имел контакт с больными туберкулезом легких.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Астеническое телосложение. Рост 182 см. Вес 70 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Грудная клетка астенична, активно участвует в дыхании. Перкуторно легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в ‘. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 76 в ‘АД 110/65 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.</p>

		<p>Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: Eг – 4,8*10¹²/л; Hб – 135 г/л; Le – 9,2*10⁹/л; П – 4%; С – 64%; Л – 27%; М – 4%; Э – 1%; СОЭ – 15 мм/час.</p> <p>При рентгеномографическом обследовании грудной клетки (флюорограмма и КТ): справа без видимых изменений, слева – в верхушке и S2 (втором сегменте) видны мелкие очаги высокой интенсивности с четкими контурами и очагами среднего размера малой интенсивности без четких контуров.</p> <p>Диаскинтест – папула 13 мм.</p> <p>При микроскопии мокроты Кум не обнаружены.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Очаговый туберкулез S1, S2 левого легкого, в фазе инфильтрации МБТ - ; IA ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз туберкулеза легких установлен на основании следующих данных: 1) выявление заболевания профилактическим методом, при отсутствие жалоб и других четких признаков заболевания; 2) данных рентгенофлюорографического обследования (слева в S1, S2 видны мелкие очаги высокой интенсивности и очаги среднего размера малой интенсивности без четких контуров); 3) анамнез заболевания: длительный контакт с больными туберкулезом в заключении; 4) данных иммунодиагностики: положительный диаскинтест свидетельствует о высокой вероятности активного туберкулезного процесса; 5) определение локализации процесса основано на данных рентгенологического обследования (локализация изменений в S1-2 левого легкого); 6) определение фазы процесса основано на данных рентгенологического обследования (сочетание мелких очагов высокой интенсивности и четких контуров с очагами среднего размера малой интенсивности без четких контуров свидетельствует об эндогенном генезе очагового туберкулеза); 7) пациент должен наблюдаться по IA группе диспансерного учета, как впервые выявленный больной; 8) пациент относится к множественным группам риска заболевания туберкулезом: нахождение в местах лишения свободы, язвенная болезнь желудка, контакт с больными туберкулезом, курение.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.

Э	-	Пациенту необходимо рекомендовать проведение дополнительно: 1) исследование мокроты культуральным методом (посевом) и молекулярно-генетическим методом ПЦР-РВ для обнаружения возможного бактериовыделения МБТ. 2) фибробронхоскопии для исключения специфического или неспецифического поражения бронхов.
P2	-	Методы дообследования указаны верно и обоснованы правильно.
P1	-	Методы дообследования указаны не полностью и/или обоснованы неверно.
P0	-	Методы дообследования указаны не верно.
В	4	Укажите, какой режим и какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациенту должно быть назначено лечение по III режиму химиотерапии как для больного без бактериовыделения, состоящее из комбинации 4 основных противотуберкулезных препаратов: изониазида, пиперазинамида, рифампицина и этамбутола. Выбор этой комбинации основан на факте отсутствия выделения микобактерии туберкулеза и отсутствие мутаций, свойственных лекарственной устойчивости МБТ и изониазиду и рифампицину.
P2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и правильный режим химиотерапии.
P1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован и/или не названы 1-2 противотуберкулезных препарата, но режим назначен правильно.
P0	-	Ответ не верный.
В	5	Через 60 доз химиотерапии у пациента отмечается частичное рассасывание очагов в S1-2 слева, однако часть очагов сохраняется и уплотняется. Больной настроен устроиться на работу в колбасный цех. Каковы Ваши рекомендации, обоснуйте свой выбор.
Э	-	Учитывая продолжающуюся динамику активного процесса трудоустройство в колбасный цех в данный момент не возможно. Необходимо продолжить прием АБП по рекомендованной схеме. Наблюдать по IA группе диспансерного учета.
P2	-	Дальнейшая тактика ведения больного выбрана верно
P1	-	Тактика ведения больного выбрана верно, но не обоснована.
P0	-	Тактика ведения пациента выбрана не верно.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	009
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина 27 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в левом

		<p>боку, усиливающиеся при наклонах в здоровую сторону и дыхании; на температуру 39^оС, озноб и потливость.</p> <p>Из анамнеза известно, что боли возникли после переохлаждения. Туберкулезный контакт с родственником. Больная отмечает, что через 2-3 дня интенсивность боли постепенно уменьшилась, но появилась отдышка. Со слов, при профилактической флюорографии лет 10 назад находили в верхушках кальцинаты. НЕ курит, алкоголем не злоупотребляет.</p> <p>При осмотре: состояние ближе к средней тяжести. Астеническое телосложение. Рост 172 см, вес 59 кг. Кожные покровы чистые, бледные больная предпочитает лежать на левом боку, так как при этом нет болей. Левая половина грудной клетки резко отстает при дыхании. ЧДД – 30 в ‘. Слева нижние межреберья сглажены. Перкуторно определяется притупление легочного звука слева по лопаточной и подмышечной линиям. Слева внизу голосовое дрожание не проводится. Аускультативно дыхание слева резко ослаблено. Границы сердца смещены вправо. Тоны сердца приглушены, учащены до 120 в ‘. АД 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: Eг – 4,0*10¹²/л; Hb – 120 г/л; Le – 11,02*10⁹/л; П – 12%; С - 59%; Л - 11%; М - 12%; Э - 6%; СОЭ – 40 мм/час.</p> <p>Мокроту больная не выделяет, кашля практически нет.</p> <p>НА обзорной рентгенограмме: в верхушках легких определяются тени с отложением извести. В нижних отделах грудной клетки слева гомогенные затемнения с косой верхней границей, идущей на уровне переднего отрезка IV ребра.</p> <p>Диаскинтест – папула 17 мм.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Туберкулезный экссудативный плеврит слева. Осложненный посттуберкулезными изменениями в верхушках обоих легких в виде кальцинатов. МБТ -, IA ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>1) на туберкулезную этиологию заболевания указывает наличие контакта с больным туберкулезом, наличие кальцинированных очагов в верхушках легких, данные иммунодиагностики – резко положительный диаскинтест, молодой возраст пациентки.</p> <p>2) клиническая форма – экссудативный плеврит – определена на основании остро возникших после переохлаждения типичных жалоб (боль в боку, усиление боли при дыхании, уменьшение болей после накопления жидкости и появления одышки, температура 39^оС, ознобы, потливость); данных физикального обследования (вынужденное положение на больном боку, отставание половины</p>

		грудной клетки при дыхании, сглаженность нижних межреберий, одышка до 30 в ' , голосовое дрожание слева внизу не проводится; притупление легочного перкуторного звука и резкое ослабление дыхания слева, смещение границ сердца влево). 3) рентгенологических данных (гомогенное затемнение с косой верхней границей на уровне IV ребра). 4)изминения в гемограмме (лимфопения, моноцитоз, увеличение Le и СОЭ).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета. Обоснование проведено не полностью, сокращено.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
Э	-	Больной необходимо выполнить плевральную пункцию с исследованием плевральной жидкости. За туберкулезную этиологию процесса будет свидетельствовать преобладание лимфоцитов в плевральной жидкости, обнаружение там же элементов туберкулезной гранулемы. Требуется провести исследование плевральной жидкости бактериологическим методом и методом ПЦР-РВ с целью обнаружения ДНК МБТ. Желательно так же выполнить плевроскопию с биопсией.
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны правильно.
P1	-	Методы обследования указаны верно, но не обоснованы или указаны не полностью.
P0	-	Методы обследования указаны не верно.
B	4	Укажите, какой инструментальный метод лечения необходимо назначить и выполнить больной.
Э	-	Больному с экссудативным плевритом необходимо выполнение адекватных эвакуаций экссудата путем плевральных пункций или дренирования плевральной полости. После постановки метки (нанесенной при УЗИ или рентгеноскопии) по верхнему краю нижележащего ребра выполняется пункция, при этом при первой пункции не рекомендуется удалять более 1 литра жидкости.
P2	-	Дана верная рекомендация по проведению плевральной пункции, метод обоснован.
P1	-	Плевральная пункция рекомендована, но не обоснована, четко не объяснены техника проведения.
P0	-	Ответ дан неправильный.
B	5	Укажите, какие противотуберкулезные препараты и по какому режиму необходимо назначить больной. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациентке должно быть назначено лечение по III режиму химиотерапии из комбинации 4 основных противотуберкулезных препаратов: изониазид, рифампицин, пипразинамид и этамбутол. Выбор этой комбинации основан на факте отсутствия бактериовыделения у больной.
P2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и верный режим химиотерапии.

P1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован и/или не названы 1-2 препарат в верно обозначенном режиме химиотерапии.
P0	-	Ответ не верный.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	010
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина 45 лет, обратился к врачу с жалобами на внезапное появление кашля с большим количеством мокроты, болями в грудной клетке справа, одышку и резкие подъемы температуры до 39-39,50С. Из анамнеза известно, что ухудшение самочувствия отмечает последние несколько месяцев, сильно похудел (на 6-7 кг). Болен фиброзно-кавернозным туберкулезом правого легкого пять лет, лечился с перерывами, не аккуратно, от операции отказался. Алкоголь употребляет систематически, однако на учете у нарколога не состоит. Прием наркотиков отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние ближе к средней тяжести. Питание снижено. Рост 176 см, вес 52 кг. Кожные покровы бледные. Грудная клетка справа отстает при дыхании, нижние межреберья сглажены, пальпация их болезненна. Нижний легочный край справа неподвижен. Перкуторно определяется интенсивное притупление легочного звука справа. Справа в этой области голосовое дрожание не проводится. Аускультативно слева жесткое дыхание, справа в верхних отделах разнокалиберные влажные хрипы, в нижних отделах дыхание отсутствует. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: Eг – 3,8*10¹²/л; Hb – 110 г/л; Le – 12,0*10⁹/л; П – 15%; С - 63%; Л - 10%; М - 12%; СОЭ – 47 мм/час.</p> <p>Мокроту больная не выделяет, кашля практически нет.</p> <p>При рентгенологическом обследовании слева на обзорной рентгенограмме очаги бронхогенного засева, справа в нижних отделах гомогенное затемнение с горизонтальной границей. В верхних отделах фиброзно-цирротические изменения с полостями распада, очаги и участки инфильтрации.</p> <p>Диаскинтест – папула 12 мм.</p> <p>В мокроте МБТ +2 скопически. Ранее в посевах выделена культура МБТ устойчивая к изониазиду и рифампицину.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого, осложнившийся гнойным плевритом справа с формированием плевро-бронхиального свища справа. Пиопневмоторакс. МБТ+, устойчивость к изониазиду и рифампицину. ПА ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз фиброзно-кавернозный туберкулез установлен по данным анамнеза, клиники и рентгенологической картины (фиброзно-цирротические изменения с полостями распада). Диагноз гнойного плеврита справа (эмпиема), осложнившаяся плевро-бронхиальным свищом справа установлен по данным объективного обследования: симптомов тяжелой интоксикации (температура до 39,50С с резкими «свечками», воспалительная картина крови); физикальные данные (грудная клетка справа отстаёт при дыхании, нижние межреберья сглажены. Пальпация их болезненна, перкуторно тупость в нижних отделах правого легкого, также отсутствует дыхание и не проводится голосовое дрожание); рентгенологическая картина (справа в нижних отделах гомогенное затемнение с горизонтальной границей); о формировании плевро-бронхиального свища свидетельствует внезапное появление кашля с гнойной мокротой на фоне выраженной интоксикации. Пациент должен наблюдаться по ПА ГДУ, как больной с активным туберкулезом легких и хроническим течением, у которого в результате лечения можно добиться положительной динамики.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета. Обоснование проведено не полностью, сокращено.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
Э	-	Пациенту необходимо выполнить: 1) плевроскопию с целью возможного обнаружения плевро-бронхиального свища, возникшего после прорыва каверны в плевральную полость с формированием гнойного плеврита; 2) исследование плеврального экссудата с повторным посевом МБТ и проведением ПЦР-РВ на ДНК МБТ с определением лекарственной устойчивости; 3) фибробронхоскопии для исключения специфического или неспецифического поражения бронхов
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны правильно.
P1	-	Методы обследования указаны верно, но не обоснованы или указаны не полностью.
P0	-	Методы обследования указаны не верно.
B	4	Укажите, какой режим и какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациенту должно быть назначено лечение по IV режиму 6 препаратами резерва с включением фторхинолонов. Выбор основан

		на факте обнаружения резистентности МБТ к изониазиду и рифампицину (МЛУ).
P2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и правильный режим химиотерапии.
P1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован и/или не названы фторхинолоны и препараты резерва, но режим назначен правильно.
P0	-	Ответ не верный.
B	5	Какое лечение должно быть рекомендовано?
Э	-	Учитывая эмпиему плевры с формированием плевро-бронхиального свища показана консультация фтизиохирурга с решением вопроса оперативного лечения. Операцией выбора в данном случае можно считать видеоторакоскопическую санацию и клапанную обтурацию пораженных бронхов. Выполнение операции в 2 этапа позволит снизить риск хирургического вмешательства.
P2	-	Рекомендация лечения верна
P1	-	Дальнейшее лечение рекомендовано не полностью.
P0	-	Рекомендации на дальнейшее лечение не даны.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	011
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина 46 лет, направлен участковым терапевтом в тубдиспансер после флюорографии грудной клетки.</p> <p>В течении 10 дней беспокоят: охриплость голоса, боли в горле при глотании, кашель со скудной слизистой мокротой, однократно кровохарканье, общая слабость, повышение температуры до 38,40.</p> <p>Разнорабочий, без оформления трудовой книжки, курит 30 лет, часто употребляет алкоголь, не был на флюорографии грудной клетке более 4 лет.</p> <p>При обследовании отмечается дефицит веса на 11 кг, бледность кожных покровов. При пальпации обнаружены 3 группы мелких, 3-4 мм, шейных передних узлов и умеренной болезненности грудной клетки. Аускультативно в подключичных областях выслушивается непостоянные мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот обычной формы, при пальпации болезнен в правом межреберье и в области илеоцикальной зоны. Печень увеличена на 1,5 см, селезенка не увеличена, симптом Пастернацкого – отрицательный.</p> <p>В анализах мочи: Le – до 20 в п/зр; Eг – до 5 в п/зр; белок – 0,33%. Исследование по Нечипоренко: Le – до 1,5 млн.</p> <p>Анализ крови: Eг – 8*10¹²/л; Hb – 101 г/л; Le – 11,0*10⁹/л; П – 6%; С – 58%; Б – 2%; Л – 15%; М – 14%; Э – 5%; СОЭ – 47 мм/час.</p> <p>В мокроте методом микроскопии КУМ +.</p> <p>На ранее выполненной флюорограмме в обоих легких в верхних и</p>

		средних отделах, симметрично определяются множественные очаги разной величины малой и средней интенсивности, имеющие тенденцию к сливанию между собой. Во 2 сегментах с обеих сторон определяются тонкостенные полости распада 3 см «симптом очков». Методом ПЦР-РВ обнаружена ДНК МБТ устойчивая к рифампицину. Осмотрен фтизиоларингологом - при осмотре заподозрен и доказан на биопсии инфильтративный внутренний туберкулез гортани с дисфонией I-II ст.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Подострый диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада, МБТ +; устойчивый к рифампицину, IА ГДУ. Туберкулез гортани инфильтративный, внутренний, дисфония I-II.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета, осложнение настоящего заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Установлению диагноза туберкулеза легких способствовали следующие сведения: 1) Обнаружение КУМ в мокроте методом микроскопии, положительная ЦПР-РВ на ДНК МБТ. 2) Гистологическое подтверждение туберкулеза гортани. 3) Анамнестические данные указывают на принадлежность пациента к группе риска по туберкулезу (не проходил флюорографическое обследование более 4 лет). 4) Симптомы заболевания свидетельствуют о постепенном развитии заболевания, сопровождающиеся выраженными симптомами интоксикации, при скудности прочих данных. 5) Отрицательная проба Манту в данном случае является лишь следствием отрицательной анергии. 6) Клиническая форма подострого диссеминированного туберкулеза установлена на основании данных рентгеномографического обследования (разнокалиберные очаги, разной интенсивности занимающие более 4 сегментов, сливающиеся в инфильтрат с распадом). 7) Определение локализации процесса основано как на данных рентгенологических так и ларингоскопических обследований. 8) Установление фазы процесса также основано на данных рентгенологического обследования – очаги носят полиморфный характер, при отсутствие физброзно-склеротических изменений в легких, а так же сохранения конфигураций сердца.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование нозологической или клинической формы или локализации, фазы процесса и/или группы диспансерного учета, или осложнения заболевания.

P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дообследования больной. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациенту необходимо проведение трахеобронхоскопии для исключения специфического и неспецифического поражения бронхов и забора БАЛ с последующей ПЦР-РВ.
P2	-	Методы дообследования указаны верно и обоснованы правильно.
P1	-	Методы дообследования указаны не полностью и/или обоснованы неверно.
P0	-	Методы дообследования указаны не верно.
B	4	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациентки. Обоснуйте свой выбор, дайте дальнейшие рекомендации.
Э	-	Больному должен быть назначен II режим противотуберкулезного лечения. Выбор этих препаратов основан на сведениях молекулярно-генетических методов исследования мокроты. Показан пневмоперитонеум после исключения поражения бронхов.
P2	-	Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбрана верная схема препаратов, однако выбор не обоснован и/или 1-2 противотуберкулезных препаратов в схеме лечения указаны не верно, но выбор режима обоснован.
P0	-	Схема лечения выбрана не правильно.
B	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте ваш выбор.
Э	-	Необходим ежемесячный бактериологический контроль для исключения вторичной лекарственной устойчивости МБТ, при ее обнаружении должна быть коррекция проводимого лечения. При сохранение деструктивных изменений в верхней доле легких показана консультация фтизиохирурга.
P2	-	Дальнейшая тактика ведения больного выбрана верно
P1	-	Тактика ведения больного выбрана верно, но не обоснована.
P0	-	Тактика ведения пациента выбрана не верно.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	012
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В инфекционную больницу на скорой помощи поступил мужчина 34 лет в тяжёлом состоянии с лихорадкой неясного характера. При сборе анамнеза удалось выяснить, что болен он около суток, всё началось с повышения температуры до 380С и сухого кашля, затем температура повысилась до 400С, беспокоила сильная головная боль,

		<p>бессонница, одышка, кашель усилился до постоянного, продуктивного. При осмотре: акроцианоз, одышка до 48 в минуту, тахикардия до 130 ударов в минуту. При перкуссии над лёгкими звук носит коробочный оттенок, аускультативно — рассеянные сухие хрипы. При пальпации живот мягкий, печень увеличена на 3 см, селезёнка не пальпируется, симптом Пастернацкого отрицательный. В анализах: Eг — 4,3*10¹², Hb — 112 г/л, Leу — 10,9*10⁹, п — 7%, с -76%, л — 11%, м — 6%, э — 0, СОЭ — 36 мм/час.</p> <p>При цифровой флюорографии грудной клетки в двух проекциях патологии не выявлено. Во взятых анализах на сыпной тиф, паратифы, малярию, коллагенозы патологии не выявлено. Больному проведено 2 курса лечения антибиотиками и дезинтоксикационными средствами.</p> <p>Пациент недавно освобожден из мест заключения, где находился 3 года. Болел левосторонним плевритом нетуберкулёзной этиологии, лечился в терапевтическом отделении. В дальнейшем рентгенологическое обследование не проводилось.</p> <p>Реакция Манту с 2ТЕ — отрицательная, ДСТ — папула 3 мм. В мокроте микроскопическим методом КУМ не обнаружены, методом ПЦР-РВ ДНК МБТ так же не выявлены.</p> <p>Учитывая недостаточную эффективность проводимого лечения на 11 день пребывания в терапевтическом отделении была выполнена рентгенография органов грудной клетки, при которой выявлен двухсторонний лёгочный процесс: высыпания однотипных множественных очагов малой интенсивности размеров 1-2 мм. Больной переведён в диагностическое отделение областного противотуберкулёзного клинического диспансера.</p> <p>С целью уточнения этиологии лёгочной диссеминации больному была выполнена поднаркозная фибротреахеобронхоскопия. Эндоскопически — картина диффузного катарального эндобронхита. В бронхо-альвеолярном лаваже КУМ не найдены. При трахеобронхиальной щипцевой биопсии из разных долей лёгких и последующего гистологического исследования биоптата обнаружены гранулёмы следующего строения: в центре казеоз, по периферии эпителиоидные клетки и клетки Пирогова-Лангханса, узкий наружный слой лимфоцитов. Гистологическое заключение — туберкулёз.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	милиарный туберкулёз лёгких в фазе инфильтрации, МБТ - , IA ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз милиарного туберкулёза лёгких верифицирован гистологически по результату эндоскопических биопсий

		<p>Форма милиарного туберкулёза лёгких основывается на данных рентгено-томографического обследования, установивших тотальное обсеменение лёгких просовидными очагами малой интенсивности.</p> <p>Установление фазы процесса так же основывается на данных рентгено-томографического обследования, при котором определяются просовидные малоинтенсивные очаги, что свидетельствует о фазе инфильтрации.</p> <p>Бактериовыделение у больного не определено методом бактериоскопии и методом ПЦР-РВ.</p> <p>Больной должен наблюдаться в IA ГДУ как впервые выявленный больной туберкулёзом.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета. Обоснование проведено не полностью, сокращено.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
Э	-	Необходимо повторное исследование мокроты и бронхо-альвеолярного лаважа методом посева на плотную среду Левенштейна-Йенсена и жидкую среду методом ВАСТЕС
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны правильно.
P1	-	Методы обследования указаны верно, но не обоснованы или указаны не полностью.
P0	-	Методы обследования указаны не верно.
B	4	Укажите, какой режим и какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	<p>Пациенту должна быть назначена комбинация 4 основных противотуберкулёзных препаратов. При получении положительных результатов чувствительности посевов на МБТ должна быть определена их мутация к туберкулоstaticам с последующей коррекцией химиотерапии.</p> <p>Не исключена вероятность коррекции терапии и без получения результатов бактериограммы, в этом случае должна учитываться эффективность назначенного противотуберкулёзного лечения.</p>
P2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и правильный режим химиотерапии.
P1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован и/или не названы фторхинолоны и препараты резерва, но режим назначен правильно.
P0	-	Ответ не верный.
B	5	Каков прогноз заболевания.
Э	-	Через 4-5 месяцев коонтролируемой регулярной противотуберкулёзной терапии при милиарном туберкулёзе лёгких, как правило исчезает симптом интоксикации, респираторные жалобы, нормализуются лабораторные показатели.

		Рентгеномографическое обследование, в том числе КТ, фиксируют чаще всего рассасывание очагов, но возможно и уплотнение некоторых из них, а также формирование нежного пневмосклероза лёгких
P2	-	Прогноз верен
P1	-	Прогноз заболевания не точен.
P0	-	Прогноз заболевания не верен.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	013
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>На приём к фтизиатру направлена женщина 50 лет, не работающая. Она считает себя больной около 5 лет, лечилась у терапевта по поводу ХОБЛ, у ларинголога — фаринголарингит. Ежегодно проходила ФЛГ обследование грудной клетки на которой описывались пневмосклероз верхних отделов лёгких, умеренно выраженная эмфизема.</p> <p>При обращении жалобы на одышку при физической нагрузке, слабость, кашель со скудной слизисто-гноной мокротой, непостоянный субфебрилитет.</p> <p>При обследовании обращает на себя внимание бледность кожных покровов и похудание (дефицит массы 12 кг). Пальпация грудной клетки, органов брюшной полости безболезненны. Перкуторный звук над лёгкими с коробочным оттенком, на фоне жёсткого дыхания выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы над верхними долями и рассеянные сухие хрипы над всей поверхностью лёгких. В анализе крови: Hb – 102 г/л, Eг – 3,8*10¹², Leу - 9,2*10⁹, формула не изменена, СОЭ — 23 мм/час. В анализе мочи: leу – до 10 в поле зрения, Eг — 1-2 в поле зрения, белок — 0,33%. При анализе цифровой ФЛГ грудной клетки и выполненной в клинике КТ грудной клетки выявляются хорошо очерченные разной величины и плотности очаги в верхних и средних отделах, а также пневмосклероз, фиброз с уменьшением размера верхушек. Корни подтянуты вверх. В нижней доле правого лёгкого определяется группа мягких очагов, сливающихся в инфильтрат с распадом. Сердце уменьшено в размерах.</p> <p>Проба Манту — папула 8 мм, ДСТ — папула 12 мм.</p> <p>В мокроте методом микроскопии по Цилю-Нильсену обнаружены КУМ 2+. При исследовании мокроты методом ПЦР-РВ обнаружены ДНК МБТ с мутацией, связанной с устойчивостью к изониазиду и рифампицину.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Хронический диссеминированный туберкулёз лёгких в фазе распада в нижней доле правого лёгкого, МБТ +, устойчивость к изониазиду и рифампицину, IА ГДУ

P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>диагноз туберкулёза лёгких установлен в результате проведённого обследования: 1) результатов микробиологического обследования мокроты (обнаружение в мокроте КУМ при микроскопии и ДНК МБТ при ПЦР-РВ). 2) данных КТ грудной клетки, при которой обнаружены как разнокалиберные разной величины и плотности очаги в лёгких, а также инфильтрат с распадом в нижней доле правого лёгкого. 3) о хронизации туберкулёзного процесса свидетельствуют выраженный пневмосклероз, эмфизема лёгких, фиброзные изменения верхушек лёгких, уменьшение размеров сердца. 4) за туберкулёзную этиологию заболевания свидетельствуют длительное (5 лет) неэффективное лечение у терапевта по поводу ХОБЛ 5) имело место некавалифицированная интерпретация проведённых ранее рентгенологических обследований грудной клетки.</p> <p>Клиническая форма хронического диссеминированного туберкулёза лёгких установлена на основании полученных сведений КТ органов грудной клетки (множественные очаги средней и плотной интенсивности, пневмосклероз и эмфизема лёгких, уменьшение размеров верхушек, изменение конфигурации сердечной тени).</p> <p>Определение локализации процесса так же основаны на данных КТ исследования органов грудной клетки, которое не только установило наличие множественных очагов, но и инфильтрата с распадом в нижней доле правого лёгкого.</p> <p>Установление фазы процесса основано также на данных рентгено-томографического обследования больного (наличие полиморфных очагов и инфильтрата с распадом в нижней доле парвого лёгкого).</p> <p>Бактериовыделение установлено на основании обнаружения КУМ в мокроте и исследовании её методом ПЦР-РВ, при чём выявлена мутация с устойчивостью к изониазиду и рифампицину.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета. Обоснование проведено не полностью, сокращено.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
Э	-	следующие дополнительные методы показаны пациенту: видеотрахеобронхоскопия для исключения туберкулёзного или неспецифического поражения бронхов; исследование функции лёгких и сердца для решения вопроса о наличии и степени выраженности легочно-сердечной недостаточности
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны правильно.

P1	-	Методы обследования указаны верно, но не обоснованы или указаны не полностью.
P0	-	Методы обследования указаны не верно.
B	4	Укажите, какой режим и какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	У больного впервые выявлено МЛУ. Показан IV режим с назначением 5-6 противотуберкулёзных препаратов (с заменой изониазида и рифампицина другими противотуберкулёжными препаратами). Учитывая наличие деструкции в нижней доле правого лёгкого целесообразно наложение пневмоперитонеума
P2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и правильный режим химиотерапии.
P1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован и/или не названы фторхинолоны и препараты резерва, но режим назначен правильно.
P0	-	Ответ не верный.
B	5	Каков прогноз заболевания.
Э	-	через 6 месяцев контролируемого противотуберкулёзного лечения, дополненного пневмоперитонеумом у пациента наблюдается нормализация температуры, исчезновение слабости, нормализация лабораторных показателей, прекращение бактериовыделения. Динамическое рентгенологическое обследование отмечает некоторое уменьшение количества очагов, закрытие полости распада в лёгком. Однако, возможен вариант формирования на месте распадающегося инфильтрата полости (каверны), что потребует консультации фтизиохирурга для решения вопроса об оперативном лечении
P2	-	Прогноз верен
P1	-	Прогноз заболевания не точен.
P0	-	Прогноз заболевания не верен.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	014
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина 39 лет, направлена в противотуберкулезный диспансер из ЦРБ после проведения флюорографии грудной клетки, на которой выявлен диссеминированный процесс в легких. Считает себя больной около 2 месяцев, когда стала отмечать одышку при физической нагрузке, покашливание, непостоянный субфебрилитет по вечерам. К врачам не обращалась. В анамнезе плеврит 20 лет назад, лечилась у терапевта. Последняя флюорография грудной клетки была 3 года назад, на дообследование не вызывалась. Работала продавцом в продуктовом магазине,

		<p>увеличилась после рождения ребенка.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное, кожа чистая, Рост 171 см. Вес 69 кг. Пальпаторно определяется увеличение надключичных и глубоких шейных лимфоузлов. Перкуторный звук легочный, приглушен в нижнее-боковых отделах. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, в межлопаточном пространстве выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. ЧДД – 20 в ‘. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 92 в ‘АД 110/65 мм рт.ст.</p> <p>В анализах: Eг – 4,1*10¹²/л; Hb – 120 г/л; Le – 10,1*10⁹/л; П – 6%; С – 74%; Л - 10%; М - 9%; Э - 1%; СОЭ – 34 мм/час.</p> <p>При рентгеномографическом обследовании грудной клетки (флюорограмма и КТ): в легких с обеих сторон определяются многочисленные величиной от 2 до 8 мм расположенные преимущественно в верхних отделах картимально, очаговые тени мягкой и средней интенсивности, часть из которых сливаются в мелкие фокусы.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ – отрицательная; Диаскинтест – папула 5 мм.</p> <p>В мокроте КУМ и ДНК МБТ не обнаружены.</p> <p>Пациентке с диагностической целью выполнена фибробронхоскопия. Эндоскопически картина диффузного катарального эндобронхита. При трахеобронхиальной щипцовой биопсии легкого и трахеобронхиальной игловой биопсии бронхопульмональных и бифуркационных лимфоузлов обнаружены эпителиальные клетки. В БАЛ методом ПЦР-РВ обнаружены ДНК МБТ, устойчивые к изониазиду.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Подострый диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации, МБТ+, устойчивый к изониазиду, IA ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз туберкулеза легких установлен на основании следующих данных: 1) бактериологического исследования полученного при бронхоскопии содержимого бронхов (обнаружена ДНК МБТ методом ПЦР-РВ); 2) Данных рентгенологического исследования – наличие полиморфных очагов преимущественно в верхних отделах, субплеврально; 3) анамнестические сведения свидетельствуют о длительности заболевания с симптомами маловыраженной интоксикации, перенесенный ранее плеврит в возрасте 19 лет мог быть туберкулезного характера; 4) бронховезикулярное дыхание с влажными хрипами в межлопаточном пространстве, лейкоцитоз при нормально формуле крови, ускорение СОЭ; 5) характеристика бактериовыделения дана на основе результатов микробиологических исследований материала полученного в результате бронхоскопии; 6) больная должна наблюдаться в IA группе диспансерного учета, как впервые выявленная больная.</p>

P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Оцените результаты туберкулинодиагностики у больного
Э	-	Проба Манту с 2 ТЕ – отрицательная. Диаскиниест – 5 мм. Проба считается положительный, что позволяет предположить наличие активного туберкулезного процесса.
P2	-	Результаты туберкулинодиагностических проб оценены верно
P1	-	Дана не полная оценка результатов
P0	-	Результаты проб оценены не правильно
В	4	Укажите, какой режим и какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациентке должен быть назначен II режим противотуберкулезного лечения. Выбор этой комбинации основан на обнаружение ДНК МБТ, с мутацией к изониазиду.
P2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и правильный режим химиотерапии.
P1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован.
P0	-	Ответ не верный.
В	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Учитывая динамику процесса: рассасывание и частичное уплотнение очагов продолжить наблюдение и лечение до 24 месяцев в IIА ГДУ, с последующим контрольным обследованием и переводом в III ГДУ.
P2	-	Дальнейшая тактика ведения больного выбрана верно
P1	-	Тактика ведения больного выбрана верно, но не обоснована.
P0	-	Тактика ведения пациента выбрана не верно.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	015
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина 47 лет направлен в тубдиспансер после проведения профилактической флюорографии, на которой были выявлены патологические изменения в легких. Из анамнеза известно, что находился в местах лишения свободы, где болел левосторонним экссудативным плевритом реберно- диафрагмальной локализации. Проводилась плевропункция, экссудат серозный, абацилярный; туберкулезный характер плеврита был исключен.

		<p>Объективно: кожа чистая, бледная, пониженного питания (дефицит 12 кг). Пальпаторно выявлены увеличенные до 2 см левые подмышечные и подключичные периферические лимфоузлы, мелкие, безболезненные. При перкуссии слева у нижнего угла лопатки определяется укорочение легочного звука. Аускультативно дыхание жесткое, с рассеянными сухими хрипами, слева подключично единичные влажные хрипы.</p> <p>В анализах: Eг – 3,8*10¹²/л, Hb – 90 г/л, Le– 7,6*10⁹/л, п – 4%, н – 53%; б – 2%, л – 25%, м – 10%, э – 6%, СОЭ – 28 мм/ч.</p> <p>Флюоротомографическими методами исследования грудной клетки выявлено: легочный рисунок деформирован в средних и нижних отделах легких определяются средние и плотные очаговые тени размером от 3 до 9 мм. В верхней доле левого легкого (2 сегмент) определяется неомогенная структура – инфильтрат без четких контуров и полостью распада. Верхушки легких уменьшены в размерах. Сердце по краю грудины.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ – папула 9 мм. ДСТ – папула 11мм.</p> <p>В мокроте: методом Циля-Нильсена обнаружены КУМ 1-2 в полях зрения. Методом ПЦР-РВ обнаружена ДНК МБТ с мутациями, связанными с устойчивостью к изониазиду и рифампицину.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Хронический диссеминированный туберкулез легких. Фаза распада во 2-ом сегменте левого легкого. МБТ+. Чувствительная к изониазиду и рифампицину. IA ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании следующих сведений: 1) результат микробиологического исследования (нахождение в мокроте КУМ и ДНК МБТ); 2) данных рентгенологического обследования (наличие очагов в легких, пневмосклероз, фиброзные изменения в верхушках легких, уменьшение правых отделов сердца, инфильтрат с распадом во втором сегменте левого легкого); 3) данных анамнеза (нахождение в МЛС. Где перенес плеврит); 4) данных иммунодиагностики (положительный ДСТ подтверждающий с высокой вероятностью активность туберкулезного процесса); 5) объективное обследование (бледность кожи, наличие влажных хрипов в S2 левого легкого); 6) лабораторные данные (анемия, повышение СОЭ).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета. Обоснование проведено не полностью, сокращено.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.

В	3	Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
Э	-	Дополнительно к проведенному обследованию необходимо провести фибробронхоскопию для исключения специфического и неспецифического поражения бронхов
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны правильно.
P1	-	Методы обследования указаны верно, но не обоснованы или указаны не полностью.
P0	-	Методы обследования указаны не верно.
В	4	Укажите, какой режим и какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациенту должно быть назначено лечение по IV режиму б препаратами резерва с включением фторхинолонов. Выбор основан на факте обнаружения резистентности МБТ к изониазиду и рифампицину (МЛУ).
P2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и правильный режим химиотерапии.
P1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован и/или не названы фторхинолоны и препараты резерва, но режим назначен правильно.
P0	-	Ответ не верный.
В	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	При формировании каверн в верхней доле левого легкого показана консультация фтизиохирурга и решение вопроса хирургического лечения.
P2	-	Тактика лечения верна
P1	-	Дальнейшая тактика лечения рекомендована не полностью.
P0	-	Тактика на дальнейшее лечение не дана.

6. Критерии оценивания результатов обучения

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

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

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для тестирования:

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

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

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

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчики:

1) Шпрыков А.С., заведующий кафедрой фтизиатрии им. И.С. Николаева, д.м.н., профессор.

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

Дата «09» ноября 2022 г.