

## ФТИЗИАТРИЯ

### 1. Цели и задачи дисциплины

**Цель дисциплины** - формирование у врачей-ординаторов знаний и умений, которые необходимы для решения профессиональных задач, связанных с осуществлением противотуберкулезных мероприятий.

**Задачи дисциплины:**

- выполнение мероприятий по формированию мотивированного отношения населения к сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья окружающих в условиях напряженной эпидемической ситуации по туберкулезу;
- проведение сбора и медико-статистического анализа информации о эпидемической ситуации по туберкулезу среди различных возрастно-половых групп с использованием основных эпидемиологических показателей, характеризующих эпидемический процесс распространения туберкулезной инфекции;
- проведение в лечебно-профилактических и оздоровительных учреждениях профилактических и противоэпидемиологических мероприятий, направленных на предупреждение распространения туберкулезной инфекции и заболевания туберкулезом;
- воспитание гигиенических навыков у населения для профилактики распространения туберкулезной инфекции, проведение мероприятий по профилактике внутрибольничной туберкулезной инфекции в лечебно-профилактических учреждениях, создание благоприятных условий для больных, находящихся в лечебно-профилактических учреждениях, а также условий, способствующих эффективной работе медицинского персонала;
- участие в наблюдении больных туберкулезом и контактирующих с ними лиц на основе тесного сотрудничества со специалистами-фтизиатрами, проведение мероприятий, направленных на повышение эффективности диспансеризации лиц с повышенным риском инфицирования микобактериями (МБТ) и заболевания туберкулезом.
- диагностика первичного инфицирования МБТ и латентной туберкулезной инфекции; своевременная диагностика заболевания туберкулезом, обострения и рецидива туберкулезного процесса на основе владения пропедевтическими, лабораторными, рентгенологическими и инструментальными методами исследования;
- проведение реабилитационных мероприятий среди пациентов, перенесших туберкулез;
- формирование у населения мотивации на сохранение и повышение уровня здоровья; обучение пациентов и их окружения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим укреплению здоровья, устранению вредных привычек и других факторов, способствующих распространению туберкулеза;
- организация работы медицинского персонала в лечебно-профилактических учреждениях амбулаторного и стационарного типа, направленной на профилактику, выявление и лечение больных туберкулезом;
- оформление учетной медицинской документации в лечебно-профилактических учреждениях в связи с проведением мероприятий по профилактике туберкулеза, выявлению и лечению больных туберкулезом;
- участие в организации проведения экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности в связи с заболеванием туберкулезом;
- оценка качества оказания лечебно-диагностической и реабилитационно-профилактической помощи больным туберкулезом и контактирующим с ними лицам;

- анализ научной литературы и официальных статистических обзоров, подготовка рефератов по современным научным проблемам, связанным с напряженной эпидемиологической ситуацией по туберкулезу;
- участие в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области здравоохранения, связанных с распространением туберкулезной инфекции.

### 1. Планируемые результаты обучения по дисциплине:

Выпускник, освоивший программу дисциплины «Фтизиатрия» должен обладать следующими универсальными компетенциями:

ОПК-4. Способен проводить рентгенологические исследования (в том числе компьютерные томографические) и магнитно-резонансно-томографические исследования и интерпретировать результаты

Код компетенции	Содержание компетенции	Индикаторы достижения компетенции	Оценочные средства
ОПК-4	Способен проводить рентгенологические исследования (в том числе компьютерные томографические) и магнитно-резонансно-томографические исследования и интерпретировать результаты	ИД-1 ОПК-4 организует и проводит рентгенологические исследования (в том числе компьютерные томографические) и магнитно-резонансно-томографические исследования ИД-2 ОПК-4 интерпретирует результаты и формулирует на их заключения	Устный опрос Контрольная работа Доклад Подготовка презентации Ситуационные задачи Тестирование

### 3. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина по выбору, электив «Фтизиатрия» относится к блоку Б1. В.ДВ.3.22 учебного плана.

### 4. Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семестр
Аудиторные занятия (всего)	72/2	3
В том числе:		
Лекции (Л)	4/0,2	4/0,2
Клинические практические занятия (КПЗ)	44/1,2	44/1,2
Самостоятельная работа (всего)	24/0,6	24/0,6
Презентация	3/0,08	3/0,08

Другие виды самостоятельной работы	23/0,52	23/0,52
Общая трудоемкость часы	72	72
зачетные единицы	2	2

## 5. Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

### 5.1 Учебно-тематическое планирование дисциплины

Наименование темы (раздела)	Контактная работа, академ. ч			Самостоятельная работа	Всего
	Лекции	Семинары	Практические занятия		
Эпидемиология и своевременное выявление туберкулеза	2	0	6	3	9
Клиническая классификация и обследование на туберкулез	2	0	6	12	36
Клинические формы туберкулеза	0	0	20	3	9
Туберкулез и коморбидность	0	0	6	6	12
Здоровый образ жизни и профилактика туберкулеза	0	0	6	3	9
ИТОГО	4	0	44	24	72

### 5.2 Содержание по разделам дисциплины

№ п/п	Наименование темы (раздела) дисциплины*	Содержание темы (раздела)	Формируемые компетенции	Индикаторы достижения
1	Эпидемиология и своевременное выявление туберкулеза. Роль флюорографического обследования как скрининговая диагностика среди взрослого населения. Рентгенологическая	Туберкулез - инфекционное и социально-зависимое заболевание. Медико-биологические, социально-экономические факторы и группы риска по туберкулезу. Основные показатели для оценки тяжести эпидемической ситуации в	ОПК-4	ИД-1 ОПК-4 ИД-2 ОПК-4

	синдромная диагностика туберкулеза.	связи с распространением туберкулезной инфекции, звенья эпидемического процесса. Эпидемическая опасность источника туберкулезной инфекции. Патогенность и вирулентность МБТ. Лекарственная устойчивость возбудителя туберкулеза. Декретированные группы населения. Своевременное выявление туберкулеза среди взрослого населения. Раннее, своевременное и позднее выявление туберкулеза. Пути своевременного выявления туберкулеза. Методы своевременного выявления туберкулеза		
2	Клиническая классификация и обследование туберкулез на	Клиническая классификация туберкулеза, соотношение с МКБ-10. Примеры формулировки диагноза у фтизиатрического больного. Обязательный диагностический минимум исследований на туберкулез: субъективные и объективные данные, лабораторная и инструментальная диагностика.	ОПК-4	ИД-1 ОПК-4 ИД-2 ОПК-4
3	Клинические формы туберкулеза. Рентген семиотика основных клинических форм органов дыхания	Первичный туберкулез-туберкулезная интоксикация у детей и подростков, туберкулез внутригрудных лимфоузлов, первичный туберкулезный комплекс. Особенности клинического течения в современных условиях, диагностика, дифференциальная диагностика. Вторичные формы туберкулеза органов дыхания: Очаговый туберкулез легких. Инфильтративный туберкулез легких. Казеозная пневмония. Туберкулемы легких. Особенности	ОПК-4	ИД-1 ОПК-4 ИД-2 ОПК-4

		<p>клинического течения в современных условиях, диагностика, дифференциальная диагностика.</p> <p>Диссеминированный туберкулез легких. Милиарный туберкулез. Кавернозный туберкулез легких. Особенности клинического течения в современных условиях, диагностика, дифференциальная диагностика.</p> <p>Хронические деструктивные формы туберкулеза: кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Цирротический туберкулез. Особенности клинического течения в современных условиях, диагностика, дифференциальная диагностика.</p>		
4	<p>Туберкулез и коморбидность</p> <p>Особенности рентгенологических проявлений туберкулеза у больных сочетанной патологией. сахарным диабетом. ВИЧ-инфекцией, алкоголизмом и наркоманией.</p>	<p>Особенности клинических проявлений туберкулеза на фоне существующих заболеваний и их диагностика:</p> <p>туберкулез+ВИЧ, туберкулез+сахарный диабет, туберкулез+гепатиты, туберкулез+язвенная болезнь желудка и 12 пк, туберкулез+ХОБЛ</p>	ОПК-4	<p>ИД-1 ОПК-4</p> <p>ИД-2 ОПК-4</p>
5	<p>Здоровый образ жизни и профилактика туберкулеза</p>	<p>Здоровый образ жизни-основа профилактики туберкулеза.</p> <p>Виды профилактики туберкулеза: социальная, санитарная, специфическая. Вакцины БЦЖ и БЦЖ-М. Противотуберкулезная вакцинация и ревакцинация. Химиопрофилактика и превентивное лечение. Очаги туберкулезной инфекции. Мероприятия в очагах туберкулезной инфекции.</p>	ОПК-4	<p>ИД-1 ОПК-4</p> <p>ИД-2 ОПК-4</p>

## 6. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

Основная:

1. Фтизиатрия : учебник для вузов / Н. А. Браженко, О. Н. Браженко. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : Юрайт, 2020. – 735с.
2. Мишин В.Ю., Фтизиатрия [Электронный ресурс] : учебник / В. Ю. Мишин, С. П. Завражнов, А. В. Митронин, А. В. Мишина. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5400-8 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970454008.html>
3. Koshechkin, V. A. Phthisiatry : textbook. / Koshechkin V. A. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5302-5. - Текст : электронный // URL : <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970453025.html>
4. Гиллер Д.Б., Фтизиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Д. Б. Гиллер, В. Ю. Мишин и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 576 с. - ISBN 978-5-9704-5490-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970454909.html>

Дополнительная:

1. Бородулина, Е. А. Лучевая диагностика туберкулеза легких: учебное пособие / Бородулина Е. А. , Бородулин Б. Е. , Кузнецова А. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 120 с. - ISBN 978-5-9704-5991-1. - Текст : электронный // URL : <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970459911.html>
2. Зимина, В. Н. Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых / В. Н. Зимина, А. В. Кравченко, И. Б. Викторова, В. А. Кошечкин. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5824-2. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458242.html>
3. Илькович, М. М. Диффузные паренхиматозные заболевания легких / под ред. Ильковича М. М. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-5908-9. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459089.html>
4. Лечение туберкулеза органа зрения: пособие для врачей / Е. И. Устинова [и др.]. ; Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург. НИИ фтизиопульмонологии, тизиоофтальмологический санаторий "Красный вал". - СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2010. - 30 с.
5. П 15/364 Туберкулез глаз и сходные с ним заболевания : рук. для врачей / Е. И. Устинова ; Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова. - 2-е изд., перераб. и доп. - СПб. : Изд-во "Левша. Санкт-Петербург", 2011. - 418 с.

1. «Электронная библиотечная система «Консультант студента».
2. ЭБС «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека».
3. «Электронно-библиотечная система eLibrary» периодические издания.

Электронные базы данных  
<http://www.studentlibrary.ru/>  
<http://www.bloodjournal.org>  
<http://e.lanbook.com/>  
<http://www.scopus.com/>  
<http://books-up.ru/>  
<http://roftb.ru/>

Периодические издания:

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

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

## 7. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине:

### 7.1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и количества академических часов для проведения занятий клинического практического типа по темам (разделам)

№ п/п	Контролируемые темы (разделы) дисциплины	Код контролируемой компетенции (или ее части) по этапам формирования в темах (разделах)	Индикатор достижения	Наименование оценочного средства, в академич. часах
1	Эпидемиология и своевременное выявление туберкулеза. Роль флюорографического обследования как скрининговая диагностика среди взрослого населения. Рентгенологическая синдромная диагностика туберкулеза.	ОПК-4	ИД-1 ОПК-4 ИД-2 ОПК-4	Устный ответ на вопрос преподавателя-0,5 ч.
2	Клиническая классификация и обследование на туберкулез	ОПК-4	ИД-1 ОПК-4 ИД-2 ОПК-4	Устный ответ на вопрос преподавателя- 0,5 ч.
3	Клинические формы туберкулеза. Рентген семиотика основных клинических форм органов дыхания	ОПК-4	ИД-1 ОПК-4 ИД-2 ОПК-4	Контрольная работа – 1,0 акад. часа Самостоятельная подготовка презентации – 4,0 часа Выступление с докладом – 20 минут
4	Туберкулез и коморбидность. Особенности рентгенологических проявлений туберкулеза у больных сочетанной патологией. сахарным диабетом. ВИЧ-инфекцией, алкоголизмом и	ОПК-4	ИД-1 ОПК-4 ИД-2 ОПК-4	Контрольная работа – 1,0 акад. часа Самостоятельная подготовка презентации – 4,5 часа Выступление с докладом – 0,25 часа

	наркоманией.			
5	Здоровый образ жизни и профилактика туберкулеза	ОПК-4	ИД-1 ОПК-4 ИД-2 ОПК-4	Самостоятельная подготовка презентации – 4,0 часа Выступление с докладом – 0,25 часа
	Зачет	ОПК-4	ИД-1 ОПК-4 ИД-2 ОПК-4	Тестирование – 0,25 часа Устный ответ на вопрос преподавателя – 0,25 часа

## 7.2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

№ п/п	Наименование формы проведения промежуточной аттестации	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания (шкалы: 0–100%, четырехбалльная, тахометрическая)
1	зачет	1-я часть зачета: выполнение электронного тестирования (аттестационное испытание промежуточной аттестации с использованием тестовых систем)	Система стандартизированных заданий (тестов)	Описание шкалы оценивания электронного тестирования: – от 0 до 49,9 % выполненных заданий – неудовлетворительно; – от 50% зачет
		2-я часть зачета: устный ответ на вопросы. Решение клинической задачи.		Критерии оценивания преподавателем представления и защиты методической разработки: – соответствие содержания работы ее теме, полнота раскрытия темы/задания (оценка соответствия содержания ответа теме/заданию); – умение проводить аналитический анализ прочитанной учебной и научной литературы, сопоставлять теорию и практику; – логичность, последовательность изложения



				<p>ответа;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– наличие собственного отношения обучающегося к теме/заданию;</li> <li>– аргументированность, доказательность излагаемого материала.</li> </ul> <p>Описание шкалы оценивания представления и защиты методической разработки:</p> <p>Оценка «отлично» выставляется за защиту работы, в которой содержание соответствует теме или заданию, обучающийся глубоко и прочно усвоил учебный материал, последовательно, четко и логически стройно излагает его, демонстрирует собственные суждения и размышления на заданную тему, делает соответствующие выводы; умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, приводит материалы различных научных источников, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения задания, показывает должный уровень сформированности компетенций.</p> <p>Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если его ответ соответствует и раскрывает тему или задание, обучающийся показывает знание учебного материала, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей при выполнении задания, правильно применяет теоретические положения при</p>
--	--	--	--	--

			<p>выполнения задания, владеет необходимыми навыками и приемами его выполнения, однако испытывает небольшие затруднения при формулировке собственного мнения, показывает должный уровень сформированности компетенций.</p> <p>Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если его ответ в полной мере раскрывает тему/задание, обучающийся имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении учебного материала по заданию, его собственные суждения и размышления на заданную тему носят поверхностный характер.</p> <p>Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если не раскрыта тема, содержание ответа не соответствует теме, обучающийся не обладает знаниями по значительной части учебного материала и не может грамотно изложить ответ на поставленное задание, не высказывает своего мнения по теме, допускает существенные ошибки, ответ выстроен непоследовательно, не аргументированно.</p> <p>Итоговая оценка за зачет выставляется преподавателем в совокупности на основе оценивания результатов электронного тестирования обучающихся и выполнения ими методической разработки</p>
--	--	--	---

### **7.3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования знаний, умений, навыков и опыта деятельности**

#### ***1. Текущий контроль:***

2 контрольные работы, включающие теоретические вопросы по следующим темам ОДК-4 (ИД-1,2):

1. Эпидемиология туберкулеза,
2. Своевременное выявление туберкулеза
3. Диагностика туберкулеза органов дыхания (ОДМ).
4. Современная классификация туберкулеза.
5. Основные клинические формы первичного туберкулеза органов дыхания – Туберкулезная интоксикация у детей и подростков, Первичный туберкулезный комплекс, Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
6. Основные формы вторичного туберкулеза – Очаговый туберкулез, Инфильтративный туберкулез, Казеозная пневмония, Диссеминированный туберкулез, Туберкулема, Туберкулезный экссудативный плеврит.
7. Милиарный туберкулез.
8. Клинические формы деструктивного туберкулеза легких - Кавернозный туберкулез, Фиброзно-кавернозный туберкулез, Цирротический туберкулез
9. Туберкулез и коморбидность.

#### ***Темы презентаций ОДК-4 (ИД-1,2)***

1. Методы рентгенологического исследования при подозрении на туберкулез.
2. Особенности первичных форм туберкулеза на рентгенограммах и КТ исследовании.
3. Особенности вторичных форм туберкулеза на рентгенограммах и КТ исследовании.
4. Рентгенологические синдромы при специфическом поражении легких.
5. Дифференциальная рентгенодиагностика диссеминированного туберкулёза и саркоидоза лёгких.
6. Рентгенодиагностика и дифференциальная диагностика туберкулезного экссудативного плеврита.
7. Дифференциальная диагностика диссеминированного туберкулеза и застойного легкого.
8. Дифференциальная диагностика диссеминированного туберкулеза легких и очаговой неспецифической пневмонии.
9. Дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза легких и неспецифических пневмоний.
10. Рентгенодиагностика дифференциальная диагностика казеозной пневмонии.
11. Округлый туберкулезный инфильтрат, рентгенодиагностика, дифференциальная диагностика.
12. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких, рентгенодиагностика, дифференциальная диагностика.
13. Рентгенодиагностика синдрома обширного затемнения легочного поля.
14. Рентгенодиагностика синдрома ограниченного затемнения легочного поля.
15. Рентгенодиагностика синдрома обширного просветления легочного поля.
16. Рентгенодиагностика синдрома круглой тени патологии легочной ткани.
17. Рентгенодиагностика синдрома кольцевидной тени патологии легочной ткани.
18. Рентгенодиагностика синдрома очагов и ограниченной диссеминации в легоч-
19. ном поле.
20. Рентгенодиагностика синдрома патологических изменений легочного рисунка.

## 21. Рентгенодиагностика синдрома патологических изменений корня легкого.

Тестирование: ОДК-4 (ИД-1,2)

Пример тестового задания:

1. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ)

1. ТВГЛУ – это:

А) клиническая форма туберкулеза с локализацией изменений во внутригрудных лимфатических узлах (ЛУ)

Б) осложнение первичного или вторичного туберкулеза легких

В) поражение ЛУ средостения у больных с первичным туберкулезным комплексом

2. По В.А.Сукенникову внутригрудные ЛУ разделяют на группы:

А) паратрахеальные, парааортальные, бифуркационные, медиастинальные.

Б) паратрахеальные, трахеобронхиальные, бифуркационные, бронхопульмональные

В) паратрахеальные, паравазальные, ретростернальные, бронхопульмональные.

3. при туберкулезе чаще всего вовлекаются в процесс ЛУ

А) паратрахеальные и бифуркационные

Б) трахеобронхиальные и парааортальные.

В) трахеобронхиальные и бронхопульмональные

4. по клиникорентгенологическим и морфологическим особенностям выделяют варианты ТВГЛУ:

А) туморозную, инфильтративную, кавернозную (при распаде лимфоузла)

Б) туморозную, инфильтративную, малую

В) все перечисленные

5. Туморозный вариант ТВГЛУ характеризуется морфологически:

А) массивным казеозным перерождением лимфоидной ткани.

Б) лимфогистиоцитарной инфильтрацией пораженного ЛУ

В) гранулематозным воспалением в сочетании с параспецифическими изменениями в пораженных ЛУ

6. Туморозный вариант ТВГЛУ характеризуется клинически:

А) выраженностью симптоматики и склонностью к осложненному течению

Б) симптомами бронхита и замедленной инволюцией процесса

В) малосимптомным течением и тенденцией к самопроизвольному заживлению

7. Туберкулез ВГЛУ протекает на фоне:

А) туберкулиновой аллергии

Б) положительных нормэргических проб

В) гиперэргии и «виражей» туберкулиновых проб

8. наиболее типичные изменения в гемограмме при ТВГЛУ:

А) умеренная анемия, моноцитоз, повышенная СОЭ

Б) лейкопения, лимфопения, моноцитоз, повышенная СОЭ

В) умеренный лейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитоз, повышенная СОЭ

9. Инфильтративный вариант ТВГЛУ характеризуется:

А) значительными неспецифическими и параспецифическими изменениями в ЛУ и межлунечной клетчатке

Б) специфическими изменениями в ЛУ средостения и ателектатическим компонентом в легочной ткани

В) специфическими изменениями в ЛУ средостения и воспалением вокруг капсулы ЛУ и прилежащей ткани легкого.

10. «Малая форма» ТВГЛУ характеризуется:

А) поражением всех групп ВГЛУ с увеличением до небольших размеров

Б) поражением бронхопульмональных ЛУ с быстрым развитием осложнений

В) поражением 1-2 групп ВГЛУ с увеличением до 1,5-2 см, малосимптомной клиникой

11. Инфильтративный вариант ТВГЛУ отличает рентгенологический признак:

- А) наружный контур тени корня легкого четкий
  - Б) наружный контур тени корня нечеткий
  - В) наружный контур тени корня бугристый
12. Малая форма ТВГЛУ имеет характеристики структуры корня на обзорной рентгенограмме:
- А) структурен
  - Б) бесструктурен
  - В) структура тени смазана
13. Томограммы средостения в прямой проекции позволяют получить информацию о:
- А) состоянии ВГЛУ и крупных сосудов
  - Б) состоянии просвета трахеи и крупных бронхов
  - В) всем перечисленном
14. ТВГЛУ по патогенезу как правило:
- А) вторичный
  - Б) первичный
  - В) третичный
15. Свищевая форма туберкулеза бронха – частое осложнение:
- А) туморозного варианта ТВГЛУ
  - Б) инфильтративного варианта ТВГЛУ
  - В) малой формы ТВГЛУ

## 2.Вакцинация и ревакцинация БЦЖ

1. К какому разделу профилактики относятся противотуберкулезная вакцинация и ревакцинация БЦЖ?
- А. Неспецифической профилактики туберкулеза
  - Б. Специфической профилактики туберкулеза
  - В. Санитарной профилактики
  - Г. Неспецифической санитарной профилактики
- 2.Через год на месте правильно введенной вакцины на коже остается:
- А. Пятно
  - Б. Рубец
  - В. Папула
  - Г. Корочка
3. При каких размерах рубчика вакцинация считается эффективной?
- А. 2-4 мм
  - Б. 5-10 мм
  - В. 0-1 мм
  - Г. 10-15 мм
4. Чем обусловлена необходимость ревакцинация БЦЖ?
- А. Угасанием иммунитета после вакцинации
  - Б. Наличием контакта с больным туберкулезом
  - В. Инфицированием МБТ родственников
  - Г. Давностью инфицирования
5. Укажите основное отличие вакцины БЦЖ от БЦЖ-М:
- А. В сроках годности препарата
  - Б. В количестве живых микробных тел
  - В. В приготовлении вакцины
  - Г. В разновидности МБТ, используемых для изготовления вакцины
6. Вскрытая ампула с вакциной БЦЖ должна быть использована в течение:
- А. 3 часов
  - Б. 5 часов

- В. 8 часов
- Г. Одних суток
- 7. Вакцинация БЦЖ при отсутствии противопоказаний проводится:
  - А. На 3-7-й день жизни
  - Б. В 1 месяц
  - В. На 10-15-й день жизни
  - Г. В 6-7 лет
- 8. Вакцина БЦЖ вводится:
  - А. Внутривожно
  - Б. Внутримышечно
  - В. Подкожно
  - Г. Перорально
- 9. Назовите используемую для вакцинации и ревакцинации дозу вакцины БЦЖ:
  - А. 0,5 мг
  - Б. 0,024 мг
  - В. 0,05 мг
  - Г. 0,025 мг
- 10. Назовите дозу вакцины БЦЖ-М для вакцинации новорожденных:
  - А. 0,025 мг
  - Б. 0,25 мг
  - В. 0,05 мг
  - Г. 0,024 мг

### 3. Внелегочный туберкулез

Пути распространения туберкулезной инфекции в полости рта:

- А. Лимфогенный, гематогенный
- Б. Трахео-бронхогенный
- В. Микобактериальный
- Г. Верный ответ А и Б

Туберкулезное поражение слизистых оболочек полости рта по форме может быть:

- А. Экссудативным
- Б. Инфильтративным
- В. Язвенным
- Г. Верны ответы Б и В

Симптом Пospelова чаще встречается при:

- А. Первичной туберкулезной язве
- Б. Сифилитическом шанкре
- В. Туберкулезной волчанке
- Г. Актиномикозе

Тяжелые формы туберкулеза легких чаще сопровождаются поражением слизистых оболочек полости рта в виде:

- А. Скroфулодермы
- Б. Туберкулезной волчанки
- В. Первичной туберкулезной язвы
- Г. Милиарно-язвенного туберкулеза

Назовите начальную форму туберкулеза периферических лимфатических узлов:

- А. Инфильтративная
- Б. Экссудативная
- В. Казеозная
- Г. Прoлиферативная

Источником лимфогенной диссеминации при развитии туберкулеза кишечника являются:

- А. Мезентеральные лимфатические узлы
- Б. Туберкулезные очаги в брюшине
- В. Пораженные туберкулезом легкие
- Г. Мочевые пути

Наиболее часто туберкулез костей и суставов локализуется:

- А. В тазобедренном и локтевом суставе
- Б. В плечевом суставе и костях верхних конечностей
- В. В позвоночнике
- Г. В коленном суставе

Назовите основной путь распространения инфекции при костно-суставном туберкулезе:

- А. Лимфогенный
- Б. Лимфогенный и гематогенный
- В. Гематогенный
- Г. Гематогенный и контактный

Назовите наиболее эффективный метод обнаружения МБТ в моче:

- А. Люминесцентная микроскопия
- Б. Бактериоскопия по Цилю-Нельсену
- В. Метод флотации
- Г. Бактериологический

Наиболее достоверный метод диагностики туберкулеза почек:

- А. УЗИ почек
  - Б. Общий анализ мочи
  - В. Бактериологическое исследование мочи
  - Г. Анализ мочи по Нечипоренко
4. Инфильтративный туберкулез легких

1. Инфильтративный туберкулез наиболее часто развивается при прогрессировании:

- А. Очагового туберкулеза
- Б. Туберкулемы
- В. Туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов
- Г. Первичного туберкулезного комплекса

2. На современном этапе больные инфильтративным туберкулезом выявляются:

- А. При плановых рентгенологических осмотрах
- Б. При самостоятельном обращении к врачу
- В. При постановке на учет в ПТД
- Г. Верно А и Б

3. Основой клинико-рентгенологических видов инфильтратов является:

- А. Поражение бронха
- Б. Степень выраженности специфического воспаления и его распространенность
- В. Наличие ателектатических изменений
- Г. Интенсивность затенения

4. Преимущественная локализация инфильтративного туберкулеза легких в сегментах:

- А. 1-м, 2-м и 6-м
- Б. 3-м, 4-м и 5-м
- В. 7-м, 8-м, 9-м и 10-м
- Г. 3-м, 5-м и 10-м

5. Выберите ряд болезней, требующих дифференциальной диагностики с инфильтративным туберкулезом:

- А. Неспецифическая пневмония, осумкованный плеврит, лимфогранулематоз
- Б. Неспецифическая пневмония, эозинофильный инфильтрат, инфаркт легкого
- В. Доброкачественные опухоли, сифилис легкого, метастазы злокачественных опухолей
- Г. Саркоидоз, ретенционная киста

6. Бронхолобулярный инфильтрат характеризуется:
- А. Выраженный интоксикационный синдром и наличие торакального синдрома
  - Б. Умеренно выраженными и непродолжительными клиническими симптомами заболевания
  - В. Наличием симптомов локального бронхита
  - Г. Наличием влажных хрипов в легком
7. Для бронхолобулярного инфильтрата наиболее характерными рентгенологическими признаками являются:
- А. Однородная круглая тень с четкими контурами и с очагами вокруг
  - Б. Однородная неправильной формы тень размерами 2-3 см
  - В. Затенение более 3 см
  - Г. Треугольный неоднородный участок с очагами вокруг
8. Клинические проявления округлого инфильтрата характеризуется:
- А. Отсутствием клинических проявлений
  - Б. Умеренно выраженными и затяжными клиническими проявлениями
  - В. Наличием симптомов локального бронхита
  - Г. Правильно А и Б
9. При округлом инфильтрате выделение микобактерий туберкулеза определяется:
- А. В 10%
  - Б. В 30%
  - В. В 40%
  - Г. В 50% и более
10. При эффективном лечении округлого инфильтрата формируются следующие остаточные изменения:
- А. Участок пневмосклероза
  - Б. Очаг Гона
  - В. Туберкулёма
  - Г. Участок сегментарного цирроза
5. Диссеминированный туберкулез легких
1. Характер клинического течения хронического диссеминированного туберкулеза:
- А. Острое
  - Б. Волнообразное — чередование вспышек и ремиссий
  - В. Подострое
  - Г. Острейшее
2. «Штампованные» каверны характерны для:
- А. Милиарного туберкулеза
  - Б. Подострого диссеминированного туберкулеза
  - В. Хронического диссеминированного туберкулеза
  - Г. Верны ответы А и В
3. Рентгенологическая картина при хроническом диссеминированном туберкулезе:
- А. Полиморфные очаги, возможны фокусы затенения на фоне фиброза с участками просветления в верхних и средних отделах легких, корни легких подтянуты вверх — «ветви плакучей ивы»
  - Б. Мелкие интенсивные очаги в верхних и нижних отделах легких с одной стороны
  - В. Крупные очаги в средних и нижних отделах легких с нечеткими контурами, слабой интенсивности
  - Г. Очаги средней интенсивности в нижних отделах
4. Возможные исходы хронического диссеминированного туберкулеза легких:
- А. Переход в фиброзно-очаговый туберкулез легких
  - Б. Полное рассасывание очагов
  - В. Переход в фиброзно-кавернозный туберкулез легких



Г. Верны ответы А и В

5. Хронический диссеминированный туберкулез легких характеризуется наличием очагов:

- А. Одинаковой величины, формы и морфологии
- Б. Разной величины, формы и морфологии
- В. Разной величины и формы, одинаковой морфологии
- Г. Одинаковой величины, разной формы и морфологии

6. Патогенез диссеминированного туберкулеза легких включает:

- А. Наличие внутрисосудистого туберкулезного очага (бугорок Вейгерта)
- Б. Наличие туберкулезного очага в любом органе
- В. Снижение защитных реакций организма
- Г. Верно Б и В

7. Рентгенологическая картина, характерная для подострого диссеминированного туберкулеза:

А. Двусторонняя локализация процесса, очаги множественного характера и различной величины

- Б. Разнокалиберные очаги в нижних отделах легких на фоне фиброза
- В. Мелкие однотипные очаги на фоне сетчатого склероза
- Г. Очаговые тени в прикорневой области с обеих сторон

8. Исходом подострого диссеминированного туберкулеза легких при лечении является:

- А. Восстановление легочного рисунка
- Б. Пневмосклероз, рубцевание полостей распада, рассеянные кальцинаты
- В. Полное рассасывание очагов, рубцевание полости распада
- Г. Переход в хронический диссеминированный туберкулез

9. Латинский термин *disseminatio* переводится как:

- А. Распространение
- Б. Рассеивание
- В. Расположение
- Г. Верно А и Б

10. Укажите группу заболеваний, к которым относится диссеминированный туберкулёз лёгких:

- А. Альвеолиты
- Б. Гранулематозы
- В. Васкулиты
- Г. Болезни накопления

6. Исследование мокроты в диагностике туберкулеза

В настоящее время мокроту для микроскопического исследования собирают в:

- А. В стеклянную посуду
- Б. В пластмассовый контейнер
- В. В стеклянную посуду темного стекла
- Г. В бумажный стаканчик

Тетрада Эрлиха — это обнаружение в мокроте:

- А. МБТ, эластические волокна, лейкоциты
- Б. МБТ, лейкоциты, кристаллы холестерина, эритроциты
- В. МБТ, эластические волокна, кристаллы холестерина, соли кальция
- Г. МБТ, лейкоциты, кальций, спиралевидные волокна

Экспресс-метод бактериологической диагностики туберкулеза:

- А. ИФА
- Б. БАКТЕК-480
- В. ПЦР
- Г. Диаскинтест

Целью посева мокроты на питательную среду является:

- А. Определение типа возбудителя
- Б. Определение лекарственной чувствительности
- В. Определение тетрады Эрлиха
- Г. Правильных ответ А и Б

На распад легочной ткани указывает наличие в мокроте:

- А. Эластических волокон
- Б. Лейкоцитов
- В. Кристаллов Шарко-Лейдена
- Г. Спирали Кушинга

Преобладание в мокроте нейтрофилов указывает на:

- А. Аллергическое состояние
- Б. Остроту воспалительной реакции
- В. Затяжной воспалительный процесс
- Г. Все перечисленное

Чувствительность метода флотации составляет:

- А. Наличие не менее 10 МБТ в 1 мл материала
- Б. Наличие не менее 100 МБТ в 1 мл материала
- В. Наличие не менее 1000 МБТ в 1 мл материала
- Г. Наличие не менее 10000 МБТ в 1 мл материала

Чувствительность метода ПЦР составляет:

- А. Наличие менее 10 МБТ в 1 мл материала
- Б. Наличие не менее 100 МБТ в 1 мл материала
- В. Наличие не менее 1000 МБТ в 1 мл материала
- Г. Наличие не менее 10000 МБТ в 1 мл материала

Метод ВАСТЕК — это:

- А. Посев на плотную питательную среду
- Б. Посев на жидкую питательную среду
- В. Молекулярно-генетический метод
- Г. Накожный тест

Мокрота для микроскопического исследования у больного туберкулезом собирается:

- А. После назначения противотуберкулезных препаратов
- Б. До назначения противотуберкулезных препаратов
- В. После назначения патогенетического лечения
- Г. До назначения патогенетической терапии

## 7. Кавернозный туберкулез

1. Кавернозный туберкулез характеризуется наличием:

- А. Полости в легких с толстой стенкой, с выраженным фиброзом, наличием очагов вокруг
- Б. Изолированной полости с тонкой стенкой без фиброзных и очаговых изменений вокруг
- В. Изолированной полости с толстой стенкой, неровным внутренним контуром, без фиброза и очагов вокруг
- Г. Изолированной полости с толстой стенкой с инфильтрацией вокруг

2. Развитию кавернозного туберкулеза чаще предшествует:

- А. Инфильтративный туберкулез
- Б. Очаговый туберкулез
- В. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
- Г. Первичный туберкулезный комплекс

3. Течение кавернозного туберкулеза как правило:

- А. Острое
- Б. Подострое

- В. Бессимптомное
- Г. Хроническое
- 4. При кавернозном туберкулезе бактериовыделение:
  - А. Массивное и постоянное
  - Б. Скудное и непостоянное
  - В. Отсутствует
  - Г. Массивное и непостоянное
- 5. При проведении дифференциальной диагностики кавернозного туберкулеза с другими болезнями решающим критерием является:
  - А. Своеобразная клиническая картина того или иного заболевания, сопровождающегося наличием изолированной полости в легком
  - Б. Выявление микобактерий туберкулеза в мокроте или промывных водах бронхов
  - В. Рентгенологическая картина
  - Г. Изменения со стороны периферической крови
- 6. Выберите из перечисленных методов лечения кавернозного туберкулеза наиболее эффективный:
  - А. Специфическая химиотерапия, патогенетическое лечение
  - Б. Хирургическое лечение, местное лечение каверны
  - В. Туберкулинотерапия
  - Г. Верно А и Б
- 7. Формирование кавернозного туберкулеза происходит через:
  - А. 1 год
  - Б. 2 года
  - В. 3 года
  - Г. 6 - 8 месяцев
- 8. В клинической картине кавернозного туберкулеза преобладают:
  - А. Торакальные проявления, гектическая лихорадка
  - Б. Симптомы сердечно-легочной недостаточности
  - В. Острое, длительное течение
  - Г. Характерно малосимптомное течение
- 9. Какие пути развития кавернозного туберкулёза наиболее часты:
  - А. Бронхогенные
  - Б. Пневмогенные
  - В. Лимфаденогенные
  - Г. Все пути одинаково часты
- 10. Чаще всего кавернозный туберкулёз образуется из следующих форм:
  - А. Очагового туберкулеза
  - Б. Инфильтративного туберкулеза
  - В. Диссеминированного туберкулеза
  - Г. Фиброзно-кавернозного туберкулеза
  
- 8. Казеозная пневмония
  - 1. Проба Манту с 2ТЕ у больных казеозной пневмонией:
    - А. Отрицательная
    - Б. Положительная
    - В. Сомнительная
    - Г. Отрицательная, положительная, сомнительная
  - 2. Казеозная пневмония характеризуется:
    - А. Скудным выделением МВТ
    - Б. Обильным выделением МВТ
    - В. МВТ не выявляются
    - Г. Однократным выделением МВТ

3. Среди методов лечения при казеозной пневмонии применяют:
- А. Химиотерапию, патогенетическую терапию
  - Б. Симптоматическую терапию
  - В. Только патогенетическую терапию
  - Г. Верно А и Б
4. Казеозная пневмония характеризуется следующими рентгенологическими признаками:
- А. Участком затемнения высокой интенсивности
  - Б. Наличием распада легочной ткани, обширной бронхогенной диссеминацией
  - В. Наличием множественных округлых теней
  - Г. Верно А и Б
5. Отметьте существующий вариант казеозной пневмонии:
- А. Лобарная
  - Б. Кавернозная
  - В. Бронхолобулярная
  - Г. Цирротическая
6. Для казеозной пневмонии характерно:
- А. Субфебрильная температура
  - Б. Фебрильная температура гектического типа
  - В. Постоянная фебрильная температура
  - Г. Рекуррентная температура
7. При казеозной пневмонии дистрофия миокарда развивается вследствие:
- А. Гипоксии
  - Б. Эндобронхита
  - В. Анемии
  - Г. Верно А и В
8. Результат Диаскинтеста при казеозной пневмонии:
- А. Отрицательный
  - Б. Положительный, нормергический
  - В. Гиперергический
  - Г. Выраженные
9. Фибробронхоскопия при казеозной пневмонии выявляет:
- А. Неспецифический эндобронхит
  - Б. Гиперваскуляризация сосудов
  - В. Неизмененные бронхи
  - Г. Верно А и Б
10. Дезинтоксикационная терапия при казеозной пневмонии проводится:
- А. Однократно, при поступлении больного в стационар
  - Б. Первые 2-3 дня стационарного лечения
  - В. В течение 2-3 недель
  - Г. Не показана
9. Лечение туберкулеза легких.
1. Выберите препарат, действующий на внеклеточно расположенные МБТ:
- А. Пиразинамид
  - Б. Циклосерин
  - В. Этионамид
  - Г. Стрептомицин
2. Назовите препарат, который хорошо проникает через физиологические мембраны, в том числе через гематоэнцефалический барьер:
- А. Стрептомицин
  - Б. Изониазид
  - В. Этамбутол

Г. Пиразинамид

3. Какой препарат сохраняет свою активность в кислом содержимом казеоза:

А. Изониазид

Б. Стрептомицин

В. Пиразинамид

Г. Протионамид

4. К основной группе относятся препараты, кроме:

А. Протионамид

Б. Стрептомицин

В. Изониазид

Г. Этамбутол

5. Какие препараты действуют на внутриклеточно расположенные МБТ:

А. Изониазид, рифампицин

Б. Рифампицин, стрептомицин

В. Изониазид, стрептомицин

Г. Пиразинамид, стрептомицин

6. Какие препараты действуют на персистирующие формы МБТ:

А. Рифампицин, пиразинамид

Б. Пиразинамид, стрептомицин

В. Стрептомицин, рифампицин

Г. Стрептомицин, изониазид

7. К какому препарату быстрее всего вырабатывается лекарственная устойчивость:

А. Пиразинамид, стрептомицин

Б. Стрептомицин, изониазид

В. Изониазид, пиразинамид

Г. Пиразинамид, канамицин

8. Продолжительность пребывания больного в стационаре определяется:

А. Характером туберкулезного процесса и его осложнениями

Б. Скоростью наступления положительных рентгенологических сдвигов и прекращения бактериовыделения

В. Переносимостью химиотерапии и наличием сопутствующих заболеваний

Г. Всем перечисленным

9. Пути введения химиопрепаратов определяются с учетом:

А. Особенности биотрансформации препаратов, локализации и характера процесса в легких

Б. Скорости фильтрации мочевыделительной системы

В. Переносимости химиотерапии и возраста больного

Г. Верно А и В

10. Каким количеством препаратов следует лечить больных детей с неосложненными формами первичного туберкулеза в фазу интенсивной химиотерапии?

А. 1-2

Б. 2-3

В. 3-4

Г. 4-5

10. Микобактерии туберкулеза

Микобактерии туберкулеза являются:

А. Облигатно патогенными

Б. Потенциально патогенными

В. Условно-патогенными

Г. Непатогенными

Микобактерии туберкулеза это:

- А. Мономорфные палочки, изогнутые, не устойчивые к кислотам
- Б. Полиморфные палочки, обладающие устойчивостью к кислотам, щелочам и спиртам
- В. Мономорфные палочки, слегка изогнутые, утратившие клеточную стенку
- Г. Полиморфные палочки, неустойчивые в окружающей среде

По типу биологического окисления микобактерии туберкулеза относят к:

- А. Аэробам
- Б. Анаэробам
- В. Факультативным анаэробам
- Г. Факультативные аэробы

Нетуберкулезные патогенные для человека микобактерии:

- А. *M. aurum*, *M. gadium*
- Б. *M. avium*, *M. kansasii*
- В. *M. tuberculosis*, *M. bovis*
- Г. *M. bovis*, *M. aurum*

Основными носителями видоспецифических антигенных свойств микобактерии туберкулеза являются:

- А. Липиды
- Б. Полисахариды
- В. Туберкулопротеиды
- Г. Верно Б и В

Вирулентность возбудителя туберкулеза определяют:

- А. Липиды
- Б. Полисахариды
- В. Туберкулопротеиды
- Г. Верно А и В

L-формы это:

- А. Микобактерии, частично или полностью утратившие клеточную стенку
- Б. Микобактерии, частично или полностью утратившие споры
- В. Микобактерии, частично или полностью утратившие микрокапсулу
- Г. Микобактерии, частично или полностью утратившие жгутики

Для выявления микобактерий используется метод окраски мазков:

- А. Романовского-Гимзы
- Б. Циля — Нельсена
- В. Грамма
- Г. Верно А и Б

Свойства микобактерий туберкулеза, обуславливающие их окрашивание:

- А. Спирто-кислото-щелочеустойчивость
- Б. Термолабильность
- В. Фоточувствительность
- Г. Верно Б и В

Встряхивание водной суспензии с углеводородом, при котором МБТ всплывает вместе с образовавшейся пеной, а образовавшееся кольцо с МБТ служит материалом для приготовления препарата называется:

- А. Метод флотации
- Б. Перемешиванием
- В. Седиментация
- Г. Корпорация

11. Милиарный туберкулез

Для милиарного туберкулеза легких характерны:

А. Рассеянные, симметрично расположенные мелкие очаги с обеих сторон на всем протяжении легких, с более густым высypанием в области верхушек и средних отделов легких, очаги мономорфны

Б. Полиморфные очаговые тени в прикорневых зонах

В. Крупные очаги малой интенсивности с размытыми контурами в средних и нижних отделах легких с обеих сторон

Г. Крупные мономорфные очаги малой интенсивности с размытыми контурами в верхних отделах легких с обеих сторон

На какой день от начала клинических проявлений заболевания при милиарном туберкулезе на рентгенограмме выявляется мелкоочаговое обсеменение в легких:

А. На 2-3 день

Б. На 3-4 день

В. На 5-6 день

Г. На 7-14 день

При милиарном туберкулезе в крови наблюдается:

А. Нормальное количество лейкоцитов, умеренная СОЭ

Б. Моноцитопения

В. Лейкопения и лимфоцитоз

Г. Выраженный лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ

Клинические формы милиарного туберкулеза:

А. Легочная, тифоидная, менингеальная

Б. Тифоидная, пневмоподобная, легочная

В. Менингеальная, тифоидная, острейшая

Г. Верно Б и В

Объективно при легочной форме милиарного туберкулеза определяется:

А. Бледные кожные покровы, цианоз, учащенное дыхание, дыхание везикулярное, хрипов нет

Б. Поверхностное дыхание, учащенное

В. Перкуторно — тимпанит, выслушиваются сухие и мелкопузырчатые влажные хрипы

Г. Везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются

Образование туберкулезных бугорков при милиарном туберкулезе способствует развитию в легочной ткани:

А. Ателектазов

Б. Плеврита

В. Эмфиземы

Г. Деструкции

Для милиарного туберкулеза характерно течение заболевания:

А. Острое

Б. Подострое

В. Малосимптомное

Г. Хроническое

При легочной форме милиарного туберкулеза основным симптомом является недостаточность:

А. Сердечно-сосудистая

Б. Печеночная

В. Дыхательная

Г. Полиорганная

При тифоидной форме в клинической картине на первый план выступают симптомы:

А. Дыхательной недостаточности

Б. Сердечно-сосудистой недостаточности

В. Интоксикации

Г. Печеночной недостаточности

В диагностике милиарного туберкулеза используются методы исследования, кроме:

А. Рентгенологического

Б. Рентгеноскопического

В. Томографического

Г. Осмотра глазного дна

## 12. Осложнения туберкулеза.

1. Осложнения при кровотечении у больных туберкулезом:

А. Аспирационная пневмония, асфиксия

Б. Казеозная пневмония

В. Воздушная эмболия

Г. Правильно А и Б

2. При прогрессировании процесса при туберкулезе лимфатических узлов брюшной полости может развиваться:

А. Резкая интоксикация с глубокими нарушениями пищеварения

Б. Кахексия, амилоидоз всех органов

В. Асфиксия

Г. Правильно А и Б

3. При какой клинической форме туберкулеза чаще возникает спонтанный пневмоторакс:

А. При казеозной пневмонии

Б. При очаговом туберкулезе в фазе распада

В. При милиарном туберкулезе

Г. При туберкулезе в фазе распада

4. К основным неспецифическим осложнениям туберкулеза относят:

А. Туберкулезный менингит

Б. Лимфаденопатия

В. Амилоидоз внутренних органов

Г. Туберкулезный сепсис

5. Какая клиническая форма туберкулеза чаще осложняется свищевой формой туберкулеза бронха:

А. Инфильтративная

Б. Диссеминированная

В. Фиброзно-кавернозная

Г. Туберкулез ВГЛУ

6. Начальная стадия развития осложнения амилоидозом:

А. Нефротическая

Б. Макроглобулинурическая

В. Альбуминурическая

Г. Полиурическая

7. Типичным осложнением первичного туберкулеза является:

А. Легочное кровотечение

Б. Легочно-сердечная недостаточность

В. Гиповентиляция или ателектаз доли легкого

Г. Туберкулез почек

8. Какое специфическое осложнение фиброзно-кавернозного туберкулеза встречается наиболее часто:

А. Туберкулез почек

Б. Туберкулез гортани

В. Туберкулез бронхов

Г. Туберкулез кишечника



9. Наиболее частым осложнением инфильтративного туберкулеза легких является:

- А. Кровохарканье
- Б. Туберкулез гортани
- В. Амилоидоз
- Г. Ателектаз

10. Какое из осложнений ФКТ при многолетнем течении наиболее часто служит причиной смерти больных:

- А. Легочное кровотечение
- Б. Спонтанный пневмоторакс
- В. Легочно-сердечная недостаточность
- Г. Амилоидоз внутренних органов

13. Очаговый туберкулез.

К очаговому туберкулезу относятся туберкулезные очаги диаметром:

- А. От 0,2 до 1 см
- Б. От 1 до 2 см
- В. От 2 до 2,5 см
- Г. От 2,5 до 3 см

Наиболее часто очаги локализуются в сегментах:

- А. 1-м, 2-м и 6-м
- Б. 1-м и 3-м, 6-м
- В. 4-м и 5-м, 6-м
- Г. 2-м, 6-м и 7-м

Характер жалоб больного при очаговом туберкулезе легких:

- А. На повышение температуры, быструю утомляемость
- Б. Кашель с мокротой, одышку
- В. Сухой надсадный кашель, боли в груди при дыхании
- Г. Жалобы чаще отсутствуют

При мягкоочаговом туберкулезе физикально определяется:

- А. Крупнопузырчатые влажных хрипов, укорочение перкуторного звука
- Б. Рассеянные сухие хрипы с обеих сторон
- В. Влажные мелкопузырчатые хрипы в межлопаточном пространстве
- Г. Перкуторный звук не изменен, хрипы не выслушиваются

Для лечения впервые выявленного очагового туберкулеза без бактериовыделения применяют следующие режимы ПТП:

- А. I режим
- Б. II режим
- В. III режим
- Г. IV режим

При своевременно начатом лечении очагового туберкулеза наиболее вероятен исход:

- А. Частичное рассасывание очагов и их уплотнение
- Б. Образование туберкулемы
- В. Образование каверны
- Г. Образование плевральных спаек

Поражение легочной ткани при очаговом туберкулезе не более:

- А. Одного сегмента легкого

Б. Одного-двух сегментов легкого

В. Одной доли легкого

Г. Одной-двух долей легкого

При прогрессировании очаговый туберкулез чаще переходит в:

А. Инфильтративный

Б. Кавернозный

В. Первичный туберкулезный комплекс

Г. Диссеминированный

При исследовании мокроты у больных с впервые выявленным очаговым туберкулезом легких микобактерии обнаруживаются:

А. При бактериоскопии по Цилю-Нельсону

Б. При люминесцентной микроскопии

В. Культуральным методом

Г. Никогда не обнаруживаются

Распад легочной ткани при очаговом туберкулезе легких определяется:

А. Постоянно

Б. Часто

В. Редко

Г. Не определяется

14. Экссудативный туберкулезный плеврит

Экссудация жидкости в плевральную полость при туберкулезном плеврите осуществляется:

А. Реберной плеврой

Б. Межреберной плеврой

В. Висцеральной плеврой

Г. Медиастинальной плеврой

Возможные пути поражения плевры при туберкулезе:

А. Гематогенный, лимфогенный, контактный

Б. Гематогенный, лимфогенный, бронхогенный

В. Лимфогенный, контактный, бронхогенный

Г. Гематогенный, контактный, бронхогенный

Симптомокомплекс при экссудативном плеврите:

А. Притупление перкуторного звука, ослабленное дыхание над этим участком, усиленная бронхофония, смещение средостения в противоположную сторону

Б. То же, но смещение средостения в большую сторону

В. Притупление перкуторного звука, амфорическое дыхание, крупнопузырчатые хрипы

Г. Перкуторный звук притуплен, бронховезикулярное дыхание

По локализации поражения туберкулезный плеврит может быть:

А. Верхушечный, костальным

Б. Костальный, диафрагмальным

В. Диафрагмальным и медиальным

Г. Диафрагмальным, верхушечным и костальным

По характеру экссудата туберкулезный плеврит:

А. Гнойный, геморрагический

Б. Геморрагический, серозный

В. Серозно-фибринозный

Г. Верно А и В

Показания для диагностической плевральной пункции:

А. Выпот более 500 мл или подозрение на эмпиему плевры

Б. Подозрение на эмпиему плевры

В. При наличии выпота неясной этиологии

Г. Верно А и В

В диагностике выпотного плеврита используют:

А. Фибробронхоскопию

Б. Медиастиноскопию

В. Плевроскопию

Г. Верно А и В

При фибринозном плеврите рентгенологически отмечается:

А. Субтотальное затемнение в нижних отделах на пораженной стороне с верхней косонисходящей границей

Б. Ограничение подвижности купола диафрагмы

В. Тотальное затемнение на пораженной стороне, со смещением органов средостения в здоровую сторону

Г. Округлое затемнение в нижних отделах

При исследовании экссудата при туберкулезном плеврите выявляется:

А. Белок до 30 г/л, плотность менее 1015

Б. Белок свыше 30 г/л, плотность более 1015, положительная реакция Ривальта

В. Белок свыше 30 г/л, плотность менее 1015

Г. Белок свыше 30 г/л, плотность более 1015, отрицательная реакция Ривальта

При туберкулезном экссудативном плеврите назначается:

А. Химиотерапия ПТП в стационаре, кортикостероидная терапия

Б. Химиотерапия ПТП, туберкулинотерапия

В. Химиотерапия ПТП, коллапсотерапия

Г. Только химиотерапия ПТП

## 15. Первичный туберкулезный комплекс

1. Первичный туберкулезный комплекс (ПТК) состоит из:

А. Очаг Гона, округлое затемнение в легком, лимфангит, одиночный кальцинат в корне легкого

Б. Увеличенные ВГЛУ и регионарный лимфангит

В. Регионарный лимфаденит и предфокальный лимфаденит

Г. Первичный аффект, лимфангит, регионарный лимфаденит

2. Основной путь проникновения МБТ при ПТК:

А. Алиментарный

Б. Аэрогенный

В. Контактный

Г. Внутриутробный

3. ПТК при неосложненном течении проходит стадии:

А. Рассасывания, кальцинации

Б. Инфильтрации, уплотнения, кальцинации

В. Инфильтрации, рассасывания, уплотнения, кальцинации

Г. Инфильтрации, кальцинации

4. При заживлении легочного очага при ПТК чаще образуется:
- А. Остаточная полость
  - Б. Очаг Гопа
  - В. Туберкулома
  - Г. Очаг Абрикосова
5. Дайте наиболее точное определение первичного туберкулеза:
- А. Заболевание, которое развивается непосредственно после первичного инфицирования
  - Б. Это туберкулез детского возраста
  - В. Это впервые диагностированный туберкулез
  - Г. Верны ответы Б и В
6. Для обнаружения МБТ при ПТК исследуют:
- А. Моча
  - Б. Кровь, ликвор, плевральная жидкость
  - В. Слюна, промывные воды бронхов
  - Г. Промывные воды желудка, моча
7. Первичный аффект при ПТК развивается в:
- А. Хорошо перфузируемых сегментах
  - Б. Субплеврально в хорошо аэрируемых сегментах
  - В. В прикорневых отделах
  - Г. Верно Б и В
8. Наиболее частым осложнение первичного комплекса бывает:
- А. Каверна, туберкулез бронхов
  - Б. Туберкулез бронхов, туберкулез гортани
  - В. Амилоидоз внутренних органов, ателектаз
  - Г. Аспергиллез легких, ателектаз, плеврит
9. При ФБС при ПТК может выявляться:
- А. Локальный эндобронхит, пигментные пятна, пролапс слизистой в просвет бронха в местах проекции ВГЛУ
  - Б. Диффузный эндобронхит
  - В. Гиперваскуляризация слизистой бронхов, одиночные или множественные рубцовые изменения в бронхах
  - Г. Верно Б и В
10. Заживление первичного комплекса происходит в следующем порядке:
- А. Лимфангит, первичный аффект, лимфатические узлы
  - Б. Одновременно все компоненты комплекса
  - В. Перифокальное воспаление в первичном аффекте, лимфангит, первичный аффект, лимфатические узлы
  - Г. Лимфангит, лимфатический узел, первичный аффект
16. Рентгенодиагностика
- При оценке технического качества обзорной рентгенограммы органов грудной клетки установка считается правильной, если:
- А. Медиальные отрезки ключиц отстоят на одинаковом расстоянии от края позвоночника
  - Б. Остистые отростки позвонков делят грудную клетку на две симметричные половины. Лопатки выведены за пределы грудной клетки.
  - В. Хорошо прослеживается легочной рисунок
  - Г. Верны ответы А и Б
- С какой методики начинают обследование при подозрении на туберкулез:
- А. Рентгеноскопии
  - Б. Рентгенографии

В. МРТ, СКТ

Г. Томографии

Снимок считается контрастным, если на снимке видны:

А. Легочный рисунок

Б. Все оттенки черного и белого цвета

В. Четкие контуры ребер

Г. Четкие контуры диафрагмы

Четкость снимка зависит от:

А. Глубины вдоха

Б. Правильной установки больного

В. Задержки дыхания на глубине вдоха

Г. От жесткости снимка

К специальным рентгенологическим методикам относятся

А. Бронхография, ангиография

Б. Томография

В. Рентгенография

Г. Верно А и Б

Язычковые сегменты относятся к:

А. Верхней доле правого легкого

Б. Верхней доле левого легкого

В. Нижней доле левого легкого

Г. Нижней доле правого легкого

Верхушками легких называется часть легкого, которая располагается выше:

А. 1 ребра

Б. Ключицы

В. Выше переднего отрезка II ребра

Г. Выше переднего отрезка III ребра

Полиморфизм очаговых теней в легких определяют перечисленные ниже признаки:

А. Разного характера их контура

Б. Разной их формы, интенсивности

В. Разной их локализации

Г. Верно А и Б

Интенсивность кальцинированных очагов в легких:

А. Малая

Б. Средняя

В. Высокая

Г. Верны ответы А и В

Томографию срединной тени у детей проводят при патологии:

А. Сердца и крупных сосудов

Б. Легочной ткани

В. Корня легкого, трахеи, главных бронхов

Г. Мелких сосудов

Легочный рисунок является отображением:

А. Бронхов и интерстициальной ткани

Б. Сосудов и интерстициальной ткани

В. Лимфоузлов, лимфатических сосудов

Г. Сосудов, бронхов и интерстициальной ткани

Очаговое затемнение имеет размеры:

А. До 1 см

Б. До 2 см

В. До 3 см

Г. До 4 см

К ограниченным затемнениям относятся:

А. Фокусное, очаговое, округлое образование

Б. Очаговое, лобит

В. Лобит, округлое образование

Г. Округлое образование, кольцевидная тень

Затенения малой интенсивности сравнивают с интенсивностью:

А. Поперечного среза сосуда

Б. Продольного среза сосуда

В. Тенью средостения

Г. Тенью диафрагмы

Затенения средней интенсивности сравнивают с интенсивностью:

А. Поперечного среза сосуда

Б. Продольного среза сосуда

В. Тенью средостения

Г. Тенью диафрагмы

Синдром легочной диссеминации характеризуется:

А. Наличием единичных очагов в обоих легких

Б. Наличием множественных очагов в обоих легких

В. Наличием многочисленных очагов в пределах 2 сегментов

Г. Наличием многочисленных очагов в пределах доли

Кольцевидная тень характеризуется:

А. Ограниченного просветления

Б. Ограниченного затемнения

В. Патологии легочного рисунка

Г. Субтотального просветления

Синдром обширного просветления возникает при:

А. Массивном выпоте в плевральную полость

Б. Ателектазе

В. Напряженном спонтанном пневмотораксе

Г. Верны ответы А и В

Синдром обширного затемнения возникает при:

А. Ателектазе легкого, экссудативном плеврите

Б. Экссудативном плеврите, пневмотораксе

В. Пневмотораксе, ателектазе легкого

Г. Экссудативном плеврите, туберкулезе

Негомогенность затемнения может быть обусловлена:

А. Изменением легочного рисунка

Б. Появлением просветления, наличием плотных включений

В. Наличием плотных включений, изменением легочного рисунка

Г. Изменением легочного рисунка, появлением просветления

## 17. Туберкулема

1. Локализация туберкулем чаще в:

А. 1, 2, 6, 7 сегментах

Б. 3, 5, 8, 9 сегментах

В. 1, 2, 6, 10 сегментах

Г. 2, 3, 6, 10 сегментах

2. Туберкулема представляет собой:

А. Плотный очаг диаметром до 1 см

Б. Казеозный фокус, чаще с фиброзной капсулой размером более 1 см

В. Полость с тонкими стенками

Г. Полость с толстыми стенками

3. Клиническое течение туберкулемы легких чаще всего бывает:

А. Острейшим

Б. Острым

В. Подострым

Г. Стабильным

4. Причины образования туберкулем:

А. Высокая иммунобиологическая устойчивость организма

Б. Недостаточная антибактериальная терапия

В. Резкое снижение сопротивляемости организма

Г. Поздняя диагностика

5. Туберкулемы классифицируются по М.В. Авербуху на:

А. Одиночные, множественные

Б. Диссеминированные

В. Инфильтративно-пневмонические и псевдотуберкулемы

Г. Верны ответы А и В

6. При многократном обострении туберкулемы образуется следующий ее вариант:

А. Конгломератная

Б. Слоистая

В. Гомогенная

Г. Псевдотуберкулема

7. На месте каверны образуется туберкулема:

А. Конгломератная

Б. Слоистая

В. Гомогенная

Г. Псевдотуберкулема

8. При ремиссии туберкулем окружающая легочная ткань может быть:

А. Неизменной

Б. С фиброзом

В. С кальцинатами и фиброзом

Г. Верно А и В

9. Большой считается туберкулема:

А. до 2 см

Б. 2 — 4 см

В. 5 — 6 см

Г. Больше 6 см

10. Туберкулема это:

А. Очаг казеозного некроза более 10 мм с перифокальным неспецифическим воспалением

Б. Очаг казеозного некроза более 10 мм с перифокальным специфическим воспалением

- В. Очаг казеозного некроза более 10 мм, окруженный фиброзной капсулой  
Г. Очаг казеозного некроза более 10 мм, окруженный гиалиновой капсулой
18. Туберкулинодиагностика
1. Проба Манту используется для:
- А. Диагностики посттуберкулезных изменений
  - Б. Диагностики туберкулеза
  - В. Профилактики туберкулеза
  - Г. Лечения туберкулеза
2. Для проведения пробы Манту используют:
- А. Комплекс противотуберкулезного иммуноглобуна
  - Б. Сыворотку
  - В. Туберкулин АТК
  - Г. Туберкулин ППД-Л
3. При проведении пробы Манту туберкулин вводят:
- А. Внутривенно
  - Б. Внутрикожно
  - В. Внутримышечно
  - Г. Подкожно
4. Оценка пробы Манту проводится через:
- А. 12 часов
  - Б. 24 часа
  - В. 36 часов
  - Г. 72 часа
5. Проба Манту считается положительной при:
- А. Инfiltrате размером 1 -2 мм
  - Б. Инfiltrате размером 2-4 мм
  - В. Инfiltrате размером 5 мм и более
  - Г. Отсутствии инfiltrата
6. Проба Манту считается сомнительной при:
- А. Инfiltrате размером 1-2 мм
  - Б. Инfiltrате размером 2-4 мм, гиперемии любого размера
  - В. Инfiltrате размером 5 мм и более
  - Г. Отсутствии инfiltrата
7. При массовой туберкулинодиагностике проводят пробу:
- А. Манту с 2 ТЕ ППД-Л
  - Б. Манту с 5 ТЕ ППД-Л
  - В. Манту с 1 ТЕ ППД-Л
  - Г. Манту с 3 ТЕ ППД-С
8. Противопоказанием к постановке пробы Манту:
- А. Острые и хронические заболевания в период обострения
  - Б. Эпилепсия
  - В. Туберкулез в анамнезе
  - Г. Правильно А и Б
9. Назовите кратность постановки пробы Манту с 2 ТЕ у здорового ребенка:
- А. 1 раз в 2 года
  - Б. 1 раз в год
  - В. 2 раза в год
  - Г. 1 раз в 3 месяца
10. Какая из перечисленных проб используется для диагностики «виража» туберкулиновой чувствительности в России:
- А. Проба Манту с 2 ТЕ
  - Б. Проба Манту с 5 ТЕ



В. Проба Коха

Г. Градуированная кожная проба

19. Фиброзно-кавернозный туберкулез

Каверны при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких чаще обнаруживаются:

А. Во 2-м сегменте легкого

Б. В 1-2-м сегментах легкого

В. В 1 -2-6-м сегментах легкого

Г. В 1-3-6-10-м сегментах легкого

При прогрессирующем фиброзно-кавернозном туберкулезе состояние чаще:

А. Удовлетворительное, питание пониженное

Б. Тяжелое, реже средней тяжести, питание не страдает

В. Тяжелое, нередко кровохаркание, дыхательная недостаточность, кахексия

Г. Тяжелое, реже средней тяжести, питание повышенное

При фиброзно-кавернозном туберкулезе легких мокрота и бактериовыделение носит следующий характер:

А. Слизистый, МВТ +

Б. Гнойный, МВТ +

В. Слизистый, МВТ ++

Г. Слизисто-гнойный, МВТ +++

Самым частым специфическим осложнением фиброзно-кавернозного туберкулеза легких является:

А. Туберкулез бронха

Б. Туберкулез гортани

В. Туберкулез кишечника

Г. Казеозная пневмония

Какое из осложнений ФКТ при многолетнем течении наиболее часто служит причиной смерти больных:

А. Легочное кровотечение

Б. Спонтанный пневмоторакс

В. Легочно-сердечная недостаточность

Г. Правильно А и В

Основной причиной неудачи химиотерапии больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких является:

А. Наличие каверны с казеозным некрозом

Б. Наличие грубой фиброзной капсулы в стенке каверны

В. Устойчивость микобактерий туберкулеза к лекарственным средствам и непереносимость их больными

Г. Правильные ответы А и В

У больного фиброзно-кавернозным туберкулезом при субплеврально расположенных кавернах при аускультации:

А. Везикулярное или жесткое дыхание

Б. На фоне ослабленного дыхания выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов

В. На ограниченном участке дыхание бронхиальное, иногда амфорическое, разнокалиберные (чаще средне-пузырчатые) влажные хрипы

Г. Дыхание везикулярное, на очень ограниченном участке пучок звучных влажных хрипов

Наиболее характерные морфологические изменения в легких при ФКТ легких:

А. Полость в легком с толстой ригидной стенкой, фиброзом и очагами вокруг

- Б. Полость с тонкой ригидной стенкой без фиброзных и очаговых теней вокруг
- В. В нижних отделах легких на фоне фиброза группа сотообразно расположенных полостей
- Г. Полость в легком с широкой стенкой, имеющая неровный бухтообразный внутренний контур

Бактериовыделение при фиброзно-кавернозном туберкулезе:

- А. Чаще массивное и постоянное
- Б. Скудное и непостоянное
- В. Массивное и непостоянное
- Г. Скудное

Выберите ряд заболеваний, с которыми чаще других дифференцируется ФКТ:

- А. Врожденная киста, остаточная полость в легком после прорыва эхинококка, хронический абсцесс легких
- Б. Распадающийся рак, хронический абсцесс легких, бронхоэктатическая болезнь
- В. Ограниченная плевральная полость, буллезно-дистрофические изменения
- Г. Хронический абсцесс, врожденная киста

## 20. Химиопрофилактика туберкулеза

1. Химиопрофилактика является вариантом профилактики туберкулеза:

- А. Социальной
- Б. Санитарной
- В. Специфической
- Г. Правильно А и Б

2. Цель химиопрофилактика:

- А. Обеззараживание выделений больного туберкулезом:
- Б. Предупреждение заболевания туберкулезом при установленном контакте
- В. Повышение общей резистентности организма
- Г. Правильно Б и В

3. Назовите основной метод лечения больных туберкулезом, направленный на подавление жизнедеятельности МБТ:

- А. Санитарно-гигиенический режим
- Б. Специфическая химиотерапия
- В. Коллапсотерапия
- Г. Хирургическое лечение

4. Химиопрофилактику рецидива туберкулеза предпочтительно проводить:

- А. В весенний или осенний период
- Б. В зимний или осенний период
- В. В летний или осенний период
- Г. В любое время года

5. Режим химиопрофилактики туберкулеза должен быть:

- А. 4 месяца ежедневного приема препаратов
- Б. 3 месяца приема препаратов 2 дня в неделю
- В. 2 месяца ежедневного приема препаратов
- Г. 1 месяца ежедневного приема препаратов

6. Оправдано дополнение химиопрофилактики препаратом витамина В6:

- А. При назначении этамбутола
- Б. При назначении рифампицина
- В. При назначении пипразинамида
- Г. При назначении изониазида

7. Химиопрофилактика туберкулеза проводится:

- А. Взрослым и детям обязательно в стационаре
  - Б. Взрослым и детям обязательно в санатории
  - В. Взрослым амбулаторно, детям и подросткам предпочтительно в санатории
  - Г. Верно А и Б
8. Не подлежат химиопрофилактике:
- А. Дети и подростки с выраженной и гиперергической реакцией на пробу Манту
  - Б. Дети и подростки, находящиеся в контакте с больным туберкулезом
  - В. Всем детям и подросткам, страдающие сахарным диабетом
  - Г. Всем надо проводить химиопрофилактику
9. Количество препарата для химиопрофилактики туберкулеза зависит от:
- А. Лекарственной чувствительности возбудителя у данного источника инфекции
  - Б. Длительности контакта с источником инфекции
  - В. От контакта с источником инфекции
  - Г. Верно Б и В
10. Доза препарата для химиопрофилактики зависит от:
- А. От возраста
  - Б. От массы тела
  - В. От давности контакта
  - Г. От длительности контакта

Ситуационные задачи: ОДК-4 (ИД-1,2)

Пример:

Задача №1

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

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

Анализ крови клинический: НЬ - 138 г/л, Эр. -  $4,6 \times 10^{12}/л$ , Л -  $4,0 \times 10^9/л$ , п/я - 2%, с/я - 62%, э - 1%, л - 32%, м - 3%, СОЭ 21 мм/час.

Анализ мочи без патологии.

Анализ промывных вод бронхов №3 методом бактериоскопии - КУМ не обнаружены.

Реакция на пробу Манту с 2ТЕ, папула = 11 мм.

ИФА с тубантигеном отрицательная.

Рентгенограммы органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях и томограмма средостения: справа в S1S2 латерально определяется участок уплотнения легочной ткани; слева в S10 плотный обызвествленный очаг, тень средостения расширена за счет увеличенных паратрахеальных, трахеобронхиальных и бронхопульмональных лимфатических узлов.

Вопросы к ситуационной задаче:

1. Проведите синдромную диагностику.
2. Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.

3. Составьте план дообследования больного.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Проанализируйте ошибки курации больного, если они были.

Задача №1. Решение:

Необходимо провести дифференциальную диагностику ограниченного туберкулёзного инфильтрата: бронхолобулярный инфильтрат, опухоль периферического бронха, пневмония.

Задача №2

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

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

Клинический анализ крови: НЬ— 137 г/л, Эр. - 4,4x10<sup>12</sup>/л, Л - 4,7x10<sup>9</sup>/л, Э - 2%, п/я — 2%, с/я - 62%, л - 22%, м - 12%, СОЭ - 22 мм/час.

Анализ мочи без патологических изменений.

В анализе мокроты методом бактериоскопии КУМ не обнаружены.

Реакция на пробу Манту с 2ТЕ отрицательная.

На обзорной рентгенограмме органов грудной полости в легких очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Отмечается двустороннее симметричное увеличение корней легких за счет бронхопульмональных лимфатических узлов. Тень сердца в норме, контур диафрагмы четкий.

Вопросы к ситуационной задаче:

1. Проведите синдромную диагностику.
2. Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.
3. Составьте план дообследования больного.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Проанализируйте ошибки курации больного, если они были.

Задача №2. Решение:

Необходимо провести дифференциальную диагностику синдрома внутригрудной аденопатии: ТВГУ, саркоидоз, лимфома, вторичные изменения во ВГЛУ.

Задача №3

Больной К., 68 лет. Инженер радиопизик по профессии, в настоящее время неработающий пенсионер. Курит в течение 40 лет 3-4 сигареты в день. 15 лет назад переболел инфильтративным туберкулезом верхней доли левого легкого в фазе распада, МБТ (+) и до настоящего времени состоит на учете в VIIA группе диспансерного наблюдения в ПТД, регулярно проходя плановые обследования. Курсы химиопрофилактики не принимал.

Последнее обследование 6 месяцев назад выявило фиброз и буллезные изменения в S1-2 слева (без динамики по сравнению с предыдущим обследованием). В течение последних двух месяцев стал замечать повышение температуры тела до фебрильных цифр по ночам, резко похудел на 10 кг, появилась общая слабость, сильная потливость. Обратился к участковому фтизиатру в ПТД.

При обследовании в диспансере: общее состояние удовлетворительное, пониженного питания, на коже живота слабо выраженные расчесы. Пальпируются периферические лимфатические узлы поднижнечелюстные, заднешейные, надключичные, подмышечные плотноэластической консистенции, не спаянные между собой и окружающей тканью, безболезненные при пальпации, размером до 2 см. Пульс 85 уд. в минуту, ритмичный, напряжённый, АД 160/80 мм рт.ст., тоны сердца приглушены, акцент второго тона над аортой. В легких дыхание жесткое, единичные рассеянные сухие хрипы, перкуторно легочный звук с коробочным оттенком. Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,6 см, край плотный, безболезненный. Поколачивание по пояснице и мочеиспускание безболезненно, отеков нет.

Клинический анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр. -  $4,0 \times 10^{12}/л$ , Л -  $16,0 \times 10^9/л$ , п/я - 10%, с/я - 71%, э - 8%, л - 8%, м - 3%, СОЭ - 55 мм/час.

Анализ мочи: желтая, прозрачная, удельный вес 1015, белок и сахар не определяются, ед. пл. эпителий, Л - 4-5 в препарате, Эр. - 0-1-2 в поле зрения.

В анализе промывных вод бронхов №3 МВТ не найдены.

Реакция на пробу Манту с 2ТЕ отрицательная.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции в S1-2 левого легкого пневмофиброз с буллезными изменениями. По сравнению с предыдущим обследованием выявлено расширение тени верхнего средостения.

Вопросы к ситуационной задаче:

Проведите синдромную диагностику.

Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.

Составьте план дообследования больного.

Проведите дифференциальную диагностику.

Проанализируйте ошибки курации больного, если они были.

Задача №3. Решение:

Необходимо провести дифференциальную диагностику синдрома внутригрудной аденопатии: ТВГУ, саркоидоз, лимфома, вторичные изменения во ВГЛУ.

Задача №4

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

При объективном обследовании: состояние больной удовлетворительное, пальпируются единичные надключичные и подмышечные лимфатические узлы плотноэластической консистенции, безболезненные. Пульс 103 в минуту, АД 155/85 мм рт.ст., тоны сердца громкие, акцент II тона над аортой. ЧДД 18 в минуту в покое. В легких при перкуссии небольшое укорочение тона над верхушкой легких с двух сторон, дыхание жесткое; Хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Мочеиспускание учащенное, безболезненное, отеков нет.

Клинический анализ крови: НЬ - 105 г/л, Эр. - 3,8x10<sup>12</sup>/л, Л - 9,0x10<sup>9</sup>/л, п/я - 6%, с/я - 47%, э - 5%, л - 39%, м - 7%, СОЭ - 50 мм/час.

Анализ мочи: желтая, сл. мутная, удельный вес 1022, эпит. един., Л - 5-6 в поле зрения, Эр. - 2-3 в поле зрения, оксалаты +++.

На обзорной рентгенограмме органов грудной полости определяется расширение тени средостения в области правого корня за счет увеличенных бронхопульмональных лимфатических узлов. Тень средостения также расширена в паратрахеальной зоне. В легочной ткани с обеих сторон (больше в верхних и средних отделах) определяются очаги от 3 до 10 мм в диаметре, малоинтенсивные, без четких контуров.

Вопросы к ситуационной задаче:

Проведите синдромную диагностику.

Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.

Составьте план дообследования больного.

Проведите дифференциальную диагностику.

Проанализируйте ошибки курации больного, если они были.

Задача № 4. Решение:

Необходимо провести дифференциальную диагностику синдрома внутригрудной аденопатии и диссеминации: ДТЛ, саркоидоз, лимфома, метастатические изменения

Задача №5

Больной Ф., 40 лет, предприниматель. Жалобы на недомогание, слабость, боли в верхних отделах правой половины грудной клетки, кашель с небольшим количеством серозной мокроты. Указанные симптомы нарастают в течение полугода. Предыдущая флюорография проводилась 1,5 года назад, когда он лечился у врача-терапевта поликлиники по поводу правосторонней затянувшейся пневмонии. Со слов, было полное рассасывание изменений в легких. Туб контакт отрицает. Курит около 20 лет сигареты с фильтром.

Объективно: телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски, повышенной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка нормостеника, обе половины ее равномерно участвуют в акте дыхания. При пальпации грудной стенки патологии не выявлено. При аускультации справа в подключичной области выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.

Клинический анализ крови: НЬ - 107 г/л, Эр. - 3,9x10<sup>12</sup>/л, Л - 12,6x10<sup>9</sup>/л, э - 1%, п/я - 8%, с/я - 59%, л - 18%, м - 14%, СОЭ - 35 мм/час.

В анализе мочи патологии не выявлено.

В анализе мокроты методом бактериоскопии выявлены КУМ.

Реакция на пробу Манту с 2ТЕ - папула 17 мм.

На обзорной рентгенограмме органов грудной полости в верхней доле правого легкого участок инфильтрации легочной ткани клиновидной формы, который распространяется от междолевой щели к верхушке легкого. Характер тени негетерогенный. Имеется полость распада до 5 см в диаметре. Слева в среднем и нижнем легочных полях участок бронхогенного обсеменения с множественными просветлениями. С обеих сторон от патологического процесса в сторону корня легкого - широкая дорожка лимфатического оттока. Тень сердца в норме, контур диафрагмы четкий.

Вопросы к ситуационной задаче:

Проведите синдромную диагностику.

Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.

Составьте план дообследования больного.

Проведите дифференциальную диагностику.

Проанализируйте ошибки курации больного, если они были.

Задача №5. Решение:

Необходимо провести дифференциальную диагностику синдрома обширного затенения: перециссурит, пневмония, ТЭЛА, опухоль центрального бронх

Задача №6

Больная П., 35 лет, технолог химического производства. В течение последних 5 месяцев отмечает повышенную утомляемость, слабость, субфебрилитет в вечернее время, кашель без мокроты. За медицинской помощью не обращалась. Накануне появилось кровохарканье, послужившее поводом для обращения к врачу-терапевту поликлиники. Флюорографию проходила год назад. Со слов, на флюорограмме патологических изменений не было выявлено. Контакт с больными туберкулезом отрицает.

Объективно: правильного телосложения, повышенного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка астенической конфигурации, правая половина отстаёт при дыхании. Над легкими перкуторно лёгочный звук. В подключичной области справа отмечается укорочение его. При аускультации над этим участком определяется ослабленное дыхание и немногочисленные влажные мелкопузырчатые хрипы. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.

Клинический анализ крови: НЬ - 139 г/л, Эр. - 4,4х10<sup>12</sup>/л, Л - 6,7х10<sup>9</sup>/л, э - 4%, п/я -7%, с/я - 48%, л-21%, м -14%, СОЭ - 22 мм/час.

В анализе мочи патологических изменений не выявлено.

В анализах мокроты методом бактериоскопии дважды МБТ не обнаружены.

Реакция на пробу Манту с 2ТЕ - папула 18 мм, региональный лимфангит.

На обзорной рентгенограмме органов грудной, полости в верхней доле правого легкого определяется обширный фокус инфильтрации с нечёткими контурами очаговой структуры с участком деструкции до 3 см в диаметре, Тень сердца в пределах нормы, контур диафрагмы четкий.

Вопросы к ситуационной задаче:

Проведите синдромную диагностику.

Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.

Составьте план дообследования больного.

Проведите дифференциальную диагностику.

Проанализируйте ошибки курации больного, если они были.

Задача №6. Решение:

Необходимо провести дифференциальную диагностику синдрома обширного затенения легочной ткани.

Задача №7

Больная Ф., 58 лет, работает почтальоном. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на сухой приступообразный кашель, общую слабость, боли за грудиной. Считает себя больной около 4 месяцев, когда усилился "обычный" кашель. Флюорографическое обследование проводила ежегодно, последнее - 8 месяцев назад, со слов больной, без патологических изменений. Контакта с больными туберкулезом не отмечает. Неоднократно последний год лечилась в поликлинике по месту жительства по поводу обострения бронхита с незначительным улучшением: кашель становился меньше, но сохранялся.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые оболочки чистые, обычного цвета. Пульс 68 в минуту, ритмичный, не напряжен, АД 125/70 мм рт.ст. Тоны сердца не изменены. Дыхание над всей поверхностью легких жесткое, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Мочеиспускание безболезненно, отеков нет.

Клинический анализ крови: НЬ - 130 г/л, Эр. -  $4,1 \times 10^{12}/\text{я}$ , Л -  $8,6 \times 10^9$ , п/я - 2%, с/я - 56%, э - 1%, л — 37%, м - 4%, СОЭ - 16 мм рт.ст.

Анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, относительная плотность 1019, эпителий пл. — един., Л - 0-1 в поле зрения.

На обзорной и правой боковой рентгенограммах органов грудной полости в нижней доле правого легкого определяется инфильтрация очаговой структуры с выраженными путями оттока к корню. Кальцинаты в верхней доле правого легкого и лимфатических узлах средостения. Корень интактен. Слева без патологических изменений.

Вопросы к ситуационной задаче:

Проведите синдромную диагностику.

Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.

Составьте план дообследования больного.

Проведите дифференциальную диагностику.

Проанализируйте ошибки курации больного, если они были.

Задача №7. Решение:

Необходимо провести дифференциальную диагностику синдрома обширного затенения легочной ткани.

Задача №8

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

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные. Пульс 83 уд. в 1 минуту, не напряжен. АД 145/80 мм рт.ст. Симптомы Штернберга и Потгенджера отрицательные с двух сторон. Дыхание над всей поверхностью легких жесткое, единичные рассеянные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание безболезненное. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: НЬ — 120 г/л, Эр. -  $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$ , Л -  $9,1 \times 10^9/\text{л}$ , п/я - 7%, с/я - 59%, э - 3%, л - 18%, м - 13%, СОЭ - 21 мм/Час.

Глюкоза крови - 8,1 ммоль/л.

Анализ мочи: цвет - желтая, относительная плотность — 1025, белок — 0, сахар ++, Л — 6-8 в поле зрения, Эр. — нет.

В мокроте методом бактериоскопии однократно КУМ (+).

На обзорной и правой боковой рентгенограмме органов грудной клетки в S6 правого легкого определяется неоднородная инфильтрация с полостью распада, Выражены пути оттока к корню. Правый корень фиброзно деформирован. Слева без патологических изменений.

Вопросы к ситуационной задаче:

Проведите синдромную диагностику.

Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.

Составьте план дообследования больного.

Проведите дифференциальную диагностику.

Проанализируйте ошибки курации больного, если они были



Задача №8. Решение:

Необходимо провести дифференциальную диагностику синдрома обширного затенения легочной ткани.

Задача №9

Больной Х., 52 года. В течение длительного времени работал официантом в различных ресторанах города. 4 года назад уволился и официально нигде не работал. Последние 6 месяцев беспокоит кашель с небольшим количеством мокроты слизистого характера. Заболел неделю назад с повышения температуры тела до 38°C, общей слабости, потливости, появления кашля с мокротой. Обратился к участковому терапевту.

Объективно: конституция нормостеническая, пониженного питания, кожа чистая, пальпируются поднижнечелюстные и единичные подмышечные лимфатические узлы слева: мелкие, мягко эластической консистенции, безболезненные при пальпации. Пульс 90 уд. в 1 минуту, ритмичный, симметричный, не напряжен. Тоны сердца громкие. В легких слева выслушивается жесткое дыхание, справа - везикулярное, около медиального угла лопатки единичные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Мочеиспускание безболезненное. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр. -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Л -  $9,2 \times 10^9/л$ , п/я - 7%, с/я - 64%, э - 1%, л - 15%, м - 13%, СОЭ - 23 мм/час.

Анализ мочи: прозрачная, соломенно-желтая, относительная плотность 1020, эпителий - ед., Л - 1-3 в поле зрения, Эр. - 0-1-2 в поле зрения/ сахар — нет, белок - следы.

На обзорной рентгенограмме органов грудной полости в верхней доле левого легкого определяется неоднородное затенение округлой формы с четкими контурами, участком деструкции в центре, путями оттока к корню. Корни структурные. В нижней доле левого легкого определяются очаговые тени на фоне усиленного легочного рисунка. Справа без патологических изменений.

Вопросы к ситуационной задаче:

Проведите синдромную диагностику

Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.

Составьте план дообследования больного.

Проведите дифференциальную диагностику.

Проанализируйте ошибки курации больного, если они были.

Задача №9. Решение:

Необходимо провести дифференциальную диагностику синдрома округлой тени легочной ткани: округлый туберкулезный инфильтрат, периферическая опухоль бронха, шаровидная пневмония, грибковое поражение легкого.

Задача №10

Больной Г., 44 лет, инженер. Страдает гипертонической болезнью. Много лет курит. Одинок. Худощавого телосложения. При очередном обращении в поликлинику выполнено проверочное рентгенологическое исследование грудной клетки, выявлена патология. Предшествующая флюорограмме 5 лет тому назад - со слов, в норме.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные. Пульс 83 уд. в 1 минуту, не напряжен. АД 155/80 мм рт.ст. Симптомы Штернберга и Потгенджера отрицательные с двух сторон. Дыхание над всей поверхностью легких жесткое, единичные рассеянные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Поколачивание по пояснице болезненное с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: НЬ - 115 г/л, Эр. -  $4,0 \times 10^{12}/л$ , ЦП - 0,9, Л -  $9,2 \times 10^9/л$ , э - 3%, п/я - 4%, с/я - 68%, л - 20%, м - 5%, СОЭ - 26 мм/час.

Анализ мочи общий: цвет с/ж, удельный вес 1015, белок - следы, эпителий - единичный в поле зрения, Л - 0-3-5 в поле зрения.

В анализе мокроты однократно КУМ не выявлены.

В общем анализе мокроты выявлены эритроциты ++, лейкоциты+++ , клетки с признаками атипии.

На обзорной рентгенограмме легких в прямой проекции слева в верхней доле два неоднородных затенения с неровными контурами и широкой дорожкой к корню, который уплотнен и подтянут кверху. Доля уменьшена в объеме, в ней также определяются мелкоочаговые тени малой интенсивности.

Направлен в противотуберкулезный диспансер для дообследования.

Вопросы к ситуационной задаче:

Проведите синдромную диагностику.

Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.

Составьте план дообследования больного.

Проведите дифференциальную диагностику.

Проанализируйте ошибки курации больного, если они были

Задача №10. Решение:

Необходимо провести дифференциальную диагностику синдрома обширного затенения легочной ткани.

Задача №11

Больной К., 35 лет, рабочий. Проверочную флюорографию не проходил более 5 лет. Курит, 2-3 раза в год переносил ОРВИ. Последнее ухудшение самочувствия 2 месяца назад: кашель, обильное отхождение слизисто-гноной мокроты в течение 2 дней, боли в левой половине грудной клетки при дыхании, озноб. За медицинской помощью на тот момент не обращался, лечился самостоятельно. Поводом настоящего обращения в поликлинику послужил кашель со слизистой мокротой и прожилками крови в течение 3 дней.

При объективном обследовании: в верхней доле слева выслушиваются немногочисленные мелкопузырчатые хрипы.

Клинический анализ крови: НЬ - 115 г/л, Эр. -  $3,9 \times 10^{12}$ /л, Л -  $9,4 \times 10^9$ %, э - 1%, п/я - 6%, с/я - 65%, л - 20%, м - 8%, СОЭ - 30 мм/час. Реакция на пробу Манту с 2ТЕ - папула 12 мм.

На обзорной рентгенограмме органов грудной полости слева в S1-2 участок инфильтрации с нечеткими контурами неоднородной структуры и полостью распада. Справа в верхней доле очаги, сливающиеся между собой, неоднородной структуры. Корни легких структурны.

Вопросы к ситуационной задаче:

Проведите синдромную диагностику.

Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.

Составьте план дообследования больного.

Проведите дифференциальную диагностику.

Проанализируйте ошибки курации больного, если они были

Задача №11. Решение:

Необходимо провести дифференциальную диагностику синдрома обширного затенения в сочетании с синдромом диссеминации.

Задача №12

Больной Ж., 25 лет, неработающий. Жалобы на резкую слабость, одышку при минимальной физической нагрузке, боль в грудной клетке разлитого характера, связанную с дыханием и кашлем. Кашель сухой, мучительный. Ухудшение самочувствия отмечает с течение одного месяца, однако за медицинской помощью не обращался. Утром

почувствовал жар, слабость, боль в грудной клетке, начал кашлять. Вызвал участкового врача, после осмотра которого доставлен в приемное отделение районной больницы.

Анамнез жизни. Образование среднее специальное (каменщик). Туберкулезный контакт не установлен. Ранее туберкулезом не болел. Курит в течение 10 лет, злоупотребляет алкоголем. Флюорографическое обследование выполнял нерегулярно, последнее около четырех лет назад. Не работает в течение трех лет. Проживает с родителями-пенсионерами в отдельной квартире. В местах лишения свободы не был.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Запах перегара изо рта. На вопросы отвечает с промедлением, в пространстве и во времени ориентирован. Нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Кожа бледная, влажная, тургор сохранён. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка не деформирована, обе половины участвуют в акте дыхания, ЧДД 28-30 в 1 минуту. При перкуссии звук с небольшим коробочным оттенком, дыхание над всей поверхностью легких ослабленное везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 126 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: НЬ -110 г/л, Эр. - 3,2x10<sup>12</sup>/л, Л - 15,0x10<sup>9</sup>/л, п/я -10%, с/я - 64%, э - 1%, л - 10%, м - 15%, СОЭ - 60 мм/час.

Анализ мочи: удельный вес 1024, реакция щелочная, сахар отрицательный, белок 0,033 г/л, эпит. -1-4 в поле зрения, Л - 2-6 в поле зрения, Эр, - 2-4 в поле зрения.

На обзорной рентгенограмме органов грудной полости и томограмме верхних отделов легких (глубина 6 см) на протяжении обоих легких определяется сливная инфильтрация очаговой структуры с множественными участками деструкции на фоне сетчатого рисунка. Слева - сформированная полость с окном распада диаметром 5 см. Корни легких интактны, неструктурный. Плевродиафрагмальная спайка слева. Синусы срезаны.

Вопросы к ситуационной задаче:

Проведите синдромную диагностику.

Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.

Составьте план дообследования больного.

Проведите дифференциальную диагностику.

Проанализируйте ошибки курации больного, если они были.

Задача №12. Решение:

Необходимо провести дифференциальную диагностику синдрома обширного затенения легочной ткани, синдрома кольцевидной тени.

### Задача №13

Больная А, 78 лет, пенсионерка. Жалобы на одышку при незначительном физическом усилии, сухой кашель, которые беспокоят в течение недели. Накануне после озноба было повышение температуры тела до 38°C. Из анамнеза известно, что 30 лет назад перенесла инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого с распадом и бактериовыделением. Применялся искусственный пневмоторакс, слева. В настоящее время состоит на учете в противотуберкулезном диспансере в VIIА группе диспансерного учета по поводу посттуберкулезного плевропневмоцироза левого легкого.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Питания удовлетворительного. Кожа чистая, тургор снижен, влажность повышена. Пальпируются безболезненные, не спаянные с кожей, мягкоэластической консистенции лимфатические узлы №5 в левой подмышечной области размером до 1 см. Положительный симптом Поттенджера слева. Грудная клетка асимметрична, левое надплечье ниже правого, надключичная ямка слева втянута. ЧДД 24 в 1 минуту, справа выслушивается жесткое дыхание над всей поверхностью легких, слева над областью верхней доли - бронхиальное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный,

ЧСС 96 в 1 минуту. Живот безболезненный, мягкий при пальпации, печень и селезенка не увеличены. Пастозность стоп.

Обследована в противотуберкулезном диспансере. Клинический анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр. -  $4,5 \times 10^{12}$ /л, Л -  $8,0 \times 10^9$ /л, э - 2%, п/я - 6%, е/я - 84%, л - 17%, м — 11%, СОЭ - 26 мм/час.

В анализе мочи без патологии.

Реакция на пробу Манту с 2ТЕ - папула 12 мм.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки левое легкое уменьшено в объеме, признаки пневмосклероза, немногочисленные полиморфные очаговые тени. Справа легочный рисунок усилен, участки пневмофиброза, малоинтенсивные очаговые тени. В области верхушек легких, больше слева, значительно уплотнена плевра. В латеральных отделах левого легкого плевральные наслоения с участками обызвествлений. Корни легких фиброзно трансформированы, левый - подтянут кверху. Медиастинальная плевра уплотнена.

Вопросы к ситуационной задаче:

Проведите синдромную диагностику.

Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.

Составьте план дообследования больного.

Проведите дифференциальную диагностику.

Проанализируйте ошибки курации больного, если они были.

Задача №13. Решение:

Необходимо провести дифференциальную диагностику синдрома обширного затенения легочной ткани

Задача №14

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

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

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

Анализ мочи: желтая, удельный вес 1020, белок - следы, реакция нейтральная, эпителий - 1-2 в поле зрения, Л - 1-2 в поле зрения, Эр. - 0-1 в поле зрения.

На обзорной рентгенограмме органов грудной полости в верхней доле левого легкого определяется неоднородное затенение с "дорожкой" к корню. В нижней доле левого легкого множественные малоинтенсивные очаги на фоне усиления легочного рисунка. Плевродиафрагмальные спайки слева. По контуру средостения плевральные спайки в виде

тяжей, в связи с чем тень средостения представляется деформированной. Корни легких неструктурны.

Вопросы к ситуационной задаче:

Проведите синдромную диагностику.

Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.

Составьте план дообследования больного.

Проведите дифференциальную диагностику.

Проанализируйте ошибки курации больного, если они были.

Задача №14. Решение:

Необходимо провести дифференциальную диагностику синдрома обширного затенения легочной ткани.

Задача №15

Больная 48 лет, домохозяйка. Жалобы на резкую слабость, головную боль, одышку в покое, кашель с мокротой, кровохарканье, боли в правой половине грудной клетки, связанные с дыханием.

Анамнез. Последние два месяца жила на даче. Накануне после переохлаждения резко ухудшилось самочувствие, повысилась температура тела до 38°C, появился кашель, затем кровохарканье. Госпитализирована машиной скорой помощи в терапевтическое отделение. Не курит, алкоголем не злоупотребляет, предшествующее флюорографическое обследование выполняла на передвижном флюорографе, когда работала в Национальной библиотеке, около пяти лет назад. Со слов, в легких изменений не было.

При осмотре: общее состояние тяжелое, температура тела 39°C. Кожа влажная, чистая, акроцианоз. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Границы относительной сердечной тупости не изменены, тоны сердца ясные, ЧСС 110 в 1 минуту, АД-125/75 мм рт.ст. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, ЧДД 30 в 1 минуту. При перкуссии над правой половиной грудной клетки значительное притупление перкуторного тона, дыхание ослаблено, большое количество влажных хрипов. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по области поясницы болезненно с двух сторон. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: НЬ - 125 г/л, Эр. -  $3,9 \times 10^{12}/л$ , Л -  $14,2 \times 10^9/л$ , п/я - 11 %, с/я - 61%, э - 5%, Л - 17%, м - 6%, СОЭ - 49 мм/час.

Анализ мочи: мутная, удельный вес 1024, реакция щелочная, белок 0,08; Л - 2-4 в поле зрения, Эр. - 2-4 в поле зрения.

Методом бактериоскопии в мокроте №1 КУМ (-).

На обзорной рентгенограмме органов грудной полости определяется интенсивное однородное затенение нижней, средней и частично верхней долей правого легкого, перекрывающее корень. Левый корень расширен. Левое легочное поле без очаговых и инфильтративных изменений.

Вопросы к ситуационной задаче:

Проведите синдромную диагностику.

Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.

Составьте план дообследования больного.

Проведите дифференциальную диагностику.

Проанализируйте ошибки курации больного, если они были.

Задача №15. Решение:

Необходимо провести дифференциальную диагностику синдрома обширного затенения легочной ткани.

Задача №16

Больная 78 лет поступила в стационар в тяжелом состоянии с жалобами на слабость, одышку при небольшой физической нагрузке, кашель со скудной мокротой, боли в груди,

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

Состояние при поступлении тяжелое, масса тела понижена, температура тела 38<sup>в</sup>С. Кожа бледная, цианоз губ. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧСС 88 в 1 минуту, мерцательная аритмия, АД 140/90 мм рт.ст. Границы сердца расширены, тоны приглушены. ЧДД 24 в 1 минуту. Трахея смещена вправо. Над правым легким укорочен перкуторный тон, дыхание ослаблено, выслушивается шум трения плевры. Слева в нижних отделах - влажные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Край печени плотный, пальпируется на уровне реберной дуги, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по области поясницы безболезненно с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: НЬ -100 г/л, Эр. -  $9,9 \times 10^{12}/л$ , Л -  $9,8 \times 10^9/л$ , п/я - 12%, с/я - 63%, з - 2%, л - 15%, м - 8%, СОЭ - 56 мм/час.

Анализ мочи: удельный вес 1012, реакция кислая, следы белка, Л - 2-6 в поле зрения, оксалаты.

В анализе мокроты методом микроскопии КУМ не обнаружены

Общий анализ мокроты: единичные эритроциты, клетки плоского и цилиндрического эпителия, единичные лейкоциты, мицелий гриба.

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

Вопросы к ситуационной задаче:

Проведите синдромную диагностику.

Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.

Составьте план дообследования больного.

Проведите дифференциальную диагностику.

Проанализируйте ошибки курации больного, если они были.

Задача №16. Решение:

Необходимо провести дифференциальную диагностику синдрома обширного затенения легочной ткани.

Задача №17

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

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

Клинический анализ крови: НЬ -140 г/л, Эр. -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Л -  $5,2 \times 10^9/л$ , э - 2%, п/я - 6%, с/я - 52%, л - 28%, м -12%, СОЭ — 21 мм/час.

В анализе мочи - без патологии.

В анализах мокроты методом бактериоскопии дважды КУМ не выявлены.

Реакция на пробу Манту с 2ТЕ - папула 4 мм.

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

Вопросы к ситуационной задаче:

Проведите синдромную диагностику.

Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.

Составьте план дообследования больного.

Проведите дифференциальную диагностику.

Проанализируйте ошибки курации больного, если они были.

Задача №17. Решение:

Необходимо провести дифференциальную диагностику синдрома лимфаденопатии в сочетании с синдромом диссеминации.

Задача №18

Больной Ш., 27 лет, боец ОМОН. Жалобы на слабость, периоды субфебрилитета преимущественно в вечернее время, умеренную одышку при физической нагрузке, кашель со скудной мокротой. Указанные симптомы беспокоят в течение последних трех месяцев. Изменения в легких выявлены при обследовании и лечении в военном госпитале, где больной находился в связи с закрытой черепно-мозговой травмой, полученной в результате взрыва противопехотной мины (был в районе боевых действий в Чечне). Врачами госпиталя высказано мнение о токсико-аллергическом альвеолите в связи с аспирацией взрывчатых веществ и газов при ранении. Ранее туберкулезом не болел. Два года назад у отца больного был выявлен инфильтративный туберкулез легких в фазе распада с бактериовыделением. Обследован в ПТД по контакту однократно с флюорографической нормой, противотуберкулезных препаратов не получал. О форме туберкулеза у отца в настоящее время не знает.

При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2°C. Кожа бледная, чистая, влажная наощупь, тургор снижен. Пальпируются мелкие (до 1 см), безболезненные лимфатические узлы подчелюстной, шейной и подмышечной групп. Пульс 88 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 120/80 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, чистые. ЧДД 24 в 1 минуту. Симптом Штернберга положительный с двух сторон. При перкуссии легких определяется притупление перкуторного тона в межлопаточной области и у угла лопатки справа. Здесь же выслушиваются мелкопузырчатые хрипы при покашливании. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Поколачивание по поясничной области безболезненно с двух сторон.

Клинический анализ крови: НЬ - 130 г/л, Эр.- 4,2x10<sup>12</sup>/л, Л - 8, 2x10<sup>9</sup>/л, п/я - 6%, с/я - 59%, э - 4%, л - 17%, м - 14%, СОЭ - 22 мм/час.

В анализе мочи: удельный вес 1019, реакция нейтральная, сахар отр., белок отр., эпителий 1-4 в поле зрения, Л - 4-8 в поле зрения, Эр. - 1-3 в поле зрения.

На обзорной рентгенограмме органов грудной полости с обеих сторон, больше слева, в верхних и средних легочных полях на фоне усиленного легочного рисунка определяется довольно густая очаговая диссеминация. Очаги различной величины и плотности. Кроме того, много крупных, сливных очагов без четких контуров. Слева от верхушки до III ребра

крупноочаговые тени по типу сливных инфильтратов с участками просветления. Левый корень не структурен, подтянут кверху.

Вопросы к ситуационной задаче:

Проведите синдромную диагностику.

Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.

Составьте план дообследования больного.

Проведите дифференциальную диагностику.

Проанализируйте ошибки курации больного, если они были.

Задача №18. Решение:

Необходимо провести дифференциальную диагностику синдрома диссеминации.

Задача №19

Больная К., 24 лет, студентка. После трех недель неудовлетворительного самочувствия появились резкая слабость, головная боль, светобоязнь, температура тела 38,50С, одышка в покое, сухой кашель. Сан транспортом доставлена в многопрофильную больницу.

При осмотре: общее состояние тяжелое, определяется ригидность затылочных мышц, симптом Кернинга положительный. ЧДД 30 в 1 минуту, дыхание над легкими ослаблено, хрипы не выслушиваются. Пульс 100 ударов в 1 минуту, ритмичный удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые. Живот при пальпации безболезненный, мягкий, печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: НЬ —106 г/л, Эр. - 2,2x10<sup>12</sup>/л, Л - 16,8x10<sup>9</sup>/л, п/я - 11%, с/я - 70%, л - 7%, м - 12%, СОЭ - 60 мм/час.

Анурия

Реакция на пробу Манту с 2ТЕ отрицательная.

На обзорной рентгенограмме органов грудной полости определяется тотальная мономорфная диссеминация, размеры очагов 1-3 мм, с тенденцией к слиянию на фоне мелкосетчатого легочного рисунка. Признаки гиперпневматоза. Корни легких интактны.

Вопросы к ситуационной задаче:

Проведите синдромную диагностику.

Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.

Составьте план дообследования больного.

Проведите дифференциальную диагностику.

Проанализируйте ошибки курации больного, если они были.

Задача №19. Решение:

Необходимо провести дифференциальную диагностику синдрома диссеминации. Менингеальная форма ОМТ.

Задача №20

Больной Л., 33 лет, в течение 12 лет работает в литейном цехе. Последние 6 месяцев беспокоят слабость, недомогание, быстрая утомляемость, одышка при физической нагрузке. Неделю тому назад появились боли в нижних отделах правой половины грудной клетки при дыхании, фебрильная температура тела. Обратился в районную поликлинику.

При осмотре состояние средней тяжести. Астеник, пониженного питания, адекватен. Кожа и видимые слизистые бледные, на щеках легкий румянец. Пальпируются безболезненные, не спаянные с кожей подмышечные лимфатические узлы слева №3, размером до 2 см. ЧДД 22 в 1 минуту. Над легкими выслушивается жесткое дыхание, при покашливании сухие хрипы в межлопаточной области, справа в аксиллярной области на уровне X-XII ребер - шум трения плевры. Тоны сердца ясные, ЧСС 100 в 1 минуту, ритм правильный. Живот мягкий при пальпации, печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. Экстренно выполнена рентгенограмма легких



На обзорной рентгенограмме органов грудной полости в обоих легких, преимущественно в верхних отделах, определяются многочисленные рассеянные полиморфные очаги. Слева с выраженной тенденцией к слиянию. Легочный рисунок с мелкосетчатой трансформацией. Корни фиброзно изменены. Правый кардиодиафрагмальный синус не прослеживается.

Вопросы к ситуационной задаче:

Проведите синдромную диагностику.

Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.

Составьте план дообследования больного.

Проведите дифференциальную диагностику.

Проанализируйте ошибки курации больного, если они были.

Задача №20. Решение:

Необходимо провести дифференциальную диагностику синдрома диссеминации.

**7.4 Методические материалы и методика, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций**

Специфика формирования компетенций и их измерение определяется структурированием информации о состоянии уровня подготовки обучающихся.

Алгоритмы отбора и конструирования заданий для оценки достижений в предметной области, техника конструирования заданий, способы организации и проведения стандартизованных оценочных процедур, методика шкалирования и методы обработки и интерпретации результатов оценивания позволяют обучающимся освоить компетентно-ориентированные программы дисциплин.

Формирование части компетенций ОДК-4 (ИД-1,2) осуществляется в ходе всех видов занятий, практики, а контроль их сформированности на этапе текущей, промежуточной аттестации и государственной итоговой аттестации.

Этапы формирования компетенций ОДК-4 (ИД-1,2) в процессе освоения программы

Компетенция	Этапы формирования компетенций, определяемые дисциплинами направления подготовки «Фтизиатрия»		
	начальный	последующий	итоговый
ОДК-4 (ИД-1,2)	Решение тестовых заданий		Государственная итоговая аттестация
	Решение задач		
	Клинические практические занятия		
	Проведение контрольной работы		
	Лекции		

**7.4.1. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности**

1. Порядок применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ высшего образования.

2. Положение о порядке формирования Фонда оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации высшего профессионального образования.
3. Положение об организации и проведении текущего контроля знаний и промежуточной аттестации ординаторов факультета последипломного образования в ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.
4. Положение об итоговой государственной аттестации выпускников ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.
5. Положение о бально-рейтинговой системе для обучающихся по образовательным программам «Лечебное дело» послевузовского обучения.

## **8. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины**

Основная:

1. Фтизиатрия : учебник для вузов / Н. А. Браженко, О. Н. Браженко. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : Юрайт, 2020. – 735с.
2. Мишин В.Ю., Фтизиатрия [Электронный ресурс] : учебник / В. Ю. Мишин, С. П. Завражнов, А. В. Митронин, А. В. Мишина. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-5400-8 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970454008.html>
3. Koshechkin, V. A. Phthisiatry : textbook. / Koshechkin V. A. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5302-5. - Текст : электронный // URL : <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970453025.html>
4. Гиллер Д.Б., Фтизиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Д. Б. Гиллер, В. Ю. Мишин и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 576 с. - ISBN 978-5-9704-5490-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970454909.html>

Дополнительная:

1. Бородулина, Е. А. Лучевая диагностика туберкулеза легких: учебное пособие / Бородулина Е. А. , Бородулин Б. Е. , Кузнецова А. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 120 с. - ISBN 978-5-9704-5991-1. - Текст : электронный // URL : <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970459911.html>
2. Зими́на, В. Н. Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых / В. Н. Зими́на, А. В. Кравченко, И. Б. Викторова, В. А. Кошечкин. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5824-2. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458242.html>
3. Илькович, М. М. Диффузные паренхиматозные заболевания легких / под ред. Ильковича М. М. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-5908-9. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459089.html>
4. Лечение туберкулеза органа зрения: пособие для врачей / Е. И. Устинова [и др.]. ; Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург. НИИ фтизиопульмонологии, тизиоофтальмологический санаторий "Красный вал". - СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2010. - 30 с.
5. Туберкулез глаз и сходные с ним заболевания : рук. для врачей / Е. И. Устинова ; Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова. - 2-е изд., перераб. и доп. - СПб. : Изд-во "Левша. Санкт-Петербург", 2011. - 418 с.

Электронные базы данных

<http://www.studentlibrary.ru/>  
<http://www.bloodjournal.org>  
<http://e.lanbook.com/>  
<http://www.scopus.com/>  
<http://books-up.ru/>  
<http://roftb.ru/>

Периодические издания:

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

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

## **9. Характеристика особенностей технологий обучения в Университете**

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

1. «Электронная библиотечная система «Консультант студента».
2. ЭБС «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека»
3. «Электронно-библиотечная система eLibrary» периодические издания.

## **10. Особенности работы обучающегося по освоению дисциплины «Фтизиатрия»**

Обучающиеся при изучении учебной дисциплины используют образовательный контент, а также методические указания по проведению определенных видов занятий, рекомендации и пособия по данной дисциплине по работе с ним, разработанные профессорско-преподавательским составом (ППС) кафедры.

Успешное усвоение учебной дисциплины «Фтизиатрия» предполагает активное, творческое участие обучающегося на всех этапах ее освоения путем планомерной работы. Обучающийся должен активно участвовать в выполнении видов практических работ, определенных для данной дисциплины. Проводимые на клинических практических занятиях различных модульных тестирований и дают возможность непосредственно понять алгоритм применения теоретических знаний, излагаемых на лекциях и в учебниках.

В этой связи при проработке лекционного материала обучающиеся должны иметь в виду, что в лекциях раскрываются наиболее значимые вопросы учебного материала. Остальные осваиваются обучающимися в ходе других видов занятий и самостоятельной работы над учебным материалом.

Следует иметь в виду, что все разделы и темы дисциплины «Фтизиатрия» представлены в дидактически проработанной последовательности, что предусматривает логическую стройность курса и продуманную систему усвоения обучающимися учебного материала, поэтому нельзя приступать к изучению последующих тем (разделов), не усвоив предыдущих.

### **10.1 Методические указания для обучающихся по организации самостоятельной работы в процессе освоения дисциплины**

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Выполнение индивидуальных домашних заданий (решение клинических задач)	Собеседование Проверка заданий
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование
Подготовка ко всем видам контрольных испытаний	Тестирование Собеседование

## 10.2 Методические указания для обучающихся по подготовке к занятиям

Занятия клинического практического типа предназначены для расширения и углубления знаний обучающихся по учебной дисциплине, формирования умений и компетенций, предусмотренных стандартом. В их ходе обучающимися реализуется верификационная функция степени усвоения учебного материала, они приобретают умения вести научную дискуссию. Кроме того, целью занятий является: проверка уровня понимания обучающимися вопросов, рассмотренных на лекциях и в учебной литературе, степени и качества усвоения обучающимися программного материала; формирование и развитие умений, навыков применения теоретических знаний в реальной практике решения задач, анализа профессионально-прикладных ситуаций; восполнение пробелов в пройденной теоретической части курса и оказания помощи в его освоении.

Обучающийся должен изучить основную литературу по теме занятия, и, желательно, источники из списка дополнительной литературы, используемые для расширения объема знаний по теме (разделу), интернет-ресурсы.

Вопросы и задания для подготовки к занятиям по темам:

Тема 1. Эпидемиология и своевременное выявление туберкулеза

Подготовка к практическому занятию проводится с использованием методического пособия и учебных материалов и состоит в теоретической подготовке.

Контрольные вопросы:

Основные эпидемиологические показатели: инфицированность, заболеваемость, болезненность, смертность и их динамика за последние годы.

Роль социальных и экологических факторов в снижении сопротивляемости к туберкулезной инфекции.

Туберкулез и факторы риска (медицинские и социальные).

Методы и пути выявления туберкулёза.

Основные критерии своевременности выявления туберкулёза

Методы своевременного выявления туберкулеза в разных возрастных группах

Своевременно выявленные формы туберкулеза, несвоевременно выявленные формы туберкулеза, запущенные формы туберкулеза.

## Тема № 2. Клиническая классификация и обследование на туберкулез

Подготовка к практическому занятию проводится с использованием методического пособия и учебных материалов и состоит в теоретической подготовке.

Контрольные вопросы:

Назовите основные разделы классификации.

Назовите клинические формы туберкулеза.

Основные принципы построения клинической классификации туберкулеза.

Что такое обязательный диагностический минимум на туберкулез?

Когда используются дополнительные методы диагностики туберкулеза

Когда используются факультативные методы диагностики туберкулеза

Перечислите методы биохимической и иммунологической диагностики туберкулеза.

Перечислить инструментальные, в т.ч. новые методы диагностики туберкулеза

Перечислить методы биопсии легкого, плевры, ВГЛУ

Перечислить методы лучевой диагностики туберкулеза.

Перечислите рентгенологические синдромы встречающиеся в клинике туберкулеза

4. Темы докладов: Основные методы диагностики туберкулеза.

5. Темы презентаций: Рентгенологическое отображение основных клинических форм туберкулеза легких

6. Изучение рентгенограмм по теме занятия под контролем преподавателя.

7. Подготовка к курации больного на следующем занятии.

8. Подбор, изучение, анализ и конспектирование рекомендованной литературы

## Тема № 3: Клинические формы туберкулеза

### Первичный туберкулез

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. С какими заболеваниями приходится дифференцировать туберкулёзную интоксикацию.

Назовите отличительные признаки.

2. Схема строения средостения (верхнее, среднее, нижнее, переднее, центральное, заднее).

3. Патологические процессы, имеющие характерную локализацию.

4. Классификация внутригрудных лимфатических узлов.

5. Различия в строении гранулемы при туберкулезе и саркоидозе.

6. Характерные клинические синдромы при саркоидозе.

7. Характерные клинические и лабораторные признаки лимфогранулематоза.

Очаговый туберкулез легких. Инфильтративный туберкулез легких. Казеозная пневмония.

Туберкулема легких.

Вопросы для самостоятельной подготовки:

Патогенез инфильтративного туберкулеза.

Рентгенологическая классификация туберкулезных инфильтратов и их клиническая характеристика.

Патогенетические особенности казеозной пневмонии.

Клиническая характеристика казеозной пневмонии.

Патогенез туберкулем легких.

Классификация туберкулем по М.М. Авербаху.

7. Особенности лечения больных туберкулемами легких.

8. Дать определение очагового туберкулеза легких.

9. Частота очагового туберкулеза среди вновь выявленных больных.

10. Основной метод выявления очагового туберкулеза.
11. Патогенез очагового туберкулеза.
12. Морфология очагового туберкулеза.
13. Рентгенологическая характеристика очагового туберкулеза.
14. Перечислить признаки активности очагового туберкулеза.
15. Особенности клинического течения туберкулеза.

«Милиарный туберкулез. Диссеминированный туберкулез легких.».

1. Вопросы для самостоятельной подготовки:

- 1). Патогенез туберкулезных диссеминаций.
- 2). Формы диссеминированного туберкулеза.
- 3). Рентгенологические признаки диссеминированного и милиарного туберкулеза легких.
- 4). Осложнения диссеминированного туберкулеза легких.
- 5). Исходы диссеминированного туберкулеза по А. Е. Рабухину.
- 8). Особенности терапии больных диссеминированным туберкулезом первичного и вторичного генеза.

2. Рекомендуемые темы докладов:

«Патогенез диссеминированного туберкулеза»

«Острый туберкулезный сепсис»

«Туберкулезный менингит. Особенности клиники и диагностики»

«Генерализованный туберкулез — новая форма туберкулеза?»

Кавернозный, фиброзно-кавернозный, цирротический туберкулёз лёгких.

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Патогенез кавернозного туберкулёза лёгких.
2. Дать определение кавернозного туберкулёза.
3. Причины формирования каверны, разновидности каверн по генезу.
4. Показания к бронхоскопии у больных кавернозным туберкулёзом лёгких.
5. Дать определение фиброзно-кавернозного туберкулёза.
6. Причины формирования фиброзно-кавернозного туберкулёза.
7. Перечислить патоморфологические особенности каверны при фиброзно-кавернозном туберкулёзе.
8. Особенности лечебных мероприятий при фиброзно-кавернозном туберкулёзе лёгких.
9. Причины неэффективности антибактериальной терапии больных фиброзно-кавернозным туберкулёзом лёгких.
10. Дать определение цирротического туберкулёза лёгких.
11. Рентгенографические признаки цирротического туберкулёза легких.
12. Клинико-рентгенологические отличия пост туберкулёзного пневмоцирроза и циррозов легких другой этиологии.
13. Причины, способствующие возникновению и развитию туберкулёза у больных силикозом.
14. Формы и стадии силикоза (рентгенологические признаки).
15. Основные клинико-рентгенологические и лабораторные признаки осложнения силикоза туберкулёзом лёгких.

Тема № 4. Туберкулез и коморбидность

Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Туберкулез и гепатиты.
2. Туберкулёз органов дыхания, ВИЧ - инфекция и СПИД.

3. Туберкулёз органов дыхания и СПИД. Особенности характеристики туберкулёзного процесса у больных СПИДом.
4. туберкулез и сахарный диабет,
5. туберкулез и язвенная болезнь желудка и 12 пк,
6. туберкулез и ХОБЛ

Тема № 5. Здоровый образ жизни и профилактика туберкулеза

Подготовка к практическому занятию проводится с использованием методического пособия и учебных материалов и состоит в теоретической подготовке.

Контрольные вопросы:

1. Здоровый образ жизни- основа профилактики туберкулеза.
2. Виды профилактики туберкулеза: социальная, санитарная, специфическая.
3. Вакцины БЦЖ и БЦЖ-М.
4. Противотуберкулезная вакцинация и ревакцинация.
5. Химиопрофилактика и превентивное лечение.
6. Очаги туберкулезной инфекции.
7. Мероприятия в очагах туберкулезной инфекции.

**11.. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем**

Программное обеспечение ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. И.П. Павлова, являющееся частью электронной информационно-образовательной среды и базирующееся на телекоммуникационных технологиях:

компьютерные обучающие программы – «Сканированные»;  
 тренинговые и тестирующие программы в Academic NT;  
 электронные базы данных:  
<http://www.studentlibrary.ru/>  
<http://www.bloodjournal.org>  
<http://e.lanbook.com/>  
<http://www.scopus.com/>  
<http://books-up.ru/>

**12. Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Фтизиатрия»**

Наименование аудиторий, адрес	Перечень оборудования	Адрес
	Общее и специальное оборудование	
1	2	3
Учебные помещения, университетский корпус № 21	Мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор, экран), слайдоскоп, ПК, мониторы. Наборы слайдов, таблиц/мультимедийных наглядных материалов по различным разделам модуля. Библиотека, включающая монографии, учебно-методические пособия, научные журналы. Ситуационные задачи, тестовые задания по	ул. Льва Толстого, д. 6-8,

	изучаемым темам. Столы. Стулья.	
Помещения, используемые для практической подготовки на городских базах кафедры	Ампулы с раствором туберкулина, ампулы с БЦЖ, БЦЖ-М, наборы для иммунологической диагностики туберкулезной инфекции, наборы рентгенограмм и томограмм, видеофильмы: «Туберкулинодиагностика», «Методы диагностики болезней легких», «Выявление туберкулеза», «Выявление и профилактика туберкулеза», «РОФ или история борьбы с туберкулезом в России». Ситуационные задачи, тестовые задания по изучаемым темам. Доски. Столы. Стулья. Кварцевые облучатели.	Бестужевская ул., 48 Оборонная ул., 32 Детская ул., 14 8-я Советская ул., 53

Разработчик:

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

Рецензент

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