

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИ-
ВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.ПАВЛОВА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



УТВЕРЖДЕНО
на заседании Методического Совета
протокола № 84 «02» октября 2023 г.

д.м.н., профессор А.И. Яременко

**Дополнительная профессиональная программа
повышения квалификации**

Регистрационный номер в реестре программ непрерывного медицинского образования
№

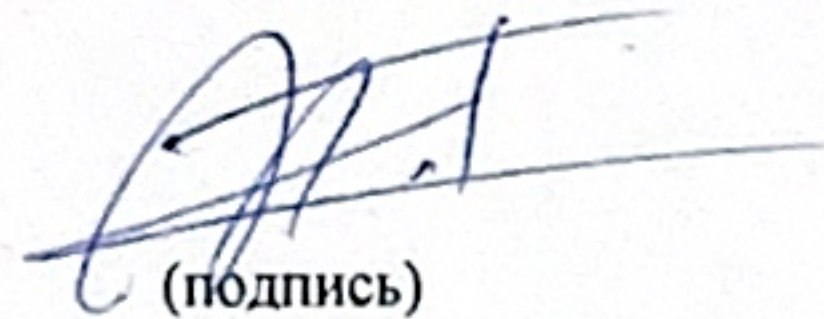
Наименование программы (модуля)	«Актуальные вопросы туберкулеза и саркоидоза», 144 ч <small>(наименование дисциплины)</small>
по специальности	«ФТИЗИАТРИЯ» 31.08.51 <small>(наименование и код специальности)</small>
Факультет	Послевузовского образования (далее – ФПО) <small>(наименование факультета)</small>
Кафедра	Социально значимых инфекций и фтизиопульмонологии <small>(наименование кафедры)</small>
Категория слушателей	врачи - фтизиатры
Срок обучения	144 ч
Форма обучения	очно-заочная

Санкт-Петербург
2023

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации (далее ДПП ПК) – программа повышения квалификации для специалистов с высшим медицинским образованием по специальности Фтизиатрия (код специальности 31.08.51, «Фтизиатрия») «Актуальные вопросы туберкулеза и саркоидоза», 144 ч, разработана коллективом кафедры социально значимых инфекций и фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ имени академика И.П.Павлова в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования, утвержденным Приказом Минобрнауки России от 25.08.2014 № 1094 Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.51 Фтизиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (Зарегистрировано в Минюсте России 22.10.2014 N 34390) (далее – ФГОС ВО); Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 октября 2018 г. № 684н «Об утверждении профессионального стандарта «врач-фтизиатр» (зарегистрировано в Минюсте России 20.11.2018 № 52737); Приказом Минобрнауки России от 01.07.2013 № 499 (ред. от 15.11.2013) "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам" (Зарегистрировано в Минюсте России 20.08.2013 № 29444) приказом Минздрава России от 07.10.2015 № 700н "О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование" (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2015 № 39696) и на основании примерной основной образовательной программы дополнительного профессионального образования по фтизиатрии.

ДПП ПК обсуждена на заседании кафедры социально значимых инфекций и фтизиопульмонологии «30 августа 2023 г., протокол № 1.

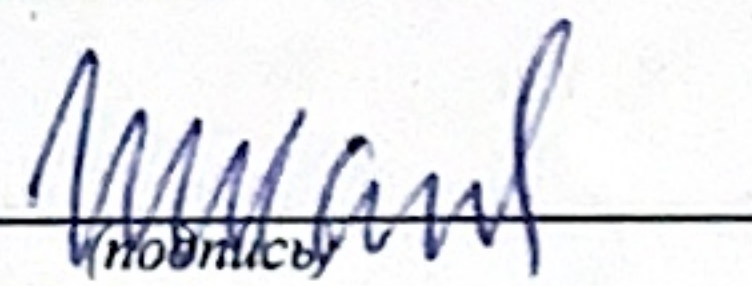
Заведующий кафедрой
академик РАН
(ученое звание или ученая степень)


(подпись)

Беляков Н.А.
(Расшифровка фамилии И. О.)

ДПП ПК одобрена цикловой методической комиссией ФПО « 26 сентября 2023 г., протокол № 7.

Председатель цикловой методической комиссии
Профессор, д.м.н.


(подпись)

Шапорова Н.Л.
(Расшифровка фамилии И. О.)

СТРУКТУРА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

1. ЦЕЛЬ

2. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

3. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ: УЧЕБНЫЙ ПЛАН, РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ (УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН)

- Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий
- Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся
- Учебно-тематический план дисциплины

4. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

5. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ

- Требования к уровню подготовки слушателей, необходимому для освоения ДПП ПК
- Профессорско-преподавательский состав, осуществляющий обучение по программе.
- Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине

6. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ, ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

- Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине
- Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания
- Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования знаний, умений, навыков и опыта деятельности

7. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕАЛИЗАЦИИ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ

8. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ (ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ), А ТАКЖЕ ДРУГИХ ВИДОВ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ И ПОСОБИЙ

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ И КОНСУЛЬТАНТОВ
по разработке ДПП ПК послевузовского профессионального образования по
специальности «Фтизиатрия»

№ пп.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Браженко Ольга Николаевна	Д.м.н.	доцент	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
2.	Чуйкова Анна Георгиевна	К.м.н.	ассистент	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
По методическим вопросам				
4.	Шاپорова Наталья Леонидовна	Д.м.н.	Декан факультета последипломного образования	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова

ДПП ПК по программе повышения квалификации «Актуальные вопросы туберкулеза и саркоидоза», реализуемая ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, представляет собой систему документов, разработанную и утвержденную Университетом с учетом требований рынка труда, на основании федерального государственного образовательного стандарта по соответствующему направлению подготовки высшего образования.

1. Цель реализации образовательной программы

1. Целью ДПП ПК повышения квалификации по специальности «Фтизиатрия» является подготовка квалифицированного специалиста, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; освоение теоретических основ и практических навыков, формирование у обучающихся врачебного поведения, мышления и умений, обеспечивающих решение профессиональных задач и применение им алгоритма врачебной деятельности по профилактике, диагностике и лечению заболеваний у взрослых и детей по профилю «Фтизиатрия».

Также ДПП ПК (повышение квалификации) направлена на формирование эффективной, качественной, современной образовательной системы в области «Фтизиатрия», призвана обеспечить конкурентоспособность обучающихся в целом на рынке услуг в образовательной, научной, инновационной и профессиональной деятельности.

Цель вида профессиональной деятельности:

Получение знаний по эпидемиологии туберкулеза, методам диагностики, клиническим проявлениям туберкулеза органов дыхания у детей и подростков, а также у взрослых с проведением дифференциальной диагностики основных клинических форм туберкулеза органов дыхания. Изучение проявлений туберкулеза у лиц с сочетанной патологией, ВИЧ-инфекцией. Саркоидоз во фтизиатрической практике. Овладение знаниями по комплексному лечению туберкулеза в современных условиях, в том числе при развитии неотложных состояний, по основам социальной гигиены и организации противотуберкулёзной помощи населению.

2. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Профилактическая деятельность: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1); лечебная деятельность: готовность к ведению и лечению пациентов с туберкулезом органов дыхания (ПК-6).

Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся обучающиеся

Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу повышения квалификации:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная

профилактическая деятельность:

- предупреждение возникновения заболеваний среди населения различных возрастно-половых групп путём проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

- проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

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

диагностическая деятельность:

- диагностика заболеваний и патологических состояний на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;

- диагностика неотложных состояний;

- проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

- оказание специализированной медицинской помощи;

- участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

ЗАДАЧИ ОБУЧЕНИЯ:

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, в том числе по эпидемиологии туберкулеза с оценкой основных эпидемиологических показателей по туберкулезу в Российской Федерации и во всем мире;

2. Совершенствовать знания по методам традиционной и современной диагностики туберкулеза и сопутствующей патологии;

3. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача по специальности «Фтизиатрия», обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания по фтизиатрии и смежным дисциплинам

4. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при urgentных состояниях, провести профилактические мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов.

5. Подготовить врача по специальности «Фтизиатрия», владеющего навыками и врачебными манипуляциями в соответствии с квалификационными требованиями и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи..

6. Освоить методы формирования здорового образа жизни населения в профилактике туберкулеза;

7. Совершенствование знаний по основам социальной гигиены туберкулеза и организации противотуберкулезной помощи населению.

Категория обучающихся – врачи-фтизиатры.

Объем программы: 144 аудиторных часов трудоемкости/ 4 зачетные единицы.

Тип обучения:

- Непрерывное образование.
- Традиционное образование.

Основа обучения:

- Бюджетная.
- Договорная.

ФОРМА ОБУЧЕНИЯ, РЕЖИМ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЙ

График обучения Форма обучения	Ауд. часов	Дней	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
прерывистая с отрывом от работы (очная)	108	18	18	18 дней
Обучение с использованием ДОТ и ЭО (заочная)	36	6	6	6 дней
ИТОГО:	144	24	24	24 дней

Документ, выдаваемый после завершения обучения – удостоверение о повышении квалификации.

В соответствии с требованиями Министерства образования и науки Российской Федерации от 23.08.2017 № 816, системой дистанционного обучения (СДО) является Academic NT, ссылка: de.1spbgmu.ru Слушатели регистрируются на сайте ПСПбГМУ им.И.П.Павлова и получают свой логин и пароль для доступа к СДО.

В ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова освоение ДПП ПК 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 обучающимся ДПП ПК 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. Электронная информационно-образовательная среда Университета обеспечивает:

- доступ к учебным планам, рабочим программам дисциплин, практик, и к изданиям электронных библиотечных систем и электронным образовательным ресурсам, указанным в рабочих программах;
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной аттестации и результатов освоения основной ДПП ПК;
- проведение всех видов занятий, процедур оценки результатов обучения, реализация которых предусмотрена с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий;

- формирование электронного портфолио обучающегося;
- взаимодействие между участниками образовательного процесса, в том числе синхронное и (или) асинхронное взаимодействие посредством сети Интернет. Вид асинхронного обучения (заочная часть) – электронные учебные материалы в СДО.

Формируемые компетенции

Формирование части компетенций **ПК-1, ПК-6** осуществляется в ходе всех видов занятий, практики, а контроль их сформированности на этапе текущей и итоговой аттестации.

Компетенция
ПК-1 Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов с туберкулезом органов дыхания.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРИОБРЕТАЕМЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ С УТОЧНЕНИЕМ НЕОБХОДИМЫХ ТРУДОВЫХ ДЕЙСТВИЙ (ВЛАДЕНИЕ), ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ.

<u>Врач-фтизиатр должен знать</u>	<u>Врач-фтизиатр должен уметь:</u>	<u>Врач - фтизиатр должен владеть: (трудовые функции)</u>
Профессиональная компетенция 1. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболевания, установления диагноза		
Общие вопросы организации медицинской помощи населению	Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) с туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М	Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) с подозрением на туберкулез органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М
Порядок оказания медицинской помощи по профилю "фтизиатрия", клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М		
Стандарты медицинской помощи пациентам с туберкулезом органов дыхания	Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с туберкулезом органов	Интерпретация и анализ информации, полученной от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями (подозрением на
Закономерности		

<p>функционирования здорового организма человека и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах</p> <p>Методика сбора анамнеза жизни и заболевания, а также жалоб у пациентов (их законных представителей) с туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М</p> <p>Методика осмотров и обследований пациентов с туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М</p> <p>Методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению таких исследований, правила интерпретации их результатов у пациентов с туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М</p> <p>Физиология органов дыхания у пациентов в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях</p> <p>Возрастная эволюция специфического заболевания</p> <p>Этиология и патогенез, патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и</p>	<p>дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М</p>	<p>заболевания) туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М</p>
	<p>Оценивать функциональное состояние дыхательной системы</p>	<p>Осмотр пациентов с туберкулезом органов дыхания в соответствии с действующими порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>
	<p>Применять методы осмотра и обследования пациентов с туберкулезом органов дыхания с учетом возрастных, анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, включая:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проведение коллапс терапии; - лимфатропной терапии 	<p>Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных исследований пациентов с туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М</p>
	<p>Интерпретировать и анализировать результаты осмотра пациентов с туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М</p>	<p>Направление пациентов с туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М на инструментальные и лабораторные исследования в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов</p>
	<p>Планировать и обосновывать объем инструментальных и лабораторных исследований пациентов с туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и</p>	

исходы у больных туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М	БЦЖ-М в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	медицинской помощи
Физиологические и патологические состояния, проявляющиеся у больных туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М с учетом возрастных особенностей, которые требуют особого подхода в диагностике	Интерпретировать и анализировать результаты инструментального и лабораторного исследования пациентов с туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М	Направление пациентов с туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Изменения функционирования дыхательной системы	Обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам пациентов с туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	Интерпретация и анализ результатов осмотра, лабораторных и инструментальных исследований пациентов с туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М
Профессиональные заболевания по профилю "фтизиатрия"	Интерпретировать и анализировать результаты осмотра врачами-специалистами	Интерпретация и анализ результатов осмотра врачами-специалистами
Методы клинической и параклинической диагностики, применяемые при туберкулезе органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М	Выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с	Установление диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)
Медицинские показания и медицинские противопоказания при туберкулезе органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М		Применение медицинских изделий у пациентов с туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и
Заболевания требующие направления пациентов к врачам-специалистам		
Заболевания требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме		
Заболевания и (или) состояния иных органов и систем, сопровождающиеся изменениями в функционировании		
МКБ		
Медицинские показания для оказания скорой, в том		

<p>числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М</p>	<p>туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М</p>	<p>БЦЖ-М Обеспечение безопасности диагностических манипуляций</p>
<p>Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М</p>	<p>Применять медицинские изделия у пациентов с туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М в соответствии с действующим порядком медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	
	<p>Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М</p>	
	<p>Выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М</p>	
<p>Профессиональная</p>		

<p>компетенция 6. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М</p>		
<p><u>Врач - фтизиатр должен знать</u></p>	<p><u>Врач –фтизиатр должен уметь:</u></p>	<p><u>Врач-фтизиатр должен владеть:</u> (трудовые функции)</p>
<p>Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядки проведения медицинских экспертиз, выдачи листков временной нетрудоспособности</p> <p>Порядок оформления медицинской документации пациентам с туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы</p> <p>Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации</p>	<p>Определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное специфическим заболеванием для прохождения медико-социальной экспертизы</p> <p>Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленные туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М</p> <p>Составлять медицинские заключения по результатам медицинских экспертиз в части, касающейся наличия и (или) отсутствия туберкулеза органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М</p>	<p>Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М и участие в экспертизе временной нетрудоспособности, осуществляемой врачебной комиссией медицинской организации</p> <p>Оформление необходимой медицинской документации для пациентов с туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы</p> <p>Направление пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное туберкулезом органов дыхания или с осложнениями вакцинации БЦЖ и</p>

		БЦЖ-М для прохождения медико-социальной экспертизы

СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ: УЧЕБНЫЙ ПЛАН, РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ (УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН)

Программа построена на основе достижения обучающимися учебных целей. Под целью обучения понимается приобретение к концу освоения программы компетенций – необходимых знаний, умений и навыков по организации и методике обучения специалистов по направлению «фтизиатрия».

Форма обучения: очно-заочная с применением дистанционных образовательных технологий.

Освоение программы обеспечено набором мультимедийных презентаций по основным темам программы, нормативно-правовыми документами, набором методических материалов, контрольными заданиями для оценки достижения результатов обучения.

Срок освоения ДПП ПК

- в очной форме обучения составляет 1 месяц (144 часа).

Объем ДПП ПК

Объем программы профессиональной переподготовки по данному направлению составляет 4 зачетных единицы вне зависимости от формы обучения, применяемых образовательных технологий, реализации программы профессиональной переподготовки по индивидуальному учебному плану, в том числе ускоренному обучению.

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

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

УЧЕБНЫЙ ПЛАН ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО ФТИЗИАТРИИ «Актуальные вопросы туберкулеза и саркоидоза»

№ п/п	Раздел	КЕ (Часы)	ЗЕ (36 ч) 1 неделя	Форма контроля
1	Теоретические основы фтизиатрии.	6	0,16	Собеседование
2	Методы исследования больных туберкулезом легких	12	0,33	Собеседование
3	Клиника и дифференциальная диагностика туберкулеза органов дыхания у детей и	12	0,33	Собеседование

	подростков			
4	Клиника и дифференциальная диагностика туберкулеза органов дыхания у взрослых	36	1	Собеседование
5	Туберкулез органов дыхания в сочетании с другими заболеваниями. Туберкулез и беременность. Саркоидоз.	36	1	Собеседование
6	Комплексное лечение больных туберкулезом органов дыхания	24	0,66	Собеседование
7	Основы социальной гигиены и организация противотуберкулёзной помощи населению.	6	0,16	Собеседование
8	Туберкулез и ВИЧ-инфекция	6	0,16	Собеседование
	Итоговая аттестация	6	0,16	Собеседование, тестирование
	Итого:	144	4.0	

РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ МОДУЛЕЙ ДПП ПК (УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН)

**УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО ФТИЗИАТРИИ
«Актуальные вопросы туберкулеза и саркоидоза»**

№ п/п	Наименование раздела	Всего КЕ (часов)	Всего ЗЕ	Форма контроля		
				Лекции (Обучение с использованием ДОТ и ЭО)	Практические занятия	Зачет
1	Теоретические основы фтизиатрии.	6	0,16	1	5	
	Эпидемиология. Состояние инфицированности и заболеваемости туберкулезом в РФ и Санкт-Петербурге. Ситуация по туберкулезу в мире			1	1	
	Возбудитель туберкулеза и его свойства: развитие учения об этиологии туберкулеза				1	
	Патогенез, патологическая анатомия и патофизиологические расстройства при туберкулезе: пути заражения микобактериями туберкулеза. Морфология туберкулезного воспаления.				2	

	Состояние функциональных систем организма при развитии, течении и прогрессировании туберкулеза.				1
2	Методы обследования больных туберкулезом легких	12	0,33	4	8
	Основные методы диагностики туберкулеза (обязательные, дополнительные и факультативные). Этапы диагностического процесса.			1	
	Осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больного туберкулезом органов дыхания.			1	
	Методы рентгенологического исследования, радионуклеотидного, биологического, молекулярного, микробиологического, общеклинических лабораторных исследований и т.д. при туберкулезе органов дыхания и других локализаций.			1	1
	Туберкулин и его свойства. Виды туберкулина. Механизм туберкулиновых реакций. Методика постановки туберкулиновых проб (накожные, внутрикожные, подкожные). Применение туберкулиновых проб при массовых обследованиях детей и подростков. Туберкулиновые пробы: проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л, Диаскин -тест. Техника постановки, применение пробы для определения первичного инфицирования микобактериями, показания и противопоказания.				2
	Трахеобронхоскопия. Фибробронхоскопия.. Эндобронхиальные и трансbronхиальные биопсии. Диагностический бронхо-альвеолярный лаваж (БАЛ), показания, методика. Трансторакальная игловая и эндоскопическая биопсии легких и плевры. Медиастиноскопия.				2
	Методы исследования функции дыхания: спирометрия, бронхо-спирометрия, определение остаточного объема легких, объема и равномерности альвеолярной вентиляции, механики дыхания и газового состава артериальной крови.				2
	Методы исследования сердечно-сосудистой системы: электрокардиография, варикардиография, ультрозвуковое исследование, измерение артериального и венозного давления,			1	1

	систолического и минутного объема крови. Исследование функции дыхания и кровообращения при физической нагрузке. Диагностика легочного сердца при туберкулезе легких.				
3	Клиника и дифференциальная диагностика туберкулеза органов дыхания у детей и подростков	12	0,33	8	4
	История классификации. Принципы построения классификации (патогенетический, патологоанатомический, клинко-рентгенологический и микробиологический). Современная классификация, основные принципы построения современной классификации. Разделы классификации, отражающие основные клинические формы, характеристику туберкулезного процесса и его осложнений, остаточные изменения после излеченного туберкулеза			2	
	Патогенез первичного туберкулеза у детей и подростков. Значение массивности инфекции, вирулентности и вида микобактерий для возникновения первичного туберкулеза. Факторы, снижающие сопротивляемость организма к туберкулезной инфекции. Значение вакцинации БЦЖ в предупреждении первичного инфицирования микобактериями туберкулеза и возникновения заболевания			1	1
	Клинический симптомокомплекс и особенности клинко-рентгенологических проявлений первичного туберкулеза у детей и подростков в современных условиях. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков. Клинические признаки, течение, лечение. Дифференциальная диагностика туберкулезной интоксикации с хроническими неспецифическими воспалительными процессами. Первичный туберкулезный комплекс. Патологическая анатомия и патогенез первичного комплекса у детей и подростков. Клинические признаки, диагностика и течение. Исходы первичного комплекса и значение остаточных изменений после его излечения для возникновения вторичных			2	1

	форм туберкулеза.				
	Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Рентгеноанатомия лимфатических узлов и лимфатических сосудов легких и средостения. Патогенез и патологическая анатомия туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов. Клиническая и рентгенологическая диагностика поражения лимфатических узлов средостения. Малая форма туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов. Туморозный и инфильтративный туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Хронически текущий первичный туберкулез (патогенез, патологическая анатомия, клинические проявления, клинические «маски», течение исход и лечение). Особенности течения туберкулеза у новорожденных и грудных детей, бронхолегочной синдром у детей раннего возраста. Клинико-рентгенологические формы первичного туберкулеза у подростков, диагностика и лечение.			2	1
	Диссеминированные и генерализованные формы, в том числе диагностика и клиника милиарного туберкулеза, как острой формы туберкулеза у детей и подростков. Туберкулезный менингит (патологическая анатомия, клинические проявления, изменения ликвора, течение и исходы). Внелегочные формы туберкулеза у детей: полисерозит, особенности клиники туберкулезного перикардита, мезоаденит, клиника, течение и исходы). Туберкулез периферических узлов у детей (диагностика клиника, течение и лечение).			1	1
4	Клиника и дифференциальная диагностика туберкулеза органов дыхания у взрослых	36	1	4	32
	Первичный туберкулез у взрослых. Первичный туберкулезный комплекс. Патогенез и патологическая анатомия. Особенности диагностики и клинического течения в современных условиях. Течение и исход. Дифференциальная диагностика. Осложнения.			0,5	3
	Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Патогенез и патологическая анатомия. Диагностика.				3

	<p>Особенности клинических проявлений. Дифференциальная диагностика с внутригрудными аденопатиями другой этиологии.</p>					
	<p>Хронически текущий первичный туберкулез. Особенности патогенеза и патологической анатомии. Особенности диагностики и клинического течения. «Маски» хронически текущего первичного туберкулеза. Старческий аденогенный туберкулез. Патогенез патологическая анатомия. Особенности клинических проявлений, течение и исход. Диагностика и дифференциальная диагностика Патогенез гематогенной, лимфогенной и бронхогенной диссеминаций</p>				3	
	<p>Подострый и хронический диссеминированный (гематогенный) туберкулез легких, патогенез, патологоанатомические и рентгенологические признаки. Диагностика и клиника диссеминированного туберкулеза легких. Диссеминированный (лимфогенный) туберкулез легких, клинико-рентгенологические особенности. Осложнения диссеминированного туберкулеза (плеврит, поражение гортани и других органов). Дифференциальная диагностика с диссеминациями другой этиологии.</p> <p>Патогенез ранней и поздней гематогенной диссеминации. Легочная и тифоидная формы милиарного туберкулеза легких, патологоанатомические признаки. Диагностика, клиника и осложнения милиарного туберкулеза. Острый туберкулезный сепсис. Дифференциальная диагностика с диссеминациями другой этиологии.</p>			0,5	3	
	<p>Патогенез и патологическая анатомия очагового туберкулеза легких. Значение экзогенной суперинфекции и эндогенной реактивации в развитии очагового туберкулеза легких. Методы выявления, клиника и течение очаговых форм туберкулеза. Значение флюорографического и рентгенологического методов для</p>				2	

	<p>выявления и диагностики очагового туберкулеза. Причины прогрессирования очагового туберкулеза и формирования распространенных процессов. Исходы очагового туберкулеза легких. Дифференциальная диагностика. Методы определения активности туберкулезных очагов.</p>				
	<p>Патогенез и патологическая анатомия инфильтративного туберкулеза. Клинические проявления. Рентгенологические варианты (лобулярный, округлый, облаковидный, перециссурит, лобит). Особенности течения. Характер остаточных изменений. Исходы и прогноз инфильтративного туберкулеза. Дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза легких и острых пневмоний.</p>			0,5	4
	<p>Патогенез и патологическая анатомия лobarной и лобулярной казеозной пневмоний. Особенности клинической картины, рентгенологическая характеристика. Исходы и прогноз казеозной пневмонии. Дифференциальная диагностика казеозной и крупозной пневмонии.</p>				2
	<p>Патогенез и патологическая анатомия туберкулем легкого. Особенности клинической картины туберкулем легких, клинические формы. Значение рентгенологических методов в выявлении и диагностике туберкулем. Основные рентгенологические признаки. Течение и исходы туберкулем в зависимости от величины и фазы течения, значение хирургического метода лечения. Дифференциальная диагностика с округлыми образованиями в легких.</p>			0,5	2
	<p>Патогенез каверны легкого. Морфологическое строение каверн и их разновидность (свежая, сформированная, хроническая, санированная). Динамика кавернозного туберкулеза и характер его трансформации. Клинические проявления. Основные рентгенологические и лабораторные признаки каверны в легком. Клиническая характеристика кавернозного туберкулеза легких. Течение. Основные виды заживления каверн. Дифференциальная диагностика с</p>			0,5	6

<p>полостными образованиями в легких. Эпидемиологическое значение хронических форм деструктивного туберкулеза. Патогенез. Причины развития фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Морфологические признаки. Клинико-рентгенологические варианты течения фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Значение множественной лекарственной резистентности микобактерий туберкулеза в прогрессировании фиброзно-кавернозного туберкулеза. Осложнения фиброзно-кавернозного туберкулеза. Течение и исход.</p>					
<p>Патогенез и патологическая анатомия цирротического туберкулеза легких. Основные клинические и рентгенологические признаки. Пара туберкулезный синдром. Течение и осложнение цирротического туберкулеза.</p>					
<p>Кровохарканья и легочные кровотечения. Патогенез, диагностика и принципы лечения. Методы экстренной помощи при легочном кровотечении. Лечение осложнений и аспирационной пневмонии. Спонтанный пневмоторакс. Патогенез, диагностика, клиника и лечение, консервативное и хирургическое. Легочно-сердечная недостаточность. Патогенез легочного сердца при туберкулезе. Диагностика, клинические проявления и лечение. Амилоидоз внутренних органов при туберкулезе. Патогенез, патологическая анатомия, диагностика и лечение</p>			0,5	1	
<p>Патогенез и патологическая анатомия туберкулезных плевритов. Характер поражения (морфологически неспецифическое воспаление, бугорковый туберкулез, казеоз плевры). Клиническая картина сухого (фибринозного) и экссудативного туберкулезного плеврита. Течение. Рентгенологические признаки. Характеристика плеврального выпота. Показания к пункционной биопсии и плевроскопии. Дифференциальная диагностика экссудативных плевритов. Туберкулезная эмпиема, клиника, течение и исход.</p>				1	
<p>Патогенез и патологическая анатомия</p>			0,5	1	

	туберкулеза дыхательных путей и полости рта у больных туберкулезом органов дыхания. Клинические проявления. Показания для эндоскопического исследования дыхательных путей у больных туберкулезом и другими заболеваниями легких. Течение и исход. Осложнения Диагностика и дифференциальная диагностика. Туберкулез органов дыхания, комбинированный с пылевыми профессиональными заболеваниями легких.				
	Патогенез и патологическая анатомия туберкулеза легких в сочетании с различными по характеру профессиональными пылевыми заболеваниями. Клинические и рентгенологические признаки туберкулеза легких у больных различными пневмокониозами. Раннее выявление, рентгенологические, инструментальные и лабораторные методы диагностики туберкулеза у больных профессиональными пылевыми заболеваниями легких. Клинико-рентгенологические варианты силикотуберкулеза. Течение и исход.			0,5	1
5.	Туберкулез органов дыхания в сочетании с другими заболеваниями. Туберкулез и беременность. Саркоидоз.	36	1	3	33
	Туберкулез и сахарный диабет. Клинические и рентгенологические признаки туберкулеза у больных сахарным диабетом 1 и 2 типа. Раннее выявление туберкулеза при диабете. Течение туберкулеза и сахарного диабета 1 и 2 типа.			0,5	6
	Туберкулез и заболевания органов пищеварения. Раннее выявление туберкулеза у больных язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки. Особенности клинического течения туберкулеза у больных язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки.			0,5	6
	Туберкулез и заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность). Клиническое течение и прогноз			0,5	5
	Диагностика, клиника, течение			0,5	6

	<p>туберкулеза у больных с патологией печени и почек.</p> <p>Туберкулез легких и заболевания органов дыхания. Диагностика, клиника и течение туберкулеза у больных с обструктивным бронхитом и бронхиальной астмой, раком легких.</p> <p>Туберкулез легких и алкоголизм. Клинические и рентгенологические признаки туберкулеза у больных алкоголизмом. Особенности течения туберкулеза у больных алкоголизмом.</p> <p>Туберкулез и наркомания, туберкулез и табакокурение. Туберкулез легких и психические заболевания. Патогенез, клинические и рентгенологические признаки туберкулеза у психических больных</p>					
	<p>Значение беременности и родов в развитии туберкулеза. Особенности течения туберкулеза в различные периоды беременности. Диагностика туберкулеза у беременных. Клиника и особенности лечения, противопоказания к назначению противотуберкулезных препаратов. Послеродовой период, показания и противопоказания к химиотерапии и грудному вскармливанию ребенка, меры санитарной профилактики.</p>			0,5	5	
	<p>Этиология и патогенез саркоидоза. Морфологические характеристики. Классификации саркоидоза. Клинические проявления, диагностика, течение заболевания, прогноз, дифференциальная диагностика, лечебная тактика при различных вариантах течения заболевания и его формах.</p>			0,5	5	
6	<p>Комплексное лечение больных туберкулезом органов дыхания</p>	24	0.66	8	16	
	<p>Общие принципы лечения туберкулеза (гигиенодиетический режим, химиотерапия, патогенетическая и симптоматическая терапия, физиотерапия, коллапсотерапия, хирургическое лечение, медицинская реабилитация). Обоснование этапности лечения (стационарное, амбулаторное, санаторное).</p> <p>Преимущества лечения.</p> <p>Организационные формы лечения и методы контроля за эффективностью</p>			1	2	

	лечения.					
	<p>Основные принципы химиотерапии. Противотуберкулезные препараты, классификация, механизм действия на микобактериальную популяцию. Фармакологические характеристики отдельных противотуберкулезных препаратов. Разовые и суточные дозы, кратность приема препаратов, методы введения (перорально, внутримышечно, внутривенно, аэрозольно, интратрахеально. Категории химиотерапии. Понятие о режиме химиотерапии. Определение дозы химиотерапии. Определение этапов химиотерапии. Понятие о стандартах и индивидуальных схемах химиотерапии. Назначение интенсивной фазы химиотерапии. Назначение фазы продолжения лечения. Методика лечения впервые выявленных больных. Методы химиотерапии больных ранее лечившихся больных (рецидивы туберкулеза).</p>				2	
	<p>Клиническое значение и клинические проявления лекарственной резистентности микобактерий туберкулеза. Режимы химиотерапии больных хроническим туберкулезом с лекарственной резистентностью микобактерий. Режимы химиотерапии больных туберкулезом легких с множественной лекарственной резистентностью микобактерий.</p>				1	
	<p>Побочные реакции при химиотерапии. Их классификация. Лекарственные осложнения, свойственные отдельным противотуберкулезным препаратам. Клинические и лабораторные методы выявления побочного действия лекарств. Устранимые и неустраняемые побочные реакции. Методы профилактики и коррекции лекарственных осложнений. Особенности химиотерапии больных туберкулезом с сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, СПИД, язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, сердечно-сосудистыми, психическими и др. заболеваниями).</p>			2	1	
	<p>Методы патогенетической терапии. Дезинтоксикационные методы лечения, плазмаферез, УФО-крови, внутривенное лазерное облучение крови. Десенсибилизирующая терапия. Терапия</p>			2		

	<p>кортикостероидными гормонами. Анаболические стероидные гормоны. Метаболическая и иммуномодулирующая терапия. Физиотерапия. Выбор оптимальных сроков при назначении различных видов патогенетической терапии в интенсивную фазу и фазу продолжения лечения.</p> <p>Значение искусственного пневмоторакса и пневмоперитонеума в современных условиях. Механизм действия. Показания и противопоказания. Методика лечения. Тактика лечения искусственным пневмотораксом и пневмоперитонеумом. Осложнения и меры их предупреждения</p>					
	<p>Современные методы хирургического лечения больных различными формами туберкулеза легких. Различные виды операций: резекции легких, плеврэктомия, декортикация, торокопластика, экстраплевральный пневмолиз, кавернотомия, перевязка бронхов и сосудов, дренирование полости эмпием, дренирование каверны. Тороскопические операции. Особенности хирургического лечения остро прогрессирующего и лекарственно-устойчивого туберкулеза легких.</p>			1		
	<p>Оказание помощи при легочном кровотечении и кровохаркании (медикаментозная, коллапсотерапевтическая, хирургическая). Методы лечения аспирационной асфиксии и пневмоний. Неотложная помощь при спонтанном пневмотораксе. Неотложная помощь при острой дыхательной недостаточности. Лечение острой почечной недостаточности при амилоидозе.</p>			1	6	
	<p>Показания к амбулаторному лечению больных туберкулезом. Методика амбулаторного и виды амбулаторного лечения (дневные стационары). Организация и контроль за амбулаторным лечением больных туберкулезом.</p> <p>Профилизация санаториев. Показания и противопоказания для санаторного лечения. Показания для лечения в санаториях различных климатических и географических зон. Определение сроков санаторного лечения.</p>			1	4	

7	Основы социальной гигиены и организация противотуберкулезной помощи населению.	6	0.16	2	4	
	<p>Основные принципы организации борьбы с туберкулезом в РФ. Этапы истории развития противотуберкулезной помощи населению. Формы и методы организации противотуберкулезных мероприятий среди населения. Место противотуберкулезной службы в общей сети здравоохранения. Законодательство по борьбе с туберкулезом. Основные противотуберкулезные учреждения и их задачи.</p> <p>Санитарная статистика. Анализ деятельности противотуберкулезных учреждений. Учет, отчетность, документация. Расчет потребности учреждений в противотуберкулезных препаратах. Санитарное просвещение. Общие основы медицинской деонтологии и этики, их роль во фтизиатрии.</p>			1	1	
	<p>Противотуберкулезный диспансер Задачи, стоящие перед диспансерами: профилактические мероприятия, организационно-методические руководства в районе обслуживания, организация своевременного выявления больных туберкулезом, организация лечения больных, связь с лечебными учреждениями общей медицинской сети, анализ эпидемиологических показателей в районе. Медицинская документация. Основные показатели работы диспансера.</p>			0,5	1	
	<p>Группы диспансерного наблюдения и учета контингентов противотуберкулезных учреждений. Характеристика 0, I, II, III и IV групп диспансерного учета. Тактика диспансерного наблюдения и учета. Частота посещения больных по группам диспансерного учета. Сроки наблюдения по каждой группе учета. Показания для снятия больного с учета бактериовыделителя и задержки в группе. Определение активности туберкулезного процесса. Формулировка диагноза. Профилактика рецидивов. Формирование и характеристика группы</p>			0,5	2	

	туберкулеза сомнительной активности, тактика ее наблюдения и лечения.					
8	Туберкулез и ВИЧ-инфекция	6	0.16	6		
	Патогенез и патологическая анатомия туберкулеза у ВИЧ инфицированных и больных СПИД. Особенности клинической, рентгенологической и микробиологической диагностики туберкулеза у ВИЧ инфицированных и больных СПИД. Течение и исход туберкулеза у ВИЧ инфицированных и больных СПИД.			6		
9	Итоговая аттестация	6	0,16			Собеседование
	Итого:	144	4,0	36	108	

**ПРОГРАММА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ
ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВРАЧА, ПРОШЕДШЕГО
ОБУЧЕНИЯ ПО ДПП ПК ПО ФТИЗИАТРИИ
«Актуальные вопросы туберкулеза и саркоидоза»**

- сбор анамнеза, описания статуса и плана исследования пациента;
- написания ежедневных дневников, этапных и заключительных эпикризов, выписок из истории болезни;
- оформления документации при временной нетрудоспособности;
- оформления документации при стойкой нетрудоспособности;
- оказания экстренной помощи при неотложных состояниях:
- кровохарканье;
- спонтанный, травматический пневмоторакс.
- трактовки рентгенограмм, линейных томограмм, компьютерных томограмм легких;
- оценки показателей функции внешнего дыхания и газообмена;
- оценки результатов лабораторных исследований;
- оценка результатов инструментальных исследований;
- оценка результатов функциональных исследований;
- оценка результатов туберкулинодиагностики;
- оценка результатов вакцинации БЦЖ и /или ее осложнений;
- оценка эпидемиологических показателей;
- чтение рентгенограмм с различными формами туберкулеза и саркоидоза органов дыхания;
- проведения противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулезной инфекции;
- организации и проведения диспансерного наблюдения за больными туберкулезом и контактных лиц;

- организации совместной работы со специалистами лечебно-профилактических учреждений общей сети (терапевтами педиатрами, пульмонологами и др.) по диспансеризации и выявлению туберкулеза у лиц из различных групп риска;
- анализа и оценки эпидемиологических показателей по туберкулезу, составления плана работы по их устранению;
- оценки характера туберкулиновых реакций в том числе и с использованием аллергенов туберкулезных рекомбинантных.

КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

Примерные учебные модули	Месяцы			
	1 неделя	2 неделя	3 неделя	4 неделя
Теоретические основы фтизиатрии	6			
Методы обследования больных туберкулёзом легких	12			
Клиника и дифференциальная диагностика туберкулеза органов дыхания у детей и подростков	12			
Клиника и дифференциальная диагностика туберкулеза органов дыхания у взрослых	6	30		
Туберкулез органов дыхания в сочетании с другими заболеваниями. Туберкулез и беременность. Саркоидоз.		6	30	
Комплексное лечение больных туберкулезом органов дыхания			6	18
Основы социальной гигиены и организация противотуберкулёзной помощи населению.				6
Туберкулез и ВИЧ-инфекция				6
Итоговая аттестация				6
Итого	36	36	36	36

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ

- Требования к уровню подготовки слушателей, необходимому для освоения ДПП ПК
- Профессорско-преподавательский состав, осуществляющий обучение по программе.
- Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Требования к уровню подготовки слушателей, необходимому для освоения ДПП ПК, программы повышения квалификации по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия»

К освоению ДПП ПК по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» допускаются лица, имеющие высшее образование - специалитет по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Педиатрия»; Дополнительное профессиональное образование: подготовка в интернатуре/ординатуре по специальности: "Фтизиатрия"; Профессиональную переподготовку по специальности "Фтизиатрия" при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей: "Общая врачебная практика (семейная медицина)", "Педиатрия", "Терапия", "Пульмонология", "Урология", "Рентгенология", "Хирургия".

Методики, 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 компетентностно-ориентированные программы дисциплин.

Итоговая аттестация включает две части:

1-я часть экзамена: выполнение электронного тестирования (аттестационное испытание промежуточной аттестации с использованием информационных тестовых систем);

2-я часть экзамена: выполнение практико-ориентированных заданий (аттестационное испытание промежуточной аттестации, проводимое устно с использованием телекоммуникационных технологий).

1. Описание шкалы оценивания электронного тестирования

– от 0 до 49,9% выполненных заданий – неудовлетворительно;

– от 50 до 69,9% – удовлетворительно;

– от 70 до 89,9% – хорошо;

– от 90 до 100% – отлично

2. Критерии оценивания преподавателем практико-ориентированной части зачета:

- соответствие содержания ответа заданию, 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 ответа;

- наличие собственного отношения, обучающегося к теме/заданию;

- аргументированность, доказательность излагаемого материала.

Описание шкалы оценивания практико-ориентированной части зачета

Оценка «отлично» выставляется за ответ, в котором 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.

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 выполнении задания, владеет необходимыми навыками и приемами его выполнения, однако испытывает небольшие затруднения при формулировке собственного мнения, показывает должный уровень сформированности компетенций.

Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если 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.

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, неаргументированно.

Итоговая оценка за экзамен выставляется преподавателем в совокупности на основе оценивания результатов электронного тестирования обучающихся и выполнения ими практико-ориентированной части экзамена.

Характеристика особенностей обучения в Университете. Общие условия реализации ДПП ПК

- Профессорско-преподавательский состав, осуществляющий обучение по программе.
- Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Университет располагает необходимым профессорско-преподавательским составом (смотри кадровую справку в приложении) и материально-технической базой (смотри справку материально-технического обеспечения в приложении), которые соответствуют действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивают проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебным планом.

Каждый обучающийся в течение всего периода обучения обеспечен индивидуальным неограниченным доступом к электронной интегральной учебной библиотеке (ТКДБ), включающей в том числе электронно-библиотечную систему, содержащую издания по изучаемым дисциплинам, и к электронной информационно-образовательной среде организации. Электронно-библиотечная система (электронная библиотека) и электронная информационно-образовательная среда обеспечивают возможность доступа, обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет"), как на территории Университета, так и вне ее.

Университет на основе научных разработок реализует образовательные программы с использованием электронного обучения, дистанционных образовательных технологий.

Для реализации образовательных программ с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий в Университете созданы условия для функционирования электронной информационно-образовательной среды.

Электронная информационно-образовательная среда Университета обеспечивает:

- доступ к учебным планам, рабочим программам дисциплин, практик, и к изданиям электронных библиотечных систем и электронным образовательным ресурсам,

указанным в рабочих программах;

- фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной аттестации и результатов освоения основной образовательной программы;
- проведение всех видов занятий, процедур оценки результатов обучения, реализация которых предусмотрена с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий;
- формирование электронного портфолио обучающегося;
- взаимодействие между участниками образовательного процесса, в том числе синхронное и (или) асинхронное взаимодействие посредством сети Интернет.

Материально-техническое и учебно-методическое обеспечение ДПП ПК

В Университете организованы учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнения курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы и помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования. Данные аудитории укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа используются слайд-лекции с обратной связью (интерактивные), которые представляют собой звуковую дорожку с прикрепленными к ней слайдами, содержащими тематические иллюстрации, графики, схемы, наглядно демонстрирующие оборудование.

Аудитории для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду Университета.

При применении электронного обучения, дистанционных образовательных технологий используются виртуальные аналоги в форме обучающих роботизированных компьютерных программ, позволяющих обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.

Учебно-методическое обеспечение учебного процесса характеризуется наличием разработанных профессорско-преподавательским составом Университета электронных образовательных ресурсов, обучающих компьютерных программ, слайд-лекций с обратной связью, тем творческих работ, заданий для самостоятельной работы обучающегося, оценочных средств для проведения текущего контроля, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине и др. Содержание каждой учебной дисциплины представлено в сети Интернет на сайте Университета.

Программное обеспечение:

- компьютерные обучающие программы;
- тренинговые и тестирующие программы.

Информационные и роботизированные системы, программные комплексы, программное обеспечение для доступа к компьютерным обучающим, тренинговым и тестирующим программам.

Университет обеспечен необходимым комплектом лицензионного программного обеспечения.

Обучающимся обеспечен доступ (удаленный доступ), в том числе в случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий, к современным профессиональным базам данных и информационным справочным системам, состав которых определяется в рабочих программах дисциплин и подлежит ежегодному обновлению.

Информационное обеспечение учебного процесса определяется возможностью свободного доступа обучающихся к сети Интернет, к Информационно-аналитическому portalу «Российская психология» (<http://rospsy.ru/>), «Psychology OnLine.Net. Материалы по психологии» (<http://www.psychology-online.net/>), к правовым базам данных «Консультант-плюс» или «Гарант», к электронным информационным и образовательным ресурсам ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова.

В ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова освоение образовательных программ проводится с применением электронного обучения, дистанционных образовательных техно-логий. 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 система, а также иным информационным ресурсам.(Контракт № 510/15-ДЗ от 10/06/2015 с ООО "Эко-Вектор";Контракт № 509/15-ДЗ от 03/06/2015 с ООО "Политехресурс";Контракт №161-ЭА15 от 24/04/2015 с ООО "Эко-Вектор"). База тестовых заданий и справочных материалов создана в программе academicNT.

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;

тренинговые и тестирующие программы;

Электронные базы данных

<http://www.studentlibrary.ru/>

<http://www.bloodjournal.org>

<http://e.lanbook.com/>

<http://www.scopus.com/>

<http://books-up.ru/>

Стандарты медицинской помощи: <http://www.rspor.ru/>

Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Наименование вида образования, уровня образования, профессии, специальности, направления подготовки (для профессионального образования),	Наименование объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения, с перечнем основного оборудования	Адрес (местоположение) объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения (с	Собственность или оперативное управление, хозяйственное ведение, аренда (субаренда), безвозмезд	Документ - основание возникновения права (указываются реквизиты и сроки действия)	Реквизиты выданного в установленном порядке Государственной инспекцией безопасности дорожного движения Министерства внутренних

подвида дополнительно го образования		указание м номера такого объекта в соответст вии с документ ами по техническ ой инвентар изации)	дное пользован ие		дел Российской Федерации заклучения о соответстви и учебно- материально й базы установленн ым требованиям
Б1.Б.45 Фтизиатрия	Диагностическое отделение Стол - 2 шт. Стулья – 12 шт. Негатоскоп –1 шт.	191144, г.Санкт- Петербур г, ул. 8-я Советская , 53/3 лит.А, ПТД № 8	Безвозмез дное пользован ие	Договор об организации практической подготовки обучающихся, заключенный между ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова Минздрава России и СПб ГБУЗ «Противотуберку лезный диспансер №8», №248-КБ 16 октября 2017 г.	Х
	Диагностическое отделение Стол - 2 шт. Стулья – 12 шт. Негатоскоп – 2 шт.	195096, г.Санкт- Петербур г, ул. Звездная, 12, ГПД	Безвозмез дное пользован ие	Договор об организации практической подготовки обучающихся, заключенный между ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова Минздрава России и СПб ГБУЗ «Городской противотуберкул езный диспансер », №254-КБ 02 сентября 2019 г.	Х
	Диагностическое отделение Стол - 2 шт. Стулья – 12 шт. Негатоскоп –1 шт.	192012, г.Санкт- Петербур г, пр. Обуховск	Безвозмез дное пользован ие	Договор об организации практической подготовки обучающихся, заключенный	Х

		ой Обороны д.231, ПТД №14		между ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова Минздрава России и СПб ГБУЗ «Противотуберку лезный диспансер №14», №251-КБ от 01.06.19	
Диагностическое отделение Стол - 2 шт. Стулья – 12 шт. Негатоскоп – 1шт.	198095, г.Санкт- Петербур г, ул. Оборонна я, 33, ПТД №16	Безвозмез дное пользован ие	Договор об организации практической подготовки обучающихся, заключенный между ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова Минздрава России и СПб ГБУЗ «Противотуберку лезный диспансер №16», №251-КБ от 01.06.19	Х	
Диагностическое отделение Стол - 2 шт. Стулья – 12 шт. Негатоскоп –1 шт.	194214, г.Санкт- Петербур г, пр. М. Тореза, 93, ГТБ№2	Безвозмез дное пользован ие	Договор об организации практической подготовки обучающихся, заключенный между ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова Минздрава России и СПб ГБУЗ «Городская туберкулезная больница №2», №249-КБ от 01.06.19	Х	
Диагностическое отделение Стол - 2 шт. Стулья – 12 шт. Негатоскоп –1 шт.	199106, г.Санкт- Петербур г, ул. Детская, 14, ПТД №2	Безвозмез дное пользован ие	Договор об организации практической подготовки обучающихся, заключенный между ФГБОУ ВО ПСПбГМУ	Х	

				им. И.П.Павлова Минздрава России и СПб ГБУЗ «Противотуберку лезный диспансер № 2», №250-КБ от 01.06.2019.	
--	--	--	--	---	--

Профессорско-преподавательский состав, осуществляющий обучение по программе

№ п/п	Раздел	Преподаватель
1	Теоретические основы фтизиатрии.	Браженко О.Н. д.м.н., профессор Николау А.В., к.м.н., доцент
2	Методы исследования больных туберкулезом легких	Браженко О.Н. д.м.н., профессор Николау А.В., к.м.н., доцент
3	Клиника и дифференциальная диагностика туберкулеза органов дыхания у детей и подростков	Браженко О.Н. д.м.н., профессор Николау А.В., к.м.н., доцент
4	Клиника и дифференциальная диагностика туберкулеза органов дыхания у взрослых	Браженко О.Н. д.м.н., профессор Николау А.В., к.м.н., доцент
5	Туберкулез органов дыхания в сочетании с другими заболеваниями. Туберкулез и беременность. Саркоидоз.	Браженко О.Н. д.м.н., профессор Николау А.В., к.м.н., доцент
6	Комплексное лечение больных туберкулезом органов дыхания	Браженко О.Н. д.м.н., профессор Николау А.В., к.м.н., доцент
7	Основы социальной гигиены и организация противотуберкулёзной помощи населению	Браженко О.Н. д.м.н., профессор Николау А.В., к.м.н., доцент
8	Туберкулез и ВИЧ-инфекция	Браженко О.Н. д.м.н., профессор Николау А.В., к.м.н., доцент
	Итоговая аттестация	Браженко О.Н. д.м.н., профессор Николау А.В., к.м.н., доцент
	Итого:	144

ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ И ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Формы промежуточной аттестации:

- 1) Тестирование
- 2) Практические навыки
- 3) Решение ситуационных задач (с эталонами ответов).

Фонд оценочных средств для проведения аттестации обучающихся по дисциплине

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	Представленные оценочные средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания (шкалы: 0–100%, четырехбальная, тахометрическая)
1	Зачет (оценка)	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 до 69,9% – удовлетворительно; – от 70 до 89,9% – хорошо; – от 90 до 100% – отлично
		2-я часть зачет: выполнение обучающимися практико-ориентированных заданий (аттестационное испытание промежуточной аттестации, проводимое устно с использованием телекоммуникационных технологий)	Практико-ориентированные задания	Критерии оценивания преподавателем практико-ориентированной части экзамена: – соответствие содержания ответа заданию, 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 ответа; – наличие собственного отношения обучающегося к теме/заданию; – аргументированность, доказательность излагаемого материала. Описание шкалы оценивания практико-ориентированной части экзамена Оценка «отлично» выставляется за ответ, в котором 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,

№ п/п	Наименование формы проведения промежуточной аттестации	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания (шкалы: 0–100%, четырехбальная, тахометрическая)
				<p>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 выполнении 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</p>

№ 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)
				<p>собственные суждения и размышления на заданную тему носят поверхностный характер. 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, неаргументированно.</p> <p>Итоговая оценка за экзамен выставляется преподавателем в совокупности на основе оценивания результатов электронного тестирования обучающихся и выполнения ими практико-ориентированной части экзамена</p>

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

4.2.2. ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ

Тестовые задания вариант 1– ПК-1, ПК-6:

№	Тестовый вопрос
1	<p>Микобактерии туберкулеза являются:</p> <p>А. Облигатно патогенными</p> <p>Б. Потенциально патогенными</p> <p>В. Условно-патогенными</p> <p>Г. Непатогенными</p>
2	<p>L-формы это:</p> <p>А. Микобактерии, частично или полностью утратившие клеточную стенку</p> <p>Б. Микобактерии, частично или полностью утратившие споры</p> <p>В. Микобактерии, частично или полностью утратившие микрокапсулу</p>

	Г. Микобактерии, частично или полностью утратившие жгутики
3	Экспресс-метод бактериологической диагностики туберкулеза: А. ИФА Б. БАКТЕК-480 В. ПЦР Г. Диаскинтест
4	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
5	Назовите дозу вакцины БЦЖ-М для вакцинации новорожденных: А. 0,025 мг Б. 0,25 мг В. 0,05 мг Г. 0,024 мг
6	Интервал между ревакцинацией БЦЖ и другой профилактической прививкой: А. 2 месяца Б. 3 месяца В. 1 месяц Г. 1 неделя
7	Препараты вакцины БЦЖ и БЦЖ-М представляют собой: А. Живые микобактерии вакцинного штамма БЦЖ-1лиофильно высушенные в 1,5% р-ре глутамината натрия Б. Продукты жизнедеятельности микобактерии БЦЖ-1, лиофильно высушенные в 1, 5% р-ре глутамината натрия В. Убитые нагреванием в 1,5% р-ре глутамината натрия микобактерии бычьего типа Г. Убитые сухим паром микобактерии бычьего типа в растворе глутамината натрия
8	Ликвор при туберкулезном менингите: А. Мутный Б. Прозрачный, опалесцирующий В. Геморрагический Г. Желтый
9	Характер истечения ликвора при пункции у больных туберкулезным менингитом: А. Частыми каплями Б. Очень частыми каплями и струей В. Редкими каплями Г. Чередующимися то частыми то редкими каплями
10	Работники родильных домов и отделений новорожденных проходят ФЛГ обследование легких: А. 1 раз в 3 года Б. 1 раз в 2 года В. 1 раз в год Г. 2 раза в год
11	При выявлении «малых» форм туберкулеза особое значение придается: А. Интоксикационному и торакальному синдромам Б. Интоксикационному синдрому и изменениям в клиническом анализе крови В. Внезапному заболеванию и высоким острофазовым показателям Г. Рентгенологической картине при отсутствии выраженных клинических проявлений

12	<p>К своевременно выявленному туберкулезному процессу следует отнести:</p> <p>А. Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада, МБТ (+)</p> <p>Б. Очаговый туберкулез легких в фазе инфильтрации, МБТ (-)</p> <p>В. Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации, МБТ (-)</p> <p>Г. Верно Б и В</p>
13	<p>Томографию срединной тени у детей проводят при патологии:</p> <p>А. Сердца и крупных сосудов</p> <p>Б. Легочной ткани</p> <p>В. Корня легкого, трахеи, главных бронхов</p> <p>Г. Мелких сосудов</p>
14	<p>Симптом Пospelова чаще встречается при:</p> <p>А. Первичной туберкулезной язве</p> <p>Б. Сифилитическом шанкре</p> <p>В. Туберкулезной волчанке</p> <p>Г. Актиномикозе</p>
15	<p>Источником лимфогенной диссеминации при развитии туберкулеза кишечника являются:</p> <p>А. Мезентеральные лимфатические узлы</p> <p>Б. Туберкулезные очаги в брюшине</p> <p>В. Пораженные туберкулезом легкие</p> <p>Г. Мочевые пути</p>
16	<p>Наиболее часто туберкулез костей и суставов локализуется:</p> <p>А. В тазобедренном и локтевом суставе</p> <p>Б. В плечевом суставе и костях верхних конечностей</p> <p>В. В позвоночнике</p> <p>Г. В коленном суставе</p>
17	<p>Назовите начальную форму туберкулеза периферических лимфатических узлов:</p> <p>А. Инфильтративная</p> <p>Б. Экссудативная</p> <p>В. Казеозная</p> <p>Г. Проллиферативная</p>
18	<p>Инфильтративный туберкулез наиболее часто развивается при прогрессировании:</p> <p>А. Очагового туберкулеза</p> <p>Б. Туберкулемы</p> <p>В. Туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов</p> <p>Г. Первичного туберкулезного комплекса</p>
19	<p>На современном этапе больные инфильтративным туберкулезом выявляются:</p> <p>А. При плановых рентгенологических осмотрах</p> <p>Б. При обращении к врачу</p> <p>В. По результатам туберкулинодиагностики</p> <p>Г. Все перечисленное</p>
20	<p>Основой клинико-рентгенологических видов инфильтратов является:</p> <p>А. Поражение бронха</p> <p>Б. Степень выраженности специфического воспаления и его распространенность</p> <p>В. Наличие ателектатических изменений</p> <p>Г. Интенсивность затенения</p>
21	<p>Преимущественная локализация инфильтративного туберкулеза легких в сегментах:</p> <p>А. 1-м, 2-м и 6-м</p> <p>Б. 3-м, 4-м и 5-м</p> <p>В. 7-м, 8-м, 9-м и 10-м</p>

	Г. 3-м, 5-м и 10-м
22	<p>Выберите ряд болезней, требующих дифференциальной диагностики с инфильтративным туберкулезом:</p> <p>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</p>
23	<p>Бронхолобулярный инфильтрат характеризуется:</p> <p>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</p>
24	<p>В диагнозе при диссеминированном туберкулезе легких не указывают фазу:</p> <p>А. Инфильтрации Б. Распада В. Обсеменения Г. Рассасывания</p>
25	<p>Рентгенологические особенности каверн при подостром диссеминированном туберкулезе:</p> <p>А. Сферическая тонкостенная полость Б. Стенка полости инфильтрирована с неровным внутренним и наружным контуром В. Стенка полости толстая, интенсивная Г. Стенка полости неправильной полигональной формы</p>
26	<p>Исходом подострого гематогенно-диссеминированного туберкулеза легких при благоприятной динамике чаще является:</p> <p>А. Полное рассасывание Б. Уплотнение В. Кальцинация Г. Формирование фиброзно-склеротических изменений</p>
27	<p>Развитию кавернозного туберкулеза чаще предшествует:</p> <p>А. Инфильтративный туберкулез Б. Очаговый туберкулез В. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов Г. Первичный туберкулезный комплекс</p>
28	<p>Течение кавернозного туберкулеза как правило:</p> <p>А. Острое Б. Подострое В. Бессимптомное Г. Хроническое</p>
29	<p>При кавернозном туберкулезе бактериовыделение:</p> <p>А. Массивное и постоянное Б. Скудное и непостоянное В. Отсутствует Г. Массивное и непостоянное</p>
30	<p>Казеозная пневмония характеризуется следующими рентгенологическими признаками:</p> <p>А. Участком затемнения высокой интенсивности Б. Наличием распада легочной ткани В. Обширной бронхогенной диссеминацией</p>

	Г. Все ответы верны
31	Отметьте существующий вариант казеозной пневмонии: А. Лобарная Б. Кавернозная В. Бронхолобулярная Г. Цирротическая
32	Для казеозной пневмонии характерно: А. Субфебрильная температура Б. Фебрильная температура гектического типа В. Постоянная фебрильная температура Г. Рекуррентная температура
33	Проба Манту с 2ТЕ у больных казеозной пневмонией: А. Отрицательная Б. Положительная В. Сомнительная Г. Все перечисленное
34	Выберите препарат, действующий на внеклеточно расположенные МБТ: А. Пиразинамид Б. Циклосерин В. Этионамид Г. Стрептомицин
35	Назовите препарат, который хорошо проникает через физиологические мембраны, в том числе через гематоэнцефалический барьер: А. Стрептомицин Б. Изониазид В. Этамбутол Г. Пиразинамид
36	Какой препарат сохраняет свою активность в кислом содержимом казеоза: А. Изониазид Б. Стрептомицин В. Пиразинамид Г. Протионамид
37	Какой режим лечения назначают больному с впервые выявленным туберкулезом с бактериовыделением, без риска лекарственной устойчивости: А. I Б. IIб В. III Г. IV
38	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
39	Микобактерии туберкулеза в мокроте больных милиарным туберкулезом: А. Выявляются в большом количестве Б. Не выявляются В. Выявляются всегда в небольшом количестве Г. Выявляются иногда в большом количестве
40	Туберкулиновая чувствительность при милиарном туберкулезе чаще всего: А. Гиперергическая

	<p>Б. Положительная В. Отрицательная Г. Сомнительная</p>
41	<p>Распределение очагов в легких при остром милиарном туберкулезе: А. Равномерное распределение в легочной ткани Б. Равномерное только в одном легком В. Равномерное преимущественно в нижних отделах Г. Равномерное преимущественно в верхушках легких</p>
42	<p>При какой клинической форме туберкулеза чаще возникает спонтанный пневмоторакс: А. При казеозной пневмонии с поликавернозом Б. При очаговом туберкулезе в фазе распада В. При милиарном туберкулезе Г. При туберкулезе в фазе распада</p>
43	<p>К основным неспецифическим осложнениям туберкулеза относят: А. Туберкулезный менингит Б. Лимфаденопатия В. Амилоидоз внутренних органов Г. Туберкулезный сепсис</p>
44	<p>Какое специфическое осложнение фиброзно-кавернозного туберкулеза встречается наиболее часто: А. Туберкулез почек Б. Туберкулез гортани В. Туберкулез бронхов Г. Туберкулез кишечника</p>
45	<p>Наиболее частым осложнением инфильтративного туберкулеза легких является: А. Кровохарканье Б. Туберкулез гортани В. Амилоидоз Г. Ателектаз</p>
46	<p>Для лечения впервые выявленного очагового туберкулеза без бактериовыделения применяют следующие режимы ПТП: А. I режим Б. II режим В. III режим Г. IV режим</p>
47	<p>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</p>
48	<p>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</p>
49	<p>При прогрессировании очаговый туберкулез чаще переходит в: А. Инфильтративный Б. Кавернозный В. Первичный туберкулезный комплекс</p>

	Г. Диссеминированный
50	Исход туберкулеза плевры: А. Полное рассасывание Б. Плеврогенный пневмосклероз В. Плевральные сращения Г. Возможны Б и В
51	Наиболее характерными рентгенологическими признаками перисцисурита являются: А. Неоднородный участок затенения с очагами Б. Однородный участок затенения с очагами В. Затенение треугольной формы в любом участке с очагами Г. Затенение треугольной формы с четким нижним краем, широким основанием, прилежающим к грудной стенке и верхушкой направленной к корню
52	Треугольник Серджана выявляется при: А. Бронхолобулярном инфильтрате Б. Перисцисурите В. Лобите Г. Псевдоопухоловом инфильтрате
53	Специфическое осложнение кавернозного туберкулеза легких: А. Туберкулез бронха Б. Ателектаз В. Спонтанный пневмоторакс Г. Все перечисленное
54	Какой препарат не следует назначать больным туберкулезом легких в сочетании с сахарным диабетом: А. Изониазид Б. Стрептомицин В. Рифампицин Г. Пиразинамид
55	Для предупреждения побочных реакций со стороны изониазида показан прием: А. Витамина В6 Б. Тиосульфата натрия В. Витамина В12 Г. Витамина С 18. Какой из противотуберкулезных
56	Для получения фибриновой пленки в пробирку набирают ликвора не менее: А. 1 мл Б. 2 мл В. 3 мл Г. 6 мл
57	Ликвор при туберкулезном менингите: А. Мутный Б. Прозрачный, опалесцирующий В. Геморрагический Г. Желтый
58	Для выявления микобактерий используется метод окраски мазков: А. Романовского-Гимзы Б. Циля — Нельсена В. Грамма Г. Верно А и Б
59	Появление фильтрующихся, зернистых, нитевидных форм МБТ объясняют:

	<p>А. Устойчивостью МБТ к внешним факторам Б. Вирулентностью МБТ В. Изменчивостью МБТ Г. Чувствительностью МБТ</p>
60	<p>Микобактерии на питательных средах образуют: А. Колонии шероховатые, растут по отдельности Б. Гладкие, блестящие колонии в виде кос В. Серые, блестящие колонии растут по отдельности Г. Колонии сухие, морщинистые, сероватые</p>
61	<p>Милиарный туберкулез следует дифференцировать с: А. Брюшным тифом Б. Метастазами рака В. Саркоидозом легких Г. Верны все ответы</p>
62	<p>Распределение очагов в легких при остром милиарном туберкулезе: А. Равномерное распределение в легочной ткани Б. Равномерное только в одном легком В. Равномерное преимущественно в нижних отделах Г. Равномерное преимущественно в верхушках легких</p>
63	<p>Какой антибактериальный препарат наиболее активен при развитии туберкулезного менингита? А. Рифампицин Б. Этамбутол В. Изониазид Г. Пиразинамид</p>
64	<p>При легочной форме милиарного туберкулеза основным симптомом является недостаточность: А. Сердечно-сосудистая Б. Печеночная В. Дыхательная Г. Полиорганная</p>
65	<p>Диссеминация в легких при МТ происходит: А. Лимфо-гематогенным путем Б. Лимфо-бронхогенным В. Лимфогенным Г. Гематогенным</p>
66	<p>Для милиарного туберкулеза характерно течение заболевания: А. Острое Б. Подострое В. Малосимптомное Г. Хроническое</p>
67	<p>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</p>
68	<p>Корд-фактор: А. Поражает мембраны митохондрий Б. Тормозит миграцию фагоцитов В. Блокирует процессы окислительного фосфорилирования</p>

	Г. Все перечисленное
69	Микобактерии туберкулеза наиболее чувствительны: А. К высушиванию, замораживанию Б. К ионизирующему излучению В. К ультрафиолетовому излучению Г. К действию спиртов и щелочей
70	МБТ сохраняются в жидкой и высохшей мокроте: А. до 3 недель Б. до 2 месяцев В. до 6 месяцев Г. до 12 месяцев
71	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
72	Увеличение белка в ликворе зависит от: А. Степени вовлечения в процесс мозговых оболочек Б. Остроты патологического процесса В. Правильно А и Б Г. Содержание белка в ликворе не изменяется
73	Метод ИФА определения противотуберкулезных антител в ликворе: А. Диагностически значим Б. Не используется В. Не имеет клинического значения Г. Используется крайне редко
74	Какой из ПТП нельзя назначать больному с невритом слухового нерва: А. Изониазид Б. Стрептомицин В. Рифампицин Г. Этамбутол
75	Распространение инфекции при тубменингите происходит чаще: А. С током крови, по току спинномозговой жидкости Б. С током лимфы, по току спинномозговой жидкости В. Контактным, по току спинномозговой жидкости Г. С током крови, с током лимфы
76	Назовите препарат, который хорошо проникает через физиологические мембраны, в том числе через гематоэнцефалический барьер: А. Стрептомицин Б. Изониазид В. Этамбутол Г. Пиразинамид
77	Строение стенки каверны при кавернозном туберкулезе легких: А. Пиогенный, грануляционный, фиброзный слой Б. Пиогенный, грануляционный, лимфоцитарный слой В. Пиогенный, грануляционный, нейтрофильный Г. Микобактериальный, грануляционный, фиброзный
78	Нормализация спинномозговой жидкости является показателем: А. Излечения туберкулезного менингита Б. Стабилизацией туберкулеза мозговых оболочек В. Формированием туберкулемы головного мозга

	Г. Перехода во внелегочную форму
79	Этапы течения местной прививочной реакции: А. Инфильтрат с узелком — пустула — рубчик Б. Инфильтрат с узелком — пустула — корочка — рубчик В. Инфильтрат с узелком — везикула — пустула — рубчик Г. Инфильтрат с узелком — везикула — корочка — рубчик
80	Кавернозный туберкулез не формируется из: А. Инфильтративного туберкулеза Б. Диссеминированного туберкулеза В. Цирротического туберкулеза Г. Первичного туберкулезного комплекса
81	Для туберкулезного менингита характерно: А. Нормоцитоз Б. Плеоцитоз В. Все перечисленное Г. Правильных ответов нет
82	При туберкулезе глаза офтальмоскопия выявляет: А. Туберкулезные бугорки на сосудистой оболочке Б. Передние и задние ириты В. Изменение в области диска зрительного нерва Г. Верно все перечисленное
83	Какой режим лечения назначают больному с впервые выявленным туберкулезом с бактериовыделением, без риска лекарственной устойчивости: А. I Б. IIб В. III Г. IV
84	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
85	Формирование кавернозного туберкулеза происходит через: А. 1 год Б. 2 года В. 6- 8 месяцев Г. 10 лет
86	Туберкулезные изменения в почке локализуются преимущественно: А. В корковом слое Б. В мозговом слое В. В области устья мочеточников Г. В лоханках
87	Какие препараты действуют на внутриклеточно расположенные МБТ: А. Изониазид, рифампицин Б. Рифампицин, стрептомицин В. Изониазид, стрептомицин Г. Пиразинамид, стрептомицин
88	Отметьте несуществующий тип каверны при кавернозном туберкулезе: А. Пневмониогенная каверна Б. Альтернативная каверна

	<p>В. Свежая эластическая каверна Г. Ригидная каверна</p>
89	<p>При кавернозном туберкулезе бактериовыделение: А. Массивное и постоянное Б. Скудное и непостоянное В. Отсутствует Г. Массивное и непостоянное</p>
90	<p>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</p>
91	<p>Инфильтративный туберкулез наиболее часто развивается при прогрессировании: А. Очагового туберкулеза Б. Туберкулемы В. Туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов Г. Первичного туберкулезного комплекса</p>
92	<p>При хроническом диссеминированном туберкулезе легких размер очагов в легких преимущественно: А. Мелкий Б. Средний В. Крупный Г. Все ответы верные</p>
93	<p>Микробиологическое исследование мокроты включает: А. Бактериоскопию Б. Бактериологическое исследование В. Все перечисленное Г. Верных ответов нет</p>
94	<p>Макроскопическое исследование мокроты позволяет определить: А. Прожилки крови, лейкоциты, альвеолярные макрофаги Б. Эластические волокна, соли кальция В. Характер, цвет, количество Г. Верно А и В</p>
95	<p>Диссеминированный туберкулез легких – это: А. Генерализованный туберкулез Б. Безлокальная форма туберкулеза В. Клиническая форма туберкулеза, при которой изменения локализуются в легких Г. Вариант течения казеозной пневмонии</p>
96	<p>В диагнозе при диссеминированном туберкулезе легких не указывают фазу: А. Инфильтрации Б. Распада В. Обсеменения Г. Рассасывания</p>
97	<p>Вакцина БЦЖ вводится: А. Внутривожно Б. Внутримышечно В. Подкожно Г. Перорально</p>
98	<p>У детей с неосложненным первичным туберкулезным комплексом на МБТ чаще всего исследуется:</p>

	<p>А. Моча</p> <p>Б. Промывные воды желудка, мокрота, промывные воды бронхов</p> <p>В. Кровь, промывные воды бронхов</p> <p>Г. Промывные воды желудка, моча</p>
99	<p>Метод ВАСТЕК — это:</p> <p>А. Посев на плотную питательную среду</p> <p>Б. Посев на жидкую питательную среду</p> <p>В. Молекулярно-генетический метод</p> <p>Г. Накожный тест</p>
100	<p>Облаковидный инфильтрат подвергается распаду:</p> <p>А. В 30%</p> <p>Б. В 40%</p> <p>В. В 50%</p> <p>Г. В 70% и более</p>

Тестовые задания вариант 2 – ПК-1, ПК-6:

№	Тестовый вопрос
1	<p>При каких размерах рубчика вакцинация считается эффективной?</p> <p>А. 2-4 мм</p> <p>Б. 5-10 мм</p> <p>В. 0-1 мм</p> <p>Г. 10-15 мм</p>
2	<p>Вакцина БЦЖ вводится:</p> <p>А. Внутривожно</p> <p>Б. Внутримышечно</p> <p>В. Подкожно</p> <p>Г. Перорально</p>
3	<p>Облаковидный инфильтрат подвергается распаду:</p> <p>А. В 30%</p> <p>Б. В 40%</p> <p>В. В 50%</p> <p>Г. В 70% и более</p>
4	<p>Наиболее характерными рентгенологическими признаками перисцисурита являются:</p> <p>А. Неоднородный участок затенения с очагами</p> <p>Б. Однородный участок затенения с очагами</p> <p>В. Затенение треугольной формы в любом участке с очагами</p> <p>Г. Затенение треугольной формы с четким нижним краем, широким основанием, прилегающим к грудной стенке и верхушкой направленной к корню</p>
5	<p>Треугольник Серджана выявляется при:</p> <p>А. Бронхолобулярном инфильтрате</p> <p>Б. Перисцисурите</p> <p>В. Лобите</p> <p>Г. Псевдоопухолевом инфильтрате</p>
6	<p>При хроническом диссеминированном туберкулезе легких размер очагов в легких преимущественно:</p> <p>А. Мелкий</p> <p>Б. Средний</p> <p>В. Крупный</p> <p>Г. Все ответы верные</p>

7	Инфильтративный туберкулез наиболее часто развивается при прогрессировании: А. Очагового туберкулеза Б. Туберкулемы В. Туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов Г. Первичного туберкулезного комплекса
8	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
9	У детей с неосложненным первичным туберкулезным комплексом на МБТ чаще всего исследуется: А. Моча Б. Промывные воды желудка, мокрота, промывные воды бронхов В. Кровь, промывные воды бронхов Г. Промывные воды желудка, моча
10	Макроскопическое исследование мокроты позволяет определить: А. Прожилки крови, лейкоциты, альвеолярные макрофаги Б. Эластические волокна, соли кальция В. Характер, цвет, количество Г. Верно А и В
11	Строение стенки каверны при кавернозном туберкулезе легких: А. Пиогенный, грануляционный, фиброзный слой Б. Пиогенный, грануляционный, лимфоцитарный слой В. Пиогенный, грануляционный, нейтрофильный Г. Микобактериальный, грануляционный, фиброзный
12	Специфическое осложнение кавернозного туберкулеза легких: А. Туберкулез бронха Б. Ателектаз В. Спонтанный пневмоторакс Г. Все перечисленное
13	Диссеминированный туберкулез легких – это: А. Генерализованный туберкулез Б. Безлокальная форма туберкулеза В. Клиническая форма туберкулеза, при которой изменения локализуются в легких Г. Вариант течения казеозной пневмонии
14	Какой препарат не следует назначать больным туберкулезом легких в сочетании с сахарным диабетом: А. Изониазид Б. Стрептомицин В. Рифампицин Г. Пиразинамид
15	Течение кавернозного туберкулеза как правило: А. Острое Б. Подострое В. Бессимптомное Г. Хроническое
16	При туберкулезе глаза офтальмоскопия выявляет: А. Туберкулезные бугорки на сосудистой оболочке Б. Передние и задние ириты В. Изменение в области диска зрительного нерва

	Г. Верно все перечисленное
17	Микробиологическое исследование мокроты включает: А. Бактериоскопию Б. Бактериологическое исследование В. Все перечисленное Г. Верных ответов нет
18	В диагнозе при диссеминированном туберкулезе легких не указывают фазу: А. Инфильтрации Б. Распада В. Обсеменения Г. Рассасывания
19	Назовите препарат, который хорошо проникает через физиологические мембраны, в том числе через гематоэнцефалический барьер: А. Стрептомицин Б. Изониазид В. Этамбутол Г. Пиразинамид
20	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
21	Какие препараты действуют на внутриклеточно расположенные МБТ: А. Изониазид, рифампицин Б. Рифампицин, стрептомицин В. Изониазид, стрептомицин Г. Пиразинамид, стрептомицин
22	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
23	Распространение инфекции при туберкулезном менингите происходит чаще: А. С током крови, по току спинномозговой жидкости Б. С током лимфы, по току спинномозговой жидкости В. Контактным, по току спинномозговой жидкости Г. С током крови, с током лимфы
24	Какой режим лечения назначают больному с впервые выявленным туберкулезом с бактериовыделением, без риска лекарственной устойчивости: А. I Б. IIб В. III Г. IV
25	Ликвор при туберкулезном менингите: А. Мутный Б. Прозрачный, опалесцирующий В. Геморрагический Г. Желтый
26	Нормализация спинномозговой жидкости является показателем:

	<p>А. Излечения туберкулезного менингита</p> <p>Б. Стабилизацией туберкулеза мозговых оболочек</p> <p>В. Формированием туберкулемы головного мозга</p> <p>Г. Перехода во внелегочную форму</p>
27	<p>Появление фильтрующихся, зернистых, нитевидных форм МБТ объясняют:</p> <p>А. Устойчивостью МБТ к внешним факторам</p> <p>Б. Вирулентностью МБТ</p> <p>В. Изменчивостью МБТ</p> <p>Г. Чувствительностью МБТ</p>
28	<p>Метод ИФА определения противотуберкулезных антител в ликворе:</p> <p>А. Диагностически значим</p> <p>Б. Не используется</p> <p>В. Не имеет клинического значения</p> <p>Г. Используется крайне редко</p>
29	<p>Для туберкулезного менингита характерно:</p> <p>А. Нормоцитоз</p> <p>Б. Плеоцитоз</p> <p>В. Все перечисленное</p> <p>Г. Правильных ответов нет</p>
30	<p>Какой из ПТП нельзя назначать больному с невритом слухового нерва:</p> <p>А. Изониазид</p> <p>Б. Стрептомицин</p> <p>В. Рифампицин</p> <p>Г. Этамбутол</p>
31	<p>Этапы течения местной прививочной реакции:</p> <p>А. Инфильтрат с узелком — пустула — рубчик</p> <p>Б. Инфильтрат с узелком — пустула — корочка — рубчик</p> <p>В. Инфильтрат с узелком — везикула — пустула — рубчик</p> <p>Г. Инфильтрат с узелком — везикула — корочка — рубчик</p>
32	<p>Микобактерии на питательных средах образуют:</p> <p>А. Колонии шероховатые, растут по отдельности</p> <p>Б. Гладкие, блестящие колонии в виде кос</p> <p>В. Серые, блестящие колонии растут по отдельности</p> <p>Г. Колонии сухие, морщинистые, сероватые</p>
33	<p>На какой день от начала клинических проявлений заболевания при милиарном туберкулезе на рентгенограмме выявляется мелкоочаговое обсеменение в легких:</p> <p>А. На 2-3 день</p> <p>Б. На 3-4 день</p> <p>В. На 5-6 день</p> <p>Г. На 7-14 день</p>
34	<p>Корд-фактор:</p> <p>А. Поражает мембраны митохондрий</p> <p>Б. Тормозит миграцию фагоцитов</p> <p>В. Блокирует процессы окислительного фосфорилирования</p> <p>Г. Все перечисленное</p>
35	<p>Микобактерии туберкулеза наиболее чувствительны:</p> <p>А. К высушиванию, замораживанию</p> <p>Б. К ионизирующему излучению</p> <p>В. К ультрафиолетовому излучению</p> <p>Г. К действию спиртов и щелочей</p>
36	<p>Нетуберкулезные патогенные для человека микобактерии:</p>

	<p>A. M.aurum, M.gadium Б. M.avium, M.kansassii В. M.tuberculosis, M.bovis Г. M.bovis, M.aurum</p>
37	<p>Увеличение белка в ликворе зависит от: А. Степени вовлечения в процесс мозговых оболочек Б. Остроты патологического процесса В. Правильно А и Б Г. Содержание белка в ликворе не изменяется</p>
38	<p>Отметьте несуществующий тип каверны при кавернозном туберкулезе: А. Пневмониогенная каверна Б. Альтернативная каверна В. Свежая эластическая каверна Г. Ригидная каверна</p>
39	<p>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</p>
40	<p>Милиарный туберкулез следует дифференцировать с: А. Брюшным тифом Б. Метастазами рака В. Саркоидозом легких Г. Верны все ответы</p>
41	<p>Для милиарного туберкулеза характерно течение заболевания: А. Острое Б. Подострое В. Малосимптомное Г. Хроническое</p>
42	<p>МБТ сохраняются в жидкой и высохшей мокроте: А. до 3 недель Б. до 2 месяцев В. до 6 месяцев Г. до 12 месяцев</p>
43	<p>Перечислите возможные осложнения туберкулезного менингита: А. Психические расстройства Б. Параличи, парезы, гиперкинезы В. Слепота, глухота Г. Верны все ответ</p>
44	<p>Для получения фибриновой пленки в пробирку набирают ликвора не менее: А. 1 мл Б. 2 мл В. 3 мл Г. 6 мл</p>
45	<p>Чаще всего кавернозный туберкулёз образуется из следующих форм: А. Очагового туберкулеза Б. Инфильтративного туберкулеза В. Диссеминированного туберкулеза</p>
46	<p>Формирование кавернозного туберкулеза происходит через: А. 1 год Б. 2 года</p>

	В. 6- 8 месяцев Г. 10 лет
47	При кавернозном туберкулезе бактериовыделение: А. Массивное и постоянное Б. Скучное и непостоянное В. Отсутствует Г. Массивное и непостоянное
48	Течение кавернозного туберкулеза как правило: А. Острое Б. Подострое В. Бессимптомное Г. Хроническое
49	Метод ВАСТЕК — это: А. Посев на плотную питательную среду Б. Посев на жидкую питательную среду В. Молекулярно-генетический метод Г. Накожный тест
50	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
51	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
52	Микобактерии туберкулеза являются: А. Облигатно патогенными Б. Потенциально патогенными В. Условно-патогенными Г. Непатогенными
53	Симптом Пospelова чаще встречается при: А. Первичной туберкулезной язве Б. Сифилитическом шанкре В. Туберкулезной волчанке Г. Актиномикозе
54	Инфильтративный туберкулез наиболее часто развивается при прогрессировании: А. Очагового туберкулеза Б. Туберкулемы В. Туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов Г. Первичного туберкулезного комплекса
55	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
56	При прогрессировании очаговый туберкулез чаще переходит в: А. Инфильтративный Б. Кавернозный

	В. Первичный туберкулезный комплекс Г. Диссеминированный
57	Какое специфическое осложнение фиброзно-кавернозного туберкулеза встречается наиболее часто: А. Туберкулез почек Б. Туберкулез гортани В. Туберкулез бронхов Г. Туберкулез кишечника
58	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
59	К основным неспецифическим осложнениям туберкулеза относят: А. Туберкулезный менингит Б. Лимфаденопатия В. Амилоидоз внутренних органов Г. Туберкулезный сепсис
60	Наиболее частым осложнением инфильтративного туберкулеза легких является: А. Кровохарканье Б. Туберкулез гортани В. Амилоидоз Г. Ателектаз
61	При какой клинической форме туберкулеза чаще возникает спонтанный пневмоторакс: А. При казеозной пневмонии с поликавернозом Б. При очаговом туберкулезе в фазе распада В. При милиарном туберкулезе Г. При туберкулезе в фазе распада
62	Распределение очагов в легких при остром милиарном туберкулезе: А. Равномерное распределение в легочной ткани Б. Равномерное только в одном легком В. Равномерное преимущественно в нижних отделах Г. Равномерное преимущественно в верхушках легких
63	Туберкулиновая чувствительность при милиарном туберкулезе чаще всего: А. Гиперергическая Б. Положительная В. Отрицательная Г. Сомнительная
64	Микобактерии туберкулеза в мокроте больных милиарным туберкулезом: А. Выявляются в большом количестве Б. Не выявляются В. Выявляются всегда в небольшом количестве Г. Выявляются иногда в большом количестве
65	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
66	Какой режим лечения назначают больному с впервые выявленным туберкулезом с

	<p>бактериовыделением, без риска лекарственной устойчивости:</p> <p>А. I Б. II В. III Г. IV</p>
67	<p>Назовите препарат, который хорошо проникает через физиологические мембраны, в том числе через гематоэнцефалический барьер:</p> <p>А. Стрептомицин Б. Изониазид В. Этамбутол Г. Пиразинамид</p>
68	<p>Для лечения впервые выявленного очагового туберкулеза без бактериовыделения применяют следующие режимы ПТП:</p> <p>А. I режим Б. II режим В. III режим Г. IV режим</p>
69	<p>Какой препарат сохраняет свою активность в кислом содержимом казеоза:</p> <p>А. Изониазид Б. Стрептомицин В. Пиразинамид Г. Протионамид</p>
70	<p>Выберите препарат, действующий на внеклеточно расположенные МБТ:</p> <p>А. Пиразинамид Б. Циклосерин В. Этионамид Г. Стрептомицин</p>
71	<p>Проба Манту с 2ТЕ у больных казеозной пневмонией:</p> <p>А. Отрицательная Б. Положительная В. Сомнительная Г. Все перечисленное</p>
72	<p>Для казеозной пневмонии характерно:</p> <p>А. Субфебрильная температура Б. Фебрильная температура гектического типа В. Постоянная фебрильная температура Г. Рекуррентная температура</p>
73	<p>Отметьте существующий вариант казеозной пневмонии:</p> <p>А. Лобарная Б. Кавернозная В. Бронхолобулярная Г. Цирротическая</p>
74	<p>Казеозная пневмония характеризуется следующими рентгенологическими признаками:</p> <p>А. Участком затемнения высокой интенсивности Б. Наличием распада легочной ткани В. Обширной бронхогенной диссеминацией Г. Все ответы верны</p>
75	<p>При кавернозном туберкулезе бактериовыделение:</p> <p>А. Массивное и постоянное Б. Скудное и непостоянное</p>

	В. Отсутствует Г. Массивное и непостоянное
76	Течение кавернозного туберкулеза как правило: А. Острое Б. Подострое В. Бессимптомное Г. Хроническое
77	Развитию кавернозного туберкулеза чаще предшествует: А. Инфильтративный туберкулез Б. Очаговый туберкулез В. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов Г. Первичный туберкулезный комплекс
78	Исходом подострого гематогенно-диссеминированного туберкулеза легких при благоприятной динамике чаще является: А. Полное рассасывание Б. Уплотнение В. Кальцинация Г. Формирование фиброзно-склеротических изменений
79	Рентгенологические особенности каверн при подостром диссеминированном туберкулезе: А. Сферическая тонкостенная полость Б. Стенка полости инфильтрирована с неровным внутренним и наружным контуром В. Стенка полости толстая, интенсивная Г. Стенка полости неправильной полигональной формы
80	В диагнозе при диссеминированном туберкулезе легких не указывают фазу: А. Инфильтрации Б. Распада В. Обсеменения Г. Рассасывания
81	Исход туберкулеза плевры: А. Полное рассасывание Б. Плеврогенный пневмосклероз В. Плевральные сращения Г. Возможны Б и В
82	На современном этапе больные инфильтративным туберкулезом выявляются: А. При плановых рентгенологических осмотрах Б. При обращении к врачу В. По результатам туберкулинодиагностики Г. Все перечисленное
83	К своевременно выявленному туберкулезному процессу следует отнести: А. Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада, МБТ (+) Б. Очаговый туберкулез легких в фазе инфильтрации, МБТ (-) В. Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации, МБТ (-) Г. Верно Б и В
84	При выявлении «малых» форм туберкулеза особое значение придается: А. Интоксикационному и торакальному синдромам Б. Интоксикационному синдрому и изменениям в клиническом анализе крови В. Внезапному заболеванию и высоким острофазовым показателям Г. Рентгенологической картине при отсутствии выраженных клинических проявлений
85	Чувствительность метода флотации составляет:

	<p>А. Наличие не менее 10 МБТ в 1 мл материала</p> <p>Б. Наличие не менее 100 МБТ в 1 мл материала</p> <p>В. Наличие не менее 1000 МБТ в 1 мл материала</p> <p>Г. Наличие не менее 10000 МБТ в 1 мл материала</p>
86	<p>Экспресс-метод бактериологической диагностики туберкулеза:</p> <p>А. ИФА</p> <p>Б. БАКТЕК-480</p> <p>В. ПЦР</p> <p>Г. Диаскинтест</p>
87	<p>Назовите дозу вакцины БЦЖ-М для вакцинации новорожденных:</p> <p>А. 0,025 мг</p> <p>Б. 0,25 мг</p> <p>В. 0,05 мг</p> <p>Г. 0,024 мг</p>
88	<p>Интервал между ревакцинацией БЦЖ и другой профилактической прививкой:</p> <p>А. 2 месяца</p> <p>Б. 3 месяца</p> <p>В. 1 месяц</p> <p>Г. 1 неделя</p>
89	<p>Препараты вакцины БЦЖ и БЦЖ-М представляют собой:</p> <p>А. Живые микобактерии вакцинного штамма БЦЖ-1лиофильно высушенные в 1,5% р-ре глутамината натрия</p> <p>Б. Продукты жизнедеятельности микобактерии БЦЖ-1, лиофильно высушенные в 1, 5% р-ре глутамината натрия</p> <p>В. Убитые нагреванием в 1,5% р-ре глутамината натрия микобактерии бычьего типа</p> <p>Г. Убитые сухим паром микобактерии бычьего типа в растворе глутамината натрия</p>
90	<p>Ликвор при туберкулезном менингите:</p> <p>А. Мутный</p> <p>Б. Прозрачный, опалесцирующий</p> <p>В. Геморрагический</p> <p>Г. Желтый</p>
91	<p>Характер истечения ликвора при пункции у больных туберкулезным менингитом:</p> <p>А. Частыми каплями</p> <p>Б. Очень частыми каплями и струей</p> <p>В. Редкими каплями</p> <p>Г. Чередующимися то частыми то редкими каплями</p>
92	<p>Работники родильных домов и отделений новорожденных проходят ФЛГ обследование легких:</p> <p>А. 1 раз в 3 года</p> <p>Б. 1 раз в 2 года</p> <p>В. 1 раз в год</p> <p>Г. 2 раза в год</p>
93	<p>Томографию срединной тени у детей проводят при патологии:</p> <p>А. Сердца и крупных сосудов</p> <p>Б. Легочной ткани</p> <p>В. Корня легкого, трахеи, главных бронхов</p> <p>Г. Мелких сосудов</p>
94	<p>Источником лимфогенной диссеминации при развитии туберкулеза кишечника являются:</p> <p>А. Мезентеральные лимфатические узлы</p>

	<p>Б. Туберкулезные очаги в брюшине</p> <p>В. Пораженные туберкулезом легкие</p> <p>Г. Мочевые пути</p>
95	<p>Наиболее часто туберкулез костей и суставов локализуется:</p> <p>А. В тазобедренном и локтевом суставе</p> <p>Б. В плечевом суставе и костях верхних конечностей</p> <p>В. В позвоночнике</p> <p>Г. В коленном суставе</p>
96	<p>Назовите начальную форму туберкулеза периферических лимфатических узлов:</p> <p>А. Инфильтративная</p> <p>Б. Экссудативная</p> <p>В. Казеозная</p> <p>Г. Проллиферативная</p>
97	<p>Основой клинико-рентгенологических видов инфильтратов является:</p> <p>А. Поражение бронха</p> <p>Б. Степень выраженности специфического воспаления и его распространенность</p> <p>В. Наличие ателектатических изменений</p> <p>Г. Интенсивность затенения</p>
98	<p>Преимущественная локализация инфильтративного туберкулеза легких в сегментах:</p> <p>А. 1-м, 2-м и 6-м</p> <p>Б. 3-м, 4-м и 5-м</p> <p>В. 7-м, 8-м, 9-м и 10-м</p> <p>Г. 3-м, 5-м и 10-м</p>
99	<p>Выберите ряд болезней, требующих дифференциальной диагностики с инфильтративным туберкулезом:</p> <p>А. Неспецифическая пневмония, осумкованный плеврит, лимфогранулематоз</p> <p>Б. Неспецифическая пневмония, эозинофильный инфильтрат, инфаркт легкого</p> <p>В. Доброкачественные опухоли, сифилис легкого, метастазы злокачественных опухолей</p> <p>Г. Саркоидоз, ретенционная киста</p>
100	<p>Бронхолобулярный инфильтрат характеризуется:</p> <p>А. Выраженный интоксикационный синдром и наличие торакального синдрома</p> <p>Б. Умеренно выраженными и непродолжительными клиническими симптомами заболевания</p> <p>В. Наличием симптомов локального бронхита</p> <p>Г. Наличием влажных хрипов в легком</p>

Задачи – ПК-1, ПК-6:

Задача 1. Мужчина 45 лет получал амбулаторное лечение с диагнозом пневмония. В связи с отсутствием рентгенологической динамики направлен на консультацию к фтизиатру.

В настоящее время жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания: Туберкулез в прошлом отрицает, туберкулезный контакт отрицает. Предыдущая флюорография 1 год назад – норма. Заболевание выявлено при обращении к терапевту 10 дней назад с жалобами на насморк, кашель с трудноотделяемой скудной слизистой мокротой, субфебрильную (37,2-37,4°C) температуру в вечернее время, ночную потливость, небольшую слабость. Ухудшение самочувствия связал с переохлаждением. Пациенту в течение 10 дней проведена терапия антибиотиками широкого спектра действия - амоксиклав 1 таб. (500+250 мг) 2 раза в день 5 дней, затем левофлоксацин 500

мг 2 раза в день 5 дней. Клинически отмечал нормализацию самочувствия, уменьшение температуры, купирование насморка. Рентгенологически без динамики.

Анамнез жизни: Рос и развивался нормально. Работает вахтером. Перенесенные хронические заболевания отрицает, на диспансерном учете не состоит. Аллергический статус не отягощен. Курит с 15 лет, злоупотребляет алкоголем.

Данные физикального обследования:

Состояние удовлетворительное. Температура утром 36,6°C, вечером 37,0°C. Грудная клетка нормостеническая, симметричная. Перкуторный звук легочный. Над легкими хрипы не выслушиваются, частота дыхания 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом у корня, печень по краю реберной дуги, живот мягкий безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Данные лабораторного исследования:

Общеклинический анализ крови: эритроциты $4,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 134 г/л, лейкоциты $9,1 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 61%, лимфоциты – 30%, моноциты – 6%, СОЭ – 21 мм/ч.

Общий анализ мочи без особенностей.

Микроскопия мокроты на КУМ: 3-кратно отрицательная. Диаскинтест не выполнялся.

Кровь на ВИЧ отрицательная. Впервые выявлен гепатит В.

Данные инструментального исследования:

Компьютерная томография: во 2 сегменте правого легкого участок затемнения округлой формы с нечеткими контурами, в нижележащей легочной ткани определяются немногочисленные очаговые тени невысокой плотности.

1. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте диагноз
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.

Задача 2. Пациент Ф., 22 года, поступил в диагностическое отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°C без ознобов, значительную слабость, похудание на 6 кг за 1,5 месяца, на боли в левой половине грудной клетки, кашель с выделением слизисто-гноющей мокроты с прожилками крови.

Анамнез заболевания:

Ухудшение самочувствия в течение 5 месяцев, вначале стал беспокоить непродуктивный кашель, несколько снизился аппетит. Трудоспособность была сохранена, продолжал обучение в ВУЗе, работал курьером, самостоятельно лечился, но без эффекта. В связи с сохранением жалоб обратился в поликлинику по месту жительства. При Rg-графии органов дыхания выявлены изменения по типу н/долевой пневмонии, продолжил лечение в стационаре. Температура стала повышаться в вечернее время до 37,8-38°C, стала откашливаться слизистая мокрота (с трудом) в малом объеме, эпизодически появлялись прожилки крови в мокроте, отметил повышенную потливость, появились боли в груди слева. При Rg-контроле выявлено увеличение размеров инфильтрата в S6, в нем появились полости распада. Многократно исследована мокрота, КУМ не выявлены.

Анамнез жизни:

Перенесенные заболевания: Частые бронхиты, гастрит, хронический гайморит. Год назад поступил в стационар с подозрением на язву 12 ПК, в дальнейшем диагноз подтвердился.

Было проведено лечение. Часто более ОРВИ, проживает с родителями. Учится в ВУЗе. Дядя болел туберкулезом. Вредных привычек нет. Данные о флг-обследовании отсутствуют.

Данные физикального обследования:

Состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания. Кожа бледная. Периферические л/узлы не пальпируются. Грудная клетка симметричная, левая половина несколько отстает в акте дыхания. ЧДД 20 в мин. Притупление тона в нижних отделах грудной клетки слева у н/угла лопатки и в межлопаточном пространстве, дыхание здесь ослабленное, выслушиваются скудные стационарные влажные хрипы. ЧСС 92 в мин. АД 100/60 мм рт.ст.

Данные лабораторных исследований:

Общий анализ мокроты: цвет сероватый, консистенция полужидкая, характер – слизистая. В нативном мазке: эпителия – умеренное количество, лейкоцитов – 0-2 в п/зр., эритроциты единичные. В окрашенном мазке: с/я– 0-2 в п/зр. Неспецифическая флора – не обнаружена. Атипические клетки – не обнаружены. КУМ – не обнаружены. В мокроте методом люминисцентной микроскопии КУМ не обнаружены. ДИАСКИНТЕСТ- папула 17 мм.

В БАЛ: м. люминисценции обнаружены КУМ. Методом ПЦР выявлена ДНК МБТ.

КАК: эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 127 г/л, лейкоциты $9,2 \times 10^9/л$, эозинофилы 2%, п/я 2%, с/я 74%, лимфоциты 18%, моноциты 4%, СОЭ 36 мм/ч.

Данные инструментальных исследований.

Rg-графия органов грудной клетки: в нижней доле левого легкого определяется массивная инфильтрация легочной ткани с наличием полости распада и очагами в окружающей легочной ткани.

КТ: инфильтрация легочной ткани нижней доли левого легкого неоднородной структуры за счет полостей деструкции в S6. Справа в средне-нижних отделах - очаги со склонностью к слиянию. В левой плевральной полости небольшое количество жидкости, плевра утолщена. Обызвествлены бронхопульмональные л/у справа.

ФБС: В просвете бронхиального дерева умеренное количество вязкого слизистого содержимого в В4,5,6. Слизистая трахеи и главных бронхов умеренно диффузно отечна, гиперемирована. Взят бронхиальный смыв. Заключение: Двусторонний простой диффузный эндобронхит 1-2 ст.

1. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте диагноз
2. Дополнительные методы исследования.
3. Назначите лечение с учетом сопутствующей патологии.

Задача 3. Больной Б. 33лет. Жалобы на слабость, покашливание, повышенную потливость, одышку, боль в груди.

Анамнез заболевания ВИЧ-инфекция впервые выявлена 5 лет назад. Путь заражения при в/в употреблении наркотических веществ. Состоит на учёте в ЦСПИД, наблюдался нерегулярно. АРТ принимает в течение последнего года с периодическими перерывами. Вторичные заболевания: ВИЧ-энцефалопатия, активная цитомегаловирусная инфекция,

кандидоз ротоглотки, пневмоцистная пневмония, полинейропатия нижних конечностей. Ухудшение общего состояния в течение недели. Туберкулёзом ранее не болел. Со слов, туберкулёзный контакт в заключении 6 лет назад.

Анамнез жизни:

Проживает с родителями в благоустроенной квартире. Не работает.

Из перенесенных заболеваний, кроме ВИЧ инфекции и вторичных заболеваний: пневмония в детстве, хронический гепатит С.

Другие хронический и инфекционные заболевания отрицает. Операции отрицает. Аллергические реакции отрицает.

Вредные привычки: курит с 14 лет, выкуривает до 20 сигарет в сутки, алкоголь употребляет умеренно. Употребление наркотических препаратов – по настоящее время.

Данные физикального обследования:

Состояние средней тяжести за счёт симптомов интоксикации. Менингеальные симптомы отрицательные. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка симметричная. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхание ровное. ЧДД 20 в 1 мин. Sa O₂ 98%. Кашля нет. Перкуторно над лёгкими притупления слева. Аускультативно в лёгких дыхание везикулярное, слева ослабленное, хрипов нет. Ps – 88 в 1 мин. АД – 120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Данные лабораторных исследований:

В ОАК эритроциты 4,0x10¹²/л, гемоглобин 118 г/л, лейкоциты 5,3x10⁹/л, п-2%, с-71%, л-18%, м-9%. СОЭ-20 мм/ч.

Общий анализ мочи: норма.

При последнем обследовании в ЦСПИД CD4 – 145 клеток/мкл. ВН – 30 000 копий/мл.

Данные инструментальных исследований:

По данным рентгенографии органов грудной клетки и по данным УЗИ плевральных полостей значительное количество плевральной жидкости в левой плевральной полости.

1. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте диагноз
2. Дополнительные методы исследования.
3. Назначите лечение с учетом сопутствующей патологии.

Задача 4. Больной Т., 38 лет. Обратился в поликлинику с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, кашель с зеленоватой мокротой, выраженную слабость, припухлость и болезненность в области шеи слева.

Считает себя больным в течение 2 месяцев, когда впервые появилась субфебрильная температура, кашель. Продолжал работать. Самочувствие постепенно ухудшалось, температура стала фебрильной, затем появилась опухоль и болезненность в области шеи, стало трудно глотать. За последний месяц похудел на 7 кг. Самостоятельно принимал антибиотики в течение

2 недель (амоксиклав, затем азитромицин). Обращался к хирургу в частную клинику, было произведено удаление 1 из шейных лимфоузлов слева.

Страдает язвой 12ПК. ВИЧ-инфекцию отрицает. Флюорографию проходил

7 месяцев назад, на дообследование не вызывался.

Работает строителем в частной фирме, труд физический, ненормированный.

Семьи нет. Курит с 17 лет по 20-30 сигарет в день. Алкоголь употребляет умеренно.

Прием наркотических и психотропных препаратов отрицает.

В местах лишения свободы не был.

Состояние средней тяжести.

Кожа обычной окраски, повышенной влажности. Температура тела 37,5°C.

Слева пальпируются 2 переднешейных лимфатических узла, увеличенных до 4,0-5,0 см, плотноэластических, болезненные при пальпации. Имеется послеоперационный рубец на месте удаленного лимфоузла. Справа пальпируются переднешейные лимфатические узлы 1,5-2,0 см, умеренно болезненные, плотно-эластические при пальпации. Над легкими дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД 22 в мин.

Тоны сердца ясные, ритмичные, 90 в мин, АД 110/70 мм рт ст.

Живот мягкий, безболезненный, печень на 1,5 см ниже края реберной дуги.

Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

В ОАК эритроциты 4,0x10¹²/л,

гемоглобин 130 г/л, лейкоциты 9,2x10⁹/л, п-4%,

с-69%, л-15%, м-12%. СОЭ-45 мм/ч.

В общем анализе мочи белок 0,3 г/л, лейкоциты 1-2 в п/з.

Получен положительный анализ на ВИЧ,

ВИЧ-инфекция подтверждена иммуноблотом.

Биопсия шейного лимфоузла – обнаружены гранулемы, казеозный некроз.

Результаты проведенных обследований:

- При обзорной рентгенографии органов грудной полости в легких патологии не выявлено. Отмечено расширение корней с обеих сторон.

- Диаскинтест 0 мм.

- В мокроте КУМ при микроскопии не обнаружены.

- при УЗИ увеличение лимфатических узлов не обнаружено.

1. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте диагноз
2. Какое дополнительное обследование должно быть проведено, учитывая клиническую ситуацию и результаты проведенного обследования.
3. Назначите лечение с учетом сопутствующей патологии.

Задача 5. Пациентка Ф., 20 лет, поступила в диагностическое отделение туберкулезной клинической больницы с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся на высоте вдоха, мучительный кашель с выделением слизисто-гноющей мокроты с прожилками крови, повышение температуры тела до 38°C без ознобов, слабость, снижение аппетита, похудание на 4 кг за 2 месяца.

Анамнез заболевания:

Самочувствие ухудшилось в течение полугода, когда появился сухой кашель, снизился аппетит, но работоспособность сохранялась, продолжала учиться в колледже. Лечилась самостоятельно народными средствами, без эффекта. Обратилась через месяц к участковому терапевту, амбулаторно назначено лечение по поводу бронхита, эффекта не было. При Rg-графии грудной клетки выявлены изменения, расцененные как правосторонняя нижнедолевая пневмония, продолжила лечение в пульмонологическом

отделении. При Rg-контроле выявлена отрицательная динамика за счет увеличения размеров инфильтрата и появления в нем полостей распада. Многократно исследована мокрота, КУМ не выявлены. После консультации фтизиатр направил пациентку в диагностическое отделение туберкулезной больницы, но больная отказалась от госпитализации, продолжала лечение у пульмонолога в амбулаторных условиях 1,5 месяца. Состояние ухудшилось - присоединилась боль в правой половине грудной клетки, кашель усилился, мокрота стала отделяться больше и в ней появились прожилки крови, температура в вечерние часы стала периодически повышаться до 38°C без ознобов. Повторно госпитализирована в пульмонологическое отделение, после консультации фтизиатра направлена в диагностическое отделение туберкулезной больницы.

Анамнез жизни:

Перенесенные заболевания: Хронический бронхит, хронический гастрит, хронический гайморит. Частые простудные заболевания (2-3 раза в год), Пневмония год назад. Проживает с родителями. Учится на 4 курсе колледжа. Мать пациентки болела туберкулезом. Не курит, алкоголь не употребляет. Данные о ФЛГ-обследовании отсутствуют.

Данные общеклинического обследования. Состояние относительно удовлетворительное. Астенического телосложения, пониженного питания. Вес 47 кг, рост 167 см. Кожные покровы бледные. Периферические лимфатические л/узлы не пальпируются. Грудная клетка симметричная, правая половина несколько отстает в акте дыхания. ЧДД 20 в мин. Пальпация грудной клетки безболезненная. Притупление тона в нижних отделах грудной клетки справа у нижнего угла лопатки и в межлопаточном пространстве, дыхание в этой зоне ослабленное, выслушиваются немногочисленные стационарные влажные хрипы. ЧСС 90 в мин. АД 100/60 мм рт.ст.

Данные лабораторных исследований:

Общий анализ мокроты: цвет сероватый, консистенция полужидкая, характер – слизистая. В нативном мазке: эпителия – умеренное количество, лейкоцитов – 0-2 в п/зр., эритроциты единичные. В окрашенном мазке: с/я– 0-2 в п/зр. Неспецифическая флора – не обнаружена. Атипические клетки – не обнаружены. КУМ – не обнаружены. В мокроте методом люминесцентной микроскопии КУМ не обнаружены.

В БАЛ: м. люминесценции обнаружены КУМ 3+ (12 в п/зр). Методом ПЦР выявлена ДНК МБТ.

Клинический анализ крови: эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 127 г/л, лейкоциты $9,2 \times 10^9/л$, эозинофилы 2%, п/я нейтрофилы 2%, с/я нейтрофилы 74%, лимфоциты 18%, моноциты 4%, СОЭ 36 мм/ч.

Общий анализ мочи: без особенностей.

ДИАСКИНТЕСТ- папула 17 мм.

Данные инструментальных исследований

Рентгенография органов грудной клетки: в нижней доле правого легкого определяется массивная инфильтрация легочной ткани с наличием полости распада и очагами в окружающей легочной ткани.

МСКТ ОГК: определяется неравномерная инфильтрация легочной ткани по всем сегментам нижней доли правого легкого неоднородной структуры за счет полостей

деструкции в S6. В средней доле правого легкого участки усиления легочного рисунка по типу «деревя в почках». В левом легком в средне-нижних отделах определяются свежие очаги со склонностью к слиянию. Просвет трахеи и главных бронхов сохранен. Органы средостения структурны, не смещены. Жидкости в плевральных полостях нет. Бронхопульмональные л/у справа обызвествлены.

ФБС: Просвет бронхиального дерева свободен, доступные осмотру бронхи проходимы. В просвете бронхиального дерева умеренное количество вязкого слизистого содержимого, располагающегося в устьях сегментарных бронхов В4,5,6. Слизистая трахеи и главных бронхов умеренно диффузно отечна, гиперемирована. Взят бронхиальный смыв. Заключение: Двусторонний простой диффузный эндобронхит 1-2 ст.

1. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте диагноз.
2. Какое дополнительное обследование должно быть проведено, учитывая клиническую ситуацию и результаты проведенного обследования.
3. Назначите лечение с учетом сопутствующей патологии.

Задача 6. Больной Г., 38 лет. Изменения в легких выявлены при плановой флюорографии. Жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания:

Изменения в легких выявлены при плановой флюорографии. После рентгенологического обследования направлен к участковому терапевту.

Анамнез жизни: 4 года назад выявлена ВИЧ-инфекция, но антиретровирусную терапию не получал и после выявления не обследовался.

Со слов, ранее был потребителем героина, воздерживается от инъекций около двух лет. Курит с 15 лет по 20 сигарет в день. Консультация инфекциониста: ВИЧ-инфекция.

Стадия нуждается в уточнении. Проведено консультирование. Взяты анализы.

Данные физикального обследования:

Состояние удовлетворительное. Кожа обычной окраски и влажности.

Передне- и заднешейные лимфатические узлы увеличены до 1,0 см, подвижные, безболезненные. Над легкими дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, 78 в мин, АД 110/70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный, печень на 1,5 см ниже края реберной дуги. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Данные лабораторных исследований:

В ОАК эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 134 г/л, лейкоциты $4,0 \times 10^9/л$, п-2%, с-68%, л-21%, м-9%. СОЭ-20 мм/ч.

Общий анализ мочи: норма.

Данные инструментальных исследований:

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки, линейные томограммы верхних отделов легких: на уровне 1-2 сегментов обоих легких видны множественные очаговые тени средней интенсивности, с нечеткими контурами, местами сливающиеся между собой.

1. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте диагноз.
2. Назначите лечение с учетом сопутствующей патологии.

Задача 7. Мужчина 35 лет. Жалобы: слабость, кашель со слизисто-гноной мокротой, потливость, тошнота, боли в правом подреберье, увеличение в объеме живота, периодически носовые кровотечения.

Анамнез заболевания: Болен в течение 2 месяцев, когда появились вышеперечисленные жалобы, обратился к врачу.

Анамнез жизни: регулярно злоупотребляет алкоголем: до 4-5 раз в неделю, отмечает «запой» в течение последних 5 лет.

Данные физикального обследования. При поступлении: состояние средней тяжести, обусловленное явлениями интоксикации, астении. Кожные покровы субиктеричные, бледные. Над легкими дыхание жесткое, рассеянные единичные влажные среднепузырчатые хрипы. ЧДД-18 в минуту, тоны сердца ритмичные, ЧСС-96 уд/мин, АД-100/70 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме, подозрение на наличие свободной жидкости, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Печень выступает на 3-4 см из-под края реберной дуги, край печени плотноватой консистенции, визуализируются расширенные поверхностные вены на передней брюшной стенке. Селезенка + 3 см. Область почек спокойная, симптом поколачивания отрицательный. Отеков нет.

Данные лабораторных исследований:

Метод люминесцентная микроскопия: обнаружены МБТ в мокроте.

ПЦР ДНК МБТ: выявлены мутации, кодирующие лекарственную устойчивость (ЛУ) к изониазиду и рифампицину.

Клинический анализ крови:

эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$ г/л (MCV-82);

гемоглобин - 94 г/л;

лейкоциты - $5,5 \times 10^9$ г/л;

нейтрофилы: сегментоядерные - 64%, палочкоядерные - 12%;

лимфоциты - 16%;

моноциты - 4%;

эозинофилы - 2%;

тромбоциты - 90×10^9 г/л;

СОЭ - 45 мм/ч.

Биохимия крови:

общий белок - 55,3 г/л;

креатинин - 65 мкмоль/л;

мочевина - 2,8 ммоль/л;

билирубин - 22,4 мкмоль/л: непрямой - 22,5 мкмоль/л, прямой - 2,5 мкмоль/л;

АЛТ - 110 ед/л;

АСТ - 184 ед/л;

калий - 3,3 ммоль/л.

Данные инструментальных исследований: Пациент был направлен на флюорографическое обследование, где были выявлены изменения, характерные для диссеминированного туберкулеза

1. Предположите наиболее вероятный сопутствующий диагноз у данного пациента
2. Какой режим противотуберкулезной терапии показан данному пациенту?
3. Назначите лечение с учетом сопутствующей патологии.

Задача 8. Пациент Н, 45 лет. Жалобы на повышение температуры до фебрильных цифр, похудание на 12 кг в течение 3-х месяцев, кашель со слизисто-гнойной мокротой, снижение аппетита, ночная потливость.

Анамнез заболевания. Ранее туберкулезом не болел, туберкулезный контакт отрицает. Изменения в легких выявлены при госпитализации в пульмонологическое отделение с вышеперечисленными жалобами.

Анамнез жизни: Работает разнорабочим на стройке. Семьи нет, проживает в своем доме, дом не благоустроен. Хронические заболевания: отрицает. Алкоголем злоупотребляет периодически. Флюорографическое обследование не проходил более 5 лет.

Данные физикального обследования:

Общее состояние средней степени тяжести. Тяжесть обусловлена явлениями интоксикации, астении.

Температура тела 37,8⁰С. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Перкуторно звук лёгочный. Аускультативно – дыхание жесткое, проводится во все отделы, рассеянные средне-пузырчатые хрипы по всем легочным полям. ЧД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 112 в мин, АД 90/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Вес 49 кг, рост 167 см.

Данные лабораторных исследований:

В клиническом анализе крови:

гемоглобин - 100 г/л,

эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л,

средний объем эритроцита - 75 ф/л,

лейкоциты - $12,5 \times 10^9$ /л,

нейтрофилы - $10,5 \times 10^9$ /л,

лимфоциты - $0,8 \times 10^9$ /л,

моноциты - $0,85 \times 10^9$ /л,

СОЭ - 45 мм/ч.

Общий белок - 60 г/л,

СРБ - 120 мг/л.

Содержание билирубина, АЛТ, АСТ, глюкозы в крови, клиренс креатинина - в норме.

При исследовании крови на гепатиты- антитела к вирусному гепатиту В.

В анализе мокроты выявлены КУМ 3+, методом люминесцентной микроскопии.

ПЦР мокроты- выявлена ДНК МБТ (высокая нагрузка), мутаций лекарственной устойчивости не выявлено.

Диаскин-тест: Папула 12 мм.

На РГ ОГК выявлены изменения характерные для инфильтративного туберкулеза с распадом.

1. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте диагноз.

2. Какое дополнительное обследование должно быть проведено, учитывая клиническую ситуацию и результаты проведенного обследования.

3. Назначите лечение с учетом сопутствующей патологии.

4. Какой режим химиотерапии туберкулеза показан пациенту?

Задача 9. Больной Б., 53 лет, работает электрогазосварщиком в течение 15 лет. Жалобы на сухой кашель, слабость, одышку, повышение температуры тела до 38,4⁰С. Отмечает снижение массы тела за последние 3 месяца на 6 кг. В анамнезе: туберкулезом ранее не болел, туб. контакт отрицает. Проверочные флюорографические осмотры проходит ежегодно. На предшествующей до заболевания флюорограмме годичной давности имелись фиброзные очаги в S2 левого легкого, по поводу которых в противотуберкулёзном диспансере не обследовался. Страдает хроническим бронхитом с редкими обострениями, много курит, алкоголем не злоупотребляет. Настоящее ухудшение состояния отмечает в течение последних трех месяцев, когда появились слабость, одышка при ходьбе, снижение массы тела. К врачу не обращался, изменения в самочувствии

связывал с переутомлением. В последние 10 дней кашель усилился, появилась фебрильная температура.

При осмотре: состояние удовлетворительное, гиперстенического телосложения, кожные покровы бледные, периферические лимфатические узлы не пальпируются. Симптом Штернберга-Поттенджера отрицательный с обеих сторон. Пульс 75 в 1 минуту, тоны сердца ясные, шумов нет. Грудная клетка правильной формы, участвует в акте дыхания, над легкими лёгочный звук, дыхание жесткое, единичные рассеянные сухие хрипы. По другим органам и системам изменений не выявлено.

Клинический анализ крови: НЬ - 109 г/л, ЦП - 0,97, Эр. - $2,8 \times 10^{12}/л$, Л - $20,8 \times 10^9/л$, п/я - 7%, с/я - 72%, э - 7%, м - 12%, л - 21%, СОЭ - 58 мм/час. Протеинограмма: альбумины - 48,6%, глобулины - 51,4%, альфа1 - 8,1%, альфа2 - 10,8%, гамма - 14,9%, бета - 17,6%, а/г коэффициент - 0,9.

Реакция на пробу Манту с 2ТЕ - папула 2 мм. ДТ - отр.

В анализах мокроты бактериоскопически КУМ (-) многократно.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки мономорфная мелкоочаговая диссеминация в обоих легких, очаги преимущественно расположены в кортикальном слое. Корни легких несколько расширены, реактивны, сердце расширено в поперечнике.

1. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте диагноз.
2. Какое дополнительное обследование должно быть проведено, учитывая клиническую ситуацию и результаты проведенного обследования.
3. Назначите лечение с учетом сопутствующей патологии.

Задача 10. Больная В., 57 лет, пенсионерка. В детстве состояла на учете в противотуберкулезном диспансере по поводу гиперергической реакции на пробу Манту, получала противотуберкулезные препараты. Предшествующее флюорографическое обследование 3 года назад, со слов, без патологии. После переохлаждения появились боли в левой половине грудной клетки при дыхании, сухой кашель, температура тела $37,5^{\circ}C$, затем появилась одышка. Обратилась в поликлинику.

При осмотре: левая половина грудной клетки отстает при дыхании, от III ребра и ниже притупление перкуторного тона, дыхание не прослушивается. Пульс 98 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Клинический анализ крови: НЬ - 126 г/л, Эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, Л $10,1 \times 10^9/л$, э - 3%, п/я - 5%, с/я - 65%, л - 17%, м - 10%, СОЭ - 28 мм/час. В биохимическом анализе впервые выявлено повышение глюкозы крови до 8 ммоль/л. В промывных водах бронхов МБТ не обнаружены. Реакция на пробу Манту с 2ТЕ - папула 19 мм.

На обзорной рентгенограмме органов грудной полости в прямой проекции в нижнем отделе левой половины грудной клетки однородное затенение высокой интенсивности, сливающееся с тенью сердца и куполом диафрагмы. Верхняя граница затенения имеет косую границу, идущую от тени сердца кнаружи вверх. В средне-нижнем отделе правого легкого усилен легочный рисунок. Тень средостения смещена в правую сторону.

1. Проведите синдромную диагностику.
2. Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.
3. Составьте план дообследования больного.

4.Проведите дифференциальную диагностику.

Задача 11. Больная Н., 25 лет, студентка вечернего отделения вечерами подрабатывает в кафе. В возрасте 5 лет состояла на учете в ПТД в связи с выражом туберкулиновых проб. В том же возрасте впервые диагностировали сахарный диабет 1 типа. Получает инсулин. Один месяц назад перенесла гриппоподобное заболевание. После этого заметила повышение температуры тела по вечерам до субфебрильных цифр, предутренние поты с ознобами, снижение работоспособности. Неделю назад появились прокалывающие боли в грудной клетке слева и одышка при ходьбе. Обратилась к участковому терапевту.

При осмотре: нормостенической конституции, кожа и видимые слизистые чистые, пальпируются подчелюстные лимфатические узлы, периферические лимфатические узлы безболезненные, ~1 см в диаметре. Пульс 93 в 1 минуту, ритмичный, симметричный, АД 110/60 мм рт.ст. Тоны сердца громкие, шумов нет. ЧДД 18 в 1 минуту. В легких дыхание везикулярное, не выслушивается над нижнелатеральным отделом левого легкого, там же - укорочение перкуторного тона. По линии: латерально от III ребра слева до грудины выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Мочеиспускание безболезненное, отеков нет. С приема была госпитализирована в стационар, где выполнена плевральная пункция. Аспирировано 1100 мл прозрачной желтоватой жидкости.

При обследовании в стационаре:

Клинический анализ крови: НЬ - 114 г/л, Эр. - $3,8 \times 10^{12}/л$, Л - $10,8 \times 10^9/л$, п/я - 7%, с/я - 60%, э - 1%, л - 18%, м - 12%, СОЭ - 40 мм/час.

Анализ мочи: соломенно-желтая, прозрачная, 1020, белок, сахар - отрицательно, эпителий - 0-1 в поле зрения, Л - 1-2 в поле зрения, эритроцитов нет.

Анализ плевральной жидкости: проба Ривальта +, относительная плотность 1019, белок - 30 г/л, эр. единичные в поле зрения, лейкоциты: нейтрофилы - 13%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 79%, моноциты - 5%. Атипичные клетки не найдены.

При бронхоскопии выявлено расширение карины. В устье левого верхнедолевого бронха ограниченная инфильтрация и гиперемия с незначительным сужением просвета бронха.

На обзорной рентгенограмме органов грудной полости определяется интенсивное затемнение левого легкого с косой границей до края III ребра. В верхних отделах обоих легких мелкие очаги до II ребра. Тень средостения не расширена, не смещена, корни структурные.

1. Какие методы исследования необходимо выполнить у данной больной?
2. Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.
3. Проведите дифференциальную диагностику.

Задача 12. У мужчины 40 лет после переохлаждения на следующий день появились боли в нижних отделах грудной клетки слева, связанные с актом дыхания, одышка, субфебрильная температура тела, повышенное потоотделение, слабость. В вечернее время суток госпитализирован в приемный покой районной больницы. Из анамнеза известно, что больной был в контакте с больным туберкулезом братом, у которого

имеется МЛУ МБТ. В анамнезе длительный стаж курения более 20 лет. Из сопутствующих заболеваний обращает на себя внимание хронический бронхит. Два года назад диагностировали язву 12 ПК. В приемном отделении выполнено рентгенологическое обследование.

При рентгеновском обследовании органов грудной клетки выявлено: слева в области нижней доли определяется интенсивное гомогенное затемнение с косой границей до 3 ребра. Правый корень расширен, не структурен. Тень средостения смещена вправо. Правое легкое без очаговых и инфильтративных изменений.

При аускультации: мелкопузырчатые влажные хрипы.

Мокрота по cito: КУМ отрицательно.

Больной переведен на терапевтическое отделение стационара, где был на следующий день был принят врачом. Состояние больного ухудшилось. При осмотре: общее состояние среднетяжелое, кожные покровы бледные, влажные. Температура 39,8 С. Озноб, Пульс ритмичный, 92 уд. в 1 минуту, не напряжен. АД 112/78 мм рт.ст. Дыхание слева ослаблено, притупление перкуторного звука. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Мочеиспускание безболезненное. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: НЬ — 118г/л, эритроциты - $3,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $9,6 \times 10^9$ /л, п/я – 9 %, с/я – 59 %, э – 3 %, л -19 %, м -11 %, СОЭ - 22 мм/Час.

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

В мокроте методом бактериоскопии однократно КУМ (-).

1. Какие методы исследования необходимо выполнить у данного больного?
2. Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.
3. Проведите дифференциальную диагностику.

Задача 13. Женщина 45-ти лет, вес 65, рост 168. Госпитализирована в стационар для прохождения курса химиотерапии по IV режиму, интенсивной фазе. С диагнозом Инфильтративный туберкулез верхних долей обоих легких в фазе распада и обсеменения МБТ+ ЛУ к HRFq. Сопутствующая патология: хронический вирусный гепатит С, минимальной степени активности. Жалобы: на умеренную слабость, снижение аппетита.

Анамнез заболевания:

Лечение получает в течение 3,5 месяцев. За этот период получено 85 доз. Лечение прервалось из-за плохой переносимости терапии. Со слов пациентки «Были плохие показатели печени». В медицинской документации представлен биохимический анамнез крови при поступлении и при выписке без патологий. Есть указание в выписном эпикризе на гепатоксическую реакцию. Тип и сроки появления не указаны.

Данные физикального обследования:

При объективном обследовании: состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое, кожные покровы физиологической окраски. Над легкими дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы, ЧД-16 в минуту, тоны ритмичные, ЧСС-72 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-за реберной дуги, при

пальпации мягко-эластической консистенции, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный. С обеих сторон отеков нет. Стул и диурез в норме.

Данные лабораторных исследований:

В общем клиническом анализе крови:

гемоглобин - 112 г/л,
эритроциты - $3,72 \times 10^{12}$ /л,
лейкоциты - $6,5 \times 10^9$ /л,
нейтрофилы - $6,02 \times 10^9$ /л,
лимфоциты - $1,8 \times 10^9$ /л,
моноциты - $0,65 \times 10^9$ /л,
эозинофилы - $0,04 \times 10^9$ /л,
СОЭ - 30 мм/ч.

В биохимическом анализе крови:

билирубин - 19,5 мкмоль/л: прямой - 4,5 мкмоль/л;
общий белок - 68 г/л;
АЛТ - 358 ед/л (норма 0-55);
АСТ - 380 ед/л (норма 5-34);
креатинин - 75 мкмоль/л;
мочевина - 6,2 ммоль/л;
глюкоза - 4,8 ммоль/л;
калий - 4 ммоль/л;
щелочная фосфатаза - 200 ед/л (норма 60-150);
ГГТП - 60 ед/л (норма 9-36).

1. Какие методы исследования необходимо выполнить у данной больной?
2. Установите предварительный диагноз. Дайте его обоснование.
3. Проведите дифференциальную диагностику.

Задача 14. Мужчина 36 лет, 4 года не проходил флюорографию. При устройстве на предприятие городского водоснабжения вынужден был пройти флюорографию, после чего вызван на дообследование в поликлинику.

Жалобы на покашливание, парестезии в области ступней, тупые боли в правом подреберье.

Анамнез заболевания: Туберкулез у себя отрицает, туберкулезный контакт отрицает. Предыдущая флюорография 4 года назад – код 25, кадр не представлен. 1 месяц назад было кровохарканье в виде прожилок крови в мокроте, к врачам не обращался.

Анамнез жизни: Рос и развивался нормально. Несколько лет постоянной работы не имеет, ранее работал слесарем. Перенесенные заболевания: хронический бронхит, хронический алиментарно-токсический гепатит, полинейропатия нижних конечностей. Аллергический статус неотягощен. Курит с 10 лет, злоупотребляет алкоголем.

Данные физикального обследования: Состояние удовлетворительное. Температура 36,7°C. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. Перкуторный звук легочный. Над легкими единичные рассеянные сухие хрипы, частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 в минуту, АД 130/80 мм.рт.ст. Язык

густо обложен белым налетом, печень на 3-4 см выступает из-под реберной дуги, умеренно болезненна при пальпации. Пальмарная эритема. Физиологические отправления в норме.

Данные лабораторного исследования:

Общеклинический анализ крови: эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 157 г/л, лейкоциты $7,3 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 22%, моноциты – 5%, СОЭ – 6 мм/ч.

Общий анализ мочи без особенностей.

Мокрота на КУМ 3-кратно отрицательная.

Кровь на ВИЧ, вирусные гепатиты – отрицательная.

Данные инструментального исследования:

Компьютерная томография: в 1-2 сегменте левого легкого определяются разнокалиберные перибронхиальные очаги от 2 до 10 мм на фоне фиброзных тяжей к плевре, часть очагов высокой плотности. Единичные кальцинаты в 6 и 9 сегментах левого легкого.

1. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте диагноз.
2. Какое дополнительное обследование должно быть проведено, учитывая клиническую ситуацию и результаты проведенного обследования.
3. Назначьте лечение с учетом сопутствующей патологии.

Перечень вопросов к собеседованию, выносимых на итоговую аттестацию:

Экзамен проводится в форме собеседования комиссии с экзаменуемым и оценивает знания, полученные обучаемым

1. Бактериоскопический метод: виды, разрешающая способность, материал для исследования, характеристика.
2. Бактериологический метод: разрешающая способность, материал для исследования, характеристика, учет результатов.
3. Биологическая проба: разрешающая способность метода, материал для исследования, методика проведения пробы, оценка результатов.
4. Обязательный диагностический минимум исследования на туберкулёз.
5. Дополнительные методы диагностики во фтизиопульмонологии: инвазивные методы(перечислить и дать их характеристику).
6. Дополнительные методы диагностики во фтизиопульмонологии: неинвазивные методы(перечислить и дать их характеристику).
7. Виды биопсии во фтизиопульмонологии, гистологическая характеристика биоптатов.
8. Методы определения активности туберкулёзного процесса.
9. Методы определения микобактерий туберкулеза с их краткой характеристикой.
10. Плевральная пункция: методика проведения. Характеристика плеврального выпота при туберкулезном плеврите: макроскопическая, биохимическая, цитологическая, иммунологическая.
11. Люмбальная пункция: методика проведения. Характеристика ликвора при туберкулезном менингите: макроскопическая, биохимическая, цитологическая,

- иммунологическая.
- 12.Туберкулин: определение, историческая справка, состав, виды.
 - 13.Проба Манту: показания, противопоказания, методика проведения.
 - 14.Проба Манту: оценка результатов, отличие поствакцинальной аллергии от инфекционной.
 - 15.Диаскин-тест
 - 16.IGRA-тесты в диагностике туберкулеза
 - 17.Фибробронхоскопия: виды, показания и противопоказания, методика проведения, результаты исследования при различных формах туберкулеза органов дыхания.
 - 18.Основные клинические, лабораторные и рентгенологические синдромы при туберкулезе органов дыхания.
 - 19.Исследования мокроты у больных туберкулезом органов дыхания.
 - 20.Иммунологические исследования в клинике фтизиопульмонологии.
 - 21.Факультативные методы диагностики во фтизиопульмонологии.
 - 22.Изменения в гемограмме у больных туберкулезом органов дыхания.
 - 23.Микобактерии туберкулеза: морфология, виды.
 - 24.Клиническая классификация туберкулеза
 - 25.Своевременное выявление туберкулеза: пути и методы, критерии и группы своевременного выявления туберкулеза.
 - 26.Резервуар туберкулезной инфекции. Пути передачи туберкулезной инфекции. Основные эпидемиологические показатели туберкулеза и их характеристика.
 - 27.Группы риска по заболеваемости туберкулезом. Декретированные группы населения.
 - 28.Латентная туберкулезная инфекция
 - 29.Патогенез первичного туберкулеза с клеточным и гуморальным иммунитетом.
 - 30.Патогенез вторичного туберкулеза с клеточным и гуморальным иммунитетом.
 - 31.Туберкулез и ВИЧ
 32. Первичный туберкулезный комплекс
 - 33.Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
 - 34.Туберкулезная интоксикация у детей и подростков
 - 35.Очаговый туберкулез
 - 36.Инфильтративный туберкулез
 37. Казеозная пневмония
 38. Диссеминированный туберкулез
 39. Милиарный туберкулез
 40. Кавернозный туберкулез
 - 41.Фиброзно-кавернозный туберкулез
 - 42.Цирротический туберкулез
 - 43.Туберкулезные плевриты
 44. Туберкулема

Формы контроля 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, перевод текстов, проведение расчетов, подготовка клинических разборов)	Собеседование Проверка заданий Клинические разборы
Участие в научно-исследовательской работе кафедры	Доклады Публикации
Участие в научно-практических конференциях, семинарах	Предоставление сертификатов участников
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование
Подготовка ко всем видам контрольных испытаний	Тестирование Собеседование

Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная:

Ш/2080д УК 1645/Туберкулез органов дыхания : руководство для врачей / [Н. А. Браженко и др.] ; под ред. Н. А. Браженко. - СПб. : СпецЛит, 2012. - 367 с. : ил., табл. - (Руководство для врачей). - Библиогр.: с. 364-367.: всего 100 : НО (2), ЧЗ (3), УО (95)
32 фпо Гематогенный туберкулез глаз: патогенез, патоморфология, диагностика [Текст] : пособие для врачей / [Е. И. Устинова и др.] ; Первый Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, Фтизиоофтальмол. санаторий "Красный вал". - СПб. : РИЦ ПСПбГМУ, 2016. - 43 с. : ил., табл – 29 экз.
39 фпо/ 01447Туберкулез мочеполовых органов [Текст] : учеб. пособие для студентов мед. вузов, клинич. ординаторов и аспирантов / В. Я. Дубинский [и др.] ; под ред. С. Х. Аль-Шукри ; Первый Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. урологии с курсом урологии с клиникой. - СПб. : РИЦ ПСПбГМУ, 2017. - 43 с. - Библиогр.: с. 43 (10 назв.): всего 74 : НО (5), УО (66), ЧЗ (3)
50 фпо Туберкулезное поражение центральной нервной системы у ВИЧ-инфицированных больных [Текст] : учеб.-метод. пособие для клинич. ординаторов и врачей / Первый Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. неврологии ; [сост.: А. А. Вишневский и др.]. - СПб. : РИЦ ПСПбГМУ, 2017. - 47 с. : ил., табл. – 74 экз

Дополнительная:

П 16/444/Браженко, Николай Андреевич. Профилактика туберкулеза в современных
--

эпидемиологических условиях [Текст] : пособие для врачей общ. практики / Н. А. Браженко ; Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. фтизиопульмонологии. - СПб. : Изд-во СПбГМУ, : всего 1 : НО (1)
П 16/572 Туберкулез : гомеостаз организма и эффективность лечения [Текст] : монография / Н. А. Браженко, О. Н. Браженко. - СПб. : СпецЛит, 2017. - 414, [1] с. : ил., табл. – 1 экз.
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. : табл. - Библиогр.: с. 28-29 (29 назв.): всего 2 : НО (2)
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. : ил., табл. – 2 экз.

ЭБС Консультант :

Казанцев В.А., Внебольничная пневмония [Электронный ресурс] / В.А. Казанцев - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 112 с. - ISBN 978-5-9704-3817-6 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438176.html
Илькович М.М., Интерстициальные и орфанные заболевания легких [Электронный ресурс] / под ред. М.М. Ильковича - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 560 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-3889-3 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438893.html
Зими́на В.Н., Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых [Электронный ресурс] : руководство / В.Н. Зими́на, В.А. Кошечкин, А.В. Кравченко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-2746-0 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427460.html
Мишин В.Ю., Туберкулинодиагностика [Электронный ресурс] / Мишин В.Ю. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 136 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2338-7 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423387.html
Перельман М.И., Фтизиатрия [Электронный ресурс] : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3318-8 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433188.html

ЭБС Консультант врача:

Чучалин А.Г., Респираторная медицина: в 3 т. Т. 1. [Электронный ресурс] : руководство / под ред. А. Г. Чучалина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 640 с. - ISBN 978-5-4235-0262-1 - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502621.html
Викторова И. Б., Диссеминированные заболевания легких у пациентов с различным ВИЧ-статусом [Электронный ресурс] / И. Б. Викторова [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-4214-2 - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442142.html
Зими́на В.Н., Диагностика и лечение туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией

[Электронный ресурс] / В.Н. Зимина, А.В. Кравченко, Ю.Р. Зюзя, И.А. Васильева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3510-6 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435106.html>

Глава 18. Туберкулез и его профилактика Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439067.html>

Глава 20. Туберкулез кожи Дерматовенерология. Национальное руководство / под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с. - (Серия "Национальные руководства").

ТУБЕРКУЛЕЗ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. Иллюстрированное руководство : учеб. пособие / под ред. П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляева, Н. А. Григорьева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 148 с. : ил.

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/journal/Туберкулез%20и%20болезни%20легких)
[http://roftb.ru/structure/Клинические рекомендации](http://roftb.ru/structure/Клинические%20рекомендации)

Разработчики:

Профессор кафедры социально-значимых инфекций и фтизиопульмонологии, доцент, д.м.н., О.Н. Браженко
Ассистент кафедры социально-значимых инфекций и фтизиопульмонологии, к.м.н. А.Г. Чуйкова

Рецензент:

Заведующая кафедрой фтизиатрии ФГБОУ ВО СПбГПМУ, профессор, д.м.н. М.Э. Лозовская

Эксперт:

Главный врач СПбГБУЗ ПТД № 8 Григорьева Г.В.