

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет



Фтизиопульмонология

рабочая программа дисциплины (модуля)

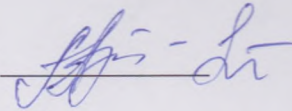
Закреплена за кафедрой	Дерматовенерологии и фтизиатрии	
Учебный план	Специальность 31.08.35 Инфекционные болезни	
Квалификация	врач-инфекционист	
Форма обучения	очная	
Общая трудоемкость	2 ЗЕТ	
Часов по учебному плану	72	Виды контроля в семестрах: зачеты 1
в том числе:		
аудиторные занятия	48	
самостоятельная работа	24	

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семес тр на курсе>)	1 (1.1)		Итого	
	Неделя		22	
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	8	8	8	8
Практически	40	40	40	40
Итого ауд.	48	48	48	48
Контактная	48	48	48	48
Сам. работа	24	24	24	24
Итого	72	72	72	72

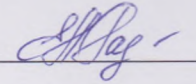
Программу составил(и):

к.м.н., доцент, Азыкова А.Б.; к.м.н., доцент, Курманова Н.К.



Рецензент(ы):

к.м.н., доцент, зав.кафедрой, Радченко Е.А.; к.м.н., доцент, Субанкбеков М.Д.



Рабочая программа дисциплины

Фтизиопульмонология

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.35 ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 25.08.2014г. №1077)

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.08.35 Инфекционные болезни

утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.

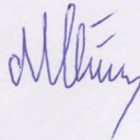
Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Дерматовенерологии и фтизиатрии

Протокол от 11 сентября 2015 г. № 2


Срок действия программы: 2017-2019 уч.г.

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Балтабаев М.К.




Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

23 сентября 2020 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
Исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры
Дерматовенерологии и фтизиатрии

Протокол от 4 сентября 2020 г. № 1
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Балтабаев М.К. 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2021 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
Исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры
Дерматовенерологии и фтизиатрии

Протокол от _____ 2021 г. № _____
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Балтабаев М.К.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2022 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
Исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры
Дерматовенерологии и фтизиатрии

Протокол от _____ 2022 г. № _____
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Балтабаев М.К.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2023 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
Исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры
Дерматовенерологии и фтизиатрии

Протокол от _____ 2023 г. № _____
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Балтабаев М.К.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Формирование знаний умений и практических навыков, необходимых для ранней диагностики туберкулеза легких, проведения комплекса лечебных и профилактических мероприятий, диагностики неотложных состояний на до- и госпитальном этапах оказания медицинской помощи.
-----	--

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б1.В
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Инфекционные болезни
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Вакцинопрофилактика
2.2.2	Детские инфекции
2.2.3	Клиническая фармакология
2.2.4	Реанимация
2.2.5	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

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

Знать:

Уровень 1	ведение утвержденных форм учетно-отчетной документации и эпидемиологию туберкулеза легких;
Уровень 2	клинические проявления туберкулеза легких, методы обследования, позволяющие их диагностировать или исключить;
Уровень 3	алгоритм использования методов обследования.

Уметь:

Уровень 1	выбирать наиболее информативные методы физикального, инструментального и лабораторного обследования;
Уровень 2	обобщать и правильно оценивать результаты обследования;
Уровень 3	оценивать тяжесть состояния больного, применять необходимые меры для выведения больных из этого состояния;

Владеть:

Уровень 1	квалифицированным сбором анамнеза, методами физикального обследования;
Уровень 2	Методом дифференциальной диагностики туберкулеза легких и неотложных состояний;
Уровень 3	методами забора материала для морфологического исследования (мазки, соскобы, пункции)

ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов с инфекционными заболеваниями**Знать:**

Уровень 1	Основные методы исследований патологических состояний, симптомов и синдромов различных нозологических форм.
Уровень 2	Специфику выявления различных видов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ-10
Уровень 3	Основные синдромы поражения органов и систем и их специфику при различных нозологических формах в соответствии с МКБ-10

Уметь:

Уровень 1	Интерпретировать полученные результаты исследования различных нозологических форм.
Уровень 2	Анализировать различные виды патологических состояний, симптомов, синдромов при различных нозологических формах в соответствии с МКБ-10.
Уровень 3	Дифференцировать симптомы и синдромы при схожих патологических состояниях.

Владеть:

Уровень 1	Методами общеклинического обследования (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
Уровень 2	Навыками выявления различных симптомов, синдромов и патологических состояний при различных нозологических форм в соответствии с МКБ-10
Уровень 3	Навыками обоснования клинического диагноза в соответствии с МКБ-10

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	Эпидемиологическую ситуацию с заболеваемостью туберкулезом детей и взрослых в мире, в КР, в России. Основные законодательные акты по туберкулезу, Национальные программы по борьбе с туберкулезом в КР и РФ.
3.1.2	Методы выявления туберкулеза у детей, подростков и взрослых, в том числе эпидемиологически опасных форм туберкулеза (микроскопия мазка по Цилю-Нельсону).
3.1.3	Современные классификации туберкулеза, этиологию, патогенез, симптоматику туберкулеза и основных инфекционных заболеваний;
3.1.4	Методы специфической профилактики среди населения и в очагах туберкулезной инфекции;
3.1.5	Методы лечения больных туберкулезом в соответствии с рекомендациями клинических протоколов;
3.1.6	Принципы и меры инфекционного контроля в медицинских организациях.
3.2	Уметь:
3.2.1	Собрать анамнез: провести опрос больного, его родственников, провести физикальное обследование пациента различного возраста, направить на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам;
3.2.2	Интерпретировать результаты обследования, поставить больному предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
3.2.3	Разработать больному план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия;
3.2.4	Выявить основные клинические признаки внелегочных форм туберкулеза и направить больных к соответствующим специалистам;
3.2.5	Установить объем помощи при неотложных состояниях и использовать последовательность её оказания;
3.2.6	Формировать группы повышенного риска заболевания туберкулезом как легочным, так и внелегочным, обеспечить их дифференцированное наблюдение.
3.2.7	Интерпретировать патологические изменения на рентгенограммах и других материалах лучевого обследования органов грудной клетки.
3.3	Владеть:
3.3.1	Методами общего клинического обследования больных.
3.3.2	Методами раннего выявления туберкулеза у детей, подростков и взрослых, относящихся к группам риска.
3.3.3	Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у больных;
3.3.4	Алгоритмом постановки предварительного диагноза больным с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам специалистам;
3.3.5	Алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным;
3.3.6	Владеть методиками проведения дифференциальной диагностики туберкулеза с другими заболеваниями.
3.3.7	Обследования очагов туберкулезной инфекции, с определением его типа и эпидемиологической опасности.
3.3.8	Методами санитарного просвещения населения и пропаганды здорового образа жизни

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Общая часть						
1.1	Эпидемиология туберкулеза (ТБ). Показатели распространенности ТБ в мире и КР. Методы обследования больных при подозрении на туберкулез. Микробиологические методы выделения возбудителя ТБ в патологическом материале. Патоморфологические реакции при туберкулезном воспалении. /Лек/	1	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.2	Основные эпидпоказатели. Клиническая классификация ТБ. Классификация ТБ по рекомендации ВОЗ. Методы обнаружения возбудителя ТБ. Патоморфология ТБ. /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

1.3	Профилактика ТБ (виды и организация проведения). Рентгенодиагностика ТБ органов дыхания. Группы населения, подлежащие обязательному флюорографическому обследованию. /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.4	Туберкулинодиагностика. Иммунологические методы выявления туберкулеза. Виды туберкулиновых проб. Диаскинтест. Специфическая профилактика. Вакцина БЦЖ. Осложнения вакцинации, их лечение. /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
Раздел 2. Первичный и вторичный туберкулез легких.							
2.1	Патогенез первичного туберкулеза. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков. Первичный туберкулезный комплекс (ПТК). ТБ внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ). Патоморфология. Течение и лечение. Осложнения первичного ТБ. /Лек/	1	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.2	Диссеминированный туберкулез легких. Милиарный туберкулез. Туберкулезный менингит. Классификация, клиника. Ранняя диагностика, дифференциальная диагностика и лечение. Исходы. /Лек/	1	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.3	Очаговый туберкулез. Туберкулома легких. Казеозная пневмония. Инфильтративный туберкулез легких. Патогенез, патоморфология и особенности клинической картины. Лечение и исходы. Дифференциальная диагностика. /Лек/	1	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.4	Патогенез ПТ. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков. ПТК. ТВГЛУ. Течение и лечение. Патоморфология. Осложнения первичного ТБ. /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.5	Острый, подострый и хронический диссеминированный туберкулез легких. Туберкулезный менингит. Классификация, клиника, особенности течения у детей и взрослых. Дифференциальная диагностика и лечение. Исходы. /Пр/	1	4		Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.6	Очаговый туберкулез. Туберкулома легких. Казеозная пневмония. Инфильтративный ТБ легких. Патоморфология и особенности клинической картины. Лечение и исходы. Дифференциальная диагностика. /Пр/	1	4		Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

2.7	Деструктивные хронические формы туберкулеза легких: кавернозный, фиброз-но-кавернозный, цирротический ТБ легких. Внелегочные формы туберкулеза. ТБ верхних дыхательных путей, полости рта, трахеи, бронхов. ТБ плеврит. ТБ костей и суставов. ТБ мочеполовой системы. ТБ периферических и мезентеральных лимфатических узлов. /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.8	Национальные программы «ТБ» и стратегия DOTS, стратегия «Остановить ТБ» Особенности выявления больных туберкулезом с позиций стратегии DOTS /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.9	Структура и функции центров борьбы с ТБ. Роль ПМСП в выявлении и лечении ТБ. Инфекционный контроль в организациях здравоохранения. /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.10	Общие принципы и методы химиотерапии больных ТБ, лечение по стратегии DOTS и DOTS плюс. /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.11	Туберкулинодиагностика, диаскинтест. Вакцинация БЦЖ, БЦЖ-М. Рентгендиагностика ТБ органов дыхания. /Ср/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.12	ПТК. ТВГЛУ. Патоморфология. Течение и лечение. Осложнения первичного ТБ. /Ср/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.13	Диссеминированный туберкулез легких. Туберкулезный менингит. Классификация, клиника, особенности течения у детей и взрослых. Ранняя диагностика, дифференциальная диагностика и лечение. /Ср/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.14	Деструктивные хронические формы туберкулеза легких: кавернозный, фиброз-но-кавернозный, цирротический ТБ легких. Внелегочные формы туберкулеза. ТБ верхних дыхательных путей, полости рта, трахеи, бронхов. ТБ плеврит. ТБ костей и суставов. ТБ мочеполовой системы. ТБ периферических и мезентеральных лимфатических узлов. /Ср/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.15	Структура и функции центров борьбы с ТБ. Роль ПМСП в выявлении и лечении ТБ. Инфекционный контроль в организациях здравоохранения. /Ср/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.16	Общие принципы и методы химиотерапии больных ТБ, лечение по стратегии DOTS и DOTS плюс. /Ср/	1	3,7	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.17	/КрТО/	1	0,3			0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

1. Определение - что такое туберкулез?

2. Источники и пути передачи туберкулезной инфекции среди людей и животных.
3. Распространенность туберкулеза в мире и Кыргызской Республике.
4. Клиническая классификация туберкулеза.
5. Значение анамнеза, осмотра, перкуссии и аускультации в обследовании больного туберкулезом органов дыхания.
6. Основные клинические формы туберкулеза органов дыхания детей и подростков и взрослых.
7. Основные патогенные свойства возбудителя туберкулеза. Типы микобактерий туберкулеза, формы изменчивости. (Лекарственно-устойчивые микобактерии туберкулеза, их свойства, L-формы, их свойства, фильтрующиеся формы, «Атипичные» микобактерии).
8. Возбудитель туберкулеза, его основные свойства.
9. Микробиологические методы выявления возбудителя туберкулеза в биосредах.
10. Патоморфологические реакции при туберкулезном воспалении.
11. Морфология различных клинических форм туберкулеза и его осложнений
12. Этапы процессов заживления: посттуберкулезные остаточные изменения и метатуберкулезный синдром.
13. Роль клеточного и гуморального иммунитета в защите от туберкулеза.
14. Виды туберкулина и туберкулиновых проб и основные показания к их применению.
15. Механизм развития реакций организма на туберкулиновые пробы.
16. Применение пробы Манту с 2 ТЕ для раннего выявления туберкулеза.
17. Инфекционная и поствакцинальная чувствительность (аллергия) к туберкулину.
18. Специфическая профилактика. Виды вакцин (БЦЖ и БЦЖ-М).
19. Показания и противопоказания к вакцинации и ревакцинации БЦЖ и БЦЖ-М.
20. Техника внутрикожной вакцинации и ревакцинации БЦЖ, сроки, методика отбора лиц, нуждающихся в ревакцинации.
21. Учет местных прививочных реакций. Возможные осложнения, их лечение.
22. Международная классификация осложнений на вакцинацию БЦЖ, их частота. Лечение.
23. Химиопрофилактика - показания и методика проведения, противопоказания у назначению.
24. Санитарная профилактика туберкулеза.
25. Санитарная пропаганда знаний по туберкулезу.
26. Методы рентгенологического обследования больных туберкулезом органов дыхания.
27. Рентгенография как основной метод рентгенологического исследования, виды рентгенографий.
28. Оценка качества и порядок чтения рентгенограмм.
29. Рентгенологическая картина эволюции различных форм туберкулеза органов дыхания.
30. КТ, ЯМР-томографии в диагностике туберкулеза.
31. Эпидемиологическое значение раннего выявления туберкулеза. Информативность рентгенологического исследования для диагностики туберкулеза.
32. Роль профилактического флюорографического исследования в выявлении туберкулеза органов дыхания.
33. Цифровая флюорография, преимущества.
34. Показания для рентгеноскопического исследования.
35. Сегментарное строение легкого при рентгенологическом исследовании.
36. Томография послойная как важнейший дополнительный метод рентгенологического исследования, его преимущества.
37. Рентгенологическое исследование с использованием контрастных веществ. (Бронхография, ангиопневмография, фистулоплеврография, пневмомедиастинография, диагностический пневмоторакс), основные показания.
38. Значение «входных ворот» для возникновения и массивности инфицирования первичного туберкулеза.
39. Методы раннего выявления туберкулеза у детей и подростков.
40. Патогенез первичного туберкулеза.
41. Основные объективные и клинические признаки, присущие первичному туберкулезу.
42. Вираз туберкулиновых реакций и его характерные особенности.
43. Параспецифические реакции.
44. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков. Клинические признаки, течение, лечение и исходы.
45. Клинико-рентгенологические фазы ПТК.
46. Патоморфология неосложненного и осложненного первичного комплекса, его клинические признаки. Диагностика, течение и лечение.
47. Исходы первичного комплекса и значение остаточных посттуберкулезных изменений для возникновения вторичных форм туберкулеза.
48. Клинико-рентгенологические формы ТВГЛУ.
49. Инфильтративный и туморозный бронхоаденит, диагностика, течение и лечение.
50. Патоморфология и патогенез туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов.
51. Классификация (схемы) внутригрудных лимфатических узлов.
52. Особенности туберкулеза у детей раннего возраста и подростков.
53. Осложнения первичного туберкулеза органов дыхания, их диагностика и лечение.
54. Дифференциальная диагностика различных форм первичного туберкулеза.
55. Острый, подострый и хронический диссеминированный туберкулез легких, патологоанатомические и рентгенологические признаки. Диагностика, клиника и лечение. Осложнения.
56. Дифференциальная диагностика диссеминированного туберкулеза легких. Диагностика, клиника и лечение милиарного туберкулеза. Исходы.
57. Туберкулез центральной нервной системы и туберкулезный менингит.
58. Патогенез туберкулезного менингита. Особенности диагностики и течения менингита у детей и взрослых.
59. Интерпретация результатов исследования спинномозговой жидкости.
60. Ранняя дифференциальная диагностика, лечение туберкулезного менингита.
61. Осложнения туберкулезного менингита, их лечение.

62. Патогенез, патоморфология и особенности клинической картины очагового туберкулеза и туберкулем легких.
63. Лечение, исход, дифференциальная диагностика.
64. Особенности клинических проявлений и характер течения распространенных и остро прогрессирующих форм туберкулеза, осложнения и прогноз (инфильтративный туберкулез легких и казеозная пневмония).
65. Особенности клинико-рентгенологических проявлений и характер течения распространенных и остро прогрессирующих форм туберкулеза (диссеминированный туберкулез легких, милиарный туберкулез.)
66. Особенности клинических проявлений, диагностика, клиника, лечение, исходы казеозной пневмонии.
67. Клинико-рентгенологические типы инфильтратов, особенности их течения, лечение, исходы.
68. Дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза с другими заболеваниями легких.
69. Причины формирования и морфологические признаки деструктивных форм туберкулеза легких
70. Кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез легких, клиника, лечение и исходы. Эпидемиологическое значение больших деструктивными формами туберкулеза легких.
71. Клинико-рентгенологические признаки наиболее распространенных нетуберкулезных заболеваний легких и принципы их дифференциальной диагностики с туберкулезом.
72. Внелегочные формы туберкулеза. Патогенез развития, местные и общие проявления, особенности диагностики, дополнительные методы исследования.
73. Туберкулез верхних дыхательных путей, полости рта, трахеи, бронхов.
74. Туберкулезный плеврит. Рентгенологические и клинические особенности экссудативных туберкулезных плевритов, в том числе эмпиемы плевры, дифференциальная диагностика.
75. Туберкулез периферических лимфатических узлов.
76. Туберкулез костей и суставов, мочеполовой системы.
77. Абдоминальный туберкулез.
78. Клинико-рентгенологические, морфологические проявления нетуберкулезных заболеваний периферических лимфатических узлов, костей и суставов, ЦНС и других систем и принципы их дифференциальной диагностики с туберкулезом соответствующих органов и систем.
79. Причины позднего выявления внелегочных форм туберкулеза.
80. Основные положения и задачи Национальных программ по борьбе с туберкулезом в КР
81. Классификация туберкулеза по ВОЗ с эпидемиологических позиций.
82. 5 принципов стратегии «DOTS». Стратегия «Остановить туберкулез».
83. Принципы и сроки лечения больных ТБ, в соответствии со стратегией «DOTS».
84. Организация выявления больных туберкулезом по стратегии DOTS в мире и в КР.
85. Роль ПМСП в выявлении и лечении больных туберкулезом.
86. Контингенты населения среди взрослых, подлежащие обязательному ежегодному профилактическому обследованию методом флюорографии.
87. Контингенты населения среди подростков и детей, подлежащие обязательному ежегодному профилактическому обследованию методом туберкулинодиагностики.
88. Общие принципы и методы химиотерапии больных ТБ.
89. Лечение по стратегии DOTS и DOTS плюс - интенсивная и поддерживающая фазы химиотерапии. Типы больных. Результаты лечения. Амбулаторная модель лечения.

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ОБУЧЕННОСТИ УМЕТЬ

1. На курируемом пациенте необходимо:
2. Собрать анамнез, провести опрос больного, его родственников, провести физикальное обследование пациента различного возраста, направить на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам;
3. Интерпретировать результаты обследования, поставить больному предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз;
4. Показать значение и важность правильного и полного сбора анамнеза болезни и жизни больных туберкулезом.
5. Перечислить методы исследования обязательного диагностического минимума (ОДМ) и ДМИ -1
6. Перечислить показания к использованию инструментальных видов биопсий (ДМИ-2).
7. Перечислить показания к использованию хирургических видов биопсий (ДМИ-2).
8. Показать в чем заключается совместная деятельность ОЛС, органов санэпиднадзора и противотуберкулезной службы в вопросах профилактики ТБ, выявления и лечения больных туберкулезом.
9. Сравнить информативность различных лабораторных методов обнаружения микобактерий туберкулеза: бактериоскопия, метод посева.
10. Перечислить факторы и группы повышенного риска инфицирования и заболевания туберкулезом среди детских и подростковых контингентов.
11. Перечислить классификацию осложнений на вакцинацию БЦЖ, их частоту. Лечение.
12. Показать роль и значение флюорографического метода исследования.
13. Проводить мероприятия в очаге туберкулезной инфекции по выявлению контактных, их обследованию и установлению гигиенического и противоэпидемиологического режима.
14. Описать разнообразие клинических проявлений милиарного туберкулеза. Исходы.
15. Выделить клинико-рентгенологические проявления диссеминированного туберкулеза легких.
16. Раскрыть и объяснить клинику основных периодов клинического течения туберкулезного менингита.
17. Роль и значение биопсий в диагностике туберкулем и других округлых образований в легких.
18. Показать особенности морфологического характера воспаления и острого течения процесса как результат состояния выраженного иммунодефицита у больных казеозной пневмонией.
19. Показать значение своевременного хирургического вмешательства в излечении больных туберкулезом.
20. Показать значение микроскопии мокроты и бактериологического метода (посев мокроты) в постановке диагноза,

контроля лечения и определения ЛУ форм.

21. Перечислить рентгенологические признаки туберкулезного поражения костей и суставов и их дифференциальную диагностику с другими поражениями костно-суставного аппарата.

стр. 12 УП: 31050150_15_13лд.pli.xml

22. Показать особенности течения туберкулеза мочеполовой системы – частота и клиника поражения разных отделов МПС.

23. Перечислить основные принципы лечения больных ТБ и обосновать принципы своевременности, комплексности, рациональности, длительности, непрерывности и преемственности.

24. Охарактеризовать химиопрепараты использующиеся при лечении впервые выявленных больных туберкулезом и раннее леченных.

25. Разъяснить методы и способы (пациент-инициированный и активный) выявления больных туберкулезом, среди каких групп населения они используются.

26. Назначить сроки контроля и определить критерии оценки эффективности лечения впервые выявленных больных и раннее леченных.

27. Раскрыть проблему мультирезистентного туберкулеза в республике и во всем мире, усвоить методы выявления ЛУ туберкулеза.

28. Указать причины формирования лекарственной устойчивости.

29. Обосновать принципы лечения больных МЛУ-ТБ по программе DOTS – Плюс согласно рекомендациям ВОЗ.

30. Показать значение инфекционного контроля в организациях здравоохранения.

31. Показать особенности диагностики и течения ТБ у ВИЧ-инфицированных лиц. Лечение ко-инфекции.

32. Показать влияние беременности и родов на развитие и течение туберкулеза.

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ОБУЧЕННОСТИ ВЛАДЕТЬ.

На курируемом пациенте необходимо:

1. Провести осмотр больного методом общего клинического обследования;

2. По результатам осмотра провести интерпретацию результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у больных;

3. Пользуясь алгоритмом постановки предварительного диагноза и алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза поставить больному диагноз с последующим направлением его на дополнительное обследование и к врачам специалистам.

4. Особенности сбора анамнеза у лиц подозрительных на туберкулез, больных туберкулезом.

5. Навыками формирования групп повышенного риска заболевания туберкулезом среди детей и подростков по пробе Манту.

6. Навыками диагностики осложнений вакцинации и ревакцинации вакциной БЦЖ и БЦЖ-М.

7. Алгоритмом описания на рентгенограмме патологических образований в легких и в средостении.

8. Навыками составления групп и факторов повышенного риска инфицирования и заболевания туберкулезом среди детских и подростковых контингентов.

9. Способами определения менингеальных симптомов при туберкулезном менингите.

10. Способами определения симптомов поражения черепно-мозговых нервов при туберкулезном менингите.

11. Способами определения симптомов поражения диэнцефальной области.

12. Составления группы риска по внелегочному туберкулезу и объема наблюдения за пациентом.

13. Алгоритмом действия врачей общей лечебной сети при подозрении на туберкулез различных локализаций

14. Методами патогенетического лечения больных ТБ

15. Навыками интерпретации результатов микроскопического исследования мокроты в соответствии с алгоритмом выявления случаев туберкулеза по ВОЗ.

16. Методикой сбора мокроты (соблюдение техники безопасности до, во время и после сбора мокроты).

17. Новыми подходами к проведению санитарного просвещения.

18. Навыками обследования очагов туберкулезной инфекции, с определением его типа и эпидемиологической опасности.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Учебным планом не предусмотрено написание курсовой работы по дисциплине.

5.3. Фонд оценочных средств

5.4. Перечень видов оценочных средств

Тесты
Клинические задачи
Доклад с презентацией
Курация больного

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
---------------------	----------	-------------------

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Цогт Г., Чубаков Т., Кадыров А.	Фтизиатрия: учебник для вузов	Б.: ИП "Побединская Наталья Васильевна" (KIRLand Print) 2017
Л1.2	Яблонский П.К.	Фтизиатрия. Национальные клинические рекомендации: учебное пособие	М.: ГЭОТАР - Медиа 2016
6.1.2. Дополнительная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Перельман М.И.	Фтизиатрия. Национальное руководство: Учебное пособие	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007
Л2.2	Руководство под редакцией О.И. Король, М.Э. Лозовской М.Э.	Туберкулез у детей и подростков.	С-Петербург 2005
6.1.3. Методические разработки			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Азыкова А.Б., Чубаков Т.Ч., Алишеров А.Ш.	Учебно-методическое пособие к практическим занятиям по фтизиатрии: учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2012
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"			
Э1	Московское общество фтизиатров		www.m-o-f.ru, www.mosftiziatr.ru
Э2	Электронная библиотека Российской государственной библиотеки (РГБ)		www.gumer.info
Э3	Российская национальная электронная библиотека (РунЭБ)		www.elibrary.ru
Э4	ИНТЕРНЕТ ЖУРНАЛ-CONSILIUM-MEDICUM/		www.consiliummedicum.com
6.3. Перечень информационных и образовательных технологий			
6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии			
6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии: лекции, практические занятия, ориентированные на сообщение одиноким знаниям и способам действий. Практические занятия проводятся на базе инфекционной больницы с обязательной курацией тематических больных.		
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии: занятия, формирующие системное мышление и способность генерировать идеи при решении различных творческих задач-ролевые игры.		
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии: самостоятельное использование студентами Интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы, ознакомление с фото и видео материалами интернет-источников по соответствующему разделу.		
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения			
6.3.2.1	Электронная библиотека КРСУ www.lib.krsu.kg		
6.3.2.2	Использование слайд-презентаций при проведении лекционных и практических занятий.		
6.3.2.3	Информационно-поисковые системы: Medline, PubMed, Web of Science		
6.3.2.4	Проблемы туберкулеза и болезни легкихwww.tibl-journal.com		
6.3.2.5	Электронная библиотека студента «Консультант студента» www.studmedlib.ru		
6.3.2.6	Российская национальная электронная библиотека (РунЭБ): www.elibrary.ru		
6.3.2.7	Правовая база «Консультант-Плюс».		
6.3.2.8			

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Лекционные аудитории на 30 посадочных мест на базе Национального центра фтизиатрии (НЦФ)
7.2	Учебные аудитории для проведения практических занятий – 2 учебные аудитории на базе Национального центра фтизиатрии (НЦФ)
7.3	Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, оснащенные специализированным оборудованием и медицинскими изделиями (тонометр, фонендоскоп, термометр,противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, облучатель бактерицидный) и расходным материалом. (На базе Национального центра фтизиатрии (НЦФ).
7.4	Мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор)
7.5	Набор настенных таблиц (плакатов) по каждой клинической форме туберкулеза;
7.6	Набор рентгено- и томографических снимков по легочному и внелегочному туберкулезу и другой легочной патологии.

7.7	Набор учебной литературы, рекомендованной ВОЗ по внедрению стратегии ДОТС со схемами лечения и других наглядных пособий по теме.
7.8	Электронная библиотека дисциплины (в электронном варианте имеются все лекции по предмету и учебно-методическое пособие, учебно-методические рекомендации к занятиям.);

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Технологические карты дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 3

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Тестирование проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершённая задокументированная часть учебной дисциплины совокупность тесно связанных между собой зачётных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

При явке на зачёт ординатор обязаны иметь при себе зачётную книжку. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем ординаторам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли. На промежуточном контроле ординатор должен верно ответить на тестовые задания - (знать), правильно выполнить ситуационную задачу и интерпретировать лабораторные данные в ней(уметь, владеть).

Во время проведения промежуточного контроля преподаватель подводит итоги по курации больных в течении цикла. Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на тестовые вопросы ординатор правильно ответил на 60-75% вопросов)
- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если при ответах на тестовые вопросы ординатор правильно ответил на 76-85% вопросов, правильно выставил предварительный диагноз и план обследования при решении клинической задачи)
- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (если при ответах на тестовые вопросы ординатор правильно ответил на 86-100% вопросов, правильно выставил предварительный диагноз, план обследования и определил тактику лечения при решении клинической задачи)

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.

I. При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

- 1) Организационный этап занятия (время – до 2%):
 - а) перекличка;
 - б) задание на дом следующей темы;
 - в) мотивация темы данного практического занятия;
 - г) ознакомление студентов с целями и планом занятия;
- 2) Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время – до 20%):
 - а) варианты тестового контроля I и III уровня;
 - б) коррекция преподавателем теоретических знаний ординаторов;
- 3) Этап демонстрации преподавателем практических навыков и/или тематических больных (время – до 15%);
- 4) Этап самостоятельной работы ординаторов у постели больного (время – до 45%);
- 5) Заключительный этап занятия (время – до 18%):
 - а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больных, обследованных ординаторами
 - б) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений, в том числе с помощью решения ситуационных клинических задач;
 - в) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения ординаторами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

II. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОРДИНАТОРА

1. Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.

Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины:

Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 10-15 минут.

Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 10-15 минут.

Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту – 1 час в неделю.

Подготовка к практическому занятию – 2 час.

Всего в неделю – 3 часа 30 минут.

2. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса.

Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

3. Рекомендации по работе с литературой.

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф, какие новые понятия

введены, каков их смысл, что даст это на практике?

4. При подготовке к промежуточному и рубежному контролям нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы ординатора по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков ординатора по сбору, систематизации, переработке информации, оформлению её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов-презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у ординатора навыки работы на компьютере.

Материалы-презентации готовятся ординатором в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Требование к ординатору по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается ординатором из предложенного списка ФОС и должна быть согласована с преподавателем и соответствовать теме занятия.

2. Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?

- что будет на слайде?

- что будет говориться?

- как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Слайды должны быть выдержаны в едином стиле, одним шрифтом, пронумерованы.

- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.

- Количество слайдов не более 30.

- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.

- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.

- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.

- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.

- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.

- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.

- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.

- Любая фраза должна говориться за чем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.

- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.

- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы придется размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов.

Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте.

Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

4. Ординатор обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;

- использовать технические средства;

- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;

- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;

- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:

- название презентации;

- сообщение основной идеи;

- современную оценку предмета изложения;

- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;

- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.

Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА.

При решении ситуационной задачи надо обращать внимание на пол, возраст, место проживания больного и профессию.

Выделить синдромы в клинической симптоматике, выявить причинные факторы, факторы из жизни, способствующие

развитию данного заболевания. Объективные признаки. Результаты лабораторно-инструментального обследования. Используя знания по квалификации болезни и критериев диагноза необходимо решить первый вопрос: выставить диагноз, согласно классификации. Исходя из вышесказанного, необходимо составить план обследования с ожидаемыми результатами. После чего решить окончательный вопрос: назначения лечения, с учетом доз и курса лечения.

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО

Курация проводится по схеме, указанной в п.5.3.

В процессе курации студент должен овладеть следующими практическими навыками:

1. целенаправленно собрать анамнез жизни и заболевания, акцентируя внимание на эпиданамнезе.
2. провести объективный осмотр больного и оценить полученные данные в соответствии с возрастной нормой (ЧСС, ЧД, А/Д и др.)
3. выделить ведущие клинические синдромы.
4. Оценить имеющиеся лабораторные данные (общий анализ крови, время кровотечения и свертывания, протромбиновый индекс, общий билирубин и его фракции, АСТ/АЛТ, общий белок, альбумин крови, остаточный азот, мочевины, креатинин, общий анализ мочи, ликвор, бактериологические посевы и серологические реакции, а также Rg-графию органов грудной клетки и др.).
5. составить план дополнительного лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза;
6. сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь классификацией болезни;
7. назначить адекватную оральную и инфузионную терапию, рассчитать объем вводимых растворов, назначить адекватную этиотропную терапию, определить разовые, суточные и курсовые дозы антибиотиков; определить прогноз болезни у конкретного больного;
8. оказать необходимую врачебную помощь на догоспитальном этапе при гиповолемическом шоке, при инфекционно-токсическом шоке, при ботулизме, ОСЛТ, синдроме бронхиальной обструкции, гипертермическом синдроме, судорожном синдроме, острых аллергических реакциях.

1. Основные эпидемиологические показатели туберкулеза:
 - a) инфицированность, заболеваемость, абациллирование;
 - b) заболеваемость, болезненность, смертность;
 - c) заболеваемость, закрытие каверн, болезненность;
 - d) болезненность, смертность, инфицированность;
 - e) абациллирование, закрытие каверн, перевод из активной группы в неактивную.

2. Инфицированию и заболеванию туберкулезом при контакте с бактериовыделителем чаще всего подвергаются:
 - a) дети младшего возраста;
 - b) дети 10 - 12 лет и подростки;
 - c) молодые люди до 39 лет;
 - d) лица среднего возраста (40-59 лет);
 - e) пожилые люди (60 лет и старше).

3. К высокой заболеваемости населения туберкулезом можно отнести выявление:
 - a) 100 заболевших на 100000 населения;
 - b) 60-90 заболевших на 100000 населения;
 - c) 30-50 заболевших на 100000 населения;
 - d) 20 заболевших на 100000 населения;
 - e) 10 заболевших на 100000 населения.

4. Какие клинические формы туберкулеза органов дыхания включены в современную клиническую классификацию?
 - a) ранняя туберкулезная интоксикация;
 - b) цирротический туберкулез легких;
 - c) гематогенный диссеминированный туберкулез легких;
 - d) острый милиарный туберкулез легких, казеозная пневмония;
 - e) крупозная пневмония, эмпиема плевры.

5. Назовите один из основных методов выявления больных туберкулезом, при обращении в общую лечебную сеть:
 - a) сбор эпидемиологического анамнеза;
 - b) общий анализ крови;
 - c) бактериологическое исследование мокроты на БК;
 - d) трехкратная бактериоскопия мокроты на БК;
 - e) рентгено-томография легких.

6. Для своевременного выявления туберкулеза необходимо проводить
 - a) массовые профилактические обследования населения на туберкулез;
 - b) обследование на туберкулез больных в общих и специализированных лечебных учреждениях;

- c) регулярное и качественное обследование групп риска по туберкулезу;
 - d) санитарно-просветительную работу с населением;
 - e) все перечисленное.
7. Кратность флюорографического обследования декретированных контингентов населения на туберкулез
- a) не реже 2 раз в год;
 - b) не реже 1 раза в год;
 - c) не реже 1 раза в 2 года;
 - d) не реже 1 раза в 3 года;
 - e) не реже 1 раза в квартал.
8. Назовите преимущества метода бактериоскопии перед рентгенологическим методом диагностики туберкулеза органов дыхания
- a) Вероятность правильного диагноза при бактериоскопии существенно выше (98 %случаев)2.Бактериоскопия определяет эпидемиологически опасные случаи туберкулеза;
 - b) Бактериоскопия позволяет правильно установить приоритет лечения разных случаев туберкулеза;
 - c) Бактериоскопия является наиболее объективным методом мониторинга лечения;
 - d) Все перечисленное.
9. Микобактерии в организме больного могут находиться в следующих популяциях:
- a) Метаболически активные микобактерии;
 - b) Микобактерии, фагоцитированные макрофагами (внутриклеточные);
 - c) Неактивные (дремлющие, персистирующие, семидормантные), дающие спонтанные вспышки активности;
 - d) Дормантные (постепенно умирающие) микобактерии;
 - e) Все выше перечисленное.
10. Назовите основные свойства L-форм БК, имеющие клиническое и эпидемиологическое значение:
- a) Авирулентность;
 - b) лекарственная устойчивость;
 - c) персистенция и реверсия;
 - d) полиморфизм;
 - e) изменчивость.
11. Метод прямой бактериоскопии обязательно применяется при:
- a) длительном субфебрилитете;

- b) длительной лихорадке;
 - c) кашле более трех месяцев;
 - d) кашле более двух месяцев;
 - e) кашле более двух-трех недель.
12. Обследование мокроты на БК методом бактериоскопии 2-3-хкратно показано следующим больным:
- a) Со следующими симптомами: кашель с выделением мокроты 2-3 нед и более, боли в груди, кровохарканье, лихорадка, потеря массы тела;
 - b) Находящимся в контакте с больным туберкулезом;
 - c) Страдающими тяжелыми сопутствующими заболеваниями;
 - d) С "выражением" туберкулиновых проб;
 - e) Перенесшим в прошлом туберкулез.
13. Какие воспалительного характера изменения в органах и тканях являются типичными при туберкулезе?
- a) Неспецифические;
 - b) Параспецифические;
 - c) Продуктивные;
 - d) Казеозные;
 - e) Экссудативные.
14. Что является основой структуры туберкулезного бугорка?
- a) Альтерация;
 - b) Гигантские клетки Пирогова-Лангханса;
 - c) Макрофаги;
 - d) Лимфоциты;
 - e) Казеоз.
15. По характеру морфологических проявлений, при инфильтративном туберкулезе преобладает следующий тип воспаления
- a) Альтеративный;
 - b) Экссудативный;
 - c) Продуктивный;
 - d) Смешанный;
 - e) Казеозный.
16. При казеозной пневмонии морфологически преобладает следующий тип воспалительной реакции:
- a) Экссудативный;

- b) Альтеративный;
- c) Пролиферативный;
- d) зависит от локализации;
- e) зависит от вида БК.

17. Массовая туберкулинодиагностика - это метод ...

- a) подтверждения активного туберкулезного процесса выявления остаточных посттуберкулезных изменений;
- b) ранней диагностики туберкулеза;
- c) диагностики ХНЗЛ;
- d) иммунопрофилактики туберкулеза.

18. Что из себя представляет туберкулин?

- a) убитые микобактерии туберкулеза;
- b) ослабленные микобактерии туберкулеза;
- c) продукт жизнедеятельности микобактерий туберкулеза;
- d) бульон с микобактериями туберкулеза;
- e) L-формы микобактерий туберкулеза.

19. Цель постановки внутрикожной пробы Манту с 2 ТЕ?

- a) Для определения активности туберкулезного процесса;
- b) Для ранней диагностики туберкулеза у детей и подростков;
- c) Для определения эффективности лечения;
- d) Для определения локализации процесса;
- e) Для определения группы учета.

20. "Вираз" туберкулиновой реакции - это

- a) появление впервые положительной реакции на пробу Манту связанная с вакцинацией БЦЖ;
- b) впервые положительная проба не связанная с вакцинацией БЦЖ;
- c) нарастание положительной пробы Манту на 3мм;
- d) переход положительной туберкулиновой пробы в отрицательную;
- e) положительная проба Коха с 20ТЕ.

21. Подкожная проба Коха используется для:

- a) своевременного выявления туберкулеза;
- b) выявления поствакцинальной аллергии;
- c) отбора лиц на ревакцинацию;
- d) дифференциальной диагностики;
- e) лечения больных активным туберкулезом.

22. Вакцина БЦЖ представляет собой
- a) продукт жизнедеятельности живых туберкулезных палочек;
 - b) особый штамм живых, ослабленных атипичных микобактерий;
 - c) особый штамм живых, ослабленных типичных микобактерий туберкулеза;
 - d) особый штамм живых, ослабленных L-форм микобактерий туберкулеза;
 - e) продукт жизнедеятельности убитых туберкулезных палочек.
23. Абсолютные противопоказания к ревакцинации БЦЖ
- a) Поствакцинальная аллергия;
 - b) Инфекционная аллергия (туберкулезная);
 - c) Аллергический отек кожи;
 - d) Аллергический дерматит;
 - e) Экссудативный диатез.
24. Назовите осложнения после вакцинации и ревакцинации БЦЖ
- a) Бронхоаденит;
 - b) региональный лимфаденит;
 - c) скрофулодерма;
 - d) гнойно-некротическая реакция кожи;
 - e) линейный рубец.
25. Доза вакцины БЦЖ, используемая для вакцинации и ревакцинации
- a) 0,0005мг;
 - b) 0,05мг;
 - c) 0,01мг;
 - d) 0,1мг;
 - e) 0,005мг.
26. Длительность проведения химиопрофилактики туберкулеза
- a) 3 мес.
 - b) 4 мес.
 - c) 5 мес.
 - d) 6 мес.
 - e) 1 год
27. Какая мера профилактики ТБ является наиболее эффективной в современной эпидемиологической обстановке в Кыргызстане?

- a) Своевременное лечение и абациллирование больных с положительным мазком мокроты;
 - b) Химиопрофилактика;
 - c) Иммунопрофилактика;
 - d) Санитарная профилактика;
 - e) Дезинфекция очага тубинфекции.
28. В каких сегментах наиболее часто локализуется туберкулезный процесс в легких?
- a) В 3 сегменте;
 - b) В 4 сегменте;
 - c) В 5 сегменте;
 - d) В 1-2-ом сегментах;
 - e) В 9 сегменте.
29. Заболевания и состояния, дающие на Р-грамме синдром легочных диссеминаций
- a) Саркоидоз I ст.
 - b) Инфильтративный туберкулез легких;
 - c) Саркоидоз II ст.
 - d) Очаговый туберкулез легких;
 - e) Фиброзно-кавернозный туберкулез легких.
30. Заболевания и состояния, дающие на Р-грамме синдром кольцевидных теней.
- a) Первичный туберкулезный комплекс;
 - b) Деструктивный туберкулез легких;
 - c) Подострый диссеминированный туберкулез;
 - d) Экссудативный плеврит;
 - e) Бронходулярный свищ.
31. Какой из методов рентгенологических обследований позволяет определить локализацию процесса по долям и сегментам?
- a) Компьютерная томография;
 - b) Срединная томография;
 - c) Электрорентгенография;
 - d) Бронхоскопия;
 - e) Рентгенография в прямой и боковой проекциях.
32. Заболевания туберкулезной этиологии, дающие на Р-грамме синдром затемнения.
- a) Туберкулома;
 - b) туберкулез внутригрудных лимфоузлов;
 - c) инфильтративный туберкулез;

- d) ателектаз;
 - e) спонтанный пневмоторакс.
33. Укажите основной рентгенологический признак инфильтративного туберкулеза, облегчающий дифференциальную диагностику с острой пневмонией:
- a) локализация в нижней доле правого легкого;
 - b) неоднородная структура затемнения;
 - c) дорожка к корню;
 - d) очаги бронхогенного обсеменения в легких;
 - e) реакция плевры.
34. Назовите наиболее достоверный признак, который будет свидетельствовать в пользу инфильтративного туберкулеза при проведении дифференциальной диагностики с неспецифической пневмонией
- a) однократное обнаружение БК в мокроте;
 - b) обнаружение БК в мокроте не менее двух раз;
 - c) положительная клиническая динамика в результате проведения химиотерапии;
 - d) положительная рентгенологическая динамика - полное рассасывание инфильтрации в течение 2-4 нед.
 - e) положительная клиническая динамика в результате проведения лечения неспецифическими АБП.
35. Неблагоприятный исход инфильтративного туберкулеза
- a) Формирование туберкулемы;
 - b) Образование каверны;
 - c) Ателектаз;
 - d) Формирование рубцово-склеротических изменений в легких;
 - e) Легочные кровотечения.
36. Чем опасна туберкулезная каверна?
- a) Фиброзом;
 - b) Ателектазом;
 - c) Определением в легких шума трения плевры;
 - d) Аспирационной пневмонией;
 - e) Выделением МБТ.
37. Варианты заживления каверны при благоприятном исходе
- a) Санированная каверна;
 - b) Бронхиальный свищ;
 - c) Формирование рубца;

- d) Формирование ложной туберкулемы;
- e) Переход в фиброзно-кавернозный туберкулез легких;
- f) цирроз легкого;
- g) плеврит;
- h) формирование линейного или звездчатого рубца;
- i) санированная каверна;
- j) туберкулома.

38. Современный взгляд на патогенез вторичного туберкулеза заключается в:

- a) теории эндогенной реактивации;
- b) теории экзогенной суперинфекции;
- c) конвергенции этих двух теорий;
- d) теории гематогенной диссеминации;
- e) теории лимфогенной диссеминации.

39. Клинические «маски» инфильтративного туберкулеза легких

- a) "грипп";
- b) Пневмония;
- c) острый бронхит;
- d) ОРВИ;
- e) все перечисленное.

40. Какой диагностический метод исследования наиболее достоверный при дифф. диагностике деструктивных форм туберкулеза и неспецифических полостных образований в легких?

- a) Рентгенологический;
- b) Цитологический;
- c) Бактериоскопический;
- d) Бронхологический;
- e) пробное лечение.

41. Что является наиболее частой причиной смерти больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких?

- a) поражение бронхов;
- b) иммунодефицитное состояние больных;
- c) неспецифическое осложнение бронхолегочной системы;
- d) прогрессирование туберкулезного процесса;
- e) легочное кровохарканье.

42. Исходом нелеченного кавернозного туберкулеза является

- a) линейный рубец;
- b) звездчатый рубец;
- c) цирротический рубец;
- d) фиброзно-кавернозный туберкулез;
- e) келоидный рубец.

43. Какой перкуторный симптом наиболее характерен для больных плевритом?

- a) Симптом Потенжера-Воробьева;
- b) Симптомы линии Дамуазо-Соколова;
- c) Симптомы Винтриха;
- d) Амфорическое дыхание;
- e) Симптом Кораньи.

44. Врачебная тактика при выявлении экссудативного плеврита у лиц молодого возраста

- a) консультация фтизиатра;
- b) консультация хирурга;
- c) консультация онколога;
- d) боковая рентгенограмма легких;
- e) срединная томограмма легких.

45. Заражение туберкулезом костей и суставов происходит в результате

- a) проникновения МБТ по кровеносным и лимфатическим сосудам;
- b) проникновения МБТ ликворогенным путем;
- c) проникновения МБТ по контакту;
- d) проникновения МБТ по бронхам;
- e) проникновения МБТ смешанным путем.

46. К осложнениям туберкулезного спондилита относятся

- a) деформации позвоночника;
- b) натечные абсцессы;
- c) свищи;
- d) параличи, парезы;
- e) все вышеперечисленное.

a) У больного туберкулезом мочевыводящей системы могут развиваться следующие осложнения, кроме:

- b) Микроцистис;
- c) Нефролитиаз;
- d) ХПН;
- e) абсцесс в области поясницы;

- f) натечный абсцесс.
47. К формам абдоминального туберкулеза относят специфическое поражение
- органов пищеварения;
 - брюшины;
 - мезентериальных лимфатических узлов;
 - брыжейки тонкой кишки и забрюшинного пространства;
 - все вышеперечисленное.
48. При какой клинической форме туберкулеза легких наиболее часто применяется хирургический метод лечения?
- первичный туберкулезный комплекс;
 - диссеминированный туберкулез легких с распадом;
 - инфильтративный туберкулез с распадом;
 - очаговый туберкулез легких с распадом;
 - фиброзно-кавернозный туберкулез легких.
49. Какой характер побочных реакций наиболее часто встречается при приеме рифампицина у больных туберкулезом?
- отек Квинке;
 - мерцательная аритмия;
 - ототоксическое;
 - гепатотоксическое;
 - нейротоксическое.
50. Противопоказания для оперативного лечения больных туберкулезом?
- 1.двухсторонний, распространенный туберкулез легких;
 - 2.легочное кровохарканье;
 - 3.туберкулема легкого с распадом, БК-4. кавернозный туберкулез легких;
 - 5.ограниченный инфильтративный туберкулез легких.
51. По данным ВОЗ, в мире ежегодно заболевают заразными формами туберкулеза:
- 3 млн. человек;
 - 8 – 9 млн. человек;
 - 3,5 млн. человек;
 - 16 – 20 млн. человек;
 - 2 млрд. человек.
52. По данным ВОЗ, в мире ежегодно умирает от туберкулеза:

- a) 2.0 млн. человек;
- b) 1 млн. человек;
- c) 3 9-10 млн. человек;
- d) 50% больных туберкулезом;
- e) 16-20 млн. человек.

Задача 1.

У ребенка 11 лет на пробу Манту с 2 ТЕ – инфильтрат 16 мм в диаметре. В десятилетнем возрасте реакция Манту была отрицательная. 6 месяцев назад ребенок имел контакт с больным открытой формой туберкулеза легких. Жалобы на слабость, плохой аппетит, раздражительность, быструю утомляемость. Кожные покровы бледные, чистые, мышечный тургор удовлетворительный. Периферические лимфатические узлы множественные, 2-3 размера, мягко-эластической консистенции. В легких и других внутренних контурах патологических изменений не выявлено.

Гемограмма: Л – 9×10^9 /л, п-8, с-57, э-5, лимф- 24, м-6, СОЭ – 20 мм/ч.

На рентгенограмме органов грудной клетки – норма.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз и дайте его обоснование.

Задача 2.

Больная С., 22 года, мед. сестра противотуберкулезного диспансера. Заболела остро: повысилась температура тела до 38°C ., появился озноб, ночные поты, слабость, кашель с небольшим количеством мокроты, боль в правой половине грудной клетки, одышка. По поводу правосторонней пневмонии в течение 15 дней лечилась ампициллином. Температура снизилась до субфебрильных цифр, однако, в правом легком под ключицей продолжали выслушиваться средне- и мелкопузырчатые влажные хрипы. В этой же зоне перкуторно определялось укорочение легочного звука.

Гемограмма: Л- 11×10^9 /л, э-2, п-13, с-56, л-17, м-12, СОЭ – 22 мм /час. Реакция Манту с 2 ТЕ – инфильтрат 12 мм. В мокроте микроскопией обнаружены МБТ. Рентгенологически в правом легком от верхушки до II ребра определяется неправильной формы ограниченное затемнение 4×5 см., неомогенной структуры, средней интенсивности с нечеткими контурами с просветлением в центре (2×2 см) и очагами малой интенсивности вокруг затемнения. В корнях петрификаты. На правой боковой рентгенограмме указанные затемнения локализируются в зонах 1 – 2 сегментов.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз и дайте его обоснование.
2. Определить тип больной, режим лечения
3. Сроки контроля по стратегии ДОТС.

Задача 3.

Больной С., 46 лет, житель сельской местности переведен из пульмонологического отделения областной больницы с предполагаемым диагнозом – левосторонний экссудативный плеврит туберкулезной этимологии. Заболел около месяца назад остро: без видимой причины повысилась температура тела до 39°C ., появились боли в левой половине грудной клетки. Врачом-терапевтом поставлен диагноз – левосторонняя пневмония. Получал антибиотики широкого спектра действия без эффекта. Консультирован фтизиатром и направлен в областную больницу, откуда был переведен в противотуберкулезный диспансер. При поступлении жаловался на небольшие боли в левой половине грудно клетки, общую слабость,

утомляемость, кашель в течение дня со скудной слизистой мокротой. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,6⁰С, левая половина грудной клетки отстаёт в дыхании, межреберные выбухают, голосовое дрожание ослаблено, легочный звук укорочен, дыхательные шумы не прослушиваются. На рентгенограмме органов грудной клетки левое легочное поле гомогенно затемнено. Тень имеет косую верхнюю границу, идущую снаружи внутрь и сверху вниз по ходу II ребра, и распространяется вниз до диафрагмы. Интенсивность затемнения возрастает сверху вниз. Очаговых и инфильтративных теней в лёгких не определяется. В анализе крови повышенная СОЭ (18 мм/ч) при нормальном числе лейкоцитов, лимфопения (20%) и незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерных лейкоцитов 8%). В анализе мокроты МБТ не обнаружены. Реакция на пробу Манту положительная – папула 12 мм.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дообследование больного.
3. Укажите, какой вид активного лечебно-диагностического вмешательства показан в данном случае.

Задача 4.

Больной К., 60 лет, страдает фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в течение последних 5 лет. Недавно стал замечать частый неустойчивый стул, отеки в области лодыжек. Отеки не зависят от времени суток и носят стойкий характер. Мочегонные дают нестойкий и кратковременный эффект. На рентгенограмме в правом легком в верхней доле гигантская каверна с массивными фиброзными изменениями в окружающей ткани, очагами отсева в нижележащие отделы правого легкого и верхушку слева. Сердце носит характер «легочного», в анализе крови умеренная анемия (Hb 115 г/л), лейкоциты 10×10^9 /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерные нейтрофилы 7%), СОЭ 45 мм/ч. В анализе мочи: белок 0,33%, гиалиновые цилиндры. В анализе мокроты МБТ+.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш диагноз.
2. Назначьте план обследования больного.
3. Укажите наиболее подходящий режим лечения данного больного.

Задача 5.

Больная Н., 30 лет, врач, заболела примерно полтора месяца назад, когда появились колющие боли в правой половине грудной клетки, общее недомогание, слабость, субфебрильная температура тела. Лечилась антибиотиками широкого спектра действия в течение 2 недель с незначительным эффектом. После обследования лучевыми методами, консультирована фтизиатром и направлена для лечения в противотуберкулезный диспансер. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Правая половина грудной клетки отстаёт в дыхании. Перкуторно звук легочный, при аускультации справа в подмышечной области прослушивается шум трения плевры. На рентгенограмме органов грудной клетки справа от верхушки до III ребра пристеночно узкая полоска затемнения, обусловленная утолщенной плеврой. В легочном поле справа гомогенная малоинтенсивная затемнение, топографически в правой легком в проекции С_{II} обнаружена группа близко расположенных

очаговых теней с не вполне четкими контурами. Анализы без изменений. Реакция на пробу Манту положительная, папула 16 мм.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите дальнейшую тактику в отношении данной больной.

Задача 6.

Больная С., 24 года, поступила в терапевтический стационар с жалобами на общую слабость утомляемость, небольшой кашель с мокротой, боль в грудной клетке, субфебрильную температуру. Страдает системной красной волчанкой (СКВ), ранее рентгенологически определялось усиление легочно-сосудистого рисунка и деформация его по сетчатому типу. На протяжении этих 2 лет принимала лечение преднизолоном на фоне аскорбиновой кислоты, витаминов группы В, симптоматических средств. В течение 1,5 лет рентгенологическое обследование не проводилось. Контакт с больными туберкулезом не установлен. В правом легком на фоне везикобронхиального дыхания выслушиваются средне-пузырчатые звонкие влажные хрипы. Гемограмма: Л. – $9,4 \times 10^9/\text{л}$, п. – 13%, СОЭ – 21 мм/ч. В мокроте обнаружены МБТ. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ – инфильтрат 17 мм. При использовании лучевых методов исследования определяется уменьшение в объеме верхней доли правого легкого и небольшое смещение трахеи и средостения вправо. На уровне I-II ребер определяется кольцевидная тень неправильной формы с шириной стенки 3x4 см. В средних отделах обоих легких определяются очаговые тени различной величины и интенсивности.

ЗАДАНИЕ.

1. Обоснуйте диагноз.
2. Что подтверждает туберкулезную этиологию заболевания?
3. Почему определяется именно такая форма туберкулеза?
4. Какая стадия течения болезни?

Задача 7.

Больной М., 48 лет, страдает туберкулезом легких в течение 12 лет. Заболевание характеризуется волнообразным течением, периодическим ухудшением состояния в весенне-осеннее время. Регулярно проводятся курсы специфического лечения, однако положительной рентгенологической динамики в течение последних 5 лет не отмечается. Бактериовыделение скудное и непостоянное. В связи с ухудшением состояния, усилением кашля, увеличением количества мокроты, больной поступил на лечение. При осмотре правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, межреберные промежутки сужены. Перкуторно от верхушки до II ребра справа укорочение легочного звука, в этом же месте аускультативно дыхание жесткое, сухие хрипы. В мокроте МБТ не обнаружены. Рентгенологически в правом легком от верхушки II ребра, занимая всю ширину легочного поля, определяется средней интенсивности неомогенное затемнение. Легочное поле сужено, органы средостения смещены в стороны поражения. В верхней доле левого легкого определяется группа очагов средней интенсивности с четкими контурами. Специфическое лечение в течение 4 месяцев сопровождалось заметным улучшением общего состояния, однако рентгенологической динамики не отмечалось.

Диагноз: фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ+.

ЗАДАНИЕ.

1. Правильно ли определена клиническая форма туберкулеза?
2. С какой клинической формой туберкулеза следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Укажите основные различия (клинико-рентгенологические) между этими формами

Задача 8.

Больной К., 25 лет, поступил с жалобами на ощущения жжения в полости рта после приема острой и горячей пищи, незначительный сухой кашель, снижение аппетита, потоотделение, повышение температуры тела до 39⁰С. Начало заболевания относится к периоду появления неприятных ощущений в полости рта, которые впервые отметил 2 месяца назад. При объективном обследовании обращает внимание снижение массы тела (масса тела больного составляет 42 кг). При осмотре слизистых оболочек полости рта на нижней поверхности языка и миндалинах определялись язвенные изменения, покрытые некротическим налетом. В легких на фоне жестковатого оттенка дыхания выслушиваются единичные сухие хрипы. В мокроте микробактерии туберкулеза не обнаружены. В гемограмме отмечены анэозинофилия, палочкоядерный сдвиг, лимфопения в сочетании с умеренно-выраженным лейкоцитозом с увеличением СОЭ. Рентгенологически отмечается полиморфная очаговая диссеминация, равномерно выраженная на всем протяжении, при отсутствии изменений со стороны корней. Реакция на пробу Манту 2 ТЕ отрицательная.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте клинический диагноз и приведите его обоснование.
2. Определите направление обследования необходимого для верификации клинического диагноза в том случае, если полученные данные, с вашей точки зрения, не являются для этого достаточными.

Задача 9.

У мужчины 38 лет при профилактической флюорографии выявлена полиморфная диссеминация в проекциях верхних долей, расположенная на фоне диффузных фиброзных изменений. В базальных отделах легких явление эмфиземы. Корни увеличены, фиброзно изменены, смещены вверх. При дополнительном обследовании выявлен перенесенный 10 лет назад туберкулез легких, в связи с чем больной в этот период считался в течение 10 месяцев временно нетрудоспособным, после чего продолжал по своей профессии. С тех пор чувствовал себя удовлетворительно.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте клинический диагноз и подтвердите его приведенными результатами обследования.
2. Определите задачи дальнейшего обследования и его этапы.

Задача 10.

Больной К., 22 года, в течение 4 лет страдает сахарным диабетом с компенсированным течением. При профилактическом рентгенографическом обследовании органов грудной клетки справа определяются округлой формы образование диаметром 0,5 см с четкими контурами, неоднородной структуры вследствие наличия участков обызвествления и

эксцентрично расположенного серповидного просветления с единичными мелкими очагами по периферии. Микроскопически в мокроте МБТ не определяются, при динамическом наблюдении динамики изменений в легких в течение 3 месяцев не отмечается.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте клинический диагноз и подтвердите его приведенными результатами обследования.

Задача 11.

Больного И., 30 лет, в течение 3 месяцев беспокоит слабость, утомляемость, кашель с небольшим количеством мокроты. Самостоятельно принимал дома ампициллин, отхаркивающие средства. Состояние не улучшилось. Усилился кашель, поднялась температура тела до 37,7⁰С. При обследовании в городском тубдиспансере: температура субфебрильная, боли в нижнем отделе левой половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно ниже угла левой лопатки укорочение легочного звука, там же везикулобронхиальное дыхание, немногочисленные влажные средне-пузырчатые хрипы. В мокроте бактериоскопическим методом обнаружены МБТ.

Рентгенологически в 6-ом сегменте левого легкого определяется кольцевидная тень 4х3 см с широкой стенкой, имеющей четкие внутренние и нечеткие наружные контуры вокруг очага бронхогенной диссеминации. После 3-х месяцев лечения по стратегии DOTS, больной жалоб не предъявляет. Рентгенологически диаметр кольцевидной тени остается прежним, но стенка ее стала тонкой, очаговые тени уплотнились и уменьшились.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте клинический диагноз и дайте его обоснование.

Задача 12.

Ребенок 5 лет. Данные ежегодных проб Манту с 2 ТЕ ППД - Л: 10 мм инфильтрат; 5 мм гиперемия; уколочная реакция; 11мм инфильтрат. На месте вакцинации БЦЖ имеется рубчик размером 9 мм. Данные объективного обследования в норме.

ЗАДАНИЕ.

1. Дайте оценку и заключение данным пробы Манту.
2. Составьте план необходимых мероприятий.

Задача 13.

У мужчины 30 лет при очередном профилактическом осмотре на флюорограмме выявлены изменения в легких. В детстве имел контакт с больным туберкулезом отцом. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. При пальпации определяется незначительное напряжение мышц плечевого пояса справа. Перкуторно над лопаткой справа определяется незначительное укорочение перкуторного звука, здесь же выслушивается ослабленное дыхание. На обзорной рентгенограмме и томограммах справа в проекции С1 определяются множественные малоинтенсивные тени диаметром до 1 см. У основания С2 участок распада диаметром 0,5-0,8 см. В мокроте МБТ не обнаружены, лабораторные показатели без отклонений от нормы. Поставлен диагноз: инфильтративный туберкулез, фаза распада, МБТ- .

ЗАДАНИЕ.

1. Правильно ли определена клиническая форма туберкулеза?
2. С какой клинической формой следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Укажите основные клинико-рентгенологические различия между дифференцируемыми формами.

Задача 14.

У призывника при флюорографии выявлены изменения в С1-С2 правого легкого. Жалоб нет. Контакт с больным туберкулезом не установлен. В гемограмме и протеинограмме изменений нет. Реакция на С-реактивный белок отрицательная. Бактериовыделение не обнаружено. На обзорной рентгенограмме и томограммах справа в С1-С2 определяется группа мелких интенсивных очагов с четкими контурами. В С3 субплеврально определяется очаговая тень около 1 см в диаметре неправильной формы, высокой интенсивности. В правом корне мелкие петрификаты.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Определите тактику реабилитации больного.

Задача 15.

Больная, 34 года. В детстве перенесла туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. С 16 лет по поводу туберкулеза не обследовалась. При профилактическом флюорографическом обследовании в легких обнаружены интенсивные очаговые тени, локализирующиеся в С2 левого легкого.

ЗАДАНИЕ.

1. Составьте план обследования больной для определения фазы (активности) туберкулезных изменений в легких и выделите данные подтверждающие диагностическое заключение.

Задача 16.

Больной М. 50 лет, рабочий, поступил с жалобами на резко выраженную общую слабость, обильное потоотделение, повышение температуры тела до 39⁰С, кашель с большим количеством гнойной мокроты без запаха, одышку при физической нагрузке. Заболел остро, месяц назад. Лечился амбулаторно АБШ спектра действия, но состояние продолжало прогрессивно ухудшаться. Объективно: выраженное снижение массы тела (вес 49 кг). Грудная клетка уплощена в переднезаднем размере, Межреберные промежутки запавшие. Перкуторно справа определяется укорочение перкуторного звука от ключицы до 4 ребра и в межлопаточном пространстве, здесь же – усиление голосового дрожания. В межлопаточном пространстве справа выслушиваются мелко- и среднекалиберные пузырьчатые хрипы. В мокроте микроскопией обнаружены в большом количестве МБТ. В гемограмме – высокий лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, выраженная лимфопения и увеличение СОЭ до 40 мм/ч.

Рентгенологически справа до 4 ребра определяется интенсивная, неоднородная по структуре тень, занимающая весь поперечник легкого с нечеткими контурами. В нижних

отделах обоих легких множественные очаги обсеменения. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ отрицательная.

ЗАДАНИЕ.

1. Определите и обоснуйте диагноз.
2. Определите направление обследования, необходимого для уточнения фазы процесса в том случае.
3. Дайте объяснение диссоциации между выраженной легочной симптоматикой, обильным бактериовыделением, с одной стороны, и отрицательной пробой Манту с 2 ТЕ – с другой.

Задача 17.

Больной К, 52 года, страдает в течение 3 лет сахарным диабетом. В течение последних 6 месяцев беспокоит нарастающая слабость, быстрая утомляемость, кашель с мокротой. Периодически отмечает повышение температуры тела. К врачу не обращался, так как перечисленные жалобы связывает с заболеванием сахарным диабетом. При очередном профилактическом флюорографическом обследовании выявлены патологические изменения в легких. При дообследовании на рентгенограмме в правом легком от верхушки до 3 ребра определяется неомогенное затемнение с просветлением в центре 2-3 см, контуры нечеткие. В окружающей ткани легкого – очаговые тени малой интенсивности. Гемограмма: л. – $11 \times 10^9/\text{л}$, п – 12%, лимф. – 19%, мон. – 11%, СОЭ – 18 мм/ч. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ положительная. В связи с возникшим легочным кровотечением исследование мокроты на МБТ не произведено.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте диагноз и дайте его обоснование.
2. Дайте объяснение малой выраженности легочной симптоматики, гиперэргической реакции на туберкулин и обширности поражения легочной ткани, определяемой рентгенографически и томографически.

Задача 18.

Больной А., 42 года, заболел остро неделю назад: резко повысилась температура до $39 - 42^{\circ}\text{C}$, появился мучительный сухой кашель, сопровождающийся болями в грудной клетке, одышка, резкая слабость. Объективно: общее состояние тяжелое, разлитой диффузный цианоз. Грудная клетка бочкообразной формы, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Перкуторно над легкими тимпанический звук, аускультативно – бронхиальное дыхание, ЧД – 40 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия – 100 ударов в 1 мин. В мокроте МБТ не обнаружены. Общий анализ крови: Эр. – 3,8; Нб – 110; л-9 $\times 10^9/\text{л}$, п-7; м-8; СОЭ – 54 мм/ч. Рентгенологически – густое равномерное высипание мелких, однотипных, не резко очерченных мелких очагов в обеих легких.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте диагноз и дайте его обоснование.
2. Определить режим и сроки контроля лечения по стратегии ДОТС.

Задача 19.

Ребенок 10 лет поступил в клинику с жалобами на плохой аппетит, утомляемость, головную боль, потливость, 8 мес назад перенес корь. Реакция на пробу Манту с ТЕ – папула диаметром 5 мм. Предыдущие туберкулиновые пробы: в возрасте 8 лет папула диаметром 8 мм, в 9 лет – 11 мм. Ревакцинация БЦЖ в 7 лет. В восьмилетнем возрасте был кратковременный контакт с больным открытой формой туберкулеза. При обследовании ребенок несколько отстает от сверстников в физическом развитии. Температура субфебрильная, кожные покровы бледные. Периферические лимфатические узлы множественные, плотные, 2 размера. Легкие и сердце без патологических изменений. В гемограмме – Нв 57 ед., л. $9,0 \times 10^9/\text{л}$, п.-9%, СОЭ 18 мм/ч. Рентгенограмма органов грудной клетки без видимых патологических изменений.

ЗАДАНИЕ.

1. Обоснуйте диагноз.

Задача 20.

Больной мальчик 10 лет, из здоровой семьи. Непостоянный контакт с бактериовыделителем – соседом по квартире. Туберкулиновая проба в 9 лет отрицательная. Заболевание началось остро – поднялась температура до $37,8^{\circ}\text{C}$, появился кашель, слабость, утомляемость, ухудшился аппетит. При обследовании пальпируются 2-3- размера периферические лимфатические узлы мягко-эластической консистенции, безболезненные. В левом межлопаточном пространстве перкуторный звук укорочен, дыхание в области укорочения жесткое, хрипов нет. Анализ крови: Л- $10 \times 10^9/\text{л}$, п-8, с-70, э-4, лимф-12, м-6, СОЭ – 30 мм/ч. Туберкулиновая проба Манту с 2 ТЕ 8 мм;

Рентгенологически в язычковых сегментах левого легкого участок затемнения размером 2х3 см, неомогенной структуры, средней интенсивности с размытыми контурами и «дорожкой» к корню легкого. Левый корень расширен, проекция бронхов смазана, контуры выпуклые, размытые.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте диагноз и дайте его обоснование.

Задача 21

Больной 25 лет заболел остро. Появилась головная боль, боли в правом боку, повысилась температура, затем появился сухой болезненный кашель. Не лечился. На третий день заболевания госпитализирован. При поступлении жаловался на головную боль, кашель со скудной вязкой мокротой. Состояние больного средней степени тяжести, возбужден, сосуды склер инъецированы. Температура $38,5^{\circ}\text{C}$, пульс 96 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, границы сердца в пределах нормы, тоны чистые, АД 105/50 мм рт.ст, частота дыхания 30 в 1 мин. При перкуссии лёгких притупление перкуторного звука справа спереди до 3 ребра, сзади вдоль внутреннего края лопатки до 3-4 ребра. Там же усиление голосового дрожания, бронхиальное дыхание, крепитация.

Анализ крови: Нв 130 г/л, лейкоц - $8 \times 10^9/\text{л}$, п 6%, сегм 70%, лимф 21%, мон 3%, СОЭ 43 мм/час.

Анализ мочи без патологии. Рентгенография грудной клетки: верхняя доля правого лёгкого интенсивно затемнена почти на всём протяжении, диафрагма подвижна. Исследование

мокроты: смешанная флора с преобладанием стрептококков и стафилококков.

На фоне лечения ампициллином после некоторого улучшения появилось ухудшение состояния: усилилась общая слабость, разбитость, головная боль, усилился кашель, вновь повысилась температура, увеличилась интенсивность притупления перкуторного звука.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Чем обусловлено ухудшение состояния больного?
3. Какие исследования необходимо назначить?
4. Нужна ли коррекция лечения?

Задача 22

Больной 22 года заболел остро: повысилась температура до 38⁰С, появился сухой кашель, боль в грудной клетке при дыхании, выраженное притупление перкуторного звука и резкое ослабление дыхания слева, одышка до 30 в 1 мин, тахикардия до 110 уд/мин. Рентгенологически выявлена жидкость в левой плевральной полости до 3 ребра.

В крови - лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ до 40 мм/час.

ЗАДАНИЕ:

1. Какое лечебно-диагностическое мероприятие необходимо выполнить у данного больного в первую очередь?
2. Определите круг заболеваний, между которыми следует проводить дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для установления правильного диагноза?

Задача 23

Больной А.С., 18 лет, поступил в отделение с жалобами на кашель с обильной, гнойной мокротой, одышку при быстрой ходьбе. Из анамнеза известно, что в возрасте 5 лет юноша перенес полисегментарную нижнедолевую правостороннюю пневмонию (лечение проводилось дома), после которой длительно сохранялся кашель. В дальнейшем он ежегодно 3-4 раза за год переносил бронхиты с затяжным течением, по поводу которых лечился амбулаторно.

При осмотре в отделении общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,4⁰С. Обращали на себя внимание акроцианоз, уплощение правой половины грудной клетки, деформация пальцев рук в виде «барабанных палочек». Справа, на фоне жесткого дыхания, выслушивались множественные влажные крупнопузырчатые хрипы, слева дыхание было ослаблено.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки в передней и правой боковой проекции: уменьшен объем правой половины за счет смещения органов средостения. На протяжении нижней доли правого легкого выявляются множественные тонкостенные полости. Бронхоскопия: картина диффузного гнойного эндобронхита. Бронхография: справа выявляется деформация бронхов нижней доли, определяются кистозные полости. ФВД: выраженные нарушения вентиляции, обусловленные нарушением бронхиальной проводимости.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Нуждается ли этот больной в хирургическом лечении?

Задача 24

Больной Ю. 17 лет. Заболел остро, с подъемом температуры тела до 38⁰С. Жаловался на боль в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе, кашель со скудноотделяемой мокротой слизисто-гнойного характера, слабость, потливость.

Обследование в стационаре: кожные покровы обычной окраски и влажности. Аускультативно: везикулярное дыхание, в нижних отделах правого легкого выслушиваются влажные хрипы. Перкуторно: притупление легочного звука в области нижней доли правого легкого. СОЭ – 18 мм/ч. Реакция Манту с 2 ТЕ – папула 9 мм.

Методом люминесцентной микроскопии МБТ не найдены. Рентгенологически определяется затемнение в нижней доле правого легкого диаметра 4 см с нечеткими контурами, неомогенное, средней интенсивности, в котором отмечаются участки просветления. Диагностическая фибробронхоскопия: слева бронхи в норме, справа – в просвете нижнедолевого бронха отделяемое слизисто-гнойного характера в умеренном количестве, слизистая умеренно гиперемирована. В промывных водах бронхов обнаружены МБТ.

ЗАДАНИЕ.

На основе клинико-рентгенологического описания дайте предположительный диагноз:

1. абсцедирующая пневмония;
2. бронхоэктатическая болезнь;
3. инфильтративный туберкулёз;
4. полостная форма рака;
5. солитарная киста.

Технологические карты дисциплины «Фтизиопульмонология»

Курс 1, семестр 1, ЗЕ-2, отчетность-зачет с оценкой

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум (баллы)	Зачетный максимум (баллы)	График контроля
Модуль 1					
Общая часть	Текущий	Курация больного (сбор анамнеза заболевания и эпид.анамнеза, общеклиническое обследование, интерпретация лабораторных исследований, тактика лечения) СР: Доклад с презентацией; Посещаемость:	16	30	1 неделя
	Рубежный	Контрольная работа	4	5	
Модуль 2					
Первичный и вторичный туберкулез легких	Текущий	Курация больного (сбор анамнеза заболевания и эпид.анамнеза, общеклиническое обследование, интерпретация лабораторных исследований, тактика лечения) СР: Доклад с презентацией;	16	30	2 неделя
	Рубежный	Контрольная работа	4	5	
Всего за семестр			40	70	9 неделя
Промежуточный контроль (Зачет)	Тестирование; Интерпретация лабораторных исследований;		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА

(текущий контроль)

1. В одном тестовом задании 10 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании нужно выбрать только один правильный ответ.
4. За каждый правильно ответ – 10 баллов
5. Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.
6. Отметка (в %).

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ

(промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

При оценке ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (задача и интерпретация лабораторных исследований) учитываются следующие критерии:

Оценкой (8-10 баллов) оценивается ответ, при котором ординатор:

- владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- быстро находит в задаче данные эпидемиологического анамнеза у больного с инфекционной патологией;
- выделяет самостоятельно ведущие синдромы из данных объективного обследования пациента;
- умеет интерпретировать результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и знает физиологическую норму;
- грамотно формулирует клинический диагноз, согласно классификации;
- правильно назначает дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования;
- правильно выбирает тактику лечения;

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Оценкой (4-7 баллов) оценивается ответ, при котором ординатор:

- умеет ставить постановку проблемы собственными словами;
- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- не очень быстро находит в задаче данные эпидемиологического анамнеза у больного с инфекционной патологией;
- выделяет не все ведущие синдромы из данных объективного обследования пациента;
- слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и формулирует клинический диагноз;

- не совсем правильно дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования;
- правильно выбирает тактику лечения;

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Оценкой (1-3 балла) оценивается ответ, при котором ординатор

- не ставит постановку проблемы собственными словами и не оценивает альтернативные решения проблемы;
- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, не владеет навыками анализа различных медицинских фактов;
- медленно находит в задаче данные эпидемиологического анамнеза у больного с инфекционной патологией;
- не достаточно хорошо выделяет ведущие синдромы из данных объективного обследования пациента;
- очень слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и не формулирует клинический диагноз;
- не совсем правильно назначает дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования;
- неправильно выбирает тактику лечения.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Оценкой (0 баллов) оценивается ответ, при котором ординатор демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить задачу и интерпретировать лабораторные исследования.