

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«РОССИЙСКИЙ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОСБИОТЕХ)»

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«ФТИЗИАТРИЯ»

Уровень образования:	Специалитет
Специальность	31.05.01 Лечебное дело
Направленность программы	Лечебное дело
Форма обучения	Очная
Срок освоения образовательной программы в соответствии с ФГОС (очная форма)	6 лет
Год начала подготовки	2023
В соответствии с утвержденным УП:	Протокол № 14 от 07.08.2023 г.
шифр и наименование дисциплины	Б1.О.48 Фтизиатрия
семестры реализации дисциплины	9,10 семестры
форма контроля	Зачет в 9 семестре, зачет в 10 семестре

г. Москва 2023 г.

1. Область применения.

Фонд оценочных средств (ФОС) является неотъемлемой частью программы дисциплины при реализации основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования (ВО) по специальности:

31.05.01 Лечебное дело

Направленность: Лечебное дело

Оценочные фонды разрабатываются для проведения оценки степени соответствия фактических результатов обучения при изучении дисциплины запланированным результатам обучения, соотнесенных с установленными в программе индикаторами достижения компетенций, а также сформированности компетенций, установленных программой специалитета.

Таблица 1
Паспорт фонда оценочных средств

Индекс и содержание компетенции	Индикатор достижения компетенции	Планируемые результаты обучения
ОПК – 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ОПК-7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний профессиональной деятельности ОПК-7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения	Знать современные методы лечения заболеваний в соответствии с современными клиническими рекомендациями во фтизиатрии;
		Уметь применять лекарственные препараты и изделия медицинского назначения для лечения заболеваний во фтизиатрии;
		Практический опыт интерпретации результатов туберкулиновых проб, владения алгоритмом применения результатов иммунологического исследования больного туберкулезом при обосновании диагноза и плана лечения
ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей	Знать общие закономерности строения дыхательной системы, частей организма взрослого человека; основные детали строения и топографии органов дыхания, их основные функции в различные возрастные периоды; возможные варианты строения, основные anomalies и пороки развития органов дыхания. структурно-функциональные взаимоотношения
		Уметь выяснять жалобы пациента, собирать анамнез заболевания и жизни, проводить клиническое обследование: внешний осмотр, осмотр органов дыхания; интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования;
		Практический опыт проведения объективного осмотра при туберкулезе органов дыхания; методами клинической и параклинической диагностики туберкулеза

	<p>международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи</p>	
<p>ПК – 3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>ПК-3.1 Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ПК-3.2 Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ПК-3.3 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий,</p>	<p>Знать методы контроля эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины во фтизиатрии Уметь составлять план медикаментозного лечения с учетом течения заболевания, общего состояния организма, наличия сопутствующей патологии во фтизиатрии Практический опыт назначения противотуберкулезных препаратов в соответствии с режимом химиотерапии, в зависимости от веса пациента</p>

	лечебного питания и иных методов лечения	
--	---	--

2. Цели и задачи фонда оценочных средств.

Целью ФОС является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта ФГОС ВО по ОПОП.

ФОС предназначен для решения задач контроля достижения целей реализации ОПОП ВО и обеспечения соответствия результатов обучения области, сфере, объектам профессиональной деятельности, области знаний и типам задач профессиональной деятельности.

3. Перечень оценочных средств, используемых для оценивания сформированности компетенций, критерии и шкалы оценивания в рамках изучения дисциплины.

3.1. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации (с ключом ответов).

9 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – зачет 10 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – зачет	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ОПК – 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ОПК-7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности ОПК-7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-3.1 Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи

	<p>ПК-3.2 Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-3.3 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения</p>
--	---

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовые задания обозначены *

9 семестр

Компетенции ОПК-7, ПК-2, ПК-3

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

<p>ВИДЫ МИКОБАКТЕРИЙ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ТУБЕРКУЛЕЗ У ЧЕЛОВЕКА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) M. avium-intracellulare 2) M. bovis * 3) M. kansasii 4) M. tuberculosis* 5) M. smegmatis 6) M. africanum*
<p>ГРУППЫ УЧЕТА БОЛЬНЫХ С АКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) I* 2) II* 3) III 4) IV 5) 0
<p>ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МИНИМУМ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ТУБЕРКУЛЕЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) изучение жалоб, анамнеза болезни и жизни* 2) клинический анализ крови* 3) микроскопию мокроты по Цилю-Нельсену* 4) рентгенографию органов грудной клетки* 5) УЗИ плевральной полости
<p>ИЗМЕНЕНИЯ В АНАЛИЗЕ КРОВИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ АКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) высокий лимфоцитоз 2) умеренный лейкоцитоз* 3) сдвиг лейкоцитарной формулы влево* 4) умеренное увеличение СОЭ* 5) лимфопения*
<p>ОСНОВНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) синдром узловатости 2) синдром полости* 3) синдром очаговой тени* 4) синдром патологии корня* 5) синдром патологии легочного рисунка* 6) синдром уплотнения легочной ткани* 7) синдром диссеминации*

МЕТОДЫ ВВЕДЕНИЯ ТУБЕРКУЛИНА

- 1) внутримышечный
- 2) накожный*
- 3) внутрикожный*
- 4) подкожный*
- 5) внутривенный

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАСКИНТЕСТА

- 1) отрицательная реакция- отсутствие инфильтрата и гиперемии*
- 2) сомнительная - наличие гиперемии без инфильтрата*
- 3) положительная - инфильтрат 5 мм и более
- 4) гиперергическая - инфильтрат 15 мм и более, везикуло-некротические изменения, лимфангаит, лимфоаденит независимо от размера инфильтрата*
- 5) гиперергическая - инфильтрат 17 мм и более у детей и подростков, более 21 мм у взрослых, везикуло-некротические изменения, лимфангаит, лимфоаденит независимо от размера инфильтрата
- 6) положительная - инфильтрат любого размера*

СОСТАВНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

- 1) химиотерапия*
- 2) патогенетическая терапия*
- 3) химиопрофилактика
- 4) симптоматическая терапия*
- 5) хирургическое лечение*

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ РАННЕГО И СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ

- 1) иммуноферментный анализ
- 2) микробиологический метод*
- 3) флюорография*
- 4) туберкулинодиагностика*
- 5) рентгенография

ГРУППЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

- 1) бронхолитики*
- 2) иммунокорректирующие
- 3) жаропонижающие*
- 4) гемостатики*
- 5) противотуберкулезные препараты

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

ГИПЕРЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ НА ПРОБУ МАНТУ С 2 ТЕ У ВЗРОСЛОГО

- 1) размер папулы более 21 мм*
- 2) папула 6 мм с везикулой*
- 3) папула 8 мм с лимфангитом*
- 4) папула 10 мм с регионарным лимфаденитом*
- 5) папула 17 мм

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТУБЕРКУЛЕЗ В АНАМНЕЗЕ ВЫ НЕ ЗАБУДЕТЕ СПРОСИТЬ У ВЗРОСЛЫХ

<ol style="list-style-type: none"> 1) вакцинация БЦЖ 2) наследственность* 3) контакт с больным туберкулёзом* 4) отягощающие факторы* 5) предыдущее ФГ-обследование*
<p>ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ТУБЕРКУЛЕЗА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) клиническая форма туберкулеза* 2) туберкулез органов дыхания 3) характеристика туберкулезного процесса* 4) остаточные изменения после излеченного туберкулеза* 5) осложнения туберкулеза*
<p>ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛО ПРОТЕКАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) лобулярный инфильтрат 2) округлый 3) облаковидный 4) лобит* 5) перисцисурит*
<p>ЖИЗНЕННО ВАЖНЫЕ ОСНОВНЫЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стрептомицин 2) изониазид 3) ПАСК 4) пиразинамид (тизамид) 5) рифампицин 6) этамбутол
<p>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПОДОСТРОМ ВАРИАНТЕ ДИССЕМНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) множественные, полиморфные очаги различной интенсивности с участками просветлений на фоне пневмофиброза в верхних сегментах обоих легких 2) множественные, невысокой интенсивности. полиморфные очаги в верхних отделах обоих легких, местами сливающиеся в фокусы с участками тонкостенных кольцевидных просветлений* 3) несимметричное расположение очагов* 4) множественные очаги, различной величины, невысокой интенсивности в субкортикальных зонах средних отделов обоих легких без деструкций; корни с обеих сторон резко расширены за счет увеличенных бронхопульмональных лимфоузлов 5) нет смещения органов средостения*
<p>ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ОЧАГОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) бессимптомное, малосимптомное течение* 2) редкое и скудное бактериовыделение* 3) поражение 3-х сегментов и более 4) редкое выявление распада* 5) ограниченный процесс в легких с поражением 1-2 сегментов*
<p>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА ВО ВТОРИЧНОМ ПЕРИОДЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) более умеренная общая сенсibilизация органов и тканей к туберкулезной инфекции* 2) меньшая склонность к генерализации инфекционного

<p>процесса*</p> <p>3) более частое возникновение параспецифических реакций в тканях разных органов</p> <p>4) вовлечение в специфический процесс легких*</p> <p>5) частое спонтанное заживление</p>
<p>ТАКТИКА В ОТНОШЕНИИ ВЗРОСЛЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ОЧАГЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ</p> <p>1) поставить на учет в диспансере*</p> <p>2) провести лучевое обследование*</p> <p>3) провести химиопрофилактику*</p> <p>4) провести ревакцинацию туберкулиноотрицательным*</p> <p>5) провести противорецидивное лечение</p>
<p>ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ ПОДВЕРГАЮТСЯ ПАЦИЕНТЫ, ИМЕЮЩИЕ СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> <p>1) профессиональные пылевые заболевания легких*</p> <p>2) гипертоническую болезнь</p> <p>3) сахарный диабет*</p> <p>4) страдающие алкоголизмом и наркоманией*</p> <p>5) ВИЧ-инфекцию*</p>
<p>ГРУППЫ ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА ЛИЦ С АКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ</p> <p>1) III</p> <p>2) IIIA*</p> <p>3) IIIB*</p> <p>4) IV</p> <p>5) VI</p>
<p>ДЛЯ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ В ВИДЕ</p> <p>1) наличия каверны со стенками повышенной плотности*</p> <p>2) очагов бронхогенной диссеминации*</p> <p>3) уменьшения объема легкого на стороне патологического процесса со смещением органов средостения в сторону поражения*</p> <p>4) деформации костного скелета в виде скошенности ребер и уменьшения межреберных промежутков на стороне поражения, расширение межреберий в нижележащих отделах*</p> <p>5) отсутствия смещения органов средостения в сторону поражения</p>
<p>10 семестр</p>
<p>Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов</p>
<p>ТИПЫ ИНФИЛЬТРАТОВ ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ</p> <p>1) лобулярный инфильтрат*</p> <p>2) округлый*</p> <p>3) облаковидный*</p> <p>4) индуративный</p>

<ul style="list-style-type: none"> 5) перисциссурит* 6) лобит*
<p>КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) инфильтративная 2) лобарная* 3) индуративная 4) лобулярная* 5) туморозная
<p>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ СИНДРОМЕ ДИССЕМИНАЦИИ В ЛЁГКИХ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) аденоматоз* 2) карциноматоз* 3) саркоидоз* 4) пневмокониоз* 5) эхинококкоз
<p>ОСНОВНЫЕ ЛОКАЛЬНЫЕ ФОРМЫ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) инфильтративный туберкулез легких 2) туберкулез внутригрудных лимфоузлов* 3) очаговый туберкулез легких 4) первичный туберкулезный комплекс* 5) фиброзно-кавернозный туберкулез легких
<p>БЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗНОГО КОМПЛЕКСА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) очаг Гона* 2) очаг Симона 3) кальцинация внутригрудных лимфоузлов* 4) формирование каверны 5) формирование туберкулемы
<p>ИНТОКСИКАЦИОННЫЕ ЖАЛОБЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) повышение температуры тела* 2) потливость* 3) слабость* 4) потеря массы тела* 5) боль в грудной клетке
<p>ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) кожные заболевания в период обострения * 2) положительная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ в анамнезе 3) перенесенный ранее туберкулез 4) острые заболевания и обострение хронических заболеваний* 5) эпилепсия с частыми припадками*
<p>В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) больные* 2) здоровые 3) излечившиеся от туберкулёза* 4) лица с сомнительной активностью туберкулёза* 5) здоровые из групп риска*

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПОВЫШАЮЩИЕ РИСК РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА У ВЗРОСЛЫХ

- 1) гастродуоденальная язва*
- 2) сахарный диабет*
- 3) пневмоконйоз*
- 4) алкоголизм*
- 5) гипертоническая болезнь
- 6) ХНЗЛ*

ГРУППЫ ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА, ПО КОТОРЫМ БУДУТ НАБЛЮДАТЬСЯ

1. больные с хроническими формами туберкулеза	А. 0
2. лица с клинически излеченным туберкулезом	Б. II
3. контактные	В. IV
4. с процессом сомнительной активности	Г. III
5. с впервые выявленным активным туберкулезом	Д. I

Эталоны - 1)Б; 2)Г; 3)В; 4)А; 5)Д

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

1. при хроническом диссеминированном туберкулезе	А. синдром диссеминации
2. при очаговом туберкулезе	Б. синдром округлой тени
3. при туберкулеме	В. синдром очаговой тени
4. при цирротическом туберкулезе	Г. синдром уплотнения лего

Эталоны - 1)А; 2)В; 3)Б; 4)Г

КРАТНОСТЬ ПРОХОЖДЕНИЯ ФГ-ОБСЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЮЩИХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

1. студенты медицинских ВУЗов	А. 1 раз в год
2. врачи фтизиатры	Б. 2 раза в год
3. лица с впервые выявленными остаточными изменениями в легких и не состоящие на диспансерном учете	В. 2 раза в год в течен
4. лица, освободившиеся из мест лишения	Г. 2 раза в год в течен

свободы		
5. школьный повар		Д. 1 раз в 2 года
6. взрослые больные с хроническими заболеваниями легких и мочеполовой системы		
Эталоны – 1)А, 2)Б; 3)В; 4)Г; 5)А; 6)А		
МЕРОПРИЯТИЯ		
1. специфической профилактики	А. назначение противотуберкулезны детям с виражом туб.проб	
2.санитарной профилактики	Б.назначение противотуберкулезных на 6 мес. в условиях стационара	
3. химиопрофилактики	В. заключительная дезинфекция	
	Г. изоляция больного	
	Д. вакцинация вакциной БЦЖ	
Эталоны – 1)Д; 2)В, Г; 3)А, Б		
КРИТЕРИИ ОТЛИЧИЯ		
1. транссудата	А. содержание белка > 30 г/л	
2. экссудата	Б. отрицательная проба Ривольта	
	В. белок плевральной жидкости сыворотке крови < 0,6	
	Г. ЛДГ плевральной жидкости сыворотке < 0,5	
	Д. относительная плотность жидкости > 1020 г/л	
Эталоны – 1)Б,В,Г; 2)А,Д		
ОСНОВНОЕ ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ		
1. изониазид	А. на периферическую нервную си	
2. рифампицин	Б. на органы зрения	
3. стрептомицин	В. гепатотропное	
4. этамбутол	Г. на слуховой нерв	
Эталоны – 1)А; 2)В; 3)Г; 4)Б		

Решение задачи

У больного Н., 48 лет, туберкулез легких впервые выявлен 4 года назад. Исходная форма – инфильтративный туберкулез в верхней доле правого легкого в фазе распада, МБТ+. Получил основной курс лечения в условиях стационара, лечение неэффективно, процесс прогрессировал, появились очаги отсева в нижней доле S6 слева, культура устойчива к изониазиду, стрептомицину. Повторные курсы химиотерапии без эффекта. Рентгенологически: в верхней доле правого легкого определяется неомогенное затемнение средней интенсивности, нечеткими

контурами, с просветлением диаметром до 2 см с четкими внутренними контурами, расплывчатыми наружными; правый корень подтянут кверху до уровня 1-го ребра, тень средостения смещена вправо; в нижней доле левого легкого многочисленные очаги малой и средней интенсивности. Анализ мокроты методом люм - микроскопии и посевом МБТ+, 80 колоний, устойчивых к изониазиду, рифампицину, стрептомицину, ломефлоксацину, в настоящее время лечения не получает.

А.ОСНОВНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- 1) очаговой тени
- 2) патологии плевры
- 3) диссеминации
- 4) уплотнения легочной ткани
- 5) полости

Б.ГРУППА ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА БОЛЬНОГО НА ПЕРИОД ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1) III
- 2) I
- 3) II
- 4) V
- 5) IV

В.ГРУППА ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА БОЛЬНОГО В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ

- 1) III
- 2) I
- 3) II
- 4) V
- 5) IV

Г.ВИД ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У БОЛЬНОГО

- 1) первичная
- 2) множественная
- 3) монорезистентность
- 4) широкая
- 5) полирезистентность

Эталон решения задачи – А)4; Б)2; В)3; Г)4

Решение задачи

Больной С., 36 лет, не работающий, злоупотребляющий алкоголем, госпитализирован в противотуберкулезный диспансер для проведения основного курса лечения с диагнозом: Двухсторонняя верхнедолевая казеозная пневмония в фазе обсеменения, МБТ+, культура устойчивая к изониазиду и рифампицину, дыхательная недостаточность II-III степени, кровохарканье. Женат. Проживает в частном доме с женой, бабушкой и тремя детьми- 7 лет, 9 лет и 14 лет. Жена работает поваром в школе. В личном хозяйстве имеется скот. Материально-бытовые условия

неудовлетворительные. Больной неоднократно отбывал срок в местах лишения свободы.

А.КАТЕГОРИЯ ОЧАГА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) очаг с высоким риском заражения туберкулезом, отягощенный неблагоприятными факторами - социально отягощенный очаг
- 2) очаг с высоким риском заражения туберкулезом - социально благополучный очаг
- 3) очаг с низким риском заражения туберкулезом
- 4) очаг с потенциальным риском заражения туберкулезом
- 5) очаг туберкулеза зоонозного происхождения
- 6) очаг туберкулеза с риском заражения

Б.ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОГО В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР В ОЧАГЕ ПОКАЗАНА ДЕЗИНФЕКЦИЯ

- 1) повторная
- 2) текущая
- 3) заключительная
- 4) внеочередная
- 5) плановая

В.РЕВАКЦИНАЦИЯ ВАКЦИНОЙ БЦЖ ПОКАЗАНА

- 1) ребенку 7 лет при наличии отрицательной пробы Манту с 2Т.Е. и отсутствия признаков заболевания туберкулезом

- 2) ребенку 9 лет при наличии отрицательной пробы Манту с 2Т.Е. и отсутствия признаков заболевания туберкулезом
- 3) ребенку 14 лет при наличии отрицательной пробы Манту с 2Т.Е. и отсутствия признаков заболевания туберкулезом
- 4) ребенку 7 лет при наличии положительной пробы Манту с 2Т.Е. и отсутствия признаков заболевания туберкулезом
- 5) ребенку 14 лет при наличии положительной пробы Манту с 2Т.Е. и отсутствия признаков заболевания туберкулезом

Г.СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ В ОЧАГЕ КОНТАКТНЫХ ВЗРОСЛЫХ

- 1) в течение всего срока контакта с больным бактериовыделителем
- 2) в течение всего срока контакта с больным бактериовыделителем и 2 года спустя после прекращения бактериовыделения
- 3) на период госпитализации больного в стационар
- 4) на период проведения больному основного курса химиотерапии
- 5) в течение всего срока контакта с больным бактериовыделителем и год спустя после прекращения бактериовыделения

Эталон решения задачи – А)1; Б)3; В)1; Г)5

Решение задачи

Больной Н., 35 лет, обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на слабость, потливость по ночам, повышение температуры тела до 38°C, одышку при физической нагрузке, кашель с выделением слизистой мокроты, боли в грудной клетке. Проведено рентгенологическое обследование, выявлены изменения в легких, подозрительные на туберкулез, направлен на консультацию к фтизиатру, установлен

диагноз: Инfiltrативный туберкулез в верхней доле правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ+. Правосторонний экссудативный плеврит. Дыхательная недостаточность II степени. Госпитализирован в стационар для проведения основного курса лечения. Больной не работающий, 2 года назад вернулся из мест лишения свободы. Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Боткина, сифилис, гайморит, ОРЗ, язвенную болезнь желудка.

А.ОСНОВНОЙ ПУТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНОГО

- 1) при проф.осмотре
- 2) по обращаемости
- 3) как контактного
- 4) флюорография
- 5) микробиологический метод

Б.ЗАБОЛЕВАНИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ РАЗВИТИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА

- 1) гайморит
- 2) ОРЗ
- 3) сифилис
- 4) язвенная болезнь желудка
- 5) болезнь Боткина

В.ЗАБОЛЕВАНИЕ ВЫЯВЛЕНО

- 1) своевременно
- 2) несвоевременно
- 3) запущенный туберкулез
- 4) раннее выявление

Г.КРАТНОСТЬ ФГ-ОБСЛЕДОВАНИЯ ЛИЦ, ВЕРНУВШИХСЯ ИЗ МЕСТ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

- 1) 1 раз в год
- 2) 2 раза в год
- 3) 2 раза в год в течение 2 лет
- 4) 2 раза в год в течение 3 лет
- 5) 1 раз в 2 года

Эталон решения задачи – А)2; Б)4; В)2; Г)3

Больной П., 55 лет, не работающий, злоупотребляющий алкоголем, госпитализирован в противотуберкулезный диспансер для проведения основного курса лечения с диагнозом: Инfiltrативный туберкулез в верхних долях обоих легких в фазе распада и обсеменения, МБТ+, культура устойчива к изониазиду, рифампицину, офлоксацину, стрептомицину, осложненное течение: туберкулез бронха второго сегмента, инfiltrативная форма; дыхательная недостаточность II степени.

А.НАЗНАЧЬТЕ РЕЖИМ ХИМИОТЕРАПИИ БОЛЬНОМУ

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV
- 5) V

Б.РЕЖИМ ХИМИОТЕРАПИИ ДОЛЖЕН СОСТОЯТЬ КАК МИНИМУМ

- 1) из 2 эффективных противотуберкулезных препаратов
- 2) из 3 эффективных противотуберкулезных препаратов
- 3) из 4 эффективных противотуберкулезных препаратов
- 4) из 5 эффективных противотуберкулезных препаратов
- 5) из 6 эффективных противотуберкулезных препаратов

В.ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕНСИВНОЙ ФАЗЫ ХИМИОТЕРАПИИ КАК МИНИМУМ

- 1) 5 месяцев
- 2) 6 месяцев
- 3) 7 месяцев
- 4) 8 месяцев
- 5) 9 месяцев

Г.ОБЩАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ПО ДАННОМУ РЕЖИМУ

- 1) не менее 6 месяцев
- 2) не менее 7 месяцев
- 3) не менее 24 месяцев
- 4) не менее 8 месяцев
- 5) не менее 9 месяцев

Эталон решения задачи – А)5; Б)5; В)4; Г)3

Решение задачи У больной Т., 76 лет, впервые выявлены изменения в правом корне легких в виде 4-х крупных кальцинатов неомогенной структуры в проекции трахеобронхиальной, бронхопультмональной и бифуркационной групп лимфоузлов. Поступила в диагностическое отделение противотуберкулезного диспансера для уточнения активности туберкулезного процесса. Предъявляет жалобы на небольшую слабость, периодически сухой кашель. При объективном осмотре общее состояние относительно удовлетворительное, в межлопаточной области справа дыхание ослабленное, здесь же единичные сухие хрипы. В общем анализе крови $Le-9,2 \times 10^9/l$, СОЭ-30 мм/ч. При исследовании мокроты методом ПЦР и люм-микроскопии МБТ не обнаружены, диаскинтест папула 17 мм с везикулами.

А.ОЦЕНИТЕ СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ОСТАТОЧНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В КОРНЯХ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТКИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО В ДЕТСТВЕ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

- 1) большие остаточные изменения
 - 2) малые остаточные изменения
- Б.ОЦЕНИТЕ ДИАСКИНТЕСТ У ПАЦИЕНТКИ**
- 1) сомнительный
 - 2) отрицательный
 - 3) гиперергический
 - 4) положительный

В.РЕЗУЛЬТАТ ДИАСКИНТЕСТА У ПАЦИЕНТКИ В СОВОКУПНОСТИ С РЕЗУЛЬТАТАМИ ДРУГИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) о клиническом излечении туберкулеза
- 2) о активности туберкулезного процесса
- 3) о поствакцинальной аллергии
- 4) о неактивном туберкулезе
- 5) о раннем периоде первичной туберкулезной инфекции

Г.ПАЦИЕНТКЕ ПОКАЗАНА

- 1) химиотерапия
- 2) химиопрофилактика
- 3) 3) противорецидивное лечение

Эталон решения задачи – А)1; Б)3; В)2; Г)1

Практико-ориентированные задания (ситуационные задачи).

Задача №1

Больной Ф., 30 лет, впервые туберкулез легких выявлен 7 лет назад. Исходная форма - очаговый туберкулез в верхней доле правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ-. Прошел основной курс лечения, переведен в III группу диспансерного учета. Спустя 3 года, выявлен инфильтративный туберкулез в верхней доле правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ+, культура устойчивая к изониазиду. В течение 2 лет получал лечение в условиях стационара, лечение неэффективно.

Беспокоит одышка при небольшой физической нагрузке, кашель с выделением слизисто- гнойной мокроты, слабость, плохой аппетит.

Рентгенологически: в верхней доле правого легкого определяется неомогенное затемнение средней интенсивности, нечеткими контурами, с просветлением диаметром до 3 см с четкими внутренними контурами, расплывчатыми наружными, правый корень подтянут кверху до уровня 1-го ребра, тень средостения смещена вправо, в нижней доле левого легкого многочисленные очаги малой и средней интенсивности.

Общий анализ крови: Эр- $3,6 \times 10^{12}/л$, Нб-126 г/л, цв. показатель – 0,92, Ле- $10,5 \times 10^9 /л$, э- 4%, п/я-5%, с/я-58%, л- 22%, м- 11%, СОЭ-36 мм/час.

Анализ мокроты методом люм-микроскопии и посевом МБТ+ 100 колоний, устойчивых к изониазиду и рифампицину, стрептомицину.

ФВД: ДН II степени по рестриктивному типу.

ЭКГ: признаки формирования легочного сердца.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Оцените данные лабораторных, инструментальных методов обследования. Выделите основной Rg-синдром.
2. Оцените степень бактериовыделения, определите вид лекарственной устойчивости.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Перечислите дополнительные методы обследования.
5. Назначьте комплексное лечение. Определите группу диспансерного учета.

Ответы к задаче

1. ОАК - лейкоцитоз, ускорение СОЭ, моноцитоз. Основной рентгенологический синдром - уплотнения легочной ткани.
2. Массивное бактериовыделение, вторичная множественная лекарственная устойчивость.
3. Фиброзно-кавернозный туберкулез в верхней доле правого легкого в фазе обсеменения, МБТ+ устойчивых к изониазиду и рифампицину, стрептомицину, ДН II степени по рестриктивному типу. Туберкулез ВГЛУ справа, осложненный бронхолегочным поражением, МБТ –
4. ОАМ, биохимический анализ крови, гликемический профиль, анализы мокроты и мочи на МБТ методом посева, ПЦР и люминисцентной микроскопии. ТГ средостения, ТГ верхней доли правого легкого, диаскинтест.
5. Диета ВБД туберкулезная, двигательный режим 2. Режим химиотерапии IV с учетом лекарственной чувствительности. Патогенетическое лечение (витамины, гепатопротекторы, антиоксиданты, иммунокорректирующее). Симптоматическое лечение: бронхолитики, сердечные средства. Дезинтоксикационная терапия. Группа диспансерного учета - 11А

Задача №2

Больной К., 48 лет, находится под следствием. При поступлении в исправительное заведение жалоб нет.

Анамнез: не работает, проживает один, семьи нет, БОМЖ. 4 года назад перенес 2-х сторонний плеврит - лечился 2 месяца в стационаре городской больницы, плевральную полость дренировали, после снятия дренажей был выписан из стационара, фтизиатром не консультирован. ФГ обследование не проходил 4 года.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Пониженного питания. Рост – 175 см, вес – 60 кг. Кожа физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторный звук укорочен в верхушках легких, дыхание жесткое, хрипов нет, частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, PS=80 в минуту, АД=110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги.

Проведена цифровая флюорография при поступлении в исправительное учреждение: в верхних долях обоих легких фокусы и полиморфные очаги разной интенсивности. Купол диафрагмы справа запаян. Органы средостения без патологии.

Общий анализ крови: Эр- 4,6 x 10¹²/л, Нб-148 г/л, цв. показатель – 0,93. Ле- 10,2 x 10⁹/л, э- 2%, п/я-7%, с/я-51%, л- 36%, м- 4%, СОЭ-51 мм/час,.

Общий анализ мочи: цвет соломенный, реакция – щелочная, относительная плотность 1015, лейкоциты - 1-3 в/п.зр, белка, сахара – нет.

Анализ мокроты по Циль – Нильсену 2-хкратно – КУМ не обнаружены.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Оцените данные лабораторных, инструментальных методов исследования. Выделите основной рентгенологический синдром.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Укажите факторы, способствующие развитию заболевания, оцените качество диспансерного наблюдения больного.
4. Перечислите дополнительные методы обследования и данные из анамнеза, необходимые для постановки диагноза.
5. Назначьте комплексное лечение.

Ответы к задаче

1. Рентгенологический синдром – уплотнение легочной ткани. Анализ крови: лейкоцитоз, ускорение СОЭ, палочкоядерный сдвиг влево. ОАМ в норме, МБТ не обнаружены.
2. Инфильтративный туберкулез верхних долей обоих легких, МБТ-, правосторонний плеврит?
3. Развитию заболевания способствовали социально-бытовые условия -одинокий, бомж, материально-бытовые условия неудовлетворительные; не уточненная этиология плеврита, перенесенного ранее; отсутствие диспансерного наблюдения за больным в общей сети; несвоевременное прохождение ФГ обследования (ФГ- обследование не проходил 4 года).
4. Анализ мокроты 3-хкратно методом люм – микроскопии, ПЦР и посевом; томограммы легких; анализ мочи на ацетиллирование; трахеобронхоскопия; Rg – графия в латеропозиции (на правом боку); проба Манту с 2 ТЕ, диаскинтест.
5. Лечение по режиму химиотерапии I, 60 доз. 4 АБП (Н – 0,6 + R – 0,6 + Z – 1,5 E – 1,2), антиоксиданты, витаминотерапия, бронхолитики, отхаркивающие., дезинтоксикационная терапия.

Задача №3

Больная М., 27 лет. Выносила беременность, которая закончилась в срок родами в специализированном родильном доме. Родился здоровый ребенок весом 2900г.

Не работала много лет. Проживает в коммунальной квартире. Болеет туберкулезом легких последние 4 года. Исходный диагноз: инфильтративный туберкулез в/д справа в фазе распада IA МБТ+. Лечилась короткими курсами в стационаре противотуберкулезного диспансера, выписывалась неоднократно за нарушение режима. Полость в легких не

закрылась. МБТ в мокроте сохраняются, в последнем анализе выявлена лекарственная устойчивость к H, R. От оперативного лечения отказалась.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Показания к проведению вакцинации БЦЖ ребенку и кормлению его грудью.
2. Подлежит ли ребенок изоляции и на какой срок? Тактика врача педиатра по ведению ребенка с целью оценки результата вакцинации БЦЖ.
3. Определите категорию очага по степени эпидемиологической опасности.
4. Укажите профилактические мероприятия в очаге перед выпиской новорожденного.
5. Оценить характер лекарственной устойчивости и возможные сроки получения результатов посева мокроты у больной. По какой группе диспансерного учета будет наблюдаться больная в противотуберкулезном диспансере.

Ответы к задаче

1. Вакцинация показана на 3-4 день жизни вакциной БЦЖ в родильном доме, кормление грудью не показано.
2. Изоляция новорожденного на 2 месяца (период формирования поствакцинального иммунитета)
3. Очаг I категории (МБТ+, коммунальная квартира, ребенок 8 лет) – очаг социально-отягощенный.
4. В очаге: заключительная дезинфекция, ФГ всем членам семьи, детям-туберкулинодиагностика, санитарно-просветительная работа.
5. Осмотр педиатра в 1,3,6, 9,12 месяцев для прививочной реакции, ее размера и характера (пустула, язва, корочка, рубчик).
6. Больная наблюдается во ПА группе ДУ.
7. Множественная вторичная лекарственная устойчивость. Результат получения посева мокроты 2 – 3 месяца.

Задача №4

У больного П., 25 лет, при устройстве на работу в продовольственный магазин грузчиком, на цифровой флюорограмме выявлены изменения в легких. Считает себя здоровым. Редкий утренний кашель со слизистой мокротой связывает с курением.

Контакт с больным туберкулезом отрицает. В подростковом возрасте наблюдался в противотуберкулезном диспансере по динамике туберкулиновых проб (была папула 21мм). В анамнезе - гепатит в детстве, хронический бронхит курильщика (курит с 13 лет). Дважды был в местах лишения свободы, последний раз освобожден год назад, тогда же проходил ФГ – обследование.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост – 170 см, вес – 65 кг.

Перкуторно над легкими легочный звук. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, PS 80 в минуту, АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, печень не увеличена.

Цифровая флюорография: на уровне 1 ребра справа по срединной зоне единичные очаговые тени, связанные «дорожкой» с корнем. Корни легких не изменены. Диафрагма, тень средостения без изменений.

Общий анализ крови: Эр- $4,6 \times 10^{12}/л$, Нб-146 г/л, цв. показатель – 0,96, Ле- $9,0 \times 10^9/л$, э- 2%, п/я-4%, с/я-57%, л- 32%, м- 5%, СОЭ-12 мм/час.

Анализ мокроты по Циль – Нильсену 3-хкратно КУМ не обнаружены.

Направлен терапевтом на консультацию к фтизиатру в противотуберкулезный диспансер.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз терапевта при направлении на консультацию к фтизиатру. Какие данные в выписке должен указать терапевт для консультации.
2. Относится ли профессия грузчика к обязательному контингенту, краткость ФГ – обследования.
3. Оцените полноценность клинического минимума обследования, укажите причины развития заболевания.
4. Назначьте дополнительные методы обследования больного.

5. Назначьте лечение.

Ответы к задаче

1. Диагноз: Очаговый туберкулез верхней доли справа, МБТ-. В выписке должен указать: жалобы, анамнез заболевания, жизни, объективный осмотр, лабораторные данные, предположительный диагноз, цель направления.
2. Да, продовольственный магазин. ФГ – обследование обязательного контингента 1 раз в год.
3. Нет данных анализа мочи, пробы Манту с 2 ТЕ. Причины заболевания: инфицирован с подросткового возраста с гиперергической пробой на туберкулин, эндогенное развитие заболевания; нахождение в МЛС, где возможен контакт с больными туберкулезом; хронический бронхит; вредные привычки.
4. ТГ легких; исследование мокроты методом люм-микроскопии, ПЦР и посевом с определением лекарственной чувствительности; общий анализ мочи; проба Манту с 2ТЕ, диаскинтест.
5. Режим химиотерапии III. Интенсивная фаза 2 мес. 4 АБП (H+R+Z+E) ежедневно. Симптоматическое лечение. Лечение, направленное на больной орган (физиолечение). Фаза продолжения 2 АБП (H+R) – 4 месяца, возможно в условиях санатория.

Задача №5

Больная Г., 38 лет, ветеринар, поступила в диагностическое отделение противотуберкулезного диспансера с жалобами на тупые боли в нижних отделах грудной клетки, одышку при физической нагрузке, субфебрильную температуру по вечерам.

Анамнез заболевания: находилась на лечении в гинекологическом отделении по поводу бесплодия. При флюорографическом исследовании выявлена жидкость в плевральной полости. Имела контакт с больными туберкулезом животными. Предыдущее ФГ – обследование год назад. Материально-бытовые условия удовлетворительные, живут вдвоем с мужем в 2-х комнатной благоустроенной квартире. Не курит, алкоголь не употребляет.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Подкожно-жировой слой выражен умеренно, вес-53 кг, рост-156 см. В легких дыхание справа в нижних отделах ослабленное, хрипов нет, при перкуссии здесь же притупление перкуторного звука. Тоны сердца ясные, ритмичные, ч.с.с. 92 в минуту, АД 120/60 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме.

ОАК: Нв-130 г/л Эр-4,0 × 10¹²/л, ц.п.-0,94, Лс-9,4 × 10⁹/л, э-2, п—6, с-61, л-21, м-10, СОЭ-28 мм/ч.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции справа в нижних отделах грудной клетки до уровня 5 ребра выявляется затемнение гомогенной структуры средней интенсивности с косой верхней границей, затемнение сливается с тенью диафрагмы и контурами сердца. Имеется небольшое смещение органов средостения влево.

Проведена плевральная пункция: удельный вес -1020, белок - 46 г/л, проба Ривальта положительная, лейкоциты-30, нейтрофилы—7, лимфоциты—75, мон.-4, клетки мезотелия-3, макрофаги-4, эритроциты+ АК, МБТ, и другая микрофлора не обнаружена, глюкоза- 3,2 ммоль/л.

По данным торакоскопии на плевре белесоватого цвета бугорки величиной с горчичное зерно. В плевральной полости небольшое количество жидкости. Гистологически: в препарате участка плевры выявляются эпителиоидно-клеточные гранулемы с клетками Пирогова-Ланганса с признаками казеозного распада. Плевра фиброзирована.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Оцените данные проведенного обследования, определите основной путь выявления заболевания, факторы, способствующие его возникновению, основной

рентгенологический синдром.

2. Составьте план дальнейшего обследования больной.
3. Сформулируйте клинический диагноз, обоснуйте его.
4. Назначьте комплексное лечение. Рассчитайте дозу противотуберкулезных препаратов на кг массы тела больной, выпишите рецепты.
5. Определите категорию очага по степени опасности. Составьте план профилактических мероприятий в очаге туберкулезной инфекции.

Ответы к задаче

1. ОАК: умеренный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, умеренное ускорение СОЭ. Рентгенологически - синдром патологии плевры. Плевральная жидкость - экссудат, преобладают лимфоциты. Гистологически: в препарате участка плевры выявляются эпителиоидно-клеточные гранулемы с клетками Пирогова-Ланганса с признаками казеозного распада. Факторы, способствующие возникновению заболевания: работает ветеринаром, имела контакт с больными туберкулезом животными. Основной путь выявления - по обращаемости.
2. Рентгенологическое обследование лёгких сразу после удаления экссудата с целью уточнения поражения лёгких. Мокрота на МБТ, АК. ОАМ, БАК Проба Манту с 2 Т.Е., диаскинтест.
3. Правосторонний экссудативный плеврит туберкулезной этиологии. МБТ-Дифференциальная диагностика проводится по синдрому патологии плевры: туберкулезный плеврит, пара-мета пневмонические плевриты, раковые плевриты.
4. Режим химиотерапии III. Интенсивная фаза 2 мес. 4 АБП (H+R+Z+E) ежедневно. Симптоматическое лечение. Лечение, направленное на больной орган (физиолечение). Дезинтоксикационная терапия. Фаза продолжения 2 АБП (H+R) – 4 месяца, возможно в условиях санатория.
5. Категория очага – III. План профилактических мероприятий в очаге туберкулезной инфекции:
 - А) госпитализация больной в стационар для проведения основного курса лечения,
 - Б) заключительная дезинфекция в очаге туберкулезной инфекции,
 - В) обследование контактных (мужа),
 - Г) химиопрофилактика контактным,
 - Д) сан.просвет. работа.

10 семестр

Больная В., 23 лет, студентка. Состоит на учёте в противотуберкулёзном диспансере с диагнозом инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого, МБТ (-). Пролечена в стационаре 8 месяцев. Лечение эффективно: достигнуто частичное рассасывание инфильтрата, прекратилось бактериовыделение. Через 2 года после заболевания родила доношенного здорового ребёнка. Роды протекали без осложнений. На 4-й день после родов появилось ухудшение самочувствия: слабость, потливость по ночам, повышение температуры до 39°C с ознобами, сухой кашель, выраженная одышка.

Объективно: состояние больной средней тяжести. Цианоз губ. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких ослаблено, единичные сухие хрипы. Частота дыхания 30 в/мин. Тоны сердца ритмичные, пульс 110 в/мин., АД- 100/60 мм рт. ст. Живот без особенностей.

На обзорной рентгенограмме легких по всем лёгочным полям выявлены слабо-контуринированные тени до 3 мм в диаметре, лёгочный рисунок обеднен. Корень структурный, не увеличен. Тень средостения в норме. Синусы свободные, диафрагма ровная.

Общий анализ крови; Эр. - 4,59 x 10¹²/л, Нб - 139 г/л, цв. п, -0,9, L - 10,2 x 10⁹ /л, п/я - 14%, с/я - 78%, л - 6%, м- 2%., СОЭ - 30 мм/час.

Однократно в общей сети методом бактериоскопии микобактерии туберкулёза не обнаружены.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Оцените пробу Манту с 2 ТЕ, результаты лабораторного, рентгенологического обследования.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Перечислите дополнительные методы обследования.
4. Укажите мероприятия в очаге, которые необходимо провести перед выпиской ребёнка. Решите вопрос о вакцинации ребёнка, возможности грудного вскармливания.
5. Тактика дальнейшего ведения больной.

Эталон ответа:

1. Основной рентгенологический синдром – синдром диссеминации. ОАК – умеренный лейкоцитоз, сдвиг палочкоядерных влево, лимфоцитопения, умеренное увеличение СОЭ. ОАМ – небольшая протеинурия, лейкоцитурия. МБТ не обнаружены методом бактериоскопии однократно. Проба Манту с 2 ТЕ – отрицательная (вторичная анергия).
2. Милиарный туберкулёз лёгких (прогрессирование процесса), туберкулез гортани?
3. Продолжить исследование мокроты на МБТ - 3-х кратно методом бактериоскопии, ПЦР и посевом; 3-х кратное исследование мочи на МБТ. Трахеобронхоскопия с исследованием смывов из бронхов на МБТ. Консультация ЛОР - врача с ларингоскопией.
4. Вакцинация ребёнка в роддоме. Грудное вскармливание не показано.
5. Заключительная дезинфекция. ФГ- обследование всех членов семьи. Изоляция ребёнка от больной туберкулёзом матери на период формирования поствакцинального иммунитета (2 мес.). Консультация фтизиатра, перевод больной из родильного дома в специализированный стационар противотуберкулёзного диспансера.

Задача №2

Больной Т., 73 лет, пенсионер. Рос в большой семье - 2 сестры, 4 брата. 2 брата умерли от туберкулеза (один в возрасте 40 лет, другой в 55 лет). Родители туберкулезом не болели. Вредных привычек не имел. Условия жизни относительно удовлетворительные.

Одинокий. Жена умерла от рака печени 5 лет назад. Болел туберкулезом легких в возрасте 23 лет, пролечен эффективно. В 27 - летнем возрасте обострение туберкулеза. Лечился в условиях стационара. Принимал много антибактериальных препаратов. Работал на целлюлозно-бумажном комбинате. Последние 6 лет частые приступы стенокардии. ФГ обследование проходил 3 года назад.

Обратился к терапевту с жалобами на одышку при подъеме по лестнице, хрипы при дыхании, которые слышит сам, общую слабость, кашель по утрам с мокротой, боли тупые за грудиной.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, соответствует возрасту. Рост – 177 см, вес – 78 кг. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка ассиметрична: правое плечо ниже, подключичная область западает, уменьшена в объеме. Перкуторный звук укорочен под ключицей справа, ниже II межреберья с коробочным оттенком, частота дыхания 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные. PS=90 в минуту, АД=150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание частое. Тремор пальцев рук. На вопросы отвечает правильно. Снижена память.

На флюорограмме – верхняя доля справа уменьшена в размере, корень подтянут вверх, в средне-нижних отделах легких повышена прозрачность. Слева без патологии. Купол диафрагмы справа уплощен. Аорта уплотнена. На томограмме легких срезы 6-7см в зоне фиброза овальное просветление 2х1см.

Общий анализ крови: Эр- 4,0 x 10¹²/л, Нб-146 г/л, Ле- 12,9 x 10⁹/л, э- 2%, п/я-6%, с/я-

57%, л- 30%, м- 5%, СОЭ-56 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1013, лейкоциты -1-3 в/п.зр., белка, сахара – нет.

Биохимический анализ крови: белок – 65г/л, А – 40%, Г – 60%, альфа1- 1,9%, альфа2- 11%, бета-15%, гамма-22%, А /Г = 0,67

Реакция Манту с 2 ТЕ – р7мм.

Анализ мокроты по Циль – Нильсену – КУМ трехкратно обнаружено (3+), посев >100 колоний МБТ.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и дайте характеристику течения заболевания.
2. Оцените данные объективного осмотра, туберкулинодиагностики.
3. Укажите отклонения от возрастных норм в лабораторных анализах.
4. Оцените характер бактериовыделения, разрешающую способность метода посева и сроки получения результата.
5. Отрадите особенности лечения туберкулеза в пожилом возрасте с учетом данных обследования.

Эталон ответа:

1. Фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого I Б ГДУ (поздний рецидив).
2. Уменьшение размера грудной клетки, опущение плеча справа свидетельствует о хроническом процессе с фиброзом в легочной ткани. Трemor рук, снижение памяти, боли за грудиной – проявления общего атеросклероза. Проба Манту с 2 ТЕ – положительная.
3. В анализе крови: ускорение СОЭ, лейкоцитоз. Белковые фракции крови: снижение А /Г коэффициента за счет увеличения глобулинов (альфа2, гамма фракций).
4. Бактериовыделение обильное методом Циль – Нильсена; посев мокроты >100 колоний, разрешающая способность посевом 50-100 КУМ; срок получения результата посева 3-12 недель.
5. Перед назначением антибактериальных препаратов – осмотр терапевта, ЛОР, окулиста. Интенсивная фаза по режиму I; 4 АБП (изониазид, рифадин, пиразинамид, этамбутол). Снижение дозы антибактериальных препаратов на 1/3. Ежедневный или интермитирующий индивидуальный прием. Коррекция нарушений ЦНС, сердечно-сосудистой системы. Активный двигательный режим. Рациональное питание (увеличение белка, витаминов группы С, В)

Задача №3

Больная К., 45 лет, инвалид 2 группы по психическому заболеванию, страдает шизофренией, непрерывное течение с нарастающим дефектом.

Поступила в туберкулезное отделение областной психиатрической больницы с жалобами на кашель с мокротой, ознобы, выраженную слабость, похудание за 3 месяца на 20 кг, повышение температуры тела до 37,8°C.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, пониженного питания, кожные покровы сухие в расчесах, на спинке носа псориазические бляшки. Дыхание в легких ослаблено, множество влажных хрипов, ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 100 мм рт. ст, PS=ЧСС=100 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, периферических отеков нет.

ОАК: Эр. - 4,3 x 10¹²/л, Нв - 114 г/л, цв. п. -0,8, Ле - 12,2 x 10⁹/л, п/я – 33%, с/я – 56%, л – 16%, м- 4%, эоз – 1%, СОЭ-56 мм/час, токсигенная зернистость ++.

ОАМ: плотность 1010, цвет соломенный, реакция нейтральная, белок 0,099г/л, глюкоза не обнаружена, лейкоциты- 2-3 в п/зр., Эр 30-35 в п/зр.

Биохимический анализ крови: АЛТ - 13,8 ЕД, АСТ - 8,7 ЕД, общий билирубин - 6,4 мкмоль/л, мочевины - 8,7 мкмоль/л, креатинин - 56,6 мкмоль/л, ЩФ - 783 нмоль/л, общий белок - 70,4 г/л, альбумины - 47,9; глобулины - 62%, альфа-1 - 9,3%, альфа-2 - 10,0%, бета - 9,3%, гамма - 19,3%, индекс А/Г 1,09.

В анализах мокроты методом люминисцентной микроскопии при поступлении обнаружены «КУБ» 2+ и 3+. В посевах выделено >100 колоний МБТ, устойчивых к S, H, R, K, чувствительных к E, Ea, Cap, OfI, ПАСК.

В анализах мочи на ацетиллирование ГИНК – быстрый ацетиллятор.

Рентгенологически: верхняя доля правого легкого разрушена, представлена множественными полостями распада, в S1, S2 на фоне воспалительно - деформированного легочного рисунка определяются сгруппированные бронхообулярные фокусы с распадом, очаги. Видна широкая воспалительная дорожка к правому корню. Корни фиброзны, диафрагма ровная, синусы свободны, сердце обычной топике.

Соскоб на яйца чесоточного клеща – обнаружены яйца паразита.

В результате лечения в течение 2-х лет сформировался фиброзно-кавернозный туберкулез, не абациллирована, достигнута только олигобациллярность. Консультирован хирургом - показано оперативное лечение.

Проведено оперативное лечение – комбинированная резекция верхней доли и части S6 правого легкого с 4-х реберной торакопластикой. Гистологическое заключение по препарату легких – фиброзно-кавернозный туберкулез.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Проведите анализ данных лабораторных исследований, определите основной рентгенологический синдром, вид лекарственной устойчивости, массивность бактериовыделения.
2. Сформулируйте предварительный диагноз на момент поступления в туберкулезный диспансер.
3. Укажите отягощающие факторы, способствующие развитию заболевания.
4. С какими заболеваниями будете проводить дифференциальную диагностику.
5. Оцените эффективность лечения и побочные проявления у больной с быстрым типом ацетиллирования.

Эталон ответа:

1. В ОАК лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ, анемия, лимфоцитопения. В ОАМ - протеинурия, гематурия. БАК-диспротеинемия, увеличение альфа-1 и альфа-2 фракций глобулинов. Ведущий рентген.синдром – синдром субтотального уплотнения легочной ткани. Массивное бактериовыделение, первичная множественная лекарственная устойчивость.
2. Верхнедолевая казеозная пневмония справа 1А МБТ+
3. Наличие психического заболевания, псориаз.
4. Двусторонняя неспецифическая пневмония.
5. Низкая эффективность лечения, гепатотоксические побочные проявления.

Задача №4

Больной В., 34 лет, рабочий на стройке, прошел флюорографическое обследование в связи с рождением сына. Выявлен округлый фокус в верхней доле правого легкого, S1, неомогенной структуры с нечеткими контурами, с единичными очагами малой интенсивности по периферии. Консультирован фтизиатром. Госпитализирован в диагностическое отделение противотуберкулезного диспансера.

Предъявляет жалобы на небольшую слабость, сухой кашель, связывает их с физической нагрузкой, курением.

Анамнез жизни: имел контакт с больными туберкулезом в местах лишения свободы. ФГ обследование проводил 2 года назад при возвращении из заключения, патологии не

выявлялось, на дообследование не вызывали. При ретроспективной оценке данной флюорограммы выявлен инфильтрат в верхней доле правого легкого с нечеткими контурами. Курит с 17 лет по пачке сигарет в день, злоупотребляет алкоголем. Живет в неблагоустроенной квартире с женой и дочкой 6 лет. Жена до рождения сына работала помощником воспитателя в детском садике. Из перенесенных заболеваний отмечает частые ОРВИ, трахеобронхит, панкреатит. 5 лет назад было ножевое ранение грудной клетки справа.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Подкожно-жировой слой выражен умеренно, вес-66 кг, рост-170 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ч.д. 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичны, ч.с.с. 84 в минуту, АД 130/70 мм. рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме.

ОАК: Нв-136 г/л Эр-4,2×10¹²/л, Лс-8,5×10⁹/л, э-3, п—6, с-53, л-26, м-12, СОЭ-20 мм/ч.

Анализ мокроты на МБТ трехкратно люм- методом и ПЦР – МБТ не обнаружены. Проба Манту с 2 Т.Е. папула 23 мм, диаскинтест- папула 14 мм с лимфангаитом.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Оцените данные проведенного обследования, выделите основной рентгенологический синдром, факторы, способствующие развитию заболевания, основной путь выявления процесса в легких.
2. Сформулируйте клинический диагноз, обоснуйте его.
3. Составьте план дальнейшего обследования больного.
4. Назначьте комплексное лечение, рассчитайте дозу противотуберкулезных препаратов на кг массы тела.
5. Определите категорию очага туберкулезной инфекции. Составьте план профилактических мероприятий в очаге.

Эталон ответа:

1. Проба Манту с 2 Т.Е. – гиперергическая, в совокупности с результатами других методов исследования свидетельствует о постинфекционной аллергии. Диаскинтест – гиперергический, свидетельствует о наличии в организме активно размножающейся культуры микобактерий туберкулеза, о наличии постинфекционной аллергии. Общий анализ крови - незначительное увеличение СОЭ, палочкоядерный сдвиг влево свидетельствует о наличии воспалительного процесса в организме. Анализ мокроты на МБТ трехкратно люм - методом и ПЦР - КУБ не обнаружены, больной не является бактериовыделителем, посева в работе. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции – синдром округлой тени. Основной путь выявления заболевания – при проф. осмотре, так как больной выявлен при профилактическом флюорографическом обследовании на туберкулез. Факторы, способствующие развитию заболевания: имел контакт с больными туберкулезом в местах лишения свободы; ФГ обследование проходил 2 года назад при возвращении из заключения, патологии не выявлялось, на дообследование не вызывали; при ретроспективной оценке данной флюорограммы выявлен инфильтрат в верхней доле правого легкого с нечеткими контурами (пропуск патологии); курит с 17 лет по пачке сигарет в день, злоупотребляет алкоголем; живет в неблагоустроенной квартире с женой и дочкой 6 лет; из перенесенных заболеваний отмечает частые ОРВИ, трахеобронхит, 5 лет назад было ножевое ранение грудной клетки справа.
2. Туберкулема в верхней доле правого легкого (S1) в фазе инфильтрации, МБТ -.
3. Анализ мокроты методом посева, боковые снимки и томограммы правого

легкого для уточнения локализации процесса, биохимический анализ крови: билирубин, АСТ, АЛТ, сахар, тимоловая проба, креатинин для уточнения характера процесса и назначения противотуберкулезных препаратов. Консультация ЛОР - врача, окулиста для назначения противотуберкулезных препаратов. Дифференциальная диагностика туберкулемы легких с пневмонией (анамнез, начало заболевания, особенности клинического течения, рентгенологических проявлений, данных лабораторного обследования, эффективности проводимых лечебных мероприятий).

4. Режим химиотерапии III. Интенсивная фаза 2 мес. 4 АБП (H+R+Z+E) ежедневно. Симптоматическое лечение. Лечение, направленное на больной орган (физиолечение). Фаза продолжения 2 АБП (H+R) – 4 месяца, возможно в условиях санатория.
5. План профилактических мероприятий в очаге туберкулезной инфекции:
 - а) госпитализация больного в стационар для проведения основного курса лечения,
 - б) заключительная дезинфекция в очаге туберкулезной инфекции,
 - в) обследование контактных (жены, дочери),
 - г) химиофилактика контактным,
 - д) сан.просвет. работа.

Задача №5

Больной Д., 55 лет, житель села, поступил в легочное отделение областного противотуберкулезного диспансера с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 38°C, кашель со скудным количеством слизистой мокроты, периодически с прожилками крови, одышку при физической нагрузке, боли в эпигастральной области. Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия в течение нескольких месяцев – беспокоил периодически кашель с выделением мокроты, повышение температуры до субфебрильных цифр, слабость. К врачам не обращался, лечился народными средствами, отмечал некоторое улучшение самочувствия. Две недели назад в мокроте появились прожилки крови, обратился к врачу-терапевту. Прошел ФГ-обследование, выявлены изменения в легких, подозрительные в отношении туберкулеза, консультирован фтизиатром, дообследован.

Анамнез жизни: материально-бытовые условия неудовлетворительные. Ранее находился в местах лишения свободы, злоупотребляет алкоголем. Предыдущее ФГ – обследование 6 лет назад. Перенесенные заболевания: ОРЗ, хронический бронхит, язвенная болезнь желудка.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Подкожно- жировой слой выражен умеренно, вес-55 кг, рост-160 см. В легких дыхание жестковатое, справа в межлопаточной области выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы, здесь же при перкуссии притупление перкуторного звука. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ч.с.с. 96 в минуту, АД 110/60 мм. рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

ОАК: Нв-132 г/л Эр-3,60×10¹²/л, ц.п.-0,90, Ле-8,6×10⁹/л, э-1, п—8, с-60, л-19, м-12, СОЭ-25 мм/ч.

Анализ мокроты на МБТ однократно люм- методом и ПЦР - КУБ обнаружены, посевом выделено 60 колоний МБТ, устойчивых к тубазиду, канамицину, этамбутолу.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции в нижней доле правого легкого, С6 выявляется полость диаметром до 4 см с тонкими стенками без перифокальной инфильтрации, с очагами по периферии ограниченной протяженности.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Оцените данные проведенного обследования, определите основной рентгенологический синдром, вид лекарственной устойчивости.
2. Основной метод выявления заболевания и факторы, способствующие его возникновению.
3. Составьте план дальнейшего обследования больного.
4. Сформулируйте клинический диагноз, проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте комплексное лечение.

Эталон ответа:

- 1) ОАК- палочкоядерный сдвиг влево, моноцитоз, умеренное увеличение СОЭ. Рентгенологически - синдром кольцевидной тени. Первичная лекарственная устойчивость, полирезистентность, умеренное бактериовыделение.
- 2) Выявлен по обращаемости, отягощающие факторы: материально-бытовые условия неудовлетворительные, ранее находился в местах лишения свободы, злоупотребляет алкоголем; предыдущее ФГ – обследование 6 лет назад, перенесенные заболевания: ОРЗ, хронический бронхит, язвенная болезнь желудка.
- 3) Исследование мокроты методом люм-микроскопии, ПЦР и посевом с определением лекарственной чувствительности; боковые снимки и томограммы правого легкого для уточнения локализации процесса, ОАМ, БАК, диаскитест, проба Манту с 2 Т.Е., ЭКГ, ФВД, ФГДС. трахеобронхоскопия. Консультации ЛОР-врача, окулиста.
- 4) Кавернозный туберкулез в нижней доле правого легкого, С6, в фазе обсеменения, МБТ+, Кровохарканье. ПМЛУ к тубазиду, канамицину, этамбутолу. Язвенная болезнь желудка. Дифференциальная диагностика с кистой, абсцессом легких.
- 5) Диета ВБД туберкулезная, двигательный режим
 1. Лечение режим I – 60-90 доз интенсивная фаза 4-5 АБП с учетом лекарственной устойчивости и сопутствующей патологии ежедневно; фаза продолжения 4-6 месяцев
 - 2 АБП с учетом устойчивости и сопутствующей патологии. Гепатопротекторы, антиоксиданты, гемостатики, ингаляции с ПАСК, физиолечение.

Перечень тем рефератов

1. Требования к сбору мокроты на БК (бактериоскопия, метод посева, ПЦР).
2. Хронически текущий первичный туберкулез (особенности течения и диагностики).
3. БЦЖиты у детей.
4. Значение исследования крови при туберкулезе.
5. Группы диспансерного наблюдения.
6. Лабораторные исследования при плеврите.
7. Ранняя диагностика при плевритах специфической этиологии.
8. Осумкованный плеврит.
9. Дифференциальная диагностика округлых образований в легких.
10. Аденопатии средостения и их дифференциальная диагностика.
11. Клиника и методы дифференциальной диагностики периферических лимфоаденитов.
12. Туберкулез и материнство.
13. Работа по туберкулезу районного фтизиатра.
14. Ранняя диагностика туберкулезного менингита.
15. Патогенез и патологическая анатомия при туберкулезе и алкоголизме.
16. Показания к применению бронхоскопии.
17. Выявление туберкулеза среди больных ХНЗЛ.
18. Выявление туберкулеза у больных сахарным диабетом и особенности течения процесса, исходы.

- 19.Болезни желудка и туберкулез.
- 20.Частота и особенности выявления туберкулеза у психических больных.
21. Мероприятия в лечебных учреждениях при выявлении бактериовыделителя.
- 22.Предупреждение туберкулеза в тубстационарах.
- 23.Стрептомицин - его применение у больных туберкулезом.
- 24.ГИНК - особенности действия на микро и макроорганизмы.
- 25.Рифампицин, его производные, их действие на микро и макроорганизм.
- 26.Фторхинолоны, их применение во фтизиатрии.
- 27.Современное применение ПАСК.
- 28.Пиразинамид, его применение и влияние на макро и микроорганизмы.
- 29.Иммуномодуляторы, их свойства и действие.
- 30.Назначение гормонотерапии (показания и противопоказания).
- 31.Цель применения витаминов (механизм их действия).
- 32.Химиопрофилактика (препараты, сроки проведения).
- 33.Показания к применению пневмоперитонеума.
- 34.Диагностика туберкулеза почек.
- 35.Поражение туберкулезом женской половой сферы.
- 36.Туберкулез половых органов у мужчин.
- 37.Туберкулез костей и суставов.
38. Туберкулезный мезоаденит, перитонит и туберкулез кишечника (особенности диагностики)
- 39.Группы диспансерного наблюдения, работа с пациентами.
- 40.Спонтанный пневмоторакс.
- 41.Дифференциальная диагностика легочных и желудочных кровотечений.
- 42.Силикотуберкулез (ранняя диагностика).
- 43.Особенности эпидемиологии туберкулеза в местах лишения свободы.
- 44.Роль врача педиатра в раннем выявлении туберкулеза.
- 45.Дифференциальная диагностика ранней тубинтоксикации.
- 46.Первичный туберкулезный комплекс, дифференциальная диагностика.
- 47.Микобактериозы.
- 48.Вакцинация БЦЖ и ее значение
- 49.Рак легкого и туберкулез.
- 50.Грибковое поражение легких и туберкулез
- 51 .Роль различных видов туберкулиновых проб.
- 52.ВИЧ и туберкулез.
- 53.Хирургическое лечение больных туберкулезом
- 54.Побочное действие основных противотуберкулезных препаратов

3.2. Критерии и шкалы оценивания.

Текущий контроль по дисциплине

Оценивание обучающегося на занятиях осуществляется в соответствии с локальным актом университета (положением), регламентирующим проведение текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся и организации учебного процесса с применением балльно-рейтинговой системы оценки качества обучения.

Оценивание практико-ориентированных заданий (ситуационные задачи):

Критерии оценки решения проблемно-ситуационной задачи:

5 «отлично» – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

4 «хорошо» – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы; правильный выбор тактики действий;

логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями преподавателя; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

3 «удовлетворительно» – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов преподавателя; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах преподавателя, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

2 «неудовлетворительно» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала.

Оценивание практико-ориентированных заданий (мануальные практические навыки):

Критерии оценки выполнения практических навыков:

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями; все действия обосновываются с уточняющими вопросами преподавателя;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии преподавателя; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» – затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

Критерии оценки реферата

«Отлично» - выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём и количество литературных источников, продемонстрировано умение работать с исследованиями, научной литературой, систематизировать и структурировать материал, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

«Хорошо» – основные требования к реферату и его защите выполнены: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, продемонстрировано умение работать с исследованиями, научной литературой, систематизировать и структурировать материал, но при этом допущены недочёты. В частности, имеются неточности в изложении материала; не выдержан объём реферата и количество литературных источников; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

«Удовлетворительно» - имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

«Неудовлетворительно» - тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблематики темы реферата.

Промежуточная аттестация по дисциплине.

Форма промежуточной аттестации 9 семестр — Зачет, 10 семестр — Зачет.

На промежуточной аттестации обучающийся оценивается— зачтено; не зачтено.

Результат обучения по дисциплине считается достигнутым при получении обучающимся оценки «зачтено» по каждому из контрольных мероприятий, относящихся к данному результату обучения.

Критерии оценки образовательных результатов обучающихся на зачете по дисциплине

Качество освоения ОПОП - рейтинговые баллы	Оценка зачета (нормативная) в 5-балльной шкале	Уровень достижений компетенций	Критерии оценки образовательных результатов
90-100	Зачтено	Высокий (продвинутый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 90-100.</p> <p>При этом, на занятиях, обучающийся исчерпывающе, последовательно, чётко и логически стройно излагал учебно-программный материал, умел тесно увязывать теорию с практикой, свободно справлялся с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, предусмотренные программой. Причем обучающийся не затруднялся с ответом при видоизменении предложенных ему заданий, правильно обосновывал принятое решение, демонстрировал высокий уровень усвоения основной литературы и хорошо знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «отлично» выставляют обучающемуся, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значение для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

66-89	Зачтено	Хороший (базовый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обладающий осознанное (твердое) знание учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 66-89.</p> <p>На занятиях обучающийся грамотно и по существу излагал учебно-программный материал, не допускал существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применял теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владел необходимыми навыками и приёмами их выполнения, уверенно демонстрировал хороший уровень усвоения основной литературы и достаточное знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «хорошо» выставляют обучающемуся, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
50-65	Зачтено	Достаточный (минимальный)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обладающий минимальные (достаточные) знания учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 50-65.</p> <p>На занятиях обучающийся демонстрирует знания только основного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной работы, слабое усвоение деталей, допускает неточности, в том числе в формулировках, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий и работ, знакомый с основной литературой, слабо (недостаточно) знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой.</p> <p>Как правило, оценку «удовлетворительно» выставляют обучающемуся, допускавшему погрешности в ответах на занятиях и при выполнении заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

Менее 50	Не зачтено	Недостаточный (ниже минимального)	<p>НЕ ЗАЧТЕНО выставляется обучающемуся, который не знает большей части учебно-программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы на занятиях и самостоятельной работе.</p> <p>Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся продемонстрировавшего отсутствие целостного представления по дисциплине, предмете, его взаимосвязях и иных компонентов.</p> <p>При этом, обучающийся не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании вуза без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.</p> <p>Компетенции, закреплённые за дисциплиной, сформированы на недостаточном уровне или не сформированы.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
----------	------------	-----------------------------------	---

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«зачтено»	60-100
«незачтено»	0-59