

**III. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ**  
**Автономная некоммерческая организация высшего образования**  
**«Научно-клинический центр имени Башларова»**

Утверждаю  
Проректор по учебно-методической  
работе

\_\_\_\_\_ А.И. Аллахвердиев  
«28» апреля 2023 г.

Рабочая программа дисциплины	Б1.О.26 Фтизиатрия
Уровень профессионального образования	Высшее образование-специалитет
Специальность	31.05.03 Стоматология
Квалификация	Врач - стоматолог
Форма обучения	Очная

Рабочая программа дисциплины «Фтизиатрия» разработана в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденному приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 984, приказа Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 06.04.2021 № 245 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры».

Программа одобрена на заседании учебно-методического совета (протокол № 3 от «28» апреля 2023 г.)

# 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине

## 1.1 Перечень компетенций с индикаторами их достижения соотнесенные с планируемыми результатами обучения по дисциплине:

Код и наименование компетенции	Наименование индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине
ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	ИОПК-5.1 Применяет методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме	Знать: правила сбора анамнеза болезни, жизни, эпиданамнеза, клиническую картину, методы диагностики и дифференциальной диагностики туберкулеза и лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом. Уметь: формулировать предварительный диагноз. Владеть: Проведением дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными. Знать: методику проведения физикального обследования. Уметь: правильно проводить пальпацию, перкуссию, аускультацию. Владеть: методами интерпретации результатов физикального обследования. Знать: Методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований. Уметь: правильно интерпретировать результаты, лабораторных и инструментальных обследований пациента. Владеть: составлением плана лабораторных и инструментальных обследований пациента. Знать: показания для направления пациента лабораторное и инструментальное обследование. Уметь: правильно оформить направление на лабораторное и

		<p>инструментальное обследование.</p> <p>Владеть: требованиями клинических рекомендаций для направления на лабораторное и инструментальное обследование. Знать: алгоритм проведения дифференциальной диагностики.</p> <p>Уметь: дифференцировать туберкулез с другими инфекционными и неинфекционными заболеваниями.</p> <p>Владеть: навыками проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными, Установления диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).</p>
<p>ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач</p>	<p>ИОПК-6.1 Применяет методы медикаментозного и немедикаментозного лечения для лечения патологических заболеваний и состояний</p>	<p>Знать: Современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Уметь: составлять план лечения пациента с учётом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями.</p> <p>Владеть: навыками разработки плана лечения заболевания с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,</p>

		клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	ИОПК-6.2 Использует современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	Знать: действие лекарственных препаратов и основы лечебного питания. Уметь: назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения). Владеть: порядком назначения лекарственных препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения)
ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	ИОПК-6.3 Владеет методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины	Знать: основные направления немедикаментозного лечения. Уметь: назначать немедикаментозное лечение с учётом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения). Владеть: методиками определения показаний к назначению немедикаментозного лечения
ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении	ИОПК-6.4 Умеет оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма	Знать: способы оценки эффективности, безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания. Уметь: оценивать эффективность, безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания. Владеть: методикой оценки эффективности, безопасности

профессиональн ых задач		применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания
----------------------------	--	--

## 1.2 Этапы формирования компетенции в процессе освоения образовательной программы:

Код компетенции	Формулировка компетенции	Семестр	Этап
ОПК-5	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	7	основной
ОПК-6	Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	7	основной

## 2. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Фтизиатрия» относится к обязательной части блока 1 ОПОП специалитета.

Необходимой основой для освоения учебной дисциплины «Фтизиатрия» являются базовые знания, умения и готовности обучающегося, сформированные следующими дисциплинами: инфекционные болезни, патологическая анатомия, лучевая диагностика, эпидемиология, гигиена.

## 3. Объем дисциплины и виды учебной работы

**Трудоемкость дисциплины: в з.е. - 2 / час - 72**

Вид учебной работы	Всего часов	Семестр
		7
<b>Контактная работа</b>	<b>36</b>	<b>36</b>
В том числе:	-	-
Лекции	6	6
Практические занятия (ПЗ)	30	30
<b>Самостоятельная работа (всего)</b>	<b>36</b>	<b>36</b>
В том числе:	-	-
Проработка материала лекций, подготовка к занятиям	12	12
Самостоятельное изучение тем	12	12
Реферат	12	12
Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен)	зачет	зачет
<b>Общая трудоемкость</b>	<b>час.</b>	<b>72</b>
	<b>з.е.</b>	<b>2</b>

## 4. Содержание дисциплины

## 4.1 Контактная работа

### Лекции

№ п/п	Содержание лекций дисциплины	Трудоемкость (час)
1	Этиология, эпидемиология, классификация туберкулеза.	2
2	Диагностика, раннее выявление и специфическая профилактика туберкулеза.	2
3	Предупреждение внутрибольничного распространения туберкулеза и инфекционный контроль.	2
	Итого	6

### Практические занятия

№ п/п	№ раздела	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)	Форма текущего контроля
1.	1	Этиология, эпидемиология, классификация туберкулеза. Лекарственная устойчивость МБТ. Туберкулез и ВИЧ-инфекция.	3	Устный опрос
2.	2	Выявление туберкулеза различных локализаций у детей и взрослых.	3	Устный опрос
3.	3	Диагностика туберкулеза различных локализаций.	3	Тестирование
4.	4	Инфекционный контроль за распространением туберкулеза и его профилактика.	3	Устный опрос
5.	5	Туберкулез у детей и подростков. Латентная туберкулезная инфекция. Диссеминированный туберкулез.	4	Устный опрос, Тестирование
6.	6	Вторичный туберкулез органов дыхания. Осложнения туберкулеза.	4	Устный опрос
7.	7	Туберкулез внелегочных локализаций. Туберкулез челюстно-лицевой области.	5	Устный опрос
8.	8	Лечение туберкулеза, противотуберкулезный диспансер, его структура и функции.	5	Устный опрос
		Итого	30	

### Самостоятельная работа обучающихся

№ п/п	№ общих модулей, частных модулей	Наименование раздела/темы учебной дисциплины	Трудоемкость (час)	Вид контроля
1.		Этиология, эпидемиология, классификация туберкулеза. Лекарственная устойчивость МБТ. Туберкулез и ВИЧ-инфекция.	4,5	Устный опрос
2.		Выявление туберкулеза различных локализаций у детей и взрослых.	4,5	Устный опрос

3.		Диагностика туберкулеза различных локализаций.	4,5	Устный опрос
4.		Инфекционный контроль за распространением туберкулеза и его профилактика.	4,5	Устный опрос
5.		Туберкулез у детей и подростков. Латентная туберкулезная инфекция. Диссеминированный туберкулез.	4,5	Устный опрос
6.		Вторичный туберкулез органов дыхания. Осложнения туберкулеза.	4,5	Устный опрос
7.		Туберкулез внелегочных локализаций. Туберкулез челюстно-лицевой области.	4,5	Устный опрос
8.		Лечение туберкулеза, противотуберкулезный диспансер, его структура и функции.	4,5	Устный опрос
		Итого	36	

## **5. Фонд оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций**

### **5.1 Оценочные материалы для оценки текущего контроля успеваемости (этапы оценивания компетенции)**

#### **Тестовые задания**

1. Эпидемиология туберкулеза. Источники заражения, пути передачи и восприимчивый коллектив. Резервуар туберкулезной инфекции. Современная эпидемиологическая ситуация по туб. Оптимальный температурный режим для активного размножения микобактерий туберкулеза:

- 1) 20-25°C
- 2) 37-38°C
- 3) 42-45°C
- 4) 50-55°C

2. Температурный режим, при котором происходит гибель микобактерий туберкулеза при 15-минутном воздействии:

- 1) (-140°C)
- 2) (0°C)
- 3) (+60°C)
- 4) (+100°C)

3. Вид лучистой энергии, к которой высокочувствительны микобактерии туберкулеза при воздействии в течение часа:

- 1) инфракрасное солнечное излучение
- 2) ультрафиолетовое солнечное излучение
- 3) постоянное и переменное магнитное поле
- 4) радиоактивное излучение



4. Оптимальный срок роста культуры микобактерий туберкулеза на плотной питательной среде Левенштейна-Иенсена:

- 1) 2-3 дня
- 2) 2 недели
- 3) 1-1,5 месяца
- 4) 2,5-3 месяца

5. Наиболее опасный вид контакта с пациентом открытой формой туберкулеза, способствующий заражению:

- 1) семейный
- 2) бытовой
- 3) производственный
- 4) постельный

6. Наиболее качественный и информативный способ получения патологического материала у пациентов с заболеваниями легких на МБТ и вторичную флору:

- 1) при естественном откашливании мокроты
- 2) при целенаправленной бронхоскопии
- 3) при интратрахеальном смыве с бронхов
- 4) с помощью провоцирующих ингаляций

7. Метод общедоступной и срочной лабораторной диагностики МБТ, выполнимый в любом лечебно-профилактическом учреждении:

- 1) бактериоскопия методом флотации
- 2) прямая бактериоскопия
- 3) бактериологическое исследование
- 4) люминесцентная бактериоскопия

8. Наиболее результативный метод лабораторной диагностики на МБТ:

- 1) люминесцентная бактериоскопия
- 2) прямая бактериоскопия
- 3) бактериологический метод с типированием возбудителя
- 4) бактериоскопия методом флотации

9. Наиболее распространенным методом выявления КУБ является:

- 1) бактериоскопический
- 2) бактериологический
- 3) биологический
- 4) ПЦР

10. Основной путь заражения туберкулезом человека:

- 1) внутриутробный
- 2) алиментарный
- 3) ингаляционный (аэрогенный)

4) контактный

11. Что представляет собой туберкулин?

- 1) убитые МБТ с целостным морфологическим строением
- 2) фильтрат автоклавированной культуры МБТ с продуктами жизнедеятельности
- 3) культура патогенных МБТ
- 4) живая, но ослабленная культура МБТ

12. К группе лиц повышенного развития заболевания туберкулезом детей для проведения туберкулинодиагностики относят:

- 1) детей из очага туберкулезной инфекции
- 2) всех детей дошкольных учреждений
- 3) ВИЧ-инфицированных детей
- 4) детей из неполных семей

13. Противопоказаниями для постановки пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л являются:

- 1) эпилепсия
- 2) беременность
- 3) БЦЖ-вакцинация в анамнезе
- 4) заболевание туберкулезом родителей

14. Какова активность туберкулина в объеме 0,1 мл при массовой постановке пробы Манту у детей и подростков?

- 1) 1ТЕ
- 2) 2ТЕ
- 3) 5 ТЕ
- 4) ЮТЕ

15. Какой метод введения туберкулина является общепринятым в настоящее время при массовой туберкулинодиагностике?

- 1) накожный
- 2) внутрикожный
- 3) подкожный
- 4) внутривенный

16. С какого размера папулы пробу Манту с 2ТЕ ППД-Л принято считать положительной?

- 1) с 2 мм
- 2) с 5 мм
- 3) с 12мм
- 4) с 17 мм

17. С какого размера папулы пробу Манту с 2ТЕ ППД-Л принято считать гиперергической у детей и подростков?

- 1) с 12 мм
- 2) с 17 мм
- 3) с 21 мм
- 4) с 25 мм

18. В каком случае имеет место «вираж» туберкулиновой пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л?

- 1) папула 6 мм (год назад - 10 мм после вакцинации)
- 2) папула 10 мм (год назад проведена ревакцинация БЦЖ после отрицательной пробы)
- 3) папула 12 мм (год назад - проба отрицательная, вакцинация БЦЖ в роддоме 5 лет назад)
- 4) папула 2 мм (вакцинация БЦЖ в прошлом)

19. В какой возрастной группе выше риск заболевания туберкулезом в случае первичного инфицирования организма человека (наступившего «виража»)?

- 1) 1-3 года
- 2) 4-11 лет
- 3) 12-17 лет
- 4) 18-25 лет

20. В какой срок после постановки пробы Манту производится оценка ее результатов?

- 1) через 12 часов
- 2) через 24 часа
- 3) через 48 часов
- 4) через 72 часа

21. При каких показателях папулы при постановке пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л дети и подростки подлежат срочному углубленному обследованию на туберкулез?

- 1) 17 мм и выше
- 2) 10 мм и выше
- 3) 5 мм и выше
- 4) «0» мм

22. При каких показателях папулы при постановке пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л дети подлежат селективной ревакцинации БЦЖ в 7 лет?

- 1) 17 мм и выше
- 2) 12 мм и выше
- 3) 5 мм и выше
- 4) отрицательная проба

23. Противопоказания для постановки пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л:

- 1) положительная проба Манту в анамнезе
- 2) перенесенный туберкулез в анамнезе
- 3) кожные и аллергические заболевания
- 4) острые и хронические инфекционные заболевания в период обострения

24. Метод введения 50-100 ТЕ туберкулина при диагностической пробе Коха:

- 1) накожный
- 2) внутрикожный
- 3) подкожный

- 4) внутримышечный
25. Основным методом рентгенологической диагностики заболеваний органов грудной клетки в пульмонологической клинике:
- 1) стационарная среднеформатная флюорография
  - 2) обзорная рентгенография в 2-х проекциях (прямая и боковая)
  - 3) рентгеноскопия
  - 4) томография
26. Оценка правильности технического исполнения обзорной рентгенограммы легких в прямой проекции по «жесткости» рентгеновских лучей:
- 1) не определяется ни одного позвонка
  - 2) определяется отдельно только три верхних грудных позвонка
  - 3) определяются отдельно шесть верхних грудных позвонков
  - 4) все грудные позвонки четко определяются
27. Проекция шестого сегмента (С<sub>6</sub>) правого легкого на обзорной рентгенограмме:
- 1) выше переднего отрезка 2 ребра
  - 2) в средней зоне легочного поля латерально (субкортикально)
  - 3) в средней зоне легочного поля медиально (ближе к корню)
  - 4) ниже переднего отрезка 4 ребра (над диафрагмой)
28. Проекция средней доли (С<sub>4</sub> и С<sub>5</sub>) в правом легком на обзорной рентгенограмме:
- 1) в средней зоне легочного поля латерально
  - 2) в средней зоне легочного поля медиально
  - 3) в нижней зоне легочного поля латерально
  - 4) в нижней зоне легочного поля медиально
29. Проекция верхней доли (С<sub>1</sub>-С<sub>5</sub>) в левом легком на обзорной рентгенограмме:
- 1) от верхушки до 2 ребра
  - 2) от верхушки до 3 ребра
  - 3) от верхушки до 4 ребра
  - 4) от верхушки до диафрагмы
30. Какие сегменты легких наиболее часто поражаются при вторичных формах туберкулеза?
- 1) С<sub>1</sub>+С<sub>2</sub>
  - 2) С<sub>3</sub>
  - 3) С<sub>4</sub>+С<sub>5</sub>
  - 4) С<sub>8</sub>
31. Обозначение в клиническом диагнозе локализации туберкулезного процесса в легких:
- 1) по долям и сегментам
  - 2) по полям
  - 3) по ребрам
  - 4) по межреберьям

32. Сколько сегментов включает верхняя доля левого легкого?
- 1) пять
  - 2) четыре
  - 3) три
  - 4) два
33. Сколько сегментов включает верхняя доля правого легкого?
- 1) два
  - 2) три
  - 3) четыре
  - 4) пять
34. Рентгенологические параметры очаговых теней крупных размеров:
- 1) до 3 мм
  - 2) от 3 до 6 мм
  - 3) от 6 до 10-15 мм
  - 4) от 15 до 20 мм
35. Рентгенологические параметры фокусных теней средних размеров:
- 1) от 0,5 до 1,0 см
  - 2) от 1 до 2 см
  - 3) от 2 до 4 см
  - 4) от 4 до 6 см
36. Интенсивность свежих, недавно возникших, очаговых тене- образований в легких туберкулезной этиологии:
- 1) высокая
  - 2) малая
  - 3) различная
  - 4) средняя
37. Основная цель томографии в комплексном рентгенологическом обследовании больных туберкулезом легких:
- 1) определение места локализации поражения
  - 2) определение размера выявленных теней
  - 3) выявление участков деструкции в легких
  - 4) определение интенсивности выявленных теней
38. Рентгенологическая характеристика активного туберкулезного процесса с прогрессирующим течением:
- 1) фокус затенения слабой интенсивности с кольцевидным просветлением внутри и немногочисленными очагами вокруг
  - 2) группа очаговых теней в Q и C<sub>2</sub> справа слабой интенсивности гомогенной структуры
  - 3) средней интенсивности фокус затенения с участками уплотнения
  - 4) высокой интенсивности фокус затенения крупных размеров с участками обызвествления
39. Нехарактерный рентгенологический признак для туберкулемы:

- 1) круглая тень размером 4 см с четкими контурами и эксцентрическим просветлением
  - 2) круглая тень размером 2 см с четкими контурами
  - 3) округлый фокус затенения высокой интенсивности 3 см в диаметре неоднородной структуры с включением участков обызвествления
  - 4) округлая изолированная тонкостенная полость без явлений инфильтрации и фиброза в окружающей легочной ткани
40. Какая фаза туберкулезного процесса (кроме других) обязательно отражается в заключительном диагнозе при заживлении каверны?
- 1) рассасывания
  - 2) уплотнения
  - 3) рубцевания
  - 4) обызвествления
41. Самая распространенная в настоящее время клиническая форма туберкулеза легких среди вновь выявленных пациентов:
- 1) очаговая
  - 2) диссеминированная
  - 3) инфильтративная
  - 4) туберкулема
42. Какая форма туберкулеза легких занимает промежуточное положение между свежими и далеко зашедшими хроническими формами?
- 1) кавернозная
  - 2) диссеминированная
  - 3) инфильтративная
  - 4) фиброзно-кавернозная
43. При какой форме туберкулеза легких чаще наблюдаются внелегочные локализации туберкулеза?
- 1) очаговой
  - 2) диссеминированной
  - 3) туберкулеме
  - 4) кавернозной
44. Что представляет собой вакцина БЦЖ?
- 1) культуру патогенных МБТ
  - 2) убитые МБТ
  - 3) живую, но ослабленную культуру МБТ
  - 4) продукты жизнедеятельности МБТ
45. Какой метод введения вакцины БЦЖ является общепринятым в настоящее время при вакцинации и ревакцинации детей и подростков?
- 1) пероральный
  - 2) накожный
  - 3) внутрикожный
  - 4) подкожный
46. Чем отличается вакцина БЦЖ-М от вакцины БЦЖ-1?
- 1) еще более ослаблен вакцинный штамм БЦЖ

- 2) прививочная доза увеличена в 2 раза
  - 3) прививочная доза уменьшена в 2 раза
  - 4) ни чем не отличается, кроме фирменного знака
47. Особенности противотуберкулезной вакцинации в родильном доме недоношенных детей с весом от 2000 г. до 2500 г.:
- 1) не прививают
  - 2) прививают вакциной БЦЖ-1
  - 3) прививают вакциной БЦЖ-М
  - 4) отсрочка вакцинации до достижения нормального веса
48. К местным осложнениям БЦЖ-вакцинации относят:
- 1) холодный абсцесс
  - 2) узловатая эритема
  - 3) келоидный рубец
  - 4) фурункулез
49. Нормальные сроки появления прививочного инфильтрата у новорожденных после введения вакцины БЦЖ-1:
- 1) через 72 часа
  - 2) через неделю
  - 3) через 4-6 недель
  - 4) к концу 2 месяца
50. Сроки формирования искусственного противотуберкулезного иммунитета при вакцинации новорожденного:
- 1) через 1-2 недели
  - 2) через 2 месяца
  - 3) через 4 месяца
  - 4) через 6 месяцев
51. Противопоказаниями для ревакцинации БЦЖ являются:
- 1) перенесенный туберкулез
  - 2) острые и обострения хронических заболеваний
  - 3) предварительная отрицательная проба Манту с 2ТЕ ППД-Л
  - 4) предварительная положительная проба Манту с 2ТЕ ППД-Л
52. Сроки ревакцинации БЦЖ в Республике Беларусь туберкулиноотрицательных детей из групп риска:
- 1) в возрасте 3 лет
  - 2) в возрасте 5 лет
  - 3) в возрасте 7 лет
  - 4) в возрасте 10 лет
53. Каким противотуберкулезным препаратом, как правило, проводится медикаментозная профилактика с целью предупреждения заболевания туберкулезом?
- 1) пиразинамидом
  - 2) изониазидом или фтивазидом (препараты группы ГИНЕС)
  - 3) рифампицином
  - 4) этамбутолом
54. Кто нуждается в проведении обязательной медикаментозной

профилактики изониазидом?

- 1) лица с малыми остаточными туберкулезными изменениями
- 2) взрослые лица, находящиеся в контакте с пациентом закрытой формой туберкулеза
- 3) дети, находящиеся в контакте с бактериовыделителем
- 4) дети с положительной пробой Манту в течение 3-х лет

55. Укажите противопоказания к химиопрофилактике препаратами группы ГИНЕС у детей из очагов туберкулезной инфекции:

- 1) артериальная гипертензия
- 2) язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки
- 3) эпилепсия
- 4) сахарный диабет

56. Самый важный критерий, определяющий степень эпидемиологической опасности очага туберкулезной инфекции:

- 1) жилищно-бытовые условия данной семьи
- 2) материальная обеспеченность семьи
- 3) санитарный и культурный уровень семьи
- 4) массивность бактериовыделения у пациента туберкулезом

57. Наиболее важный источник туберкулезной инфекции:

- 1) мокрота пациента
- 2) молоко от больных животных
- 3) остатки пищи пациента
- 4) посуда, которой пользовался пациент

58. Наиболее важный фактор, снижающий сопротивляемость организма к туберкулезной инфекции:

- 1) курение
- 2) недостаточность питания
- 3) употребление алкоголя
- 4) простудные заболевания

59. С какого мероприятия желательно начинать выполнение комплекса нижеперечисленных экстренных противоэпидемических мер по оздоровлению очага туберкулезной инфекции?

- 1) изоляция бактериовыделителя и прекращение контакта со здоровыми лицами до абациллирования пациента
- 2) регулярное обследование контактирующих лиц на туберкулез
- 3) проведение химиопрофилактики всем здоровым членам семьи
- 4) проведение текущей и заключительной дезинфекции

60. Кто выполняет текущую дезинфекцию в очагах туберкулезной инфекции?

- 1) участковый врач-терапевт с медицинской сестрой
- 2) участковый врач-фтизиатр с медицинской сестрой
- 3) дезинфекционный отдел Центра гигиены и эпидемиологии
- 4) члены данной семьи и сам пациент туберкулезом

61. Кто выполняет заключительную дезинфекцию в очагах туберкулезной инфекции?

- 1) участковый врач-терапевт с медицинской сестрой



- 2) участковый врач-фтизиатр с медицинской сестрой
- 3) дезинфекционный отдел Центра гигиены и эпидемиологии
- 4) члены данной семьи и сам пациент туберкулезом

62. Наиболее достоверный метод диагностики туберкулеза легких:

- 1) рентгенография органов дыхания:
- 2) бактериоскопия мокроты по обнаружению КУБ
- 3) туберкулиновая проба
- 4) общий анализ периферической крови

63. Сколько минимально микроскопических исследований мокроты на МБТ необходимо, как правило, выполнять при диагностике туберкулеза легких в случае не обнаружения возбудителя?

- 1) одно исследование
- 2) два исследования
- 3) три исследования
- 4) четыре исследования и больше

64. Основной массовый метод выявления туберкулеза легких среди взрослого населения Республики Беларусь в настоящее время:

- 1) туберкулинодиагностика по пробе Манту с 2ТЕ ППД-Л
- 2) флюорография (стационарная и передвижная)
- 3) рентгенография в различных проекциях органов грудной клетки
- 4) исследование мокроты на МБТ

65. Наиболее эффективные варианты организации рентгено-флюорографического обследования населения на туберкулез:

- 1) групповые (выборочные) флюорографические обследования
- 2) сплошные (массовые) флюорографические обследования
- 3) максимальный охват рентгено флюорографическими обследованиями населения при обращении в ЛПУ
- 4) рациональное использование всех вышеуказанных вариантов

66. Частота профилактического флюорографического обследования большинства населения при благоприятной эпидемиологической обстановке по туберкулезу:

- 1) не реже 2 раз в год
- 2) не реже 1 раза в год
- 3) не реже 1 раза в два года
- 4) не реже 1 раза в три года

67. Частота профилактического флюорографического обследования большинства населения при неблагоприятной эпидемиологической обстановке по туберкулезу:

- 1) не реже 2 раз в год
- 2) не реже 1 раза в год
- 3) не реже 1 раза в два года
- 4) не реже 1 раза в три года

68. Частота профилактического флюорографического обследования большинства населения при напряженной эпидемиологической обстановке по туберкулезу:

- 1) не реже 2 раз в год
- 2) не реже 1 раза в год
- 3) не реже 1 раза в два года
- 4) не реже 1 раза в три года

69. Какова частота рентгено флюорографического обследования с профилактической целью основной части взрослого населения Республики Беларусь (кроме обязательных контингентов, и лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом) в настоящее время?

- 1) не реже 1 раза в 6 месяцев
- 2) ежегодно
- 3) не реже 1 раза в 2 года
- 4) не реже 1 раза в 3 года

70. Частота флюорографического обследования лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом:

- 1) не реже 2 раз в год
- 2) не реже 1 раза в год
- 3) не реже 1 раза в два года
- 4) не реже 1 раза в три года

71. Частота флюорографического обследования «обязательных» контингентов:

- 1) не реже 2 раз в год
- 2) не реже 1 раза в год
- 3) не реже 1 раза в два года
- 4) не реже 1 раза в три года

72. С каким заболеванием пациенты не включаются в группу повышенного риска по заболеванию туберкулезом?

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) язвенная болезнь желудка
- 3) силикоз легких
- 4) хроническая обструктивная болезнь легких

73. Какие контингенты среди населения Республики Беларусь не подлежат обязательным ежегодным рентгенологическим осмотрам в настоящее время?

- 1) работники детских дошкольных учреждений
- 2) работники лечебно-профилактических учреждений
- 3) учащиеся старших классов средней школы
- 4) работники молочно-товарных и животноводческих ферм

74. Кого из указанных категорий населения не относят к обязательным контингентам?

- 1) работников детских учреждений
- 2) рентгеноположительных лиц
- 3) работников пищевых предприятий
- 4) лиц, проживающих в общежитиях

75. Сколько лет должны храниться в ЛПУ по месту жительства данные нормальных рентгенофлюорографических исследований населения?

- 1) не менее года

- 2) не менее 2 лет
- 3) не менее 3 лет
- 4) не менее 5 лет

76. В какой группе диспансерного учета (ГДУ) должны наблюдаться вновь выявленные пациенты с деструктивными изменениями в легких и бактериовыделением с сохраненной лекарственной чувствительностью?

- 1) 1-АГДУ
- 2) 1-БГДУ
- 3) 2 ГДУ
- 4) 3 ГДУ

77. В какой группе диспансерного учета (ГДУ) должны наблюдаться лица, клинически излеченные от туберкулеза органов дыхания с лекарственно-чувствительными формами МБТ?

- 1) 1-АГДУ
- 2) 2-Б ГДУ
- 3) 3-А ГДУ
- 4) 4-А ГДУ

78. Группа диспансерного учета (ГДУ) детей и подростков, у которых выявлен «Вираж»:

- 1) 1-АГДУ
- 2) 3-Б ГДУ
- 3) 4-А ГДУ
- 4) 6-А ГДУ

79. Группа диспансерного учета (ГДУ) детей и подростков, заболевших первичным туберкулезным комплексом без бактериовыделения:

- 1) 1-АГДУ
- 2) 2-В ГДУ
- 3) 3-А ГДУ
- 4) 5-А ГДУ

80. Группа диспансерного учета (ГДУ) пациентов, у которых проведено не менее двух курсов противотуберкулезного лечения, закончившихся неудачей:

- 1) 1-АГДУ
- 2) 2-В ГДУ
- 3) 2-А ГДУ
- 4) 2-Б ГДУ

81. Группа диспансерного учета (ГДУ) впервые выявленных лиц с МЛУ:

- 1) 1-АГДУ
- 2) 2-В ГДУ
- 3) 2-А ГДУ

4) 2-Б ГДУ

82. Группа диспансерного учета (ГДУ) здоровых лиц, контактирующих с пациентом-бактериовыделителем:

- 1) 1 А ГДУ
- 2) 2 А ГДУ
- 3) 3А ГДУ

4) 4 А ГДУ

83. Как назвать вспышку туберкулезного процесса у пациента туберкулезом легких, состоящего в 1-В группе диспансерного учета?

- 1) новое заболевание
- 2) обострение
- 3) ранний рецидив
- 4) поздний рецидив

84. Как назвать вспышки туберкулезного процесса у излеченных от туберкулеза лиц, состоящих на учете в 3 группе диспансерного учета?

- 1) новое заболевание
- 2) обострение
- 3) рецидив
- 4) прогрессирование заболевания

85. Врачи какой специальности должны активно выявлять пациентов с подозрением на туберкулез?

- 1) терапевты
- 2) педиатры
- 3) фтизиатры
- 4) любой врачебной специальности

86. Максимальная продолжительность выдачи больничного листа по временной нетрудоспособности стационарному пациенту туберкулезом по согласованию с ВКК, но без решения МРЭК:

- 1) до 2-х месяцев
- 2) до 4-х месяцев
- 3) до 6-ти месяцев
- 4) до 10-ти месяцев

87. Показания для направления пациентов туберкулезом на МРЭК с целью установления группы инвалидности:

- 1) необходимость продолжения лечения более 6 месяцев с положительной динамикой туберкулезного процесса
- 2) сохранение каверны в легком после 4 месяцев лечения
- 3) после эффективного хирургического лечения без нарушений функции дыхания
- 4) при выявлении пациента с запущенной формой туберкулеза и неэффективности лечения в течение 3-4 месяцев

88. Наиболее частая причина установления 2-й группы инвалидности пациенту туберкулезом легких при недостаточной эффективности основного курса химиотерапии:

- 1) нестойкое абациллирование мокроты
- 2) сохранение полости без дыхательной недостаточности
- 3) наличие полости и фиброза с явлениями легочно-сердечной недостаточности 2 степени
- 4) периодически появляющиеся непродолжительные кровохарканья без симптомов дыхательной недостаточности

89. Каким двум наиболее эффективным противотуберкулезным препаратам

отдается предпочтение на всех этапах лечения пациентов туберкулезом (по методике ВОЗ)?

- 1) левофлоксацин + этамбутол
- 2) изониазид + рифампицин
- 3) ПАСК + тибон
- 4) пиразинамид + этионамид

90. Наиболее верная тактика врача при выявлении высокой степени лекарственной устойчивости МБТ к изониазиду:

- 1) заменить на фтивазид
- 2) назначить изониазид внутривенно
- 3) отменить изониазид и назначить вместо него 2 препарата из группы резерва
- 4) увеличить суточную дозу изониазида

91. В какой ситуации устойчивость МБТ к двум препаратам следует расценивать как множественную лекарственную устойчивость?

- 1) изониазид+рифампицин
- 2) изониазид+левофлоксацин
- 3) рифампицин+этамбутол
- 4) рифампицин+этионамид

92. Какой противотуберкулезный препарат может приводить к развитию ретробульбарного неврита?

- 1) изониазид
- 2) рифампицин
- 3) этамбутол
- 4) пиразинамид

93. Какие два противотуберкулезных препарата нельзя применять одновременно при лечении пациента?

- 1) изониазид+фтивазид
- 2) рифампицин+изониазид
- 3) этамбутол+пиразинамид
- 4) левофлоксацин+рифампицин

94. Назовите наиболее эффективный препарат при лечении пациентов туберкулезом:

- 1) изониазид
- 2) левофлоксацин
- 3) рифампицин
- 4) этионамид

95. Назовите абсолютные противопоказания для назначения изониазида:

- 1) сердечная недостаточность
- 2) дыхательная недостаточность
- 3) снижение слуха

4) эпилепсия Пояснение:

96. Назовите жизненно важные противотуберкулезные препараты:

- 1) изониазид
- 2) ПАСК

- 3) левофлоксацин
  - 4) пиразинамид
97. Какое сочетание противотуберкулезных препаратов неприемлемо?
- 1) этионамид+протионамид
  - 2) изониазид+ПАСК
  - 3) изониазид+левофлоксацин
  - 4) изониазид+канамицин
98. Назовите основное побочное действие изониазида:
- 1) ототоксичность
  - 2) нейротоксичность
  - 3) дисбактериоз
  - 4) нефротоксичность
99. Длительность интенсивной фазы курса химиотерапии у пациентов 1-ой клинической категории согласно рекомендациям ВОЗ:
- 1) 4 месяца
  - 2) 6 месяцев
  - 3) 8 месяцев
  - 4) 2 месяца
100. Какое количество химиопрепаратов необходимо назначить в первые два месяца лечения пациентам с ограниченной (малой) формой туберкулеза без деструкции в легких и без бактериовыделения?
- 1) два препарата
  - 2) три препарата
  - 3) четыре препарата
  - 4) пять препаратов
101. Какое число противотуберкулезных препаратов должно быть назначено пациентам 1-ой клинической категории с сохраненной лекарственной чувствительностью в фазе продолжения лечения согласно методике ВОЗ?
- 1) два препарата
  - 2) три препарата
  - 3) четыре препарата
  - 4) пять препаратов
102. Назовите основные побочные действия фторхинолонов
- 1) ототоксичность
  - 2) дисбактериоз
  - 3) нейротоксическое
  - 4) фотосенсибилизация
103. Основные принципы лечения туберкулеза:
- 1) длительность
  - 2) комплексность
  - 3) лечение только в стационаре
  - 4) этапность
104. Какой противотуберкулезный препарат придает красную окраску моче, поту, слезам?

- 1) этионамид
- 2) пиразинамид
- 3) рифампицин
- 4) ПАСК

105. Наиболее частая побочная реакция при назначении рифампицина:

- 1) токсический гепатит
- 2) гриппоподобный синдром
- 3) лейкопения
- 4) нефротоксичность

106. Ваша тактика, если при приеме противотуберкулезных препаратов единственной жалобой пациента является слабый зуд кожных покровов:

- 1) отмена всех препаратов
- 2) назначение гормональных препаратов
- 3) назначение антигистаминных препаратов
- 4) назначение витаминов

107. Наиболее гепатотоксичный противотуберкулезный препарат:

- 1) изониазид
- 2) этамбутол
- 3) пиразинамид
- 4) циклосерин

108. Оптимальная суточная доза изониазида для взрослого пациента при однократном ежедневном приеме:

- 1) 0,3 г
- 2) 0,6 г
- 3) 0,9 г
- 4) 1,2 г

109. Оптимальная суточная доза рифампицина для взрослого пациента при однократном ежедневном приеме:

- 1) 0,3 г
- 2) 0,6 г
- 3) 0,9 г
- 4) 1,2 г

110. Основная побочная реакция на прием пиразинамида:

- 1) гиперурикемия
- 2) ототоксичность
- 3) нейротоксичность
- 4) фотосенсибилизация

111. Оптимальная суточная доза этамбутола для лечения взрослого пациента туберкулезом при однократном ежедневном введении:

- 1) 25 мг/кг
- 2) 50 мг/кг
- 3) 15 мг/кг
- 4) 10 мг/кг

112. Какое число противотуберкулезных препаратов должно быть включено в интенсивную фазу лечения пациента с рецидивом при наличии множественной лекарственной устойчивости МБТ?
- 1) два препарата
  - 2) три препарата
  - 3) не менее четырех препаратов
  - 4) шесть и более препаратов
113. При каких сопутствующих заболеваниях у пациента туберкулезом не следует назначать рифампицин<sup>9</sup>
- 1) при гипертонической болезни
  - 2) при гепатите
  - 3) при колите
  - 4) при стенокардии
114. Диагноз первичной лекарственной устойчивости устанавливается если:
- 1) обнаруживается устойчивость МБТ, выделенных от пациента, никогда не принимавшего противотуберкулезные препараты
  - 2) обнаруживается устойчивость МБТ, выделенных от пациента, принимавшего противотуберкулезные препараты не более 4-х недель
  - 3) произошло инфицирование пациента резистентными МБТ
  - 4) обнаруживается устойчивость МБТ, выделенных от пациента, принимавшего противотуберкулезные препараты более 4-х недель
115. Вторичной резистентностью МБТ является если:
- 1) лекарственная устойчивость МБТ развивается в процессе лечения туберкулеза
  - 2) лекарственная устойчивость МБТ обнаруживается у пациента, который никогда не принимал противотуберкулезные препараты
  - 3) произошло инфицирование МБТ с лекарственной устойчивостью
  - 4) лекарственная устойчивость обнаруживается у пациента, который принимал противотуберкулезные препараты менее 4-х недель
116. Наиболее частая причина формирования лекарственной устойчивости МБТ:
- 1) нерегулярный прием противотуберкулезных препаратов
  - 2) прием противотуберкулезных препаратов per os
  - 3) лечение одним противотуберкулезным препаратом
  - 4) перерыв в лечении более 2-х месяцев
117. Лечебная тактика при туберкулезе определяется:
- 1) возрастом пациента
  - 2) клинической формой туберкулеза
  - 3) наличием бактериовыделения
  - 4) наличие сопутствующей патологии
118. Патогенетическая терапия при туберкулезе имеет цель:
- 1) повысить сопротивляемость организма
  - 2) замедлить формирование рубцовой ткани
  - 3) подавить воспалительную реакцию
  - 4) воздействовать на МБТ



119. Оптимальная суточная доза химиопрепарата при лечении пациента туберкулезом определяется всеми факторами за исключением:

- 1) переносимостью химиопрепарата
- 2) фармакокинетикой химиопрепарата
- 3) массой тела и возрастом пациента
- 4) кратностью приема

120. Назовите резервные противотуберкулезные препараты:

- 1) изониазид
- 2) пиразинамид
- 3) ПАСК
- 4) фторхинолоны

121. Оптимальная схема лечения в интенсивную фазу пациента очаговым туберкулезом легких без бактериовыделения согласно рекомендациям ВОЗ:

- 1) изониазид+рифампицин
- 2) изониазид+рифампицин+пиразинамид+этамбутол
- 3) пиразинамид+этамбутол
- 4) изониазид+рифампицин+пиразинамид+левофлоксацин

122. Лечение впервые выявленных пациентов с распространенными формами туберкулеза с бактериовыделением и сохраненной лекарственной чувствительностью в фазе продолжения:

- 1) изониазид+рифампицин+пиразинамид+этамбутол в течение двух месяцев
- 2) изониазид+этамбутол+пиразинамид+этионамид в течение двух месяцев
- 3) рифампицин+изониазид в течение четырех месяцев
- 4) рифампицин+этамбутол в течение двух месяцев

123. Наиболее эффективный метод контроля за приемом химиопрепаратов пациентами туберкулезом в амбулаторных условиях:

- 1) выдача препаратов на руки больному не более чем на 5-7 дней
- 2) контроль за приемом антибактериальных препаратов родственниками
- 3) лабораторный контроль на присутствие препарата или его метаболитов в моче
- 4) прием препаратов в присутствии медицинского работника в условиях медучреждения

124. На сколько дней, как правило, выдаются противотуберкулезные препараты пациенту при контролируемом амбулаторном лечении?

- 1) 2-3 дня
- 2) 7-10 дней
- 3) 15-20 дней
- 4) не выдаются

125. Какие методы патогенетического лечения наиболее показаны у пациентов со свежими распространенными инфильтративными изменениями в легких?

- 1) десенсибилизирующие
- 2) противовоспалительные
- 3) стимулирующие

- 4) общеукрепляющие
126. Какие патогенетические средства рекомендуется в первую очередь назначать больным экссудативным туберкулезным плевритом?
- 1) витамины группы В
  - 2) кортикостероиды
  - 3) физиотерапевтические методы лечения
  - 4) иммуностимуляторы
127. При какой клинической форме и фазе туберкулезного процесса может быть наложен искусственный пневмоторакс с лечебной целью?
- 1) очаговый туберкулез в фазе инфильтрации
  - 2) кавернозный туберкулез
  - 3) туберкулема в фазе распада
  - 4) фиброзно-кавернозный туберкулез в фазе инфильтрации и обсеменения
128. При какой клинической форме и фазе туберкулезного процесса возможно наложение пневмоперитонеума с лечебной целью?
- 1) при одностороннем очаговом туберкулезе в фазе инфильтрации
  - 2) при подостром диссеминированном туберкулезе легких в фазе инфильтрации и распада, осложненном кровохарканьем
  - 3) при облаковидном инфильтрате без распада в верхней доле справа
  - 4) при фиброзно-кавернозном туберкулезе верхней доли правого легкого
129. Показания для выполнения резекции легкого по поводу туберкулеза:
- 1) инфильтративный туберкулез С<sub>2</sub> правого легкого в фазе распада и обсеменения
  - 2) подострый диссеминированный туберкулез верхних долей обоих легких в фазе инфильтрации и распада
  - 3) цирротический туберкулез верхней доли правого легкого
  - 4) туберкулема крупных размеров Q правого легкого в фазе распада
130. Наиболее часто применяемый способ хирургического лечения туберкулеза легких в настоящее время:
- 1) резекция части легкого
  - 2) кавернотомия
  - 3) торакопластика
  - 4) дренирование каверны
131. Оптимальный срок для оперативного вмешательства на легком по поводу сохраняющейся каверны после проведенного интенсивного курса химиотерапии:
- 1) через 2 месяца
  - 2) через 3 месяца
  - 3) через 4 месяца
  - 4) через 5-6 месяцев
132. Наиболее характерные грудные жалобы пациентов с туберкулезом легких:
- 1) сухой надсадный кашель в течение недели

- 2) длительный, постепенно усиливающийся кашель с небольшим количеством мокроты
  - 3) кашель с обильным количеством мокроты по утрам
  - 4) относительно редкий кашель в течение многих лет с легко отделяющейся мокротой слизисто-гнойного характера
133. Симптом, более «подозрительный» на туберкулез:
- 1) потливость
  - 2) боль в груди
  - 3) одышка
  - 4) невысокая лихорадка во второй половине дня более трех недель
134. Симптом, более «подозрительный» на туберкулез:
- 1) озноб
  - 2) слабость
  - 3) небольшой постоянный кашель более трех недель
  - 4) выделение большого количества мокроты при кашле в течение суток
135. Метод выявления туберкулеза, относящийся к обязательному диагностическому минимуму (ОДМ):
- 1) бактериологическое исследование материала на МБТ
  - 2) гистологическое исследование биоптата
  - 3) бактериоскопическое исследование патологического материала на МБТ
  - 4) сведения о функции внешнего дыхания
136. Метод выявления туберкулеза, относящийся к обязательному диагностическому минимуму (ОДМ):
- 1) бактериологическое исследование мокроты на МБТ
  - 2) сведения о характере и длительности контакта с больным туберкулезом
  - 3) данные гистологического исследования биоптата легкого
  - 4) бронхоскопическое исследование
137. Метод выявления туберкулеза, относящийся к обязательному диагностическому минимуму (ОДМ):
- 1) общий анализ крови
  - 2) биохимическое исследование крови
  - 3) гистологическое исследование биоптата легкого
  - 4) сведения о функции внешнего дыхания
138. Метод выявления туберкулеза, относящийся к обязательному диагностическому минимуму (ОДМ):
- 1) бронхоскопическое исследование
  - 2) рентгенологическое исследование легких (обзорная рентгенограмма органов грудной клетки)
  - 3) томографическое исследование легких
  - 4) гистологическое исследование биоптата легкого
139. Метод выявления туберкулеза, относящийся к дополнительному диагностическому минимуму (ДДМ):

- 1) сведения о предшествующих рентгенологических исследованиях легких
  - 2) данные настоящего рентгенологического исследования легких
  - 3) томографическое исследование легких
  - 4) сведения о функции внешнего дыхания
140. Метод выявления туберкулеза, относящийся к дополнительному диагностическому минимуму (ДДМ):
- 1) общий анализ крови
  - 2) биохимический анализ крови
  - 3) бактериоскопическое исследование мокроты на МБТ
  - 4) проба Манту с 2ТЕ ППД-Л
141. Методы выявления туберкулеза, относящиеся к дополнительному диагностическому минимуму (ДДМ):
- 1) данные физикального обследования пациента
  - 2) данные о предшествующих рентгенологических исследованиях легких
  - 3) данные настоящего рентгенологического исследования легких
  - 4) бронхоскопия и другие эндоскопические методы
142. Метод выявления туберкулеза, относящийся к дополнительному диагностическому минимуму (ДДМ):
- 1) общий анализ крови
  - 2) бактериологическое исследование мокроты на МБТ
  - 3) бактериоскопическое исследование мокроты на МБТ
  - 4) проба Манту с 2ТЕ ППД-Л
143. Метод выявления туберкулеза, относящийся к факультативному диагностическому минимуму (ФДМ):
- 1) сведения о предшествующих рентгенологических исследованиях легких
  - 2) данные настоящего рентгенологического исследования легких
  - 3) томографическое исследование легких
  - 4) сведения о функции внешнего дыхания
144. Метод выявления туберкулеза, относящийся к факультативному диагностическому минимуму (ФДМ):
- 1) данные физикального обследования пациента
  - 2) данные настоящего рентгенологического обследования легких
  - 3) сведения о предшествующих рентгенологических исследованиях легких
  - 4) данные электрокардиографии
145. Основной метод выявления туберкулеза у нетранспортабельных пациентов:
- 1) флюорографическое исследование органов грудной клетки
  - 2) обзорная рентгенограмма легких
  - 3) томография легких
  - 4) исследования мокроты на МБТ
146. Достоверный и общедоступный метод диагностики туберкулеза легких,

относящийся к обязательному диагностическому минимуму:

- 1) рентгенологический
  - 2) общеклинический
  - 3) бронхо логический
  - 4) исследование мокроты на МБТ методом бактериоскопии
147. Какая клиническая форма относится к первичному туберкулезу?
- 1) очаговый туберкулез легких
  - 2) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
  - 3) туберкулема
  - 4) инфильтративный туберкулез легких
148. Какая туберкулиновая проба Манту обычно характерна для туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов у детей?
- 1) сомнительная
  - 2) слабоположительная в течение 3 лет
  - 3) нормергическая в течение 5 лет
  - 4) «вираж» туберкулиновой пробы
149. К параспецифическим реакциям при первичном туберкулезе не относят:
- 1) узловатую эритему
  - 2) кератоконъюнктивит
  - 3) полиартрит Понсе
  - 4) регионарный лимфаденит
150. Какой наиболее информативный из рентгенологических методов обследования применяется при внутригрудных лимфоаденопатиях?
- 1) обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции
  - 2) бронхография
  - 3) срединная томограмма через корень легких
  - 4) прицельная рентгенограмма

#### КЛЮЧИ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1-2	64-2	127-2
2-4	65-4	128-2
3-2	66-4	129-4
4-3	67-3	130-1
5-4	68-2	131-4
6-2	69-3	132-2
7-2	70-2	133-4
8-3	71-2	134-3
9-1	72-1	135-3
10-3	73-3	136-2
11-2	74-2	137-1
12-1,3	75-4	138-2
13-1,2	76-1	139-3
14-2	77-3	140-2
15-2	78-4	141-4
16-2	79-1	142-2
17-2	80-2	143-4

18-3	81-4	144-4
19-1	82-4	145-4
20-4	83-2	146-4
21-1	84-3	147-2
22-4	85-4	148-4
23-3,4	86-3	149-4
24-3	87-4	150-3
25-2	88-3	
26-2	89-2	
27-3	90-3	
28-4	91-1	
29-4	92-3	
30-1	93-1	
31-1	94-1	
32-1	95-4	
33-3	96-1,4	
34-3	97-1	
35-3	98-2	
36-2	99-4	
37-3	100-3	
38-1	101-1	
39-4	102-3,4	
40-3	103-1,2,4	
41-3	104-3	
42-1	105-1	
43-2	106-3	
44-3	107-1	
45-3	108-1	
46-3	109-2	
47-3	110-1	
48-1,3	111-1	
49-3	112-3	
50-2	113-2	
51-1,2,4	114-1,2,3	

### **Критерии и шкалы оценки тестового контроля:**

Оценка «отлично» - **высокий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он дал правильные ответы на 85% и более тестовых заданий;

Оценка «хорошо» - **средний уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 75-84% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно» - **низкий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 65-74% тестовых заданий;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если он набрал менее 64% правильных ответов на тестовые задания.

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Задача №1.

Ребенок 9 лет, учащийся СШ, направлен в детский кабинет областного клинического противотуберкулезного диспансера в связи с подозрением на заболевание туберкулезом после проведенной туберкули-нодиагностики. Из анамнеза - контакт с пациентами туберкулезом не отмечает, в детстве перенес ветрянку, отмечает редкие простудные заболевания. Жалоб не предъявляет.

Объективно: кожные покровы чистые. Со стороны внутренних органов без особенностей. Периферические лимфоузлы не увеличены. Анализы крови, мочи в норме.

Рентгенограмма органов грудной клетки - норма. Вакцинирован в роддоме (один поствакцинальный рубчик). Проба Манту с 2ТЕ Ш1Д-Л: в возрасте 1 года - папула 11,2 лет - 10 мм, 3 лет - 5 мм, 4-8 лет - 8 мм, 9 лет - папула с везикулой 15 мм.

### **Врачебная тактика? Группа диспансерного учета? Задача №2.**

У ребенка 6 лет проба Манту с 2ТЕ Ш1Д-Л - 10 мм папула.

В 1 год проба Манту была папула 10 мм, в 2 года - папула 8 мм, в 3,4,5 лет - отрицательная. Ребенок обследован, патологии не выявлено.

### **Ваша тактика? Задача №3.**

Пациент 48 лет в прошлом перенес туберкулез легких и снят с учета по выздоровлению.

При профилактическом обследовании рентгенологически выявлены изменения: во 2 сегменте правого легкого тонкостенная кольцевидная тень 3x2 см в диаметре с четкими внутренними и наружными контурами. В окружающей легочной ткани единичные очаги слабой интенсивности без четких контуров, в верхушечном сегменте 2 плотных очага с четкими контурами до 0,5 см. В мокроте обнаружены МБТ.

Гемограмма: СОЭ - 29 мм/час, л - 6,0-10%, п-я нейтроф. - 4%, лимф. - 34%.

***Поставьте диагноз У пациента 43 лет шесть лет назад был диагностирован инфильтративный туберкулез 1,2 сегментов правого легкого в фазе распада, БК+. Лечился стационарно, неоднократно нарушал режим лечения, препараты принимал нерегулярно. Страдает хроническим алкоголизмом.***

Объективно: пониженного питания. Температура тела субфебрильная. Определяется западение и отставание в акте дыхания правой половины грудной клетки. Частота дыхания - 28 в мин. В легких аускультативно над всеми отделами, но больше над правым легким множество влажных разнокалиберных и сухих хрипов. Тоны сердца глухие, тахикардия.

Рентгенограмма: правое легкое уменьшено в объеме за счет выраженных фиброзных изменений в верхнесредних отделах, в области верхней доли определяется каверна бобовидной формы. В нижележащих отделах правого легкого и по всем легочным полям левого легкого определяются очаги бронхогенной диссеминации. Органы средостения смещены вправо.

Гемограмма: СОЭ - 54 мм/час, л -  $8,8 \cdot 10^9$ /л, п-я нейтроф. - 12%, лимф. - 14%. БК в мокроте обнаружены бактериоскопически и методом посева. Культура МБТ устойчива к стрептомицину, рифампицину.

**Диагноз? Укажите вид лекарственной устойчивости?**

Задача №5.

У тракториста 34 лет 2 месяца назад отмечается ухудшение общего состояния, умеренная общая слабость к концу рабочего дня, потливость в ночное время. Указанные явления связывал с переутомлением на работе. На здоровье мало обращал внимания, по вечерам нередко употреблял алкоголь. В дальнейшем общая слабость стала более выраженной, появились постоянный кашель с умеренным количеством мокроты, субфебрильная, а затем и фебрильная температура тела до  $38,2^{\circ}\text{C}$  -  $38,7^{\circ}\text{C}$ . По вечерам лечился аспирином, народными средствами с временным улучшением до тех пор, пока не появилось обильное кровохарканье.

При рентгенологическом обследовании в районной поликлинике в обоих легких по всем легочным полям, преимущественно в верхних зонах, обнаружено множество очаговых и инфильтративных теней местами сливного характера невысокой интенсивности с нечеткими контурами. В верхних долях обоих легких контурировались несколько тонкостенных кольцевидных теней. Корни малоструктурны, размеры легочных полостей и средостения без особенностей. На флюорограмме выполненной год назад патологии в легких не определялось. Гемограмма: СОЭ - 42 мм/час, л -  $9,2 \cdot 10^9$ /л. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л - папула 12 мм. В мокроте бактериоскопически обнаружены БК в большом количестве.

**Поставьте диагноз?**

Задача №6.

У пациента 54 лет внезапно среди полного здоровья на фоне приступообразного каттля появилась боль в левой половине грудной клетки, которая усиливалась при глубоком вдохе. Дыхание стало поверхностным, постепенно нарастала одышка, болевые ощущения усиливались. Прием валидола и нитроглицерина под язык положительного эффекта не оказали.

При осмотре отмечено отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, с этой же стороны аускультативно дыхание резко ослаблено.

Рентгенограмма: прозрачность правого и левого легкого неодинакова. Левое легочное поле наполовину разделено слабозаметной вертикальной линией, идущей от купола диафрагмы и теряющейся в верхней части. В медиальной зоне левого легочного поля отмечается сгущение легочного рисунка, а в латеральной зоне легочный рисунок отсутствует, здесь же резко усилена прозрачность. Средостение смещено в правую сторону. В правом легком резко усилен легочный рисунок на всем протяжении легочного поля. Томографически на 6 см в верхних отделах в медиальной зоне левого легкого определяется тонкостенная деформированная полость. В промывных водах бронхов бактериоскопически обнаружены единичные микобактерии.

**Поставьте диагноз? Группа диспансерного учета? Лечение?**

Задача №7.



Юноша 17 лет, учащийся 10 класса, состоит на учете в 4 группе диспансерного учета (контакт с отцом, страдающим туберкулезом). При очередном обследовании выявлены патологические изменения на рентгенограмме. Жалоб не предъявляет. Месяц назад перенес грипп.

Объективно: кожные покровы чистые, периферические лимфоузлы не увеличены. На левом плече имеется один поствакцинальный рубчик. Легкие, сердце - без особенностей. Анализы крови и мочи в норме. БК в мокроте не обнаружены бактериоскопически и трижды методом посева. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л: в возрасте 1 года - папула 6 мм, 2-16 лет - отрицательная, 17 лет - папула 15 мм.

Рентгенограмма: справа в 3 сегменте определяется группа очагов средней интенсивности сливного характера с тяжистостью к корню. Корень расширен, наружный контур выпуклый.

**Диагноз? Группа диспансерного учета? Стандартная схема химиотерапия ?**

Задача №8.

Ребенок 7 лет направлен в детский кабинет тубдиспансера с жалобами на появление припухлости в области средней трети левого плеча, наличие свища с выделением небольшого количества гноя. Из анамнеза установлено, что четыре месяца назад проводилась ревакцинация БЦЖ.

Объективно: развитие ребенка соответствует возрасту. Со стороны внутренних органов без особенностей. Анализы крови, мочи в норме. На границе верхней и средней трети левого плеча припухлость 2x2,5 см со свищом в центре и наличием небольшого количества гноя, безболезненная. Кожа вокруг свища не изменена.

**Диагноз? Группа диспансерного учета? Лечебные мероприятия?**

Задача №9.

Пациентка 70 лет, пенсионерка. Обратилась в поликлинику с жалобами на приступообразный кашель, слабость, похудание.

Физикально: в межлопаточной области слева выслушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Печень и селезенка не увеличены. На ЭКГ - умеренные диффузные изменения миокарда. АД 140/90 мм рт.ст.

Анализ крови: л - 9,5-10%, СОЭ - 26 мм/час. В мокроте обнаружены МБТ.

Рентгенограмма: в 6 сегменте левого легкого определяется фокус 5x4 см в диаметре без четких контуров с полостью распада в центре и воспалительной «дорожкой» к корню легкого.

**Поставьте диагноз? Группа диспансерного учета?**

Задача №10.

Ребенок 4 месяцев, в роддоме не вакцинирован из-за недоношенности. В настоящее время вес соответствует возрасту, здоров.

**Врачебная тактика Пациентка 40 лет, безработная. Жалоб не предъявляет. Выявлена при профилактическом осмотре в связи с**

**трудоустройством на работу. Предыдущее рентгенообследование 3 года назад. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, оперирована по поводу фибромиомы матки. Контакт с пациентами, страдающими туберкулезом отрицает. Вредных привычек нет.**

Объективно: нормального питания, кожные покровы чистые, периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких легочной звук, везикулярное дыхание. Температура тела нормальная. Анализы крови и мочи в норме. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л - папула 8 мм. В мокроте методом бактериоскопии и посева микобактерии туберкулеза не выявлены.

Рентгенограмма: в 1-2 сегменте левого легкого на фоне усиленного легочного рисунка определяются единичные очаговые тени средней интенсивности размером до 10-15 мм. Справа изменений не выявлено.

**Диагноз? Стандартная схема химиотерапии?**

*Задача №12.*

Пациент 36 лет доставлен в стационар облтубдиспансера с жалобами на обильное кровохарканье и кашель, которые появились около 2-х часов назад. Состоит на учете в диспансере по поводу туберкулеза легких. Лечился нерегулярно, недисциплинирован. Злоупотребляет алкоголем. На инвалидности по заболеванию туберкулезом. Страдает язвенной болезнью желудка в течение 10 лет. Дома принимал противокашлевые средства, однако выделение крови с мокротой в виде сгустков и свежей крови продолжается.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные, чистые. Частота дыхания - 30 в мин. Над легкими справа укорочение звука в верхне-средних отделах, здесь же выслушиваются влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, 108 уд. в мин. Печень +2 см, живот болезненный в эпигастрии. В мокроте определяются сгустки крови.

Гемограмма: СОЭ - 26 мм/час, л - 6,2 - 10<sup>9</sup>/л, эоз. - 1%, п-я - 6%, с/я - 70%, лимф. - 20%, мон. - 3%. БК в мокроте бактериоскопически 3-5 в 100 полях зрения. По результатам посева культура МБТ устойчива к изониазиду, рифампицину, канамицину, ломофлоксацину.

Рентгенограмма: справа в верхней доле легкого определяются выраженный фиброз и каверна размером 4x5 см, доля уменьшена в объеме, свежие очаги обсеменения в нижних отделах правого легкого и навсём протяжении левого легкого. Средостение смещено вправо. Сердце без особенностей.

**Диагноз? Укажите вид лекарственной устойчивости?**

*Задача №13.*

У ребенка 6 лет проба Манту с 2ТЕ ППД-Л - папула 15 мм. Отмечаются плохой аппетит, быстрая утомляемость, субфебрильная температура тела. В анамнезе частые простудные заболевания. С 4 лет непостоянный контакт с пациентом открытой формой туберкулеза. Вакцинирован БЦЖ в роддоме. Динамика туберкулиновых проб: в 1 год проба Манту с 2ТЕ ППД-Л - папула 5 мм, в 2 года - 3 мм, в 3 года - гиперемия 3 мм, в 4 и 5 лет проба Манту - отрицательная.

Объективно: температура 37,3°C. Кожные покровы чистые.

Пальпируются множественные периферические лимфоузлы от 0,5 до 1,0 см мягкоэластической консистенции.

Гемограмма: СОЭ - 21 мм/час, л - 8,0-10<sup>9</sup>/л, п-я - 8%, лимф. - 32%, Нв - 110 г/л.

Рентгенограмма органов грудной клетки без видимой патологии.

***Поставьте диагноз и дайте его обоснование?***

Задача №14.

Пациент 60 лет. В детстве был контакт с отцом, страдающим туберкулезом. В 30 лет лечился по поводу туберкулеза легких. Последние 20 лет работает рабочим на железной дороге.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Правая половина грудной клетки незначительно отстает в акте дыхания. Перкуторно определяется небольшое укорочение звука над остью лопатки справа, аускультативно в этой зоне ослабленное дыхание. Анализы крови, мочи без патологических изменений. В мокроте БК не обнаружены. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л - 7 мм.

Рентгенограмма: в 1-2 сегментах правого легкого на фоне пневмоцироза определяется группа очаговых теней высокой интенсивности с четкими контурами. Правое легкое незначительно уменьшено в размере, корень правого легкого подтянут кверху, трахея смещена вправо.

Сравнительное изучение рентгенодокументации за последние пять лет свидетельствует о стабильности процесса в легких.

***Диагноз? Нуждается ли пациент в наблюдении тубдиспансера или поликлиники по месту жительства, и с каким диагнозом? У молодого человека 26 лет три недели назад без видимой причины появилась общая слабость, болевые ощущения в левой половине грудной клетки, повышение температуры тела до 37,3°C - 37,8°C. Затем боли прекратились, однако общая слабость нарастала, температура по вечерам стала повышаться до 38°C - 39°C с ночными потами, появилась одышка.***

При осмотре выявлено отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, слева по всем линиям от 3-го ребра до диафрагмы укорочение перкуторного звука вплоть до тупости. Дыхание над левым легким не выслушивается.

Рентгенограмма: слева от 3 ребра книзу определяется гомогенное интенсивное затемнение. Синус и купол диафрагмы не определяются. Верхняя граница затемнения косая. Средостение смещено вправо. При дополнительной латероскопии тень переместилась к нижнему латеральному краю грудной клетки с верхней ровной горизонтальной линией.

Гемограмма: СОЭ - 52 мм/час, л - 8,9- 10<sup>9</sup>/л. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л - 8 мм. БК в промывных водах бронхов не обнаружены. Контакт с пациентами, страдающими туберкулезом в прошлом отрицает.

***Предварительный диагноз? План обследования пациента? Задача №16.***

Ребенок 6 лет родился в срок, вакцинирован вакциной БЦЖ в роддоме. С 4-х лет частые простудные заболевания. Контакт с пациентами,

страдающими туберкулезом не установлен.

В настоящее время заболел остро. Температура 38,5°C, отмечается слабость, потливость, отсутствие аппетита, кашель. Кожные покровы бледные, влажные. Пальпируются безболезненные шейные, подмышечные и подчелюстные лимфатические узлы от 0,5 до 1,0 см в диаметре, мягкоэластической консистенции. В легких справа в межлопаточном пространстве укорочение легочного звука, единичные сухие хрипы. Сердце - тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см.

Гемограмма: СОЭ - 20 мм/час, л - 7,9-10%, лимф. - 16%, Нв - 103 г/л. Динамика туберкулиновой пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л: в 1 год - 5 мм, в 2 года - 4 мм, в 3 года - гиперемия, 4 года - отрицательная, 5 лет - 7 мм, 6 лет - 15 мм.

Рентгенограмма: очаговых и инфильтративных теней в легких не выявлено. Корень правого легкого расширен, нечеткий, просвет главного бронха не определяется. Прикорневой рисунок правого легкого усилен. БК в мокроте трижды не обнаружены. Лечение антибиотиками широкого спектра действия в течение двух недель клинико-рентгенологического эффекта не оказало.

### **Диагноз? Обоснование диагноза?**

#### *Задача №17.*

Пациентка 59 лет. Три года назад был обнаружен туберкулез легких при профилактической флюорографии. Пациентка выехала в другой город и нигде не наблюдалась. Периодически отмечала ухудшение общего состояния, усилился кашель с мокротой. Лечилась домашними средствами. В настоящее время жалуется на сильный кашель со слизистой мокротой (в мокроте прожилки крови), нерезкую боль в грудной клетке справа, одышку, общую слабость, повышенную температуру тела до 38°C, похудание.

При осмотре пациентка пониженного питания. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки справа сужены, правый плечевой пояс опущен, над- и подключичные ямки западают. Перкуторно от верхушки до 2-го ребра справа притупление легочного звука, ниже - с коробочным оттенком. Дыхание над правым легким жесткое, в межлопаточной области сухие и влажные хрипы. ЧД - 22 в минуту. Сердце - глухие сердечные тоны, акцент 2 тона на аорте, тахикардия. Пульс 100 ударов в минуту. Гемограмма: СОЭ - 28 мм/час, л - 9,1 10<sup>9</sup>/л, п-я нейтрофилы - 13%, лимф. - 16%. В мокроте микроскопически обнаружены КУБ 10-15 в 100 полях зрения. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л - отрицательная.

Рентгенограмма: правое легкое уменьшено в объеме. Верхняя доля затенена, междолевая щель подтянута до 2 ребра, в подключичной области определяется полостное образование 5x3,5 см, овальной формы. В левом легком между 3 и 5 ребрами в прикорневой зоне очаги слабой интенсивности без четких контуров.

### **Поставьте диагноз?**

#### *Задача №18.*

Пациент 45 лет. При очередной профилактической флюорографии

выявлены изменения в правом легком. Год назад флюорографически патологии в легких не выявлено. Контакт с пациентами, страдающими туберкулезом не установлен. В анамнезе - простудные заболевания, грипп, пневмония. Курит 20 лет. Жалоб нет.

При объективном обследовании патологии со стороны внутренних органов не обнаружено. Анализы крови и мочи в норме. В промывных водах бронхов МБТ не обнаружены. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л - папула 12 мм.

Рентгенограмма: в 1,2 сегментах правого легкого определяются мелкие и средней величины немногочисленные очаги без четких контуров, преимущественно малой интенсивности. В подключичной зоне правого легкого усилен легочной рисунок. Корни легких уплотнены.

### **Поставьте диагноз? Группа диспансерного учета?**

#### *Задача №19.*

Пациент 56 лет жалуется на одышку, кашель со слизистогнойной мокротой, сердцебиение, общую слабость, периодически повышается температура до 37,1°C-37,5°C. 15 лет назад перенес инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого (лобит) в фазе распада. Проводилась длительная химиотерапия. В последующие годы отмечались обострения. 6 месяцев назад проведен курс лечения противотуберкулезными препаратами.

Объективно: правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, правый плечевой пояс опущен, над- и подключичные ямки справа западают. Перкуторно определяется укорочение легочного звука над верхним отделом правого легкого. Здесь же дыхание бронхиальное, сухие хрипы. ЧД в покое - 18 в мин. В мокроте однократно методом посева обнаружены МБТ - 5 колоний.

Гемограмма: СОЭ - 16 мм/час, л - 5,0 10<sup>9</sup>/л, Нв - 120 г/л. Анализ мочи в норме.

Рентгенограмма: правое легочное поле сужено, органы средостения смещены вправо. От верхушки до 3 ребра справа затенение высокой интенсивности с участками просветления и включением интенсивных очагов.

### **Поставьте диагноз?**

#### *Задача №20.*

Пациент 30 лет, работает слесарем на заводе. Анамнез не отягощен. При профилактическом обследовании 4 года назад был выявлен инфильтративный туберкулез 1-2 сегмента левого легкого, БК-. Пациент лечился стационарно, санаторно, амбулаторно. Рентгенологически отмечалась положительная динамика. Принимал сезонные курсы химиотерапии. Ежегодно обследовался рентгенологически, производились посевы мокроты на БК. За время наблюдения в диспансере результаты исследования на БК отрицательные.

В настоящее время состояние удовлетворительное. При объективном обследовании со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Анализы крови, мочи в норме. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л - папула 8 мм.

Рентгенограмма: в легких слева в 1-2 сегменте определяются плотные единичные тени средних размеров. Корни, сердце в норме. Состоит на учете в диспансере по 3-А группе в течение последнего года.

### **Врачебная тактика?**

Задача №21.

Девочка 15 лет направлена в детский кабинет облтубдиспансера для обследования в связи с положительной туберкулиновой пробой. Страдает частыми простудными заболеваниями с явлениями бронхита. Контакт с пациентами, страдающими туберкулезом не отмечает.

Жалуется на сухой кашель. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких хрипов не определяется. Со стороны других органов без особенностей. На левом плече - два пост-вакцинальных знака. Анализы крови, мочи в норме. Посев мокроты на МБТ отрицательный. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л: в возрасте 1 года - 10 мм, 2 лет - 5 мм, 3-7 лет - отрицательная, 8 лет - 5 мм, 9-14 лет - отрицательная, 15 лет - папула 20 мм.

На рентгенограмме легких патологии не выявлено.

### **Диагноз? Группа диспансерного учета? Врачебная тактика?**

Задача №22.

Пациентка 21 года поступила в стационар с жалобами на повышенную температуру тела, общую слабость, похудание, потливость, сильный кашель с небольшим количеством мокроты, одышку.

Объективно: температура тела 38°C, пониженного питания, бледная. В легких сухие и влажные хрипы в межлопаточной области. ЧД - 18 в мин.

Гемограмма: СОЭ - 40 мм/час, л - 11,0 10<sup>9</sup>/л, лимф. - 13%, п-я - 10%. В мокроте обнаружены МБТ.

Рентгенограмма: по всем полям обоих легких множественные очаги слабой интенсивности, местами сливного характера, гуще расположенные в 1 и 2 сегментах, в верхней доле левого легкого множественные тонкостенные каверны («штампованные»).

Через два дня состояние пациентки внезапно ухудшилось, при сильном кашле появились боли в грудной клетке слева, усилилась одышка. При осмотре: левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, слева дыхание резко ослаблено. ЧД - 25 в мин.

Рентгенограмма: левое легкое поджато воздухом, органы средостения смещены вправо. Изменения в правом легком прежние.

***Поставьте диагноз? Причина резкого ухудшения состояния пациентки? Пациент 40 лет, инженер, масса тела 72 кг. Три года назад был обнаружен диссеминированный туберкулез легких в фазе распада, БК+. В течение 1 года проводился курс химиотерапии с использованием ту-базида, стрептомицина, рифампицина, канамицина и этамбутола в разных комбинациях. Получен выраженный терапевтический эффект. Прекратилось бацилловыделение, значительно рассосались очаги, перестала определяться каверна, на ее месте сформировался крупный очаг и фиброз. Через 6 месяцев после перевода в 3 "А" группу учета возникла вспышка процесса. В зоне крупного очага во 2 сегменте правого легкого определяется полость распада диаметром 2 см с широким перифокальным валом воспаления, рядом единичные очаги малой интенсивности без четких контуров. Беспокоит кашель с мокротой, температура тела до***

**37,4°C по вечерам, потливость. В мокроте обнаружены МБТ, устойчивые к канамицину 10 мкг/мл, стрептомицину 5 мкг/мл и чувствительные к другим препаратам.**

**Поставьте диагноз? Вид лекарственной устойчивости? Группа диспансерного учета?**

Задача №24.

У ребенка 6 лет около года отмечается периодически умеренная слабость, утомляемость, почти постоянная субфебрильная температура тела во второй половине дня.

Объективно: на левом плече имеется один поствакцинальный рубчик. Отмечается увеличение шейных, подчелюстных, надключичных и подмышечных лимфатических узлов. Около двух недель назад на голенях появились багрово-синюшные пятнистые изменения кожи. В легких дыхание жесткое в верхних отделах. Тахикардия - 100 уд. в мин.

Гемограмма: СОЭ - 27 мм/час, л - 8,8-10%.

На обзорной рентгенограмме и ТМГ корней легких патологии не выявлено. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л - 18 мм. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л в 4 и 5 лет была отрицательной.

**Диагноз? Группа диспансерного учета? Врачебная тактика?**

Задача №25.

Пациент 26 лет. Год назад имел контакт с пациентом, страдающим туберкулезом легких. Заболел около трех недель, когда появились боли в правой половине грудной клетки, температура до 39°C, кашель. Последние 7 дней боли в груди значительно уменьшились, однако появилась выраженная одышка. Лечился в течение двух недель по поводу правосторонней нижнедолевой пневмонии, эффекта не получено.

Объективно: пациент лежит на правом боку. Одышка - Частота дыхания 28 в мин. При осмотре определяется отставание в акте дыхания правой половины грудной клетки, сглаженность межреберных промежутков справа. Перкуторно отмечается интенсивное притупление звука справа по задней подмышечной, лопаточной линиям. Дыхание над правым легким не прослушивается. Сердце смещено влево.

Рентгенограмма органов грудной клетки: справа определяется обширное гомогенное затенение до купола диафрагмы с верхней косой границей по ходу 3-го ребра. Правый купол диафрагмы не контурируется. Органы средостения смещены влево.

Гемограмма: СОЭ - 46 мм/час, л - 8,010<sup>9</sup>/л, п-я нейтроф. - 16%, лимф. - 10%. В промывных водах бронхов МБТ не обнаружены. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л - 17 мм.

**Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза? Обоснование диагноза?**

Задача №26.

Пациент 55 лет. Жалобы на одышку при малейшей физической нагрузке, кашель, обильное легочное кровотечение. В прошлом перенес инфильтративный туберкулез (лобит) верхней доли правого легкого.

Объективно: правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки втянуты, укорочение перкуторного тона над верхним отделом правого легкого, здесь же - бронхиальное дыхание, сухие и влажные хрипы.

Гемограмма: СОЭ -23 мм/час, л - 9,4 - 10<sup>9</sup>/л, п-я нейтроф. - 8%. В мокроте МБТ не обнаружены. В течение 4-х лет стабильные рентгенологические данные. Верхняя доля правого легкого интенсивно затенена. Легочное поле сужено, средостение смещено вправо. После проведенной гемостатической терапии кровотечение прекратилось. Через сутки состояние пациента ухудшилось: усилилась одышка, увеличилось количество мокроты, повысилась температура тела до 39°C. В легких стали прослушиваться под лопатками множество среднепузырчатых хрипов.

Гемограмма: СОЭ - 46 мм/ч, л - 14,8- 10<sup>9</sup>/л, рентгенологически отмечается отрицательная динамика: появились очаговые тени и инфильтративные фокусы в нижних долях обоих легких.

***Поставьте диагноз?***

***Задача 27***

***Мужчина 43 лет наблюдался в поликлинике с единичным кальцинатом в корне левого легкого как рентгеноположительный в течение нескольких лет. При очередной профилактической флюорографии выявлены изменения в легких. Два года назад перенес резекцию 2/3 желудка по поводу язвенной болезни.***

Жалуется на быструю утомляемость, незначительную потливость. Объективно: в легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, Живот мягкий безболезненный, по средней линии живота - послеоперационный рубец. Анализы крови, мочи в норме. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л - 12 мм. МБТ в мокроте не обнаружены.

Рентгенограмма: в 1-2 сегменте левого легкого определяется группа очагов разной величины, очерченности и интенсивности на фоне усиленного легочного рисунка. В левом корне кальцинат.

***Диагноз и его обоснование? Группа диспансерного учета?***

***Задача №28.***

Пациент 28 лет, разнорабочий. При очередной флюорографии впервые обнаружены изменения в легких. Контакт с пациентами, страдающими туберкулезом не установлен.

Симптомов интоксикации нет. Физикально по органам без особенностей. Анализы крови, мочи в норме. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л - папула 19 мм с везикулой. В мокроте обнаружены МБТ методом посева.

Рентгенограмма: во 2 сегменте правого легкого определяется круглый фокус с эксцентричным распадом, единичные мягкие очаги. В корне правого легкого мелкие петрификаты.

***Поставьте диагноз? Лечебная тактика?***

***Задача №29.***

У девушки 19 лет после сильного переохлаждения внезапно появилась высокая температура тела до 39°C - 40,4°C во второй половине дня, утром она



была несколько ниже - 37,5°C - 37,8°C. Беспокоила выраженная общая слабость, потливость по ночам, нарастала одышка в покое. Физикально со стороны легких без особенностей, отмечалась тахикардия - 118 уд. в мин.

Пациентка госпитализирована в терапевтический стационар, где сразу же начата интенсивная терапия антибиотиками широкого спектра действия.

На выполненной рентгенограмме в обоих легких очаговых и инфильтративных теней не определялось, отмечалось усиление легочного рисунка. Справа в корне несколько мелких кальцинатов. Через 15 дней ввиду отсутствия эффекта от парентерального введения антибиотиков с подозрением на инфекционное заболевание переведена в инфекционную больницу. В связи с выраженной одышкой и небольшим сухим кашлем выполнена повторная рентгенограмма, на которой выявлено в обоих легких симметрично от верхушек до диафрагмы появление множества очень мелких нежных очаговых теней, не сливающихся между собой. Установлено, что в возрасте 4-х лет был контакт с умершим от туберкулеза дедушкой. В школе проба Манту постоянно была положительной. Поставленная в инфекционной больнице проба Манту оказалась отрицательной. БК скопически трижды не обнаружены. Анализ крови: СОЭ - 45 мм/час, л - 8,0- 10<sup>9</sup>/л, лимф. - 15%.

### ***Поставьте диагноз?***

Задача №30.

Ребенок 2-х лет. Около 1,5 месяцев отмечается постоянная субфебрильная температура тела во второй половине дня. На протяжении последней недели температура повышалась иногда до 38°C. У ребенка отмечается вялость, слабость, снижение аппетита, потливость по ночам, периодически сухой кашель.

Объективно: ребенок пониженного питания, пальпируются шейные, подмышечные лимфоузлы от 0,5 до 1 см в диаметре мягкоэластической консистенции, подвижные, не спаянные с кожей. В легких дыхание жесткое. Сердце - тахикардия.

Гемограмма: СОЭ - 30 мм/час, л - 7,2-10%, лимф. - 15%, п-я нейтроф. - 10%.

Рентгенограмма: в 8 сегменте правого легкого определяется гомогенный фокус инфильтрации неправильной формы с нечеткими контурами, связанный дорожкой с увеличенным за счет инфильтрации правым корнем.

Проведенная интенсивная противопневмоническая терапия в течение 2-х недель без эффекта, клинико-рентгенологическая картина стабильная. Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л - папула 15 мм, в прошлом году - отрицательная. Вакцинация в роддоме не проводилась. В промывных водах желудка БК не обнаружены.

### **Эталонные ответы к клиническим ситуационным задачам**

№1. Гиперергическая туберкулиновая проба. 6-Б группа диспансерного учета.

Химиопрофилактика: изониазид 5,0 мг/кг массы тела в течение 6-9 месяцев; повторная проба Манту.

№2. Вираз туберкулиновой пробы. 6-А Группа диспансерного учета. Курс химиопрофилактики изониазидом в дозе 5,0 мг/кг массы тела в течение 6-9 месяцев. Поиск источника туберкулезной инфекции.

№3. Кавернозный туберкулез 2 сегмента правого легкого, фаза инфильтрации и обсеменения, БК+ (рецидив).

№4. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения. БК+. ЛУ (S, R). Вторичная полирезистентность МБТ

№5. Диссеминированный туберкулез (подострый) легких в фазе инфильтрации и распада, БК+. Кровохарканье.

№6. Кавернозный туберкулез 1-2 сегмента левого легкого в фазе инфильтрации, БК+. Левосторонний спонтанный пневмоторакс. 1-А группа диспансерного учета.

Аспирация газа из левой плевральной полости. Симптоматическое лечение.

Химиотерапия 4-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин + этамбутол + пипразинамид.

№7. Первичный туберкулезный комплекс 3 сегмента правого легкого в фазе инфильтрации, БК-, 1-А группа диспансерного учета.

Химиотерапия 4-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин + этамбутол + пипразинамид.

№8. Холодный поствакцинальный абсцесс левого плеча с наличием свища. 6-В группа диспансерного учета.

Лечение: изониазид + пипразинамид в дозах, соответствующих массе тела.

№9. Инфильтративный туберкулез 6 сегмента левого легкого (облаковидный), фаза распада, БК+.

1- А группа диспансерного учета.

№10. Проводится проба Манту с 2ТЕ ППД-Л. При отрицательной пробе Манту ребенок прививается вакциной БЦЖ-М (0,025 мг в 0,1 мл внутрикожно в верхней трети левого плеча).

№11. Очаговый туберкулез (мягкоочаговый) 1-2 сегмента левого легкого в фазе инфильтрации, БК-.

Химиотерапия 4-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин + этамбутол + пипразинамид.

№12. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения обоих легких, БК+. Легочное кровотечение. Вторичная широкая лекарственная устойчивость

№13. Ранняя туберкулезная интоксикация.

Обоснование диагноза:

- контакт с бациллярных пациентов, страдающим туберкулезом легких;
- вираз туберкулиновой пробы;
- наличие интоксикационного синдрома;
- отсутствие рентгенологических изменений в легких.

№14. Большие остаточные изменения после излеченного туберкулеза в

виде пневмоцирроза и фиброзных очагов в 1,2 сегментах правого легкого. Пациент должен наблюдаться в группе риска в поликлинике по месту жительства.

**№15.** Левосторонний экссудативный плеврит.

План обследования:

- пункция левой плевральной полости с полным извлечением экссудата;
- исследование экссудата в клинической лаборатории;
- исследование экссудата в бактериологической лаборатории;
- исследование экссудата в цитологической лаборатории;
- повторное рентгенообследование после плевральной пункции.

**№16.** Туберкулез правых внутригрудных лимфатических узлов в фазе инфильтрации, БК-.

Обоснование диагноза:

- появление положительной туберкулиновой пробы в 5 лет - 7 мм и нарастание папулы в 6 лет - 15 мм после угасшей поствакцинальной аллергии в 1,2,3 года жизни ребенка свидетельствует об инфекционной аллергии в связи с первичным заражением МБТ;
- клинические проявления болезни: повышенная температура тела, потливость, отсутствие аппетита, наличие кашля, увеличение нескольких групп периферических лимфатических узлов, изменения при аускультации легких, характерные изменения в гемограмме свидетельствуют об интоксикации и локальном поражении, что позволяет говорить об активности выявляемых патологических изменений;
- рентгенологически определяемое расширение правого корня легкого указывает на локализацию воспалительного процесса;
- отсутствие клинико-рентгенологического эффекта от проводимой двухнедельной противовоспалительной терапии антибиотиками широкого спектра действия указывают на специфический характер патологических проявлений в правом корне.

**№17.** Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого, фаза инфильтрации и обсеменения, БК+. Кровохарканье. Эмфизема легких. ДНІ ст.

**№18.** Очаговый туберкулез 1,2 сегментов правого легкого (мягкоочаговый), фаза инфильтрации, БК-. 1-А ГДУ.

**№19.** Цирротический туберкулез верхней доли правого легкого, БК+.

**№20.** Клиническое излечение инфильтративного туберкулеза 1,2 сегментов левого легкого с наличием фиброзных очагов.

Подлежит снятию с учета в диспансере. Должен наблюдаться поликлиникой по месту жительства как рентгенположительный с ежегодным флюорографическим обследованием.

**№21.** Гиперергическая реакция на пробу Манту с 2ТЕ ППД-Л. 6- Б группа диспансерного учета.

Химиопрофилактика изониазидом 10 мг/кг веса (но не более 0,3) в течение 6 месяцев.

Флюорографическое обследование родителей.

**№22.** Диссеминированный туберкулез легких (подострый), фаза инфильтрации и распада, БК+. Левосторонний спонтанный пневмоторакс. Ухудшение состояния пациентки наступило в связи с возникшим осложнением - левосторонним спонтанным пневмотораксом.

**№23.** Инфильтративный туберкулез 2 сегмента правого легкого (лобулярный), фаза распада, БК+ (устойчивые к канамицину и стрептомицину, рецидив, группа диспансерного учета II-A.

Вид лекарственной устойчивости - вторичная полирезистентность.

**№24.** Ранняя туберкулезная интоксикация. Узловатая эритема. I "А" группа диспансерного учета.

Химиотерапия 4-мя противотуберкулезными препаратами: изониазид + рифампицин + пипразинамид + этамбутол массы тела. Поиск источника туберкулезной инфекции.

**№25.** Дополнительные исследования:

- плевральная пункция с извлечением всего экссудата;
- исследование экссудата в клинической лаборатории (цвет, прозрачность, уд. вес, белок, цитоз, проба Ривальта), бактериологической (посевы на микрофлору и МБТ), цитологической (характер клеточных элементов);
- повторная рентгенограмма органов грудной клетки после эвакуации экссудата.

Обоснование диагноза:

- контакт с пациентом, страдающим туберкулезом;
- молодой возраст пациента;
- неэффективность противовоспалительного лечения;
- данные объективного обследования пациента;
- положительная проба Манту;
- рентгенологические данные.
- результаты лабораторного исследования экссудата.

**№26.** Цирроз верхней доли правого легкого после излеченного инфильтративного туберкулеза, БК-; легочное кровотечение; двухсторонняя нижнедолевая аспирационная пневмония.

**№27.** Очаговый туберкулез 1,2 сегмента левого легкого в фазе инфильтрации, БК-. Состояние после резекции 2/3 желудка (2 года назад) по поводу язвенной болезни. I-A группа диспансерного учета. Обоснование диагноза:

- изменения в 1-2 сегменте левого легкого в виде групп очагов разной интенсивности и очерченности, выявлены впервые при профилактической флюорографии у рентгеноположительного человека (кальцинат в левом легком корне после спонтанно зажившего первичного туберкулеза);
- скудная симптоматика;
- нормальная гемограмма.

**№28.** Туберкулема 2 сегмента правого легкого, фаза распада и обсеменения, БК+.

Лечение 2 месяца изониазид + рифампицин + пипразинамид + этам-

бутол, а при отсутствии эффекта - резекция 2 сегмента правого легкого и дальнейшее лечение изониазид + рифампицин - 4 месяца.

**№29.** Милиарный туберкулез легких в фазе инфильтрации, БК-.

**№30.** Первичный туберкулезный комплекс 8 сегмента правого легкого в фазе инфильтрации, БК-. Вираз туберкулиновой пробы.

**Тематика рефератов:**

1. Глобальные стратегии «DOTS», «Остановить туберкулез», «Ликвидировать туберкулез»
2. Организация выявления пациентов с туберкулезом
3. Современная система мониторинга туберкулеза
4. Классификация и основные характеристики микобактерий туберкулезного комплекса
5. Основные характеристики микобактерий нетуберкулезного комплекса. Микобактериозы.
6. Молекулярно-генетические методы определения лекарственной устойчивости чувствительности микобактерий туберкулеза
7. Молекулярная эпидемиология туберкулеза
8. Современные лучевые методы исследования органов дыхания и средостения
9. Методы иммунологической диагностики, основанные на выделении гаммаинтерферона сенсibilизированными Т-лимфоцитами: цели, задачи, организация и интерпретация результатов
10. Осложнения противотуберкулезной вакцинации
11. Превентивное лечение латентной туберкулезной инфекции
12. Противоэпидемические мероприятия в очагах туберкулезной инфекции различной степени эпидемической опасности по месту проживания/ работы/ обучения пациентов с туберкулезом
13. Административный (организационный) уровень инфекционного контроля туберкулеза в многопрофильной медицинской организации/ в поликлинике/ в противотуберкулезной организации
14. Технический и индивидуальный уровни инфекционного контроля туберкулеза в многопрофильной медицинской организации в поликлинике/ противотуберкулезной организации
15. Современная классификация противотуберкулезных препаратов
16. Распространенность лекарственно устойчивых форм туберкулеза в мире и в Российской Федерации
17. Распространенность лекарственно устойчивых форм туберкулеза в мире и в Российской Федерации
18. Пациент-ориентированный подход в противотуберкулезных мероприятиях.

19. Особенности течения и диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных лиц.

20. Превентивное лечение латентной туберкулезной инфекции у ВИЧ-инфицированных лиц

21. Лечение туберкулеза и ВИЧ-инфекции у пациентов с сочетанной патологией

## **5.2 Оценочные материалы для оценки промежуточной аттестации (оценка планируемых результатов обучения)**

### **Вопросы к зачету по Фтизиатрии:**

1. Характеристика современной эпидемиологической ситуации по туберкулезу. Определение эпидемиологических показателей по туберкулезу: инфицированность, ежегодный риск инфицирования, заболеваемость, болезненность, смертность.

2. Возбудитель туберкулеза, его виды. Основные свойства МБТ, виды изменчивости. Источники и пути заражения человека микобактериями туберкулеза.

3. Материал для исследования на микобактерии туберкулеза. Способы получения материала для исследования при подозрении на туберкулез органов дыхания. Методы обнаружения возбудителя туберкулеза и их разрешающая способность.

4. Строение туберкулезного бугорка. Эволюция туберкулезного воспаления от очага до фиброзной каверны. Определение понятия "форма" и "фаза" туберкулезного воспаления.

5. Анатомо-клинико-рентгенологические критерии фазы инфильтрации.

6. Анатомо-клинико-рентгенологические критерии фазы распада. Эпидемиологическое и прогностическое значение фазы распада.

7. Основные принципы диагностики и дифференциальной диагностики туберкулеза органов дыхания. Роль флюорографии в раннем выявлении туберкулеза и другой бронхолегочной патологии при обследовании населения. Различия в методах выявления туберкулеза у детей, подростков и

взрослых.

8. Обязательные и дополнительные методы обследования больных с бронхолегочной патологией при подозрении на туберкулез органов дыхания в условиях общей лечебной сети и противотуберкулезных учреждений.

9. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции (план описания нормальной рентгенограммы).

10. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в боковых проекциях. Сегментарное строение легких.

11. Рентгенологические синдромы затемнения в легочной ткани.

12. Рентгенологические синдромы просветления в легочной ткани.

13. Рентгенологические синдромы патологии корня легкого.

14. Принципы построения клинической классификации туберкулеза. Схема постановки клинического диагноза больному туберкулезом органов дыхания.

15. Особенности аллергии и иммунитета при туберкулезе. Механизмы противотуберкулезного иммунитета.

16. Туберкулин, его состав. Виды туберкулинов. Цели постановки туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л при массовом обследовании населения. Противопоказания.

17. Методика постановки пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Критерии оценки её результатов.

18. Дифференциальная диагностика поствакцинальной и инфекционной аллергии. Определение понятия «вираж» туберкулиновой пробы у вакцинированных вакциной БЦЖ, а также у не вакцинированных и ранее неинфицированных лиц. Его клиническое значение.

19. Аллерген туберкулезный рекомбинантный, его состав. Цели постановки пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным при массовом и индивидуальном обследовании на туберкулез. Противопоказания.

20. Методика постановки пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным. Критерии оценки её результатов.

21. Инновационные иммунологические тесты, используемые для идентификации туберкулезной инфекции (QuantiFERon, T-SPOT.TB).

22. Вакцины БЦЖ-1 и БЦЖ-М. Характеристика основных свойств. Условия хранения. Методы введения. Дозы. Показания и противопоказания для вакцинации.

23. Сроки ревакцинации вакциной БЦЖ. Показания и противопоказания. Характеристика местной прививочной реакции. Виды поствакцинальных осложнений, их причины. Способы лечения поствакцинальных осложнений.

24. Понятие первичного и вторичного туберкулеза. Клинические формы первичного и вторичного туберкулеза органов дыхания.

25. Первичный туберкулез легких. Патогенез. Основные клинические формы. Особенности клинического течения первичного туберкулеза у лиц молодого и пожилого возраста.

26. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Клиника. Характеристика рентгенологического синдрома. Течение. Исходы. Осложнения. Дифференциальная диагностика.

27. Первичный туберкулезный комплекс. Клиника. Характеристика рентгенологического синдрома. Течение. Исходы. Осложнения. Дифференциальная диагностика.

28. Хронически текущий первичный туберкулез. Патогенез. Клиника и диагностика. Исходы.

29. Милиарный туберкулез. Патогенез. Клиника. Характеристика рентгенологического синдрома. Течение. Исходы. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Особенности лечения.

30. Диссеминированный туберкулез легких (подострое течение). Патогенез. Клиника. Характеристика рентгенологического синдрома. Течение. Исходы. Осложнения. Дифференциальная диагностика.

31. Диссеминированный туберкулез легких (хроническое течение). Патогенез. Клиника. Характеристика рентгенологического синдрома.



Течение. Исходы. Осложнения. Дифференциальная диагностика.

32. Очаговый туберкулез легких. Патогенез. Клиника. Характеристика рентгенологического синдрома. Течение. Исходы. Осложнения. Дифференциальная диагностика.

33. Инфильтративный туберкулез легких. Патогенез. Клиника. Характеристика рентгенологического синдрома. Течение. Исходы. Осложнения. Дифференциальная диагностика.

34. Казеозная пневмония. Клиника. Характеристика рентгенологического синдрома. Течение. Исходы. Осложнения. Дифференциальная диагностика.

35. Туберкулема легких. Патогенез. Клиника. Характеристика рентгенологического синдрома. Течение. Исходы. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Особенности лечения.

36. Кавернозный туберкулез легких. Патогенез. Клиника. Характеристика рентгенологического синдрома. Течение. Исходы. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Особенности лечения.

37. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Патогенез. Причины развития. Клиника. Характеристика рентгенологического синдрома. Течение. Осложнения. Исходы. Дифференциальная диагностика.

38. Цирротический туберкулез легких. Патогенез. Клиника. Характеристика рентгенологического синдрома. Течение. Осложнения. Исходы. Дифференциальная диагностика.

39. Туберкулез верхних дыхательных путей, трахеи и бронхов. Патогенез. Клиника. Диагностика. Характеристика рентгенологического синдрома нарушения бронхиальной проходимости.

40. Туберкулезный плеврит. Патогенез. Клиника. Характеристика рентгенологического синдрома. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.

41. Основные локализации внелегочного туберкулеза. Методы выявления.

42. Туберкулез костей и суставов. Клиника. Диагностика.
43. Туберкулез почек и мочевыводящих путей. Клиника. Диагностика.
44. Туберкулез половых органов. Клиника. Диагностика.
45. Туберкулез периферических лимфатических узлов. Клиника. Диагностика.
46. Туберкулез глаз. Клиника. Диагностика.
47. Туберкулез кожи. Клиника. Диагностика.
48. Туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы. Клиника. Диагностика. Особенности ликвора при туберкулезном менингите.
49. Роль врача терапевта в выявлении туберкулеза среди населения.
50. Группы риска по заболеванию туберкулезом, организация выявления и профилактика туберкулеза среди них.
51. Задачи противотуберкулезного диспансера. "Очаг" туберкулезной инфекции. Мероприятия, проводимые в "очаге" туберкулезной инфекции.
52. Основные принципы лечения больных туберкулезом органов дыхания.
53. Противотуберкулезные препараты I линии (основные, жизненно необходимые). Механизм действия. Дозы. Методы введения.
54. Противотуберкулезные препараты II линии (резервные). Механизм действия. Дозы. Методы введения.
55. Противотуберкулезные препараты III линии (альтернативные). Механизм действия. Дозы. Методы введения.
56. Основные принципы этиотропного лечения больных туберкулезом органов дыхания. Режимы химиотерапии.
57. Патогенетическая терапия больных туберкулезом органов дыхания.
58. Хирургические методы лечения больных туберкулезом органов дыхания.
59. Побочные реакции на противотуберкулезные препараты и методы их устранения.

### **5.3 Шкала и критерии оценивания планируемых результатов обучения по дисциплине**

1.1. Основания и сроки проведения промежуточных аттестаций в форме зачетов.

1.1.1. Освоение образовательной программы, в том числе отдельной части или всего объема учебного предмета, курса, дисциплины (модуля) образовательной программы, сопровождается промежуточной аттестацией обучающихся, проводимой в формах, определенных учебным планом, и в порядке, установленном вузом.

1.1.2. Зачет проводится после выполнения рабочего учебного плана для данной дисциплины в части установленного объема учебных занятий и при условии успешной текущей и рубежной аттестации дисциплины, но не позднее, чем в последнюю неделю семестра.

1.2. Общие правила приема зачетов:

1.2.1. преподаватель, принимающий зачет, должен создать во время зачета спокойную деловую атмосферу, обеспечить объективность и тщательность оценки уровня знаний студентов, учет их индивидуальных особенностей;

1.2.2 при явке на зачет студент обязан иметь при себе зачетную книжку, которую он предъявляет преподавателю, принимающему зачет. В исключительных случаях при отсутствии зачетной книжки прием зачета может осуществляться по индивидуальному допуску из деканата при предъявлении документа, удостоверяющего личность;

1.2.3 в процессе сдачи зачета студенты могут пользоваться учебными программами и, с разрешения преподавателя, справочными и другими необходимыми пособиями. Использование несанкционированных источников информации не допускается. В случае обнаружения членами зачетной комиссии факта использования на зачете несанкционированных источников информации (шпаргалки, учебники, мобильные телефоны, пейджеры и т.д.), зачетной комиссией составляется акт об использовании студентом несанкционированных источников информации, а студент удаляется с зачета с оценкой «не зачтено». Кроме того, актируются с последующим удалением студента все возможные случаи мошеннических действий; 2.3.4. присутствие посторонних лиц в аудитории, где принимается зачет, без письменного распоряжения ректора университета (проректора по учебной работе, декана факультета) не допускается. Посторонними лицами на комиссионной сдаче зачета считаются все, не включенные в состав зачетной комиссии приказом ректора.

1.2.4 по окончании зачета преподаватель оформляет и подписывает

зачетную ведомость и передает её в деканат с лаборантом кафедры не позднее следующего после сдачи зачета дня;

### **Зачет**

Порядок проведения зачета:

- ответственным за проведение зачета является преподаватель, руководивший практическими, лабораторными или семинарскими занятиями, или читавший лекции по данной учебной дисциплине;

- при проведении зачета в форме устного опроса в аудитории, где проводится зачет, должно одновременно находиться не более 6 - 8 студентов на одного преподавателя, принимающего зачет. Объявление итогов сдачи зачета производится сразу после сдачи зачета;

- при использовании формы письменного опроса, зачет может проводиться одновременно для всей академической группы. Итоги сдачи зачета объявляются в день сдачи зачета;

- при проведении зачета в виде тестовых испытаний с использованием компьютерной техники на каждом рабочем месте должно быть не более одного студента;

- на подготовку к ответу при устном опросе студенту предоставляется не менее 20 минут. Норма времени на прием зачета - 15 минут на одного студента.

#### 3.4. Критерии сдачи зачета:

- Зачет считается сданным, если студент показал знание основных положений учебной дисциплины, умение решить конкретную практическую задачу из числа предусмотренных рабочей программой, использовать рекомендованную нормативную и справочную литературу.

- Результаты сдачи зачета в письменной форме или в форме компьютерного тестирования должны быть оформлены в день сдачи зачета. В зачетную книжку вносятся наименование дисциплины, общие часы/количество зачетных единиц, ФИО преподавателя, принимавшего зачет, и дата сдачи. Положительная оценка на зачете заносится в зачетную книжку студента («зачтено») и заверяется подписью преподавателя, осуществлявшего проверку зачетной работы. При неудовлетворительном результате сдачи зачета запись «не зачтено» и подпись преподавателя в зачетную книжку не вносятся. В зачетно-экзаменационную ведомость заносятся как положительные, так и отрицательные результаты сдачи зачета.

- По окончании зачета преподаватель оформляет зачетную ведомость: против фамилии не явившихся студентов проставляет запись «не явился», против фамилии не допущенных студентов проставляет запись «не допущен», проставляет дату проведения зачета, подсчитывает количество положительных и отрицательных результатов, число студентов, не явившихся

и не допущенных к зачету, и подписывает ведомость.

- Заполненные зачетные ведомости с результатами сдачи зачета группы сотрудники кафедры передают в соответствующий деканат до начала сессии.

### **Процедура проведения и оценивания зачета**

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут (I). Билет состоит из 2 вопросов (II). Критерии сдачи зачета (III):

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает, и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

Если зачет дифференцированный, то можно пользоваться следующими критериями оценивания:

Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы билета.

**Для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):**

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

**Для оценки решения ситуационной задачи:**

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

#### **Для оценки рефератов:**

- Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

- Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

#### **Для оценки презентаций:**

- Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает

в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

### Критерии и шкала оценивания уровня освоения компетенции

Шкала оценивания		Уровень освоения компетенции	Критерии оценивания
отлично	зачтено	высокий	студент, овладел элементами компетенции «знать», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании, изложении и практическом использовании усвоенных знаний.
хорошо		достаточный	студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного материала по дисциплине, освоил основную рекомендованную литературу. обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и обновлению в ходе последующего обучения и практической деятельности.
удовлетворительно		базовый	студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической деятельности, изучил основную рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их



			устранения при корректировке со стороны экзаменатора.
неудовлетворительно	не зачтено	Компетенция не сформирована	студент не овладел ни одним из элементов компетенции, обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине.

## 6. Перечень учебно-методической литературы

### 6.1 Учебные издания:

1. Фтизиатрия [Электронный ресурс] : учебник / В.А. Кошечкин - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-3496-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434963.html>

2. Фтизиатрия [Электронный ресурс] : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3318-8 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433188.html>

3. Фтизиатрия [Электронный ресурс] : учебник / В. Ю. Мишин и др. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 520 с. - ISBN 978-5-9704-3668-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436684.html>

4. Фтизиатрия [Электронный ресурс] / Перельман М.И., Богадельникова И.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-2917-4 -: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429174.html>

5. Туберкулинодиагностика [Электронный ресурс] / Мишин В.Ю. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 136 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2338-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423387.html>

### 6.2 Методические и периодические издания

1. Бесплатные медицинские методички для студентов ВУЗов Режим доступа: <https://medvuza.ru/free-materials/manuals>

2. Журнал «Стоматология». Режим доступа: [elibrary.ru](http://elibrary.ru)

3. Российский стоматологический журнал. Режим доступа: [elibrary.ru](http://elibrary.ru)

## **7. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины**

1. Единое окно доступа к информационным ресурсам [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://window.edu.ru/>
2. Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://www.femb.ru/feml/>, <http://feml.scsml.rssi.ru>

## **8. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине**

### **8.1 Комплект лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, в том числе отечественного производства**

В процессе изучения дисциплины, подготовки к лекциям и выполнению практических работ используются персональные компьютеры с установленными стандартными программами:

1. Consultant+
2. Операционная система Windows 10.
3. Офисный пакет приложений MicroSoft Office
4. Антивирус Kaspersky Endpoint Security.
5. PROTEGE – свободно открытый редактор, фреймворк для построения баз знаний
6. Open Dental - программное обеспечение для управления стоматологической практикой.
7. Яндекс.Браузер – браузер для доступа в сеть интернет.

### **8.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС), современных профессиональных баз данных и информационно справочных систем:**

1. Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи <http://cito03.netbird.su/>
2. Научная электронная библиотека [elibrary.ru](http://elibrary.ru) <http://ebiblioteka.ru>
3. Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) <http://feml.scsml.rssi.ru/feml>
4. Всемирная организация здравоохранения <http://www.who.int/en/>
5. Министерство здравоохранения РФ <http://www.rosminzdrav.ru>
6. Стоматология <http://www.orthodent-t.ru/>
7. Виды протезирования зубов: <http://www.stom.ru/>
8. Русский стоматологический сервер <http://www.rusdent.com/>

9. Электронно-библиотечная система «Консультант студента ВПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru).

10. Каталог профессиональных медицинских интернет-ресурсов <http://www.webmed.irkutsk.ru/>

11. Сайт для врачей <http://www.med-edu.ru/>

## **9 Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины**

### **Методические рекомендации для студентов**

Основными видами аудиторной работы студентов, обучающихся по программе специалитета, являются лекции и практические (семинарские) занятия. В ходе лекций преподаватель излагает и разъясняет основные понятия темы, связанные с ней теоретические и практические проблемы, дает рекомендации к самостоятельной работе. Обязанность студентов – внимательно слушать и конспектировать лекционный материал.

В процессе подготовки к семинару студенты могут воспользоваться консультациями преподавателя. Примерные темы докладов, сообщений, вопросов для обсуждения приведены в настоящих рекомендациях. Кроме указанных в настоящих учебно-методических материалах тем, студенты могут по согласованию с преподавателем избирать и другие темы.

Самостоятельная работа необходима студентам для подготовки к семинарским занятиям и подготовки рефератов на выбранную тему с использованием материалов преподаваемого курса, лекций и рекомендованной литературы.

Самостоятельная работа включает глубокое изучение научных статей и учебных пособий по дисциплине. Самостоятельную работу над дисциплиной следует начинать с изучения программы, которая содержит основные требования к знаниям, умениям, навыкам обучаемых. Обязательно следует выполнять рекомендации преподавателя, данные в ходе установочных занятий. Затем приступать к изучению отдельных разделов и тем в порядке, предусмотренном программой. Получив представление об основном содержании раздела, темы, необходимо изучить материал с помощью учебника. Целесообразно составить краткий конспект или схему, отображающую смысл и связи основных понятий данного раздела, включенных в него тем. Обязательно следует записывать возникшие вопросы, на которые не удалось ответить самостоятельно.

## **Методические указания по самостоятельному изучению теоретической части дисциплины**

Изучение вузовских курсов непосредственно в аудиториях обуславливает такие содержательные элементы самостоятельной работы, как умение слушать и записывать лекции; критически оценивать лекции, выступления товарищей на практическом занятии, групповых занятиях, конференциях; продуманно и творчески строить свое выступление, доклад, рецензию; продуктивно готовиться к зачетам и экзаменам. К самостоятельной работе вне аудитории относится: работа с книгой, документами, первоисточниками; доработка и оформление лекционного материала; подготовка к практическим занятиям, конференциям, «круглым столам»; работа в научных кружках и обществах.

Известно, что в системе очного обучения удельный вес самостоятельной работы достаточно велик. Поэтому для студента крайне важно овладеть методикой самостоятельной работы.

Рекомендации по работе над лекционным материалом - эта работа включает два основных этапа: конспектирование лекций и последующую работу над лекционным материалом.

Под конспектированием подразумевают составление конспекта, т.е. краткого письменного изложения содержания чего-либо (устного выступления – речи, лекции, доклада и т.п. или письменного источника – документа, статьи, книги и т.п.).

Методика работы при конспектировании устных выступлений значительно отличается от методики работы при конспектировании письменных источников. Конспектируя письменные источники, студент имеет возможность неоднократно прочитать нужный отрывок текста, поразмыслить над ним, выделить основные мысли автора, кратко сформулировать их, а затем записать. При необходимости он может отметить и свое отношение к этой точке зрения. Слушая же лекцию, студент большую часть комплекса указанных выше работ должен откладывать на другое время, стремясь использовать каждую минуту на запись лекции, а не на ее осмысление – для этого уже не остается времени. Поэтому при конспектировании лекции рекомендуется на каждой странице отделять поля для последующих записей в дополнение к конспекту.

Записав лекцию или составив ее конспект, не следует оставлять работу над лекционным материалом до начала подготовки к зачету. Нужно проделать как можно раньше ту работу, которая сопровождает конспектирование письменных источников и которую не удалось сделать во время записи лекции, - прочесть свои записи, расшифровав отдельные сокращения,

проанализировать текст, установит логические связи между его элементами, в ряде случаев показать их графически, выделить главные мысли, отметить вопросы, требующие дополнительной обработки, в частности, консультации преподавателя.

При работе над текстом лекции студенту необходимо обратить особое внимание на проблемные вопросы, поставленные преподавателем при чтении лекции, а также на его задания и рекомендации.

Рекомендации по работе с учебными пособиями, монографиями, периодикой.

Грамотная работа с книгой, особенно если речь идет о научной литературе, предполагает соблюдение ряда правил, овладению которыми необходимо настойчиво учиться. Организуя самостоятельную работу студентов с книгой, преподаватель обязан настроить их на серьезный, кропотливый труд.

Прежде всего, при такой работе невозможен формальный, поверхностный подход. Не механическое заучивание, не простое накопление цитат, выдержек, а сознательное усвоение прочитанного, осмысление его, стремление дойти до сути – вот главное правило. Другое правило – соблюдение при работе над книгой определенной последовательности. Вначале следует ознакомиться с оглавлением, содержанием предисловия или введения. Это дает общую ориентировку, представление о структуре и вопросах, которые рассматриваются в книге. Следующий этап – чтение. Первый раз целесообразно прочитать книгу с начала до конца, чтобы получить о ней цельное представление. При повторном чтении происходит постепенное глубокое осмысление каждой главы, критического материала и позитивного изложения, выделение основных идей, системы аргументов, наиболее ярких примеров и т. д.

Непременным правилом чтения должно быть выяснение незнакомых слов, терминов, выражений, неизвестных имен, названий. Немало студентов с этой целью заводят специальные тетради или блокноты. Важная роль в связи с этим принадлежит библиографической подготовке студентов. Она включает в себя умение активно, быстро пользоваться научным аппаратом книги, справочными изданиями, каталогами, умение вести поиск необходимой информации, обрабатывать и систематизировать ее. Полезно познакомиться с правилами библиографической работы в библиотеках учебного заведения.

Научная методика работы с литературой предусматривает также ведение записи прочитанного. Это позволяет привести в систему знания, полученные при чтении, сосредоточить внимание на главных положениях, зафиксировать, закрепить их в памяти, а при необходимости и вновь

обратиться к ним. Конспект ускоряет повторение материала, экономит время при повторном, после определенного перерыва, обращении к уже знакомой работе.

Конспектирование – один из самых сложных этапов самостоятельной работы. Каких-либо единых, пригодных для каждого студента методов и приемов конспектирования, видимо, не существует. Однако это не исключает соблюдения некоторых, наиболее оправдавших себя общих правил, с которыми преподаватель и обязан познакомить студентов:

1. Главное в конспекте не его объем, а содержание. В нем должны быть отражены основные принципиальные положения источника, то новое, что внес его автор, основные методологические положения работы. Умение излагать мысли автора сжато, кратко и собственными словами приходит с опытом и знаниями. Но их накоплению помогает соблюдение одного важного правила – не торопиться записывать при первом же чтении, вносить в конспект лишь то, что стало ясным.

2. Форма ведения конспекта может быть самой разнообразной, она может изменяться, совершенствоваться. Но начинаться конспект всегда должен с указания полного наименования работы, фамилии автора, года и места издания; цитаты берутся в кавычки с обязательной ссылкой на страницу книги.

3. Конспект не должен быть безликим, состоящим из сплошного текста. Особо важные места, яркие примеры выделяются цветным подчеркиванием, взятием в рамочку, отненном, пометками на полях специальными знаками, чтобы как можно быстрее найти нужное положение. Дополнительные материалы из других источников можно давать на полях, где записываются свои суждения, мысли, появившиеся уже позже составления конспекта.

### **Методические указания по подготовке к различным видам семинарских и практических работ**

Участие студентов на семинарских занятиях направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по конкретным темам дисциплины;
- формирование умений демонстрировать полученные знания на публике, реализацию единства интеллектуальной и практической деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых качеств, как самостоятельность, ответственность, точность, творческая инициатива.

Темы, по которым планируются семинарские занятия и их объемы, определяется рабочей программой.

Семинар как вид учебного занятия может проводиться в стандартных учебных аудиториях. Продолжительность - не менее двух академических часов. Необходимыми структурными элементами, помимо самостоятельной деятельности студентов, являются инструктаж, проводимый преподавателем, а также организация обсуждения итогов выступлений студентов. Семинарские занятия могут носить репродуктивный, частично-поисковый и поисковый характер.

Для повышения эффективности проведения лабораторных работ и практических занятий рекомендуется: разработка методического комплекса с вопросами для семинара, разработка заданий для автоматизированного тестового контроля за подготовленностью студентов к занятиям; подчинение методики проведения семинарских занятий ведущим дидактическим целям с соответствующими установками для студентов; применение коллективных и групповых форм работы, максимальное использование индивидуальных форм с целью повышения ответственности каждого студента за самостоятельное выполнение полного объема работ; подбор дополнительных вопросов для студентов, работающих в более быстром темпе, для эффективного использования времени, отводимого на практические занятия.

Оценки за выполнение семинарских занятий могут выставляться по пятибалльной системе или в форме зачета и учитываться как показатели текущей успеваемости студентов.

### **Методические указания по подготовке к текущему контролю знаний**

Текущий контроль выполняется в форме опроса, тестирования.

#### **Методические указания по подготовке к опросу**

Самостоятельная работа студентов включает подготовку к устному опросу на семинарских занятиях. Для этого студент изучает лекции преподавателя, основную и дополнительную литературу, публикации, информацию из Интернет-ресурсов.

Тема и вопросы к семинарским занятиям, вопросы для самоконтроля содержатся в рабочей учебной программе и доводятся до студентов заранее. Эффективность подготовки студентов к устному опросу зависит от качества ознакомления с рекомендованной литературой. Для подготовки к устному опросу, блиц-опросу студенту необходимо ознакомиться с материалом, посвященным теме семинара, в учебнике или другой рекомендованной литературе, записях с лекционного занятия, обратить внимание на усвоение

основных понятий дисциплины, выявить неясные вопросы и подобрать дополнительную литературу для их освещения, составить тезисы выступления по отдельным проблемным аспектам.

В зависимости от темы, может применяться фронтальная или индивидуальная форма опроса. При индивидуальном опросе студенту дается 5-10 минут на раскрытие темы.

### **Методические указания по подготовке к тестированию**

Успешное выполнение тестовых заданий является необходимым условием итоговой положительной оценки в соответствии с применяемой системой обучения. Тестовые задания подготовлены на основе лекционного материала, учебников и учебных пособий по данной дисциплине.

Выполнение тестовых заданий предоставляет студентам возможность контролировать уровень своих знаний, обнаруживать пробелы в знаниях и принимать меры по их ликвидации. Форма изложения тестовых заданий позволяет закрепить и восстановить в памяти пройденный материал. Предлагаемые тестовые задания охватывают узловые вопросы теоретических и практических основ по дисциплине. Для формирования заданий использована закрытая форма. У студента есть возможность выбора правильного ответа или нескольких правильных ответов из числа предложенных вариантов. Для выполнения тестовых заданий студенты должны изучить лекционный материал по теме, соответствующие разделы учебников, учебных пособий и других литературных источников.

Контрольные тестовые задания выполняются студентами на семинарских занятиях. Репетиционные тестовые задания содержатся в рабочей учебной программе дисциплины. С ними целесообразно ознакомиться при подготовке к контрольному тестированию.

### **Методические указания по подготовке к зачету (экзамену)**

1. Подготовка к зачету/экзамену заключается в изучении и тщательной проработке студентом учебного материала дисциплины с учетом учебников, лекционных и семинарских занятий, сгруппированном в виде контрольных вопросов.

2. На зачет/экзамен студент обязан предоставить:

- полный конспект лекций (даже в случаях разрешения свободного посещения учебных занятий);
- полный конспект семинарских занятий;



3. На зачете/экзамене по билетам студент дает ответы на вопросы билета после предварительной подготовки. Студенту предоставляется право отвечать на вопросы билета без подготовки по его желанию.

Преподаватель имеет право задавать дополнительно вопросы, если студент недостаточно полно осветил тематику вопроса, если затруднительно однозначно оценить ответ, если студент не может ответить на вопрос билета, если студент отсутствовал на занятиях в семестре.

#### **10. Особенности организации обучения по дисциплине при наличии инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.**

Особенности организации обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья осуществляются на основе создания условий обучения, воспитания и развития таких студентов, включающие в себя использование при необходимости адаптированных образовательных программ и методов обучения и воспитания, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания вуза и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение учебных дисциплин (модулей) обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Обучение в рамках учебной дисциплины обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется институтом с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся.

Обучение по учебной дисциплине обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах.

В процессе ведения учебной дисциплины профессорско-преподавательскому составу рекомендуется использование социально-активных и рефлексивных методов обучения, технологий социокультурной реабилитации с целью оказания помощи обучающимся с ограниченными возможностями здоровья в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в учебной группе.

Особенности проведения текущей и промежуточной аттестации по дисциплине для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья устанавливаются с учетом индивидуальных психофизических особенностей и при необходимости предоставляется дополнительное время для их прохождения.

**Раздел 10. Материально-техническое обеспечение, необходимое для осуществления образовательного процесса по дисциплине:**

№ п/п	Наименование объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения, с перечнем основного оборудования	Адрес (местоположение) объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения (с указанием номера такого объекта в соответствии с документами по технической инвентаризации)
1.	<p><b>Учебная аудитория</b> для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых консультаций и индивидуальной работы обучающихся с педагогическими работниками, текущего контроля и промежуточной аттестации.</p> <p><b>Перечень основного оборудования:</b> учебная мебель (столы, стулья), учебная доска, шкаф, стол преподавателя, стул преподавателя, демонстрационное и иное оборудование, учебно-наглядные пособия, необходимые для организации образовательной деятельности.</p>	367031, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91, 2 этаж, кабинет № 11, технический паспорт административно-учебного здания, выданный АО «Ростехинвентаризация–Федеральное БТИ» Филиал по Республике Дагестан от 06.10.2020
2.	<p><b>Учебная аудитория для самостоятельной работы обучающихся, оснащенная</b> компьютерной техникой с подключением к сети Интернет и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде организации.</p>	367031, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91, 3 этаж, библиотека, кабинет № 23, технический паспорт административно-учебного здания, выданный АО «Ростехинвентаризация–Федеральное БТИ» Филиал по Республике Дагестан от 06.10.2020
3.	<p>Помещение для теоретической подготовки и приобретения практических навыков (учебный класс-кабинет № 216), оснащённое медицинской техникой и оборудованием, позволяющем использовать симуляционные технологии для выполнения определённых видов работ, связанных с профессиональной деятельностью (компьютер, телевизор, аппаратно-программные средства, муляжи, фантом легкого. манекен)</p>	367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ахмата-Хаджи Кадырова, дом 19, кабинет № 216
4.	<p>Помещение для приобретения практических навыков и оказания медицинской помощи гражданам (кабинет № 18, рентген-кабинет) оснащённое медицинской техникой и оборудованием для выполнения определённых видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью:                      R-аппарат АРДИАГНОСТ пленочный, компьютер, Малодозовый сканирующий флюорограф серии</p>	367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ахмата-Хаджи Кадырова, дом 19, кабинет №18, рентген кабинет.

ПроСкан – 7000 .	
------------------	--