

государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Тюменская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по учебной работе  
О.И. Фролова  
«25» / 10 / 2014 г.



## РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

базовой части производственной (клинической) практики  
по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия поликлиническая, стационарная»  
Уровень подготовки – подготовка кадров высшей квалификации  
Факультет лечебный  
Кафедра фтизиатрии  
Форма обучения – очная  
Продолжительность обучения – 2 года  
Семестры – 1, 2, 3, 4.  
Зачетные единицы – 63.  
Продолжительность практики – 2268 час.  
Зачеты – 1, 2, 3, 4 семестры.

Тюмень, 2014

Рабочая программа составлена на основании требований Федерального государственного образовательного стандарта высшего по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации) (2014г.)

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры фтизиатрии (протокол № 1 от 26.08.2014 г.)

Заведующий кафедрой, д.м.н.



Т.Е. Тюлькова

**Согласовано:**

Начальник управления  
образовательной деятельностью



Е.Ф. Туровина

Председатель Ученого совета  
ФПК ППС, профессор, д.м.н.  
«30» августа 2014 г.



В.А. Жмуров

Программа заслушана и утверждена на заседании ЦКМС  
(протокол № 1-доп., «16» сентября 2014 г.)

Председатель ЦКМС, д.м.н., профессор



О.И. Фролова

**Составители программы:**

Зав. кафедрой  
Доцент, к.м.н.  
Ассистент

Т.Е. Тюлькова  
Н.Г. Белобородова  
Н.В. Козлов

## **1. Цели освоения дисциплины**

Целью производственной практики по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» является применение полученных знаний на практике путем стажировки на рабочем месте

Задачами производственной практики являются:

1. получение навыков
2. закрепление умений
3. знакомство с документацией
4. организация охраны труда

## **2. Перечень компетенций, осваиваемых в процессе освоения дисциплины**

Процесс прохождения производственной практики по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» направлен на формирование у обучающегося следующих компетенций (перечислить УК и ПК):

- УК-2 - готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать;
- УК-2 социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;
- ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;
- ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;
- ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;
- ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании фтизиатрической медицинской помощи;
- ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.

В результате прохождения производственной практики **ординатор первого года обучения** должен:

***Знать:***

- принципы управления коллективом;
- социальные, этнические, конфессиональные особенности сотрудников;
- комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья;
- способы раннего выявления туберкулеза;
- причины развития туберкулеза;
- мероприятия, входящие в диспансеризацию контингентов противотуберкулезного диспансера и медицинских осмотров здоровых;
- симптомокомплекс, подозрительный на туберкулез и группы риска;
- формулировку диагноза;
- дифференциальный ряд заболеваний со схожим симптомокомплексом;
- режимы химиотерапии;
- патогенетическую терапию;
- способы купирования побочных реакций на ПТП

***Уметь:***

- Нивелировать социальные, этнические, конфессиональные и культурные противоречия сотрудников;
- Применять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья;
- Распознать причины развития туберкулеза;
- Проводить диспансеризацию контингентов противотуберкулезного диспансера и медицинские осмотры здоровых лиц;
- Собирать анамнез для выделения симптомов, наиболее подозрительных на туберкулез и группы риска по развитию туберкулеза;
- Формулировать диагноз;
- Применять режимы ХТ;
- Применять патогенетическую терапию.

***Владеть:***

- комплексом мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья;
- способами организации раннего выявления туберкулеза;
- навыками устранения причин, приведших к развитию туберкулеза;
- формами медицинских осмотров и правилами диспансеризации (сроки, объемы) контингентов противотуберкулезных диспансеров;
- навыками сбора анамнеза заболевания и жизни;
- навыками формулировки диагноза;
- навыками назначения режимов ХТ;

- навыками выбора патогенетической терапии.

В результате прохождения производственной практики **ординатор второго года обучения** должен:

**Знать:**

- принципы управления коллективом;
- социальные, этнические, конфессиональные особенности сотрудников;
- комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья;
- способы раннего выявления туберкулеза;
- причины развития туберкулеза;
- мероприятия, входящие в диспансеризацию контингентов противотуберкулезного диспансера и медицинских осмотров здоровых;
- симптомокомплекс, подозрительный на туберкулез и группы риска;
- диагностику туберкулеза (клинический минимум)
- туберкулинодиагностику;
- уточняющую диагностику (диаскинтест, бактериологические методы исследования);
- детализирующую диагностику;
- формулировку диагноза;
- дифференциальный ряд заболеваний со схожим симптомокомплексом;
- режимы химиотерапии;
- патогенетическую терапию;
- способы купирования побочных реакций на ПТП;
- клинику осложнений;
- способы лечения осложнений.

**Уметь:**

- Управлять коллективом;
- Нивелировать социальные, этнические, конфессиональные и культурные противоречия сотрудников;
- Применять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья;
- Организовать раннее выявление туберкулеза;
- Распознать причины развития туберкулеза;
- Проводить диспансеризацию контингентов противотуберкулезного диспансера и медицинские осмотры здоровых лиц;
- Собирать анамнез для выделения симптомов, наиболее подозрительных на туберкулез и группы риска по развитию туберкулеза;
- Провести диагностику туберкулеза (клинический минимум)
- Прочитать туберкулиновые реакции;

- Назначить и прочесть результаты уточняющей диагностики (диаскинтест, бактериологические методы исследования);
- Обоснования необходимости детализирующей диагностики;
- Формулировать диагноз;
- Дифференцировать туберкулез со схожими заболеваниями;
- Применять режимы ХТ;
- Применять патогенетическую терапию, избегая полипрогмазии;
- Использовать правила купирования побочных реакций на ПТП;
- Диагностировать осложнения туберкулеза;
- Лечить осложнения туберкулеза.

***Владеть:***

- Навыками конфликтологии;
- комплексом мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья;
- способами организации раннего выявления туберкулеза;
- навыками устранения причин, приведших к развитию туберкулеза;
- формами медицинских осмотров и правилами диспансеризации (сроки, объемы) контингентов противотуберкулезных диспансеров;
- навыками сбора анамнеза заболевания и жизни;
- навыками проведения и интерпретации диагностики туберкулеза (клинического минимума);
- навыками интерпретации туберкулинодиагностики;
- навыками назначения и чтения результатов уточняющей диагностики (диаскинтест, бактериологические методы исследования);
- навыками обоснованного назначения детализирующей диагностики;
- навыками формулировки диагноза;
- навыками дифференцировки туберкулеза со схожими заболеваниями;
- навыками назначения режимов ХТ;
- навыками набора ПТП в режимах ХТ;
- навыками выбора патогенетической терапии;
- навыками купирования побочных эффектов от приема ПТП;
- диагностики осложнений туберкулеза;
- лечения осложнений туберкулеза.

### **3. Структура дисциплины**

Продолжительность практики – 2268 часов (63 зач. единицы)

Способы проведения производственной (клинической) практики: стационарная, выездная.

Место проведения практики:

ГБУЗ ТО ОПТД, ул. Курортная, 2а, г. Тюмень и его филиалы

"Курганский областной противотуберкулезный диспансер". ул.Циолковского, 1 г. Курган

Центр освоения практических умений и навыков, ГБОУ ВПО ТюмГМА  
Минздрава РФ, г. Тюмень, ул. Одесская, 52

ГБУЗ ТО «ОКБ№19», ул.Авторемонтная,2 г.Тюмень

ГБУЗ ТО «ОИКБ», ул.Комсомольская, 54. Г.Тюмень

«Морфологический центр» МКМЦ «Медицинский город», г.Тюмень

ГАУЗ ТО МКМЦ «Медицинский город», г. Тюмень

№	Наименование раздела практики	Место прохождения практики	Продолжительнос ть циклов		Формируем ые компетенци и	Форма контрол я
			ЗЕТ	Часы		
<b>Первый год обучения</b>						
<b>Первый семестр</b>						
1	Симуляционный курс	Центр освоения практических умений и навыков	3	108	ПК-1, ПК-6, ПК-8	Зачет
	стационар	ГБУЗ ТО ОПТД, 4 т\о	4	144	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
	поликлиника	ГБУЗ ТО ОПТД, отделение лучевой диагностики	4	144	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
	стационар	ГБУЗ ТО ОПТД, 4 т\о	4	144	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
<b>Второй семестр</b>						
1	Поликлиника	ГБУЗ ТО ОКБ№19	5	180	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Зачет
2	Патологоанатомичес кое отделение	«Морфокорпу с» МКМЦ «МГ»	2	72	ПК-1, ПК-5	
3	поликлиника	ГБУЗ ТО ОПТД, поликлиника	7	252	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
4	стационар	ГБУЗ ТО ОПТД, х\о	2,5	90	УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
<b>Второй год обучения</b>						
<b>Третий семестр</b>						
1	стационар	ГБУЗ ТО ОПТД, внелегочное отд	3	108	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Зачет
2	стационар	ГБУЗ ТО	4	144	УК-2, ПК-1,	

		ОПТД, детское			ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
3	стационар	ГБУЗ ТО ОПТД, 1 т\о	4	144	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
4	стационар	ГБУЗ ТО ОПТД, 2 т\о	4	144	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
<b>Четвертый семестр</b>						
1	стационар	ГБУЗ ТО «ОИКБ»	5	180	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Зачет
2	стационар	ГБУЗ ТО ОПТД, 2 т\о	4	144	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
3	поликлиника	ГБУЗ ТО ОПТД, детская	2,5	90	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
4	поликлиника	ГБУЗ ТО ОПТД, взрослая	5	180	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	

№	Наименование раздела практики	Место прохождения практики для лиц с ограниченны ми возможности ми здоровья	Продолжительнос ть циклов		Формируем ые компетенци и	Форма контрол я
			ЗЕТ	Часы		
<b>Первый год обучения</b>						
<b>Первый семестр</b>						
1	Симуляционный курс	Центр освоения практических умений и навыков	3	108	ПК-1, ПК-6, ПК-8	Зачет
	стационар	ГБУЗ ТО ОПТД, 4 т\о	4	144	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
	поликлиника	ГБУЗ ТО ОПТД, отделение лучевой диагностики	4	144	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
	стационар	ГБУЗ ТО ОПТД, 4 т\о	4	144	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
<b>Второй семестр</b>						



1	Поликлиника	ГБУЗ ТО ОКБ№19	5	180	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Зачет
2	Патологоанатомическое отделение	«Морфокорпус» МКМЦ «МГ»	2	72	ПК-1, ПК-5	
3	поликлиника	ГБУЗ ТО ОПТД, поликлиника	7	252	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
4	стационар	ГБУЗ ТО ОПТД, х\о	2,5	90	УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
<b>Второй год обучения</b>						
<b>Третий семестр</b>						
1	стационар	ГБУЗ ТО ОПТД, внелегочное отд	3	108	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Зачет
2	стационар	ГБУЗ ТО ОПТД, детское	4	144	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
3	стационар	ГБУЗ ТО ОПТД, 1 т\о	4	144	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
4	стационар	ГБУЗ ТО ОПТД, 2 т\о	4	144	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
<b>Четвертый семестр</b>						
1	стационар	ГБУЗ ТО «ОИКБ»	5	180	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Зачет
2	стационар	ГБУЗ ТО ОПТД, 2 т\о	4	144	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
3	поликлиника	ГБУЗ ТО ОПТД, детская	2,5	90	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
4	поликлиника	ГБУЗ ТО ОПТД, взрослая	5	180	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	

#### 4. Содержание программы практики

##### 1. Симуляционный курс

Плевральная пункция: показания, противопоказания. Методика. Проверка знаний и отработка навыков плевральной пункции. Люмбальная пункция: показания, противопоказания. Методика. Проверка знаний и отработка навыков люмбальной пункции. Сердечно-легочная реанимация: показания, противопоказания. Способ. Проверка знаний и обработка умений и навыков оказания сердечно-легочной реанимации.

Спонтанный пневмоторакс: навыки лечения. Легочное кровотечение: оказание неотложной помощи.

## 2. Стационар, ГБУЗ ТО «ОПТД», 4 отделение легочного туберкулеза для взрослых.

Диагностика туберкулеза в условиях стационара. Наблюдение: тактика ведения и лечения пациентов ОБ ГДУ. Дифдиагностика диссеминаций, округлых образований, синдрома плеврального выпота. Побочные реакции на ПТП. Ведение пациентов с побочными реакциями и/или сопутствующей патологией, осложняющей течение туберкулеза. Представление на ЦВК, оформление документов: истории болезни, эпикриза, хода операции. Заполнение листков нетрудоспособности. Оформление документов для МСЭ.

## 3. Поликлиника, ГБУЗ ТО «ОПТД», отделение лучевой диагностики

Рентгенодиагностика: обзорные снимки, боковые снимки, томограммы. Чтение рентгеновских снимков. Компьютерная томография. Дифференциальный ряд при обнаружении синдромов очаговой тени, фокусной тени, субтотального и тотального затемнений, диссеминации, кольцевидной тени, синдрома плеврального выпота, увеличения внутригрудных лимфатических узлов.

## 4. Стационар, ГБУЗ ТО «ОПТД», 4 отделение легочного туберкулеза для взрослых

Наблюдение, ведение пациентов с легочной локализацией туберкулеза, т.ч. при дифференциальной диагностике. Диагностика туберкулеза в условиях стационара. Наблюдение: тактика ведения и лечения пациентов ОБ ГДУ. Дифдиагностика диссеминаций, округлых образований, синдрома плеврального выпота. Побочные реакции на ПТП. Ведение пациентов с побочными реакциями и/или сопутствующей патологией, осложняющей течение туберкулеза. Представление на ЦВК, оформление документов: истории болезни, эпикриза, хода операции. Заполнение листков нетрудоспособности

## 5. ГБУЗ ТО «ОКБ№19», прием пульмонолога

Наблюдение, лечение пациентов с ХОБЛ, БА, Пневмонией, Саркоидозом, Интерстициальными заболеваниями легких. Клиника, диагностика, дифдиагностика при постановке на учет, лечение, диспансеризация. Методы обследования. Функциональная диагностика.

## 6. «Морфологический центр» МКМЦ «Медицинский город», г. Тюмень

Изучение истории пациентов умерших в ГБУЗ ТО ОПТД и анализ полученных данных при аутопсии. Макроскопически признаки туберкулеза. Гистологические признаки туберкулеза. Разновидности гранулем. Причины, приведшие к летальному исходу. Непосредственная причина смерти.

## 7. Поликлиника, ГБУЗ ТО «ОПТД», поликлиника для взрослых

Диагностика туберкулеза в условиях амбулаторного приема противотуберкулезного диспансера. Алгоритм диагностики туберкулеза. Диспансеризация контингентов противотуберкулезного диспансера. Группы диспансерного учета: длительность, сроки наблюдения, объемы обследования, лечение в 0 группе, в 1 группе, во 2 группе, в 3 группе, в 4 группе у взрослых. Оформление документов на МСЭ, ЦВК, выписка листков нетрудоспособности. Характеристика форм туберкулеза и состояний, связанных с туберкулезной инфекцией, в соответствии с МКБ-10: Блок туберкулез (A15-A19). Пневмокониоз, связанный с туберкулезом (J65). Состояние выздоровления после хирургического вмешательства (Z 54.0). Последствия туберкулеза (B90). Туберкулез сомнительной активности и дифференциально-диагностические случаи (Z 03.0) Вакцинация и ревакцинация против туберкулеза. Осложнения после в ведения вакцины

БЦЖ (Y58.0), непроведенная иммунизация (Z 28.0). Контакт с источником туберкулезной инфекции (Z 20.1.). Скрининговое обследование (Z11.1.). Методика использования МКБ во фтизиатрической практике. Последовательность кодирования. Методика дополнительного кодирования. Очаговый туберкулез легких. Патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения

#### 8. Стационар, ГБУЗ ТО «ОПТД», хирургическое отделение

Изучение истории пациентов, находящихся в хирургическом отделении ГБУЗ ТО ОПТД и анализ полученных данных при оперативном вмешательстве. Макроскопические признаки туберкулеза. Результаты гистологического исследования операционного материала. Показания, противопоказания для оперативного вмешательства. Виды оперативных вмешательств. Дифференциальный ряд заболевания со схожей рентген-картиной. Результаты дохирургического этапа обследования. Послеоперационный период. Тактика ведения пациентов после хирургического этапа лечения. Представление на ЦВК, оформление документов: истории болезни, эпикриза, хода операции. Заполнение листков нетрудоспособности.

#### 9. Стационар, ГБУЗ ТО «ОПТД», отделение внелегочных форм туберкулеза

Наблюдение и ведение пациентов с туберкулезом внелегочной локализации. Туберкулез центральной нервной системы. Туберкулезный менингит. Патогенез и патологоанатомическая характеристика туберкулезного менингита. Периоды развития заболевания. Особенности выявления туберкулеза данной локализации и фтизиатрической помощи больным туберкулезным менингитом. Особенности профилактики. Клиническая диагностика. Цитологические и гистологические исследования. Кожные пробы. Наличие МБТ. Дифференциальная диагностика. Рентгенологическая диагностика. Лабораторная диагностика. Реабилитация и МСЭ.

Туберкулез костей и суставов. Эпидемиологические данные о туберкулезе костей и суставов. Распространенность. Возрастно-половая характеристика. Клиническая структура. Патогенез и патологоанатомическая характеристика туберкулеза костей и суставов. Особенности выявления туберкулеза данной локализации и фтизиатрической помощи больным туберкулезом костей и суставов. Клинические формы туберкулеза костей и суставов. Клиническая диагностика. Дифференциальная диагностика. Рентгенологическая диагностика. Лабораторная диагностика. Осложнения. Исходы. Туберкулез позвоночника. Ортопедическое лечение больных костно-суставным туберкулезом.

Туберкулез органов мочеполовой системы. Эпидемиологические данные о туберкулезе органов мочеполовой системы. Распространенность. Возрастно-половая характеристика. Клиническая структура. Туберкулез почек. Патогенез и патологоанатомическая характеристика туберкулеза почек. Особенности выявления туберкулеза данной локализации и фтизиатрической помощи больным туберкулезом почек. Клинические формы туберкулеза почек. Клиническая диагностика. Цитологические и гистологические исследования. Кожные пробы. Наличие МБТ. Дифференциальная диагностика. Рентгенологическая диагностика. Лабораторная диагностика. Опасность поражения туберкулезом при трансплантации почки. Особенности диагностики и лечения. Туберкулез мочеточников и мочевого пузыря. Патогенез и патологоанатомическая характеристика туберкулеза мочеточников и мочевого пузыря. Особенности выявления туберкулеза данной локализации и фтизиатрической помощи больным туберкулезом мочеточников и мочевого пузыря. Туберкулез половых органов. Туберкулез мужских половых органов. Локализация. Формы. Патогенез и патологоанатомическая характеристика туберкулеза мужских половых органов. Особенности выявления туберкулеза данной локализации и фтизиатрической помощи больным туберкулезом мужских половых органов. Клинические формы туберкулеза мужских половых органов. Клиническая диагностика. Кожные пробы. Наличие МБТ. Дифференциальная диагностика. Рентгенологическая диагностика. Лабораторная диагностика. Туберкулез женских половых органов. Патогенез и патологоанатомическая характеристика туберкулеза женских половых органов. Особенности выявления туберкулеза данной локализации и фтизиатрической помощи больным туберкулезом женских половых органов. Клинические формы туберкулеза женских половых органов. Клиническая диагностика. Цитологические и гистологические исследования. Кожные пробы. Наличие МБТ. Дифференциальная диагностика. Рентгенологическая диагностика. Лабораторная диагностика.

Туберкулез периферических лимфатических узлов. Патогенез и патологоанатомическая характеристика туберкулеза периферических лимфатических узлов. Особенности выявления туберкулеза данной локализации и фтизиатрической помощи больным туберкулезом периферических лимфатических узлов. Клинические формы туберкулеза периферических лимфатических узлов. Клиническая диагностика. Кожные пробы. Наличие МБТ. Дифференциальная диагностика с системными поражениями и новообразованиями, другими заболеваниями поражениями. Рентгенологическая диагностика. Лабораторная диагностика.

Туберкулез глаз. Классификация туберкулеза глаз. Туберкулез сосудистой оболочки глазного яблока – туберкулезный увеит. Передние и задние увеиты. Периферические увеиты. Хореоретиниты. Генерализованные увеиты. Туберкулезные поражения вспомогательных органов глаз и костной орбиты. Туберкулезные заболевания кожи век. Туберкулез конъюнктивы. Туберкулезный дакриоденит. Туберкулезный дакриоцистит. Туберкулезно-аллергические заболевания глаз. Патогенез и патологоанатомическая характеристика туберкулеза глаз. Особенности выявления туберкулеза данной локализации и фтизиатрической помощи, больным с туберкулезом глаз. Клиническая диагностика. Цитологические и гистологические исследования. Кожные пробы. Наличие МБТ. Дифференциальная диагностика. Рентгенологическая диагностика. Лабораторная

Абдоминальный туберкулез. Туберкулезный перитонит. Патогенез и патологоанатомическая характеристика туберкулезного перитонита. Особенности выявления туберкулеза данной локализации и фтизиатрической помощи больным туберкулезным перитонитом. Клиническая диагностика. Цитологические и гистологические исследования. Кожные пробы. Наличие МБТ. Дифференциальная диагностика. Рентгенологическая диагностика. Лабораторная диагностика. Туберкулезный мезаденит. Патогенез и патологоанатомическая характеристика туберкулезного мезаденита. Особенности выявления туберкулеза данной локализации и фтизиатрической помощи больным туберкулезным мезаденитом. Клиническая диагностика. Цитологические и гистологические исследования. Кожные пробы. Наличие МБТ. Дифференциальная диагностика. Рентгенологическая диагностика. Лабораторная диагностика.

Туберкулез сердца. Туберкулезный перикардит. Классификация туберкулезного перикардита. Распространенность. Патогенез, клиническая характеристика и диагностика. Кожные пробы. Наличие МБТ. Дифференциальная диагностика. Рентгенологическая диагностика. Лабораторная диагностика. Функциональная диагностика. Этиологическое и патогенетическое лечение. Критерии эффективности лечения. Показания к хирургическому лечению. Ранние и поздние осложнения. Исходы. Реабилитация и МСЭ. Редкие локализации поражения туберкулезом органов пищеварения. Туберкулез печени. Туберкулез пищевода и желудка. Туберкулез поджелудочной железы. Туберкулез селезенки.

10. Стационар, ГБУЗ ТО «ОПТД», отделение легочного туберкулеза для больных туберкулезом детей  
Наблюдение и ведение детей с туберкулезом.

РПТИ детей и подростков.

Первичный период туберкулезной инфекции. (Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Формы туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов. Патогенез, осложнения и исходы. Туморозный туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения. Инфильтративный туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения. Малые формы туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов. Патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения)

Диссеминированный туберкулез легких. Формы диссеминированного туберкулеза легких. Гематогенно-диссеминированный туберкулез. Лимфогенно-диссеминированный туберкулез. Бронхогенно-диссеминированный туберкулез. Диссеминированный туберкулез смешанного характера. Патогенез и патологоанатомическая характеристика форм диссеминированного туберкулеза легких. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения. Дифференциальная диагностика с диссеминированными поражениями легких нетуберкулезной этиологии. Диссеминированный туберкулез смешанного характера. Внелегочные локализации процесса.

Очаговый туберкулез легких. Патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения

Инфильтративный туберкулез легких. Формы инфильтративного туберкулеза легких. Патогенез. Источник туберкулезного процесса. Пути распространения. Патологоанатомическая характеристика. Лобулярный инфильтрат. Патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения. Округлый инфильтрат. Патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения. Облаковидный инфильтрат. Патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения. Перисцисурит. Патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения. Лоббит. Патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения

Казеозная пневмония легких. Особенности этиологии. Патогенез и патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения.

Туберкулема легких. Патогенез. Патологоанатомическая характеристика. Формы и строение. Окружающие ткани, сосуды, бронхи. Варианты течения. Клиника и диагностические признаки стабилизации, регрессии и прогрессирования туберкулем. Рентгенологическая диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения туберкулемы легких. Лечение. Критерии излечения. Показания к хирургическому лечению. Исходы.

Кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Патогенез и патологоанатомическая характеристика. Строение каверны. Окружающие ткани, сосуды, бронхи. Варианты развития. Причины фиброзно-кавернозного туберкулеза. Клиника и диагностические признаки кавернозного и фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Осложнения кавернозного и фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Лечение. Показания к хирургическому лечению. Исходы.

#### 11. Стационар, ГБУЗ ТО «ОПТД», 1 отделение легочного туберкулеза для больных туберкулезом взрослых

Наблюдение пациентов с ко-инфекцией (ТВ+ВИЧ).

Наблюдение пациентов, больных хроническими формами туберкулеза. Диссеминированный, инфильтративный, Кавернозный и фиброзно-кавернозный, цирротический туберкулез легких. Патогенез и патологоанатомическая характеристика. Варианты развития. Причины фиброзно-кавернозного туберкулеза. Клиника и диагностические признаки кавернозного и фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Осложнения кавернозного и фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Лечение. Показания к хирургическому лечению. Исходы

#### 12. Стационар, ГБУЗ ТО «ОПТД», 2 отделение легочного туберкулеза для взрослых

Наблюдение впервые выявленных больных туберкулезом. Инфильтративный туберкулез легких. Формы инфильтративного туберкулеза легких. Патогенез. Источник туберкулезного процесса. Пути распространения. Патологоанатомическая характеристика. Лобулярный инфильтрат. Патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения. Округлый инфильтрат. Патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения. Облаковидный инфильтрат. Патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения. Перисцистит. Патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения. Лоббит. Патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения

Казеозная пневмония легких. Особенности этиологии. Патогенез и патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения.

Туберкулема легких. Патогенез. Патологоанатомическая характеристика. Формы и строение. Окружающие ткани, сосуды, бронхи. Варианты течения. Клиника и диагностические признаки стабилизации, регрессии и прогрессирования туберкулем. Рентгенологическая диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения туберкулемы легких. Лечение. Критерии излечения. Показания к хирургическому лечению. Исходы.

Кавернозный и фиброзно-кавернозный, цирротический туберкулез легких. Патогенез и патологоанатомическая характеристика. Строение каверны. Окружающие ткани, сосуды,

бронхи. Варианты развития. Причины фиброзно-кавернозного туберкулеза. Клиника и диагностические признаки кавернозного и фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Осложнения кавернозного и фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Лечение. Показания к хирургическому лечению. Исходы.

### 13. Стационар, ГБУЗ ТО «ОИКБ», отделение оппортунистических инфекций

Наблюдение пациентов с ВИЧ-инфекцией. Оппортунистические заболевания: ветряная оспа, пневмоцистная пневмония, менингиты нетуберкулезной этиологии. Диагностика. Диффдиагностика. Клиника. Лечение. Написание истории болезни, оформление документов, экстренных извещений.

### 14. Стационар, ГБУЗ ТО «ОПТД», 2 отделение легочного туберкулеза для взрослых

Наблюдение впервые выявленных больных туберкулезом. Инфильтративный туберкулез легких. Формы инфильтративного туберкулеза легких. Патогенез. Источник туберкулезного процесса. Пути распространения. Патологоанатомическая характеристика. Лобулярный инфильтрат. Патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения. Округлый инфильтрат. Патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения. Облаковидный инфильтрат. Патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения. Перисциссурит. Патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения. Лоббит. Патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения. Казеозная пневмония легких. Особенности этиологии. Патогенез и патологоанатомическая характеристика. Клинические признаки. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы и осложнения. Туберкулема легких. Патогенез. Патологоанатомическая характеристика. Формы и строение. Клиника и диагностические признаки стабилизации, регрессии и прогрессирования туберкулем. Рентгенологическая диагностика. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения туберкулемы легких. Лечение. Критерии излечения. Показания к хирургическому лечению. Исходы. Кавернозный и фиброзно-кавернозный, цирротический туберкулез легких. Патогенез и патологоанатомическая характеристика. Причины фиброзно-кавернозного туберкулеза. Клиника и диагностические признаки кавернозного и фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лабораторная диагностика. Осложнения кавернозного и фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Лечение. Показания к хирургическому лечению. Исходы

### 15. Поликлиника, ГБУЗ ТО «ОПТД», поликлиника для детей



Диагностика латентной туберкулезной инфекции. Диспансеризация контингентов у детей. Наблюдение за детьми 0 группы, 4 группы, 5 группы, 6 группы диспансерного учета.

16. Поликлиника, ГБУЗ ТО «ОПТД», поликлиника для взрослых  
 Работа в очагах туберкулезной инфекции. Эпидемиологическая опасность источника туберкулезной инфекции. Эпидемиологическое понятие «очага». Характеристика восприимчивого к заболеванию туберкулезом населения. Группы риска заболевания туберкулезом

Санация очагов туберкулезной инфекции. Нормативно-методическая документация. Определение и классификация очагов туберкулезной инфекции. Очаги туберкулезной инфекции по месту жительства, работы или учебы. Выявление и учет очагов туберкулезной инфекции. Виды извещений о больном туберкулезом и больном туберкулезом бактериовыделителя. Сроки и медицинские учреждения, куда направляются извещения. Методика обследования очагов туберкулезной инфекции. Учетный документ обследования. Взаимодействие с территориальными органами Роспотребнадзора. План санации очага туберкулезной инфекции. Характеристика мероприятий санации и кратность посещения в зависимости от типа очага туберкулезной инфекции. Этапы работы. Динамическое наблюдение за очагом туберкулезной инфекции и корректировка при необходимости плана его санации. Госпитализация (изоляция) больного туберкулезом. Обследование и дальнейшее наблюдение за лицами, контактирующими с больным туберкулезом (лучевое исследование, туберкулинодиагностика и при необходимости микробиологическое исследование мокроты). Текущая и заключительная дезинфекция в очаге туберкулезной инфекции. Содержание работ. Дезинфектанты и их характеристика. Подготовка и критерии снятия очага туберкулезной инфекции с учета. Анализ заболеваемости, лиц контактирующих с больным туберкулезом, отдельно по очагам и на территории. Особенности туберкулезного контроля во фтизиатрическом лечебно-профилактическом учреждении – организованном очаге туберкулезной инфекции. Комплекс мероприятий. Санитарные нормы и правила.

## 5. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

Фтизиатрия поликлиническая, стационарная	Основная литература	ЭКЗ
1.	Перельман М.И. Фтизиатрия: учебник: с компакт-диском 4-е изд., перераб. и доп. +CD/ М.И. Перельман, И.В. Богодельникова – М: ГЭОТАР-Медиа, 2013.	13
2.	Коломиец В. М. Фтизиопульмонология : учеб. пособие-М.: Медицина, 2009	1
3.	Левашев Ю.Н.. Ред. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу - СПб. : Элби, 2006	3
	<b>Дополнительная литература</b>	ЭКЗ
1.	Машковский М.Д. Лекарственные средства- 16 -е изд., перераб., испр. и доп.-М. : Новая волна, 2012	48
2	Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. Вып.16-17. -	3

	М.: Астрафарм Сервис,2011,2007,2013	
3	Король О.И., ред., Лозовская, М. Э., ред. Туберкулез у детей и подростков: руководство-Спб.: Питер, 2005.	12
4	Фтизиопульмонология: учебник/В.Ю. Мишин - М.:ГЭОТАР - Медиа, 2010	10
5	Аксенова В.А., ред. Туберкулез у детей и подростков : учеб. пособие для послевузовского образования-М. : ГЭОТАР-Медиа,2007	36
6	Инсанов А. Туберкулез : руководство-во для врачей.-М. : ГЭОТАР-МЕД,2005	8
7	Туберкулез у детей и подростков/ред. Худзик А.В.: учеб. пособие.-М. : Медицина,2004	1
8	Кошечкин В.А., Иванова З.А. Туберкулез : учеб. пособие.-М. : ГЭОТАР -Медиа,2007	7

## 6. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Наименование подразделения	Наименование специализированных аудиторий, кабинетов, лабораторий и прочее с перечнем основного оборудования
Кафедра фтизиатрии ГБОУ ВПО ТюмГМА	Учебные классы с комплексом учебно-методического обеспечения. Учебные слайды, видеофильмы. Мультимедийный проектор с набором презентаций. Тестовые вопросы и задачи.
Симуляционный центр	
Диагностика патологических состояний	Манекен Nursing Anne с системой дистанционного управления Simpad Фантом перикардиоцентеза и плеврального дренажа ВиртуЧест Симулятор люмбальной пункции
Оказание первой помощи при политравме	Манекен-тренажер Ultimate Hurt Манекен Nursing Anne с комплектом имитации ран
Освоение базовых хирургических навыков	Фантом перикардиоцентеза и плеврального дренажа ВиртуЧест
Выполнение базовой сердечно-легочной реанимации	Манекен-тренажер Оживленная Анна - 5.

## 7. Фонд оценочных средств по дисциплине

1. К СОЦИАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ, БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИМ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА, ОТНОСЯТСЯ
  - 1) неблагоприятные жилищно-бытовые условия
  - 2) материальная необеспеченность
  - 3) низкий интеллектуальный уровень
  - 4) **беспорядочный образ жизни**
  
2. ЗАБОЛЕВАНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) у детей
  - 2) **у подростков**
  - 3) у лиц молодого возраста (до 40 лет)

- 4) у лиц среднего возраста (40-59 лет)
- 5) у пожилых людей (60 лет и старше)
3. **ВЫСОКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ**
  - 1) **у аборигенной этнической группы населения (малые народы Севера) и мигрирующего населения**
  - 2) у постоянно живущего населения и аборигенной этнической группы
  - 3) у мигрирующего населения
4. **ОБ ИНФИЦИРОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ МОЖНО СУДИТЬ ПО ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ НИЖЕ КРИТЕРИЯМ**
  - 1) обнаружение при секционном исследовании следов перенесенной ранее туберкулезной инфекции
  - 2) обнаружение на флюорограмме признаков перенесенного ранее туберкулеза
  - 3) **положительная кожная проба с туберкулином**
  - 4) обнаружение МБТ в мокроте
5. **К УМЕРЕННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ ПОКАЗАТЕЛЬ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ**
  - 1) 100 заболевших на 100000 населения
  - 2) **30-50 заболевших на 100 000 населения**
  - 3) 20 заболевших на 100000 населения
6. **К НИЗКОМУ ПОКАЗАТЕЛЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ МОЖНО ОТНЕСТИ ВЫЯВЛЕНИЕ**
  - 1) 100 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения
  - 2) 30-50 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения
  - 3) **20 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения**
7. **ЕЖЕГОДНЫЙ ПРИРОСТ ИНФИЦИРОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, ОЦЕНЕННЫЙ ПО ДИНАМИКЕ КОЖНОЙ ТУБЕРКУЛИНОВОЙ ПРОБЫ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЙ О ВЫСОКОЙ ПОРАЖЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ДАННОГО ГОРОДА (РАЙОНА, ОБЛАСТИ) ТУБЕРКУЛЕЗОМ, НАЧИНАЕТСЯ**
  - 1) с 20% и более
  - 2) с 10% и более
  - 3) с 1 % и более
  - 4) с 0.1% и более
8. **ОДИН НЕЛЕЧЕННЫЙ БАЦИЛЛЯРНЫЙ БОЛЬНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЗА ГОД ЗАРАЖАЕТ (ИНФИЦИРУЕТ)**
  - 1) **около 20 человек**
  - 2) около 10 человек
  - 3) около 3-5 человек
9. **НАИБОЛЬШУЮ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ ПРЕДСТАВЛЯЕТ**
  - 1) больной с инфильтративным туберкулезом без распада, МБТ(+) в мокроте определяется методом бактериоскопии
  - 2) больной с инфильтративным туберкулезом в фазе распада, МБТ(+) в мокроте определяется методом посева
  - 3) больной с Фиброзно-кавернозным туберкулезом, МБТ(-) в мокроте выявляется только методом посева
10. **"СЛУЧАЙ ТУБЕРКУЛЕЗА", ПО КРИТЕРИЯМ ВОЗ - ЭТО**
  - 1) хроническое заболевание, сопровождающееся рецидивирующими кашлем с выделением мокроты и изменениями на рентгенограмме, специфичными для него
  - 2) заболевание, сопровождающееся изменениями на рентгенограмме в области верхних отделов легких, а также в прикорневых лимфоузлах
  - 3) заболевание, подтвержденное специфическими изменениями на рентгенограмме или морфологическими изменениями в виде гигантоклеточной гранулемы с

- казеозным некрозом
- 4) **заболевание, подтвержденное обнаружением микобактерий туберкулеза, выделенных из очага поражения (с мокротой, мочой и т.д.) или полученных из тканей путем биопсии**
11. К ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГРУППЕ "РИСКА" ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ ОТНОСЯТ:
- 1) перенесших туберкулез
  - 2) впервые инфицированных
  - 3) из очагов туберкулезной инфекции
- 4) **получающих ГИБП**
12. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ - ЭТО
- 1) число больных туберкулезом в пересчете на 1000 жителей
  - 2) число больных туберкулезом в пересчете на 10000 жителей
  - 3) процент больных, исчисленный к населению данной местности
  - 4) число больных туберкулезом, выявленных в данном году
- 5) **число вновь выявленных больных туберкулезом в пересчете на 100 000 населения**
13. ПОКАЗАТЕЛЬ БОЛЕЗНЕННОСТИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ - ЭТО
- 1) число больных туберкулезом, стоящих на учете на конец года, в пересчете на 100 000 жителей
  - 2) число больных активным туберкулезом на конец года
  - 3) удельный вес больных туберкулезом среди всех больных на данной территории,
  - 4) число больных туберкулезом в пересчете на 1000 жителей
14. ПРИ АНАЛИЗЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСМОТРОВ НА ТУБЕРКУЛЕЗ ВАЖНЫ
- 1) процента охвата населения осмотрами на туберкулез
  - 2) **удельного веса несвоевременного выявленных больных**
  - 3) выполнения плана обследования
15. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ СДВИГАМИ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ
- 1) **отсутствия запущенных форм туберкулеза**
  - 2) снижения показателя инфицированности
  - 3) повышения удельного веса больных с очаговым туберкулезом
16. ОТМЕТЬТЕ МИКРООРГАНИЗМЫ, ИМЕЮЩИЕ КЛЕТОЧНУЮ СТЕНКУ СХОЖУ С ТАКОВОЙ У МБТ
- 1) **Нокардия**
  - 2) Стафилококк
  - 3) Актиномицеты
17. КАКОЕ ЗВЕНО ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЗАЩИТЫ
- 1) Фагоцитарное
  - 2) **Клеточное**
  - 3) Гуморальное
18. КАКОЙ ТИП ИММУННЫХ РЕАКЦИЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА
- 1) ГЧНТ I
  - 2) ГЧНТ II
  - 3) ГЧНТ III
  - 4) **ГЗТ**

19. КАКИЕ ЛИМФОЦИТЫ УЧАСТВУЮТ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ИММУНИТЕТА

- 1) В-лимфоциты
- 2) Th-1- лимфоциты**
- 3) Th-2- лимфоциты
- 4) Th-3- лимфоциты

20. ОПРЕДЕЛИТЕ ТОЧНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СОБЫТИЙ ПРИ ВНЕДРЕНИИ МБТ:

- 1) Нф-Мф-Th-1лимфоциты
- 2) Мф- Th-1лимфоциты
- 3) АМ- Нф-Мф-Th-1лимфоциты**
- 4) АМ-Мф-Th-1лимфоциты

1. КАКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ВЕДЕТСЯ В ТУБЕРКУЛЁЗНОМ КАБИНЕТЕ НА ПАЦИЕНТА, ВЗЯТОГО НА ЛЕЧЕНИЕ:

- 1) ф.01-ТБ/у, ф.03-ТБ/у, ф.30-туб, лист назначения**
- 3) ф.07-ТБ/у, ф.01-ТБ/у, ф.30-туб, лист назначения
- 4) ф.01-ТБ/у, ф.02-ТБ/у, ф.03- ТБ/у, лист назначения

2. ГДЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ОРГАНИЗОВАНО АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЁЗОМ В СЕЛЬСКИХ ТЕРРИТОРИЯХ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ:

- 1) на участке по месту жительства, в процедурном кабинете по месту жительства, на ФАПе, в амбулатории**
- 2) в пункте наблюдаемого лечения, в тубкабинете;
- 3) в поликлинике областной больницы, в амбулатории, в тубкабинете;

3. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВРАЧАМИ-ФТИЗИАТРАМИ В СЕЛЬСКИХ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ:

- 1) 0,6 должности на 10 тысяч населения (взрослого и детского);**
- 2) 0,75 должности на 10 тысяч населения (взрослого и детского);
- 3) 1,0 должность на 10 тысяч населения

4. КТО ИМЕЕТ ПРАВО НЕПОСРЕДСТВЕННО ЗНАКОМИТЬСЯ С МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ ПАЦИЕНТА, ОТРАЖАЮЩЕЙ СОСТОЯНИЕ ЕГО ЗДОРОВЬЯ?

- 1) пациент и его законный представитель;**
- 2) родственники
- 3) работодатели.

5. В СЕМЬЕ, ГДЕ ОТЕЦ БОЛЕН ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ С БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЕМ, РОДИЛСЯ РЕБЁНОК, ПРИВИТ БЦЖ В РОДДОМЕ. ВАШИ МЕРОПРИЯТИЯ В ОЧАГЕ ПЕРЕД ВЫПИСКОЙ РЕБЁНКА ИЗ РОДДОМА:

- 1) провести текущую дезинфекцию, госпитализировать источник
- 2) госпитализировать источник, провести заключительную дезинфекцию, обследовать окружение ребёнка флюорографически или рентгенологически**
- 3) обследовать окружение ребёнка, выделить источнику в пределах квартиры отдельную комнату или угол.

6. ЧТО ТАКОЕ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ОЧАГ?
- 1) это место нахождения источника инфекции;
  - 2) это окружающая источник инфекции территория, в пределах которой возможно распространение возбудителя инфекции;
  - 3) **условное понятие нахождения больного туберкулезом, ограниченное в пространстве и времени**
7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНУЮ ДЕЗИНФЕКЦИЮ В ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ В СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЯХ:
- 1) **выбытия больного из домашнего очага в больницу, санаторий, при изменении места жительства, выбытии больного из очага на длительный срок, смерти больного, перед возвращением родильниц из роддома; перед сносом старых домов, где проживали больные туберкулезом, при выявлении больного активной формой туберкулеза в роддомах, детских дошкольных, образовательных, подростковых учреждениях, в лечебно-профилактических учреждениях не туберкулезного профиля, а также в стационарных учреждениях социального обслуживания.**
  - 2) выбытия больного из домашнего очага в больницу, санаторий, при изменении места жительства, выбытии больного из очага на длительный срок, смерти больного, при выявлении больного активной формой туберкулеза в роддомах, детских дошкольных, образовательных, подростковых учреждениях, в лечебно-профилактических учреждениях не туберкулезного профиля, а также в стационарных учреждениях социального обслуживания.
  - 3) выбытия больного из домашнего очага в больницу, санаторий, при изменении места жительства, выбытии больного из очага на длительный срок, смерти больного, перед возвращением родильниц из роддома; перед сносом старых домов, где проживали больные туберкулезом;
8. КАКИМ ПРИКАЗОМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ УТВЕРЖДЕН ПОРЯДОК ВЫДАЧИ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ?
- 1) **приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;**
  - 2) приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.08.2007г. №514 «О порядке выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности»;
  - 3) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».
9. СОГЛАСНО «ПОРЯДКУ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ», УТВЕРЖДЕННОМУ ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ №932Н ОСНАЩЕНИЕ ТУБКАБИНЕТА ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ ДОЛЖНО БЫТЬ СЛЕДУЮЩИМ:
- 1) **ингалятор кислородный, рабочее место врача, негатоскоп, флюороскоп, тонометр, фонендоскоп, весы медицинские, устройство обеззараживания воздуха, производительностью 150 куб.м/час, для работы в присутствии людей, емкость для сбора мокроты;**
  - 2) ингалятор кислородный, рабочее место врача, негатоскоп, флюороскоп, тонометр, фонендоскоп, весы медицинские;
  - 3) ингалятор кислородный, кабина для сбора мокроты, рабочее место врача, негатоскоп, флюороскоп, тонометр, фонендоскоп, весы медицинские, устройство обеззараживания воздуха, производительностью 150 куб.м/час, для работы в присутствии людей, емкость для сбора мокроты

10. В ОБЯЗАННОСТИ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОБСЛУЖИВАЮЩИХ ДЕТСКОЕ НАСЕЛЕНИЕ ВХОДИТ:

- 1) **обеспечение планирования, организации и проведение, полноту охвата и достоверность учета профилактических прививок против туберкулёза, своевременное представление отчетов о выполнении в центр госсанэпиднадзора, методическое руководство;**
- 2) обеспечение планирования, организации и проведение, полноту охвата и достоверность учета профилактических прививок против туберкулёза, методическое руководство;
- 3) обеспечение планирования, организации и проведение, полноту охвата и достоверность учета профилактических прививок против туберкулёза, своевременное представление отчетов о выполнении в центр госсанэпиднадзора;

11. КРИТЕРИИ СНЯТИЯ ПАЦИЕНТА С БАЦИЛЛЯРНОГО УЧЁТА:

- 1) **прекращение бактериовыделения по микроскопии мокроты в трех последовательно выполненных анализах с интервалом в 1 месяц;**
- 2) прекращение бактериовыделения, подтвержденное тремя посевами мокроты на твердые среды с интервалом в 2-3 мес;
- 3) прекращение бактериовыделения при исследовании мокроты на ВАСТЕС.

12. КАКИМ ПРИКАЗОМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ УТВЕРЖДЕНА ФОРМА БЛАНКА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ?

- 1) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
- 2) **приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2011г. №347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»;**
- 3) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

1. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

- 1) слишком субъективны и не отражают истинной клинической картины заболевания
- 2) только частично отражают истинную клинику и симптоматику заболевания
- 3) **объективно и в достаточной мере отражают истинную клинику заболевания**

2. УСЛОВИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

- 1) не оказывают существенного влияния на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса .
- 2) **оказывают существенное влияние на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса**
- 3) оказывают только некоторое влияние на риск заболеть туберкулезом и совсем мало влияют на его течение

3. КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЕГО ТЕЧЕНИЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

- 1) **может существенно повлиять на формирование диагноза клинической формы туберкулеза после завершения обследования больного**
- 2) обычно мало влияет на концепцию о клинико-рентгенологической форме легочного туберкулеза
- 3) не сказывается на оценке клинико-рентгенологической формы легочного туберкулеза

4. УЧАСТОК УПЛОТНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ПЕРКУССИИ ПРИ ЕГО РАСПОЛОЖЕНИИ
- 1) **в субплевральном отделе**
  - 2) в промежуточном отделе легкого
  - 3) в глубине легкого
5. ОБЛЕГЧАЕТ ОБНАРУЖЕНИЕ ХРИПОВ В ЛЕГКИХ
- 1) форсированное дыхание больного
  - 2) кашель
- 3) **откашливание с последующим резким вдохом**
6. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДЛЯ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) плотные среды
  - 2) жидкие среды ВАСТЕС
- 3) **МГМ – GeneXpert**
7. ТУБЕРКУЛИНЫ - ЭТО
- 1) **препараты, способные вызывать специфическую аллергическую реакцию кожи у инфицированных или вакцинированных**
  - 2) препараты, позволяющие выявить только инфицирование
  - 3) специфичные аллергены
8. ПОНЯТИЕ «ПАРАЛЛЕРГИИ» ВКЛЮЧАЕТ
- 1) несущественное повышение общей чувствительности к туберкулину
  - 2) **комплекс неспецифических факторов, изменяющих чувствительность к туберкулину**
  - 3) извращение чувствительности к туберкулину в результате заболевания
  - 4) аллергию к туберкулину
1. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА АНЕРГИИ К ТУБЕРКУЛИНУ ПРИ СИСТЕМНЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ – ЭТО
- 1) **дефект Т-клеточного звена иммунитета**
  - 2) поражение лимфатической системы
  - 3) поражение костного мозга
10. В МЕСТЕ ВВЕДЕНИЯ ТУБЕРКУЛИНА ПРИ ИНФЕКЦИОННОЙ АЛЛЕРГИИ ПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ СОХРАНЯЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ
- 1) более высокого уровня специфической аллергии
  - 2) наличия аллергического воспаления в толще кожи
- 3) **образования инфильтрата, аналогичного малым специфическим изменениям**
11. ВО ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ЧАШЕ ДРУГИХ ПРИМЕНЯЮТ РЕНТГЕНОФУНКЦИОНАЛЬНУЮ ПРОБУ
- 1) Вальсальвы
  - 2) Мюллера
- 3) **Вальсальвы и Мюллера**
- 4) Соколова
12. ЛЕЧЕБНАЯ БРОНХОСКОПИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОКАЗАНА
- 1) при инфильтративном туберкулезе бронха без выраженного стеноза его просвета
  - 2) **при язвенном туберкулезе стенки долевого бронха разрастанием грануляции, стенозирующих его просвет**



- 3) при локальном катаральном эндобронхите
- 4) при разлитом гипертрофическом эндобронхите
- 13. ПРИ ТРАНСБРОНХИАЛЬНОЙ ЩИПЦОВОЙ БИОПСИИ БЕРУТСЯ НА ИССЛЕДОВАНИЕ
  - 1) кусочки слизистой бронха
  - 2) кусочки стенки бронха со слизистой оболочки и хрящевой тканью
  - 3) участки паренхимы легкого**
- 14. ПРИ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОМ ЛАВАЖЕ ЖИДКОСТЬ ИССЛЕДУЕТСЯ
  - 1) после откашливания
  - 2) после аспирации из трахеи и бронхов во время бронхоскопии
  - 3) после аспирации из катетеризируемых субсегментарных бронхов**
- 15. В ЛАВАЖНОЙ ЖИДКОСТИ, ПОЛУЧЕННОЙ ИЗ ЛЕГКОГО ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА ПРЕОБЛАДАЮТ
  - 1) лимфоциты
  - 2) нейтрофилы
  - 3) альвеолярные макрофаги**

В ПРЕДСТАВЛЕННОМ КЛИНИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ ОПРЕДЕЛИТЕ ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЙ:

Больной 40 лет, жалуется на слабость, лихорадку, потерю массы тела, На шее слева за ключицей пальпируется увеличенный лимфатический узел. Рентгенологически: 1 сегмент правого легкого негетомогенно затемнен, правый корень расширен, контуры его нечеткие, бесструктурные, определяются увеличенные правые пара- и трахеобронхиальные лимфатические узлы. В мокроте: БК-, клетки опухоли не обнаружены. СОЭ - 40 мм/ч. Уточнить диагноз заболевания следует

- 1) пробным лечением антибиотиками широкого спектра действия с последующим переходом на противотуберкулезную химиотерапию
  - 2) бронхоскопией с биопсией
  - 3) медиастиноскопией с биопсией
  - 4) биопсией шейного лимфатического узла**
- 
- 1. ПРИ АЭРОГЕННОМ ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАССМАТРИВАЮТСЯ КАК "КЛАССИЧЕСКИЕ" (ПО А.И.СТРУКОВУ)
    - 1) очаг Гона
    - 2) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
    - 3) первичный туберкулезный комплекс**
  - 2. ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ КОМПЛЕКС
    - 1) является единственным и самым ранним проявлением туберкулеза
    - 2) не является единственным и может сочетаться с другими, более поздними проявлениями заболевания, связанными с генерализацией процесса**
    - 3) не является единственным и может сочетаться с затихающими, и более давними очагами инфекции в других органах
  - 3. "ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ" - ЭТО
    - 1) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
    - 2) первичный туберкулезный комплекс
    - 3) заболевание, возникшее вскоре после инфицирования**
  - 4. ВТОРИЧНЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА - ЭТО
    - 1) туберкулез у лиц среднего и пожилого возраста

- 2) легочная локализация туберкулеза
- 3) **заболевание, возникшее через некоторое время после инфицирования, чаще вследствие эндогенной реактивации неактивных очагов первичного инфицирования и характеризующееся преимущественно органным поражением**

5. СОВРЕМЕННАЯ ОТЕЧЕСТВЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОСТРОЕНА

- 1) на клиническом принципе
- 2) **на патогенетическом принципе**
- 3) на морфологическом принципе
- 4) на клинико-рентгенологическом принципе
- 5) на клинико-иммунологическом принципе

6. ПРИ КАВЕРНОЗНОЙ ФОРМЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:

- 1) **тонкостенной кольцевидной тени правильной формы;**
- 2) множественных кольцевидных теней без воспалительных изменений;
- 3) полости в зоне лобита;
- 4) полости средних и крупных размеров с выраженными фиброзными стенками.

7. ОСНОВНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМИ ТУБЕРКУЛЕЗНУЮ КАВЕРНУ, ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) замкнутая кольцевидная тень;
- 2) горизонтальный уровень жидкости;
- 3) «отводящая» дорожка к корню легкого;
- 4) 1 и 2;
- 5) **1,3.**

8. НИЖНЯЯ ДОЛЯ ПРАВОГО ЛЕГКОГО СОДЕРЖИТ:

- 1) 2 сегмента;
- 2) 4 сегмента;
- 3) 3 сегмента;
- 4) **5 сегментов.**

10. КАКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА ТУБЕРКУЛЕЗА НЕСКОЛЬКО ЛЕТ НАЗАД ВЫДЕЛЕНА В САМОСТОЯТЕЛЬНУЮ НОЗОЛОГИЧЕСКУЮ ФОРМУ?

- 1) фиброзно-кавернозный туберкулез легких;
- 2) очаговый туберкулез легких;
- 3) **казеозная пневмония;**
- 4) диссеминированный туберкулез легких.

11. НЕГОМОГЕННОСТЬ СТРУКТУРЫ ТЕНИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- 1) **туберкулезного инфильтрата;**
- 2) заполненной кисты;
- 3) плеврального выпота.

12. ОКРУГЛОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ЛЕГКИХ С ЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ И НАЛИЧИЕ ОЧАГОВ ВЫЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) при периферическом раке легкого;
- 2) **при туберкуломе;**
- 3) при мешотчатых бронхоэктазах;
- 4) при ограниченных участках пневмосклероза.

13. КОЛЬЦЕВИДНАЯ ТЕНЬ В ЛЕГКИХ С ДОРОЖКОЙ К КОРНЮ ЛЕГКОГО И ПОЛИМОРФНЫМИ ОЧАГАМИ ВОКРУГ ХАРАКТЕРНА:

- 1) для кисты легкого;
- 2) для опухоли с распадом;
- 3) для туберкулезной каверны;**
- 4) для острого абсцесса;
- 5) для хронического абсцесса.

14. КАЛЬЦИНАТ В ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ КОРНЯ – ЭТО:

- 1) активный процесс;
- 2) неактивный процесс;
- 3) остаточные изменения после перенесенного ТВГЛУ.
- 4) 2,3.**

15. ФОРМУЛИРОВКУ КАКОГО ИЗ ДИАГНОЗОВ СЧИТАТЬ ПРАВИЛЬНОЙ:

- 1) очаговый туберкулез 1-2 правого легкого;
- 2) инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого, фаза распада и обсеменения, МБТ (+);**
- 3) фиброзно-кавернозный туберкулез легких;
- 4) туберкулома 6-го сегмента правого легкого, фаза инфильтрации.

### Ситуационные задачи

#### ЗАДАЧА № 1

Больная 17 лет машиной скорой помощи доставлена в гинекологическое отделение в состоянии средней тяжести. Беспокоит общая слабость, длительная субфебрильная температура с периодическими подъемами до высокой, озноб, похудание. Считает себя больной в течение 3-х недель, когда после операции аборта произошло ухудшение общего состояния. Больная бледная, истощена. В легких хрипы не выслушиваются. Перкуторно в легких звук легочный. В мокроте МБТ не обнаружены. Гемограмма: лейкоциты  $25 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ-45 мм/час, нейтрофилы юные – 1,5%. Рентгенологически во втором сегменте правого легкого единичные, средней и высокой интенсивности очаги округлой и неправильной формы. Некоторые из них с нечеткими контурами. Легочный рисунок несколько усилился. Осмотрена гинекологом – заключение: метроэндометрит септический.

1. Клинический диагноз.
2. С какой клинической формой туберкулеза следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Укажите основные клинико-рентгенологические различия между этими формами туберкулеза.

Ответы:

1. Основной: Сепсис, септикопиемическая фаза (метроэндометрит). Сопутствующий: Очаговый туберкулез С2 правого легкого.
2. С очаговым туберкулезом ф. инфильтрации
3. Клиническая картина при очаговом процессе инапперцептная, при сепсисе – ургентная картина.

1. ПРИЧИНЫ ОТСУТСТВИЯ РОСТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВНЕЛЕГОЧНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА:

1. Снижение смертности от туберкулеза
- 2. Недостаточная информированность о туберкулезе населения и врачей**
3. Возможность самоизлечения при внелегочной локализации туберкулеза

2. РАСПОЛОЖИТЕ В ПРАВИЛЬНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ЧАСТОТУ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВНЕЛЕГОЧНЫХ ФОРМ, ЕСЛИ 1- ПОРАЖЕНИЕМ МВС, 2- ПОРАЖЕНИЕ ЦНС, 3- ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФОУЗЛОВ

1. 1, 2, 3
2. **1, 3, 2**
3. 2, 1, 3

3. РАСПОЛОЖИТЕ В ПРАВИЛЬНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ЧАСТОТУ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВНЕЛЕГОЧНЫХ ФОРМ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЕСЛИ 1- ПОРАЖЕНИЕМ МВС, 2-ПОРАЖЕНИЕ ЦНС, 3- ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФОУЗЛОВ

1. 1, 2, 3
2. 1, 3, 2
3. **2, 1, 3**

4. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧКИ, ЕСЛИ 1- ПАПИЛЛИТ, 2-ПИОНЕФРОЗ, 3- КАВЕРНОЗНЫЙ, 4-ФКТ

1. 1, 2, 3, 4
2. 2, 3, 1, 4
3. **1, 3, 4, 2**

5. ИСХОДЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧКИ – ЭТО

1. **атрофичная почка**
2. самоизлечение
3. прогрессирующее

6. ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧЕК

1. **Пациенты с рефрактерной артериальной гипертензией**
2. Рецидивирующие респираторные заболевания
3. тубинфицированные

7. КАКОЙ МЕТОД ИМЕЕТ НАИБОЛЬШУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ МВС?

1. **Бактериологический**
2. Туберкулиновые пробы
3. Общий анализ мочи

8. ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПАЦИЕНТАМ ЧАЩЕ ВЫСТАВЛЯЮТ ДИАГНОЗ:

1. **Кишечная колика**
2. Мезаденит
3. О.аппендицит

9. КАКОЙ МЕТОД ИМЕЕТ НАИБОЛЬШУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ?

1. **Морфологическая картина операционного материала**
2. Туберкулиновые пробы
3. копрограмма

10. В КЛАССИФИКАЦИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ОТСУТСТВУЕТ СТАДИЯ

1. абсцедирования
2. **кавернозная**

3. скрофулодерма

11. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ СТАДИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, ЕСЛИ ГИПЕРПЛАЗИЯ-1, СКРОФУЛОДЕРМА-2, АБСЦЕДИРОВАНИЯ-3 КАЗЕОЗА-4

1. 1,2,3,4.
2. 1,4,2,3
3. **1,4,3,2**

12. КАКОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ГЛАЗ

1. Сбор анамнеза
2. Иммунодиагностика
3. **Пробное лечение ПТП**

13. КАКОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ГЛАЗ

1. **Очаговая реакция на введение туберкулина**
2. Сбор анамнеза
3. Иммунодиагностика

14. НА КАКОМ ЭТАПЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ГЛАЗ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

1. **Районная поликлиника**
2. Глазной диспансер
3. Противотуберкулезный диспансер
4. Отделение туберкулеза глаз СПбНИИФ

1. ОСНОВНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИЗОНИАЗИДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) поражение проводящей системы сердца
- 2) **нейротоксичность**
- 3) ототоксичность
- 4) поражение желудочно-кишечного тракта
- 5) поражение органа зрения

2. ОСНОВНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ РИФАМПИЦИНА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) нейротоксичность
- 2) **гепатотоксичность**
- 3) кардиотоксичность
- 4) ототоксичность
- 5) побочных эффектов нет

3. ОСНОВНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПИРАЗИНАМИДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) **развитие гиперурикемии и артралгий**
- 2) поражение органа зрения
- 3) поражение проводящей системы сердца
- 4) поражение вестибулярного аппарата
- 5) развитие неврита тройничного нерва

4. ОСНОВНОЙ ПРЕДПОСЫЛКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хорошая переносимость лечения
  - 2) высокий уровень защитных сил организма больного
  - 3) чувствительность микобактерий к применяемым препаратам**
  - 4) хорошая или удовлетворительная фармакокинетика
5. ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА
- 1) при любой форме туберкулеза
  - 2) при замедленной положительной динамике процесса в ходе химиотерапии
  - 3) при снижении функции иммунной системы**
  - 4) при плохой переносимости химиопрепаратов
6. НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПОКАЗАНЫ
- 1) при торпидном течении инфильтративного туберкулеза
  - 2) при туберкулезе с преобладанием экссудативных реакций**
  - 3) при очаговом туберкулезе легких в фазе инфильтрации
  - 4) при наличии полости распада
  - 5) при плохой переносимости химиопрепаратов
7. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПОЛИНЕВРИТА В РЕЗУЛЬТАТЕ ХИМИОТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ
- 1) тиамин
  - 2) рибофлавин
  - 3) никотинамид
  - 4) пиридоксин**
8. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ КОХЛЕАРНОГО НЕВРИТА В РЕЗУЛЬТАТЕ ХИМИОТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ
- 1) тиамин
  - 2) рибофлавин
  - 3) никотинамид
  - 4) пиридоксин
  - 5) пантотеновой кислоты**
9. ПРИ ТУМОРОЗНОМ БРОНХОАДЕНИТЕ ПОКАЗАНИЯ К НЕОТЛОЖНОЙ ОПЕРАЦИИ ВОЗНИКАЮТ В СВЯЗИ
- 1) с возникновением лимфо-гематогенной и бронхогенной диссеминации
  - 2) с осложнением ателектазом доли или легкого
  - 3) с угрозой прорыва казеозных масс в просвет бронха или пищевода при контактном переходе процесса на стенку бронха или пищевода**
10. Перед наложением лечебного пневмоторакса диагностическая бронхоскопия
- 1) не обязательна
  - 2) показана при подозрении на туберкулез бронха
  - 3) обязательна**
11. АТИПИЧНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЛЕГКОГО - ЭТО
- 1) удаление клиновидного участка легкого
  - 2) удаление края легочной ткани
  - 3) удаление краевого отдела легкого по плоскости
  - 4) удаление участка легкого без учета его анатомических границ**

12. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПЕРВЫМ ВРАЧЕБНЫМ НАЗНАЧЕНИЕМ ДОЛЖНА БЫТЬ
- 1) комбинированная терапия туберкулостатическими препаратами с введением части из них внутривенно
  - 2) оксигенотерапия, инфузия глюкозы и сердечно-сосудистых средств
  - 3) **дезинтоксикационная внутривенная терапия**
13. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ СИСТЕМЫ СОСУДОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АРТЕРИИ ЭФФЕКТИВНЫМ СРЕДСТВОМ ГЕМОСТАЗА БУДЕТ
- 1) торакопластика
  - 2) перевязка легочной артерии
  - 3) **управляемая артериальная гипотония**
14. ИСКУССТВЕННАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ (С ПОМОЩЬЮ МЕДИКАМЕНТОВ, ОПЕРАЦИИ) НАЗЫВАЕТСЯ
- 1) плеврэктомия
  - 2) **плевродез**
  - 3) плевролиз
15. ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ БОЛЬНОМУ С ОТЕКОМ ЛЕГКОГО
- 1) показана с подачей кислорода через мундштук
  - 2) показана с подачей кислорода через носовые катетеры
  - 3) показана с подачей кислорода, пропущенного через воду
  - 4) оказана с подачей кислорода, обогащенного парами спирта
  - 5) **показана с подачей воздушно-кислородной смеси, обогащенной парами спирта, но под повышенным давлением**

Выберите правильный ответ при решении задачи:

Пациент Н., 36 лет, выявлен при плановой флюорографии. Жалоб не предъявляет. При дообследовании: в общем анализе крови лейкоцитов – 4,2 на 10<sup>9</sup>/л, СОЭ- 20 мм/ч, в ОАМ – без патологии, В мокроте – при исследовании по Циль-Нильсену – трехкратно: КУМ не обнаружены. Рентгенологически: в легочных полях с обеих сторон, но больше справа - средне очаговая диссеминация. Корни лёгких умеренно расширены в обе стороны, с неровным контуром. Тактика дальнейшего ведения пациента.

- 1) направить на консультацию в областной противотуберкулёзный диспансер
- 2) начать лечение туберкулёза по «0» группе
- 3) **повторить обследование через 2 месяца**

У пациента, получающего лечение по поводу инфильтративного туберкулёза С-1-2 левого лёгкого, в ф. распада, МБТ(+) в течение 5 месяцев отмечается положительная рентгенологическая динамика в виде рассасывания инфильтрации, уменьшения количества очагов, но сохраняется полость деструкции до 2,5 см без динамики к уменьшению. Пациент прекратил выделять МБТ по микроскопии и посевом. Ваша дальнейшая тактика ведения пациента:

- 1) **продолжить лечение до окончания курса химиотерапии**
- 2) изменить режим химиотерапии
- 3) направить на консультацию к торакальному хирургу

КАКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ МАРКЕТИНГА СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ СОВРЕМЕННЫМ:

- 1) это предпринимательская деятельность, которая управляет продвижением товаров и услуг от производителя к потребителю;

- 2) это концепция управления производственно-сбытовой деятельностью, согласно которой решения принимаются на основе информации о состоянии рынка, потребностях потребителей, их вкусах и спросе;
- 3) это экономическая деятельность, состоящая в продвижении товаров и услуг от производителя к потребителю;
- 4) это социальный процесс, с помощью которого удовлетворяется спрос на товары и услуги посредством их продвижения и реализации.

КОНЪЮНКТУРА РЫНКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ СКРЫТОГО СПРОСА, ЗАДАЧЕЙ МАРКЕТИНГА В ЭТОМ СЛУЧАЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) оживить потребность;
- 2) **найти потребность и создать товар ее удовлетворяющий;**
- 3) синхронизировать спрос;
- 4) поддерживать удовлетворение.

МЕТОДОМ ПРОВЕДЕНИЯ МАРКЕТИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) личный контакт;
- 2) **опрос;**
- 3) анкета;
- 4) телефон.

НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ДЕЛЕНИЯ НА СЕГМЕНТЫ МАРКЕТИНГ:

- 1) **недифференцированный;**
- 2) концентрированный;
- 3) дифференцированный.

ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ ТОВАРА НА РЫНКЕ - ЭТО:

- 1) оценка и отбор одного или нескольких сегментов рынка для выхода на них со своими товарами;
- 2) **действия по обеспечению товару конкурентоспособного положения на рынке и разработка соответствующего комплекса маркетинга;**
- 3) концентрация маркетинговых усилий на большой доле одного или нескольких субрынков.

ТОВАРНАЯ ПОЛИТИКА В МАРКЕТИНГЕ РЕШАЕТ ВОПРОСЫ:

- 1) **формирования ассортимента;**
- 2) условий поставки товара и его оплаты;
- 3) логистики;
- 4) выбора средств рекламы.

КАК ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ В ОРГАНИЗАЦИИ?

- 1) путем заслушивания работников организации на производственных совещаниях;
- 2) путем наблюдения за работой работников;
- 3) **с помощью системы обратной связи между руководящей и руководимой системами;**
- 4) вышестоящей структурой.

КТО ДОЛЖЕН ОСУЩЕСТВЛЯТЬ КОНТРОЛЬ ЗА ВЫПОЛНЕНИЕМ ПОСТАВЛЕННЫХ ЗАДАЧ ПЕРЕД КОЛЛЕКТИВОМ?

- 1) специалисты;
- 2) работники;
- 3) **руководители;**
- 4) министерства.

КОНТРОЛЬ - ЭТО:

- 1) **вид управленческой деятельности по обеспечению выполнения определенных задач и достижения целей организации;**
- 2) наблюдение за работой персонала организации;



- 3) постоянная проверка того, как организация осуществляет свои цели и корректирует свои действия.

ДЛЯ СОКРАЩЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ В КОНТРОЛЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО:

- 1) **создавать организационные и социально-психологические условия для персонала;**
- 2) постоянно совершенствовать систему стимулирования труда персонала;
- 3) постоянно повышать квалификацию персонала.

ПОД ПЛАНИРОВАНИЕМ ПОНИМАЮТ:

- 1) **вид управленческой деятельности, который определяет перспективу и будущее состояние организации;**
- 2) перспективу развития;
- 3) интеграцию видов деятельности.

ОРГАНИЗАЦИОННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- 1) только на высшем уровне управления;
- 2) на высшем и среднем уровнях управления;
- 3) **на всех уровнях управления**

НА КАКОЙ ФАЗЕ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА ФИРМА ПОЛУЧАЕТ МАКСИМАЛЬНУЮ ПРИБЫЛЬ:

- 1) на фазе внедрения;
- 2) на фазе роста;
- 3) на фазе зрелости

ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ, КАК НАУКА – ЭТО

- 1) разработка особенностей и принципов менеджмента в условиях нестабильной экономической ситуации
- 2) **система знаний по эффективному управлению денежными фондами и финансовыми ресурсами предприятий для достижения стратегических целей и решения тактических задач и повышения эффективности деятельности**
- 3) процесс выработки цели управления финансами и осуществление воздействия на них с помощью финансовых методов искусство управления финансовыми ресурсами
- 4) вид профессиональной деятельности, направленный на управление финансово-хозяйственной деятельностью предприятия на основе современных методов

СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ ФИНАНСАМИ ПРЕДПРИЯТИЯ — ЭТО

- 1) финансовый аппарат
- 2) **финансовый механизм**
- 3) финансовая политика
- 4) финансовая стратегия

СЕБЕСТОИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

- 1) затраты на финансирование инвестиционных проектов
- 2) затраты на сырье, материалы, зарплату работникам
- 3) **затраты предприятия на производство и реализацию продукции**

ФИНАНСОВАЯ ПОЛИТИКА ПРЕДПРИЯТИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) финансовый механизм, являющийся составной частью системы управления производством
- 2) совокупность сфер финансовых отношений на предприятии
- 3) **деятельность предприятия по целенаправленному использованию финансов**

ФИНАНСОВАЯ СТРАТЕГИЯ - ЭТО

- 1) разработка новых форм и методов распределения денежных средств предприятия
- 2) решение задач конкретного этапа развития финансов предприятия

- 3) **определение долговременного курса в области финансов предприятия, направленного на решение крупномасштабных задач**

#### **ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ:**

- 1) **социальное страхование, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования;**
- 2) страхование, обеспечивающее предоставление платных медицинских услуг по желанию граждан
- 3) страхование, обеспечивающее получение дополнительных медицинских и сервисных услуг
- 4) страхование отдельных групп населения, обеспечивающее улучшенное сервисное обслуживание пациентов по более высоким тарифам

#### **ПРАВОВОЙ БАЗОЙ ОМС ЯВЛЯЮТСЯ:**

- 1) **Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»**
- 2) Закон «О санитарно-эпидемическом благополучии населения»
- 3) Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- 4) ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»

#### **ЗАКОНОМ РФ «О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ГРАЖДАН В РФ» ПРЕДУСМОТРЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН:**

- 1) **обязательное медицинское страхование**
- 2) добровольное медицинское страхование
- 3) смешанное медицинское страхование

#### **СТРАХОВАТЕЛЯМИ ДЛЯ НЕ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН ЯВЛЯЮТСЯ:**

- 1) организации;
- 2) индивидуальные предприниматели;
- 3) физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;
- 4) **органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.**

#### **КАКОЙ ДОКУМЕНТ ВЫДАЕТСЯ НА РУКИ ЗАСТРАХОВАННОМУ В СИСТЕМЕ ОМС:**

- 1) **страховой медицинский полис**
- 2) справка о том, что он застрахован
- 3) договор обязательного медицинского страхования

#### **ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ЭТО:**

- 1) **некоммерческая организация, созданная российской федерацией в соответствии с настоящим федеральным законом для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования.**
- 2) коммерческая организация, созданная российской федерацией в соответствии с настоящим федеральным законом для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования.

**БАЗОВАЯ ПРОГРАММА ОМС В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ РФ «О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН РФ»:**

- 1) перечень лечебно-профилактических мероприятий по ПМСП,
- 2) перечень видов медицинской помощи, профилактических и лечебно-диагностических мероприятий по обеспечению ПМСП и стационарной медицинской помощи
- 3) перечень мероприятий по ПМСП, стационарному и восстановительному лечению
- 4) **составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.**

**ЭКСПЕРТИЗА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ - ЭТО ВИД МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЦЕЛЬЮ КОТОРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- 1) оценка состояния здоровья пациента
- 2) **определение сроков и степени нетрудоспособности пациента**
- 3) установление возможности осуществления трудовой деятельности (трудовой прогноз)
- 4) обеспечение качества и эффективности проводимого лечения

**КАКИЕ ДОКУМЕНТЫ ДОЛЖЕН ПРЕДСТАВИТЬ ПАЦИЕНТ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ:**

- 1) страховой медицинский полис
- 2) **паспорт**
- 3) медицинская карта амбулаторного больного
- 4) военный билет для военнослужащих

**КАКОЙ ДОКУМЕНТ ВЫДАЕТСЯ СТУДЕНТАМ И УЧАЩИМСЯ ОЧНОЙ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ В СЛУЧАЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ:**

- 1) листок нетрудоспособности
- 2) **справка установленной формы**
- 3) справка произвольной формы

**НА КАКОЙ СРОК МОЖЕТ ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СРЕДНИЙ МЕД. РАБОТНИК, ИМЕЮЩИЙ ПРАВО ЕГО ВЫДАЧИ:**

- 1) **до 10-и дней**
- 2) до 15-и дней
- 3) до 20-и дней
- 4) в исключительных случаях, после консультации с врачом - до 30 дней

**ОГРАНИЧЕН ЛИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ СРОК ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ:**

- 1) **да**
- 2) нет
- 3) частично

**В КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНУЮ КОМИССИЮ ВХОДЯТ:**

- 1) лечащий врач и зав. отделением
- 2) зав. отделением и зам. главного врача по клинико-экспертной работе
- 3) зав. отделением и главный врач

**4) лечащий врач, зав. отделением и зам. главного врача по клинико-экспертной работе**

КЕМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ВРЕМЕННОЙ УТРАТЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЕЕ 15-И ДНЕЙ:

- 1) заведующим отделением;
- 2) главным врачом мед. учреждения;
- 3) **клинико-экспертной комиссией, назначаемой руководителем мед. учреждения**

НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТНУЮ КОМИССИЮ БОЛЬНОГО НАПРАВЛЯЕТ:

- 1) лечащий врач и заведующий отделением
- 2) консилиум специалистов
- 3) **лечащий врач с утверждением направления клинико-экспертной комиссией**

ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ИНВАЛИДОВ I ГРУППЫ ПРОВОДИТСЯ:

- 1) 1 раз в 3 года;
- 2) **1 раз в 2 года;**
- 3) 1 раз в год.

ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ИНВАЛИДОВ II И III ГРУПП ПРОВОДИТСЯ:

- 1) 1 раз в 3 года;
- 2) 1 раз в 2 года;
- 3) **1 раз в год.**

<p><b>Задача 1.</b></p> <p>Какова Ваша тактика лечения для впервые выявленного больного туберкулезом органов дыхания, МБТ (+) простой микроскопией, ПЦР (+), если выявлена лекарственная устойчивость микобактерий к R по GeneXpert MTB/RIF?</p> <p>Как Вы проведете коррекцию химиотерапии, если известно, что по результатам ТЛЧ ВАСТЕС MGIT 960, полученного через 21 день от начала лечения, культура МБТ устойчива к HRESZAm, чувствительна к CmOfxPto?</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 4 режим - Cm Lfx Z Cs/Trd PAS Pto/Eto</li><li>2. коррекция не нужна</li></ol>
<p><b>Задача 2.</b></p> <p>Какова Ваша тактика лечения для больного с рецидивом туберкулеза органов дыхания, МБТ (+) простой микроскопией, ПЦР (+), если выявлена лекарственная чувствительность микобактерий к R по GeneXpert MTB/RIF?</p> <p>Как Вы проведете коррекцию химиотерапии, если известно, что по результатам ТЛЧ ВАСТЕС MGIT 960, полученного через 20 дней от начала лечения, культура МБТ устойчива к HES, чувствительна к RZ?</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. HRZE/S до ТЛЧ по ВАСТЕС MGIT 960</li><li>2. ИФЛ - 2-3 Km /Am R Z Fq, ФПЛ- 9 R Z Fq,</li></ol> <p>Но риск возникновения МЛУ – 20 дней принимал RZ, повторно убедиться, что МБТ к R чувствительна через 20 дней лечения по GeneXpert MTB/RIF</p>
<p><b>Задача 3.</b></p>	

<p>Какова Ваша тактика лечения для впервые выявленного больного с очаговым туберкулезом, БК (-) простой микроскопией, ПЦР (-), GeneXpert MTB/RIF (-), если установлен тесный семейный контакт с больным туберкулезом (устойчивость к HRSEKm)?</p> <p>Через 2 месяца от начала лечения получен результат посева на среде Левенштейна – Йенсена – выделена культура МБТ – 5 колоний. ТЛЧ методом абсолютных концентраций через 3 месяца от начала лечения – МБТ устойчива к HRES<sup>PtoOfx</sup>, чувствительна к KmCmCsPAS. На фоне лечения в течение 3 месяцев – без существенной динамики. Требуется ли коррекция химиотерапии?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 4 режим - Cm Lfx Z Cs/Trd PAS Pto/Eto</li> <li>2. 4 режим - Cm Mfx Z Cs/Trd PAS</li> </ol>
<p><b>Задача 4.</b></p> <p>Какова Ваша тактика лечения для больного, прервавшего предыдущий курс химиотерапии (получал канамицин, рифампицин, пиразинамид, офлоксацин при лекарственной устойчивости к изониазиду, стрептомицину, этамбутолу), БК (+) простой микроскопией, ПЦР (+), если выявлена лекарственная устойчивость к R по GeneXpert MTB/RIF?</p> <p>Как Вы проведете коррекцию химиотерапии, если известно, что по результатам ТЛЧ ВАСТЕС MGIT 960, полученного через 25 дней от начала лечения, культура МБТ устойчива к HRESZAmOfx, чувствительна к CmPto?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 4 режим - Cm Mfx Z Cs/Trd PAS Pto/Eto</li> <li>2. коррекция не нужна</li> </ol>
<p><b>Задача 5.</b></p> <p>Какова Ваша тактика лечения для впервые выявленного больного туберкулезом органов дыхания, БК (+) простой микроскопией, ПЦР (+), если выявлена лекарственная устойчивость микобактерий к R по GeneXpert MTB/RIF?</p> <p>Как Вы проведете коррекцию химиотерапии, если известно, что по результатам ТЛЧ ВАСТЕС MGIT 960, полученного через 16 дней от начала лечения, культура МБТ чувствительна к HRESZ?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 4 режим - Cm Lfx Z Cs/Trd PAS Pto/Eto</li> <li>2. 4 режим - Cm Lfx Z Cs/Trd PAS Pto/Eto</li> </ol> <p>+ повторить исследование GeneXpert MTB/RIF и ВАСТЕС MGIT 960</p>
<p><b>Задача 6.</b></p> <p>У впервые выявленного больного с инфильтративным туберкулезом, КУМ (+++), ПЦР (+, материала недостаточно для исследования мокроты на устойчивость к R методом GeneXpert), через 2 месяца лечения по 1 режиму сохраняется бактериовыделение по микроскопии (КУМ+) и наблюдается отрицательная рентгенологическая динамика в виде появления свежих очагов отсева. Посевы в работе. Больному временно отменялись препараты в связи с обострением хронического гастрита. При исследовании мокроты через 2 месяца от начала лечения выявлена лекарственная устойчивость к R по GeneXpert MTB/RIF. Какова Ваша тактика?</p> <p>Как Вы проведете коррекцию химиотерапии, если известно, что по результатам ТЛЧ методом абсолютных концентраций через 3 месяца от начала лечения – МБТ устойчива к HRS, чувствительна</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 4 режим - Cm Lfx Z Cs/Trd PAS Pto/Eto</li> <li>2. 4 режим - Cm Lfx Z Cs/Trd PAS Pto/Eto,</li> </ol> <p>Е не включается в режим, т.к. высокий риск развития ЛУ МБТ к нему – 2 месяца монотерапии с перерывами</p>

кЕКmCmPtoOfx?	
<p><b>Задача 7.</b></p> <p>У впервые выявленного больного туберкулезом, КУМ (-), ПЦР (+), на 5 месяце лечения по 1 режиму появилось бактериовыделение КУМ (+) и наблюдается отрицательная рентгенологическая динамика. По данным посева мокроты, собранной до начала лечения, рост культуры выявлен (+), методом абсолютных концентраций определена ЛУ к S. Пациент принимал ПТП ежедневно под контролем медицинского персонала без перерывов, дозы адекватны весу больного, сопутствующих заболеваний нет, побочных реакций не отмечалось. Пациент находился в палате с больным ШЛУ ТБ, КУМ (+++). Какова Ваша тактика?</p>	<p>1. 5 режим - Cm Mfx Z Cs/Trd PAS Lzd + [E ] [Amx Imp Clr H] + Исследовать МБТ больного на ЛУ GeneXpert MTB/RIF и BACTEC MGIT 960</p>
<p><b>Задача 8.</b></p> <p>Больной в течение 6 лет болеет туберкулезом легких, получал лечение как препаратами первого, так второго ряда в связи с возникновением и нарастанием лекарственной устойчивости МБТ сначала к HRS, затем к KmEOfxPto. Процесс неуклонно прогрессировал и сформировался фиброзно-кавернозный туберкулез легких. При очередном поступлении в городскую туберкулезную больницу у пациента ярко выражены симптомы интоксикации, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышка. Рентгенологически динамика процесса неблагоприятная. В мокроте – МБТ (+++) по методу микроскопии и посева. По данным выписок предыдущих госпитализаций – ЛУ к HRSEKmOfxPto, чувствительность МБТ сохранена к PAS и Cs. Выявлена лекарственная устойчивость микобактерий к R по GeneXpert MTB/RIF. Какова Ваша тактика?</p> <p>Как Вы проведете коррекцию химиотерапии, если известно, что по результатам ТЛЧ BACTEC MGIT 960, полученного через 26 дней от начала лечения, культура МБТ устойчива к HRESZAmOfxCmPtoCs?</p>	<p>1. 5 режим - Cm Mfx Z Cs/Trd PAS Lzd + [Amx Imp Clr H]</p> <p>2. коррекция не нужна</p>
<p><b>Задача 9.</b></p> <p>У пациентки через 7 месяцев лечения по 4 режиму химиотерапии AmZCsPtoPASOfx (по контакту с больной МЛУ матерью и братом, собственных результатов ТЛЧ от начала лечения не получено) отмечается неблагоприятная клинико-рентгенологическая динамика. В мокроте методом люминесцентной микроскопии найдены КУМ (+), методом ПЦР обнаружена ДНК микобактерий туберкулезного комплекса. Анализ мокроты методами GenoType MTBDRplus и GenoType MTBDRsl: в образце преобладают МБТ устойчивые к HREAm/Cm, чувствительные к Ofx. Какова Ваша тактика?</p> <p>Как Вы проведете коррекцию химиотерапии, если известно, что по результатам ТЛЧ BACTEC MGIT 960, полученного через 22 дня от начала лечения по измененному режиму химиотерапии, культура МБТ устойчива к HRESZAmCmPtoOfx?</p>	<p>1. неблагоприятная динамика на 4 режиме ХТ – вероятно ШЛУ ТБ</p> <p>5 режим - Cm Mfx Z Cs/Trd PAS Lzd + [Amx Imp Clr H]</p> <p>2. коррекция не нужна</p>
<p><b>Задача 10.</b></p>	

<p>У больного с рецидивом туберкулеза, получавшего 2Б режим химиотерапии (HRZEAmPtoOfx) в течение 3 месяцев, отмечена неблагоприятная клинико-рентгенологическая динамика. В мокроте методом люминесцентной микроскопии найдены КУМ (++) , методом ПЦР обнаружена ДНК микобактерий туберкулезного комплекса. Анализ мокроты методами GenoType MTBDRplus и GenoType MTBDRsl: в образце преобладают МБТ устойчивые HREAm/CmOfx. Какова Ваша тактика?</p> <p>Как Вы проведете коррекцию химиотерапии, если известно, что по результатам ТЛЧ ВАСТЕС MGIT 960, полученного через 23 дня от начала лечения по измененному режиму химиотерапии, культура МБТ устойчива к HRESZAmOfxPto, чувствительна к Cm?</p>	<p>1. 5 режим - Cm Mfx Z Cs/Trd PAS Lzd + [Amx Imp Clr H]</p> <p>2. коррекция не нужна</p>
--	--

### Задания на составление соответствия

#### II. Задания на установление соответствия

1. Установите соответствие режима химиотерапии в интенсивной фазе спектру лекарственной устойчивости МБТ больного туберкулезом:

Лекарственная устойчивость МБТ	Режим ХТ в ИФЛ
1. Лекарственная чувствительность	А. 2–3H RZ E
2. Данные ТЛЧ не известны	Б. 6 Cm Lfx Z Cs/Trd PAS Pto/Eto[Km/Am] [E] [Mfx]
3. Устойчивость к H (E, S)	В. 6–12 Cm Mfx Z Cs/Trd PAS Lzd + [E] [Amx Imp Clr H]
4. МЛУ	Г. 2–3 Km /Am R Z Fq [E]
5. ШЛУ	

2. Установите соответствие режима химиотерапии в фазе продолжения лечения спектру лекарственной устойчивости МБТ больного туберкулезом:

Лекарственная устойчивость МБТ	Режим ХТ в ФПЛ
1. Лекарственная чувствительность	А. 6–9 R Z Fq[E]
2. Данные ТЛЧ не известны	Б. 4HRE
3. Устойчивость к H (E, S)	В. 4HR
4. МЛУ	Г. 12–18 Mfx Z Cs/Trd PAS +[E][Lzd Amx Imp Clr H]
5. ШЛУ	Д. 12–18 Lfx Z Cs/Trd PAS Pto/Eto+[E] [Mfx]

3. Установите соответствие режима химиотерапии результатам различных молекулярно-генетических исследований

Метод определения чувствительности МБТ	Выявленные мутации в генах	Режим химиотерапии
1. GeneXpert	А. Не выявлены мутации в генах <i>katG</i> , <i>inhA</i> , <i>ahpC</i> , <i>rpoB</i> , <i>gyrA</i>	I. 2–3H RZ E/4HR
2. ТБ-Биочип	Б. Мутации в <i>rpoB</i> + <i>inhA</i> и/или <i>katG</i> + <i>gyrA</i> + <i>embB</i> +	II. 6 Cm Lfx Z Cs/Trd PAS Pto/Eto [ Km/Am] [E]

	<i>rrs</i>	[Mfx]/ 12-18 Lfx Z Cs/Trd PAS Pto/Eto [E] [Mfx]
3. GenoType MTBDRplus и GenoType MTBDRsl	В. Выявлены мутации в гене <i>rpoB</i>	III. 2–3 Km /Am R Z Fq [E]/ 6–9 R Z Fq[E]
	Г. Выявлены мутации в гене <i>katG</i> и/или <i>inhA</i> и <i>ahpC</i> , не выявлены мутации в гене <i>rpoB</i> и в гене <i>gyrA</i>	IV. 6–12 Cm Mfx Z Cs/Trd PAS Lzd + [E] [Amx Imp Clr H] /12–18 Mfx Z Cs/Trd PAS + [E][ Lzd Amx Imp Clr H ]

4. Установите соответствие между нежелательным явлением, препаратом(ами), которые могли стать их причиной и стратегией ведения больного с возникшим нежелательным явлением

Нежелательное явление	Наиболее вероятный препарат	Стратегия ведения
1. Снижение слуха	А. PAS, Eto/Pto, H, E, Z	I. Отменить препарат, назначить консультацию офтальмолога, при подтверждении диагноза препарат исключить
2. Тошнота и рвота	Б. E	II. Провести аудиографию, назначить бетасерк, снизить дозу препарата или назначить интермиттирующий режим (3 раза в неделю)
3. Неврит зрительного нерва	В. Z, Fq	III. Определить степень дегидратации, провести коррекцию нарушений водно-электролитного баланса, назначить церукал
4. Артралгия	Г. S, Km, Am, Cm, Clr	IV. Назначить лечение нестероидными противовоспалительными препаратами, снизить дозу соответствующего препарата

5. Установите соответствие между степенью иммуносупрессии и показаниями к началу АРТ согласно Российским рекомендациям общества инфекционистов

Степень иммуносупрессии	Показания к началу АРТ
1. CD4+ лимфоциты – 640 клеток/мкл	А. В первые 2 недели после начала ПТТ
2. CD4+ лимфоциты – 310 клеток/мкл	Б. В период интенсивной фазы ПТТ
3. CD4+ лимфоциты – 192 клеток/мкл	В. АРВТ в настоящее время не показана
4. CD4+ лимфоциты – 78 клеток/мкл	
5. CD4+ лимфоциты – 16 клеток/мкл	

### Задача 1:

Больной в течение 6 лет болен туберкулезом легких, получал лечение как препаратами первого, так второго ряда в связи с возникновением и нарастанием лекарственной устойчивости МБТ сначала к HRS, затем к KmEOfxPto. Процесс неуклонно прогрессировал и сформировался фиброзно-кавернозный туберкулез легких. При очередном поступлении в городскую туберкулезную больницу у пациента ярко



выражены симптомы интоксикации, кашель со слизисто-гноющей мокротой, одышка. Рентгенологически динамика процесса неблагоприятная. В мокроте – МБТ (++++) по методу микроскопии и посева. По данным выписок предыдущих госпитализаций – ЛУ к HRSEK<sub>mOfxPto</sub>, чувствительность МБТ сохранена к PAS и Cs. Выявлена лекарственная устойчивость микобактерий к R по GeneXpert MTB/RIF. Какова Ваша тактика?

Назначьте лечение и заполните форму 01ТБУ

### Задача 2

Пациент Иванов Иван Иванович, 19.11.2012, Проживает в г. N, ул. Ленина, 1 кв 1. Имел контакт с мамой, больной туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, которая умерла 1 мес назад. В ОПТД наблюдался по контакту, туб.пробы с 2 ТЕ – отр. БЦЖ – мед.отвод. ЦВКК выставлен диагноз: Генерализованный туберкулез. Туберкулез печени. Туберкулез почек. Туберкулез кишечника (ПТК). Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов бронхопьюльмональной группы справа, ф. инфильтрации. МБТ (-). осложнение – ателектаз S2, S6 справа. Полисерозит. R-75

Задание: Заполните ф. 089,

### Задача 3

Больная Ш.30л.предъявляет жалобы на боли в грудной клетке слева, общую слабость, подъем температуры тела до 38 градусов, кашель с отделяемой слизисто-гноющей мокротой, потливость. Считает себя больной в течении трех месяцев. Пролечена по поводу пневмонии. После выписки здоровой себя не чувствовала. Через месяц вновь поступает в больницу с подозрением на пневмонию. В мокроте обнаруживают МБТ +++ метод Циль Нильсена, CD4 лимфоцитов-44 клетки. Туб.контакт отрицает. Флюорографию проходит постоянно, В20 выявлена при беременности 12 лет назад, в СПИД центре давно не наблюдается, ВААРТ не принимает. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Периферические л/у интакты. В легких при аускультации дыхание везикулярное, ослабленное в отделах левого легкого, хрипов нет. АД 120/80 мм.рт.ст.

RBC	WBC	Hb	СОЭ	PLT
3,50*10 <sup>12</sup> /л	4,2*10 <sup>9</sup> /л	104/л	52мм/ч	162*10 <sup>9</sup> /л
Л-26%	С-64%	П-2%	М-6%	Э-2%
О.Белок		76г/л		
АСТ		50ед/л		
АЛТ		35ед/л		
ЩФ		455ед/л		

Rg: Слева в S<sub>1-2</sub> определяется массивная инфильтрация с вовлечением междолевой плевры с нечеткими контурами

КТ: в третьем сегменте правого легкого одиночный очаг средних размеров. В 1+2,3 сегментах левого легкого участки перибронхиального фиброза. Бронхи 1-3 порядка проходимы, не сужены. Форма и размеры сердца в пределах нормы, жидкости в полости перикарда нет. Увеличены лимфоузлы парааортальной группы, бронхопьюльмональной группы слева. Выпота в плевральных полостях нет.

1) Поставить диагноз и заполните ф.089, 263

### Задача 4

Больной 32 года, считает себя больным в течение последнего месяца, когда впервые появилось повышение температуры тела до субфебрильных цифр, чувство слабости, малопродуктивный кашель. Самостоятельно в домашних условиях принимал симптоматическую терапию (жаропонижающие, отхаркивающие средства,

противовирусные), без положительного эффекта. При обращении к терапевту была проведена ФЛГ, где обнаружены патологические изменения. Направлен в ОПТД для исключения туберкулеза легких. Из анамнеза: ранее туберкулезом не болел, на учете у фтизиатра не состоял. ВИЧ, гепатиты отрицает. Туб.контакт отрицает. ВИЧ ранее выявлен не был. На учете у инфекциониста не состоял.

Вредные привычки: курит 10 лет, по одной пачке в день. При осмотре: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, периферические лимфатические узлы не увеличены, грудная клетка не изменена, при аускультации в легких дыхание везикулярное, ослабленное справа в средних отделах, ЧДД 28/минуту, тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 105/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. При пальпации живот мягкий безболезненный. Менингеальные знаки отрицательные.

На обзорной рентгенограмме: В S1-S2 легких множественные очаги мелких, средних размеров. В правой плевральной полости выпот осумкованный паракостально и над диафрагмой. ВГЛУ не увеличены, средостение не изменено.

ОАК: СОЭ 70 мм/ч, Л –  $5,5 \cdot 10^9$ /л, э -2 %, п -3 %, с -84 %, л -7 %, м -3 %, Эр — 5,5, Нб – 110 г/л.

БАК: общий белок 84 г/л, общий билирубин 3,8 мкм/л, прямой билирубин 0,02 мкм/л, АСТ 23 ед/л, АЛТ 15 ед/л, ЩФ 320 ед/л, ГГТ 105 ед/л, глюкоза 5,5 мм/л.

Протеинограмма: альбумины 25,84%,  $\alpha$  1 – 2,91%,  $\alpha$  2 – 23,81%,  $\beta$ -глобулины - 13,00%,  $\gamma$ -глобулины – 34,44%.

Анализ мокроты методом люминисцентной микроскопии: КУМ обнаружены.

Анализ крови на ВИЧ (ИФА) – положительный. Определение CD4+: 65. Консультация инфекциониста: В20, 4Б стадия, стадия вторичных заболеваний.

Вопросы: Поставьте диагноз.

Заполните ф.058, 263

## Задача 5

Больной А., 17 лет, страдает язвенной болезнью желудка. В течение последних трех месяцев беспокоит слабость, недомогание, плохой аппетит, похудание, кашель с мокротой, которые больной связывает с перенесенной операцией. К врачу не обращался. При очередном обследовании (диспансеризация) в правом легком в подключичной области перкуторно определяется укорочение легочного звука, аускультативно здесь же – среднепузырчатые влажные хрипы. Гемограмма: лейкоциты  $12 \times 10^9$ /л, СОЭ-20 мм/час. В мокроте МБТ не обнаружены. Рентгенологически во 2 сегменте справа определяется округлое, неомогенное затемнение 4x4 см с вкраплениями извести и серповидным просветлением в нижнем отделе. Контур тени четкий, в окружающей ткани легкого очаги малой интенсивности, в корне правого легкого – кальцинаты. Реакция Манту с 2 ТЕ – папула диаметром 23 мм.

1. Какие обследования необходимо назначить при госпитализации пациента в стационар?

2. Назначьте лечение и заполните лист назначений

## Задача 6

У мужчины 25 лет при профилактическом флюорографическом обследовании выявлены патологические изменения в легких. В детстве имел контакт с больным туберкулезом отцом. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. При осмотре - правая половина грудной клетки несколько отстает при дыхании. При пальпации небольшая болезненность и напряжение мышц правого плечевого пояса. Перкуторно определяется небольшое укорочение звука над остью лопатки справа, аускультативно в этой же зоне – ослабленное дыхание. Рентгеномографически справа в области верхушки и в 1-м межреберье на фоне усиленного легочного рисунка определяются множественные, различные по величине (3-10 мм в диаметре) тени малой и средней интенсивности. В 1

межреберье латерально определяется тень 2х2см. см с просветлением в центре 0,5х0,8 см в диаметре. Анализы крови и мочи без патологических изменений. В мокроте МБТ не обнаружены. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ – папула диаметром 7 мм

1. Какие обследования необходимо назначить при госпитализации пациента в стационар?

2. Назначьте лечение и заполните лист назначений

### Задача 7

Больной 25 лет, шофер, поступил в стационар после профилактического флюорографического обследования. Жалоб нет. В течение последних 4-х лет отмечает контакт с больным туберкулезом. Перкуторно в легких ясный легочный звук. В паравертебральной области справа прослушиваются сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы. Гемограмма: лейкоциты  $10 \times 10^9/\text{л}$ , п/я-8%, СОЭ-15 мм/час. В мокроте обнаружены МБТ. Рентгенотомографически в правом легком, во 2 сегменте, определяется овальной формы затемнение 3х2 см с четкими ровными контурами, неомогенной структуры с вкраплениями извести. В нижнем полюсе фокуса определяется просветление. Вокруг фокуса немногочисленные плотные линейные тени и очаги малой интенсивности.

1. Какие обследования необходимо назначить при госпитализации пациента в стационар?

2. Назначьте лечение и заполните лист назначений

### Задача 8

Больная 17 лет БСП доставлена в гинекологическое отделение в состоянии средней тяжести. Беспокоит общая слабость, длительная субфебрильная температура с периодическими подъемами до гектической, озноб, похудание. Считает себя больной в течение 3-х недель, когда после операции аборта произошло ухудшение общего состояния. Больная бледная, истощена. В легких хрипы не выслушиваются. Перкуторно в легких звук легочный. В мокроте МБТ не обнаружены. Гемограмма: лейкоциты  $25 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ-45 мм/час, нейтрофилы юные – 1,5%. Рентгенологически во втором сегменте правого легкого единичные, средней и высокой интенсивности очаги округлой и неправильной формы. Некоторые из них с нечеткими контурами. Легочный рисунок несколько усилился. Осмотрена гинекологом – заключение: метроэндометрит септический.

Какие обследования необходимо назначить при госпитализации пациента в стационар?

2. Назначьте лечение и заполните лист назначений

### Задача 9

Больной 40 лет, в течение двух недель беспокоят боли в горле при глотании, охриплость голоса, кашель с мокротой, слабость, повышение температуры тела до  $38^{\circ}\text{C}$ . Ларингологом диагностирован туберкулез гортани. Рентгенологически в обоих легких в верхних и средних отделах симметрично на фоне петлито-сетчатого рисунка выявлены множественные очаги различной величины и интенсивности (от высокой до малой). Очаги местами сливаются, образуя крупные конгломераты. В 1 межреберье с обеих сторон определяются тонкостенные полости диаметром до 2 см. Нижние отделы легких повышенной прозрачности. Корни легких подтянуты кверху. Гемограмма: лейкоциты  $12 \times 10^9/\text{л}$ , п/я-15%, л-12%, мон-10%, СОЭ-40 мм/час. Анализ мочи без патологических изменений. В мокроте методом флотации обнаружены МБТ. Диагностирован

диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада, МБТ (+).  
Туберкулез гортани.

1. Какие обследования необходимо назначить при госпитализации пациента в стационар?
2. Назначьте лечение и заполните лист назначений.

### Задача 10

Больная С. 16 лет, направлена в стационар после флюорографического обследования в связи с обнаружением изменений в легких. Жалоб не предъявляет. В детстве отмечает контакт с матерью. Туберкулиновые пробы положительные с 7 лет. Объективно: перкуссией и аускультацией изменений не выявлено. В общем анализе крови СОЭ-18 мм/час, лейкоциты  $4,7 \times 10^9/\text{л}$ , в протеинограмме незначительное снижение альбуминов и увеличение гамма-глобулинов. Бацилловыделение при бактериоскопии, а также методом посева не обнаружено. Рентгенологически: справа в проекции 1 сегмента определяется группа очагов различной величины и интенсивности с нечеткими контурами.

1. Поставьте диагноз
2. Установите группу учета
3. Распишите мероприятия в этой группе учета

### Задача 11

Больной У., 38 лет. Заболел постепенно, появился кашель с небольшим количеством мокроты и боли в грудной клетке, продолжал работать. Так как нарастала слабость, потливость, усилился кашель, одышка, то больной обратился в поликлинику по месту жительства. Объективно справа укорочение легочного звука над остью лопатки, ослабленное дыхание, единичные влажные хрипы. Кровь: лейкоциты  $8,4 \times 10^9/\text{л}$ , п/я-12%, мон-11%, СОЭ-32 мм/час. В мокроте МБТ(-) простой бактериоскопией. ФБС – катаральный эндобронхит. На рентгенограмме и томограммах правого легкого: в верхней доле субплеврально полость 3x4 см с толстыми инфильтрированными стенками, вокруг очаги слабой и средней интенсивности. Очаги также слева в верхней доле.

1. Поставьте диагноз
2. Установите группу учета
3. Распишите мероприятия в этой группе учета

### Задача 12

Больная 18 лет, направлена в стационар после флюорографического обследования в связи с обнаружением изменений в легких. Жалоб не предъявляет. В детстве отмечает контакт с матерью. Туберкулиновые пробы положительные с 7 лет. При обследовании дыхание везикулярное, хрипы не прослушиваются. Гемограмма: СОЭ-19 мм/час, лейкоциты  $7 \times 10^9/\text{л}$ , п/я-8%, лимф-28%. В промывных водах желудка методом посева однократно обнаружены БК. Рентгенологически: под ключицей справа в латеральном отделе на фоне усиленного легочного рисунка определяется группа округлых теней от 5 до 8 мм в диаметре, преимущественно малой интенсивности. Через 60 доз интенсивной терапии положительная динамика уплотнения.

1. Поставьте диагноз
2. Установите группу учета

3. Распишите мероприятия в этой группе учета

**Задача 13**

Больная М. 27 лет поступила в стационар с жалобами на общую слабость, утомляемость, небольшой кашель с мокротой, боль в грудной клетке, субфебрильную температуру. Из анамнеза известно, что 2,5 года тому назад установлен диагноз системной красной волчанки с рентгенологически определяемым усилением легочно-сосудистого рисунка и деформацией его по сетчатому типу. На протяжении этих лет проводилось лечение преднизолоном на фоне аминохиолиновых препаратов, аскорбиновой кислоты, витаминами группы В, симптоматических средств. В течение последних 2,5 лет рентгенологическое обследование не проводилось. Контакт с больным туберкулезом не установлен. В правом легком на фоне бронхиального дыхания выслушиваются среднепузырчатые звонкие влажные хрипы. Гемограмма: лейкоциты  $9,4 \times 10^9/\text{л}$ , п/я-13%, СОЭ-21 мм/час. В мокроте обнаружены МБТ. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ – инфильтрат 17 мм. Рентгено-томографически определяется уменьшение в объеме верхней доли правого легкого и небольшое смещение трахеи и средостения вправо. На уровне I-II ребер определяется кольцевидная тень неправильной формы 3x4 см с широкой стенкой. В средних отделах обоих легких определяются очаговые тени различной величины и интенсивности.

1. Поставьте диагноз
2. Установите группу учета
3. Распишите мероприятия в этой группе учета

государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Тюменская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России)



### РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

вариативной части производственной (клинической) практики  
«Реабилитация во фтизиатрии»  
по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия»  
Уровень подготовки – подготовка кадров высшей квалификации  
Факультет лечебный  
Кафедра фтизиатрии  
Форма обучения – очная  
Продолжительность обучения – 2 года  
Семестр – 1, 3.  
Зачетные единицы – 12.  
Продолжительность практики – 432 час.  
Зачеты – 4 семестр.

Тюмень, 2014

Рабочая программа составлена на основании требований Федерального государственного образовательного стандарта высшего по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации) (2014г.)

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры фтизиатрии (протокол № 1 от 26.08.2014 г.)

Заведующий кафедрой, д.м.н.



Т.Е. Тюлькова

**Согласовано:**

Начальник управления  
образовательной деятельностью



Е.Ф. Туровина

Председатель Ученого совета  
ФПК ППС, профессор, д.м.н.  
«30» августа 2014 г.



В.А. Жмуров

Программа заслушана и утверждена на заседании ЦКМС  
(протокол № 1-доп., «16» сентября 2014 г.)

Председатель ЦКМС, д.м.н., профессор



О.И. Фролова

**Составители программы:**

Зав. кафедрой  
Доцент, к.м.н.  
Ассистент

Т.Е. Тюлькова  
Н.Г. Белобородова  
Н.В. Козлов

## **Цели освоения дисциплины**

Целью производственной практики по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» является применение полученных знаний на практике путем стажировки на рабочем месте

Задачами производственной практики являются:

1. получение навыков
2. закрепление умений
3. знакомство с документацией
4. организация охраны труда

## **2. Перечень компетенций, осваиваемых в процессе освоения дисциплины**

Процесс прохождения производственной практики по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» направлен на формирование у обучающегося следующих компетенций (перечислить УК и ПК):

- ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;
- ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;
- ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.

В результате прохождения производственной практики **ординатор первого года обучения** должен:

### **Знать:**

- комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья;
- способы раннего выявления туберкулеза;
- причины развития туберкулеза;
- мероприятия, входящие в диспансеризацию контингентов противотуберкулезного диспансера и медицинских осмотров здоровых;
- симптомокомплекс, подозрительный на туберкулез и группы риска;
- режимы химиотерапии;



- патогенетическую терапию;
- способы купирования побочных реакций на ПТП

**Уметь:**

- Применять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья;
- Распознать причины развития туберкулеза;
- Проводить диспансеризацию контингентов противотуберкулезного диспансера и медицинские осмотры здоровых лиц;
- Применять режимы ХТ;
- Применять патогенетическую терапию.

**Владеть:**

- комплексом мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья;
- способами организации раннего выявления туберкулеза;
- навыками устранения причин, приведших к развитию туберкулеза;
- формами медицинских осмотров и правилами диспансеризации (сроки, объемы) контингентов противотуберкулезных диспансеров;
- навыками назначения режимов ХТ;
- навыками выбора патогенетической терапии.

В результате прохождения производственной практики **ординатор второго года обучения** должен:

**Знать:**

- комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья;
- способы раннего выявления туберкулеза;
- причины развития туберкулеза;
- мероприятия, входящие в диспансеризацию контингентов противотуберкулезного диспансера и медицинских осмотров здоровых;
- симптомокомплекс, подозрительный на туберкулез и группы риска;
- режимы химиотерапии;
- патогенетическую терапию;
- способы купирования побочных реакций на ПТП;
- методы реабилитации при клиническом излечении туберкулеза;
- методы реабилитации после хирургических методов лечения.

**Уметь:**

- Применять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья;
- Организовать раннее выявление туберкулеза;
- Распознать причины развития туберкулеза;

- Проводить диспансеризацию контингентов противотуберкулезного диспансера и медицинские осмотры здоровых лиц;
- Собирать анамнез для выделения симптомов, наиболее подозрительных на туберкулез и группы риска по развитию туберкулеза;
- Применять режимы ХТ;
- Применять патогенетическую терапию, избегая полипрогмазии;
- Использовать правила купирования побочных реакций на ПТП;
- Реабилитировать больных туберкулезом при клиническом излечении;
- Реабилитировать больных туберкулезом после хирургических методов лечения.

***Владеть:***

- Навыками конфликтологии;
- комплексом мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья;
- способами организации раннего выявления туберкулеза;
- навыками устранения причин, приведших к развитию туберкулеза;
- формами медицинских осмотров и правилами диспансеризации (сроки, объемы) контингентов противотуберкулезных диспансеров;
- навыками назначения режимов ХТ;
- навыками набора ПТП в режимах ХТ;
- навыками выбора патогенетической терапии;
- навыками купирования побочных эффектов от приема ПТП;
- навыками реабилитации больных при клиническом излечении туберкулеза
- навыками реабилитации больных после хирургического метода лечения.

### **3. Структура дисциплины**

Продолжительность практики – 432 часа (12 зач. единицы)

Способы проведения производственной (клинической) практики: стационарная, выездная.

Место проведения практики:

ГБУЗ ТО ОПТД, ул. Курортная, 2а, г. Тюмень и его филиалы

"Курганский областной противотуберкулезный диспансер". ул.Циолковского, 1 г. Курган

Центр освоения практических умений и навыков, ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава РФ, г. Тюмень, ул. Одесская, 52

ГБУЗ ТО «ОКБ№19», ул.Авторемонтная,2 г.Тюмень

ГБУЗ ТО «ОИКБ», ул.Комсомольская, 54. Г.Тюмень

«Морфологический центр» МКМЦ «Медицинский город», г.Тюмень

ГАУЗ ТО МКМЦ «Медицинский город», г. Тюмень

№	Наименование раздела практики	Место прохождения практики	Продолжительность циклов		Формируемые компетенции	Форма контроля
			ЗЕТ	Часы		
<b>Второй год обучения</b>						
<b>Четвертый семестр</b>						
1	Реабилитация во фтизиатрии	ГБУЗ ТО «ОПТД», поликлиника	6	216	ПК-1, ПК-2, ПК-8	Зачет

№	Наименование раздела практики	Место прохождения практики для лиц с ограниченными возможностями здоровья	Продолжительность циклов		Формируемые компетенции	Форма контроля
			ЗЕТ	Часы		
<b>Второй год обучения</b>						
<b>Четвертый семестр</b>						
1	Реабилитация во фтизиатрии	ГБУЗ ТО «ОПТД», поликлиника	6	216	ПК-1, ПК-2, ПК-8	Зачет

#### 4. Содержание программы практики

Поликлиника, ГБУЗ ТО «ОПТД».

Наблюдение и ведение за больными туберкулезом с клиническим излечением. Наблюдение и ведение за больными туберкулезом после хирургических методов лечения.

#### 5. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

Реабилитация во фтизиатрии	Основная литература	экз
1.	Перельман М.И. Фтизиатрия: учебник: с компакт-диском 4-е изд., перераб. и доп. +CD/ М.И. Перельман, И.В. Богодельникова – М: ГЭОТАР-Медиа, 2013.	13
2.	Коломиец В. М. Фтизиопульмонология : учеб. пособие-М.: Медицина, 2009	1
3.	Левашев Ю.Н.. Ред. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу - СПб. : Элби, 2006	3
	<b>Дополнительная литература</b>	экз
1.	Пономаренко, Г.Н. Общая физиотерапия: учебник -5-е изд., перераб., и доп.-М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014	10
2	Епифанов, В.А., ред. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей.-М. : МЕДпресс-информ, 2008	22

3	Малявин, А.Г., Епифанов, В.А., Глазкова, И.И. Реабилитация при заболеваниях органов дыхания.-М. : ГЭОТАР-Медиа,2010	5
4	Машковский М.Д. Лекарственные средства- 16 -е изд., перераб., испр. и доп.-М. : Новая волна,2012	48
5	Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. Вып.16-17. - М.: Астрафарм Сервис,2011,2007,2013	3
6	Король О.И., ред., Лозовская, М. Э., ред. Туберкулез у детей и подростков: руководство-Спб.: Питер, 2005.	12
7	Фтизиопульмонология: учебник/В.Ю. Мишин - М.:ГЭОТАР - Медиа, 2010	10
8	Аксенова В.А., ред. Туберкулез у детей и подростков : учеб. пособие для послевузовского образования.-М. : ГЭОТАР-Медиа,2007	36
9	Инсанов А. Туберкулез : руководство-во для врачей.-М. : ГЭОТАР-МЕД,2005	8
10	Туберкулез у детей и подростков/ред. Худзик А.В.: учеб. пособие.-М. : Медицина,2004	1
11	Кошечкин В.А., Иванова З.А. Туберкулез : учеб. пособие.-М. : ГЭОТАР -Медиа,2007	7

## 6. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Наименование подразделения	Наименование специализированных аудиторий, кабинетов, лабораторий и прочее с перечнем основного оборудования
Кафедра фтизиатрии ГБОУ ВПО ТюмГМА	Учебные классы с комплексом учебно-методического обеспечения. Учебные слайды, видеофильмы. Мультимедийный проектор с набором презентаций. Тестовые вопросы и задачи.

## 7. Фонд оценочных средств по дисциплине

### Тесты по реабилитации

7. ЕЖЕГОДНЫЙ ПРИРОСТ ИНФИЦИРОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, ОЦЕНЕННЫЙ ПО ДИНАМИКЕ КОЖНОЙ ТУБЕРКУЛИНОВОЙ ПРОБЫ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЙ О ВЫСОКОЙ ПОРАЖЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ДАННОГО ГОРОДА (РАЙОНА, ОБЛАСТИ) ТУБЕРКУЛЕЗОМ, НАЧИНАЕТСЯ
  - 1) с 20% и более
  - 2) с 10% и более
  - 3) с 1 % и более
  - 4) с 0.1% и более
8. ОДИН НЕЛЕЧЕННЫЙ БАЦИЛЛЯРНЫЙ БОЛЬНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЗА ГОД ЗАРАЖАЕТ (ИНФИЦИРУЕТ)
  - 1) около 20 человек
  - 2) около 10 человек
  - 3) около 3-5 человек
9. НАИБОЛЬШУЮ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ ПРЕДСТАВЛЯЕТ
  - 1) больной с инфильтративным туберкулезом без распада, МБТ(+) в мокроте определяется методом бактериоскопии
  - 2) больной с инфильтративным туберкулезом в фазе распада, МБТ(+) в мокроте определяется методом посева

- 3) больной с Фиброзно-кавернозным туберкулезом, МБТ(-) в мокроте выявляется только методом посева
10. "СЛУЧАЙ ТУБЕРКУЛЕЗА", ПО КРИТЕРИЯМ ВОЗ - ЭТО
- 1) хроническое заболевание, сопровождающееся рецидивирующими кашлем с выделением мокроты и изменениями на рентгенограмме, специфичными для него
  - 2) заболевание, сопровождающееся изменениями на рентгенограмме в области верхних отделов легких, а также в прикорневых лимфоузлах
  - 3) заболевание, подтвержденное специфическими изменениями на рентгенограмме или морфологическими изменениями в виде гигантоклеточной гранулемы с казеозным некрозом
  - 4) **заболевание, подтвержденное обнаружением микобактерий туберкулеза, выделенных из очага поражения (с мокротой, мочой и т.д.) или полученных из тканей путем биопсии**
15. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ СДВИГАМИ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ
- 1) **отсутствия запущенных форм туберкулеза**
  - 2) снижения показателя инфицированности
  - 3) повышения удельного веса больных с очаговым туберкулезом
16. КАКОЕ ЗВЕНО ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЗАЩИТЫ
- 1) Фагоцитарное
  - 2) **Клеточное**
  - 3) Гуморальное
17. КАКОЙ ТИП ИММУННЫХ РЕАКЦИЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА
- 1) ГЧНТ I
  - 2) ГЧНТ II
  - 3) ГЧНТ III
  - 4) **ГЗТ**
18. КАКИЕ ЛИМФОЦИТЫ УЧАСТВУЮТ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ИММУНИТЕТА
- 1) В-лимфоциты
  - 2) **Th-1- лимфоциты**
  - 3) Th-2- лимфоциты
  - 4) Th-3- лимфоциты
1. ГДЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ОРГАНИЗОВАНО АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СЕЛЬСКИХ ТЕРРИТОРИЯХ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ:
- 1) **на участке по месту жительства, в процедурном кабинете по месту жительства, на ФАПе, в амбулатории**
  - 2) в пункте наблюдаемого лечения, в тубкабинете;
  - 3) в поликлинике областной больницы, в амбулатории, в тубкабинете;
2. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВРАЧАМИ-ФТИЗИАТРАМИ В СЕЛЬСКИХ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ:
- 1) **0,6 должности на 10 тысяч населения (взрослого и детского);**
  - 2) 0,75 должности на 10 тысяч населения (взрослого и детского);
  - 3) 1,0 должность на 10 тысяч населения

8. КАКИМ ПРИКАЗОМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ УТВЕРЖДЕН ПОРЯДОК ВЫДАЧИ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ?

- 1) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
- 2) приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.08.2007г. №514 «О порядке выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности»;
- 3) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

9. СОГЛАСНО «ПОРЯДКУ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ», УТВЕРЖДЕННОМУ ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ №932Н ОСНАЩЕНИЕ ТУБКАБИНЕТА ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ ДОЛЖНО БЫТЬ СЛЕДУЮЩИМ:

- 1) ингалятор кислородный, рабочее место врача, негатоскоп, флюороскоп, тонометр, фонендоскоп, весы медицинские, устройство обеззараживания воздуха, производительностью 150 куб.м/час, для работы в присутствии людей, емкость для сбора мокроты;
- 2) ингалятор кислородный, рабочее место врача, негатоскоп, флюороскоп, тонометр, фонендоскоп, весы медицинские;
- 3) ингалятор кислородный, кабина для сбора мокроты, рабочее место врача, негатоскоп, флюороскоп, тонометр, фонендоскоп, весы медицинские, устройство обеззараживания воздуха, производительностью 150 куб.м/час, для работы в присутствии людей, емкость для сбора мокроты

12. КАКИМ ПРИКАЗОМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ УТВЕРЖДЕНА ФОРМА БЛАНКА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ?

- 1) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
- 2) приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2011г. №347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»;
- 3) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

14. КАЛЬЦИНАТ В ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ КОРНЯ – ЭТО:

- 1) активный процесс;
- 2) неактивный процесс;
- 3) остаточные изменения после перенесенного ТВГЛУ.
- 4) 2,3.

1. РАСПОЛОЖИТЕ В ПРАВИЛЬНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ЧАСТОТУ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВНЕЛЕГОЧНЫХ ФОРМ, ЕСЛИ 1- ПОРАЖЕНИЕМ МВС, 2- ПОРАЖЕНИЕ ЦНС, 3- ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФОУЗЛОВ

1. 1, 2, 3
2. 1, 3, 2
3. 2, 1, 3

2. РАСПОЛОЖИТЕ В ПРАВИЛЬНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ЧАСТОТУ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВНЕЛЕГОЧНЫХ ФОРМ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЕСЛИ 1- ПОРАЖЕНИЕМ МВС, 2-ПОРАЖЕНИЕ ЦНС, 3- ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФОУЗЛОВ

1. 1, 2, 3

2. 1, 3, 2

3. 2, 1, 3

12. НА КАКОМ ЭТАПЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ГЛАЗ В ТЕЧЕНИИ 2 ЛЕТ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ?

1. Районная поликлиника
2. Глазной диспансер
3. **Противотуберкулезный диспансер**
4. Отделение туберкулеза глаз СпбНИИФ

1. ОСНОВНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИЗОНИАЗИДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) поражение проводящей системы сердца
- 2) **нейротоксичность**
- 3) ототоксичность
- 4) поражение желудочно-кишечного тракта
- 5) поражение органа зрения

2. ОСНОВНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ РИФАМПИЦИНА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) нейротоксичность
- 2) **гепатотоксичность**
- 3) кардиотоксичность
- 4) ототоксичность
- 5) побочных эффектов нет

3. ОСНОВНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПИРАЗИНАМИДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) **развитие гиперурикемии и артралгий**
- 2) поражение органа зрения
- 3) поражение проводящей системы сердца
- 4) поражение вестибулярного аппарата
- 5) развитие неврита тройничного нерва

4. ОСНОВНОЙ ПРЕДПОСЫЛКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хорошая переносимость лечения
- 2) высокий уровень защитных сил организма больного
- 3) **чувствительность микобактерий к применяемым препаратам**
- 4) хорошая или удовлетворительная фармакокинетика

5. ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА

- 1) при любой форме туберкулеза
- 2) при замедленной положительной динамике процесса в ходе химиотерапии
- 3) **при снижении функции иммунной системы**
- 4) при плохой переносимости химиопрепаратов

7. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПОЛИНЕВРИТА В РЕЗУЛЬТАТЕ ХИМИОТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) тиамин
- 2) рибофлавин
- 3) никотинамид
- 4) **пиридоксин**

8. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ КОХЛЕАРНОГО НЕВРИТА В РЕЗУЛЬТАТЕ ХИМИОТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ
- 1) тиамина
  - 2) рибофлавина
  - 3) никотиамида
  - 4) пиридоксина
  - 5) пантотеновой кислоты**
9. ПРИ ТУМОРОЗНОМ БРОНХОАДЕНИТЕ ПОКАЗАНИЯ К НЕОТЛОЖНОЙ ОПЕРАЦИИ ВОЗНИКАЮТ В СВЯЗИ
- 1) с возникновением лимфа-гематогенной и бронхогенной диссеминации
  - 2) с осложнением ателектазом доли или легкого
  - 3) с угрозой прорыва казеозных масс в просвет бронха или пищевода при контактном переходе процесса на стенку бронха или пищевода**
10. ПЕРЕД НАЛОЖЕНИЕМ ЛЕЧЕБНОГО ПНЕВМОТОРАКСА ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ БРОНХОСКОПИЯ
- 1) не обязательна
  - 2) показана при подозрении на туберкулез бронха
  - 3) обязательна**
11. АТИПИЧНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЛЕГКОГО - ЭТО
- 1) удаление клиновидного участка легкого
  - 2) удаление края легочной ткани
  - 3) удаление краевого отдела легкого по плоскости
  - 4) удаление участка легкого без учета его анатомических границ**
13. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ СИСТЕМЫ СОСУДОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АРТЕРИИ ЭФФЕКТИВНЫМ СРЕДСТВОМ ГЕМОСТАЗА БУДЕТ
- 1) торакопластика
  - 2) перевязка легочной артерии
  - 3) управляемая артериальная гипотония**
14. ИСКУССТВЕННАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ (С ПОМОЩЬЮ МЕДИКАМЕНТОВ, ОПЕРАЦИИ) НАЗЫВАЕТСЯ
- 1) плеврэктомия
  - 2) плевродез**
  - 3) плевролиз

Выберите правильный ответ при решении задачи:

У пациента, получающего лечение по поводу инфильтративного туберкулёза С-1-2 левого лёгкого, в ф. распада, МБТ(+) в течение 5 месяцев отмечается положительная рентгенологическая динамика в виде рассасывания инфильтрации, уменьшения количества очагов, но сохраняется полость деструкции до 2,5 см без динамики к уменьшению. Пациент прекратил выделять МБТ по микроскопии и посевом. Ваша дальнейшая тактика ведения пациента:



- 1) **продолжить лечение до окончания курса химиотерапии**
- 2) изменить режим химиотерапии
- 3) направить на консультацию к торакальному хирургу

КАКИЕ ДОКУМЕНТЫ ДОЛЖЕН ПРЕДСТАВИТЬ ПАЦИЕНТ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ:

- 1) страховой медицинский полис
- 2) **паспорт**
- 3) медицинская карта амбулаторного больного
- 4) военный билет для военнослужащих

КАКОЙ ДОКУМЕНТ ВЫДАЕТСЯ СТУДЕНТАМ И УЧАЩИМСЯ ОЧНОЙ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ В СЛУЧАЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ:

- 1) листок нетрудоспособности
- 2) **справка установленной формы**
- 3) справка произвольной формы

НА КАКОЙ СРОК МОЖЕТ ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СРЕДНИЙ МЕД. РАБОТНИК, ИМЕЮЩИЙ ПРАВО ЕГО ВЫДАЧИ:

- 1) **до 10-и дней**
- 2) до 15-и дней
- 3) до 20-и дней
- 4) в исключительных случаях, после консультации с врачом - до 30 дней

ОГРАНИЧЕН ЛИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ СРОК ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ:

- 1) **да**
- 2) нет
- 3) частично

В КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНУЮ КОМИССИЮ ВХОДЯТ:

- 1) лечащий врач и зав. отделением
- 2) зав. отделением и зам. главного врача по клинико-экспертной работе
- 3) зав. отделением и главный врач
- 4) **лечащий врач, зав. отделением и зам. главного врача по клинико-экспертной работе**

КЕМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ВРЕМЕННОЙ УТРАТЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЕЕ 15-И ДНЕЙ:

- 1) заведующим отделением;
- 2) главным врачом мед. учреждения;
- 3) **клинико-экспертной комиссией, назначаемой руководителем мед. учреждения**

НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТНУЮ КОМИССИЮ БОЛЬНОГО НАПРАВЛЯЕТ:

- 1) лечащий врач и заведующий отделением
- 2) консилиум специалистов
- 3) **лечащий врач с утверждением направления клинико-экспертной комиссией**

ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ИНВАЛИДОВ I ГРУППЫ ПРОВОДИТСЯ:

- 1) 1 раз в 3 года;
- 2) **1 раз в 2 года;**

3) 1 раз в год.

**ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ИНВАЛИДОВ II И III ГРУПП ПРОВОДИТСЯ:**

1) 1 раз в 3 года;

2) 1 раз в 2 года;

**3) 1 раз в год.**

Задачи

1. Больной А. 38 лет, наблюдается у фтизиатра в поликлинике с диагнозом Пульмонектомия по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза правого легкого, МБТ(+), МЛУ (Н R E S), клинически абацилирован. Из анамнеза жизни, известно что пациент работал шахтером. Сопутствующие заболевания: ЯБЖ и ДПК. Анамнез заболевания: заболевание выявлено при профосмотре. Около года находился на лечении в противотуберкулезном диспансере, получал лечение по I режиму химиотерапии (Н R E Z). В связи с массивностью процесса решено было провести оперативное вмешательство. Из резекционного материала по ПЦР диагностике было выявлено МЛУ. Выписан из стационара с положительной динамикой.

- 1) По какому режиму должен продолжать лечение пациент?
- 2) Какие реабилитационные мероприятия необходимо провести пациенту?
- 3) Будет ли назначаться инвалидность?
- 4) Необходимо ли рекомендовать пациенту смену работы?

2. Больная Л. 27 лет, поступила в стационар с диагнозом Туберкулез позвоночника. Ранее болела Очаговым туберкулезом легких, была снята с туб.учета по поводу клинического излечения. Со слов пациентки боли начались около 6-7 месяцев назад, после того как боли усилились обратилась к врачу. Из анамнеза жизни: работает диспетчером в такси. Сопутствующие заболевания: хронический ринит. Курит, злоупотреблением алкоголем отрицает. При проведении рентгенологического исследования выявлена деструкция L1-2 позвонков.

- 1) Должна ли пациентка в дальнейшем поменять место работы?
- 2) Каковы будут сроки и меры реабилитации?

3. Пациент К. 70 года обратился к врачу с жалобами на боли в правом лучезапястном суставе, снижение его подвижности, увеличением его в объеме. Из анамнеза заболевания: изменение в кисти наблюдает в течении 2 месяцев, сначала отмечалась небольшая болезненность при физической нагрузке, затем присоединился отек и снижение подвижности. Анамнез жизни: ранее болел инфильтративным туберкулезом легких, снят с группы с учета в связи с клиническим излечением. Пенсионер. Живет в деревне. При осмотре: правый лучезапястный сустав увеличен в объеме, объем активных и пассивных движений резко уменьшен, наблюдается образование свища в проекции шиловидного отростка локтевой кости.

- 1) Ваш предположительный диагноз и тактика лечения?
- 2) Какие реабилитационные мероприятия вы предпримите?

4. Пациентка И. 45 лет. состоит на учете у фтизиатра по поводу инфильтративного туберкулеза С1-2 левого легкого, МБТ(-). Из анамнеза заболевания: туберкулез был выявлен при профосмотре. Контакт не установлен. Окружение спокойное. Анамнез жизни: работает медицинской сестрой. Сопутствующие заболевания: СД2 типа, нефрэктомия справа по поводу ВЛ правой почки, АГ. Курит, алкоголем не злоупотребляет. На фоне приема противотуберкулезных препаратов развилась желтуха. Из биохимического анализа крови: билирубин общий – 30,5 мкмоль/л, АЛТ – 80 Ед/л, АСТ- 95 Ед/л, ГГТ – 348 Ед/л.

- 1) Интерпретируйте анализы
- 2) Какие реабилитационные мероприятия вы предпримете?

**1. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ЦЕЛЬЮ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ?**

- 1) изучение различных болезней человека, их обнаружение и лечение;
- 2) сохранение и защита общественного здоровья, социальная защита больных людей и членов их семей;
- 3) профилактика заболеваний, приводящих к инвалидности;
- 4) разработка индивидуальных программ реабилитации больных и инвалидов.

**2. КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ?**

- 1) демографические показатели;
- 2) показатели заболеваемости;
- 3) показатели физического развития;
- 4) демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности и физического развития граждан.

**3. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВОЙ, УНИВЕРСАЛЬНЫМ СРЕДСТВОМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ?**

- 1) гигиеническое воспитание населения;
- 2) формирование здорового образа жизни;
- 3) рациональное питание;
- 4) физическая культура и спорт.

**5. КАКОЙ ИЗ ПРИНЦИПОВ РАБОТЫ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ВАЖНЕЙШИХ?**

- 1) их государственный характер;
- 2) социально-медицинское профилактическое направление работы;
- 3) единство медицинской науки и практики;
- 4) подготовка медицинских кадров.

**6. КАКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА ОСУЩЕСТВЛЯЕТ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ, ОБНАРУЖЕНИЮ, ПРЕСЕЧЕНИЮ НАРУШЕНИЙ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ОБЛАСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ?**

- 1) Министерство здравоохранения и социального развития;
- 2) Санэпиднадзор;
- 3) Роспотребнадзор;
- 4) Росприроднадзор.

**7. В КАКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОЖЕТ ЭФФЕКТИВНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА?**

- 1) территориальных центрах социальной помощи семье и детям;
- 2) геронтологических центрах;
- 3) стационарных учреждениях социального обслуживания (дома – интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты, детские дома и др.);
- 4) во всех перечисленных учреждениях.

**8. ЧТО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРОГРАММА СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ?**

- 1) информирование и консультирование по вопросам реабилитации;
- 2) социально-психологический и социально-культурный патронаж семьи, имеющей инвалида;
- 3) реабилитация средствами физической культуры и спорта;
- 4) все перечисленные мероприятия.

9. **СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:**

- 1) осуществление комплекса мер по поддержанию определенного, оптимального для инвалида уровня жизни;
- 2) участие человека в жизни общества на равных правах;
- 3) восстановление деятельности поврежденных тканей и органов;
- 4) подбор специальных программ медико-социальной реабилитации.

10. **СООТНЕСИТЕ УРОВНИ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ:**

<i>первый</i> –	А.врачебная комиссия (ВК) органа управления ЗО
<i>второй</i> –	Б.врачебная комиссия (ВК) ЛПУ;
<i>третий</i> –	В.врачебная комиссия органа управления ЗО РФ
<i>четвертый</i> –	Г.лечащий врач
<i>пятый</i> –	Д.главный внештатный специалист по экспертизе Минздравсоцразвития

<p><b>Задача 1.</b></p> <p>Какова Ваша тактика лечения на фазе продолжения для впервые выявленного больного туберкулезом органов дыхания, МБТ (+) простой микроскопией, ПЦР (+), если выявлена лекарственная устойчивость микобактерий к R по GeneXpert MTB/RIF?</p>	<p>3. ИФ - 4 режим - Cm Lfx Z Cs/Trd PAS Pto/Eto</p> <p>4. ФП – 4 ПТП + хирургический метод</p>
<p><b>Задача 2.</b></p> <p>Какова Ваша тактика лечения на фазе продолжения для больного с рецидивом туберкулеза органов дыхания, МБТ (+) простой микроскопией, ПЦР (+), если выявлена лекарственная чувствительность микобактерий к R по GeneXpert MTB/RIF?</p>	<p>3. ИФЛ - 2-3 Km /Am R Z Fq, ФПЛ- 9 R Z Fq,</p> <p>2 ФП 4 ПТП + консультация хирурга</p>
<p><b>Задача 3.</b></p> <p>Какова Ваша тактика ведения на фазе продолжения для впервые выявленного больного с очаговым туберкулезом, БК (-) простой микроскопией, ПЦР (-), GeneXpert MTB/RIF (-), если установлен тесный семейный контакт с больным туберкулезом (устойчивость к HRSEKm)?</p>	<p>3. ИФЛ - 4 режим - Cm Lfx Z Cs/Trd PAS Pto/Eto</p> <p>4. ФП = Mfx Z Cs/Trd PAS. Контроль ТТГ, консультация хирурга</p>
<p><b>Задача 4.</b></p>	

Какова Ваша тактика ведения для больного, прервавшего предыдущий курс химиотерапии (получал канамицин, рифампицин, пипразинамид, офлоксацин при лекарственной устойчивости к изониазиду, стрептомицину, этамбутолу), БК (+) простой микроскопией, ПЦР (+), если выявлена лекарственная устойчивость к R по GeneXpert MTB/RIF?	<p><b>3.</b> ИФЛ4 режим - Cm Mfx Z Cs/Trd PAS Pto/Eto</p> <p><b>4.</b> ФП = Z Cs/Trd PAS Pto/Eto. Контроль ТТГ, консультация хирурга</p>
---	--

Задания на составление соответствия

II. Задания на установление соответствия

1. Установите соответствие режима химиотерапии в фазе продолжения лечения спектру лекарственной устойчивости МБТ больного туберкулезом:

Лекарственная устойчивость МБТ	Режим ХТ в ФПЛ
1. Лекарственная чувствительность	А. 6–9 R Z Fq[E]
2. Данные ТЛЧ не известны	Б. 4HRE
3. Устойчивость к H (E, S)	В. 4HR
4. МЛУ	Г. 12–18 Mfx Z Cs/Trd PAS +[E][Lzd Amx Imp Clr H]
5. ШЛУ	Д. 12–18 Lfx Z Cs/Trd PAS Pto/Eto+[E] [Mfx]

2. Установите соответствие между нежелательным явлением, препаратом(ами), которые могли стать их причиной и стратегией ведения больного с возникшим нежелательным явлением

Нежелательное явление	Наиболее вероятный препарат	Стратегия ведения
1. Снижение слуха	А. PAS, Eto/Pto, H, E, Z	I. Отменить препарат, назначить консультацию офтальмолога, при подтверждении диагноза препарат исключить
2. Тошнота и рвота	Б. E	II. Провести аудиографию, назначить бетасерк, снизить дозу препарата или назначить интермиттирующий режим (3 раза в неделю)
3. Неврит зрительного нерва	В. Z, Fq	III. Определить степень дегидратации, провести коррекцию нарушений водно-электролитного баланса, назначить церукал
4. Артралгия	Г. S, Km, Am, Cm, Clr	IV. Назначить лечение нестероидными противовоспалительными препаратами, снизить дозу соответствующего препарата

Пациентка А, 56 лет. Наблюдается в ПТД с диагнозом: Фибро-кавернозный туберкулез верхних долей легких. МБТ(-). IA. Пациентка прошла курс лечения по I режиму ХТ. Клинически абацилирована. При проведении спирографии ЖЕЛ 56%.

Вопросы:

1. Требуется ли пациентке присвоение группы инвалидности?
2. Какие мероприятия по реабилитации можно провести?
3. Возможно ли прохождение сан.курортного лечения и в течение какого времени?

Пациент Б, 60 лет. Наблюдался ранее в ТД по поводу очагового туберкулеза. Был снят с учета. Состоит также на учете в ПНД с диагнозом шизофрения, имеет первую группу инвалидности. На данный момент данных за активный туберкулез нет.

Вопросы:

1. Требуется ли пациенту сан.курортное лечение?
2. Возможна ли полная реабилитация такого пациента?
3. Какие факторы оказывают отрицательное влияние на реабилитацию?