

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Есауленко Игорь Эдуардович  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 25.09.2024 14:58:42  
Уникальный программный ключ:  
691eebef92031be66ef61648f97525a2e2da8356

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Минздрава России

УТВЕРЖДАЮ

Декан лечебного факультета

д.м.н. О.Н. Красноруцкая

2 апреля 2024г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА  
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

**Выявление туберкулеза в общей лечебной сети**

по \_\_\_\_\_ фтизиатрии \_\_\_\_\_

(наименование дисциплины)

для специальности \_\_\_\_\_ 31.05.01 Лечебное дело \_\_\_\_\_

(наименование специальности)

форма обучения \_\_\_\_\_ очная \_\_\_\_\_

(очная, заочная)

факультет \_\_\_\_\_ лечебный \_\_\_\_\_

кафедра \_\_\_\_\_ фтизиатрии \_\_\_\_\_

курс \_\_\_\_\_ шестой \_\_\_\_\_

семестр \_\_\_\_\_ С \_\_\_\_\_

Лекции \_\_\_\_\_

Зачет \_\_\_\_\_ 3 ч. (семестр А) \_\_\_\_\_

Практические занятия \_\_\_\_\_ 30 ч. (часов) \_\_\_\_\_

Самостоятельная работа \_\_\_\_\_ 39 ч.(часов) \_\_\_\_\_

Всего часов(ЗЕ) \_\_\_\_\_ 72 ч.(2 ЗЕ) \_\_\_\_\_

Программа производственной практики составлена в соответствии с требованиями ФГОСЗ++ ВО по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета), утвержденный Приказом Министерства образования и науки РФ № 988 от 12 августа 2020 г. и Профессионального стандарта «врач-лечебник (врач-терапевт участковый)», утвержденный Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ № 293 от 21 марта 2017г.

Рабочая программа производственной практики обсуждена на заседании кафедры фтизиатрии

«18» марта 2024г., протокол № 8.

Заведующий кафедрой д.м.н. О.В. Великая

Рецензенты: зав.кафедрой инфекционных болезней д.м.н. Кокорева С.П.  
Зам. главного врача по организационно – методической работе КУЗ ВО Воронежского областного противотуберкулёзного диспансера им. Н.С. Похвисневой, Иконина И.В. (рецензии прилагаются).

Программа одобрена на заседании ЦМК по координации преподавания специальности «Лечебное дело»

от «2» апреля 2024г., протокол № 4 .

## **1. Цель и задачи освоения модуля «Выявление туберкулеза в общей лечебной сети» (далее – модуль).**

**Цель освоения модуля** – формирование и совершенствование практических навыков на основе закрепления теоретических знаний, полученных в процессе обучения по организации и оказанию противотуберкулезной помощи, проведению неспецифической профилактической работы среди лиц, относящихся к группам риска по туберкулезу.

**Задачи модуля** - формирование совокупности трудовых действий и умений в рамках освоения трудовых функций: проведения диспансеризации, скрининга и профилактических осмотров взрослого населения с целью раннего выявления туберкулеза, основных факторов риска его развития, формирования здорового образа жизни и санитарно-гигиенического просвещения населения.

**По результатам освоения модуля обучающиеся должны усовершенствовать:**

### **Знания:**

- законодательства Российской Федерации, законов и иных нормативных актов в сфере здравоохранения по вопросам организации противотуберкулезной помощи в Российской Федерации, работы больнично-поликлинических учреждений;
- задач и роли врача общей практики в системе борьбы с туберкулезом, в проведении противотуберкулезных мероприятий;
- роли социальных и экономических факторов, источников и путей распространения туберкулезной инфекции в возникновении и развитии заболевания туберкулезом;
- основных скрининговых методов выявления и комплексной диагностики туберкулеза на основе клинического, лабораторного, рентгенологического и инструментального обследования на туберкулез взрослых, детей и подростков, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи;
- методов санитарной профилактики туберкулеза среди взрослых и детей;

### **Умения:**

- оценить эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу, организовать мероприятия, направленные на своевременное выявление туберкулеза среди населения;
- организовать и планировать ежегодно проведение медицинских осмотров среди населения и профилактических мероприятий в группах риска развития туберкулеза;
- выявлять лиц с подозрением на туберкулез, владеть практическими навыками комплексной диагностики туберкулеза – методами клинического, лабораторного рентгенологического и инструментального обследования больного с подозрением на туберкулез;
- интерпретировать данные флюорограмм, рентгенограмм, компьютерных томограмм органов грудной клетки, оценить результаты исследования

мокроты, промывных вод бронхов, плеврального выпота, ликвора и другого патологического материала на выявление микобактерий туберкулеза;

- провести дифференциально-диагностический поиск при подозрении на туберкулез органов дыхания, обосновать клинический диагноз и тактику ведения больного;
- организовать проведение и оценку результатов иммунодиагностики туберкулеза среди детского и подросткового населения с целью раннего выявления туберкулезной инфекции;
- осуществлять принципы санитарной профилактики туберкулеза и профилактического мониторинга в группах риска по заболеванию туберкулезом, определять объем и методы организации профилактических мер, проводимых для предупреждения распространения туберкулеза.

## 2. Распределение трудоемкости модуля.

### 2.1. Распределение трудоемкости модуля:

Вид учебной работы	Трудоемкость в АЧ
Аудиторная работа	30
Промежуточная аттестация в условиях ЦНПО	3
Самостоятельная работа	39
<b>ИТОГО (всего - 72 АЧ)</b>	<b>72 (23Е)</b>

### 2.2. Распределение тематики Теоретического блока:

п/№	Наименование тем теоретического блока	Объем в АЧ
1.	Нормативно-правовая документация организации противотуберкулезной помощи населению РФ. Группы риска по туберкулезу среди поликлинических контингентов, особенности работы в поликлиниках и общесоматических стационарах.	10
2.	Основные методы диагностики туберкулеза. Алгоритм врача общей практики при подозрении на туберкулез. Современные технологии выявления туберкулеза.	6
3.	Клинические формы туберкулеза органов дыхания и внелегочных локализаций. Основные симптомы и синдромы туберкулеза. Дифференциальная диагностика.	6
4.	Санитарная профилактика туберкулеза, очаг туберкулеза, противозидемические мероприятия в очаге туберкулеза	8
	<b>ИТОГО (всего - 30 АЧ)</b>	<b>30</b>

### 2.3. Распределение тематики блока самостоятельной работы.:

п/№	Наименование тем теоретического блока	Объем в АЧ
1.	Нормативно-правовая документация организации противотуберкулезной помощи населению РФ. Группы риска по туберкулезу среди поликлинических контингентов,	10

	особенности работы в поликлиниках и общесоматических стационарах.	
2.	Основные методы диагностики туберкулеза. Алгоритм врача общей практики при подозрении на туберкулез. Современные технологии выявления туберкулеза.	10
3.	Клинические формы туберкулеза органов дыхания и внелегочных локализаций. Основные симптомы и синдромы туберкулеза. Дифференциальная диагностика.	10
4.	Санитарная профилактика туберкулеза, очаг туберкулеза, противоэпидемические мероприятия в очаге туберкулеза	9
	<b>ИТОГО (всего - 39 АЧ)</b>	<b>39</b>

**3. Фонд оценочных средств модуля включает:**

1. Тестовые задания
2. Клинические задачи для собеседования
3. Перечень практических навыков

**3.1. Тестовые задания**

Выберете один правильный ответ

1. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. бактериологическое исследование мокроты
- Б. туберкулинодиагностика
- В. флюорографическое исследование органов дыхания**
- Г. проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным

2. ИССЛЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ НА МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ С

- А. язвенной болезнью желудочно-кишечного тракта
- Б. хроническими заболеваниями легких**
- В. хроническим алкоголизмом
- Г. сахарным диабетом

3. ПЕРВУЮ ПРОБУ МАНТУ С 2 ТЕ ДЕТЯМ, ПРИВИТЫМ БЦЖ В РОДИЛЬНОМ

ДОМЕ, ПРОВОДЯТ В

А. **12 месяцев**

Б. 6 месяцев

В. 2 месяца

Г. 3 месяца

4. ПОСЛЕ ПОСТАНОВКИ ВНУТРИКОЖНОЙ ПРОБЫ С ПРЕПАРАТОМ ДИАСКИНТЕСТ РЕЗУЛЬТАТ ОЦЕНИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

А. 48 часов

Б. **72 часа**

В. 24 часа

Г. 5 дней

5. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СВЕТОВОГО МИКРОСКОПА НА ВЫЯВЛЕНИЕ КИСЛОТООУСТОЙЧИВЫХ МИКОБАКТЕРИЙ СОСТАВЛЯЕТ БОЛЕЕ \_\_\_\_\_ МИКРОБНЫХ ТЕЛ В 1 МЛ:

А. 1000

Б. **10 000**

В. 1000000

Г. 100

6. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

А. флюорографии в прямой и боковой проекциях

Б. рентгеноскопии в различных проекциях

В. томографии легких в прямой и боковой проекциях

Г. **обзорной рентгенографии в прямой и боковой проекциях**

7. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО МИНИМУМА, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ УСТАНОВИТЬ

## ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

А. объективное исследование больного

Б. клинические анализы крови и мочи

**В. микроскопия мокроты по Цилю-Нильсену**

Г. рентгенография органов грудной клетки

8.. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЦИРРОТИЧЕСКОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ ОБЫЧНО ПРЕДСТАВЛЕНЫ ( ОПК-4,ПК-1):

- 1) свежими кавернами
- 2) фиброзными кавернами
- 3) участками инфильтрации
- 4) казеозными фокусами
- 5) инкапсулированными казеозными очагами

9. В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН СМЕРТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА В РОССИИ ЦИРРОТИЧЕСКИЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ СОСТАВЛЯЕТ (ОПК-1, ОПК-8):

- 1) 0,5-1%
- 2) 2-3%
- 3) 3-5%
- 4) 5-10%
- 5) более 10%

10. ЦИРРОТИЧЕСКОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ ЛЕГКИХ ЧАЩЕ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПРЕДШЕСТВУЕТ ( ОПК-4,ПК-1) :

- 1) милиарный туберкулез
- 2) кавернозный туберкулез
- 3) первичный туберкулезный комплекс
- 4) фиброзно-кавернозный туберкулез
- 5) подострый гематогенно-диссеминированный туберкулез

11. О РАЗВИТИИ ФИБРОЗА В ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ (ОПК-4,ПК-1):

- 1) отсутствие инфильтрации в зоне поражения
- 2) полиморфизм очагов
- 3) уплощение купола диафрагмы
- 4) «дорожка» от кольцевидной тени к корню легкого
- 5) смещение органов средостения в сторону поражения

12. ОТ ЦИРРОЗА ЛЕГКОГО ЦИРРОТИЧЕСКИЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ОТЛИЧАЕТСЯ НАЛИЧИЕМ (ОПК-4,ПК-1):

- 1) казеозных очагов
- 2) казеозных фокусов
- 3) фиброзных каверн
- 4) сосудистых аневризм
- 5) сетчатого фиброза

13 ЦИРРОТИЧЕСКИЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ (ОПК-4,ПК-1):

- 1) прогрессирующим иммунодефицитом
- 2) преобладанием фиброзных изменений над туберкулезными
- 3) повышением тканевой проницаемости

- 4) преобладанием пролиферативной тканевой реакции в зоне поражения
- 5) нарушением газообмена в зоне поражения

14. В РАЗВИТИИ ЦИРРОТИЧЕСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ПРИНЦИПИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ (ОПК-4,ПК-1):

- 1) массивная суперинфекция МБТ
- 2) глубокий иммунодефицит
- 3) повышение тканевой проницаемости
- 4) преобладание экссудативной тканевой реакции в зоне поражения
- 5) замедленная инволюция туберкулезного воспаления

15. БОЛЕЕ ЧАСТЫМ И УСТОЙЧИВЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ЦИРРОТИЧЕСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК-4,ПК-1):

- 1) боль в грудной клетке
- 2) приступообразный кашель
- 3) одышка
- 4) повышение температуры тела
- 5) повышенная ночная потливость

16. УСТАНОВИТЬ ОБОСТРЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ЦИРРОТИЧЕСКОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЗВОЛЯЕТ ОПК-4,(ПК-1):

- 1) усиление кашля
- 2) появление МБТ в мокроте
- 3) увеличение количества выделяемой мокроты
- 4) повышение температуры тела
- 5) ухудшение самочувствия

17. МНОГИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЦИРРОТИЧЕСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ОБУСЛОВЛЕННЫ (ОПК-4,ПК-1):

- 1) специфическим эндобронхитом
- 2) наличием туберкулезной каверны
- 3) формированием бронхоплеврального свища
- 4) лимфогематогенным распространением МБТ
- 5) присоединением неспецифической инфекции

18. ТИПЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЦИРРОТИЧЕСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ (ОПК-2,ОПК-6,ПК-1):

- 1) нодулобронхиальный свищ
- 2) спонтанный пневмоторакс
- 3) туберкулез бронха
- 4) легочно-сердечная недостаточность
- 5) лимфогематогенная диссеминация

19. У БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ ЦИРРОТИЧЕСКИМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В МЕСТЕ ВВЕДЕНИЯ 2 ТЕ ФОРМИРУЕТСЯ (ПК-1):

- 1) только гиперемия
- 2) папула 5-12 мм
- 3) папула 21 мм и более
- 4) уколочная реакция
- 5) везикула

20. ТУБЕРКУЛЕЗ ГОРТАНИ, ТРАХЕИ И БРОНХОВ БОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЮТ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ (ПК-1):

- 1) периферических лимфатических узлов



- 2)легких
- 3)внутригрудных лимфатических узлов
- 4)мягкой мозговой оболочки
- 5)плевры

21. ПОРАЖЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО КОЛЬЦА ГОРТАНИ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЮТ У БОЛЬНЫХ (ОПК-4,ПК-1):

- 1)диссеминированным туберкулезом
- 2)инфильтративным туберкулезом легких
- 3)фиброзно-кавернозным туберкулезом легких
- 4)туберкулезным плевритом
- 5)туберкулезом миндалин.

22 РАСПАД ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ИНФИЛЬТРАТА, СФОРМИРОВАВШЕГОСЯ В СТЕНКЕ БРОНХА, ПРИВОДИТ К ПОЯВЛЕНИЮ ( ОПК-4,ПК-1):

- 1)бронхостеноза
- 2) бронхоспазма
- 3)язвы
- 4)ателектаза
- 5)бронхоэктаза

23. НОДУЛОБРОНХИАЛЬНЫЙ СВИЩ ОБРАЗУЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ (ОПК-4,ПК-1):

- 1)ишемического некроза стенки бронха
- 2)прорыва внутригрудного казеозного лимфатического узла в бронх
- 3)повышения внутрибронхиального давления
- 4)лимфостаза
- 5)нейротрофических нарушений в стенке бронха

24. ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ БРОНХА ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ (УК-9, ОПК-1,ПК-1):

- 1)повышение температуры тела
- 2)осиплость голоса
- 3)выделение мокроты полным ртом
- 4)сухой упорный кашель
- 5)боли в межлопаточном пространстве

25. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА БРОНХОВ ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, УК-9, ОПК1,ПК-1):

- 1)исследование мокроты на МБТ
- 2)КТ органов грудной клетки
- 3)бронхоскопия с биопсией
- 4)полимеразная цепная реакция (ПЦР) бронхиального содержимого
- 5)МРТ органов грудной клетки

26. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ПНЕВМОКОНИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-1):

- 1)бериллиоз
- 2)силикоз
- 3)асбестоз
- 4)алюминиоз
- 5)антракоз

27. СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРЕОБЛАДАЮТ (ОПК-2,ПК-1):

- 1) мужчины в возрасте 20-40 лет
- 2) женщины в возрасте 20-50 лет
- 3) дети школьного возраста и подростки
- 4) дети дошкольного возраста
- 5) люди пожилого и преклонного возраста

28. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ТЕЧЕНИЕ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В ОСНОВНОМ ОБУСЛОВЛЕННЫ (ОПК-2,ПК-1):

- 1) особенностями гормонального профиля
- 2) активностью гуморального звена иммунитета
- 3) наличием или отсутствием гипохромной анемии
- 4) стадией ВИЧ-инфекции и степенью иммунных нарушений
- 5) давностью первичного инфицирования МБТ

29. ПОДАВЛЕНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ТУБЕРКУЛЕЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ (, ОПК-2,ПК-1):

- 1) гипогликемией
- 2) положительной анергией
- 3) отрицательной анергией
- 4) гектической лихорадкой
- 5) вегетососудистой дистонией

30. СИЛИКОТИЧЕСКАЯ ГРАНУЛЕМА ПРЕДСТАВЛЕНА (ПК-1):

- 1) фиброзными тяжами, казеозными массами, солями кальция
- 2) коллагеновыми волокнами, аневризматически расширенными сосудами
- 3) пылевыми частицами, клеточными элементами и коллагеновыми волокнами
- 4) пылевыми частицами, скоплениями лейкоцитов и гигантских клеток
- 5) пылевыми частицами, эпителиоидными и плазматическими клетками

31. ПРИ БРОНХОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ СИЛИКОЗОМ, КА ПРАВИЛО, ОБНАРУЖИВАЮТ (ОПК-4, ПК-1):

- 1) гиперемии слизистой оболочки бронха
- 2) атрофию слизистой оболочки бронха
- 3) дистонию бронхов
- 4) пылевые пятна в слизистой оболочке бронха
- 5) папилломатоз бронхов

32. У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ (ОПК-2,ПК-1):

- 1) туберкулез плевры
- 2) туберкулезный менингит
- 3) инфильтративный туберкулез легких
- 4) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
- 5) туберкулез брюшины

33. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-1):

- 1) очаговый туберкулез легких
- 2) туберкулез кишечника
- 3) фиброзно-кавернозный туберкулез легких
- 4) цирротический туберкулез легких
- 5) эмпиема плевры

34. ПО МНЕНИЮ ВОЗ, ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ (ОПУ-6, ОПК-7,ПК-1):

- 1) закрытие полостей распада
- 2) ликвидация клинических симптомов туберкулеза
- 3) восстановление функции пораженного органа
- 4) прекращение бактериовыделения
- 5) биологическое излечение

35. В РОССИИ ЦЕЛЬЮ ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ (УК-8, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1):

- 1) клиническое излечение
- 2) биологическое излечение
- 3) закрытие полостей распада
- 4) прекращение бактериовыделения
- 5) восстановление функции пораженного органа

36. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИНЯТО ВЫДЕЛЯТЬ (УК-8, ОПК-6, ПК-1):

- 1) два основных этапа
- 2) три основных этапа
- 3) один основной этап
- 4) различные этапы в зависимости от возраста больного
- 5) два-три основных этапа

37. ОСНОВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ (,ОПК-6, ОПК-7, ПК-1):

- 1) диетотерапия
- 2) химиотерапия
- 3) хирургический
- 4) коллапсотерапия
- 5) патогенетическая терапия

38. ПРИНЦИП КОМБИНИРОВАННОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ОПК-6, ОПК-7, (ПК-1):

- 1) назначение химиопрепаратов на фоне рационального гигиенического режима
- 2) сочетание специфической химиотерапии с патогенетическими средствами
- 3) применение химиотерапии в сочетании с наложением искусственного пневмоторакса
- 4) одновременное назначение нескольких противотуберкулезных препаратов
- 5) сочетание химиотерапии с хирургическими вмешательствами

39. В ОСНОВЕ НЕРЕГУЛЯРНОГО ПРИЕМА ХИМИОПРЕПАРАТОВ БОЛЬНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЧАСТО ЛЕЖИТ (УК-8, ОПК-6, ПК-1):

- 1) эйфория на фоне приема химиопрепаратов
- 2) мнение о высокой частоте побочных реакции при химиотерапии
- 3) вредные привычки и низкая общая культура
- 4) представление о высокой частоте самоизлечения
- 5) представление о невозможности излечения

40. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ СТЕПЕНИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ (УК-9, ОПК-2, ОПК-8, ПК-1):

- 1) локализацией поражения в легком
- 2) биологическим видом возбудителя туберкулеза
- 3) социальным статусом больного
- 4) динамикой чувствительности к туберкулину
- 5) эффективностью проводимых лечебных мероприятий

41. ПРИ СОХРАНЕНИИ ПОЛОСТИ РАСПАДА У БОЛЬНОГО ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ФОНЕ ХИМИОТЕРАПИИ ПОКАЗАНА ( ОПК-6, ОПК-7, ПК-1):

- 1) физиотерапия

- 2)кавернотомия
- 3)коллапсотерапия
- 4)коллапсохирургия
- 5)туберкулинотерапия

42. ДЛЯ ИЗЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА НАРЯДУ С ХИМИОТЕРАПИЕЙ ОСОБОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ (ПК-1):

- 1)хирургия
- 2)климатотерапия
- 3)коллапсотерапия
- 4)туберкулинотерапия
- 5)патогенетическая терапия

43 . К ОСНОВНЫМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ (ПК-1):

- 1)Протионамид, ПАСК
- 2)Амикацин, Канамицин
- 3)Офлоксацин, Этионамид
- 4)Циклосерин, Капреомицин
- 5)Изониазид, Рифампицин

44. К ОСНОВНЫМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ (ПК-1):

- 1)ПАСК
- 2)Таваник
- 3)Этамбутол
- 4)Циклосерин
- 5)Протионамид

45. МНОЖЕСТВЕННАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ –ЭТО УСТОЙЧИВОСТЬ МБТ К КОМБИНАЦИИ (ПК-1):

- 1)Этамбутол а, рифампицина, стрептомицина
- 2)Этамбутола, рифампицина, стрептомицина, пипразинамида
- 3)Изониазида, рифампицина
- 4)Этамбутола, рифампицина, пипразинамида, паск
- 5)Рифампицина, стрептомицина, протионамида

46. К РЕЗЕРВНЫМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ (ПК-1):

- 1)Изониазид
- 2)Этамбутол
- 3)Рифампицин
- 4)Протионамид
- 5)Пипразинамид

47. ОБШИРНАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ- ЭТО УСТОЙЧИВОСТЬ МБТ (УК-8,ПК-1):

- 1)ко всем основным противотуберкулезным препаратам
- 2)к сочетанию наиболее эффективных основных противотуберкулезных препаратов
- 3)к основным препаратам и не менее, чем к трем резервным препаратам
- 4)к амикацину и препаратам фторхинолонового ряда
- 5)к рифабутину и капреомицину

48. ОДНИМ ИЗ МНОГОКОМПОНЕНТНЫХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-1):

- 1)Гатифлоксацин
- 2)Рифапентин
- 3)Фтизиопирам
- 4)Тибон
- 5)Протионамид

49. БОЛЬШИНСТВО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ МОЖНО ВВОДИТЬ (ПК-1):

- 2)ингаляционно
- 3)перорально
- 4)внутрилегочно
- 5)внутримышечно

50. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА ВНУТРИКЛЕТОЧНО РАСПОЛОЖЕННЫЕ МБТ ДЕЙСТВУЕТ (ПК-1):

- 1)Изониазид
- 2)Этамбутол
- 3)Рифампицин
- 4)Пиразинамид
- 5)Стрептомицин

51. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА ВНЕКЛЕТОЧНО РАСПОЛОЖЕННЫЕ МБТ ДЕЙСТВУЕТ (ПК-1):

- 1)Изониазид
- 2)Циклосерин
- 3)Рифампицин
- 4)Пиразинамид
- 5)Стрептомицин

52. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ ГЕПАТОТОКСИЧЕСКИМ СВОЙСТВОМ ОБЛАДАЕТ (ПК-1):

- 1)ПАСК
- 2)Циклосерин
- 3)Рифампицин
- 4)Этамбутол
- 5)Стрептомицин

53. БОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЕ ПРОТИВОМИКРОБНОЕ ДЕЙСТВИЕ НА МБТ ОКАЗЫВАЕТ (ПК-1):

- 1)ПАСК, тиаоацетазон
- 2)Этионамид, циклосерин
- 3)Изониазид, рифампицин
- 4)Протионамид, этамбутол
- 5)Стрептомицин, канамицин

54. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕЙРОТОКСИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ПРПАРТОВ ГРУППЫ ГИНК НАЗНАЧАЮТ ВИТАМИН (ПК-81):

- 1)В<sub>1</sub>
- 2)В<sub>12</sub>
- 3)С
- 4)РР
- 5)В<sub>6</sub>

55. МЕНЕЕ ВЫРАЖЕННОЕ ПРОТИВОМИКРОБНОЕ ДЕЙСТВИЕ НА МБТ ОКАЗЫВАЕТ (ПК-1):

- 1)Табаник
- 2)Изониазид
- 3)ПАСК
- 4)Рифампицин
- 5)Пиразинамид

56 МАКСИМАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ДОЗА ИЗОНИАЗИДА СОСТАВЛЯЕТ (ПК-1):

- 1)2,5 мг/кг
- 2)5 мг/кг

- 3)10 г/кг
- 4)15 г/кг
- 5)20 мг/кг

**Критерии оценки выполнения тестовых заданий:**

- 70% верных ответов - зачтено
- менее 70% верных ответов - не зачтено

**3.2 Клинические задачи для устного собеседования**

**Задача.**

Пациентка Т., 18 лет, учащаяся.

**Жалобы:** обратилась в поликлинику с жалобами на слабость, потливость, сухой кашель, субфебрильную температуру по вечерам, появление багровых пятен на коже передней поверхности голеней.

**Анамнез жизни:** росла и развивалась нормально, перенесла детские инфекции, привита по возрасту.

**Анамнез заболевания:** считает себя больной 10 дней, когда появились указанные жалобы. Месяц назад перенесла ОРВИ, к врачам не обращалась.

**Объективное исследование:** Состояние удовлетворительное. Пониженного питания, кожные покровы бледные, на коже голеней – крупные багровые пятна, не выступающие над уровнем кожи, при пальпации поверхность неровная. Пальпируются 2 группы периферических лимфоузлов, мелкие, мягкие, безболезненные. Над легкими дыхание везикулярное ЧД 17 в мин. ЧСС 100 в мин, АД 100/60 мм рт ст. По остальным органам без патологии.

**Бронхоскопия:** слева деформация и сужение Б5 и Б4, в стенке Б4 отверстие 2 мм с гиперемией вокруг.

**Анализ крови:** Нг 120 г/л, Л 9200, п-12, с-68, л-17, м-3, СОЭ 28 мм/час.

**Проба Манту** с 2 ТЕ ППД-Л 17 мм с везикулой.

**Анализ мокроты:** в мокроте - МБТ найдены (люминесцентная микроскопия);

*Анализ мочи:* Цвет сол.жёлтый, рН 6,3, уд.вес 1020, лейкоциты единичные в препарате, белок abs, глюкоза abs, соли (оксалаты) немного, слизь немного

*R-грамма обзорная органов грудной клетки* - прямая проекция: определяется однородность и интенсивность тени левого корня, наружный контур его имеет полициклический характер изменения. Корень расширен, смещен вниз, зона гиповентиляции S4 левого легкого. Сосуды плохо определяются.

### Вопросы

1. Какие рентгенологические синдромы вы предполагаете обнаружить у больной? 2. Обоснуйте назначение лабораторных и инструментальных исследований, необходимость дополнительных методов исследования.
3. Сформулируйте предполагаемый диагноз.

### Задача № 3.

Больной В. 47 лет, механик. В течение последних 2 лет не работает.

Считает себя больным с сентября 2015 г., когда появился и стал усиливаться кашель, который был сухим, а затем – с небольшим количеством слизистой мокроты без запаха. Появилась общая слабость, ухудшился аппетит, стал терять в весе. В октябре появилась постоянная ноющая боль в верхнем отделе левой половины грудной клетки, периодически беспокоило «познабливание». При измерении температуры тела – отмечал повышение до 37,3 – 37,6° С. Ничем не лечился. Состояние не улучшалось. За 2 месяца похудел на 8 кг. К врачу поликлиники по месту жительства обратился 1 ноября. Был направлен на флюорографию. Выявлены изменения в верхней доле левого легкого, после чего больной был направлен на консультацию к фтизиатру.

Анамнез жизни. Холост, проживает в благоустроенной коммунальной квартире на 2 хозяина, имеет отдельную комнату. Семья соседей состоит из 2-х взрослых и ребенка 7 лет. Из перенесенных заболеваний отмечает пневмонию, гонорею, ушиб головного мозга. Питается плохо. Курит. Часто употребляет спиртные напитки. Последняя флюорография 3 года назад – патологии не было выявлено.

Объективно. Кожные покровы бледные. Рост – 165 см, вес – 60 кг. Голос хриплый. Над верхними отделами грудной клетки слева усилено голосовое дрожание, притуплен перкуторный звук, при аускультации на фоне ослабленного дыхания выслушиваются влажные мелко- и средне-пузырчатые хрипы. Реакция Манту с 2 ТЕ PPD – Л – папула 14 мм.

На обзорной рентгенограмме легких и томограммах верхней доли левого легкого определяется затемнение неправильной формы размером 6х5х3 см средней интенсивности с нечеткими контурами, в центре – просветление диаметром 10 мм. В мокроте выявлены кислотоустойчивые микобактерии – 25-30 в поле зрения.

При бронхоскопии на слизистой верхнедолевого бронха слева выявлен округлой формы инфильтрат диаметром 8 мм ярко-красного цвета.

1. Поставьте диагноз, сформулируйте его по классификации, укажите группу диспансерного учета.
2. Дайте клинико-морфологическое определение формы заболевания.
3. Назначьте план дополнительных методов обследования больного.
4. Определите степень своевременности выявления больного.
5. Определите к какой группе по степени эпидемиологической опасности относится данный очаг туберкулезной инфекции и составьте план мероприятий в нем.

### Задача №4.

Больной К., 53 лет, не работает, постоянного места жительства не имеет. Выявлен при проверочном флюорографическом обследовании по контакту с заболевшей туберкулезом сожительницей. После обследования в противотуберкулезном диспансере был направлен в легочно-терапевтическое отделение стационара для лечения.

Анамнез жизни. Раньше работал автослесарем, последние 13 лет не работает. Проживает в частном доме из 2-х комнат, без коммунальных удобств, с сожительницей и ее дочерью 13 летнего возраста. Страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки и хроническим бронхитом 15 лет. Курит, злоупотребляет спиртными напитками. Не проходил флюорографического обследования 12 лет.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела – 37,4 ° С. Рост 176 см, вес 72 кг. Кожные покровы обычной окраски, легкий цианоз губ. Число дыханий 26 в 1 мин. Пульс 100 уд./ мин. АД – 140/90 мм рт. ст. Печень по краю реберной дуги.

Реакция Манту с 2 ТЕ PPD – Л – папула 9 мм.

Анализ крови: Эр –  $3,82 \cdot 10^{12}$  / л, Нб – 110 г / л, л. –  $7,0 \cdot 10^9$  / л, э.-1 %, п.-3 %, с. - 60 %, лимф. - 26 %, мон. - 10 %, СОЭ - 19 мм / час.

Анализ мочи: следы белка, лейкоциты – 8-12 в п/зр., эритро.- един. в препарате, цилиндры гиалиновые – единичные в препарате.

Общий анализ мокроты: лейкоц. – 6 – 8 в п/зр., эпителий плоский – 3 – 5 в п/зр., эпителий альвеолярный – единичн. в препарате, КУМ (+), обильно.

Общая спирография: ЖЕЛ вдоха – 1,88 л., ЖЕЛ выдоха – 1,88 л., ОФВ<sub>1</sub> выд. / ЖЕЛ выд. – 77%.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и томограммах правого легкого 7-8-9 см – в S-2 правого легкого видна кольцевидная тень диаметром 3х2 см с плотной стенкой толщиной от 0,5 до 1 см. Выше её в S-1 и S-2 полиморфные очаги и фокусы до 2,5 см в диаметре, в некоторых из них участки просветления. Корень правого легкого деформирован, смещен вверх. Трахея смещена вправо. В S-6 правого легкого рассеянные очаги. В прикорневой зоне левого легкого - многочисленные очаги.

1. Поставьте диагноз, сформулируйте его по классификации, укажите группу диспансерного учета.
2. Дайте клинико-морфологическое определение формы заболевания.
3. Назначьте план дополнительных методов обследования больного.
4. Составьте дифференциально-диагностический ряд других заболеваний.
5. Перечислите возможные осложнения.
6. Определите режим химиотерапии, перечислите препараты.
7. Определите к какой группе по степени эпидемиологической опасности относится данный очаг туберкулезной инфекции и составьте план мероприятий в нем.

#### Задача №5

Больной Т. 53 года. Не работает. Ранее работал электриком.

Считает себя больным с конца мая 2009 г., когда без видимой причины повысилась температура тела до 38°C, появились общая слабость, потливость, сухой кашель, колющая боль в левой половине грудной клетки. Обратился 31 мая в районную больницу, где при рентгенологическом обследовании выявлено затемнение в нижнем отделе левой половины грудной клетки. Поставлен диагноз: Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония. Получал лечение антибиотиками широкого спектра действия включая рифампицин. При контрольном рентгенологическом обследовании выявлен экссудат в левой плевральной полости. При плевральной пункции было удалено 1000,0 мл серозного экссудата. 27 июня был направлен на консультацию в противотуберкулезный диспансер и был госпитализирован.

С 1996 г. по 1999 г. состоял на учете в противотуберкулезном диспансере по поводу инфильтративного туберкулеза верхней доли левого легкого. Был снят с учета по выздоровлению. Из перенесенных заболеваний отмечает травму грудной клетки в 1995 г., сотрясение головного мозга в 1997 г.



Проживает в частном доме из 3 комнат, без коммунальных удобств, с женой и сыном 16 лет. Последний раз проходил флюорографическое обследование в 2013г. – данных за активный туберкулез не было выявлено.

При поступлении в стационар: общее состояние не вполне удовлетворительное. Температура тела 37,4°C. Рост 170 см, вес 67 кг. Кожные покровы бледные, число дыханий 28 в 1 мин. При перкуссии грудной клетки слева в нижне-боковых отделах – притупление, при аускультации здесь же дыхание резко ослаблено, хрипов нет.

Анализ крови: Эр –  $4,78 \cdot 10^{12}$  / л, Нб – 140 г / л, л. –  $6,0 \cdot 10^9$  / л, э.-1 %, п.-5 %, с. - 61 %, лимфоциты - 31 %, моноциты - 2 %, СОЭ - 25 мм / час.

В мокроте КУМ (-) методами прямой и люминесцентной микроскопии.

Реакция Манту с 2 ТЕ РРД – Л – папула 19 мм.

На обзорной рентгенограмме легких за 1999 г. – на верхушке левого легкого - гомогенный фокус 1,5 см в диаметре высокой интенсивности с четкими контурами. На рентгенограмме легких от 31 мая 2016 г. слева интенсивная тень от купола диафрагмы до 5 ребра с косой внутренней границей. На латерограмме на левом боку эта тень меняет свою форму и располагается вдоль реберного края слоем 1 см. Слева на верхушке – интенсивный гомогенный фокус 1,5 см в диаметре с четкими контурами.

1. Поставьте диагноз, укажите группу диспансерного учета.
2. Определите степень своевременности выявления больного.
3. Дайте клинико-морфологическое определение форм заболевания.
4. Назначьте план дополнительных методов обследования больного.
5. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
6. Определите режим химиотерапии, препараты.
7. Назначьте дополнительные методы лечения.
8. Составьте план мероприятий в очаге туберкулезной инфекции.

#### Задача № 6

Больной С. 51 год. Отставной офицер.

Считает себя больным с 21 марта 2015 г., когда внезапно повысилась температура тела до 39° С, появились озноб, общая слабость, головная боль. Участковым терапевтом 22 марта было назначено амбулаторное лечение по поводу бронхита. Самочувствие не улучшалось. 30 марта была назначена рентгенография органов грудной клетки, где выявлено затемнение в левой половине грудной клетки. Больной в этот же день по скорой помощи госпитализирован в стационар противотуберкулезного диспансера.

В детстве перенес вирусный гепатит А. В течение 15 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки с ежегодными обострениями. Курит. Проживает в благоустроенной 4-комнатной квартире с женой, дочерью 25-летнего возраста и 3-мя внуками – 2 года, 5 лет и 6 лет. Предыдущая флюорография – 3 года назад – без патологии.

При поступлении состояние больного средней тяжести, температура тела 38,7°C. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно слева ниже 4 ребра определяется притупление перкуторного звука и ослабленное дыхание. Пульс 96 уд./мин. АД 110/70 мм рт. ст.

Реакция Манту с 2 ТЕ РРД – Л – папула 18 мм.

Анализ крови: Эр –  $3,78 \cdot 10^{12}$  / л, Нб – 113 г / л, л. –  $5,4 \cdot 10^9$  / л, э.-1 %, п.-2 %, с. - 64 %, лимфоциты - 26 %, моноциты - 7 %, СОЭ - 53 мм / час.

В мокроте КУМ (-) методами прямой и люминесцентной микроскопии.

ИФА крови на наличие антител к МБТ положительный (++)

На рентгенограмме органов грудной клетки от 30 марта 2015 г. слева в плевральной полости жидкость до 4 ребра. В 1 межреберье слева (S<sub>1+2</sub>) 3 тени малой интенсивности с нечеткими контурами.

При плевральной пункции слева было удалено 300,0 мл серозного экссудата.

При гистологическом исследовании материала пункционной биопсии париетальной плевры выявлены множественные эпителиоидно-гигантоклеточные гранулемы с гигантскими клетками Пирогова – Лангханса и казеозом в центре.

1. Поставьте диагноз, укажите группу диспансерного учета.
2. Определите степень своевременности выявления больного.
3. Дайте клинико-морфологическое определение форм заболевания.
4. Назначьте план дополнительных методов обследования больного.
5. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
6. Определите режим химиотерапии и препараты.
7. Назначьте дополнительные методы лечения.
8. Определите к какой группе по степени эпидемиологической опасности относится данный очаг туберкулезной инфекции и составьте план мероприятий в нем.

#### Задача №7

Больной М., 46 лет, временно не работает.

Впервые туберкулез легких был выявлен 1,5 года назад во время нахождения в тюремном заключении. Лечился неаккуратно. Год назад был освобожден, но в противотуберкулезный диспансер не явился, лечение не продолжил. В ноябре 2016 г. появилось недомогание, общая слабость, периодические повышения температуры тела. К врачу не обращался. В начале января 2017 г. температура тела повысилась до 38° С. Лечился амбулаторно с диагнозом «грипп». Через 3 недели появились головная боль, нарастающая по интенсивности, двоение в глазах и через 5 дней – рвота. Больной по скорой помощи был доставлен в БСМП и после рентгенологического обследования переведен в противотуберкулезный стационар.

Анамнез жизни. В детстве перенес корь. Курит, спиртные напитки употребляет часто. Работал грузчиком. Проживает с матерью, сестрой 40-летнего возраста, ее мужем и сыном 16 лет в частном доме со всеми удобствами. Имеет отдельную комнату.

Объективно. Состояние тяжелое. Сознание спутанное. На вопросы отвечает односложно. Отмечались светобоязнь, гиперестезия. Положительный симптом Бехтерева. Сглажена правая носогубная складка, девиация языка вправо. Сходящееся косоглазие справа. Напряжение мышц затылка. Правосторонний спастический гемипарез. В легких над всеми легочными полями рассеянные сухие хрипы. Пульс 96 уд./мин., АД 110/70 мм рт. ст.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: легочный рисунок с обеих сторон деформирован. По всем легочным полям густая очаговая диссеминация. На уровне 3 – 6 ребер слева крупные инфильтративные фокусы. В верхушке слева – система полостей. При спинномозговой пункции получена прозрачная желтоватая жидкость. Белок – 9,6 г/л, реакция Панди +++++, цитоз 738 кл/мкл, 96% лимфоциты, 4% нейтрофилы, глюкоза 0,51 ммоль/л, хлориды 96,3 ммоль/л, ИФА на МБТ резко положительна.

Реакция Манту с 2 ТЕ PPD – Л – гиперемия 12 мм.

В мокроте КУМ (+) методами прямой и люминесцентной микроскопии.

Анализ крови: Эр –  $3,98 \cdot 10^{12}$  / л, Нб – 120 г / л, л. –  $11,4 \cdot 10^9$  / л, э.-1 %, п.-6 %, с. - 77 %, лимфоциты - 11 %, моноциты - 5 %, СОЭ - 23 мм / час.

1. Поставьте диагноз, укажите группу диспансерного учета.
2. Дайте клинико-морфологическое определение форм заболевания.
3. Назначьте план дополнительных методов обследования больного.
4. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
5. Определите режим химиотерапии, назовите препараты.
6. Назначьте дополнительные методы лечения.

7. Определите к какой группе по степени эпидемиологической опасности относится данный очаг туберкулезной инфекции и составьте план мероприятий в нем.

#### Задача № 8

Ребенок Р., 3,5 лет.

Вакцинирован БЦЖ при рождении. У отца 1 год назад был выявлен активный туберкулез легких с бактериовыделением. В настоящее время он состоит на учете по 1А группе диспансерного учета, установлено прекращение бактериовыделения. Семья проживает в 1-комнатной квартире со всеми удобствами.

Реакция Манту с 2 ТЕ PPD – Л 13 ноября 2015. и 15 марта 2016г. отрицательная. При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки 12 ноября 2015 и 14 марта 2016 г. патологических изменений в легких и корнях легких не было выявлено. В анализе крови 14 марта 2016 г. – лейкоциты –  $6,0 \cdot 10^9 / л$ , СОЭ – 7 мм/час.

В апреле 2016 г. поведение ребенка изменилось. Он стал капризным, раздражительным, ухудшился аппетит. Иногда по вечерам стала повышаться температура тела до  $37,1 - 37,3^{\circ} C$ . Лечился дважды у участкового педиатра по поводу ОРВИ.

При очередном осмотре в сентябре 2016 г. - кожные покровы бледные, пальпируются многочисленные мелкие, мягкой эластической консистенции периферические лимфатические узлы. В легких при аускультации везикулярное дыхание.

Анализ крови: Эр –  $4,0 \cdot 10^{12} / л$ , Нб – 120 г / л, л. –  $7,4 \cdot 10^9 / л$ , э.-0 %, п.-4 %, с. - 53 %, лимфоциты - 28 %, моноциты -13 %, СОЭ - 20 мм / час.

В анализе мочи изменений не обнаружено.

Реакция Манту с 2 ТЕ PPD – Л – папула 13 мм.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки – в легочных полях очаговых или инфильтративных изменений не обнаружено. Справа в прикорневой области – несколько усилен периваскулярный и перибронхиальный рисунок.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите степень своевременности выявления больного.
3. Дайте клинико-морфологическое определение формы заболевания.
4. Назначьте план дополнительных методов обследования больного.
5. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
6. Определите режим лечения, назовите препараты.
7. Определите к какой группе по степени эпидемиологической опасности относится данный очаг инфекции и составьте план мероприятий в нем.

#### Задача № 9

Больная Г., 29 лет, домохозяйка.

Жалобы на боль в горле при глотании, осиплость голоса, общую слабость, плохой аппетит, похудение за последние 6 месяцев на 17 кг.

Анамнез заболевания. Заболела 1 год назад, когда появилась боль в горле без повышения температуры тела. Боль возникала периодически, главным образом после долгого разговора. Через 2 месяца боль стала иметь постоянный характер, усиливалась после разговора и приема пищи. Обратилась к отоларингологу, который назначил лечение по поводу хронического фарингита. Лечилась в течение года, периодически получала курсы антибиотиков, в том числе – фторхинолоны. Лечение давало временное улучшение, но затем вновь появлялись боль в горле и охриплость голоса. Постепенно стала нарастать общая слабость, повышенная утомляемость, появилась потливость, периодически повышалась температура тела до  $37,3 - 37,4^{\circ} C$ , ухудшился аппетит, стала терять вес. Несколько дней назад обратилась в ЛОР-отделение городской больницы, где перед госпитализацией рекомендовали пройти флюорографическое обследование. Выявлена патология в легких и больная была направлена в противотуберкулезный диспансер.

Анамнез жизни. В детстве болела краснухой, частые ОРВИ, 4 года назад был выявлен хронический сальпингооофорит. Проживает в благоустроенной двухкомнатной квартире с мужем. За 7 лет супружеской жизни беременностей не наступало.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, бледная. Рост 165 см, вес 48 кг. Частота дыханий 22 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 72 уд./мин., АД 120/75 мм рт. ст.

Анализ крови: Эр –  $3,86 \cdot 10^{12}$  / л, Нб – 122 г / л, л. –  $7,4 \cdot 10^9$  / л, э.-1 %, п.-10 %, с. - 61 %, лимфоциты - 22 %, моноциты - 6 %, СОЭ - 38 мм / час.

В мокроте обнаружены КУМ методом прямой микроскопии. Реакция Манту с 2 ТЕ РРД – Л – отрицательная.

На рентгенограмме органов грудной клетки – в верхних и средних отделах обоих легких видны множественные очаговые тени средней интенсивности с нечеткими контурами. В верхних отделах – инфильтративные фокусы, в структуре которых имеются участки разряжения до 1 см в диаметре.

Осмотр ЛОР-врача: при ларингоскопии слизистая гортани гиперемирована, покрыта вязкой слизью. Ложные голосовые связки гипертрофированы, правая истинная связка – деформирована на всем протяжении, малоподвижна при фонации.

1. Поставьте диагноз, укажите группу диспансерного учета.
2. Дайте клинико-морфологическое определение форм заболевания.
3. Назначьте план дополнительных методов обследования больного.
4. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
5. Определите режим химиотерапии, назовите препараты.
6. Назначьте дополнительные методы лечения.
7. Определите степень эпидемиологической опасности данного очага туберкулезной инфекции и составьте план мероприятий в нем.

#### Задача № 10

Больная К., 52 года. Домохозяйка.

Жалобы на общую слабость, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, ухудшение аппетита, иногда потливость по ночам, субфебрильную температуру тела.

Анамнез заболевания. Считает себя больной в течение трех месяцев, когда появились данные жалобы. Лечилась самостоятельно от гриппа, ОРВИ с кратковременными улучшениями самочувствия. Неделью назад вновь повысилась температура тела, усилился кашель, в мокроте появились прожилки крови. Обратилась к терапевту, при рентгенологическом обследовании выявлена патология в правом легком. При исследовании мокроты методом люминесцентной микроскопии выявлены кислотоустойчивые микобактерии.

Последний раз проходила флюорографическое обследование 6 лет назад. В легких находили изменения в правом легком, было дано направление на консультацию в противотуберкулезный диспансер, но она туда не пошла, т.к. чувствовала себя хорошо.

Анамнез жизни. В детстве перенесла ветряную оспу, аппендэктомию. Образование высшее, но никогда не работала. В течение 30 лет страдает хроническим эрозивным гастритом. 25 лет назад лечилась в психоневрологическом диспансере по поводу депрессивного состояния, состоит на учете. Проживает в благоустроенном собственном доме с мужем и сыном 27-летнего возраста.

Объективно. Температура тела  $37,2^{\circ}$  С. Больная пониженного питания. Кожные покровы бледные. Пульс 82 уд. в мин., АД 140/90 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, правая половина несколько отстает в акте дыхания. При аускультации – везикулярное дыхание.

Анализ крови: Эр –  $4,0 \cdot 10^{12}$  / л, Нб – 130 г / л, л. –  $5,4 \cdot 10^9$  / л, э.- 0 %, п.- 4%, с. - 50%, лимфоциты - 37%, моноциты - 9%, СОЭ - 8 мм / час.

В мокроте обнаружены КУМ методом прямой микроскопии.

Реакция Манту с 2 ТЕ РРД – Л – папула 19 мм.

На рентгенограмме органов грудной клетки – справа во 2 сегменте определяется круглая неомогенная тень высокой интенсивности с четкими контурами диаметром 3 см. У нижне-медиального края этого образования – просветление полукруглой формы. Возле круглой тени единичные высокой интенсивности тени 5 – 7 мм в диаметре и деформация легочного рисунка. Правый корень фиброзно изменен.

1. Поставьте диагноз, укажите группу диспансерного учета.
2. Определите степень своевременности выявления больного.
3. Дайте клинико-морфологическое определение формы заболевания.
4. Назначьте план дополнительных методов обследования больного.
5. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
6. Определите режим химиотерапии, назовите препараты.
7. К какой группе по степени эпидемиологической опасности относится данный очаг инфекции, составьте план мероприятий в нем.

#### Задача № 11

Больная И., 7 лет.

Жалобы на общую слабость, плохой аппетит, сухой кашель, повышение температуры тела по вечерам.

Анамнез заболевания. Заболела 3 недели назад, когда повысилась температура тела до 39° С, появился сильный кашель. Была осмотрена участковым педиатром, назначено лечение по поводу ОРВИ. Однако состояние ребенка не улучшалось и она была госпитализирована вместе с матерью в ЦРБ, где при рентгенологическом обследовании выявлена патология в левом легком. Назначено лечение от пневмонии. При флюорографическом обследовании матери выявлено в верхней доле правого легкого затемнение средней интенсивности с нечеткими контурами диаметром 4 см с просветлением в центре диаметром 0,7 см, а в мокроте методом прямой микроскопии обнаружены кислотоустойчивые микобактерии. Мать и дочь были переведены для обследования в противотуберкулезный диспансер.

Анамнез жизни. Ребенок из неполной цыганской семьи. Родилась восьмым по счету ребенком. Вакцинирована БЦЖ в роддоме. Проживает в частном доме из двух комнат без коммунальных удобств с матерью, 3 братьями и 4 сестрами. Старшему ребенку 17 лет. Питание неполноценное.

Объективно. Рост 98 см. Вес 18 кг. Кожные покровы бледные. Выявлен педикулез. Пальпируются мелкие (до 5 – 6 мм) мягко-эластической консистенции шейные, надключичные, подмышечные и паховые лимфатические узлы, подвижные, безболезненные. Число дыханий – 25 в мин. Перкуторно - притупление в средних отделах левой половины грудной клетки спереди. Аускультативно здесь же некоторое ослабление дыхания, хрипов нет. Пульс 100 уд./мин. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: Эр –  $3,9 \cdot 10^{12}$  / л, Нб – 113 г / л, л. –  $9,4 \cdot 10^9$  / л, э.- 1 %, п.- 4%, с. - 49%, лимфоциты - 35%, моноциты - 11%, СОЭ - 38 мм / час.

В промывных водах бронхов и желудка КУМ методом прямой микроскопии – не обнаружены. Реакция Манту с 2 ТЕ PPD – Л – папула 12 мм.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и томограммах средостения ребенка: в С4-5 левого легкого – затемнение неправильной формы средней интенсивности гомогенное с нечеткими контурами. Увеличены бронхопульмональные лимфатические узлы.

1. Поставьте диагнозы у матери и ребенка, группы диспансерного учета.
2. Дайте клинико-морфологическое определение форм заболевания.
3. Определите степень своевременности выявления больных.
4. Назначьте план дополнительных методов обследования ребенка.
5. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний у ребенка.
6. Определите режимы химиотерапии для ребенка и матери.
7. Определите к какой группе по степени эпидемиологической опасности относится данный очаг туберкулезной инфекции и группу диспансерного учета братьев и сестер заболевшего ребенка.

### Задача №12

Больная И., 82 г. Пенсионерка.

Жалобы на резкую общую слабость, отсутствие аппетита, боль в грудной клетке справа, кашель с мокротой слизистого характера до 100,0 мл в сутки без запаха с прожилками алой крови, похудение за 2 недели на 8 кг.

Анамнез заболевания. Заболела 4 месяца назад, когда впервые повысилась температура тела до 37,5° С, появился кашель с мокротой слизистого характера. Лечилась в течение месяца амбулаторно в поликлинике антибиотиками широкого спектра действия, включая фторхинолоны. Рентгенологически не обследовалась. Состояние несколько улучшилось, но сохранялись общая слабость, кашель с мокротой, периодически повышалась температура тела. Три дня назад повысилась температура тела до 39° С, появились озноб, выраженная потливость, боль в грудной клетке, одышка, сильный кашель с кровью. В течение 30 мин. выделено 300,0 мл алой крови. По скорой помощи госпитализирована в пульмонологическое отделение БСМП, где в мокроте методом бактериоскопии выявлены кислотоустойчивые микобактерии. Переведена в противотуберкулезный диспансер.

Анамнез жизни. Страдает ИБС, гипертонической болезнью, сахарным диабетом, тромбозом вен нижних конечностей. Проживает в частном доме с коммунальными удобствами с дочерью, зятем и внуком 22-х лет. В контакте с больными туберкулезом не была. Последний раз проходила флюорографию 3 года назад, патологии не было.

Объективно. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. В легких справа на всем протяжении – перкуторный звук притуплен, выслушиваются звучные мелко- и средне-пузырчатые хрипы.

Анализ крови: Эр –  $3,2 \cdot 10^{12}$  / л, Нб – 98 г / л, л. –  $13,4 \cdot 10^9$  / л, э.- 1 %, п.- 10%, с. - 59%, лимфоциты - 18%, моноциты - 12%, СОЭ - 48 мм / час.

В мокроте обнаружены КУМ методом люминесцентной микроскопии.

На рентгенограмме легких определяется интенсивное затемнение в верхних и средних отделах правого легкого, неоднородное с большим числом полостей распада. В средних и нижних отделах левого легкого множественные очаговые тени.

1. Поставьте диагноз, определите группу диспансерного учета.
2. Определите степень своевременности выявления больной.
3. Дайте клинико-морфологическое определение формы заболевания.
4. Назначьте план дополнительных методов обследования.
5. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболевания.
6. Определите режим химиотерапии, назовите препараты.
7. Составьте схему лечения легочного кровотечения.
8. Определите к какой группе по степени эпидемиологической опасности относится данный очаг туберкулезной инфекции и какие необходимо в нем провести противоэпидемические мероприятия.

### Задача №13

Больной М., 15 лет, поступил в больницу с жалобами на повышение температуры тела до 37,5°С, снижение аппетита, утомляемость, головную боль, похудение.

Анамнез заболевания. Состояние ухудшилось 1 месяц назад, когда впервые повысилась температура тела до 37,6°С. Лечился в течение недели от ОРВИ. Состояние улучшилось, но периодически температура тела повышалась до субфебрильных цифр, стал беспокоить сухой кашель. После рентгенологического обследования направлен в противотуберкулезный диспансер для обследования.

Анамнез жизни. В детстве перенес краснуху. Страдает хроническим тонзиллитом. Проживает с родителями и 7-летним братом в однокомнатной квартире.

При обследовании: кожные покровы чистые, бледные. Пальпируются группы шейных, подмышечных и паховых лимфатических узлов. Они плотноэластические, размерами 0,4 - 0,6 см. Выявлено укорочение перкуторного звука над грудной клеткой в паравертебральных зонах.

В гемограмме: лейкоциты –  $12,0 \cdot 10^9 / л$ , п/я нейтрофилы – 10 %, лимфоциты – 15%, моноциты – 10%, СОЭ - 28 мм / ч.

В мокроте КУМ методом прямой микроскопии – не обнаружены.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ PPD – Л - инфильтрат диаметром 12 мм. Предыдущие туберкулиновые пробы отрицательные.

На прямой обзорной рентгенограмме органов грудной клетки обнаружено увеличение размеров правого корня с потускнением проекции бронхов, контуры корня нечеткие. В легких очаговых и инфильтративных теней не обнаружено.

Диагностирована туберкулезная интоксикация.

1. Правильно ли определена клиническая форма туберкулеза?
2. С какой клинической формой туберкулеза следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Укажите основные клинико-рентгенологические различия между этими формами туберкулеза.
4. Поставьте Ваш диагноз.
5. Дайте рентгеноморфологическое определение данной клинической формы туберкулеза.
6. Что следует сделать для выявления источника инфицирования подростка?
7. Назначьте этиотропную терапию.
8. Определите к какой группе по степени эпидемиологической опасности относится данный очаг туберкулезной инфекции и какие необходимо в нем провести противоэпидемические мероприятия.

### **3.3. Контрольные вопросы для устного собеседования**

1. Какие законодательные и нормативные акты регулируют проведение профилактических осмотров населения на туберкулез?
2. Основные задачи общих лечебных учреждений при обследовании населения на туберкулез.
3. Назовите методы активного выявления больных туберкулезом органов дыхания.
4. О чем свидетельствует увеличение доли больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом среди впервые выявленных больных туберкулезом?
5. Группы населения с повышенным риском заболевания туберкулезом.
6. Частота обследования групп риска на туберкулез.
7. Микробиологическое обследование в общей лечебной сети пациентов с подозрением на туберкулез.
8. Рентгенография органов грудной клетки. Основные преимущества и ограничения.
9. Флюорография. Методика выполнения. Цели и задачи. Преимущества и недостатки.
10. Каков алгоритм, сущность и показания к использованию методов лучевой диагностики при легочном туберкулезе?
11. Перечислите основные методы выявления туберкулеза у взрослых и у детей.
12. Назовите основные симптомы и синдромы легочного туберкулеза, определите ценность субъективных ощущений больного.
13. Опишите алгоритм выявления и диагностики туберкулеза легких в практике врача общей практики.

14. Эндоскопические методы диагностики туберкулеза. Показания, материал биопсии и методы его исследования.
15. Диагностические возможности микроскопии мазка мокроты на КУМ, правило сбора качественных образцов мокроты у пациентов с подозрением на туберкулез.
16. Классическое культуральное (бактериологическое) исследование мокроты и альтернативные методы исследования (автоматизированные и полуавтоматизированные системы ускоренной культуральной диагностики туберкулеза).
17. Молекулярно – генетические методы исследования, как дополнительные методы ускоренной диагностики туберкулеза.
18. Цели и задачи противотуберкулезного диспансера.
  19. Группы диспансерного наблюдения.
  20. Пути распространения инфекции.
  21. Показатели, характеризующие эпидемиологический процесс.
  22. . Сбор и анализ жалоб и анамнеза.
  23. Основные симптомы и синдромы при туберкулезе.
  24. Особенности объективного осмотра при туберкулезе.
  25. Иммунодиагностика при туберкулезе. Пробы, оценка результатов, показания.
  26. Методика рентгенологического исследования органов дыхания при туберкулезе.
  27. Бактериологическая диагностика туберкулеза.
  28. Врификация диагноза.
  29. Принципы лечения туберкулеза.
  30. Выявление больных туберкулезом.
  31. Дополнительные методы лечения (патогенетические, коллапсотерапия, хирургические методы)

### **Критерии оценки устного ответа**

- «Отлично» - дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний при решении задачи. Знания демонстрируются на фоне междисциплинарных связей, доказательно поставлен диагноз, предложены правильные компоненты тактики лечения больного. В ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность понятий. Ответ изложен литературным языком с использованием медицинской терминологии, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Могут быть допущены незначительные недочеты в определении понятий и решении задачи, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа.
- «Хорошо» - дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний при решении ситуационной задачи. Знание



демонстрируется на фоне междисциплинарных связей, доказательно поставлен диагноз; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность понятий. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные обучающимся с помощью уточняющих вопросов преподавателя.

- «Удовлетворительно» - дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при решении ситуационной задачи вследствие непонимания обучающимся несущественных признаков и связей. Выводы в ответе требуют коррекции, сформулированной грубыми ошибками, устраняются обучающимся после уточняющих вопросов преподавателя. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.
- «Неудовлетворительно» - дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме ситуационной задачи с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа, обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.

#### **3.4. Перечень практических навыков**

- 1) формирование дифференциально - диагностического ряда при наличии рентгенологических синдромов округлой тени, характерных для туберкулеза и других заболеваний органов дыхания
- 2) формулировка алгоритма сбора анамнеза у больного с подозрением на туберкулез.
- 3) составление плана обследования больного при подозрении на туберкулез, интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов исследования.
- 4) техника проведения пробы Манту
- 5) интерпретация результатов пробы Манту
- 6) интерпретация результатов пробы Коха
- 7) техника проведения пробы Коха
- 8) техника проведения пробы с «Диаскинтестом»
- 9) интерпретация результатов пробы с «Диаскинтестом»
- 10) техника проведения плевральной пункции при туберкулезном плеврите
- 11) техника проведения спинномозговой пункции при туберкулезном менингите
- 12) техника сбора мокроты
- 13) формирование дифференциально - диагностического ряда при наличии рентгенологических синдромов очаговой тени, характерных для туберкулеза и других заболеваний органов дыхания
- 14) формирование дифференциально - диагностического ряда при наличии рентгенологических синдромов обширного затенения, характерных для туберкулеза и других заболеваний органов дыхания

- 15) формирование дифференциально - диагностического ряда при наличии рентгенологических синдромов кольцевидно-замкнутой тени, характерных для туберкулеза и других заболеваний органов дыхания
- 16) техника проведения световой микроскопии мокроты, интерпретация результатов
- 17) техника проведения люминесцентной микроскопии мокроты, интерпретация результатов

#### 4. Методическое сопровождение модуля

№	Наименование
1.	Фтизиатрия: учебник. Гиллер Д.Б., Мишин В. М. - М.: ГЕОТАР - Медиа, 2020. - 576 с.
2.	Фтизиатрия: национальное руководство. Под ред. М.И.Перельмана В 2-х тт. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010 (Серия «Национальные руководства»).
3.	Кошечкин, А.В. Фтизиатрия / А.В. Кошечкин. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2016. - 539 с.
4.	<a href="http://www.stoptb.org/home.html">www.stoptb.org/home.html</a> Stop TB, сервер Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), посвященный туберкулезу
5.	<a href="http://www.cdc.gov/nchstp/tb/">www.cdc.gov/nchstp/tb/</a> центры по контролю и профилактике заболеваний, отдел борьбы с туберкулезом.