

## 1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине Торакальная хирургия  
по специальности 31.08.51 Фтизиатрия

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1	<p>Раздел 1. Введение в торакальную хирургию. Общие вопросы. Общие понятия.</p> <p>Раздел 2. Диагностика в торакальной хирургии.</p> <p>Раздел 3. Хирургические заболевания органов грудной клетки.</p> <p>Раздел 4. Туберкулез органов дыхания.</p>	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• основные дефиниции, термины и классификацию заболевания груди, подходы к составлению диагностических и лечебных алгоритмов и схем;</li> <li>• методы дополнительного обследования больных с хирургическими заболеваниями органов груди;</li> <li>• клиническую симптоматику основных хирургических заболеваний, их профилактику, диагностику и лечение; общие и функциональные методы исследования в хирургической клинике, включая радиоизотопные и ультразвуковые методы, показания и противопоказания к рентгенорадиологическому обследованию больного; основы фармакотерапии в хирургии; показания и противопоказания к хирургическому лечению;</li> <li>• принципы реабилитации больных, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;</li> <li>• основы физиотерапии, фитотерапии;</li> </ul>	Тесты	31

			<p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>логически определять направления диагностического поиска, доказательно определять основные элементы диагноза с внутренней логической связью;</li> <li>составлять диагностический алгоритм с оптимальным результатом обследования, формулировать развернутый диагноз заболевания</li> <li>выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи или интенсивной терапии;</li> <li>оценить тяжесть состояния больного и принять необходимые меры для введения больного из этого состояния, определить объём и последовательность реанимационных мероприятий и оказать необходимую срочную первую помощь;</li> <li>определить необходимость специальных методов исследования, уметь интерпретировать их данные; разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза и осуществить подготовку всех функциональных систем организма больного к операции; разработать схему</li> </ul>	
--	--	--	--	--

			<p>послеоперационного ведения больного и профилактику послеоперационных осложнений; выявить возможные трансфузионные реакции и осложнения и провести борьбу с ними; осуществить необходимые реабилитационные мероприятия больного и проводить диспансеризацию пациента с оценкой её эффективности; оформлять всю необходимую медицинскую документацию;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• провести реабилитационные мероприятия с применением традиционных и нетрадиционных методов;</li> <li>• определить показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• методологией доказательной медицины, уметь использовать на практике клинические рекомендации с учетом их достоверности и доказательности;</li> </ul> <p>практически применять алгоритм обследования, трактовать результаты использования лучевых, функциональных, лабораторных, инструментальных методов; методами оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека</p>		
--	--	--	---	--	--

			методикой назначения реабилитационных мероприятий при хирургических заболеваниях и травмах;		
--	--	--	---	--	--

## 2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

### 2.1. Тестовые задания по дисциплине

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>1. ЧТО ТАКОЕ АГЕНЕЗИЯ ЛЕГКОГО?</p> <p>1) отсутствие легкого с главным бронхом</p> <p>2) отсутствие только паренхимы легкого</p> <p>3) эмфизематозно измененное легкое</p> <p>4) легочная секвестрация</p> <p>5) недоразвитие паренхимы легкого</p> <p>2. НАРУЖНЫМИ ГРАНИЦАМИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1) ключица</p> <p>2) хрящевые отделы ребер</p> <p>3) костные отделы ребер</p> <p>4) среднеключичная линия</p> <p>5) подмышечная линия</p> <p>3. ЧТО ТАКОЕ СИМПТОМ «ПАРАДОКСА ВДОХА» ПРИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ?</p> <p>1) стридорозное дыхание</p> <p>2) апноэ</p> <p>3) западение грудины и ребер при вдохе</p> <p>4) смещение средостения</p> <p>5) тахипноэ</p> <p>4. ЧТО ОТНОСИТСЯ К ВНУТРИЛЕГОЧНОЙ ФОРМЕ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ?</p> <p>1) пневмоторакс</p> <p>2) выпотной плеврит</p> <p>3) пиоторакс</p> <p>4) пиопневмоторакс</p> <p>5) буллы</p> <p>5. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЗАВИСИТ ОТ:</p> <p>1) стороны поражения дыхательной системы</p>	<p>УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8</p>

<p>2) выраженности, распространенности бронхоэктазов</p> <p>3) врожденных пороков желудочно-кишечного тракта</p> <p>4) наследственности</p> <p>5) состояния сердечно-сосудистой системы</p> <p>6. К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НЕ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>1) хондродисплазия реберных хрящей</p> <p>2) родовая травма</p> <p>3) укорочение грудино-диафрагмальной связки</p> <p>4) избыточный рост реберных хрящей</p> <p>5) хондродисплазия грудины</p> <p>7. УКАЖИТЕ, КАКОЙ ФАКТОР НЕ ВЛИЯЕТ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ:</p> <p>1) дизонтогенетический</p> <p>2) опухоли средостения</p> <p>3) воздушно-капельные инфекции</p> <p>4) инородные тела</p> <p>5) туберкулез легких</p> <p>8. ДЛЯ СИНДРОМА (ТРИАДЫ) КАРТАНГЕНЕРА НЕ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>1) дэкстракардия</p> <p>2) стеноз трахеи</p> <p>3) полисинусит</p> <p>4) бронхоэктазы</p> <p>5) правильно все</p> <p>9. ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СИММЕТРИЧНАЯ ВОРОНКООБРАЗНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ?</p> <p>1) углубление располагается в центре грудной клетки</p> <p>2) деформация половин грудной клетки выражена неодинаково</p> <p>3) значительное вдавление всей передней поверхности грудной клетки</p> <p>4) выступание грудины кпереди</p> <p>5) отсутствует верный ответ</p> <p>10. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНЫМ В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ?</p> <p>1) наследственность</p> <p>2) неблагоприятное течение беременности</p> <p>3) алиментарный фактор</p> <p>4) вредные привычки</p> <p>5) свойства возбудителя</p> <p>11. КАКОЙ МЕТОД ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРАХЕОБРОНХОМЕГАЛИИ:</p> <p>1) бронхография</p> <p>2) торакоскопия</p> <p>3) бронхоскопия</p> <p>4) ангиопульмонография</p> <p>5) микроскопия мокроты</p> <p>12. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРАХЕОБРОНХОМЕГАЛИИ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ:</p> <p>1) рентгенография</p> <p>2) томография</p>	
--	--

<p>3) бронхоскопия  4) бронхография  5) ангиопульмонография</p> <p>13. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ?</p> <p>1) 1-3 года  2) 4-6 лет  3) 7-10 лет  4) 11-12 лет  5) 13-15 лет</p> <p>14. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ВОРОНКООБРАЗНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИНИМАЕТ ТИПИЧНЫЙ ВИД?</p> <p>1) в период новорожденности  2) в школьном возрасте  3) в ясельном возрасте  4) в дошкольном возрасте  5) в подростковом возрасте</p> <p>15. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ДЕТИ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ?</p> <p>1) 3-5 лет  2) 1-3 года  3) до 10 лет  4) до 15 лет  5) 5-7 лет</p> <p>16. КАКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОМОГАЮТ УТОЧНИТЬ СТАДИЮ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ?</p> <p>1) физикальные данные  2) анализ крови  3) функция внешнего дыхания, ЭКГ  4) рентгенография грудной клетки  5) КТ</p> <p>17. ПЕРЕЧИСЛИТЕ СИНДРОМЫ, КОТОРЫЕ НЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ:</p> <p>1) дыхательная недостаточность  2) нейротоксический  3) синдром внутригрудного напряжения  4) абдоминальный  5) геморрагический</p> <p>18. ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА КАРТАГЕНЕРА НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:</p> <p>1) рентгенографию грудной клетки и придаточных полостей носа  2) бронхоскопию, бронхографию  3) ЭКГ  4) фиброэзофагоскопию  5) риноскопию</p> <p>19. КАК ЧАСТО ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ВРОЖДЕННЫЕ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ?</p> <p>1) 1%  2) 0,3%</p>	
---	--

<p>3) 0,04%</p> <p>4) 15%</p> <p>5) 2%</p> <p>20. ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ДРЕНИРУЮЩЕГОСЯ В БРОНХ АБСЦЕССА ЛЕГКОГО?</p> <p>1) сильный кашель с обильной мокротой</p> <p>2) влажные хрипы</p> <p>3) гиперсаливация</p> <p>4) ослабление дыхания</p> <p>5) притупление перкуторного звука</p> <p>21. КАКОГО ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНОГО ОСЛОЖНЕНИЯ НЕТ ПРИ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ?</p> <p>1) пневмоторакс</p> <p>2) бронхит</p> <p>3) пиоторакс</p> <p>4) выпотной плеврит</p> <p>5) пиопневмоторакс</p> <p>22. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ГРОЗНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГОЧНОЙ СЕКВЕСТРАЦИИ:</p> <p>1) пневмоторакс</p> <p>2) медиастинит</p> <p>3) кровотечение</p> <p>4) плеврит</p> <p>5) пиоторакс</p> <p>23. УКАЖИТЕ КЛАССИФИКАЦИЮ БРОНХОЭКТАЗОВ ПО ГЕНЕЗУ:</p> <p>1) приобретенные, врожденные</p> <p>2) цилиндрические, мешотчатые</p> <p>3) односторонние, двусторонние</p> <p>4) дизонтогенетические, кистовидные</p> <p>5) диффузные, локальные</p> <p>24. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛУЮ ФОРМУ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ?</p> <p>1) асимметричная</p> <p>2) плосковороночная</p> <p>3) симметричная</p> <p>4) рахитическая</p> <p>5) бочкообразная</p> <p>25. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ НЕ ХАРАКТЕРНЫ ПРИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ?</p> <p>1) отставание в физическом развитии</p> <p>2) склонность к повторным воспалениям бронхолегочного аппарата</p> <p>3) грудной кифоз, сколиоз</p> <p>4) нарушение функции сердечной деятельности</p> <p>5) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы</p> <p>26. НАЗОВИТЕ БРОНХОЭКТАЗЫ ПО ФОРМЕ:</p> <p>1) мешотчатые, кистовидные, цилиндрические</p> <p>2) приобретенные, врожденные</p> <p>3) дизонтогенетические, цилиндрические</p> <p>4) односторонние, двухсторонние</p> <p>5) дизонтогенетические, кистовидные</p>	
---	--

<p>27. КАКОЙ ФАКТОР ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ В ФОРМИРОВАНИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) экологический</li> <li>2) неблагоприятное течение беременности</li> <li>3) наследственный</li> <li>4) вредные привычки</li> <li>5) травма</li> </ol> <p>28. КАКИЕ НАРУШЕНИЯ ЭМБРИОГЕНЕЗА БРОНХО-ЛЕГОЧНОГО АППАРАТА ПО МОНАЛЬДИ ОТНОСИТСЯ К 1 СТЕПЕНИ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отсутствие первичной бронхиальной почки</li> <li>2) недоразвитие главного бронха, отсутствие паренхимы легкого</li> <li>3) стенозы трахеи, бронхов</li> <li>4) врожденные кисты легкого</li> <li>5) легочная секвестрация</li> </ol> <p>29. ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ БРОНХОЭКТАЗЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) односторонние, двусторонние</li> <li>2) эмфизематозные, ателектатические</li> <li>3) мешотчатые, кистовидные</li> <li>4) цилиндрические, локальные</li> <li>5) кистовидные, двусторонние</li> </ol> <p>30. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВРОЖДЕННОЙ ЛОБАРНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аплазия, гипоплазия хряща долевого бронха</li> <li>2) аспирация мекония</li> <li>3) аномальное отхождение легочных сосудов</li> <li>4) опухоли средостения</li> <li>5) дефицит сурфактанта</li> </ol> <p>31. ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) туберкулез легких, характеризующийся участком затемнения</li> <li>2) туберкулез легких, проявляющийся клиникой пневмонии</li> <li>3) туберкулез легких, характеризующийся воспалительными изменениями с преобладанием экссудативного компонента и казеозным некрозом в центре</li> </ol> <p>32. ПРЕОБЛАДАНИЕ ЭКССУДАТИВНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ С КАЗЕОЗНЫМ НЕКРОЗОМ И ЧАСТЫМ ОБРАЗОВАНИЕМ ПОЛОСТЕЙ РАСПАДА ПРОИСХОДИТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) из-за гиперергической реакции макроорганизма на микобактерии туберкулеза</li> <li>2) из-за гиперсенсibiliзации легочной ткани к антигенам микобактерий туберкулеза</li> <li>3) из-за массивного размножения инфекции в очаге поражения</li> </ol> <p>33. В ОСНОВУ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ИНФИЛЬТРАТОВ ПОЛОЖЕНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) поражение бронха</li> <li>2) степень выраженности специфического воспаления и его распространенность</li> <li>3) наличие ателектатических изменений</li> <li>4) объем поражения легкого</li> </ol>	
--	--



<p>д) клинические проявления болезни</p> <p>34. ОСНОВНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ОТЛИЧИЕМ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТ ВАРИАНТОВ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) большой объем поражения</li> <li>2) преобладание казеозного некроза</li> <li>3) более частый распад</li> <li>4) склонность к бронхогенной диссеминации</li> <li>5) поражение крупных бронхов</li> </ol> <p>35. КАЗЕОЗНАЯ ПНЕВМОНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) скудным выделением МБТ</li> <li>2) обильным выделением МБТ</li> <li>3) редким выделением МБТ</li> <li>4) однократным выделением МБТ</li> </ol> <p>35. ТУБЕРКУЛЕМА В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 1-2%</li> <li>2) 4-5%</li> <li>3) 10-20%</li> <li>4) 20-25%</li> </ol> <p>36. ТУБЕРКУЛЕЗ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ В СРАВНЕНИИ СО СРЕДНЕЙ ЧАСТОТОЙ НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) чаще</li> <li>2) реже</li> <li>3) не отличается от средней частоты</li> </ol> <p>37. СОЦИАЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) пьянством и алкоголизмом больного</li> <li>2) недисциплинированностью и отказом от лечения</li> <li>3) необходимостью в силу разных причин ускорить медицинскую и социальную реабилитацию больного</li> </ol> <p>38. ПРИ ТУМОРОЗНОМ БРОНХОАДЕНИТЕ ПОКАЗАНИЯ К НЕОТЛОЖНОЙ ОПЕРАЦИИ ВОЗНИКАЮТ В СВЯЗИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) с возникновением лимфа-гематогенной и бронхогенной диссеминации</li> <li>2) с осложнением ателектазом доли или легкого</li> <li>3) с угрозой прорыва казеозных масс в просвет бронха или пищевода при контактном переходе процесса на стенку бронха или пищевода</li> </ol> <p>39. ПРИ КАВЕРНОЗНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) если в ходе основного курса химиотерапии не выявилась тенденция к рубцеванию каверны</li> <li>2) если полость деструкции не зажила к концу основного курса химиотерапии</li> <li>3) после устранения с помощью медикаментозных средств признаков обострения заболевания и отграничения инфекционного процесса</li> <li>4) правильно а) и в)</li> </ol> <p>40. РАК IN SITU ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ МИКРОИНВАЗИВНОГО ТЕМ, ЧТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Инфильтрирует и разрушает базальную мембрану.</li> <li>2) Инфильтрирует ткани в пределах слизистой оболочки;</li> </ol>	
--	--

- |  |  |
|--|--|
| 3) Инфильтрирует и слизистую и подслизистую оболочки органа;<br>4) Не распространяется глубже базальной мембраны и не разрушает её |  |
|--|--|

## 2.2 Ситуационные задачи

### ПРОСЫ

при наклонах в здоровую сторону и дыхании; на температуру 39<sup>о</sup>С, озноб и потливость.

вместе с родственником. Больная отмечает, что через 2-3 дня интенсивность боли постепенно уменьшилась, но появилась

рост 172 см, вес 59 кг. Кожные покровы чистые, бледные больная предпочитает лежать на левом боку, так как при этом нет боли в лопаточной и подмышечной линиях. Слева внизу голосовое дрожание не проводится. Аускультативно дыхание слева ослаблено, хрипы не увеличены. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. М - 12%; Э - 6%; СОЭ – 40 мм/час.

вести. В нижних отделах грудной клетки слева гомогенные затемнения с косой верхней границей, идущей на уровне

теними в верхушках обоих легких в виде кальцинатов. МБТ - , IА ГДУ.

туберкулезом, наличие кальцинированных очагов в верхушках легких, данные иммунодиагностики – резко положительные. В анамнезе – приступов после переохлаждения типичных жалоб (боль в боку, усиление боли при дыхании, уменьшение болей после наклона в здоровую сторону, одышка до 30 в ' , голосовое дрожание не проводится на уровне IV ребра).

группы диспансерного учета. Обоснование проведено не полностью, сокращено.

и больной.

жидкости. За туберкулезную этиологию процесса будет свидетельствовать преобладание лимфоцитов в плевральной жидкости. В с целью обнаружения ДНК МБТ. Желательно так же выполнить плевроскопию с биопсией.

больной.

й экссудата путем плевральных пункций или дренирования плевральной полости. После постановки метки (нанести метки на рентгенограмму).  
проведения.

значить больной. Обоснуйте свой выбор.

и 4 основных противотуберкулезных препаратов: изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол. Выбор этой комбинации является оптимальным для начального режима химиотерапии.

2 препарат в верно обозначенном режиме химиотерапии.

## ПРОСЫ

большим количеством мокроты, болями в грудной клетке справа, одышку и резкие подъемы температуры до 39-39,5°C в течение последних 3-4 месяцев, сильно похудел (на 6-7 кг). Болен фиброзно-кавернозным туберкулезом правого легкого пять лет, лечился неоднократно.

всего 52 кг. Кожные покровы бледные. Грудная клетка справа отстает при дыхании, нижние межреберья сглажены, пальпация безболезненна, перкуторно тимпанит не проводится. Аускультативно слева жесткое дыхание, справа в верхних отделах разнокалиберные хрипы, в нижних отделах жесткое дыхание. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Сатурация кислорода - 92%; СОЭ - 47 мм/час.

на рентгенограмме грудной клетки справа в нижних отделах гомогенное затемнение с горизонтальной границей. В верхних отделах легкого - участки гиперинфляции.

лечения: изониазид и рифампицин.

в анамнезе: туберкулез правого легкого с формированием плевро-бронхиального свища справа. Пиопневмоторакс. МБТ+, устойчивость к изониазиду.

и рентгенологической картины (фиброзно-цирротические изменения с полостями распада).

и свищом справа установлен по данным объективного обследования: симптомов тяжелой интоксикации (температура 38,5°C, слабость, похудение), признаков их болезненна, перкуторно тупость в нижних отделах правого легкого, также отсутствует дыхание и не проводится перкуссия. Анамнез свидетельствует о внезапном появлении кашля с гнойной мокротой на фоне выраженной интоксикации.

в анамнезе: туберкулез правого легкого с формированием плевро-бронхиального свища справа. Пиопневмоторакс. МБТ+, устойчивость к изониазиду.

группы диспансерного учета. Обоснование проведено не полностью, сокращено.

и больной.

пациента после прорыва каверны в плевральную полость с формированием гнойного плеврита; проведение химиотерапии по схеме РВ на ДНК МБТ с определением лекарственной устойчивости;

кения бронхов

му лечения больного. Обоснуйте свой выбор.

лечением фторхинолонов. Выбор основан на факте обнаружения резистентности МБТ к изониазиду и рифампицину.

правильный режим химиотерапии.

фторхинолоны и препараты резерва, но режим назначен правильно.

консультация фтизиохирурга с решением вопроса оперативного лечения. Операцией выбора в данном случае может быть резекция пораженной доли легкого.

## ПРОСЫ

жалобами на одышку, кашель, боли в груди справа. Около 6 лет болен туберкулезом легких. Туберкулез выявлен в микроскопическом исследовании мокроты, фазы распада, МБТ+, МЛУ (устойчивость к рифампицину, изониазиду, стрептомицину) по решению суда. Злоупотребляет алкоголем. Последний отрыв от лечения в течение полугода.

была резкая боль в груди справа, выросла одышка.

при осмотре определяется западение правой половины грудной стенки, отставание ее в акте дыхания. При перкуссии справа

грудные тоны сердца приглушены, ЧСС 84 в мин. АД 120/70 мм рт.ст.

на 5%), СОЭ 56 мм/час.

определяются множественные полости с толстыми стенками, неправильной формы, размерами максимально до 4х5 см, наполненные жидкостью. Слева в нижнем поле множественные очаги. Левый корень деформирован.

или эмпиема плевры туберкулезной этиологии.

обсеменения, прогрессирование, осложненный спонтанным пневмотораксом справа, МБТ+, МЛУ (устойчивость к рифампицину, изониазиду, стрептомицину).

и/или не диагностированы осложнения/или не указаны локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.

лабораторных признаков активного воспалительного процесса.  
делена на основании данных лучевого обследования (полости с фиброзными стенками, признаки цирротических изменений в легком, данные бактериологического обследования.  
обследования — наличием перикавитарной инфильтрации и очагов бронхогенного засева в нижележащих отделах легких, наличием левосторонний пневмоторакс и экссудативный плеврит; возникновение клинических признаков осложнения около мес. после операции, наличием свободную плевральную полость.

и осложнений.

и по IV режиму. С учетом ранее полученных данных бактериологического обследования (наличие множества возбудителей — изониазид, циклосерин или теризидон, ПАСК) и пиразинамида. Коррекция схемы может быть произведена по результатам бактериологического обследования с ее санацией антисептическими растворами и аспирацией воздуха и экссудата.

обтурация или клапанная бронхоблокация на уровне долевого или сегментарного бронха соответственно локализованы.

противотуберкулезные препараты I ряда (кроме пиразинамида), но выбор IV режима обосновали в схему лечения в связи с наличием бронхоблокации.

дренированию плевральной полости, не установлены показания к обтурации бронха или клапанной бронхоблокации.

обследования больного. Обоснуйте свой выбор.

о чувствительность;

ую ототоксических антибиотиков.

ерно.

## ПРОСЫ

сть. Перенесла инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого, МБТ—, IA ГДУ около 4 лет назад. После операции по поводу туберкулеза лечение в противотуберкулезный кабинет не являлась. 6 месяцев назад срочные роды. В послеродовом периоде с целью диагностики рентгенографии органов грудной клетки — слева в верхнем поле полостное образование 3х3 см с тонкими стенками. В общем состоянии удовлетворительное. При аускультации определяются единичные влажные хрипы в межлопаточной области. Скорость оседания эритроцитов 9,0\*10<sup>9</sup>/л, СОЭ 20 мм/ч. В общем анализе мочи — без патологии.

ена гров (маркер резистентности к рифампицину).

ально расположенная полость размерами 2,5х3х3 см, с тонкими стенками; рядом немногочисленные мягкие очаговые изменения.

БТ+ (устойчивость к рифампицину), IB ГДУ.

аза процесса, группа диспансерного учета.

е ДНК МБТ методом ПЦР-РВ.

туберкулез легких; прекращение регулярного обследования после клинического излечения туберкулеза.

и после беременности и родов.

овании данных лучевого обследования (тонкостенная полость с отсутствием перикавитарной инфильтрации на оч  
ологического обследования.

вания — наличие очагов бронхогенного засева в противоположном легком.

м туберкулеза.

и группы диспансерного учета.

ледования больной. Обоснуйте свой выбор.

ивость;

ю ототоксических антибиотиков.

ерно.

ентки. Обоснуйте свой выбор, дайте дальнейшие рекомендации.

етом данных молекулярно-генетического исследования (наличие мутации МБТ с резистентностью к рифампицину  
улезных препаратов II ряда (фторхинолон, капреомицин, этионамид или протионамид, циклосерин или теризидон, I

отивотуберкулезные препараты I ряда (кроме пиразинамида), но выбор IV режима обоснован.

ль не реже 1 раза в месяц; контрольный посев мокроты на МБТ через 3 месяца.

лез, при условии исключения туберкулезного поражения бронхов больной показано наложение искусственного п  
плевральной полости) следует рассмотреть возможность клапанной бронхоблокации.

показана консультация торакального хирурга для решения о показаниях к резекции легкого.

## **ПРОСЫ**

еза верхней доли левого легкого, фаза распада, МБТ+, IA ГДУ. Было начато лечение по интенсивной фазе режима I  
влена резистентность МБТ к рифампицину, изониазиду, этамбутолу и стрептомицину. Перерегистрирован на  
По IV режиму получил контролируемо около 150 доз препаратов, далее ушел из стационара, от лечения оторвался.  
дье, утомляемость, субфебрилитет.



### 3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

#### 3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8,	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

#### 3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8,	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	Твердые знания программного материала, допустимы несущественные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

#### 3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и



навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.