

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

Специальность 31.08.45 Пульмонология
код, наименование

Кафедра: фтизиатрии им И.С. Николаева

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Торакальная хирургия» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Торакальная хирургия». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Торакальная хирургия» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1.	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2.	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7	Текущий	Раздел 1. «Введение в торакальную хирургию. Общие вопросы. Общие понятия».	Тестовые задания
		Раздел 2. «Диагностика в торакальной хирургии».	Тестовые задания
		Раздел 3. «Хирургические заболевания органов грудной клетки».	Тестовые задания
		Раздел 4. «Туберкулез органов дыхания».	Тестовые задания
		Раздел 5. «Визуализация в торакальной хирургии. Цифровые навыки использования программного обеспечения для работы с компьютерными томограммами».	Тестовые задания
	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Ситуационные задачи

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач.

4.1. Тестовые задания для оценки компетенций: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7.

Тестовые задания	Код компетенции

	(согласно РПД)
1. Термин «туберкулёз» был введён в медицину: а) Я.Сильвиусом; б) Р.Мортоном; в) Р.Лаэннеком и Шенлейном; г) Гиппократом; д) Ю.Конгеймом и Б.Вильменом.	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7
2. Возбудитель туберкулеза был открыт: а) Б.Вильменом; б) Р.Мортоном; в) Ю.Конгеймом; г) Р.Кохом; д) Я.Сильвиусом.	
3. Наиболее частым возбудителем туберкулёза у человека является: а) Мышиный тип; б) Птичий тип; в) Бычий тип; г) Человеческий тип.	
4. Показатель, при котором туберкулез считается не распространенным заболеванием: а) 100 на 100.000; б) 80 на 100.000; в) 50 на 100.000; г) 20 на 100.000; д) 10 на 100.000.	
5. Эпидемиологический показатель, определяемый при массовой туберкулинодиагностики: а) Заболеваемость; б) Болезненность; в) Инфицированность; г) Распространенность; д) Выявляемость.	
6. Основными опасными для людей источниками МБТ являются: а) инфицированные МБТ люди; б) больные туберкулезом легких; в) больные внелегочным туберкулезом; г) больные туберкулезом животные; д) инфицированные МБТ животные.	
7. Туберкулез чаще развивается на фоне: а) ВИЧ-инфекции; б) дисбактериоза; в) обезвоживания; г) тиреотоксикоза; д) вегетососудистой дистонии.	
8. Какой метод применяется для диагностики трахеобронхомегалии: а) бронхография; б) торакоскопия; в) бронхоскопия; г) ангиопульмонография; д) микроскопия мокроты.	

<p>9. Инфильтративный туберкулез легких - это</p> <p>а) туберкулез легких, характеризующийся участком затемнения</p> <p>б) туберкулез легких, проявляющийся клиникой пневмонии</p> <p>в) туберкулез легких, характеризующийся воспалительными изменениями с преобладанием экссудативного компонента и казеозным некрозом в центре</p>	
<p>10. Преобладание экссудативного воспалительного процесса при инфильтративном туберкулезе с казеозным некрозом и частым образованием полостей распада происходит в первую очередь</p> <p>а) из-за гиперергической реакции макроорганизма на микобактерии туберкулеза</p> <p>б) из-за гиперсенсibilизации легочной ткани к антигенам микобактерий туберкулеза</p> <p>в) из-за массивного размножения инфекции в очаге поражения</p>	
<p>11. В основу клинико-рентгенологических вариантов инфильтратов положено</p> <p>а) поражение бронха</p> <p>б) степень выраженности специфического воспаления и его распространенность</p> <p>в) наличие ателектатических изменений</p> <p>г) объем поражения легкого</p> <p>д) клинические проявления болезни</p>	
<p>12. Основным морфологическим отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является</p> <p>а) большой объем поражения</p> <p>б) преобладание казеозного некроза</p> <p>в) более частый распад</p> <p>г) склонность к бронхогенной диссеминации</p> <p>д) поражение крупных бронхов</p>	
<p>13. Казеозная пневмония характеризуется</p> <p>а) скудным выделением МБТ</p> <p>б) обильным выделением МБТ</p> <p>в) редким выделением МБТ</p> <p>г) однократным выделением МБТ</p>	
<p>14. Что такое агенезия легкого</p> <p>а) отсутствие легкого с главным бронхом</p> <p>б) отсутствие только паренхимы легкого</p> <p>в) эмфизематозно измененное легкое</p> <p>г) легочная секвестрация</p>	
<p>15. Туберкулез у больных хроническим бронхитом в сравнении со средней частотой наблюдается</p> <p>а) чаще</p> <p>б) реже</p> <p>в) не отличается от средней частоты</p>	
<p>16. Социальные показания к операции определяются</p> <p>а) пьянством и алкоголизмом больного</p> <p>б) недисциплинированностью и отказом от лечения</p> <p>в) необходимостью в силу разных причин ускорить медицинскую и социальную реабилитацию больного</p>	

<p>17. При опухолевом бронхоадените показания к неотложной операции возникают в связи</p> <ul style="list-style-type: none"> а) с возникновением лимфо-гематогенной и бронхогенной диссеминации б) с осложнением ателектазом доли или легкого в) с угрозой прорыва казеозных масс в просвет бронха или пищевод при контактном переходе процесса на стенку бронха или пищевода 	
<p>18. При кавернозном туберкулезе легких операция показана</p> <ul style="list-style-type: none"> а) если в ходе основного курса химиотерапии не выявилась тенденция к рубцеванию каверны б) если полость деструкции не зажила к концу основного курса химиотерапии в) после устранения с помощью медикаментозных средств признаков обострения заболевания и ограничения инфекционного процесса г) правильно а) и в) 	
<p>19. Что относится к внутрилегочной форме острой гнойно-деструктивной пневмонии:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) пневмоторакс; б) выпотной плеврит; в) пиопневмоторакс; г) пиоторакс. 	
<p>20. При осмотре пораженного туберкулезом коленного сустава могут быть обнаружены:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Изменение конфигурации, цвета кожных покровов над суставом, возможно наличие болезненных ощущений; б) Сустав визуально не изменен; в) Цвет кожи над суставом становится цианотичным, надколенник спаивается с окружающими тканями; г) Цвет кожных покровов не изменен, отмечается резкая болезненность при пальпации. 	
<p>21. Острый гнойно-фибринозный плеврит предполагает:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) радикальную операцию; б) многократные плевральные пункции; в) дренирование плевральной полости; г) наложение пневмоторакса. 	
<p>22. Часто встречающейся формой абдоминального туберкулеза является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Туберкулез аппендикса; б) Туберкулез сальника; в) Туберкулез кишечника и мезентериальных лимфоузлов; г) Туберкулез брюшины 	
<p>23. Часто встречающаяся форма туберкулеза кожи - это:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Туберкулезная волчанка; б) Диссеминированный туберкулез кожи; в) Скрофулодерма; г) Туберкулезный шанкр. 	
<p>24. Назовите наиболее грозное осложнение при оперативном лечении легочной секвестрации:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) пневмоторакс б) медиастинит 	

<p>в) кровотечение г) плеврит</p>	
<p>25. Самый информативный метод исследования на микобактерию туберкулеза: а) люминесцентная бактериоскопия б) бактериологический в) биологический г) простая бактериоскопия</p>	
<p>26. Метод, позволяющий определить лекарственную устойчивость: а) биологический б) простая бактериоскопия в) Gene-Expert г) люминесцентная микроскопия</p>	
<p>27. Выберите правильные утверждения относительно корд-фактора: а) фактор вирулентности МБТ; б) фактор вирулентности НТМ; в) обуславливает формирование микроколоний на плотных средах в виде жгутов или кос.</p>	
<p>28. Какие НТМ относятся к группе скотохромогенных микобактерий по классификации Runyon: а) не пигментированные в темноте, но приобретающие пигментацию после выдерживания на свету; б) образующие пигмент в темноте; в) не образующие пигмент или имеющие бледно-желтую окраску, которая не усиливается на свету; г) быстрорастущие.</p>	
<p>29. Рост колоний быстрорастущих НТМ на яичных питательных средах появляется: а) через 4–7 дней; в) через 24–27 дней. б) через 14–17 дней;</p>	
<p>30. Назовите облигатно-патогенные для человека микобактерии: а) <i>M. tuberculosis</i>; в) <i>M. avium</i>; б) <i>M. intracellulare</i>; г) <i>M. leprae</i>.</p>	
<p>31. Наиболее распространённая настольная операционная система для работы с программами для визуализации КТ называется: а) Windows; в) iOS; б) macOS; г) Linux.</p>	
<p>32. Требуется ли постоянный технический мониторинг приложений для визуализации КТ: а) нет, не требуется; б) да, требуется постоянно; в) да, требуется 1 раз в 3 месяца; г) да, требуется 1 раз в 12 месяцев.</p>	
<p>33. Требуется ли постоянный технический мониторинг приложений для визуализации КТ:</p>	

а) нет, не требуется; б) да, требуется постоянно; в) да, требуется 1 раз в 3 месяца; г) да, требуется 1 раз в 12 месяцев.	
34. Выберите программу для визуализации КТ, которая не требует принудительного лицензирования: а) RadiAnt DICOM Viewer; б) Vesalius3D; в) Vidar DICOM Viewer; г) Materialise Mimics InPrint.	

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень тестовых заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: ситуационные задачи по разделам дисциплины.

5.1.1 Ситуационные задачи

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	A/01.8	Диагностика заболеваний бронхолегочной системы.
Ф	A/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам при заболеваниях бронхолегочной системы, контроль его эффективности и безопасности.
Ф	A/03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях бронхолегочной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов.
Ф	A/05.8	Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями бронхолегочной системы.
Ф	A/07.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина 27 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в левом боку, усиливающиеся при наклонах в здоровую сторону и дыхании; на температуру 39^оС, озноб и потливость.</p> <p>Из анамнеза известно, что боли возникли после переохлаждения. Туберкулезный контакт с родственником. Больная отмечает, что через 2-3 дня интенсивность боли постепенно уменьшилась, но появилась отдышка. Со слов, при профилактической флюорографии лет 10 назад находили в верхушках кальцинаты. НЕ курит, алкоголем не злоупотребляет.</p> <p>При осмотре: состояние ближе к средней тяжести. Астеническое телосложение. Рост 172 см, вес 59 кг. Кожные покровы чистые, бледные больная предпочитает лежать на левом боку, так как при этом нет болей. Левая половина грудной клетки резко отстает при дыхании. ЧДД – 30 в 1. Слева нижние межреберья сглажены. Перкуторно определяется притупление легочного звука слева по лопаточной и подмышечной линиям. Слева внизу голосовое</p>

		<p>дрожание не проводится. Аускультативно дыхание слева резко ослаблено. Границы сердца смещены вправо. Тоны сердца приглушены, учащены до 120 в ' . АД 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: Eг – 4,0*10¹²/л; Hb – 120 г/л; Le – 11,02*10⁹/л; П – 12%; С - 59%; Л - 11%; М - 12%; Э - 6%; СОЭ – 40 мм/час.</p> <p>Мокроту больная не выделяет, кашля практически нет.</p> <p>НА обзорной рентгенограмме: в верхушках легких определяются тени с отложением извести. В нижних отделах грудной клетки слева гомогенные затемнения с косой верхней границей, идущей на уровне переднего отрезка IV ребра.</p> <p>Диаскинтест – папула 17 мм.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Туберкулезный экссудативный плеврит слева. Осложненный посттуберкулезными изменениями в верхушках обоих легких в виде кальцинатов. МБТ - , IА ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>1) на туберкулезную этиологию заболевания указывает наличие контакта с больным туберкулезом, наличие кальцинированных очагов в верхушках легких, данные иммунодиагностики – резко положительный диаскинтест, молодой возраст пациентки.</p> <p>2) клиническая форма – экссудативный плеврит – определена на основании остро возникших после переохлаждения типичных жалоб (боль в боку, усиление боли при дыхании, уменьшение болей после накопления жидкости и появления одышки, температура 39⁰С, ознобы, потливость); данных физикального обследования (вынужденное положение на больном боку, отставание половины грудной клетки при дыхания, сглаженность нижних межреберий, одышка до 30 в ' , голосовое дрожание слева внизу не проводится; притупление легочного перкуторного звука и резкое ослабление дыхания слева, смещение границ сердца влево).</p> <p>3) рентгенологических данных (гомогенное затемнение с косой верхней границей на уровне IV ребра).</p> <p>4)изменения в гемограмме (лимфопения, моноцитоз, увеличение Le и СОЭ).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета. Обоснование проведено не полностью, сокращено.

P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
Э	-	Больной необходимо выполнить плевральную пункцию с исследованием плевральной жидкости. За туберкулезную этиологию процесса будет свидетельствовать преобладание лимфоцитов в плевральной жидкости, обнаружение там же элементов туберкулезной гранулемы. Требуется провести исследование плевральной жидкости бактериологическим методом и методом ПЦР-РВ с целью обнаружения ДНК МБТ. Желательно так же выполнить плевроскопию с биопсией.
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны правильно.
P1	-	Методы обследования указаны верно, но не обоснованы или указаны не полностью.
P0	-	Методы обследования указаны не верно.
B	4	Укажите, какой инструментальный метод лечения необходимо назначить и выполнить больной.
Э	-	Больному с экссудативным плевритом необходимо выполнение адекватных эвакуаций экссудата путем плевральных пункций или дренирования плевральной полости. После постановки метки (нанесенной при УЗИ или рентгеноскопии) по верхнему краю нижележащего ребра выполняется пункция, при этом при первой пункции не рекомендуется удалять более 1 литра жидкости.
P2	-	Дана верная рекомендация по проведению плевральной пункции, метод обоснован.
P1	-	Плевральная пункция рекомендована, но не обоснована, четко не объяснены техника проведения.
P0	-	Ответ дан неправильный.
B	5	Укажите, какие противотуберкулезные препараты и по какому режиму необходимо назначить больной. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациентке должно быть назначено лечение по III режиму химиотерапии из комбинации 4 основных противотуберкулезных препаратов: изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол. Выбор этой комбинации основан на факте отсутствия бактериовыделения у больной.
P2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и верный режим химиотерапии.
P1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован и/или не названы 1-2 препарат в верно обозначенном режиме химиотерапии.
P0	-	Ответ не верный.
H	-	002
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	<p>Мужчина 45 лет, обратился к врачу с жалобами на внезапное появление кашля с большим количеством мокроты, болями в грудной клетке справа, одышку и резкие подъемы температуры до 39-39,50С.</p> <p>Из анамнеза известно, что ухудшение самочувствия отмечает последние несколько месяцев, сильно похудел (на 6-7 кг). Болен фиброзно-кавернозным туберкулезом правого легкого пять лет, лечился с перерывами, не аккуратно, от операции отказался. Алкоголь употребляет систематически, однако на учете у нарколога не состоит. Прием наркотиков отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние ближе к средней тяжести. Питание снижено. Рост 176 см, вес 52 кг. Кожные покровы бледные. Грудная клетка справа отстает при дыхании, нижние межреберья сглажены, пальпация их болезненна. Нижний легочный край справа неподвижен. Перкуторно определяется интенсивное притупление легочного звука справа. Справа в этой области голосовое дрожание не проводится. Аускультативно слева жесткое дыхание, справа в верхних отделах разнокалиберные влажные хрипы, в нижних отделах дыхание отсутствует. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет.Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: Eг – 3,8*10¹²/л; Hб – 110 г/л; Le – 12,0*10⁹/л; П – 15%; С - 63%; Л - 10%; М - 12%; СОЭ – 47 мм/час.</p> <p>Мокроту больная не выделяет, кашля практически нет.</p> <p>При рентгенологическом обследовании слева на обзорной рентгенограмме очаги бронхогенного засева, справа в нижних отделах гомогенное затемнение с горизонтальной границей. В верхних отделах фиброзно-цирротические изменения с полостями распада, очаги и участки инфильтрации.</p> <p>Диаскинтест – папула 12 мм.</p> <p>В мокроте МБТ +2 скопически. Ранее в посевах выделена культура МБТ устойчивая к изониазиду и рифампицину.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого, осложнившийся гнойным плевритом справа с формированием плевро-бронхиального свища справа. Пиопневмоторакс. МБТ+, устойчивость к изониазиду и рифампицину. ПА ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз фиброзно-кавернозный туберкулез установлен по данным анамнеза, клиники и рентгенологической картины (фиброзно-цирротические изменения с полостями распада).

		<p>Диагноз гнойного плеврита справа (эмпиема), осложнившаяся плевро-бронхиальным свищом справа установлен по данным объективного обследования: симптомов тяжелой интоксикации (температура до 39,50С с резкими «свечками», воспалительная картина крови); физикальные данные (грудная клетка справа отстаёт при дыхании, нижние межреберья сглажены. Пальпация их болезненна, перкуторно тупость в нижних отделах правого легкого, также отсутствует дыхание и не проводится голосовое дрожание); рентгенологическая картина (справа в нижних отделах гомогенное затемнение с горизонтальной границей); о формировании плевро-бронхиального свища свидетельствует внезапное появление кашля с гнойной мокротой на фоне выраженной интоксикации.</p> <p>Пациент должен наблюдаться по ПА ГДУ, как больной с активным туберкулезом легких и хроническим течением, у которого в результате лечения можно добиться положительной динамики</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета. Обоснование проведено не полностью, сокращено.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
V	3	Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больному.
Э	-	<p>Пациенту необходимо выполнить:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) плевроскопию с целью возможного обнаружения плевро-бронхиального свища, возникшего после прорыва каверны в плевральную полость с формированием гнойного плеврита; 2) исследование плеврального экссудата с повторным посевом МБТ и проведением ПЦР-РВ на ДНК МБТ с определением лекарственной устойчивости; 3) фибробронхоскопии для исключения специфического или неспецифического поражения бронхов
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны правильно.
P1	-	Методы обследования указаны верно, но не обоснованы или указаны не полностью.
P0	-	Методы обследования указаны не верно.
V	4	Укажите, какой режим и какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациенту должно быть назначено лечение по IV режиму 6 препаратами резерва с включением фторхинолонов. Выбор основан на факте обнаружения резистентности МБТ к изониазиду и рифампицину (МЛУ).
P2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и правильный режим химиотерапии.
P1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован и/или не названы фторхинолоны и препараты резерва, но режим назначен правильно.
P0	-	Ответ не верный.

В	5	<i>Какое лечение должно быть рекомендовано?</i>
Э	-	Учитывая эмпиему плевры с формированием плевро-бронхиального свища показана консультация фтизиохирурга с решением вопроса оперативного лечения. Операцией выбора в данном случае можно считать видеоторакоскопическую санацию и клапанную обтурацию пораженных бронхов. Выполнение операции в 2 этапа позволит снизить риск хирургического вмешательства.
P2	-	Рекомендация лечения верна
P1	-	Дальнейшее лечение рекомендовано не полностью.
P0	-	Рекомендации на дальнейшее лечение не даны.
Н	-	003
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной 42 лет, неработающий, поступил в противотуберкулезный диспансер с жалобами на одышку, кашель, боли в груди справа. Около 6 лет болен туберкулезом легких. Туберкулез выявлен в местах лишения свободы, где получил курс лечения препаратами I ряда. После освобождения (4 года назад) в ПТД по месту жительства установлен диагноз инфильтративного туберкулеза верхних долей обоих легких, фаза распада, МБТ+, МЛУ (устойчивость к рифампицину, изониазиду, стрептомицину, канамицину), IA ГДУ. Назначена терапия по режиму IV, однако лечился неаккуратно, неоднократно прерывал лечение, самовольно уходил из стационара. Привлекался к лечению по решению суда. Злоупотребляет алкоголем. Последний отрыв от лечения в течение полугода.</p> <p>Отмечает ухудшение состояния в течение последнего месяца, когда внезапно появилась резкая боль в груди справа, выросла одышка.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести, питание снижено (ИМТ 17,5 кг/м²). При осмотре определяется западение правой половины грудной стенки, отставание ее в акте дыхания. При перкуссии справа тимпанит, при аускультации дыхание справа не выслушивается, слышен шум «плеска», голосовое дрожание резко ослаблено. Слева дыхание жесткое, без хрипов. ЧД 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС 84 в мин. АД 120/70 мм рт.ст.</p> <p>Анализ крови: Hb 116 г/л, Le 13,6*10⁹/л (эо 1%, баз 1%, п/я 8%, с/я 70%, лимф 15%, моно 5%), СОЭ 56 мм/час.</p> <p>Микроскопия мокроты — КУМ 3+.</p> <p>При рентгенологическом обследовании в проекции верхних долей обоих легких определяются множественные полости с толстыми стенками, неправильной формы, размерами максимально до 4x5 см, с инфильтрацией и разнокалиберными очагами вокруг. Справа межреберные промежутки сужены, в нижних отделах легкое коллабировано, в плевральной полости свободный газ с широким горизонтальным уровнем жидкости. Слева в нижнем поле множественные очаги. Левый корень деформирован, подтянут кверху. В динамике, по сравнению с данными предыдущих</p>

		обследований, размеры полостей распада и количество очагов увеличились.
В	1	Какие осложнения возникли у больного?
Э	-	Правосторонний спонтанный пневмоторакс. Правосторонний экссудативный плеврит или эмпиема плевры туберкулезной этиологии.
P2	-	Осложнения диагностированы верно.
P1	-	Осложнения диагностированы неполностью
P0	-	Осложнения диагностированы неверно
В	2	Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
Э	-	Фиброзно-кавернозный туберкулез верхних долей обоих легких, фаза инфильтрации и обсеменения, прогрессирование, осложненный спонтанным пневмотораксом справа, МБТ+, МЛУ (устойчивость к рифампицину, изониазиду, стрептомицину, канамицину), IA ГДУ. Туберкулезная эмпиема плевры справа?
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза и/или не диагностированы осложнения и/или не указаны локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно: не определена нозологическая форма, осложнения.
В	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз основан на следующих данных:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Подтверждение бактериовыделения методом микроскопии. 2) Нарастание клинической симптоматики заболевания, наличие лабораторных признаков активного воспалительного процесса. 3) Клиническая форма фиброзно-кавернозного туберкулеза установлена на основании данных лучевого обследования (полости с фиброзными стенками, признаки цирротических изменений легочной паренхимы), длительного анамнеза туберкулеза легких. 4) Определение локализации процесса основано на данных рентгенологического обследования. 5) Фаза процесса обоснована данными рентгенологического обследования — наличием перикавитарной инфильтрации и очагов бронхогенного засева в нижележащих отделах легких. 6) Рентгенологические данные позволяют диагностировать правосторонний пневмоторакс и экссудативный плеврит; возникновение клинических признаков осложнения около месяца назад, лабораторные признаки гнойно-воспалительного процесса позволяют заподозрить развитие туберкулезной эмпиемы плевры вследствие прорыва каверны в свободную плевральную полость.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса и/или осложнений.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.

В	4	Определите тактику лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	<p>Больному должен быть назначен новый курс противотуберкулезной химиотерапии по IV режиму. С учетом ранее полученных данных бактериологического обследования (наличие множественной лекарственной устойчивости МБТ) схема терапии должна быть сформирована из противотуберкулезных препаратов II ряда (фторхинолон, капреомицин, этионамид или протионамид, циклосерин или теризидон, ПАСК) и пиразинамида. Коррекция схемы может быть произведена по результатам развернутого теста на лекарственную чувствительность.</p> <p>Больному показан торакоцентез и закрытое дренирование правой плевральной полости с ее санацией антисептическими растворами и аспирацией воздуха и экссудата.</p> <p>При отсутствии эндоскопических признаков туберкулеза бронха показана временная obturation или клапанная бронхоблокация на уровне долевого или сегментарного бронха соответственно локализации бронхо-плевральной фистулы.</p>
P2	-	Выбран правильный режим лечения, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбрана верная схема, однако выбор не обоснован и/или в схеме лечения указаны противотуберкулезные препараты I ряда (кроме пиразинамида), но выбор IV режима обосновали в схему лечения включены аминогликозиды или не установлены показания к торакоцентезу и дренированию плевральной полости или не установлены показания к obturation или клапанной бронхоблокации.
P0	-	Схема медикаментозного лечения выбрана неправильно, не установлены показания к дренированию плевральной полости, не установлены показания к obturation бронха или клапанной бронхоблокации.
В	5	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для обследования больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	<p>Пациенту показано:</p> <ul style="list-style-type: none"> - культуральное исследование мокроты на МБТ с проведением теста на лекарственную чувствительность; - трахеобронхоскопия для исключения туберкулеза бронха; - обследование у оториноларинголога для исключения противопоказаний к назначению ототоксических антибиотиков.
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны верно и обоснованы правильно.
P1	-	Дополнительные методы обследования указаны не полностью и/или обоснованы неверно.
P0	-	Дополнительные методы обследования указаны не верно.
Н	-	004
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная 29 лет обратилась к фтизиатру с жалобами на слабость, кашель, потливость. Перенесла инфильтративный туберкулез

		<p>верхней доли левого легкого, МБТ—, IA ГДУ около 4 лет назад. Получила курс контролируемого лечения противотуберкулезными препаратами I ряда в течение 8 месяцев, 2 года назад была переведена в III группу диспансерного учета, далее на обследование в противотуберкулезный кабинет не являлась. 6 месяцев назад срочные роды. В послеродовом периоде отмечала повышение температуры до 37,8°, потливость по ночам. В течение последнего месяца постоянно беспокоит непродуктивный кашель, отмечает вечерний субфебрилитет. При рентгенографии органов грудной клетки — слева в верхнем поле полостное образование 3х3 см с тонкими стенками в окружении разнокалиберных очагов. Микроскопия мокроты: КУМ 1+.</p> <p>Госпитализирована в стационар противотуберкулезного диспансера. Объективно: общее состояние удовлетворительное. При аускультации определяются единичные влажные хрипы в межлопаточной области слева. Патологических отклонений со стороны сердечно-сосудистой системы нет. Органы брюшной полости без патологии. В общем анализе крови: Hb 130 г/л, лейкоцитов $9,0 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 20 мм/ч. В общем анализе мочи — без патологии.</p> <p>В мокроте: микроскопия КУМ 1+; методом ПЦР обнаружена ДНК МБТ, мутация гена groV (маркер резистентности к рифампицину).</p> <p>На компьютерной томографии во II сегменте левого легкого определяется субплеврально расположенная полость размерами 2,5х3х3 см, с тонкими стенками; рядом немногочисленные мягкие очаговые тени; группа мелких гиподенсивных очагов в средней доле правого легкого; остальные отделы легкого без патологии.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Кавернозный туберкулез верхней доли левого легкого (рецидив), фаза обсеменения, МБТ+ (устойчивость к рифампицину), IB ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза и/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз основан на следующих данных:</p> <p>7) Обнаружение КУМ в мокроте методом микроскопии, обнаружение ДНК МБТ методом ПЦР-РВ.</p> <p>8) Анамнестические данные, указывающие на перенесенный ранее туберкулез легких; прекращение регулярного обследования после клинического излечения туберкулеза.</p> <p>9) Развитие симптоматики рецидива заболевания в ближайшие сроки после беременности и родов.</p> <p>10) Клиническая форма кавернозного туберкулеза установлена на основании данных лучевого обследования (тонкостенная полость с отсутствием перикавитарной</p>

		инфильтрации на очаговом фоне, отсутствие признаков фиброзно-цирротических изменений легочной паренхимы). 11) Определение локализации процесса основано на данных рентгенологического обследования. 12) Фаза процесса основана на данных рентгенологического обследования — наличие очагов бронхогенного засева в противоположном легком. 13) К ІБ группе диспансерного учета относятся пациенты с рецидивом туберкулеза.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса и/или группы диспансерного учета.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для обследования больной. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациентке показано: - культуральное исследование мокроты с проведением теста на лекарственную устойчивость; - трахеобронхоскопия для исключения туберкулеза бронха; - обследование у оториноларинголога для исключения противопоказаний к назначению ототоксических антибиотиков.
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны верно и обоснованы правильно.
P1	-	Дополнительные методы обследования указаны не полностью и/или обоснованы неверно.
P0	-	Дополнительные методы обследования указаны не верно.
В	4	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациентки. Обоснуйте свой выбор, дайте дальнейшие рекомендации.
Э	-	Больной должен быть назначен ІV режим противотуберкулезной химиотерапии. С учетом данных молекулярно-генетического исследования (наличие мутации МБТ с резистентностью к рифампицину, ассоциированной с высокой вероятностью множественной лекарственной устойчивости) на начальном этапе лечения схема терапии должна быть сформирована из противотуберкулезных препаратов ІІ ряда (фторхинолон, капреомицин, этионамид или протионамид, циклосерин или теризидон, ПАСК) с включением пипразинамида. Коррекция схемы может быть произведена по результатам развернутого теста на лекарственную устойчивость.
P2	-	Выбран правильный режим лечения, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбрана верная схема, однако выбор не обоснован и/или в схеме лечения указаны противотуберкулезные препараты І ряда (кроме пипразинамида), но выбор ІV режима обоснован.
P0	-	Схема лечения выбрана не правильно.
В	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Э	-	<p>Необходим ежемесячный контроль микроскопии мокроты, рентгенологический контроль не реже 1 раза в месяц; контрольный посев мокроты на МБТ через 3 месяца.</p> <p>Учитывая субплевральную локализацию каверны и лекарственно-устойчивый туберкулез, при условии исключения туберкулезного поражения бронхов больной показано наложение искусственного пневмоторакса.</p> <p>При невозможности наложения пневмоторакса (например, из-за спаечного процесса в плевральной полости) следует рассмотреть возможность клапанной бронхоблокации.</p> <p>При сохранении деструктивных изменений после 3 месяцев контролируемой терапии показана консультация торакального хирурга для решения о показаниях к резекции легкого.</p>
P2	-	Дальнейшая тактика ведения больного выбрана верно
P1	-	Тактика ведения больного выбрана верно, но не обоснована.
P0	-	Тактика ведения пациента выбрана не верно.
Н	-	005
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больному 38 лет более года назад установлен диагноз инфильтративного туберкулеза верхней доли левого легкого, фаза распада, МБТ+, IA ГДУ. Было начато лечение по интенсивной фазе режима I 4 противотуберкулезными препаратами I ряда, через 2 месяца были получены результаты теста на лекарственную чувствительность с выделенной из мокроты культуры МБТ: выявлена резистентность МБТ к рифампицину, изониазиду, этамбутолу и стрептомицину. Перерегистрирован на новый курс химиотерапии по режиму IV. На 3-м месяце терапии отмечалось прекращение бактериовыделения методом микроскопии мокроты, но полость распада сохранялась. По IV режиму получил контролируемо около 150 доз препаратов, далее ушел из стационара, от лечения оторвался.</p> <p>В настоящее время беспокоит малопродуктивный кашель, одышка при быстрой ходьбе, утомляемость, субфебрилитет.</p> <p>Обследован в тубкабинете по месту жительства. В мокроте методом микроскопии КУМ 3+. При рентгеномографическом обследовании – в проекции верхней доли левого легкого на фоне фиброзных изменений определяется полость деструкции неправильной формы, размерами 4x4 см, с толстыми стенками; в VI сегменте нижней доли левого легкого — инфильтрат в неправильной формы эксцентрически расположенной полостью распада. Левый корень подтянут кверху, тень верхнего средостения немного смещена влево. В проекции нижних долей обоих легких — множественные разнокалиберные очаговые тени средней интенсивности, с размытыми контурами. Левый купол диафрагмы деформирован, приподнят.</p>
В	1	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

Э	-	Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли и S6 нижней доли левого легкого, фаза обсеменения, прогрессирование, МБТ+ (МЛУ), IA ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза и/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
P0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз основан на следующих данных:</p> <p>14) Анамнестические данные, указывающие на текущее заболевание туберкулезом легких.</p> <p>15) Обнаружение КУМ в мокроте методами микроскопии и посева.</p> <p>16) Клиническая форма фиброзно-кавернозного туберкулеза установлена на основании длительного анамнеза заболевания, данных лучевого обследования (наличие каверны с толстыми фиброзными стенками, признаков появления фиброзно-цирротических изменений в легочной паренхиме).</p> <p>17) Определение локализации процесса основано на данных рентгенологического обследования.</p> <p>18) Фаза процесса основана на данных рентгенологического обследования — наличие очагов бронхогенного засева.</p> <p>19) Прогрессирование установлено на основании наличия отрицательной рентгенологической динамики (появление новой полости распада и бронхогенной диссеминации).</p> <p>20) К IA группе диспансерного учета относятся пациенты с рецидивом туберкулеза.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса и/или группы диспансерного учета.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для обследования больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	<p>Пациенту показано:</p> <ul style="list-style-type: none"> - культуральное исследование мокроты с проведением теста на лекарственную устойчивость; - трахеобронхоскопия для исключения туберкулеза бронха; - обследование у оториноларинголога для исключения противопоказаний к назначению ототоксических антибиотиков.
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны верно и обоснованы правильно.
P1	-	Дополнительные методы обследования указаны не полностью и/или обоснованы неверно.
P0	-	Дополнительные методы обследования указаны не верно.

В	4	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациентки. Обоснуйте свой выбор, дайте дальнейшие рекомендации.
Э	-	Больному должен быть назначен IV режим противотуберкулезной химиотерапии. С учетом данных предыдущего теста на лекарственную чувствительность (была выявлена множественная лекарственная устойчивость МБТ) схема терапии должна быть сформирована из противотуберкулезных препаратов II ряда (фторхинолон, амингликозид, этионамид или протионамид, циклосерин или теризидон, ПАСК) и пиперазида. Коррекция схемы может быть произведена по результатам нового развернутого теста на лекарственную чувствительность.
P2	-	Выбран правильный режим лечения, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбрана верная схема, однако выбор не обоснован и/или в схеме лечения указаны противотуберкулезные препараты I ряда (кроме пиперазида), но выбор IV режима обоснован.
P0	-	Схема лечения выбрана не правильно.
В	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Необходим ежемесячный контроль микроскопии мокроты, рентгенологический контроль через 1 месяц; контрольный посев мокроты на МБТ с тестом на лекарственную чувствительность через 3 месяца. Учитывая прогрессирование туберкулезного процесса, наличие множественной лекарственной устойчивости возбудителя, низкую приверженность пациента к лечению, показано наложение пневмоперитонеума. В течение первых 3 месяцев контролируемой терапии показана консультация торакального хирурга для решения о показаниях к оперативному лечению (торакопластике или резекции легкого).
P2	-	Дальнейшая тактика ведения больного выбрана верно
P1	-	Тактика ведения больного выбрана верно, но не обоснована.
P0	-	Тактика ведения пациента выбрана не верно.
Н	-	006
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на «тупые» боли в эпигастральной области и за грудиной, обычно возникающие после еды, а также при работе нагнувшись. На высоте болевого приступа иногда возникает рвота, чувство нехватки воздуха. Симптомы заболевания появились 1/2 года назад, имеют тенденцию к прогрессированию.</p> <p>При осмотре: Кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. В легких везикулярное дыхание, значительно ослаблено в нижних отделах левого легкого. Там же нечетко выслушиваются кишечные шумы. ЧДД=18 в 1 минуту. Пульс - 76 в 1 минуту, ритмичный. АД=130/80 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. На передней брюшной стенке рубец от срединной</p>

		лапаротомии, выполненной, со слов больного, год назад по поводу проникающего в брюшную полость ножевого ранения. Живот не вздут, мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Травматическая диафрагмальная грыжа
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Классификация данного заболевания
Э	-	Классификация диафрагмальных грыж (К.Д. Госкин, 1990) - Грыжи собственно диафрагмы: а) врожденные: реберно-позвоночные, грудинно-реберные, грыжи купола диафрагмы, аплазия диафрагмы б) травматические в) релаксация диафрагмы (невропатические грыжи) - Грыжи естественных отверстий диафрагмы: а) короткий пищевод (врожденный, приобретенный) б) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы в) паразитофагеальные грыжи
P2	-	Дана верная классификация
P1	-	Классификация дана не полностью
P0	-	Классификация не верна
В	3	Вариабельность клинической картины в зависимости от различий этиопатогенезе
Э	-	Для грыж собственно диафрагмы характерны кардиореспираторные (одышка, цианоз, тахикардия) и гастроинтестинальные симптомы (боли в эпигастрии, рвота, задержка стула и газов) Для грыж естественных отверстий диафрагмы характерны симптомы рефлюкс-эзофагита (чувство жжения за грудиной, изжога, усиливающиеся при работе нагнувшись)
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан не полностью: без уточнения этиопатогенеза грыж.
P0	-	Этиопатогенез грыж не раскрыт
В	4	План дополнительного обследования
Э	-	О
P2	-	План дополнительного обследования составлен правильно
P1	-	План дополнительного обследования не точен и не обоснован
P0	-	План дополнительного обследования не составлен
В	5	Методы лечения данного заболевания

Э	-	Оперативное лечение – пластика диафрагмы собственными тканями или аллопластическим материалом.
P2	-	Лечение выбрано правильно
P1	-	Не точно определен метод лечения
P0	-	Лечение определено не правильно
Н	-	007
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У больной 25 лет среди полного здоровья появилась дисфагия, возникли боли за грудиной после проглатывания пищи, срыгивание непереваренных кусков пищи. Нища лучше проходит после запивания её теплой водой, молоком или чаем. При резком откидывании головы и наклоне туловища назад больная иногда чувствовала, как пища «проваливалась» в желудок. Объективно: полость рта, шея, грудина, эпигастральная область без особенностей.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Предварительный диагноз: Ахалазия кардии
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен некорректно.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику
Э	-	Дифференциальный диагноз: рак пищевода и рак кардии, дивертикул пищевода, эзофагит, эзофагоспазм, стриктуры пищевода. Методы исследования: Рентгеноэзофагогастроскопия, эзофагокимография, ФГДС, фармакологические пробы.
P2	-	Проведенна правильная дифференциальная диагностика
P1	-	Дифференциальная диагностика проведена не полностью.
P0	-	Дифференциальная диагностика проведена абсолютно не верно
В	3	Тактика лечения
Э	-	Консервативную терапию применяют только в начальных стадиях заболевания, а также как дополнение к кардиодилатации. Основной метод лечения - кардиодилатация (противопоказан при портальной гипертензии). Кардиотомия. Эндоскопическая эзофагомиотомия.
P2	-	Тактика выбрана правильно
P1	-	Тактика указана, но не выбрана правильная
P0	-	Тактика лечения выбрана не правильно
В	4	Показания к оперативному лечению, варианты операций
Э	-	Показания к оперативному лечению: Противопоказания к кардиодилатации. отсутствие эффекта от кардиодилатации, разрывы пищевода, стриктуры.
P2	-	Показания названы правильно
P1	-	Показания или противопоказания не названы

P0	-	Показания не названы
B	5	Тактика консервативного лечения
Э	-	Консервативно: стол 1, церукал 3-4 недели, седативные, витамины группы В. Вагосимпатическая блокада (расслабление кардии).
P2	-	Лечебная тактика указана правильно.
P1	-	Лечебная тактика указана не полностью, не названы некоторые фармакологические группы.
P0	-	Лечебная тактика указана неправильно.
H	-	008
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина 28 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ через два часа после травмы. Получил удар ножом в левую половину груди. Состояние тяжелое, сознание ясное. Покрыт холодным потом, кожа бледная, пульс 120 в мин, АД 80 и 40 мм рт ст. В четвертом межреберье по средне ключичной линии слева рана 1,5 на 0,5 см с ровными краями, острыми углами, из раны выделяется воздух и алая кровь. При перкуссии укорочение перкуторного звука с уровня средней подмышечной линии (больной лежит), при аускультации дыхание слева резко ослаблено. Левая и правая граница сердца перкуторно расширены, верхушечный толчок не определяется. На ЭКГ - зона ишемии в передне-боковых отделах левого желудочка. На рентгеновском снимке в прямой проекции сглажена талия сердца, тень сердца в форме трапеции. В плевральной полости равномерное затемнение над всем легочным полем.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Проникающее ножевое ранение груди слева, ранение сердца, тампонада сердца. (Гемоторакс слева???)
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Тактика в районной больнице
Э	-	С
P2	-	Тактика выбрана верно.
P1	-	Не точно определены сроки лечения
P0	-	Тактика выбрана не верно
B	3	Выбор анестезии
Э	-	Эндотрахеальный наркоз.
P2	-	Анестезия выбрана верно
P1	-	Анестезия выбрана не точно
P0	-	Анестезия выбрана не правильно
B	4	Принципы операции

Э	-	Торакотомия передне-боковая в 5 межреберья, рассечение продольное перикарда, наложение капроновых швов на рану миокарда, фенестрация перикарда, зашивание перикарда редкими швами, осушение и дренирование плевральной полости, зашивание раны грудной стенки.
P2	-	Принципы указаны верно
P1	-	Принципы не точны: не указано место разреза, не определены дренажи.
P0	-	Принципы указаны не правильно
В	5	Что такое переливание утильной крови, техника выполнения
Э	-	Это сбор крови, излившейся в плевральную полость, фильтрация ее через 8 слоев марли и вливание в вену. Добавлять гепарин 500 ед (!) на 1 литр собранной крови
P2	-	Дано определение, техника проведения правильная.
P1	-	Дано только определение или техника выполнения
P0	-	Определение и техника выполнения не названы
Н	-	009
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина 42 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ с жалобами на интенсивные боли в груди справа, усиливающиеся при дыхании, одышку в покое и слабость. Был избит неизвестными, били ногами в область груди справа. Состояние средней степени тяжести. Кожа и слизистые бледные. Пульс 94 в минуту, АД=100 и 70 мм рт ст. Число дыханий 24 в минуту. При пальпации определяется болезненность по ходу 4-5-6-7-8-9 ребер по передней и средней подмышечной линиям. Здесь определяется западение грудной стенки при вдохе. При перкуссии груди в положении лежа определяется притупление перкуторного звука с уровня задней подмышечной линии, при аускультации дыхание ослаблено над всей поверхностью правой половины груди, сзади дыхание не проводится.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Закрытая травма груди, двойные переломы 4-9 ребер справа с парадоксальными смещениями грудной стенки, гемоторакс справа, кровопотеря. шок 1 степени тяжести
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью:
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Дополнительные методы исследования
Э	-	Рентгенограмма груди в прямой проекции стоя, ЭКГ, общий анализ крови, кровь на сахар, свертываемость.
P2	-	Названы дополнительные методы обследования
P1	-	Дополнительные методы обследования названы не полностью
P0	-	Дополнительные методы обследования не названы

В	3	Лечение данного пациента в условиях ЦРБ
Э	-	Блокада мест переломов ребер, блокада межреберных нервов по паравerteбральной линии на уровне 3-10 межреберий, внутримышечное введение 2 мл 1% раствора промедола, пункция плевральной полости и эвакуация крови из нее, инфузионная терапия кровезамещающими растворами в объеме 2, 5 литров в сутки.
P2	-	Лечение назначено правильно
P1	-	Лечение не полное
P0	-	Лечение назначено не правильно
В	4	Показания и техника выполнения плевральной пункции.
Э	-	Пункция плевральной полости показана при гемотораксе. Она выполняется под местной анестезией в 5 межреберье по средней подмышечной линии.
P2	-	Показания и техника озвучены полностью
P1	-	Показания или техника не озвучены.
P0	-	Показания и техника не правильны
В	5	Показания к торакотомии при гемотораксе
Э	-	Торакотомия не показана при гемотораксе малом и средней величины. При большом и тотальном гемотораксе необходимо сделать торакотомию, убрать излившуюся кровь, найти источник кровотечения, остановить кровотечение, дренировать плевральную полость, зашить торакотомную рану.
P2	-	Показания озвучены полностью
P1	-	Показания не точны
P0	-	Показания не правильны
Н	-	010
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У кормящей женщины 24 лет через 2 недели после родов появились колющие боли в левой молочной железе. Железа увеличилась в объеме. На следующий день температура поднялась до 39 °С, появились головная боль, чувство разбитости, пропал аппетит, кормление левой грудью стало болезненным. При обследовании обнаружено, что левая железа увеличена в объеме, имеется лимфангоит. При пальпации железа диффузно болезненна, плотноватая, но ни локальных инфильтратов, ни участков флюктуации не определяется. Пульс 92 в минуту, ритмичный, артериальное давление 120/ 70 мм рт ст.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый лактационный мастит левой молочной железы в стадии инфильтрации
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Классификация данного заболевания
Э	-	1) - острый 3) - ретромаммарный - хронический - субареолярный - премаммарный 2) - серозная форма - паренхиматозный - инфильтративная - интерстициальный - абсцедирующая
P2	-	Дана полная классификация
P1	-	Классификация дана не полностью
P0	-	Классификация не названа
В	3	Лабораторные и специальные методы диагностики в данном случае
Э	-	ОАК, ОАМ, СРБ, маммография, УЗИ молочной железы, пункционная биопсия (цитология, посевы на стерильность),
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	С каким заболеванием следует дифференцировать

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета:

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены незначительные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены незначительные ошибки.

Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчики рабочей программы:

1. Шпрыков А.С., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой фтизиатрии им. И.С. Николаева

2. Наумов А.Г., ассистент кафедры фтизиатрии им. И.С. Николаева

Дата «01» марта 2023 г.