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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ПРОЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА 3

Специальность 31.08.65 Торакальная хирургия
код, наименование

Кафедра: фтизиатрии им. И.С. Николаева

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2021

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Производственная (клиническая) практика 3» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Производственная (клиническая) практика 3». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной практике.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике Производственная (клиническая) практика 3 используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Кейс-задания	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы	Задания для решения кейс-задания

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 практики	Оценочные средства
ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	Текущий	Хирургия туберкулеза органов дыхания Эндоскопиче ское исследование органов грудной клетки Отделение диагностики Работа амбулаторного торакального хирурга Онкопатология органов грудной клетки Лечебная эндоскопия Функциональная диагностика » Работа амбулаторного торакального хирургия» Плановая и экстренная торакальная хирургия Работа в специализированных кабинетах	Кейс-задания
ПК-1, ПК-2,ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	Промежуточный	Все разделы практики	Кейс-задание

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем практики при проведении занятий в форме кейс заданий.

4.1. Кейс-задания для оценки компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

ВОПРОСЫ

й клетки, усиливающиеся при кашле, перемене положения тела. Кроме этого его беспокоит кашель с отделением неб
нии, межреберные промежутки справа расширены. Перкуторно определяется притупление звука с верхней горизо
тоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. На рентгенограмме определяется затемнение в ниж

ровести с целью уточнения диагноза?

огические признаки – затемнение задней части диафрагмы в боковой проекции. УЗИ – жидкость в плевральной пол

не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух наз
едования составлен полностью неверно.

ой полости.

тной анестезией в 5 межреберье по средней подмышечной линии.

ВОПРОСЫ

а грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, усиливающиеся при глотании и форсированном дыхании, обил
и слева, усиливающихся при наклонах головы, повышение температуры тела до 37,6 С. За медицинской помощью не об
й помощи». Объективно: Состояние тяжелое. Больной вялый, адинамичный, сниженного питания. Обращают на себя вни
подкожная крепитация. Пульс около 120 в минуту, ритмичный, артериальное давление 90/60 мм. рт. ст. Язык влажный. В
ристальтика вялая, перитонеальные симптомы не определяются. Поясничная область безболезненна, мочеиспускание сво

выраженный сдвиг формулы влево. ФГДС: на уровне Сб - С7 на задней стенке пищевода имеется участок гиперемии с
тся вытекание гноя. Обзорная рентгенография легких: зона затемнения в проекции заднего средостения. Признаки эмф

задней, так и боковой. Фиброэзофагосокопию следует выполнять с особой осторожностью. План обследования мож

обнажении травмированного участка, удалении инородного тела, ушивании дефекта стенки пищевода, дренировани
для аспирации экссудата и введения лекарственных препаратов.

ммуностимулирующая терапия.

ВОПРОСЫ

жалобами на боль за грудиной, усиливающуюся при глотании и запрокидывании головы назад, дисфагию, жажду, су
ущен домой, где состояние его ухудшилось и он вызвал скорую помощь. При осмотре состояние больного тяжелое, с
ов, определяется крепитация в области шеи и верхней половине груди.

ценены тяжесть течения или состояния.

легмона шеи. Гнойный медиастинит

етки, эзофагоскопия, компьютерная томография, спиральная КТ, пункция плевры и средостения.

и не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух
значения трех и более методов обследования дано неверно или план дополнительного обследования составлен по

цели лечения?

ом ССО должны быть назначены статины (аторвастатин или розувостатин); целевой уровень ХС-ЛПНП – 1,8 ммол

ых.

скому, шейная боковая медиастинотомия, внеплевральная задняя медиастинотомия по Насилову, парастернальный
– проточно-промывная система по Н.Н. Каншину и М.М. Абакумову.

ВОПРОСЫ

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

вес 52 кг. Кожные покровы бледные. Грудная клетка справа отстает при дыхании, нижние межреберья сглажены
дрожание не проводится. Аускультативно слева жесткое дыхание, справа в верхних отделах разнокалиберные влаж
ливания по поясничной области отрицательный.
%; М - 12%; СОЭ – 47 мм/час.

онхогенного засева, справа в нижних отделах гомогенное затемнение с горизонтальной границей. В верхних отде

я к изониазиду и рифампицину.

ритом справа с формированием плевро-бронхиального свища справа. Пиопневмоторакс. МБТ+, устойчивость к из

еза

ики и рентгенологической картины (фиброзно-цирротические изминения с полостями распада).
ным свищом справа установлен по данным объективного обследования: симптомов тяжелой интоксикации (темп
лация их болезнена, перкуторно тупость в нижних отделах правого легкого, также отсутствует дыхание и не про
вища свидетельствует внезапное появление кашля с гнойной мокротой на фоне выраженной интоксикации.
гких и хроническим течением, у которого в результате лечения можно добиться положительной динамики

ли группы диспансерного учета. Обоснование проведено не полностью, сокращено.

ести больной.

возникшего после прорыва каверны в плевральную полость с формированием гнойного плеврита;
ПЦР-РВ на ДНК МБТ с определением лекарственной устойчивости;
ражения бронхов

.

хему лечения больного. Обоснуйте свой выбор.
ключением фторхинолонов. Выбор основан на факте обнаружения резистентности МБТ к изониазиду и рифампи
и правильный режим химиотерапии.
фторхинолоны и препараты резерва, но режим назначен правильно.

на консультация фтизиохирурга с решением вопроса оперативного лечения. Операцией выбора в данном случае
ства.

ВОПРОСЫ

кулеза верхней доли левого легкого, фаза распада, МБТ+, IA ГДУ. Было начато лечение по интенсивной фазе режи
ена резистентность МБТ к рифампицину, изониазиду, этамбутолу и стрептомицину. Перерегистрирован на новый ку
учил контролируемо около 150 доз препаратов, далее ушел из стационара, от лечения оторвался.
ходьбе, утомляемость, субфебрилитет.
лии КУМ 3+. При рентгенотомографическом обследовании – в проекции верхней доли левого легкого на фоне ф
правильной формы эксцентрически расположенной полостью распада. Левый корень подтянут кверху, тень верхне
евый купол диафрагмы деформирован, приподнят.

фаза обсеменения, прогрессирование, МБТ+ (МЛУ), IA ГДУ.

леза и/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.

ом легких.

овании длительного анамнеза заболевания, данных лучевого обследования (наличие каверны с толстыми фиброзн
го обследования.
аличие очагов бронхогенного засева.
енологической динамики (появление новой полости распада и бронхогенной диссеминации).
леза.

/или группы диспансерного учета.

бследования больного. Обоснуйте свой выбор.

ойчивость;

нию ототоксических антибиотиков.

еверно.

циентки. Обоснуйте свой выбор, дайте дальнейшие рекомендации.

С учетом данных предыдущего теста на лекарственную чувствительность (была выявлена множественная лекарс
клосерин или теризидон, ПАСК) и пиразинамида. Коррекция схемы может быть произведена по результатам новог

мида), но выбор IV режима обоснован.

троль через 1 месяц; контрольный посев мокроты на МБТ с тестом на лекарственную чувствительность через 3 меся
карственной устойчивости возбудителя, низкую приверженность пациента к лечению, показано наложение пневмо
льного хирурга для решения о показаниях к оперативному лечению (торакопластике или резекции легкого).

ВОПРОСЫ

авмы. Получил удар ножом в левую половину груди. Состояние тяжелое, сознание ясное. Покрыт холодным потом,
ется воздух и алая кровь. При перкусиии укорочение перкуторного звука с уровня средней подмышечной линии
мии в передне-боковых отделах левого желудочка. На рентгеновском снимке в прямой проекции сглажена талия

моторакс слева???)

аложение капроновых швов на рану миокарда, фенестрация перикарда, зашивание перикарда редкими швами, осущ

рли и вливание в вену. Добавлять гепарин 500 ед (!) на 1 литр собранной крови

РОСЫ

й клетки, усиливающиеся при кашле, перемене положения тела. Кроме этого его беспокоит кашель с отделением не
нии, межреберные промежутки справа расширены. Перкуторно определяется притупление звука с верхней горизо
итоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. На рентгенограмме определяется затемнение в ни

провести с целью уточнения диагноза?

логические признаки – затемнение задней части диафрагмы в боковой проекции. УЗИ – жидкость в плевральной по

не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух наз
едования составлен полностью неверно.

ной полости.

тной анестезией в 5 межреберье по средней подмышечной линии.

ВОПРОСЫ

еся при наклонах в здоровую сторону и дыхании; на тпературу 39ОС, озноб и потливость.
нтакт с родственником. Больная отмечает, что через 2-3 дня интенсивность боли постепенно уменьшилась, но появ

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

м извести. В нижних отделах грудной клетки слева гомогенные затемнения с косой верхней границей, идущей на уро

изминениями в верхушках обоих легких в виде кальцинатов. МБТ - , ІА ГДУ.

леза

м туберкулезом, наличие кальцинированных очагов в верхушках легких, данные иммунодиагностики – резко поло
возникших после переохлаждения типичных жалоб (боль в боку, усиление боли при дыхание, уменьшение болей
ие половины грудной клетки при дыхания, сглаженность нижних межреберий, одышка до 30 в ‘, голосовое дрож

на уровне IV ребра).

или группы диспансерного учета. Обоснование проведено не полностью, сокращено.

ести больной.

ьной жидкости. За туберкулезную этиологию процесса будет свидетельствовать преобладание лимфоцитов в плев
Р-РВ с целью обнаружения ДНК МБТ. Желательно так же выполнить плевроскопию с биопсией.

о.

ить больной.

аций экссудата путем плевральных пункций или дренирования плевральной полости. После постановки метки (
идкости.

.

ка проведения.

назначить больной. Обоснуйте свой выбор.

нации 4 основных противотуберкулезных препаратов: изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол. Выбор э
в и верный режим химиотерапии.

ы 1-2 препарат в верно обозначенном режиме химиотерапии.

ВОПРОСЫ

кулеза верхней доли левого легкого, фаза распада, МБТ+, IA ГДУ. Было начато лечение по интенсивной фазе режим
влена резистентность МБТ к рифампицину, изониазиду, этамбутолу и стрептомицину. Перерегистрирован на новый
иму получил контролируемо около 150 доз препаратов, далее ушел из стационара, от лечения оторвался.
й ходьбе, утомляемость, субфебрилитет.
опии КУМ 3+. При рентгенотомографическом обследовании – в проекции верхней доли левого легкого на фоне фи
правильной формы эксцентрически расположенной полостью распада. Левый корень подтянут кверху, тень верхнег
Левый купол диафрагмы деформирован, приподнят.

, фаза обсеменения, прогрессирование, МБТ+ (МЛУ), IA ГДУ.

улеза и/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.

езом легких.

на на основании длительного анамнеза заболевания, данных лучевого обследования (наличие каверны с толстым

огического обследования.
ия — наличие очагов бронхогенного засева.
ой рентгенологической динамики (появление новой полости распада и бронхогенной диссеминации).

туберкулеза.

и/или группы диспансерного учета.

обследования больного. Обоснуйте свой выбор.

тойчивость;

лению ототоксических антибиотиков.

неверно.

лациентки. Обоснуйте свой выбор, дайте дальнейшие рекомендации.

С учетом данных предыдущего теста на лекарственную чувствительность (была выявлена множественная лекарс
иклосерин или теризидон, ПАСК) и пиразинамида. Коррекция схемы может быть произведена по результатам нов

амида), но выбор IV режима обоснован.

нтроль через 1 месяц; контрольный посев мокроты на МБТ с тестом на лекарственную чувствительность через 3 ме
екарственной устойчивости возбудителя, низкую приверженность пациента к лечению, показано наложение пневм
кального хирурга для решения о показаниях к оперативному лечению (торакопластике или резекции легкого).

и за грудиной после проглатывания пищи, срыгивание непереваренных кусков пищи. Пища лучше проходит после за
вно: полость рта, шея, грудина, эпигастральная область без особенностей.

вода, эзофагит, эзофагоспазм, стриктуры пищевода. Методы исследования: Рентгеноэзофагогастроскопия, эзофагок

ния, а также как дополнение к кардиодилятации. Основной метод лечения - кардиодилятация (противопоказан при г

отсутствие эффекта от кардиодилятации, разрывы пищевода, стриктуры.

3. Вагосимпатическая блокада (расслабление кардии).

ие группы.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1. Перечень кейс- заданий к зачету, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам практики.

5.1.1. Кейс- задания зачету по практике «Производственная (клиническая) практика 3» для оценки компетенций ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Н	-	001
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина 37лет, изменения в легких выявлены при профилактической флюорографии на работе. Жалоб не предъявляет, но при активном расспросе больного установлено, что утром имеется «кашель курильщика» с небольшим количеством макроты слизистого характера и что за последние полгода больной похудел на 6-7 кг. Из анамнеза известно, что пациент курит около 18 лет до 1 пачки сигарет (около 20 штук) в день. Индекс курильщика = 18. Злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков отрицает. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Был контакт (со слов редкий) с коллегой по работе, больным туберкулезом легких. При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложение. Рост 178 см, вес 63 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Грудная клетка правильной формы, активно участвует в акте дыхания. Аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в ‘. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 78 в ‘. АД – 115/75 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Симптомы покалачивания по поясничной области отрицательные. В анализах: Er – 5,2*1012/л; Hb – 128г/л; Le – 9,0*109/л; П – 6%; С - 62%; Л -24%; М -5%; Э-3%; СОЭ – 19 мм/час.

		При рентгенфлюорографическом обследование грудной клетки (на R-гр и флюорографии): справа без видимых изменений, слева в верхушке легкого и субключично видны множественные очаги малой интенсивности без четких контуров. Диаскинтест – 12 мм папула. При микроскопии мокроты КУМ не обнаружены.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Очаговый туберкулез верхней доли левого легкого, в фазе инфильтрации, МБТ -; IA ГДУ.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз очагового туберкулеза установлен на основании следующих данных: 1) выявление заболевания профилактической флюорографией при отсутствие четких признаков заболевания; 2) данных рентгенофлюорографического обследования (слева в верхушке легкого и субключично определяются множественные очаги малой интенсивности без четких контуров); 3) анализа заболевания: контакт с больных туберкулезом, снижение веса на 6-7 кг за последние полгода; 4) определение локализации процесса основано на данных рентгенологического обследования (локализация изменений в верхушке легкого и субключично); 5) определение фазы процесса основано на данных рентгенологического обследования (очаги малой интенсивности без четких контуров); 6) данных иммунодиагностики: положительный диаскинтест свидетельствует о высокой вероятности активного туберкулезного процесса; 7) пациент должен наблюдаться по IA группе диспансерного учета как впервые выявленный больной.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета больного или обоснование клинической формы, локализации, фазы процесса, характеристики бактериовыделения и/или группы диспансерного учета больного дано неверно.
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.

Э	-	Пациенту необходимо рекомендовать проведение дополнительно: 1) исследование мокроты культуральными методами (посевом) и молекулярно-генетическими методами ПЦР-РВ для обнаружения возможного бактериовыделения МБТ. 2) компьютерную томографии. С целью уточнения локализации процесса и выявления возможного наличия полости распада. 3) фибробронхоскопии для исключения специфического или неспецифического поражения бронхов.
Р2	-	Методы дообследования указаны верно и обоснованы верно.
Р1	-	Методы дообследования указаны не полностью и/или обоснованы неверно .
Р0	-	Методы дообследования указаны не верно.
В	4	Укажите, какой режим, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациенту должно быть назначено лечение по III режиму химиопрепаратами из комбинации 4 основных противотуберкулезных препаратов: изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол. Выбор этой комбинации основан на факте отсутствия выделения микобактерий туберкулеза и отсутствия мутаций, свойственных лекарственной устойчивости МБТ к изониазиду рифампицину.
Р2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и верный режим химиотерапии.
Р1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован или 1-2 противотуберкулезных препарата в схеме лечения указаны неверно, но режим назначен правильно.
Р0	-	Ответ не верный.
В	5	Через 3 месяца химиотерапии у пациента отмечается прибавление в весе, рассасывание очагов в верхушке левого легкого, слева субключично отмечено формирование неправильной формы небольшого (d - 2 см) фокуса с четкими конурами. Каковы ваши рекомендации, обоснуйте свой выбор.
Э	-	Учитывая динамику процесса – и формирование конгломератной туберкулемы небольшого размера (d – 2 см)показана консультация фтизиохирурга и решение вопроса о показанности оперативного лечения.
Р2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
Р1	-	Тактика лечения выбрана верно, однако не обоснована.
Р0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	002
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Женщина 54 лет обратилась к врачу с жалобами на субфебрильную температуру до 37,5о, слабость, потливость, похудание на 4 кг за два месяца. Из анамнеза известно, что ухудшение самочувствия беспокоит около 2-3 месяцев. Пациентка более 10 лет страдает сахарным диабетом II типа, лечится диетой и сахароснижающими тублетированными препаратами. Отмечает, что в последнее время лечилась с нарушением, часто не соблюдала диету и режим приема лекарств. Употребление алкоголя и наркотиков отрицает. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болела. Туб.контакт отрицает. При осмотре: состояние удовлетворительное. Питание повышенно. Рост 164 см. Вес – 90 кг. Кожные покровы чистые, бледноваты. Грудная клетка правильной формы, активно участвует в акте дыхания. Перкуторно – яный легочный звук. Аускультативно – дыхание бронхо-везикулярное, справа единичные влажные хрипы. ЧДД – 18 в ‘. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 88 в ‘. АД – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Дизурических расстройств нет. Симптом покалачивания пояничной области отрицательный. В анализах: Er – 4,1*1012/л; Hb – 124 г/л; Le – 8,4*109/л; П – 9%; С - 61%; Л -25%; М -3%; Э-2%; СОЭ – 17 мм/час. Глюкоза натощак – 8,9 ммоль/л. При рентгенологическом обследовании (Rгр): в верхней доле правого легкого определяется группа крупных и среднего размера очагов малой интенсивности без четких контуров с просветлением в центре. Диаскинтест – папула 14 мм. В мокроте методом микроскопии обнаружены КУМ 2+, методом ПЦР-РВ обнаружены ДНК микобактерий туберкулеза.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Очаговый туберкулез верхней доли правого легкого, в фазе инфильтрации и распада, МБТ+; IA ГДУ.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз туберкулеза легких установлен на основании следующих данных: 1) результатов бактериологического исследования (обнаружение в мокроте КУМ 2+ при микроскопии и ДНК МБТ методом ПЦР-РВ); 2) обнаружение при рентгенографическом исследование очагов в верхней доле правого легкого; 3) данных анамнеза о постепенном начале заболевания, о наличие более 10 лет сахарного диабета с некорректным уровнем глюкозы в крови (больная относится к группе повышенного риска по заболеванию туберкулезом); 4) дан-

		ным иммунодиагностики – полжительный диаскинтест, свидетельствующий о высокой вероятности активности туберкулезного процесса. Клиническая форма очаговый туберкулез легких установлена на основе данных: 1) физикального обследования (бронховезикулярное дыхание и единичные влажные хрипы справа); 2) рентгенографического обследования – группы крупных и среднего размера очагов малой интенсивности без четких контуров с просветлением в центре; 3) наличие жалоб интоксикационного характера (субфибрильная температура, слабость, потливость, похудание) без кашля и отдышки. Определение локализации процесса обосновано данными рентгенологического обследования о наличие изменений в верхней доле правого легкого. Установление фазы процесса основано на рентгенологической картине (очаги без четких контуров с просветлением в центре) и наличием факта бактериовыделения. Пациентка должна наблюдаться по IA группе диспансерного учета, как впервые выявленный больной.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование нозологической или клинической формы или локализации, фазы процесса и/или группы диспансерного учета.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дообследование больной. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациенту необходимо рекомендовать проведение дополнительно: 1) исследование мокроты на наличие мутаций, связанных с лекарственной устойчивостью МБТ. 2) компьютерную томографии, с целью подтверждения наличия распада в очагах и уточнения локализации процесса (в сегментах легкого). 3) фибробронхоскопии для исключения специфического или неспецифического поражения бронхов. 4) обследование у эндокринолога с целью коррекции сахароснижающей терапии.
P2	-	Методы дообследования указаны верно и обоснованы правильно.
P1	-	Методы дообследования указаны не полностью и/или обоснованы неверно.
P0	-	Методы дообследования указаны не верно.
B	4	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику процесса, имеющегося у больной.
Э	-	Дифференциальную диагностику очагового туберкулеза необходимо проводить с заболеваниями, имеющими схожую клиническую картину:

		1)заболеваниями щитовидной железы; 2) заболеваниями надпочечников (Аддисонова болезнь); 3) ограничесннными неспецифическими пневмониями; 4) заболеваниями, дающими длительную слабовыраженную интоксикацию (ревматизм, коллагенозы и др.)
Р2	-	Ответ дан верно и полно
Р1	-	Заболевания с которыми надо проводить дифференциальную диагностику, приведены не полностью.
Р0	-	Ответ дан не правильный.
В	5	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациентки. Обоснуйте свой выбор, дайте дальнейшие рекомендации.
Э	-	Пациентке должна быть назначена комбинация из 4 основных противотуберкулезных препаратов по I режиму химиотерапии, которые назначаются больным с бактериовыделением без лекарственной устойчивости: изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол. Коррекция химиотерапии и изминения в лечение возможны после получения развернутых данных резистентности МБТ и уточнения закрытия полостей распада.
Р2	-	Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, выбор правильно обоснован.
Р1	-	Выбрана верная схема препаратов, однако выбор не обоснован и/или 1-2 противотуберкулезных препаратов в схеме лечения указаны не верно, но выбор режима обоснован.
Р0	-	Схема лечения выбрана не правильно.
Н	-	003
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина 29 лет, патология в легких выявлена при профилактической флюорографии при устройстве на работу в колбасный цех. Жалоб не предъявляет. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад вернулся из мест лишения свободы. Около 7 лет болел язвенной болезнью желудка, сейчас отмечается ремиссия (со слов). Курит около 10 лет по 1 пачке сигарет в день. Злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков отрицает. Эпидемиологический анамнез: в заключение имел контакт с больными туберкулезом легких. При осмотре: состояние удовлетворительное. Астеническое телосложение. Рост 182 см. Вес 70 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Грудная клетка астенична, активно участвует в дыхании. Перкуторно легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в ‘. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 76 в ‘АД 110/65 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: Er – 4,8*1012/л; Hb – 135 г/л; Le – 9,2*109/л; П – 4%; С - 64%; Л - 27%; М - 4%; Э - 1%; СОЭ – 15 мм/час.

		При рентгенотомографическом обследовании грудной клетки (флюорограмма и КТ): справа без видимых изминений, слева – в верхушке и S2 (втором сегменте) видны мелкие очаги высокой интенсивности с четкими контурами и очагами среднего размера малой интенсивности без четких контуров. Диаскинтест – папула 13 мм. При микроскопии мокроты Кум не обнаружены.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Очаговый туберкулез S1, S2 левого легкого, в фазе инфильтрации МБТ - ; IA ГДУ.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз туберкулеза легких установлен на основании следующих данных: 1) выявление заболевания профилактическим методом, при отсутствие жалоб и других четких признаков заболевания; 2) данных рентгенофлюорографического обследования (слева в S1, S2 видны мелкие очаги высокой интенсивности и очаги среднего размера малой интенсивности без четких контуров); 3) анамнез заболевания: длительный контакт с больными туберкулезом в заключении; 4) данных иммунодиагностики: положительный диаскинтест свидетельствует о высокой вероятности активного туберкулезного процесса; 5) определение локализации процесса основано на данных рентгенологического обследования (локализация изменений в S1-2 левого легкого); 6) определение фазы процесса основано на данных рентгенологического обследования (сочетание мелких очагов высокой интенсивности и четких контуров с очагами среднего размера малой интенсивности без четких контуров свидетельствует об эндогенном генезе очагового туберкулеза); 7) пациент должен наблюдаться по IA группе диспансерного учета, как впервые выявленный больной; 8) пациент относится к множественным группам риска заболевания туберкулезом: нахождение в местах лишения свободы, язвенная болезнь желудка, контакт с больными туберкулезом, курение.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета.
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дообследование больного. Обоснуйте свой выбор.

Э	-	Пациенту необходимо рекомендовать проведение дополнительно: 1) исследование мокроты культуральным методом (посевом) и молекулярно-генетическим методом ПЦР-РВ для обнаружения возможного бактериовыделения МБТ. 2) фибробронхоскопии для исключения специфического или неспецифического поражения бронхов.
Р2	-	Методы дообследования указаны верно и обоснованы правильно.
Р1	-	Методы дообследования указаны не полностью и/или обоснованы неверно.
Р0	-	Методы дообследования указаны не верно.
В	4	Укажите, какой режим и какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациенту должно быть назначено лечение по III режиму химиотерапии как для больного без бактериовыделения, состоящее из комбинации 4 основных противотуберкулезных препаратов: изониазида, пиразинамида, рифампицина и этамбутола. Выбор этой комбинации основан на факте отсутствия выделения микобактерии туберкулеза и отсутствие мутаций, свойственных лекарственной устойчивости МБТ и изониазиду и рифампицину.
Р2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и правильный режим химиотерапии.
Р1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован и/или не названы 1-2 противотуберкулезных препарата, но режим назначен правильно.
Р0	-	Ответ не верный.
В	5	Через 60 доз химиотерапии у пациента отмечается частичнлое рассасывание очагов в S1-2 слева, однако часть очагов сохраняется и уплотняется. Больной настроен устроиться на работу в колбасный цех. Каковы Ваши рекомендации, обоснуйте свой выбор.
Э	-	Учитывая продолжающуюся динамику активного процесса трудоустройство в колбасный цех в данный момент не возможно. Необходимо продолжить прием АБП по рекомендованной схеме. Наблюдать по IA группе диспансерного учета.
Р2	-	Дальнейшая тактика ведения больного выбрана верно
Р1	-	Тактика ведения больного выбрана верно, но не обоснована.
Р0	-	Тактика ведения пациента выбрана не верно.
Н	-	004
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина 27 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в левом боку, усиливающиеся при наклонах в здоровую сторону и дыхании; на тпературу 39ОС, озноб и потливость. Из анамнеза известно, что боли возникли после переохлаждения. Туберкулезный контакт с родственником. Больная отмечает, что че-

		рез 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. 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 ‘. Слева нижние межреберья сглажены. Перкуторно определяется притупление легочного звука слева по лопаточной и подмышечной линиям. Слева внизу голосовое 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. В анализах: Er – 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. Мокроту больная не выделяет, кашля практически нет. 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. Диаскинтест – папула 17 мм.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Туберкулезный экссудативный плеврит слева. Осложненный посттуберкулезными изминениями в верхушках обоих легких в виде кальцинатов. МБТ - , ІА ГДУ.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	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. 2) клиническая форма – экссудативный плеврит – определена на основание остро возникших после переохлаждения типичных жалоб (боль в боку, усиление боли при дыхание, уменьшение болей после накопления жидкости и появления одышки, температура 39ОС, 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). 3) рентгенологических данных (гомогенное затемнение с косой верхней границей на уровне IV ребра). 4)изминения в гемограмме (лимфопения, моноцитоз, увеличение Le и СОЭ).
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета. Обоснование проведено не полностью, сокращено.
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	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.
Р2	-	Дополнительные методы обследования указаны правильно.
Р1	-	Методы обследования указаны верно, но не обоснованы или указаны не полностью.
Р0	-	Методы обследования указаны не верно.
В	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.
Р2	-	Дана верная рекомендация по проведению плевральной пункции, метод обоснован.
Р1	-	Плевральная пункция рекомендована, но не обоснована, четко не объяснены техника проведения.
Р0	-	Ответ дан неправильный.
В	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.

Р2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и верный режим химиотерапии.
Р1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован и/или не названы 1-2 препарат в верно обозначенном режиме химиотерапии.
Р0	-	Ответ не верный.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	005
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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 39-39,5ОС. 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. 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 болезнена. 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. В анализах: Er – 3,8*1012/л; Hb – 110 г/л; Le – 12,0*109/л; П – 15%; С - 63%; Л - 10%; М - 12%; СОЭ – 47 мм/час. Мокроту больная не выделяет, кашля практически нет. При рентгенологическом обследование 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. Диаскинтест – папула 12 мм. В мокроте МБТ +2 скопически. Ранее в посевах выделена культура МБТ устойчивая к изониазиду и рифампицину.
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. IIА ГДУ.

Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
Р0	-	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 изминения с полостями распада). Диагноз гнойного плеврита справа (эмпиема), осложнившаяся плевро-бронхиальным свищом справа установлен по данным объективного обследования: симптомов тяжелой интоксикации (температура до 39,5ОС с резкими «свечками», воспалительная картина крови); физикальные данные (грудная клетка справа отстает при дыхание, нижние межреберья сглажены. Пальпация их болезнена, 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 формирование плевро-бронхиального свища свидетельствует внезапное появление кашля с гнойной мокротой на фоне выраженной интоксикации. Пациент должен наблюдаться по IIА ГДУ, как больной с активным туберкулезом легких и хроническим течением, у которого в результате лечения можно добиться положительной динамики.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета. Обоснование проведено не полностью, сокращено.
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
Э	-	Пациенту необходимо выполнить: 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
Р2	-	Дополнительные методы обследования указаны правильно.
Р1	-	Методы обследования указаны верно, но не обоснованы или указаны не полностью.
Р0	-	Методы обследования указаны не верно.

В	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).
Р2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и правильный режим химиотерапии.
Р1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован и/или не названы фторхинолоны и препараты резерва, но режим назначен правильно.
Р0	-	Ответ не верный.
В	5	Какое лечение должно быть рекомендовано?
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.
Р2	-	Рекомендация лечения верна
Р1	-	Дальнейшее лечение рекомендовано не полностью.
Р0	-	Рекомендации на дальнейшее лечение не даны.
Н	-	006
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина 46 лет, направлен участковым терапевтом в тубдиспансер после флюорографии грудной клетки. В течении 10 дней беспокоят: охриплость голоса, боли в горле при глотании, кашель со скудной слизистой мокротой, однократно кровохарканье, общая слабость, повышение температуры до 38,4О. Разнорабочий, без оформления трудовой книжки, курит 30 лет, часто употребляет алкоголь, не был на флюорографии грудной клетке более 4 лет. При обследовании отмечается дефицит веса на 11 кг, бледность кожных покровов. При пальпации обнаружены 3 группы мелких, 3-4 мм, шейных передних узлов и умеренной болезненности грудной клетки. Аускультативно в подключичных областях выслушивается непостоянные мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот обычной формы, при пальпации болезнен в правом межреберье и в области илеоцикальной зоны. Печень увеличена на 1,5 см, селезенка не увеличена, симптом Пастернацкого – отрицательный. В анализах мочи: Le – до 20 в п/зр; Er – до 5 в п/зр; белок – 0,33%. Исследование по Нечипоренко: Le – до 1,5 млн. Анализ крови: Er – 8*1012/л; Hb – 101 г/л; Le – 11,0*109/л; П – 6%; С - 58%; Б – 2%; Л - 15%; М - 14%; Э - 5%; СОЭ – 47 мм/час. В мокроте методом микроскопии КУМ +.

		На ранее выполненной флюорограмме в обоих легких в верхних и средних отделах, симметрично определяются множественные очаги разной величины малой и средней интенсивности, имеющие тенденцию к слиянию между собой. Во 2 сегментах с обеих сторон определяются тонкостенные полости распада 3 см «симптом очков». Методом ПЦР-РВ обнаружена ДНК МБТ устойчивая к рифампицину. Осмотрен фтизиоларингологом - при осмотре заподозрен и доказан на биопсии инфильтративный внутренний туберкулез гортани с дисфонией I-II ст.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Подострый диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада, МБТ +; устойчивый к рифампицину, IA ГДУ. Туберкулез гортани инфильтративный, внутренний, дисфония I-II.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета, осложнение настоящего заболевания.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Установлению диагноза туберкулеза легких способствовали следующие сведения: 1) Обнаружение КУМ в мокроте методом микроскопии, положительная ЦПР-РВ на ДНК МБТ. 2) Гистологичекое подтверждение туберкулеза гортани. 3) Анамнестические данные указывают на принадлежность пациента к группе риска по туберкулезу (не проходил флюорографическое обследование более 4 лет). 4) Симптомы заболевания свидетельствуют о постепенном развитие заболевания, сопровождающиеся выраженными симптомами интоксикации, при скудности прочих данных. 5) Отрицательная проба Манту в данном случае является лишь следствием отрицательной анергии. 6) Клиническая форма подострого диссеминированного туберкулеза установлена на основание данных рентгенотомографического обследования (разнокалиберные очаги, разной интенсивности занимающие более 4 сегментов, сливающиеся в инфильтрат с распадом). 7) Определение локализации процесса основано как на данных рентгенологических так и ларингоскопических обследований. 8) Установление фазы процесса также основано на данных рентгенологического обследования – очаги носят полиморфный характер, при отсутствие физброзно-склеротических изменений в легких, а так же сохранения конфигураций сердца.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован не полностью:

		отсутствует обоснование нозологической или клинической формы или локализации, фазы процесса и/или группы диспансерного учета, или осложнения заболевания.
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дообследование больной. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациенту необходимо проведение трахеобронхоскопии для исключения специфического и неспецифического поражения бронхов и забора БАЛ с последующей ПЦР-РВ.
Р2	-	Методы дообследования указаны верно и обоснованы правильно.
Р1	-	Методы дообследования указаны не полностью и/или обоснованы неверно.
Р0	-	Методы дообследования 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 II режим противотуберкулезного лечения. Выбор этих препаратов основан на сведеньях молекулярно-генетических методов исследования мокроты. Показан пневмоперитонеум после исключения поражения бронхов.
Р2	-	Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, выбор правильно обоснован.
Р1	-	Выбрана верная схема препаратов, однако выбор не обоснован и/или 1-2 противотуберкулезных препаратов в схеме лечения указаны не верно, но выбор режима обоснован.
Р0	-	Схема лечения выбрана не правильно.
В	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте ваш выбор.
Э	-	Необходим ежемесячный бактериологический контроль для исключения вторичной лекарственной устойчивости МБТ, при ее обнаружении должна быть коррекция проводимого лечения. При сохранение деструктивных изменений в верхней доле легких показана консультация фтизиохирурга.
Р2	-	Дальнейшая тактика ведения больного выбрана верно
Р1	-	Тактика ведения больного выбрана верно, но не обоснована.
Р0	-	Тактика ведения пациента выбрана не верно.
Н	-	007
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В инфекционную больницу на скорой помощи поступил мужчина 34 лет в тяжёлом состоянии с лихорадкой неясного характера. При сборе анамнеза удалось выяснить, что болен он около суток, всё началось с повышения температуры до 380С и сухого кашля, затем температура повысилась до 400С, беспокоила сильная головная

		боль, бессонница, одышка, кашель усилился до постоянного, продуктивного. При осмотре: акроцианоз, одышка до 48 в минуту, тахикардия до 130 ударов в минуту. При перкуссии над лёгкими звук носит коробочный оттенок, аускультативно — рассеянные сухие хрипы. При пальпации живот мягкий, печень увеличена на 3 см, селезёнка не пальпируется, симптом Пастернацкого отрицательный. В анализах: Er — 4,3*1012, Hb — 112 г/л, Ley — 10,9*109, п — 7%, с - 76%, л — 11%, м — 6%, э — 0, СОЭ — 36 мм/час. При цифровой флюорографии грудной клетки в двух проекциях патологии не выявлено. Во взятых анализах на сыпной тиф, паратифы, малярию, коллагенозы патологии не выявлено. Больному проведено 2 курса лечения антибиотиками и дезинтоксикационными средствами. Пациент недавно освободился из мест заключения, где находился 3 года. Болел левосторонним плевритом нетуберкулёзной этиологии, лечился в терапевтическом отделении. В дальнейшем рентгенологическое обследование не проводилось. Реакция Манту с 2ТЕ — отрицательная, ДСТ — папула 3 мм. В мокроте микроскопическим методом КУМ не обнаружены, методом ПЦР-РВ ДНК МБТ так же не выявлены. Учитывая недостаточную эффективность проводимого лечения на 11 день пребывания в терапевтическом отделении была выполнена рентгенография органов грудной клетки, при которой выявлен двухсторонний лёгочный прцесс: высыпания однотипных множественных очагов малой интенсивности размеров 1-2 мм. Больной переведён в диагностическое отделение областного противотуберкулёзного клинического диспансера. С целью уточнения этиологии лёгочной диссеминации больному была выполнена поднаркозная фибротрахеобронхоскопия. Эндоскопически — картина диффузного катарального эндобронхита. В бронхо-альвеолярном лаваже КУМ не найдены. При трахеобронхиальной щипцевой биопсии из разных долей лёгких и последующего гистологического исследования биоптата обнаружены гранулёмы следующего строения: в центре казеоз, по периферии эпителиоидные клетки и клетки Пирогова-Лангханса, узкий наружный слой лимфоцитов. Гистологическое заключение — туберкулёз.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	милиарный туберкулёз лёгких в фазе инфильтрации, МБТ - , ІА ГДУ.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Э	-	Диагноз милиарного туберкулёза лёгких верифицирован гистологически по результату эндоскопических биопсий Форма милиарного туберкулёза лёгких основывается на данных рентгено-томографического обследования, установивших тотальное обсеменение лёгких просовидными очагами малой интенсивности. Установление фазы прцесса так же основывается на данных рентгено-томографического обследования, при котором определяются просовидные малоинтенсивные очаги, что свидетельствует о фазе инфильтрации. Бактериовыделение у больного не определено методом бактериоскопии и методом ПЦР-РВ. Больной должен наблюдаться в ІА ГДУ как впервые выявленный больной туберкулёзом.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета. Обоснование проведено не полностью, сокращено.
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
Э	-	Необходимо повторное исследование мокроты и бронхо-альвеолярного лаважа методом посева на плотную среду Левенштейна-Йенсена и жидкую среду методом ВАСТЕС
Р2	-	Дополнительные методы обследования указаны правильно.
Р1	-	Методы обследования указаны верно, но не обоснованы или указаны не полностью.
Р0	-	Методы обследования указаны не верно.
В	4	Укажите, какой режим и какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациенту должна быть назначена комбинация 4 основных противотуберкулёзных препаратов. При получении получении положительных результатов чувствительности посевов на МБТ должна быть определена их мутация к туберкулостатикам с последующей коррекцией химиотерапии. Не исключена вероятность коррекции терапии и без получения результатов бактериограммы, в этом случае должна учитываться эффективность назначенного противотуберкулёзного лечения.
Р2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и правильный режим химиотерапии.
Р1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован и/или не названы фторхинолоны и препараты резерва, но режим назначен правильно.
Р0	-	Ответ не верный.
В	5	Каков прогноз заболевания.

Э	-	Через 4-5 месяцев коонтролируемой регулярной противотуберкулёзной терапии при милиарном туберкулёзе лёгких, как правило исчезает симптом интоксикации, респираторные жалобы, нормализуются лабораторные показатели. Рентгенотомографическое обследование, в том числе КТ, фиксируют чаще всего рассасывание очагов, но возможно и уплотнение некоторых из них, а также формирование нежного пневмосклероза лёгких
Р2	-	Прогноз верен
Р1	-	Прогноз заболевания не точен.
Р0	-	Прогноз заболевания не верен.
Н	-	008
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	На приём к фтизиатру направлена женщина 50 лет, не работающая. Она считает себя больной около 5 лет, лечилась у терапевта по поводу ХОБЛ, у ларинголога — фаринголарингит. Ежегодно проходила ФЛГ обследование грудной клетки на которой описывались пневмосклероз верхних отделов лёгких, умеренно выраженная эмфизема. При обращении жалобы на одышку при физической нагрузке, слабость, кашель со скудной слизисто-гнойной мокротой, непостоянный субфебрилитет. При обследовании обращает на себя внимание бледность кожных покровов и похудание (дефицит массы 12 кг). Пальпация грудной клетки, органов брюшной полости безболезненны. Перкуторный звук над лёгкими с коробочным оттенком, на фоне жёсткого дыхания выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы над верхними долями и рассеянные сухие хрипы над всей поверхностью лёгких. В анализе крови: Hb – 102 г/л, Er – 3,8*1012, Ley - 9,2*109, формула не изменена, СОЭ — 23 мм/час. В анализе мочи: ley – до 10 в поле зрения, Er — 1-2 в поле зрения, белок — 0,33%. При анализе цифровой ФЛГ грудной клетки и выполненной в клинике КТ грудной клетки выявляются хорошо очерченные разной величины и плотности очаги в верхних и средних отделах, а также пневмосклероз, фиброз с уменьшением размера верхушек. Корни подтянуты вверх. В нижней доле правого лёгкого определяется группа мягких очагов, сливающихся в инфильтрат с распадом. Сердце уменьшено в размерах. Проба Манту — папула 8 мм, ДСТ — папула 12 мм. В мокроте методом микроскопии по Цилю-Нильсену обнаружены КУМ 2+. При исследовании мокроты методом ПЦР-РВ обнаружены ДНК МБТ с мутацией, связанной с устойчивостью к изониазиду и рифампицину.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Хронический диссеминированный туберкулёз лёгких в фазе распада в нижней доле правого лёгкого, МБТ +, устойчивость к изониазиду и рифампицину, IA ГДУ

Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	диагноз туберкулёза лёгких установлен в результате проведённого обследования: 1) результатов микробиологического обследования мокроты (обнаружение в мокроте КУМ при микроскопии и ДНК МБТ при ПЦР-РВ). 2) данных КТ грудной клетки, при которой обнаружены как разнокалиберные разной величины и плотности очаги в лёгких, а также инфильтрат с распадом в нижней доле правого лёгкого. 3) о хронизации туберкулёзного процесса свидетельствуют выраженный пневмосклероз, эмфизема лёгких, фиброзные изменения верхушек лёгких, уменьшение размеров сердца. 4) за туберкулёзную этиологию заболевания свидетельствуют длительное (5 лет) неэффективное лечение у терапевта по поводу ХОБЛ 5) имело место неквалифицированная интерпретация проведённых ранее рентгенологических обследований грудной клетки. Клиническая форма хронического диссеминированного туберкулёза лёгких установлена на основании полученных сведений КТ органов грудной клетки (множественные очаги средней и плотной интенсивности, пневмосклероз и эмфизема лёгких, уменьшение размеров верхушек, изменение кофигурации сердечной тени). Определение локализации процесса так же основаны на данных КТ исседования органов грудной клетки, которое не только установило наличие множественных очагов, но и инфильтрата с распадом в нижней доле правого лёгкого. Установление фазы процесса основано также на данных рентгенотомографического обследования больного (наличие полиморфных очагов и инфильтрата с распадом в нижней доле парвого лёгкого). Бактериовыделение установлено на основании обнаружения КУМ в мокроте и исследовании её методом ПЦР-РВ, при чём выявлена мутация с устойчивостью к изониазиду и рифампицину.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета. Обоснование проведено не полностью, сокращено.
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
Э	-	следующие дополнительные методы показаны пациенту: видеотрахеобронхоскопия для исключения туберкулёзного или неспецифического поражения бронхов; исследование функции лёгких и сердца для решения вопроса о наличии и степени выраженности легочно-сердечной недостаточности

Р2	-	Дополнительные методы обследования указаны правильно.
Р1	-	Методы обследования указаны верно, но не обоснованы или указаны не полностью.
Р0	-	Методы обследования указаны не верно.
В	4	Укажите, какой режим и какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	У больного впервые выявлено МЛУ. Показан IV режим с назначением 5-6 противотуберкулёзных препаратов (с заменой изониазида и рифампицина другими противотуберкулёзными препаратами). Учитывая налияие деструкции в нижней доле правого лёгкого целесообразно наложение пневмоперитонеума
Р2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и правильный режим химиотерапии.
Р1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован и/или не названы фторхинолоны и препараты резерва, но режим назначен правильно.
Р0	-	Ответ не верный.
В	5	Каков прогноз заболевания.
Э	-	через 6 месяцев контролируемого противотуберкулёзного лечения, дополненного пневмоперитонеумом у пациента наблюдается нормализация температуры, исчезновение слабости, нормализация лабораторных показателей, прекращение бактериовыделения. Динамическое рентгенологическое обследование отмечает некоторое уменьшение количества очагов, закрытие полости распада в лёгком. Однако, возможен вариант формирования на месте распадающегося инфильтрата полости (каверны), что потребует консультации фтизиохирурга для решения вопроса об оперативном лечении
Р2	-	Прогноз верен
Р1	-	Прогноз заболевания не точен.
Р0	-	Прогноз заболевания не верен.
Н	-	009
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина 39 лет, направлена в противотуберкулезный диспансер из ЦРБ после проведения флюорографии грудной клетки, на которой выявлен диссеминированный процесс в легких. Считает себя больной около 2 месяцев, когда стала отмечать одышку при физической нагрузке, покашливание, непостоянный субфибрилитет по вечерам. К врачам не обращалась. В анамнезе плеврит 20 лет назад, лечилась у терапевта. Последняя флюорография грудной клетки была 3 года назад, на дообследование не вызывалась. Работала продавцом в продуктовом магазине, уволилась после рождения ребенка. При осмотре: состояние удовлетворительное, кожа чистая, Рост 171 см. Вес 69 кг. Пальпаторно определяется увеличение надключичных

		и глубоких шейных лимфоузлов. Перкуторный звук легочный, приглушен в нижнее-боковых отделах. При аускультатиции – ослабленное везикулярное дыхание, в межлопаточном пространстве выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. ЧДД – 20 в ‘. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 92 в ‘АД 110/65 мм рт.ст. В анализах: Er – 4,1*1012/л; Hb – 120 г/л; Le – 10,1*109/л; П – 6%; С - 74%; Л - 10%; М - 9%; Э - 1%; СОЭ – 34 мм/час. При рентгенотомографическом обследовании грудной клетки (флюорограмма и КТ): в легких с обеих сторон определяются многочисленные величеной от 2 до 8 мм расположенные преимущественно в верхних отделах картикально, очаговые тени мягкой и средней интенсивности, часть из которых сливаются в мелкие фокусы. Проба Манту с 2 ТЕ – отрицательная; Диаскинтест – папула 5 мм. В мокроте КУМ и ДНК МБТ не обнаружены. Пациентке с диагностической целью выполнена фибробронхоскопия. Эндоскопически картина диффузного катарального эндобронхита. При трахеобронхиальной щипцовой биопсии легкого и трахеобронхиальной игловой биопсии бронхопульмональных и бифуркационных лимфоузлов обнаружены эпительальные клетки. В БАЛ методом ПЦР-РВ обнаружены ДНК МБТ, устойчивые к изониазиду.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Подострый диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации, МБТ+, устойчивый к изониазиду, IA ГДУ.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз туберкулеза легких установлен на основании следующих данных: 1) бактериологического исследования полученного при бронхоскопии содержимого бронхов (обнаружена ДНК МБТ методом ПЦР-РВ); 2) Данных рентгенологического исследования – наличие полиморфных очагов преимущественно в верхних отделах, субплеврально; 3) анамнестические сведения свидетельствуют о длительности заболевания с симптомами маловыраженной интоксикации, перенесенный ранее плеврит в возрасте 19 лет мог быть туберкулезного характера; 4) бронховезикулярное дыхание с влажными хрипами в межлопаточном пространстве, лекоцитоз при нормально формуле крови, ускорение СОЭ; 5) характеристика бактериовыделения дана на основе результатов микробиологических исследований материала полученного в результате бронхоскопии; 6) больная должна наблюдаться в IA группе диспансерного учета, как впервые выявленная больная.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью:

		отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета.
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Оцените результаты туберкулинодиагностики у больного
Э	-	Проба Манту с 2 ТЕ – отрицательная. Диаскиниест – 5 мм. Проба считается положительный, что позволяет предположить наличие активного туберкулеззного процесса.
Р2	-	Результаты туберкулинодиагностических проб оценены верно
Р1	-	Дана не полная оценка результатов
Р0	-	Результаты проб оценены не правильно
В	4	Укажите, какой режим и какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациентке должен быть назначен II режим противотуберкулезного лечения. Выбор этой комбинации основан на обнаружение ДНК МБТ, с мутацией к изониазиду.
Р2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и правильный режим химиотерапии.
Р1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован.
Р0	-	Ответ не верный.
В	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Учитывая динамику процесса: рассасывание и частичное уплотнение очагов продолжить наблюдение и лечение до 24 месяцев в IIА ГДУ, с последующим контрольным обследованием и переводом в III ГДУ.
Р2	-	Дальнейшая тактика ведения больного выбрана верно
Р1	-	Тактика ведения больного выбрана верно, но не обоснована.
Р0	-	Тактика ведения пациента выбрана не верно.
Н	-	010
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина 47 лет направлен в тубдиспансер после проведения профилактической флюорографии, на которой были выявлены патологические изменения в легких. Из анамнеза известно, что находился в местах лишения свободы, где болел левосторонним экссудативным плевритом реберно-диафрагмальной локализации. Проводилась плевропункция, экссудат серозный, абацилярный; туберкулезный характер плеврита был исключен. Объективно: кожа чистая, бледная, пониженного питания (дефицит 12 кг). Пальпаторно выявлены увеличенные до 2 см левые подмышечные и подключичные периферические лимфоузлы, мелкие, безболезненые. При перкуссии слева у нижнего угла лопатки определяется укорочение легочного звука. Аускультативно дыхание жесткое,

		с рассеянными сухими хрипами, слева подключично единичные влажные хрипы. В анализах: Er – 3,8*10¹²/л, Hb – 90 г/л, Le– 7,6*10⁹/л, п – 4%, н – 53%; б – 2%, л – 25%, м – 10%, э – 6%, СОЭ – 28 мм/ч. Флюоротомографическими методами исследования грудной клетки выявлено: легочный рисунок деформирован в средних и нижних отделах легких определяются средние и плотные очаговые тени размером от 3 до 9 мм. В врхней доле левого легкого (2 сегмент) определяется негомогенная структура – инфильтрат без четких контуров и полостью распада. Верхушки легких уменьшены в размерах. Сердце по краю грудины. Проба Манту с 2 ТЕ – папула 9 мм. ДСТ – папула 11мм. В мокроте: методом Циля-Нильсена обнаружены КУМ 1-2 в полях зрения. Методом ПЦР-РВ обнаружена ДНК МБТ с мутациями, связанными с устойчивостью к изониазиду и рифампицину.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Хронический диссеминированный туберкулез легких. Фаза распада во 2-ом сегменте левого легкого. МБТ+. Чувствительная к изониазиду и рифампицину. ІА ГДУ.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основание следующих сведений: 1) результат микробиологического исследования (нахождение в мокроте КУМ и ДНК МБТ); 2) данных рентгенологического обследования (наличие очагов в легких, пневмосклероз, фиброзные изменения в верхушках легких, уменьшение правых отделов сердца, инфильтрат с распадом во втором сегменте левого легкого); 3) данных анамнеза (нахождение в МЛС. Где перенес плеврит); 4) данных иммунодиагностики (положительный ДСТ подтверждающий с высокой вероятностью активность туберкулезного процесса); 5) объективное обследование (бледность кожи, наличие влажных хрипов в S2 левого легкого); 6)лабораторные данные (анемия, повышение СОЭ).
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета. Обоснование проведено не полностью, сокращено.
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.

В	3	Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
Э	-	Дополнительно к проведенному обследованию необходимо провести фибробронхоскопию для исключения специфического и неспецифического поражения бронхов
Р2	-	Дополнительные методы обследования указаны правильно.
Р1	-	Методы обследования указаны верно, но не обоснованы или указаны не полностью.
Р0	-	Методы обследования указаны не верно.
В	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).
Р2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и правильный режим химиотерапии.
Р1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован и/или не названы фторхинолоны и препараты резерва, но режим назначен правильно.
Р0	-	Ответ не верный.
В	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	При формирование каверн в верхней доле левого легкого показана консультация фтизиохирурга и рещшени вопроса хирургического лечения.
Р2	-	Тактика лечения верна
Р1	-	Дальнейшая тактика лечение рекомендована не полностью.
Р0	-	Тактика на дальнейшее лечение не дана.

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 несущественные 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 несущественные 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 несущественные 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»

Разработчик рабочей программы:
Павлунин Александр Васильевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой фтизиатрии им. И.С. Николаева
Наумов Алексей Георгиевич, ассистент кафедры фтизиатрии им. И.С. Николаева