

1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине/модулю, практике Фтизиатрия
по специальности 31.08.51. Фтизиатрия

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1.	Раздел 1. Общие вопросы фтизиатрии Раздел 2. Туберкулез легких. Раздел 3. Внелегочный туберкулез.	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12	<u>Знать</u> тактику ведения и лечения пациентов, нуждающихся во фтизиотерапевтичес ком лечении. <u>Уметь</u> определять тактику ведения и лечения пациентов, нуждающихся во фтизиотерапевтическом лечении <u>Владеть:</u> ия и лечения пациентов, нуждающихся во фтизиотерапевтическом лечении.	Тесты	100
				Задачи	30

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

2.1. Тестовые задания по дисциплине

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
001.В протоколе рентгенологического исследования необходимо отобразить а) скиалогическую характеристику патологического процесса б) морфологическую характеристику патологического процесса в) предположение о морфологии процесса, полученное на основании скиалогической характеристики патологических изменений в легких и органах средостения	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
002.Заключение протокола рентгенологического исследования является а) выводом б) диагнозом в) кратной скиало-морфологической характеристикой патологического процесса	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7,

	ПК8, ПК10, ПК12	ПК9, ПК11,
003. Заключение протокола рентгенологического исследования может быть а) конкретным б) с указанием дифференциально-диагностического ряда, включающим не более двух нозологических форм в) с рекомендациями применения дополнительных методов для уточнения диагноза в неясном случае г) всем вышеперечисленным	УК1, УК3, ПК2, ПК4, ПК6, ПК8, ПК10, ПК12	УК2, ПК1, ПК3, ПК5, ПК7, ПК9, ПК11,
004. В заключении протокола рентгенологического исследования кроме формы туберкулеза необходимо отразить а) локализацию процесса б) распространенность процесса в) активность процесса (его фазу) г) вариант процесса д) все перечисленное	УК1, УК3, ПК2, ПК4, ПК6, ПК8, ПК10, ПК12	УК2, ПК1, ПК3, ПК5, ПК7, ПК9, ПК11,
005. Туберкулез бронха, выявленный во время бронхоскопии, протекает клинически малосимптомно а) в 5-7% случаев б) в 20-30% случаев в) в 50% случаев	УК1, УК3, ПК2, ПК4, ПК6, ПК8, ПК10, ПК12	УК2, ПК1, ПК3, ПК5, ПК7, ПК9, ПК11,
006. Бронхоскопия у больных туберкулезом показана а) при всех формах легочного туберкулеза, протекающих с деструкцией и бактериовыделением б) при предоперационном обследовании больных в) при туберкулезных плевритах и туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов г) при бактериовыделении из очага неясной локализации д) при всех перечисленных случаях	УК1, УК3, ПК2, ПК4, ПК6, ПК8, ПК10, ПК12	УК2, ПК1, ПК3, ПК5, ПК7, ПК9, ПК11,
007. Лечебная бронхоскопия у больных туберкулезом показана а) при инфильтративном туберкулезе бронха без выраженного стеноза его просвета б) при язвенном туберкулезе стенки долевого бронха с разрастанием грануляции, стенозирующих его просвет в) при локальном катаральном эндобронхите г) при разлитом гипертрофическом эндобронхите	УК1, УК3, ПК2, ПК4, ПК6, ПК8, ПК10, ПК12	УК2, ПК1, ПК3, ПК5, ПК7, ПК9, ПК11,
008. Бронхоскопия с помощью "жесткого" бронхоскопа имеет преимущества по сравнению с фибробронхоскопией, кроме а) дешевизны аппаратуры б) лучшего обзора трахеи и бронхов 1-2-го порядка в) возможности осмотреть стенку бронхов 3-6-го порядка	УК1, УК3, ПК2, ПК4, ПК6, ПК8,	УК2, ПК1, ПК3, ПК5, ПК7, ПК9,

	ПК10, ПК12	ПК11,
009.Фибробронхоскопия имеет все перечисленные преимущества по сравнению с бронхоскопией "жестким" бронхоскопом, кроме а) дешевизны аппаратуры б) меньшей травматичности вмешательства в) возможности произвести биопсию легочной ткани	УК1, УК3, ПК2, ПК4, ПК6, ПК8, ПК10, ПК12	УК2, ПК1, ПК3, ПК5, ПК7, ПК9, ПК11,
010.При трансбронхиальной щипцовой биопсии берутся на исследование а) кусочки слизистой бронха б) кусочки стенки бронха со слизистой оболочки и хрящевой тканью в) участки паренхимы легкого	УК1, УК3, ПК2, ПК4, ПК6, ПК8, ПК10, ПК12	УК2, ПК1, ПК3, ПК5, ПК7, ПК9, ПК11,
011.Инфильтративный туберкулез легких - это а) туберкулез легких, характеризующийся участком затемнения б) туберкулез легких, проявляющийся клиникой пневмонии в) туберкулез легких, характеризующийся воспалительными изменениями с преобладанием экссудативного компонента и казеозным некрозом в центре	УК1, УК3, ПК2, ПК4, ПК6, ПК8, ПК10, ПК12	УК2, ПК1, ПК3, ПК5, ПК7, ПК9, ПК11,
012.Преобладание экссудативного воспалительного процесса при инфильтративном туберкулезе с казеозным некрозом и частым образованием полостей распада происходит в первую очередь а) из-за гиперергической реакции макроорганизма на микобактерии туберкулеза б) из-за гиперсенсibilизации легочной ткани к антигенам микобактерий туберкулеза в) из-за массивного размножения инфекции в очаге поражения	УК1, УК3, ПК2, ПК4, ПК6, ПК8, ПК10, ПК12	УК2, ПК1, ПК3, ПК5, ПК7, ПК9, ПК11,
013.В основу клинико-рентгенологических вариантов инфильтратов положено а) поражение бронха б) степень выраженности специфического воспаления и его распространенность в) наличие ателектатических изменений г) объем поражения легкого д) клинические проявления болезни	УК1, УК3, ПК2, ПК4, ПК6, ПК8, ПК10, ПК12	УК2, ПК1, ПК3, ПК5, ПК7, ПК9, ПК11,
014.Лобулярный инфильтрат характеризуется а) отсутствием клинических проявлений заболевания б) умеренно выраженными и непродолжительными клиническими симптомами заболевания в) наличием симптомов локального бронхита г) наличием влажных хрипов в легком л) весь объем	УК1, УК3, ПК2, ПК4, ПК6, ПК8, ПК10, ПК12	УК2, ПК1, ПК3, ПК5, ПК7, ПК9, ПК11,

015.Для лобулярного инфильтрата наиболее характерными рентгенологическими признаками являются а) однородный круглый фокус с очагами вокруг б) однородная неправильной формы фокусная тень, нередко с очагами вокруг в) неоднородный участок затемнения с очагами вокруг г) треугольный неоднородный участок с очагами вокруг	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
016.Лобулярный инфильтрат наблюдается среди инфильтративного туберкулеза а) в 10% случаев б) в 20% случаев в) в 30% случаев г) в 50% случаев	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
017.При лобулярном инфильтрате микобактерии туберкулеза в мокроте и промывных водах бронхов обнаруживаются а) до 10% случаев б) до 20% случаев в) до 30% случаев г) до 50% случаев д) свыше 50% случаев	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
018.При лобулярном инфильтрате распад определяется а) менее, чем в 10% случаев б) около 20% случаев в) около 30% случаев г) около 50% случаев д) выше 50% случаев	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
019.Клинико-рентгенологический синдром лобулярного инфильтрата требует дифференциальной диагностики а) с очаговой пневмонией б) с доброкачественной опухолью в) с ретенционной кистой г) с эхинококком	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
020.При эффективном лечении лобулярного инфильтрата чаще формируются остаточные изменения в виде а) ограниченного пневмосклероза	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12

б) плотных очагов в) туберкулемы г) сегментарного цирроза	
021.Круглый инфильтрат характеризуется а) отсутствием клинических проявлений б) умеренно выраженными и затяжными клиническими проявлениями в) выраженными клиническими проявлениями г) всем перечисленным	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
022.Наиболее характерными рентгенологическими признаками круглого инфильтрата являются: 1) однородный круглый фокус с очагами вокруг 2) однородный неправильный фокус с очагами вокруг 3) неоднородный фокус с очагами вокруг 4) неоднородный неправильный участок с очагами вокруг 5) треугольный, неоднородный участок с очагами вокруг 6) неоднородный неправильный фокус а) правильные ответы 1 и 3 б) правильные ответы 1 и 2 в) правильные ответы 4 и 6 г) правильные ответы 5 и 6 д) правильные ответы 2 и 4	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
023.Круглый инфильтрат подвергается распаду а) в 10% случаев б) в 20% случаев в) в 30% случаев г) в 40% случаев д) в 50% случаев и чаще	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
024.При круглом инфильтрате выделение микобактерий туберкулеза наблюдается а) в 10% случаев б) в 20% случаев в) в 30% случаев г) в 40% случаев д) в 50% случаев и более	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
025.Клинико-рентгенологический синдром круглого инфильтрата в первую очередь требует дифференциальной диагностики а) с пневмоний б) с раком легкого в) с эхинококком г) с доброкачественной опухолью д) с ретенционной кистой	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12

026. При эффективном лечении круглого инфильтрата чаще формируются остаточные изменения в виде а) участка пневмосклероза б) плотного очага с умеренным пневмосклерозом в) туберкулемы г) сегментарного цирроза	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
027. Облаковидный инфильтрат характеризуется а) клиническими признаками пневмонии б) клиническими симптомами бронхита в) отсутствием клинических проявлений г) болями на стороне поражения д) повышением температуры тела	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
028. Наиболее характерными рентгенологическими признаками облаковидного инфильтрата являются а) неоднородный неправильный фокус с очагами б) неоднородный треугольной формы участок затемнения с очагами в) неоднородный неправильной формы участок затемнения с очагами г) однородный неправильный участок затемнения с очагами д) однородный треугольной формы участок затемнения с очагами	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
029. При облаковидном инфильтрате выделение микобактерий туберкулеза наблюдается а) в 40% случаев б) в 50% случаев в) в 60% случаев г) в 70% случаев д) в 80% случаев и более	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
030. Облаковидный инфильтрат подвергается распаду а) в 30% случаев б) в 40% случаев в) в 50% случаев г) в 60% случаев д) в 70% случаев и более	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
031. Клинико-рентгенологический синдром облаковидного инфильтрата требует дифференциальной диагностики: 1) с пневмонией 2) с раком легкого 3) с саркоидозом легких	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12

4) с ретенционной кистой 5) с абсцедирующей пневмонией 6) с эозинофильной пневмонией 7) с грануломатозом Вегенера а) правильные ответы 2, 3 и 5 б) правильные ответы 1, 5 и 6 в) правильные ответы 1, 2 и 5 г) правильные ответы 3, 4 и 7 д) правильные ответы 5, 6 и 7	
032. При эффективном лечении облаковидного инфильтрата может сформироваться а) участок пневмосклероза б) участок пневмосклероза с очагами в) сегментарный цирроз г) все перечисленное	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
033. Перисциссурит характеризуется следующими клиническими синдромами: 1) лихорадкой 2) сухим кашлем 3) сухими и мелкопузырчатыми влажными хрипами 4) укорочением перкуторного звука 5) бронхиальным дыханием 6) потерей массы тела 7) болями в груди на стороне поражения 8) влажными средне- и крупнопузырчатыми хрипами 9) выделением слизисто-гнойной мокроты 10) отсутствием клинических симптомов а) правильный ответ 10 б) правильные ответы 1, 3, 4, 5 и 9 в) правильные ответы 1, 2, 3, 4, 6 и 7 г) правильные ответы 4, 5, 6, 8 и 9 д) правильные ответы 1, 2 и 4	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
034. Наиболее характерными рентгенологическими признаками перисциссурита являются а) неоднородный неправильный фокус с очагами б) неоднородный участок затемнения с очагами в) неоднородный треугольной формы участок с очагами г) однородный участок затемнения с очагами д) однородный треугольной формы участок затемнения с очагами	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое
--	---

	задание
035.Периссиссурит подвергается распаду а) в 30% случаев б) в 40% случаев в) в 50% случаев г) в 60% случаев д) в 70% случаев и более	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
036.При периссиссурите выделение микобактерий туберкулеза наблюдается а) в 40% случаев б) в 50% случаев в) в 60% случаев г) в 70% случаев д) в 80% случаев и более	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
037.Клинико-рентгенологический синдром периссиссурита требует дифференциальной диагностики 1) с острой пневмонией 2) с раком легкого 3) с саркоидозом легкого 4) с ретенционной кистой 5) с абсцедирующей пневмонией 6) с эозинофильной пневмонией а) правильные ответы 1 и 2 б) правильные ответы 1 и 5 в) правильные ответы 2 и 3 г) правильные ответы 3 и 4 д) правильные ответы 5 и 6	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
038.При эффективном лечении периссиссурита чаще формируется а) участок пневмосклероза б) участок пневмосклероза с очагами в) туберкулема г) цирроз или участок пневмосклероза с очагами д) крупные очаги	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
039.При лобите наблюдаются следующие клинические симптомы: 1) высокая лихорадка 2) острое начало с продромой 3) сухой кашель 4) влажный кашель 5) тупой перкуторный звук 6) бронхиальное дыхание 7) большое количество влажных хрипов 8) боли в груди на стороне поражения 9) умеренные клинические симптомы	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12

а) правильные ответы 1, 4, 5, 6, 7 и 8 б) правильные ответы 1, 2, 5, 6 и 7 в) правильные ответы 1, 5 и 6 г) правильные ответы 1, 2, 3, 5 и 8 д) правильный ответ 9	
040.Туберкулезный лобит характеризуется следующими рентгенологическими признаками: 1) участок затемнения, захватывающий часть доли 2) участок затемнения, захватывающий всю долю 3) однородная тень 4) неоднородная тень, имеющая очаговые образования 5) высокая интенсивность тени 6) доля увеличена в объеме 7) доля уменьшена в объеме 8) часто распад 9) редко распад 10) часто очаги бронхиального отсева а) правильные ответы 2, 4, 5, 7, 9 и 11 б) правильные ответы 1, 3, 5, 6, 9 и 11 в) правильные ответы 1, 3, 6 и 8 г) правильные ответы 2, 4, 5, 7, 8 и 10 д) правильные ответы 2, 3, 5, 6, 8 и 11	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
041.Лобит подвергается распаду а) в 40% случаев б) в 50% случаев в) в 60% случаев г) в 70% случаев д) в 80% случаев и более	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
042.При лобите выделение микобактерий туберкулеза наблюдается а) в 40% случаев б) в 50% случаев в) в 60% случаев г) в 70% случаев д) в 80% случаев и более	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
043.Туберкулезный лобит необходимо дифференцировать а) с крупозной пневмонией б) с раком легкого в) с эозинофильной пневмонией г) со всем перечисленным	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
044.При эффективном лечении лобита чаще формируется а) участок пневмосклероза	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12

б) крупные очаги в) участок пневмосклероза с очагами г) туберкулема д) цирроз	
045. Основным морфологическим отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является а) большой объем поражения б) преобладание казеозного некроза в) более частый распад г) склонность к бронхогенной диссеминации д) поражение крупных бронхов	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
046. При казеозной пневмонии наблюдаются следующие клинические симптомы: 1) острое начало 2) высокая лихорадка 3) субфебрильная температура 4) сухой кашель 5) влажный кашель 6) сухие хрипы в легких 7) много влажных хрипов 8) умеренно выраженные перечисленные клинические симптомы а) правильные ответы 8 б) правильные ответы 1, 2, 5 и 7 в) правильные ответы 1, 3, 4 и 6 г) правильные ответы 1, 3 и 5 д) правильные ответы 1, 3 и 6	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
047. Казеозная пневмония характеризуется следующими рентгенологическими симптомами: 1) участком затемнения 2) фокусом затемнения 3) однородной тенью 4) неоднородной тенью 5) высокой интенсивностью тени 6) наличием распада легочной ткани 7) редким распадом легочной ткани 8) ограниченной бронхогенной диссеминацией 9) обширной бронхогенной диссеминацией 10) ограниченным поражением 11) частым полисегментарным поражением а) правильные ответы 1, 3, 6, 8 и 11 б) правильные ответы 2, 4, 5, 6, 8 и 10 в) правильные ответы 2, 3, 5, 7, 8 и 10 г) правильные ответы 1, 4, 5, 6, 9 и 11 д) правильные ответы 1, 3, 7, 8 и 10	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
048. Казеозная пневмония характеризуется	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,

а) скудным выделением МБТ б) обильным выделением МБТ в) редким выделением МБТ г) однократным выделением МБТ	ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
049.Казеозную пневмонию необходимо дифференцировать а) с клебсиеллопневмонией б) со стафилококковой пневмонией в) с пневмококковой пневмонией г) с раком легкого д) с пневмонией, вызванной одновременно клебсиеллой и стафилококком	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
050.При эффективном лечении казеозной пневмонии чаще формируется а) участок пневмоцирроза б) пневмосклероз с очагами в) множественные туберкулемы г) цирротический и фиброзно-кавернозный туберкулез д) группа очагов	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
051.Туберкулема в структуре заболеваемости туберкулезом органов дыхания составляет а) 1-2% б) 4-5% в) 10-20% г) 20-25%	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
052.Среди контингента больных туберкулезом лица с этим процессом составляют а) 5% б) 8% в) 8-10% г) 10-15% д) более 20%	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
053.Туберкулема легкого представляет собой а) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфической грануляционной ткани б) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфического и неспецифического воспаления в) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный соединительнотканной капсулой с включением клеточных элементов туберкулезной гранулемы	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
054.В туберкулезе легкого микобактерий туберкулеза по сравнению с инфильтративно-пневмоническим процессом аналогичного размера меньше а) в 10 раз б) в 20 раз в) в 50 раз г) в 100 раз д) в 1000 раз	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
055.Формирование туберкулемы возможно во всех перечисленных случаях, кроме а) рубцевания каверны б) заполнения каверны в) прогрессирования очаговой формы туберкулеза г) прогрессирования туберкулезного локального панбронхита	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
056.К казеозным относятся все перечисленные варианты туберкулем, кроме а) инфильтративно-пневмонической б) псевдотуберкулемы в) гомогенной г) слоистой д) конгломератной	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
057.Обострение туберкулезного процесса при туберкулезе связано а) с появлением симптомов интоксикации б) с перифокальной реакцией вокруг туберкулемы и появлением в ней распада в) с размножением микобактерий туберкулеза г) со всем перечисленным	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
058.Крупными считаются туберкулемы размером а) 1-2 см б) 3.0-3.9 см в) 4-5-6 см и более	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
059.Туберкулемы могут иметь следующий вариант клинического течения а) стационарный б) прогрессирующий в) регрессирующий г) все ответы правильные	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
060.У больного с длительно существующей	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,

стационарной туберкулемой появились симптомы интоксикации: кашель со скудной мокротой (БК+), а на рентгенограмме - перифокальная реакция вокруг туберкулемы и полость распада в ней, что следует расценивать а) как прогрессирующий вариант течения заболевания б) как фазу инфильтрации и распада при туберкулезе легкого в) как реактивацию туберкулеза	ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
061.Обострение при туберкулемах небольшого размера, выявленных без признаков активности специфического процесса, имеет место приблизительно а) в 3-5% случаев б) в 10% случаев в) в 20-30% случаев г) более, чем 30% случаев	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
062.У больного с туберкулемой легкого, выявленной в фазе инфильтрации, распада и обсеменения (БК+) и подвергшегося эффективной химиотерапии, наиболее вероятным будет а) стационарное течение процесса б) прогрессирование заболевания в) регрессирующий вариант течения процесса	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
063.У больного с туберкулемой легкого, выявленной в фазе инфильтрации, распада и обсеменения (БК+), отказавшегося от лечения, наиболее вероятным будет а) стационарный вариант течения заболевания б) прогрессирующий вариант течения заболевания в) регрессирующий вариант течения заболевания	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
064.При длительной ремиссии процесса в казеозных массах туберкулемы преобладают а) бактериальные особи микобактерий туберкулеза б) трансформированные формы микобактерий туберкулеза в) фильтрующиеся особи микобактерий туберкулеза г) все перечисленное	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12

065.Появление клинической симптоматики и изменения со стороны томограммы и СОЭ у больных туберкулезом легкого обычно связано а) только с размножением микобактерий туберкулеза в очаге поражения б) с размножением микобактерий туберкулеза и выходом их из очага поражения с появлением перифокальной воспалительной реакции в) с размножением микобактерий туберкулеза и расплавлением казеозных масс г) со всем перечисленным	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
066.С появлением полости распада у больных туберкулезом легкого бактериовыделение будет а) массивным и постоянным б) не обильным и не постоянным в) отсутствовать	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
067.Туберкулема чаще локализуется в следующих сегментах легких а) 1-м, 2-м, 6-м, 7-м б) 3-м, 5-м, 8-м, 9-м в) 4-м, 5-м, 7-м, 9-м г) 1-м, 2-м, 6-м, 10-м	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
068.Туберкулемы в пределах сегмента локализуются чаще а) субплеврально, кортикально, в плащевом отделе б) в центральном отделе в) в среднем отделе г) межсегментарно д) на границе 1-го, 2-го, 6-го, 10-го сегментов	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
069.У туберкулемы в фазе инфильтрации контур обычно бывает а) нечетким б) бугристым в) четким	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
070.У туберкулемы во время ремиссии процесса контур чаще бывает а) четкий б) нечеткий в) бугристый	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
071.Основными факторами, способствующими возникновению туберкулеза и его неблагоприятному течению при сочетании с другими заболеваниями служат все перечисленные, кроме а) нарушения обмена веществ	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12

б) угнетения иммунной системы в) нарушения функции паренхиматозных органов г) поражения органов кроветворения	
072.Повышают риск развития туберкулеза все перечисленные заболевания, кроме а) сахарного диабета б) гастродуоденальной язвы в) пневмокониозов г) алкоголизма д) гипертонической болезни	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
073.Морфологические изменения при туберкулезе, развившемся на фоне других заболеваний, характеризуются всем перечисленным, кроме а) преобладания продуктивных процессов б) преобладания экссудативных процессов в) преобладания казеозных изменений г) преобладания альтеративных изменений	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
074.Клиническому течению туберкулеза в сочетании с другими заболеваниями присуще все перечисленные особенности, кроме а) не отличающегося от обычного б) склонности к прогрессированию заболевания в) относительно замедленной регрессии при лечении	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
075.Туберкулез у больных хроническим бронхитом в сравнении со средней частотой наблюдается а) чаще б) реже в) не отличается от средней частоты	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
076.Туберкулез органов дыхания и его последствия способствуют возникновению и неблагоприятному течению хронического бронхита а) да б) нет	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
077.Течение туберкулеза у больных хроническим бронхитом а) не отличается от обычного б) характеризуется менее благоприятным течением в) можно охарактеризовать неблагоприятным только у части больных	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
078.Прогрессирующее течение туберкулеза чаще наблюдается	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9,

а) при геморрагическом и атрофическом бронхите б) при обструктивном и гнойном бронхите в) при фибринозном и гипертрофическом бронхите г) при катаральном бронхите	ПК10, ПК11, ПК12
079.У больных туберкулезом относительно чаще наблюдается а) необструктивный бронхит б) обструктивный бронхит в) и тот, и другой одинаково часто	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
080.Химиотерапия туберкулеза у больных, страдающих также хроническим бронхитом а) не отличается особенностями б) должна быть более продолжительной при одновременном лечении хронического бронхита в) возникает необходимость в эндотрахеальном вливании противотуберкулезных препаратов г) должна сочетаться с лечением аэрозолями антибиотиков широкого спектра действия	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
081.Медицинские показания к хирургической операции у больного туберкулезом органов дыхания определяются а) прогрессированием заболевания несмотря на проводимое лечение или возникновением осложнений, угрожающих жизни больного б) приостановкой в инволюции процесса в ходе медикаментозного лечения в) сохранением к концу основного курса химиотерапии изменений, грозящих существенным риском реактивации инфекции г) наличием хронических очагов инфекционного процесса, санация которых медикаментозными средствами невозможна д) все ответы правильные	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
082.Социальные показания к операции определяются а) пьянством и алкоголизмом больного б) недисциплинированностью и отказом от лечения в) необходимостью в силу разных причин ускорить медицинскую и социальную реабилитацию больного	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой
--	---

	направлено это тестовое задание
083. Витальные показания к операции - это а) проведение неотложного хирургического вмешательства с целью предупредить распад легочной ткани в очаге поражения и бронхогенную диссеминацию б) проведение неотложного хирургического вмешательства с целью предупредить легочное кровотечение или спонтанный пневмоторакс в) проведение неотложного хирургического вмешательства, чтобы устранить угрожающие жизни больного проявления или осложнения инфекционного процесса г) все ответы правильные	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
084. Основным показанием к операции при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов является а) инфильтративный бронхоаденит и его осложнения б) опухолевидный бронхоаденит и его осложнения	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
085. При опухолевидном бронхоадените показания к неотложной операции возникают в связи 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 пищевода при контактном переходе процесса на стенку бронха или пищевода	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
086. При опухолевидном бронхоадените операция ганглиэктомии показана в случае а) генерализованного характера поражения б) обширного отложения солей кальция в ткани пораженного лимфатического узла в) недостаточной эффективности комбинированной химиотерапии с сохранением активности специфического процесса или высокого риска его реактивации в связи со значительными объемами поражения (лимфоузлы более 1.5-2 см в диаметре) г) все ответы правильные	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
087. При бронхолегочном осложнении туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов операция показана, если в ходе общего и местного медикаментозного лечения а) формируется пневмофиброз или пневмоцирроз б) не разрешается ателектаз	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12

в) сохраняются проявления активного туберкулеза в измененной легочной ткани или бронхиальном дереве, а также возникают легочные геморрагии или присоединяется вторичная инфекция г) все ответы правильные	
088. Показания к операции у больных очаговым туберкулезом легких определяются а) обострениями и прогрессирующим течением заболевания б) высоким риском реактивации (крупные очаги осумкованного казеоза) в) необходимостью достигнуть полной реабилитации (профессия и т.д.) или сократить сроки лечения больного г) правильные ответы а) и б) д) правильные ответы б) и в)	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
089. При инфильтративном туберкулезе в фазе распада оперативное вмешательство производится в ходе основного курса химиотерапии а) при возникновении осложнений, угрожающих жизни больного или прогрессировании основного заболевания (геморрагия, спонтанный пневмоторакс) б) при тенденции трансформации процесса в кавернозный туберкулез в) при сохранении полости распада после 4-6 месяцев химиотерапии г) правильные ответы а) и б)	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
090. При туберкулезе легкого оперативное вмешательство показано а) при стационарном процессе, без признаков активности, если размер туберкулемы превышает 1.5-2 см б) при прогрессирующем или волнообразном течении заболевания в) при процессе, протекающем с признаками активности (бактериовыделение, распад, инфильтрация, обсеменение) г) все ответы правильные	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
091. При кавернозном туберкулезе легких операция показана 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	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12

заболевания и отграничения инфекционного процесса г) правильно а) и в)	
092. При фиброзно-кавернозном туберкулезе легких оперативное лечение удастся провести только ограниченному числу больных а) из-за сопутствующих туберкулезу у этой группы больных разнообразных заболеваний б) из-за большой распространенности туберкулезного поражения легких в) из-за сниженных резервов дыхательной системы г) из-за большого числа отказов от предлагаемой операции д) все ответы правильные	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
093. При решении вопроса об операции у больного цирротическим туберкулезом необходимо а) уточнить распространенность поражения на основании рентгеномографического исследования легких б) уточнить распространенность поражения с помощью бронхоскопии и бронхографии в) уточнить распространенность поражения с помощью ангиографии или сканирования г) исключить с помощью перечисленных методов исследования гипоплазию легкого, осложненного туберкулезной инфекцией д) все ответы правильные	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
094. Показания к операции при цирротическом туберкулезе диктуются, главным образом а) риском прогрессирования туберкулеза б) риском присоединения вторичной инфекции, осложнения аспергиллезом, а также легочными гемorragиями в) риском возникновения дыхательной недостаточности	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
095. К методам коллапсотерапии легочного туберкулеза относят а) лечебный пневмоторакс и пневмоперитонеум б) экстраплевральный пневмоторакс (пневмолиз) в) торакопластику г) все ответы правильные д) правильные ответы а) и б)	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
096. К методам коллапсохирургии легочного туберкулеза относят	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12

а) лечебный пневмоторакс и пневмоперитонеум б) экстраплевральный пневмоторакс (пневмолиз) в) торакопластику г) правильные ответы а) и б) д) правильные ответы б) и в)	
097.Искусственный пневмоторакс (инсуфляция газа в плевральную полость) накладывается а) с лечебной целью б) с диагностической целью в) с профилактической целью г) все ответы правильные д) правильные ответы а) и б)	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
098.Диагностический пневмоторакс накладывается с целью а) выявить плевральные сращения б) выявить свободный плевральный выпот в) уточнить локализацию патологического процесса (легочная или внелегочная) г) все ответы правильные	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
099.В результате коллапса (спадения) легкого происходит снятие эластического натяжения легочной ткани, изменение гемодинамики в легочной ткани, а также лимфообращение, что приводит а) к сближению стенок каверны б) к усилению экссудативной реакции с очищением каверны от казеозных масс и резорбции некроза в) к преобладающему развитию продуктивного воспаления в очаге поражения г) правильные ответы а) и б) д) правильные ответы а) и в)	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
100.В эру химиотерапии показания к наложению лечебного пневмоторакса определяются совокупностью следующих факторов а) свежий ограниченный деструктивный туберкулез (очаговый, инфильтративный, в фазе распада), локализующийся в верхней доле легкого б) кавернозный и ограниченный фиброзно-кавернозный туберкулез, локализующийся в верхней доле легкого в) плохая переносимость химиопрепаратов или первичная лекарственная устойчивость к ним г) правильные ответы а) и в) д) все ответы правильные	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

001 - в	046 - б	091 - в
002 - а	047 - г	092 - д
003 - г	048 - б	093 - д
004 - д	049 - д	094 - б
005 - в	050 - г	095 - а
006 - д	051 - б	096 - д
007 - б	052 - в	097 - д
008 - в	053 - в	098 - в
009 - а	054 - г	099 - д
010 - в	055 - а	100 - г
011 - в	056 - а	
012 - в	057 - в	
013 - б	058 - в	
014 - б	059 - г	
015 - б	060 - б	
016 - а	061 - б	
017 - а	062 - в	
018 - а	063 - б	
019 - а	064 - б	
020 - б	065 - б	
021 - б	066 - б	
022 - а	067 - г	
023 - г	068 - а	
024 - д	069 - а	
025 - б	070 - а	
026 - б	071 - г	
027 - а	072 - д	
028 - в	073 - а	
029 - д	074 - а	
030 - д	075 - а	
031 - в	076 - а	
032 - г	077 - б	
033 - в	078 - б	
034 - в	079 - б	
035 - д	080 - б	
036 - д	081 - д	
037 - б	082 - в	
038 - г	083 - в	
039 - г	084 - б	
040 - г	085 - в	
041 - д	086 - в	
042 - д	087 - в	
043 - а	088 - г	
044 - д	089 - г	
045 - б	090 - г	

2.2 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Таблица 1. Перечень заданий

БК и о д д	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Е -	001
А /0 1. 7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
А /0 2. 7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И -	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У -	Мужчина, 45 лет, обратился к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 38,2°C, слабость, потливость, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при умеренной физической нагрузке, похудание на 5кг за месяц. Из анамнеза известно, что ухудшение самочувствия пациент отмечает в течение месяца, когда стал отмечать слабость, потливость, повышение температуры преимущественно в вечернее время, кашель, появилась одышка, похудел. Лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие средства. Курит (около 25 лет, 1 пачка сигарет в день), злоупотребление алкоголем – отрицает. Употребление наркотиков – отрицает. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Туб. контакт – сосед болен туберкулезом легких. При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложения. Рост 180 см, вес 69кг. Кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка правильной формы, правая половина грудной клетки несколько отстает при дыхании. Притупление перкуторного звука справа в верхних отделах грудной клетки, где выслушивается бронховезикулярное дыхание, единичные влажные хрипы. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 78 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. В анализах: $E_r - 4,1 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 132 г/л$, $Le - 11,2 \cdot 10^9/л$, $p - 8\%$, $c - 72\%$, $л - 12\%$, $м - 7\%$, $э - 1\%$, $СОЭ - 42 мм/ч$. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: в верхней доле правого легкого на фоне усиленного легочного рисунка определяются участки инфильтрации, часть из которых с полостями распада (максимальная из них 2,5*1,8 см), полиморфные очаги. В 4, 5, 6 сегментах с обеих сторон очаги бронхогенного засева. ДСТ – папула 12 мм. В мокроте: МСК обнаружены КУМ 2+. ПЦР-РВ обнаружена ДНК МБТ; мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено.
Е 1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
С -	Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого, фаза распада и обсеменения, МБТ (+) чувствительность к изониазиду и рифампицину сохранена, IА ГДУ.
Р 2	Диагноз поставлен верно.

P 1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза <u>или</u> не указана или неверно определена локализация, фаза процесса, характеристика бактериовыделения и/или группа диспансерного учета.
P 0	-	Диагноз поставлен неверно.
B 2		Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
		Диагноз туберкулеза легких установлен на основании следующих данных. 1) Результаты бактериологического исследования (обнаружение в мокроте КУМ при микроскопии и ДНК МБТ при проведении ПЦР-РВ). 2) Данные рентгено-томографического обследования (в верхней доле правого легкого определяются участки инфильтрации, часть из которых с полостями распада, полиморфные очаги; в 4, 5, 6 сегментах с обеих сторон очаги бронхогенного засева). 3) Данные анамнеза заболевания: постепенное начало заболевания, наличие симптомов интоксикации и респираторных жалоб, контакт с больным туберкулезом. 4) Данных иммунодиагностики – положительный диаскин тест, свидетельствующий о высокой вероятности активного туберкулезного процесса. С учетом данных объективного осмотра (дефицит массы тела, бледность кожных покровов, притупление перкуторного звука справа в верхних отделах грудной клетки, где выслушивается бронховезикулярное дыхание, единичные влажные хрипы; правая половина грудной клетки несколько отстает при дыхании) и лабораторных данных (небольшой лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, лимфопения, повышение СОЭ), характеризующих степень выраженности воспалительного процесса. Клиническая форма инфильтративный туберкулез легких установлен на основе данных рентгено-томографического обследования (в верхней доле правого легкого определяются участки инфильтрации, часть из которых с полостями распада, полиморфные очаги; в 4, 5, 6 сегментах с обеих сторон очаги бронхогенного засева). Определение локализации процесса основано на данных рентгено-томографического обследования (наличие участков инфильтрации в верхней доле правого легкого), что подтверждается и данными объективного осмотра выслушивается бронховезикулярное дыхание и единичные влажные хрипы). Установление фазы процесса основано на данных рентгено-томографического обследования (в верхней доле правого легкого определяются участки инфильтрации, часть из которых с полостями распада, полиморфные очаги; в 4, 5, 6 сегментах с обеих сторон очаги бронхогенного засева). Характеристика бактериовыделения дана на основе данных бактериологического исследования: обнаружение в мокроте при микроскопии КУМ и при проведении ПЦР-РВ ДНК МБТ (мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено). Пациент должен наблюдаться по IА группе диспансерного учета как впервые выявленный больной.
P 2	-	Диагноз обоснован верно.
P 1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование нозологической формы, клинической формы процесса, локализации, фазы процесса, характеристики бактериовыделения и/или группы диспансерного учета больного <u>или</u> обоснование клинической формы, локализации, фазы процесса, характеристики

		бактериовыделения и/или группы диспансерного учета больного дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B3		Укажите, какой дополнительный метод инструментального исследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.
G-		Пациенту необходимо проведение фибробронхоскопии для исключения специфического и неспецифического поражения бронхов.
P2	-	Метод дообследования указан правильно и обоснован верно.
P1	-	Метод дообследования указан правильно, однако не обоснован или обоснован неверно .
P0	-	Метод дообследования указан неправильно.
B4		Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
G-		Пациенту должна быть назначена комбинация 4 основных противотуберкулезных препаратов, которые назначаются впервые выявленным пациентам при отсутствии достоверных данных о наличии контакта с больным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью: изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол. Выбор этой комбинации основан на результатах молекулярно-генетического метода исследования: обнаружение ДНК МБТ и отсутствие мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, что позволяет говорить о наличии чувствительности МБТ к этим препаратам. Коррекция химиотерапии возможна после получения развернутых данных бактериограммы.
P2	-	Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, однако выбор не обоснован или 1-2 противотуберкулезных препарата в схеме лечения указаны неверно, но выбор схемы обоснован
P0	-	Ответ неверный: названа схема из любых других противотуберкулезных препаратов.
B5		Через 5 месяцев контролируемой регулярной противотуберкулезной терапии у пациента отмечается ликвидация симптомов интоксикации и респираторных жалоб, нормализация лабораторных показателей, прекращение бактериовыделения. При рентгено-томографическом исследовании отмечается рассасывание очагов бронхогенного засева, частичное уменьшение инфильтрации и очагов в верхней доле правого легкого, но деструктивные изменения сохраняются (сформировались туберкулемы средних размеров с распадом). Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
G-		Учитывая динамику процесса – формирование туберкулем средних размеров с полостями распада, показана консультация фтизиохирурга и решение вопроса о возможности хирургического лечения.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и обоснована правильно.

Р1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
Р0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
ЕК	и о	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
ДД		
Е	-	
А	/0	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
1.7		
А	/0	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
2.7		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У мужчины, 25 лет, при проведении профилактической флюорографии выявлены изменения в легких. Из анамнеза известно, что в течение последнего месяца отмечал быструю утомляемость, слабость, небольшой кашель преимущественно сухой, иногда с выделением небольшого количества мокроты. К врачу не обращался, так как связывал ухудшение самочувствия с большой нагрузкой на работе и курением. Курит (около 10 лет, 1 пачка сигарет в день), злоупотребление алкоголем – отрицает. Употребление наркотиков – отрицает. Предыдущая ФЛГ (год назад) – норма. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Туб. контакт отрицает. При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложения. Рост 170 см, вес 58 кг. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Грудная клетка правильной формы, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Перкуторный звук ясный легочный. Дыхание везикулярное, хрипы четко не выслушиваются. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 74 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: $Eg - 4,2 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 134 г/л$, $Le - 8,6 \cdot 10^9/л$, $p - 4\%$, $c - 66\%$, $л - 21\%$, $м - 7\%$, $э - 2\%$, $СОЭ - 22 мм/ч$. КТ органов грудной клетки: во 2 сегменте правого легкого определяется фокус инфильтрации размером 24мм*18мм*15мм (высота) с небольшой полостью распада в центре 8мм*5мм*4мм в окружении гиподенсивных очагов. В других сегментах правого легкого и в левом легком – без очаговых и инфильтративных изменений. Проба Манту с 2 ТЕ – папула 15 мм. ДСТ – папула 10 мм. В мокроте: МСК КУМ не обнаружены 3-кратно. ПЦР-РВ обнаружена ДНК МБТ; мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено.
В1		Оцените результаты пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста.
Э	-	Проба Манту с 2 ТЕ – папула 15 мм считается положительной умеренно выраженной

		реакцией. ДСТ – папула 10 мм – считается положительной реакцией.
P	2	- Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста проведена верно.
P	1	- Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ проведена верно, но результаты диаскин теста оценены неверно или оценка результатов диаскин теста проведена верно, но результаты пробы Манту с 2 ТЕ оценены неверно.
P	0	- Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста проведена неверно.
E	2	Предположите наиболее вероятный диагноз.
G	-	Инфильтративный туберкулез верхней доли (2 сегмента) правого легкого, фаза распада, МБТ (+) чувствительность к изониазиду и рифампицину сохранена, IA ГДУ.
P	2	- Диагноз поставлен верно.
P	1	- Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза или не указана или неверно определена локализация, фаза процесса, характеристика бактериовыделения и/или группа диспансерного учета.
P	0	- Диагноз поставлен неверно.
E	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
G	-	Диагноз туберкулеза легких установлен на основании следующих данных. 1) Результаты бактериологического исследования (обнаружение в мокроте ДНК МБТ при проведении ПЦР-РВ). 2) Данные КТ органов грудной клетки (во 2 сегменте правого легкого определяется фокус инфильтрации размером 24мм*18мм*15мм (высота) с небольшой полостью распада в центре 8мм*5мм*4мм в окружении гиподенсивных очагов). 3) Данные иммунодиагностики – положительный диаскин тест, свидетельствующий о высокой вероятности активного туберкулезного процесса. С учетом положительной пробы Манту с 2 ТЕ (папула 15мм), данных анамнеза заболевания (постепенное начало заболевания, наличие симптомов интоксикации и респираторных жалоб); и лабораторных данных (повышение СОЭ), характеризующих степень выраженности воспалительного процесса. Клиническая форма инфильтративный туберкулез легких установлен на основе данных КТ органов грудной клетки (во 2 сегменте правого легкого определяется фокус инфильтрации размером 24мм*18мм*15мм (высота) с небольшой полостью распада в центре 8мм*5мм*4мм в окружении гиподенсивных очагов). Определение локализации процесса основано на данных КТ органов грудной клетки (наличие фокуса инфильтрации в окружении гиподенсивных очагов во 2 сегменте правого легкого). Установление фазы процесса основано на данных КТ органов грудной клетки: во 2 сегменте правого легкого определяется фокус инфильтрации размером 24мм*18мм*15мм (высота) с небольшой полостью распада в центре 8мм*5мм*4мм в окружении гиподенсивных очагов. Характеристика бактериовыделения дана на основе данных бактериологического исследования: обнаружение в мокроте при проведении ПЦР-РВ ДНК МБТ, мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено. Пациент должен наблюдаться по IA группе диспансерного учета как впервые

		выявленный больной.
P 2	-	Диагноз обоснован верно.
P 1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование нозологической формы, клинической формы процесса, локализации, фазы процесса, характеристики бактериовыделения и/или группы диспансерного учета больного или обоснование клинической формы, локализации, фазы процесса, характеристики бактериовыделения и/или группы диспансерного учета больного дано неверно.
P 0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B 4		Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
G	-	Пациенту должна быть назначена комбинация 4 основных противотуберкулезных препаратов, которые назначаются впервые выявленным пациентам при отсутствии достоверных данных о наличии контакта с больным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью: изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол. Выбор этой комбинации основан на результатах молекулярно-генетического метода исследования: обнаружение ДНК МБТ и отсутствие мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, что позволяет говорить о наличии чувствительности МБТ к этим препаратам. Коррекция химиотерапии возможна после получения развернутых данных бактериограммы.
P 2	-	Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, выбор правильно обоснован.
P 1	-	Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, однако выбор не обоснован или 1-2 противотуберкулезных препарата в схеме лечения указаны неверно, но выбор схемы обоснован
P 0	-	Ответ неверный: названа схема из любых других противотуберкулезных препаратов.
B 5		Через 3 месяца контролируемой регулярной противотуберкулезной терапии 4 препаратами (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол) у пациента отмечается ликвидация симптомов интоксикации и респираторных жалоб, нормализация лабораторных показателей, прекращение бактериовыделения. При проведении КТ органов дыхания отмечается выраженная положительная динамика в виде уменьшения размеров инфильтрата до размеров очага (9мм*8мм*5мм), уменьшения количества и размеров очагов во 2 сегменте правого легкого; полостей распада не выявлено. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
G	-	Учитывая положительную динамику процесса – прекращение бактериовыделения, ликвидацию симптомов интоксикации и респираторных жалоб, нормализацию лабораторных показателей, рентгенологически уменьшение размеров инфильтрата до размеров очага (9мм*8мм*5мм) с закрытием полости распада, уменьшение количества и размеров очагов во 2 сегменте правого легкого, целесообразно продолжить противотуберкулезное лечение 2 препаратами (изониазид, рифампицин) в течение 4 месяцев.

Р 2	- Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и обоснована правильно.
Р 1	Тактика ведения пациента выбрана полностью верно, однако не обоснована или обоснована неверно или тактика лечения обоснована правильно и выбрана в целом верно, но имеются недочеты (длительность продолжения противотуберкулезной терапии или комбинация препаратов указаны неверно).
Р 0	- Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
ЕК и д д	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Е -	
А /0 1. 7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
А /0 2. 7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И -	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У -	Мужчина, 52 лет, обратился к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°C, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку, слабость, потливость, боли в грудной клетке. Из анамнеза известно, что пациент заболел остро 2 дня назад. После переохлаждения появилась слабость, повышение температуры, потливость, кашель, одышка при умеренной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки при кашле и глубоком дыхании. Лечился самостоятельно (принимал жаропонижающие средства) без эффекта, обратился к врачу. Хронические заболевания: сахарный диабет. Употребление наркотиков, курение, злоупотребление алкоголем – отрицает. Предыдущая ФЛГ (10 месяцев назад) – норма. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Туб. контакт – друг болен туберкулезом легких. При осмотре: состояние ближе к удовлетворительному. Нормостенического типа телосложения. Рост 178 см, вес 82кг. Кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка правильной формы, правая половина грудной клетки несколько отстает при дыхании. Притупление перкуторного звука справа в верхних отделах грудной клетки, где выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, влажные хрипы. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 88 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: $Eg - 4,1 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 130 г/л$, $Le - 13,2 \cdot 10^9/л$, $p - 6\%$, $c - 72\%$, $л - 14\%$, $m - 7\%$, $э - 1\%$, $COЭ - 41 мм/ч$. При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки: в верхнем поле

		правого легкого (от верхушки до переднего отрезка 3 ребра) определяются участки инфильтрации. Левое легкое – без очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких структурные. Сердце – норма.
В 1		Какова Ваша лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
С -		Учитывая острое начало заболевания после переохлаждения, наличие выраженных симптомов интоксикации и респираторных жалоб, данные рентгенологического исследования (в верхнем поле правого легкого (от верхушки до переднего отрезка 3 ребра) определяются участки инфильтрации), наиболее вероятно, что у пациента внебольничная правосторонняя верхнедолевая пневмония. Однако 1) в анамнезе контакт с больным туберкулезом, 2) пациент страдает сахарным диабетом (группа повышенного риска по туберкулезу), что увеличивает риск развития туберкулеза, 3) верхнедолевая локализация процесса – все это не позволяет однозначно утверждать, что процесс носит неспецифический характер. В связи с этим наиболее целесообразно назначение курса противопневмонического лечения с применением антибиотиков широкого спектра действия (за исключением препаратов, влияющих на МБТ – нельзя применять фторхинолоны, аминогликозиды, капреомицин, рифампицин) и проведение дообследования.
Р 2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и обоснована правильно.
Р 1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
Р 0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
В 2		Пациенту проведен курс противопневмонического лечения с применением антибиотиков широкого спектра действия (цефтриаксон) в течение 2 недель. В результате лечения отмечается улучшение самочувствия: уменьшение кашля, слабости, одышки, однако сохраняется повышение температуры тела до 37,5°C преимущественно в вечернее время, одышка при физической нагрузке. В анализах: $E_r - 4,2 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 132 \text{ г/л}$, $Le - 10,8 \cdot 10^9/л$, $p - 5\%$, $c - 70\%$, $л - 15\%$, $m - 9\%$, $э - 1\%$, $CO_2 - 40 \text{ мм/ч}$. При рентгенологическом контроле: в верхнем поле правого легкого (от верхушки до переднего отрезка 3 ребра) сохраняются участки инфильтрации, структура их стала неомогенной. Проба Манту с 2 ТЕ – папула 14 мм. ДСТ – папула 9 мм. В мокроте: МСК КУМ не обнаружены 3-кратно. ПЦР-РВ обнаружена ДНК МБТ; мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено. КТ органов грудной клетки: в верхней доле правого легкого (1 и 2 сегменты) определяется участок инфильтрации с небольшими полостями распада (максимальная из них 10мм*7мм*5мм), в окружающей легочной ткани многочисленные гиподенсивные очаги. В 3, 6 сегментах правого легкого, 4, 5, 6 сегментах левого легкого немногочисленные очаги бронхогенного засева. Оцените результаты пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста.
С -		Проба Манту с 2 ТЕ – папула 14 мм считается положительной умеренно выраженной реакцией. ДСТ – папула 9 мм – считается положительной реакцией.
Р 2	-	Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста проведена верно.
Р 1	-	Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ проведена верно, но результаты диаскин теста оценены неверно

		или оценка результатов диаскин теста проведена верно, но результаты пробы Манту с 2 ТЕ оценены неверно.
P 0	-	Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста проведена неверно.
E 3		Предположите наиболее вероятный диагноз.
С	-	Инфильтративный туберкулез верхней доли (1 и 2 сегментов) правого легкого, фаза распада и обсеменения, МБТ (+) чувствительность к изониазиду и рифампицину сохранена, IА ГДУ.
P 2	-	Диагноз поставлен верно.
P 1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза или не указана или неверно определена локализация, фаза процесса, характеристика бактериовыделения и/или группа диспансерного учета.
P 0	-	Диагноз поставлен неверно.
E 4		Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
С	-	Диагноз туберкулеза легких установлен на основании следующих данных. 1) Результаты бактериологического исследования (обнаружение в мокроте ДНК МБТ при проведении ПЦР-РВ). 2) Данные КТ органов грудной клетки: в верхней доле правого легкого (1 и 2 сегменты) определяется участок инфильтрации с небольшими полостями распада (максимальная из них 10мм*7мм*5мм), в окружающей легочной ткани многочисленные гиподенсивные очаги. В 3, 6 сегментах правого легкого, 4, 5, 6 сегментах левого легкого немногочисленные очаги бронхогенного засева. 3) Данные иммунодиагностики – положительный диаскин тест, свидетельствующий о высокой вероятности активного туберкулезного процесса. С учетом отсутствия клинико-лабораторной и рентгенологической динамики на фоне проведенного курса противопневмонического лечения; данных анамнеза заболевания (контакт с больным туберкулезом, принадлежность пациента к группе повышенного риска по заболеванию туберкулезом). Симптомы интоксикации и респираторные жалобы, данные объективного осмотра (бледность кожных покровов, притупление перкуторного звука справа в верхних отделах грудной клетки, где выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, влажные хрипы; правая половина грудной клетки несколько отстает при дыхании) неспецифичны для туберкулезного процесса и могут наблюдаться при других заболеваниях легких. Лабораторные данные (небольшой лейкоцитоз, лимфопения, повышение СОЭ) характеризуют степень выраженности воспалительного процесса. Клиническая форма инфильтративный туберкулез легких установлен на основе данных рентгенологического обследования и КТ органов грудной клетки: в верхней доле правого легкого (1 и 2 сегменты) определяется участок инфильтрации с небольшими полостями распада (максимальная из них 10мм*7мм*5мм), в окружающей легочной ткани многочисленные гиподенсивные очаги. В 3, 6 сегментах правого легкого, 4, 5, 6 сегментах левого легкого немногочисленные очаги бронхогенного засева. Определение локализации процесса основано на данных рентгенологического обследования (наличие участков инфильтрации в верхней доле правого легкого), что подтверждается и данными объективного осмотра (притупление перкуторного звука

		справа в верхних отделах грудной клетки, где выслушивается ослабленное везикулярное дыхание и влажные хрипы). Но наиболее точно определить локализацию процесса позволяет КТ органов грудной клетки – 1 и 2 сегменты правого легкого. Установление фазы процесса основано на данных КТ органов грудной клетки: в верхней доле правого легкого (1 и 2 сегменты) определяется участок инфильтрации с небольшими полостями распада (максимальная из них 10мм*7мм*5мм), в окружающей легочной ткани многочисленные гиподенсивные очаги. В 3, 6 сегментах правого легкого, 4, 5, 6 сегментах левого легкого немногочисленные очаги бронхогенного засева. Характеристика бактериовыделения дана на основе данных бактериологического исследования: обнаружение в мокроте при проведении ПЦР-РВ ДНК МБТ (мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено). Пациент должен наблюдаться по IА группе диспансерного учета как впервые выявленный больной.
Р	2	- Диагноз обоснован верно.
Р	1	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование нозологической формы, клинической формы процесса, локализации, фазы процесса, характеристики бактериовыделения и/или группы диспансерного учета больного или обоснование клинической формы, локализации, фазы процесса, характеристики бактериовыделения и/или группы диспансерного учета больного дано неверно.
Р	0	- Диагноз обоснован полностью неверно.
Е	5	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
С		Пациенту должна быть назначена комбинация 4 основных противотуберкулезных препаратов, которые назначаются впервые выявленным пациентам при отсутствии достоверных данных о наличии контакта с больным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью: изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол. - Выбор этой комбинации основан на результатах молекулярно-генетического метода исследования: обнаружение ДНК МБТ и отсутствие мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, что позволяет говорить о наличии чувствительности МБТ к этим препаратам. Коррекция химиотерапии возможна после получения развернутых данных бактериограммы.
Р	2	- Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, выбор правильно обоснован.
Р	1	Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, однако выбор не обоснован - или 1-2 противотуберкулезных препарата в схеме лечения указаны неверно, но выбор схемы обоснован.
Р	0	- Ответ неверный: названа схема из любых других противотуберкулезных препаратов.
ЕК	и о	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
д	д	

Е -		
А		
1. /07	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза	
А		
2. /07	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения	
И -	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	
У -	Мужчина, 49 лет, неработающий, обратился к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 39,5°C, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при небольшой физической нагрузке, слабость, потливость, боли в грудной клетке, похудание. Из анамнеза известно, что пациент заболел остро 3 дня назад. После переохлаждения появилась резкая слабость, озноб, кашель, боли в левой половине грудной клетки при кашле и глубоком дыхании, потливость, одышка, температура тела повысилась до 39,5°C. Лечился самостоятельно (принимал жаропонижающие средства) без эффекта, состояние ухудшилось, обратился к врачу. Отмечает, что за последнее время похудел. Курит (около 30 лет, 1 пачка сигарет в день), злоупотребляет алкоголем. Употребление наркотиков отрицает. Находился в ИТУ с 2000г. по 2009г. Предыдущая ФЛГ (4 года назад) – норма. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Туб. контакт – друг болен туберкулезом легких. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Астенического типа телосложения. Рост 180 см, вес 61кг. Кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка правильной формы, левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Притупление перкуторного звука слева в верхних отделах грудной клетки, в межлопаточном пространстве, где выслушивается бронхиальное дыхание, влажные хрипы. ЧД – 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 90 уд.в мин., АД – 100/65 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень - + 1см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: $Eg - 3,7 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 118 г/л$, $Le - 14,2 \cdot 10^9/л$, $p - 10\%$, $c - 72\%$, $л - 10\%$, $м - 7\%$, $э - 1\%$, $СОЭ - 61 мм/ч$. При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки: в верхней доле и 6 сегменте левого легкого определяется массивная зона инфильтрации. Правое легкое – без очаговых и инфильтративных изменений. Корень правого легкого структурный. Сердце – норма.	
Е 1	Какова Ваша лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.	
Э -	Учитывая острое начало заболевания после переохлаждения, наличие выраженных симптомов интоксикации и респираторных жалоб, данные рентгенологического исследования (в верхней доле и 6 сегменте левого легкого определяется массивная зона инфильтрации), наиболее вероятно, что у пациента внебольничная пневмония. Однако 1) в анамнезе контакт с больным туберкулезом, 2) пациент злоупотребляет алкоголем, находился в ИТУ (относится к социальной группе риска по туберкулезу), что увеличивает риск развития туберкулеза, 3) локализация процесса (верхняя доля,	

		6 сегмент) – все это не позволяет однозначно утверждать, что процесс носит неспецифический характер. В связи с этим наиболее целесообразно назначение курса противопневмонического лечения с применением антибиотиков широкого спектра действия (за исключением препаратов, влияющих на МБТ – нельзя применять фторхинолоны, аминогликозиды, капреомицин, рифампицин) и проведение дообследования.
P 2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и обоснована правильно.
P 1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P 0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
В 2		Пациенту проведен курс противопневмонического лечения с применением антибиотиков широкого спектра действия (амоксиклав, цефотаксим) в течение 2 недель. В результате лечения отмечается некоторое улучшение самочувствия: уменьшение кашля, слабости, одышки, однако сохраняется повышение температуры тела до 38,5°C преимущественно в вечернее время, одышка при физической нагрузке, потливость. В анализах: $E_r - 3,8 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 120 г/л$, $Le - 12,8 \cdot 10^9/л$, $p - 9\%$, $c - 71\%$, $л - 10\%$, $m - 9\%$, $э - 1\%$, $COЭ - 59 мм/ч$. При рентгенологическом контроле: в верхнем доле и 6 сегменте левого легкого сохраняются участки инфильтрации, структура их стала неомогенной. Проба Манту с 2 ТЕ – уколочная реакция. ДСТ – уколочная реакция. В мокроте: МСК КУМ 2+. ПЦР-РВ обнаружена ДНК МБТ; мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено. КТ органов грудной клетки: в верхней доле левого легкого (1, 2 и 3 сегменты), в 6 сегменте определяются участки инфильтрации с многочисленными небольшими полостями распада (максимальная из них во 2 сегменте 15мм*10мм*6мм); в окружающей легочной ткани, 4 и 5 сегментах многочисленные гиподенсивные очаги. Оцените результаты пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста. О чем они свидетельствуют?
С -		Проба Манту с 2 ТЕ – уколочная реакция – проба считается отрицательной. ДСТ – уколочная реакция – диаскин тест считается отрицательным. Отрицательная проба Манту с 2 ТЕ и отрицательный диаскин тест в данном случае говорят о резком снижении иммунитета (отрицательная анергия при тяжелых формах туберкулезного процесса).
P 2	-	Результаты пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста оценены верно и правильно объяснены.
P 1	-	Результаты пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста оценены верно, но объяснены неправильно или оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ проведена верно, но результаты диаскин теста оценены неверно или оценка результатов диаскин теста проведена верно, но результаты пробы Манту с 2 ТЕ оценены неверно.
P 0	-	Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста проведена неверно.
В 3		Предположите наиболее вероятный диагноз.

С	-	Казеозная пневмония верхней доли и 6 сегмента левого легкого, фаза распада, МБТ (+) чувствительность к изониазиду и рифампицину сохранена, IА ГДУ. ДН 0-1. Анемия легкой степени
Р	2	- Диагноз поставлен верно.
Р	1	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза - или не указана или неверно определена локализация, фаза процесса, характеристика бактериовыделения, группа диспансерного учета и/или не отражено наличие дыхательной недостаточности и анемии.
Р	0	- Диагноз поставлен неверно.
В	4	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
С	-	Диагноз туберкулеза легких установлен на основании следующих данных. 1) Результаты бактериологического исследования (обнаружение в мокроте при микроскопии КУМ 2+ и ДНК МБТ при проведении ПЦР-РВ). 2) Данные КТ органов грудной клетки: в верхней доле левого легкого (1, 2 и 3 сегменты), в 6 сегменте определяются участки инфильтрации с многочисленными небольшими полостями распада (максимальная из них во 2 сегменте 15мм*10мм*6мм); в окружающей легочной ткани, 4 и 5 сегментах многочисленные гиподенсивные очаги. С учетом отсутствия клинико-лабораторной и рентгенологической динамики на фоне проведенного курса противопневмонического лечения; данных анамнеза заболевания (контакт с больным туберкулезом, принадлежность пациента к социальной группе риска по заболеванию туберкулезом). Симптомы интоксикации и респираторные жалобы, данные объективного осмотра (бледность кожных покровов, дефицит массы тела, притупление перкуторного звука слева в верхних отделах грудной клетки и межлопаточном пространстве, где выслушивается бронхиальное дыхание, влажные хрипы; отстаивание левой половина грудной клетки при дыхании, увеличение частоты дыхательных движений) неспецифичны для туберкулезного процесса и могут наблюдаться при других заболеваниях легких. Лабораторные данные (лейкоцитоз, лимфопения, нейтрофильный сдвиг влево, повышение СОЭ, наличие анемии) характеризуют степень выраженности воспалительного процесса. Данные иммунодиагностики – отрицательные диаскин тест и проба Манту с 2ТЕ – свидетельствуют о резком снижении иммунитета при тяжелом течении туберкулезного процесса. Клиническая форма казеозная пневмония установлена на основе данных рентгенологического обследования и КТ органов грудной клетки: в верхней доле левого легкого (1, 2 и 3 сегменты), в 6 сегменте определяются участки инфильтрации с многочисленными небольшими полостями распада (максимальная из них во 2 сегменте 15мм*10мм*6мм); в окружающей легочной ткани, 4 и 5 сегментах многочисленные гиподенсивные очаги. С учетом клинической картины: острое начало заболевания с выраженными симптомами интоксикации и респираторными жалобами; тяжесть состояния больного; наличие лимфопении и отрицательные результаты диаскин теста и пробы Манту с 2 ТЕ, свидетельствующие о резком снижении иммунитета и характерные для пациентов с этой клинической формой туберкулеза легких. Определение локализации процесса основано на данных рентгенологического обследования (наличие инфильтрации в верхней доле и 6 сегменте левого легкого), что подтверждается и данными объективного осмотра (притупление перкуторного звука слева в верхних отделах грудной клетки и межлопаточном пространстве, где

		выслушивается бронхиальное дыхание и влажные хрипы). Но наиболее точно определить локализацию процесса позволяет КТ органов грудной клетки – верхняя доля (1, 2, 3, 4, 5 сегменты) и 6 сегмент левого легкого. Установление фазы процесса основано на данных КТ органов грудной клетки: в верхней доле левого легкого (1, 2 и 3 сегменты), в 6 сегменте определяются участки инфильтрации с многочисленными небольшими полостями распада (максимальная из них во 2 сегменте 15мм*10мм*6мм); в окружающей легочной ткани, 4 и 5 сегментах многочисленные гиподенсивные очаги. Характеристика бактериовыделения дана на основе данных бактериологического исследования: обнаружение в мокроте при микроскопии КУМ 2+ и при проведении ПЦР-РВ ДНК МБТ (мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено). Пациент должен наблюдаться по IА группе диспансерного учета как впервые выявленный больной. Дыхательная недостаточность 0-1 установлена с учетом жалоб больного на одышку при небольшой физической нагрузке и данных объективного осмотра. Рекомендуется исследование функции внешнего дыхания и газового состава крови. Анемия легкой степени установлена на основании данных общего анализа крови (у мужчины снижение эритроцитов ниже $4,0 \cdot 10^{12}/л$ и снижение гемоглобина ниже 130г/л), степень тяжести анемии определена по уровню гемоглобина. Вероятнее, имеет место анемия хронического воспаления, для уточнения требуется дообследование.
P	2	- Диагноз обоснован верно.
P	1	- Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование нозологической формы, клинической формы процесса, локализации, фазы процесса, характеристики бактериовыделения, группы диспансерного учета больного, наличия дыхательной недостаточности и/или анемии или обоснование клинической формы, локализации, фазы процесса, характеристики бактериовыделения и/или группы диспансерного учета больного, наличия дыхательной недостаточности и/или анемии дано неверно.
P	0	- Диагноз обоснован полностью неверно.
E	5	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
E		Пациенту должна быть назначена комбинация 4 основных противотуберкулезных препаратов, которые назначаются впервые выявленным пациентам при отсутствии достоверных данных о наличии контакта с больным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью: изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол. Выбор этой комбинации основан на результатах молекулярно-генетического метода исследования: обнаружение ДНК МБТ и отсутствие мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, что позволяет говорить о наличии чувствительности МБТ к этим препаратам. Коррекция химиотерапии возможна после получения развернутых данных бактериограммы.
P	2	- Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, выбор правильно обоснован.
P	1	- Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, однако выбор не обоснован или 1-2 противотуберкулезных препарата в схеме лечения указаны неверно, но выбор

		схемы обоснован.
Р	0	- Ответ неверный: названа схема из любых других противотуберкулезных препаратов.
В	К	
и	о	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
д	д	
Е	-	
А		
1.	0	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
7		
А		
2.	0	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
7		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У мужчины, 45 лет, при проведении профилактической флюорографии выявлены изменения в легких. Активно жалоб не предъявляет. Из анамнеза известно, что в течение длительного времени отмечает редкий кашель преимущественно сухой, иногда с выделением небольшого количества мокроты. К врачу не обращался, так как связывает наличие кашля с длительным стажем курения. Курит (более 30 лет, 1-2 пачки сигарет в день), злоупотребление алкоголем – отрицает. Употребление наркотиков – отрицает. Предыдущая ФЛГ (3 года назад) – норма. Отец умер от рака легких в возрасте 56 лет. Эпидемиологический анамнез: ранее туберкулезом не болел. Туб. контакт – по месту работы 4 года назад. При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложения. Рост 176 см, вес 70 кг. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Грудная клетка правильной формы, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Перкуторный звук ясный легочный. Дыхание везикулярное, хрипы четко не выслушиваются. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 72 уд.в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: $Eg - 4,3 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 136 г/л$, $Le - 7,2 \cdot 10^9/л$, п – 2%, с – 66%, л – 23%, м – 7%, э – 2%, СОЭ – 16 мм/ч. КТ органов грудной клетки: во 2 сегменте правого легкого определяется округлой формы образование с четкими контурами размером 20мм*15мм*12мм (высота) с единичными гиперденсивными включениями, не накапливающее при болюстном введении контрастное вещество. В других сегментах правого легкого и в левом легком – без очаговых и инфильтративных изменений. Проба Манту с 2 ТЕ – папула 9 мм. ДСТ – папула 4 мм. В мокроте: атипичные клетки не обнаружены. МСК КУМ не обнаружены 3-кратно. ПЦР-РВ ДНК МБТ не обнаружена. УЗИ органов брюшной полости и почек: очаговой патологии не лоцируется.

В 1	Оцените результаты пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста.
Г -	Проба Манту с 2 ТЕ – папула 9мм – считается слабо положительной. ДСТ – папула 4 мм – считается положительной реакцией.
Р 2	- Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста проведена верно.
Р 1	Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ проведена верно, но результаты диаскин теста оценены неверно или оценка результатов диаскин теста проведена верно, но результаты пробы Манту с 2 ТЕ оценены неверно.
Р 0	- Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста проведена неверно.
В 2	Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Г -	У пациента по данным рентгенологического исследования имеет место рентгенологический синдром «округлой тени» в легком. Дифференциальную диагностику необходимо проводить среди заболеваний, дающих синдром «округлой тени»: периферический рак, туберкулема, инфильтративный туберкулез (округлый инфильтрат), доброкачественные опухоли, паразитарные кисты, ретензионные кисты и другие заболевания. Наиболее вероятны в данном случае туберкулема и рак легких. Учитывая в анамнезе контакт с больными туберкулезом, данные КТ органов грудной клетки (во 2 сегменте правого легкого определяется округлой формы образование с четкими контурами размером 20мм*15мм*12мм (высота) с единичными гиперденсивными включениями, не накапливающее при болюсном введении контрастного вещества), данные иммунодиагностики – положительный результат диаскин теста, свидетельствующий о высокой вероятности туберкулезного процесса, наиболее вероятно, что у пациента туберкулема верхней доли правого легкого. Однако 1) у пациента неблагоприятный семейный анамнез по онкологическим заболеваниям (отец умер от рака легких), 2) в анамнезе длительное курение - более 30 лет, 1-2 пачки сигарет в день, 3) несмотря на то, что по данным КТ органов грудной клетки больше данных за туберкулему (наличие гиперденсивных включений, образование не накапливает контраст), в тоже время в окружающей патологическое образование ткани отсутствуют очаги, – все это не позволяет однозначно исключить рак легкого. В связи с этим наиболее целесообразна морфологическая верификация диагноза, проведение дообследования: ФБС с биопсией или трансторакальная игловая биопсия (при субплевральной локализации процесса) с последующим бактериологическим, цитологическим и гистологическим исследованием биоптата, диагностическая торакотомия.
Р 2	- Дальнейшая тактика ведения пациента выбрана верно и обоснована правильно.
Р 1	- Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
Р 0	- Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
В 3	Пациенту проведена ФБС с биопсией. Заключение: катаральный бронхит ПВ2 1 степени интенсивности воспаления. Цитологическое исследование: обнаружены единичные эпителиодные клетки. Гистология: в материале обнаружены единичные гранулемы с эпителиодными клетками и клетками Пирогова-Лангханса, с наличием казеозного некроза в центре.

		В мазках с катетера – МСК 7 КУМ. БАЛ: МСК – КУМ не обнаружены, БАКТЕК – выделена культура МБТ, чувствительная к изониазиду, рифампицину, этамбутолу, пиразинамиду, устойчивая к стрептомицину. Предположите наиболее вероятный диагноз.	
С	-	Туберкулема верхней доли (2 сегмента) правого легкого, фаза инфильтрации, МБТ (+) монорезистентность – устойчивость к стрептомицину, IА ГДУ.	
Р	2	-	Диагноз поставлен верно.
Р	1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза или не указана или неверно определена локализация, фаза процесса, характеристика бактериовыделения и/или группа диспансерного учета.
Р	0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	4	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.	
			Диагноз туберкулеза легких установлен на основании следующих данных. 1) Результаты бактериологического исследования (в мазках с катетера – МСК 7 КУМ, обнаружение в БАЛ методом БАКТЕК культуры МБТ). 2) Данные цитологического исследования биоптата: обнаружены единичные эпителиодные клетки. 3) Данные гистологического исследования биоптата: в материале обнаружены единичные гранулемы с эпителиодными клетками и клетками Пирогова-Лангханса, с наличием казеозного некроза в центре. 4) Данные КТ органов грудной клетки: во 2 сегменте правого легкого определяется округлой формы образование с четкими контурами размером 20мм*15мм*12мм (высота) с единичными гиперденсивными включениями, не накапливающее при болюстном введении контрастное вещество. 5) Данные иммунодиагностики – положительный диаскин тест, свидетельствующий о высокой вероятности активного туберкулезного процесса. С учетом положительной пробы Манту с 2 ТЕ (папула 9 мм), данных анамнеза заболевания (контакт с больным туберкулезом). Клиническая форма туберкулема установлена на основе данных КТ органов грудной клетки: во 2 сегменте правого легкого определяется округлой формы образование с четкими контурами размером 20мм*15мм*12мм (высота) с единичными гиперденсивными включениями, не накапливающее при болюстном введении контрастное вещество. Определение локализации процесса основано на данных КТ органов грудной клетки: наличие округлого образования во 2 сегменте правого легкого. Установление фазы процесса основано на данных КТ органов грудной клетки: во 2 сегменте правого легкого определяется округлой формы образование с четкими контурами размером 20мм*15мм*12мм (высота) с единичными гиперденсивными включениями, не накапливающее при болюстном введении контрастное вещество. Характеристика бактериовыделения дана на основе данных бактериологического исследования: обнаружение в мазках с катетера при микроскопии 7 КУМ и в БАЛ методом БАКТЕК культуры МБТ, чувствительной к изониазиду, рифампицину, этамбутолу, пиразинамиду, устойчивой к стрептомицину. Пациент должен наблюдаться по IА группе диспансерного учета как впервые выявленный больной.
С	-		
Р	2	-	Диагноз обоснован верно.
Р	1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование нозологической формы, клинической формы процесса,

		локализации, фазы процесса, характеристики бактериовыделения и/или группы диспансерного учета больного или обоснование клинической формы, локализации, фазы процесса, характеристики бактериовыделения и/или группы диспансерного учета больного дано неверно.
P 0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B 5		Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
E 3	-	Пациенту должна быть назначена комбинация 4 основных противотуберкулезных препаратов, которые назначаются впервые выявленным пациентам при отсутствии достоверных данных о наличии контакта с больным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью: изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол. Выбор этой комбинации основан на результатах бактериологического исследования: в БАЛ методом БАКТЕК была выделена культура МБТ, чувствительная к изониазиду, рифампицину, этамбутолу, пиразинамиду, устойчивая к стрептомицину.
P 2	-	Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, выбор правильно обоснован.
P 1	-	Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, однако выбор не обоснован или 1-2 противотуберкулезных препарата в схеме лечения указаны неверно, но выбор схемы обоснован
P 0	-	Ответ неверный: названа схема из любых других противотуберкулезных препаратов.
B и о д д		Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
F -		
A /0 Ф 1. 7		Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
A /0 Ф 2. 7		Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
I -		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 по 1 пачке 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 поноса отрицательные. В анализах: Eг – 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 рентгенофлюорографическом обследовании грудной клетки (на R-гр и флюорографии): справа без видимых изменений, слева в верхушке легкого и субклюдично видны множественные очаги малой интенсивности без четких контуров. Диаскинтест – 12 мм папула. При микроскопии мокроты КУМ не обнаружены.
В 1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
С -	Очаговый туберкулез верхней доли левого легкого, в фазе инфильтрации, МБТ -; IА ГДУ.
Р 2	- Диагноз поставлен верно.
Р 1	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
Р 0	- Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В 2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
С -	Диагноз очагового туберкулеза установлен на основании следующих данных: 1) выявление заболевания профилактической флюорографией при отсутствии четких признаков заболевания; 2) данных рентгенофлюорографического обследования (слева в верхушке легкого и субклюдично определяются множественные очаги малой интенсивности без четких контуров); 3) анализа заболевания: контакт с больным 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 субклюдично); 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 IА группе диспансерного учета как впервые выявленный больной.
Р 2	- Диагноз обоснован верно.
Р 1	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.

P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B3		Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.
G	-	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.
P2	-	Методы дообследования указаны верно и обоснованы верно.
P1	-	Методы дообследования указаны не полностью и/или обоснованы неверно .
P0	-	Методы дообследования указаны не верно.
B4		Укажите, какой режим, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
G	-	Пациенту должно быть назначено лечение по III режиму химиопрепаратами из комбинации 4 основных противотуберкулезных препаратов: изониазид, рифампицин, пипразинамид и этамбутол. Выбор этой комбинации основан на факте отсутствия выделения микобактерий туберкулеза и отсутствия мутаций, свойственных лекарственной устойчивости МБТ к изониазиду рифампицину.
P2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и верный режим химиотерапии.
P1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован или 1-2 противотуберкулезных препарата в схеме лечения указаны неверно, но режим назначен правильно.
P0	-	Ответ не верный.
B5		Через 3 месяца химиотерапии у пациента отмечается прибавление в весе, рассасывание очагов в верхушке левого легкого, слева субклюдично отмечено формирование неправильной формы небольшого (d - 2 см) фокуса с четкими конурами. Каковы ваши рекомендации, обоснуйте свой выбор.
G	-	Учитывая динамику процесса – и формирование конгломератной туберкулемы небольшого размера (d – 2 см)показана консультация фтизиохирурга и решение вопроса о показанности оперативного лечения.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика лечения выбрана верно, однако не обоснована.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
BK		Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса

и о	
д д	
Е -	
А	
Ф 1. 7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
А	
Ф 2. 7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...	
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 повышено. 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 покалывания поясничной области отрицательный. В анализах: Ег – 4,1*10¹²/л; Нб – 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 (Rgp): 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.
Е 1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
С -	Очаговый туберкулез верхней доли правого легкого, в фазе инфильтрации и распада, МБТ+; IА ГДУ.
Р 2	- Диагноз поставлен верно.
Р 1	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
Р 0	- Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.

В 2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Г -	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 исследовании очагов в верхней доле правого легкого; 3) данных анамнеза о постепенном начале заболевания, о наличии более 10 лет сахарного диабета с некорректным уровнем глюкозы в крови (больная относится к группе повышенного риска по заболеванию туберкулезом); 4) данным иммунодиагностики – положительный 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 (субфебрильная температура, слабость, потливость, похудание) без кашля и одышки. Определение локализации процесса обосновано данными рентгенологического обследования о наличии 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 IА группе диспансерного учета, как впервые выявленный больной.
Р 2	- Диагноз обоснован верно.
Р 1	Диагноз обоснован неполностью: - отсутствует обоснование нозологической или клинической формы или локализации, фазы процесса и/или группы диспансерного учета.
Р 0	- Диагноз обоснован полностью неверно.
В 3	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дообследования больной. Обоснуйте свой выбор.
Г -	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.
Р 2	- Методы дообследования указаны верно и обоснованы правильно.
Р 1	- Методы дообследования указаны не полностью и/или обоснованы неверно.
Р 0	- Методы дообследования указаны не верно.
В 4	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику процесса, имеющегося у больной.
Г -	Дифференциальную диагностику очагового туберкулеза необходимо проводить с заболеваниями, имеющими схожую клиническую картину:

		1)заболеваниями щитовидной железы; 2) заболеваниями надпочечников (Аддисонова болезнь); 3) ограниченными неспецифическими пневмониями; 4) заболеваниями, дающими длительную слабовыраженную интоксикацию (ревматизм, коллагенозы и др.)
P 2	-	Ответ дан верно и полно
P 1	-	Заболевания с которыми надо проводить дифференциальную диагностику, приведены не полностью.
P 0	-	Ответ дан не правильный.
E 5		Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациентки. Обоснуйте свой выбор, дайте дальнейшие рекомендации.
E -		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 изменения в лечение возможны после получения развернутых данных резистентности МБТ и уточнения закрытия полостей распада.
P 2	-	Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, выбор правильно обоснован.
P 1	-	Выбрана верная схема препаратов, однако выбор не обоснован и/или 1-2 противотуберкулезных препаратов в схеме лечения указаны не верно, но выбор режима обоснован.
P 0	-	Схема лечения выбрана не правильно.
E и д д		Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
E -		
A /0 1. 7	Ф	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
A /0 2. 7	Ф	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
K -		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: Eг – 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 рентгеномографическом обследовании грудной клетки (флюорограмма и КТ): справа без видимых изменений, 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.
С -	Очаговый туберкулез S1, S2 левого легкого, в фазе инфильтрации МБТ - ; IА ГДУ.
Р 2	- Диагноз поставлен верно.
Р 1	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
Р 0	- Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В 2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
С -	Диагноз туберкулеза легких установлен на основании следующих данных: 1) выявление заболевания профилактическим методом, при отсутствии 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 IА 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.
Р 2	- Диагноз обоснован верно.
Р 1	Диагноз обоснован неполностью: - отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета.
Р -	Диагноз обоснован полностью неверно.

0	
В 3	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.
С -	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.
Р 2	- Методы дообследования указаны верно и обоснованы правильно.
Р 1	- Методы дообследования указаны не полностью и/или обоснованы неверно.
Р 0	- Методы дообследования указаны не верно.
В 4	Укажите, какой режим и какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения больного. Обоснуйте свой выбор.
С -	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.
Р 2	- Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и правильный режим химиотерапии.
Р 1	- Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован и/или не названы 1-2 противотуберкулезных препарата, но режим назначен правильно.
Р 0	- Ответ не верный.
В 5	Через 60 доз химиотерапии у пациента отмечается частичное 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.
С -	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.
Р 2	- Дальнейшая тактика ведения больного выбрана верно
Р 1	- Тактика ведения больного выбрана верно, но не обоснована.
Р 0	- Тактика ведения пациента выбрана не верно.
БК	
и о	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
д д	
Е -	

А	
1.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
А	
2.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
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 температуру 39,0°C, озноб и потливость. 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. 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 отстаёт при дыхании. ЧДД – 30 в ' . Слева нижние межреберья сплавлены. 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: 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. 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.
С -	Туберкулезный экссудативный плеврит слева. Осложненный посттуберкулезными изменениями в верхушках обоих легких в виде кальцинатов. МБТ - , IА ГДУ.
Р 2	- Диагноз поставлен верно.
Р 1	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
Р 0	- Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В 2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
С -	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 основании остро возникших после переохлаждения типичных жалоб (боль в боку, усиление боли при дыхании, уменьшение болей после накопления жидкости и появления одышки, температура 39^оС, 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).
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.
B3		Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
G-		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.
B4		Укажите, какой инструментальный метод лечения необходимо назначить и выполнить больной.
G-		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.

В 5	Укажите, какие противотуберкулезные препараты и по какому режиму необходимо назначить больной. Обоснуйте свой выбор.
С -	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.
Р 2 -	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и верный режим химиотерапии.
Р 1 -	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован и/или не названы 1-2 препарат в верно обозначенном режиме химиотерапии.
Р 0 -	Ответ не верный.
БК и о д д	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Е -	
А /0 1. 7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
А /0 2. 7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
К -	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 39-39,5^оС. 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 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. В анализах: Ег – 3,8*10¹²/л; Нб – 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 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. 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.
С -		Фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого, осложнившийся гнойным плевритом справа с формированием плевро-бронхиального свища справа. Пиопневмоторакс. МБТ+, устойчивость к изониазиду и рифампицину. ПА ГДУ.
Р 2		- Диагноз поставлен верно.
Р 1		Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
Р 0		- Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В 2		Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
С -		Диагноз фиброзно-кавернозный туберкулез установлен по данным анамнеза, клиники и рентгенологической картины (фиброзно-цирротические изменения с полостями распада). Диагноз гнойного плеврита справа (эмпиема), осложнившаяся плевро-бронхиальным свищом справа установлен по данным объективного обследования: симптомов тяжелой интоксикации (температура до 39,5^оС 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. Пациент должен наблюдаться по ПА ГДУ, как больной с активным туберкулезом легких и хроническим течением, у которого в результате лечения можно добиться положительной динамики.
Р 2		- Диагноз обоснован верно.
Р 1		Диагноз обоснован неполностью: - отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета. Обоснование проведено не полностью, сокращено.
Р 0		- Диагноз обоснован полностью неверно.
В 3		Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
С -		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
Р	2	- Дополнительные методы обследования указаны правильно.
Р	1	- Методы обследования указаны верно, но не обоснованы или указаны не полностью.
Р	0	- Методы обследования указаны не верно.
В	4	Укажите, какой режим и какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения больного. Обоснуйте свой выбор.
С		- 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).
Р	2	- Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и правильный режим химиотерапии.
Р	1	- Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован и/или не названы фторхинолоны и препараты резерва, но режим назначен правильно.
Р	0	- Ответ не верный.
В	5	Какое лечение должно быть рекомендовано?
С		- 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.
Р	2	- Рекомендация лечения верна
Р	1	- Дальнейшее лечение рекомендовано не полностью.
Р	0	- Рекомендации на дальнейшее лечение не даны.
ВК		Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
и о		
д д		
Е	-	
А		
ф	/0	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
1.	7	
А		
ф	/0	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
2.	7	
.		

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 38,40. 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 илеоикальной зоны. Печень увеличена на 1,5 см, селезенка не увеличена, симптом Пастернацкого – отрицательный. В анализах мочи: Le – до 20 в п/зр; Eг – до 5 в п/зр; белок – 0,33%. Исследование по Нечипоренко: Le – до 1,5 млн. Анализ крови: Eг – 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 сливанию 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.
С -	Подострый диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада, МБТ +; устойчивый к рифампицину, IА ГДУ. Туберкулез гортани инфильтративный, внутренний, дисфония I-II.
Р 2	Диагноз поставлен верно.
Р 1	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета, осложнение настоящего заболевания.
Р 0	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В 2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
С -	Установлению диагноза туберкулеза легких способствовали следующие сведения: 1) Обнаружение КУМ в мокроте методом микроскопии, положительная ЦПР-РВ на ДНК МБТ. 2) Гистологическое 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 основании 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 отсутствии физброзно-склеротических изменений в легких, а так же сохранения конфигураций сердца.
P 2	-	Диагноз обоснован верно.
P 1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование нозологической или клинической формы или локализации, фазы процесса и/или группы диспансерного учета, или осложнения заболевания.
P 0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
E 3		Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дообследования больной. Обоснуйте свой выбор.
E 3	-	Пациенту необходимо проведение трахеобронхоскопии для исключения специфического и неспецифического поражения бронхов и забора БАЛ с последующей ПЦР-РВ.
P 2	-	Методы дообследования указаны верно и обоснованы правильно.
P 1	-	Методы дообследования указаны не полностью и/или обоснованы неверно.
P 0	-	Методы дообследования указаны не верно.
E 4		Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациентки. Обоснуйте свой выбор, дайте дальнейшие рекомендации.
E 3	-	Больному должен быть назначен II режим противотуберкулезного лечения. Выбор этих препаратов основан на сведениях молекулярно-генетических методов исследования мокроты. Показан пневмоперитонеум после исключения поражения бронхов.
P 2	-	Выбрана верная схема противотуберкулезных препаратов, выбор правильно обоснован.
P 1	-	Выбрана верная схема препаратов, однако выбор не обоснован и/или 1-2 противотуберкулезных препаратов в схеме лечения указаны не верно, но выбор режима обоснован.
P 0	-	Схема лечения выбрана не правильно.
E 5		Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте ваш выбор.
E 3	-	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.
P 2	-	Дальнейшая тактика ведения больного выбрана верно
P 1	-	Тактика ведения больного выбрана верно, но не обоснована.
P 0	-	Тактика ведения пациента выбрана не верно.
ЕК и о д д		Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Е -		
А /0 1. 7	Ф	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
А /0 2. 7	Ф	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
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 38,0С и сухого кашля, затем температура повысилась до 40,0С, 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: E_r — $4,3 \cdot 10^{12}$, Hb — 112 г/л, Leu — $10,9 \cdot 10^9$, 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 освобождён 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 процесс: 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 фибротреахеобронхоскопия. 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.
С -		милиарный туберкулёз лёгких в фазе инфильтрации, МБТ - , IА ГДУ.
Р 2		- Диагноз поставлен верно.
Р 1		Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
Р 0		- Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В 2		Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
С -		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 IА ГДУ как впервые выявленный больной туберкулёзом.
Р 2		- Диагноз обоснован верно.
Р 1		Диагноз обоснован неполностью:
		- отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета. Обоснование проведено не полностью, сокращено.
Р 0		- Диагноз обоснован полностью неверно.
В 3		Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
С -		Необходимо повторное исследование мокроты и бронхо-альвеолярного лаважа методом посева на плотную среду Левенштейна-Йенсена и жидкую среду методом
Р 2		- Дополнительные методы обследования указаны правильно.

P 1	-	Методы обследования указаны верно, но не обоснованы или указаны не полностью.
P 0	-	Методы обследования указаны не верно.
E 4		Укажите, какой режим и какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения больного. Обоснуйте свой выбор.
G	-	Пациенту должна быть назначена комбинация 4 основных противотуберкулёзных препаратов. При 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.
P 2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и правильный режим химиотерапии.
P 1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован и/или не названы фторхинолоны и препараты резерва, но режим назначен правильно.
P 0	-	Ответ не верный.
E 5		Каков прогноз заболевания.
G	-	Через 4-5 месяцев коонтолируемой 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
P 2	-	Прогноз верен
P 1	-	Прогноз заболевания не точен.
P 0	-	Прогноз заболевания не верен.
E К и о д д		Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
E -		
A /0 1. 7		Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
A /0 2. 7		Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
.		

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, Eг – 3,8*10¹², Leу - 9,2*10⁹, формула не изменена, СОЭ — 23 мм/час. В анализе мочи: leу – до 10 в поле зрения, Eг — 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.
С -	Хронический диссеминированный туберкулёз лёгких в фазе распада в нижней доле правого лёгкого, МБТ +, устойчивость к изониазиду и рифампицину, IА ГДУ
Р 2	- Диагноз поставлен верно.
Р 1	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
Р 0	- Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В 2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
С -	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 некачественная 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 конфигурации сердечной тени). Определение локализации процесса так же основаны на данных КТ исследования 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 рентгено-томографического обследования больного (наличие полиморфных очагов и инфильтрата с распадом в нижней доле правого 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.
P 2	-	Диагноз обоснован верно.
P 1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета. Обоснование проведено не полностью, сокращено.
P 0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B 3		Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
G -		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
P 2	-	Дополнительные методы обследования указаны правильно.
P 1	-	Методы обследования указаны верно, но не обоснованы или указаны не полностью.
P 0	-	Методы обследования указаны не верно.
B 4		Укажите, какой режим и какие противотуберкулёзные препараты должны войти в схему лечения больного. Обоснуйте свой выбор.
G -		У больного впервые выявлено МЛУ. Показан IV режим с назначением 5-6 противотуберкулёзных препаратов (с заменой изониазида и рифампицина другими противотуберкулёжными препаратами). Учитывая наличие деструкции в нижней доле правого лёгкого целесообразно наложение пневмоперитонеума
P 2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулёзных препаратов и правильный режим химиотерапии.
P 1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован и/или не названы фторхинолоны и препараты резерва, но режим назначен правильно.
P 0	-	Ответ не верный.
B 5		Каков прогноз заболевания.
G -		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
Р 2	-	Прогноз верен
Р 1	-	Прогноз заболевания не точен.
Р 0	-	Прогноз заболевания не верен.
БК и о д д		Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Е	-	
А /0 1. 7	Ф	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
А /0 2. 7	Ф	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
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 субфебрилитет 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 аускультации – 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: Ег – 4,1*10¹²/л; Нб – 120 г/л; Le – 10,1*10⁹/л; П – 6%; С - 74%; Л - 10%; М - 9%; Э - 1%; СОЭ – 34 мм/час. При рентгеномографическом обследовании грудной клетки (флюорограмма и КТ): в легких с обеих сторон определяются многочисленные величиной от 2 до 8 мм расположенные преимущественно в верхних отделах картимально, 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 эпителиальные клетки. В БАЛ методом ПЦР-РВ обнаружены ДНК МБТ, устойчивые к изониазиду.
В 1		Предположите наиболее вероятный диагноз.
С -		Подострый диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации, МБТ+, устойчивый к изониазиду, IА ГДУ.
Р 2		- Диагноз поставлен верно.
Р 1		Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
Р 0		- Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В 2		Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
С -		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, лейкоцитоз 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 IА группе диспансерного учета, как впервые выявленная больная.
Р 2		- Диагноз обоснован верно.
Р 1		Диагноз обоснован неполностью: - отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета.
Р 0		- Диагноз обоснован полностью неверно.
В 3		Оцените результаты туберкулинодиагностики у больного
С -		Проба Манту с 2 ТЕ – отрицательная. Диаскиниест – 5 мм. Проба считается положительный, что позволяет предположить наличие активного туберкулезного процесса.
Р 2		- Результаты туберкулинодиагностических проб оценены верно
Р 1		- Дана не полная оценка результатов
Р 0		- Результаты проб оценены не правильно
В 4		Укажите, какой режим и какие противотуберкулезные препараты должны войти в

		схему лечения больного. Обоснуйте свой выбор.
С	-	Пациентке должен быть назначен II режим противотуберкулезного лечения. Выбор этой комбинации основан на обнаружении ДНК МБТ, с мутацией к изониазиду.
Р 2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и правильный режим химиотерапии.
Р 1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован.
Р 0	-	Ответ не верный.
Е 5		Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
С	-	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.
Р 2	-	Дальнейшая тактика ведения больного выбрана верно
Р 1	-	Тактика ведения больного выбрана верно, но не обоснована.
Р 0	-	Тактика ведения пациента выбрана не верно.
ЕК и о д д		Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Е -		
А /0 1. 7	Ф	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
А /0 2. 7	Ф	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
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, безболезненные. 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: Eг – $3,8 \cdot 10^{12}$/л, Hб – 90 г/л, Le– $7,6 \cdot 10^9$/л, п – 4%, н – 53%; б – 2%, л – 25%, м – 10%, э – 6%, СОЭ – 28 мм/ч. Флюорофотографическими 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 верхней доле левого легкого (2 сегмент) определяется неомогенная 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.
С -		Хронический диссеминированный туберкулез легких. Фаза распада во 2-ом сегменте левого легкого. МБТ+. Чувствительная к изониазиду и рифампицину. IА ГДУ.
Р 2		- Диагноз поставлен верно.
Р 1		Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.
Р 0		- Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В 2		Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
С -		Диагноз установлен на основании 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).
Р 2		- Диагноз обоснован верно.
Р 1		Диагноз обоснован неполностью: - отсутствует обоснование клинической формы и/или локализации, фазы процесса или группы диспансерного учета. Обоснование проведено не полностью, сокращено.
Р 0		- Диагноз обоснован полностью неверно.
В 3		Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
С -		Дополнительно к проведенному обследованию необходимо провести фибробронхоскопию для исключения специфического и неспецифического поражения бронхов
Р 2		- Дополнительные методы обследования указаны правильно.

Р 1	-	Методы обследования указаны верно, но не обоснованы или указаны не полностью.
Р 0	-	Методы обследования указаны не верно.
В 4		Укажите, какой режим и какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения больного. Обоснуйте свой выбор.
С -		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).
Р 2	-	Выбрана и обоснована верная схема назначения противотуберкулезных препаратов и правильный режим химиотерапии.
Р 1	-	Выбрана верная схема химиотерапии, однако выбор не обоснован и/или не названы фторхинолоны и препараты резерва, но режим назначен правильно.
Р 0	-	Ответ не верный.
В 5		Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
С -		При формировании каверн в верхней доле левого легкого показана консультация фтизиохирурга и решен вопрос хирургического лечения.
Р 2	-	Тактика лечения верна
Р 1	-	Дальнейшая тактика лечения рекомендована не полностью.
Р 0	-	Тактика на дальнейшее лечение не дана.

ВК	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса	
и о		
д д		
Р -	016	
А /0		
Ф 1.	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.	
7		
А /0		
Ф 2.	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения.	
7		
И -	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	
У -	Девочка 1 год 9 месяцев. Анамнез жизни: ребенок от 4-й беременности, 4-х преждевременных родов. Беременность у матери протекала с токсикозом первой половины, во второй половине	

	— нефропатия. Девочка родилась на 33-й неделе. Вес при рождении 1500 г, оценка по Апгар 3 балла. В периоде новорожденности находилась в отделении недоношенных. Выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение невропатолога по месту жительства. Вакциной БЦЖ-М не вакцинирована. Перенесла ОРВИ в 10 и 11 месяцев. Анамнез заболевания: перед вакцинацией БЦЖ-М поставлена реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л — папула 8 мм. Обследована по поводу положительной реакции Манту. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены изменения в лёгких, рекомендована госпитализация в специализированный стационар. При поступлении: состояние средней тяжести. Температура тела 36,7°C. Масса тела 9100 г. В легких выслушивается жесткое дыхание, перкуторно над легкими ясный легочный звук, частота дыхания 34 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 132 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка выступают из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненные. Со стороны других органов отклонений не выявлено. Общий анализ крови: гемоглобин 103 г/л, эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $7,4 \times 10^9/л$ (палочкоядерные 1%, сегментоядерные 68%, эозинофилы 1%, лимфоциты 28%, моноциты 2%), СОЭ 5 мм/ч. Общий анализ мочи: реакция кислая, относительная плотность 1022, белок — следы, плоский эпителий в значительном количестве, лейкоциты 3-5 в поле зрения. Рентгенограмма грудной клетки: справа в области III сегмента определяется гомогенное затемнение с четкими контурами, расширение корня справа за счет увеличенных лимфоузлов всех групп с нечеткими контурами и расширение корня слева за счет бронхопульмональных лимфоузлов.
В 1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
С -	Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов с обеих сторон, фаза инфильтрации, осложненный ателектазом III сегмента справа, МБТ?, IА ГДУ.
Р 2	- Диагноз поставлен верно.
Р 1	- Диагноз поставлен не полностью: не указана фаза заболевания, или осложнение, или не дана характеристика бактериовыделения, или неверно выставлена группа диспансерного учёта.
Р 0	- Диагноз поставлен неверно либо ответ отсутствует.
В 2	Оцените показатели туберкулиновых проб и дайте заключение.
С -	Туберкулиновая проба Манту с 2ТЕ слабоположительная, ребенок инфицирован МБТ.
Р 2	- Показатель туберкулиновой пробы оценён верно.
Р 1	- При интерпретации результата туберкулиновой пробы допущены ошибки – не учтён размер в мм или некорректно описан результат.
Р 0	- Результат туберкулиновой пробы интерпретирован неверно либо ответ отсутствует.
В 3	Выделите факторы, способствующие развитию этого заболевания.
С -	Возникновению туберкулеза у ребенка способствовали: неблагоприятный анамнез внутриутробного развития, недоношенность, отсутствие вакцинации БЦЖ, частые и
Р 2	- Неблагоприятные факторы, способствующие развитию заболевания, были названы верно.

P1	- Названы только 2-3 фактора, способствующие развитию данной патологии.
P0	Факторы, способствующие развитию заболевания, не названы либо ответ отсутствует.
B4	Перечислите известные вам заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
C	Дифференциальный диагноз необходимо проводить: с заболеваниями вилочковой железы, дермальными кистами, тератомами, невриномами, саркоидозом внутригрудных лимфоузлов, лимфогранулематозом, лимфолейкозом, лимфосаркомой, неспецифическими аденопатиями.
P2	- Большинство из перечисленных нозологий названы верно.
P1	- Названы только 2-3 нозологии, с которыми можно дифференцировать данное заболевание.
P0	- Нозологии для проведения дифференциальной диагностики не названы либо ответ отсутствует.
B5	Назначьте лечение данному пациенту.
C	Ребёнку целесообразно назначить специфическую терапию (химиотерапию) против туберкулёза 4 препаратами (фаза интенсивной терапии) – изониазид, рифампицин, пипразинамид, стрептомицин, продолжительностью 2 месяца; перед назначением данной схемы лечения необходимо учитывать лекарственную чувствительность возбудителя. В дальнейшем лечение будет продолжено двумя препаратами (фаза продолжения) – изониазид и рифампицин, продолжительностью 4 месяца.
P2	- Тактика лечения выбрана верно.
P1	- Тактика лечения выбрана верно, но не названы сроки лечения или фазы лечения.
P0	- Предложенная терапия выбрана неверно, либо ответ отсутствует.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	017
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.
У	-	Девочка 11 месяцев. Анамнез жизни: девочка от 2-й нормально протекавшей беременности, роды со стимуляцией. Масса тела при рождении 3500 г, длина 53 см. На 3-и сутки ребенок переведен из роддома в психоневрологическое отделение Института охраны материнства и детства с судорожным синдромом. Выписан через 1 месяц.

		Вакцинация БЦЖ не проводилась. Отмечено отставание в физическом и психомоторном развитии. Девочка перенесла в 6 месяцев ОРВИ, в 8 месяцев ветрянку оспу. Отец ребенка умер от легочного кровотечения, на секции установлен диагноз туберкулеза. Анамнез заболевания: За две недели до госпитализации появился кашель, периодические подъемы температуры до 38,8°C. Была осмотрена фтизиатром, рекомендована госпитализация в специализированный стационар. При поступлении: Состояние средней тяжести. Температура тела 36,6°C, вес 8500 г, рост 79 см. Выражены симптомы интоксикации и лимфоаденопатии. Частота дыхания 28 в минуту. При перкуссии легких притуплении перкуторного звука справа в проекции верхней доли. Там же при аускультации ослабленное дыхание, единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 124 в минуту. Печень выступает ниже реберной дуги на 2,5 см, селезенка на 1,5 см, безболезненные, плотно-эластичные. Общий анализ крови: гемоглобин 90 г/л, эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $8,6 \times 10^9/л$ (палочкоядерные 10%, сегментоядерные 46%, эозинофилы 1%, лимфоциты 31%, моноциты 11%, плазматические клетки 1%), СОЭ 3 мм/ч. Общий анализ мочи: прозрачность полная, цвет соломенно-желтый, реакция кислая, глюкоза и белок не найдены, относительная плотность 1018, лейкоциты 2-3 в поле зрения. Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л (при поступлении) - папула 11 мм, 2 ТЕ ППД-Л (через месяц) - папула 12 мм с некрозом. Рентгенограмма органов грудной клетки: справа расширен корень за счет увеличенных внутригрудных лимфоузлов, в области III сегмента справа гомогенная тень с четкими контурами.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов справа, фаза инфильтрации, осложненный ателектазом III сегмента, МБТ?, IА ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана фаза заболевания или осложнение или не дана характеристика бактериовыделения или неверно выставлена группа диспансерного учёта.
P0	-	Диагноз поставлен неверно либо ответ отсутствует.
В	2	Оцените показатели туберкулиновых проб.
Э	-	Туберкулиновые пробы Манту с 2 ТЕ: -при поступлении – положительная, средней интенсивности, -через месяц – гиперергическая, гиперчувствительность к туберкулину.
P2	-	Показатели туберкулиновых проб оценены верно.
P1	-	При оценке одной из туберкулиновых проб– не учтён размер в мм или некорректно описан результат.
P0	-	Результат туберкулиновых проб интерпретирован неверно либо ответ отсутствует.

В	3	Выделите факторы, способствующие развитию этого заболевания.
Э	-	Возникновению туберкулеза способствовали: отставания в физическом и психомоторном развитии, отсутствие вакцинации БЦЖ, частые интеркуррентные заболевания, близкий контакт с больным туберкулезом отцом (диагноз установлен на аутопсии).
P2	-	Неблагоприятные факторы, способствующие развитию заболевания, были названы верно.
P1	-	Названы 2-3 фактора, способствующие развитию данной патологии.
P0	-	Факторы, способствующие развитию заболевания, не названы либо ответ отсутствует.
В	4	Перечислите известные вам заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
Э	-	Дифференциальный диагноз необходимо проводить: с заболеваниями вилочковой железы, дермальными кистами, тератомами, невриномами, саркоидозом внутригрудных лимфоузлов, лимфогранулематозом, лимфолейкозом, лимфосаркомой, неспецифическими аденопатиями.
P2	-	Большинство из перечисленных нозологий названы верно.
P1	-	Названы только 4-5 нозологии, с которыми можно дифференцировать данное заболевание.
P0	-	Нозологии для проведения дифференциальной диагностики не названы либо ответ отсутствует.
В	5	Назовите возможные варианты исхода бронхолегочного процесса.
Э	-	При отсутствии адекватного лечения прогноз на выздоровление сомнителен, возможен переход в хронически текущий первичный туберкулез. При проведении качественной терапии (включающей лечебные бронхоскопии и при необходимости оперативное лечение) прогноз для жизни благоприятен.
P2	-	Варианты исхода заболевания названы верно.
P1	-	Назван только один вариант исхода.
P0	-	Варианты исхода не названы либо ответ отсутствует.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	018
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.
У	-	Мальчик 9 месяцев. Переведён из детской инфекционной больницы.

		Анамнез жизни: ребенок от 2-й беременности, протекавшей с токсикозом, роды на 38-й неделе. Масса тела 3350 г, длина 50 см. Приложен к груди на 1-е сутки. На естественном вскармливании до 5 месяцев. Вакцинация БЦЖ-М в роддоме, рубчик отсутствует. Анамнез заболевания: с 2-месячного возраста стал часто болеть ОРВИ, бронхитами; температура до 38°C, кашель. Плохая прибавка в весе. Получал лечение симптоматическими средствами, но без эффекта. В тяжелом состоянии поступил в реанимационное отделение инфекционной больницы с явлениями острой дыхательной недостаточности II степени. Лечение (антибактериальная, симптоматическая терапия) — без эффекта. Консультирован фтизиатром, после чего госпитализирован в специализированный стационар. При поступлении: состояние тяжелое. Температура тела 37,6°C. Вес 6 кг, окружность головы 43,5 см. Положение вынужденное. Голова запрокинута. Сознание сохранено. Выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы бледные. Подкожно-жировой слой отсутствует. Синдром лимфаденопатии. Влажный кашель. Одышка 65 в минуту, втяжение межреберных промежутков грудной клетки. Перкуторно над легкими справа коробочный звук, слева притупление над верхней долей. Слева на фоне ослабленного дыхания выслушиваются сухие и разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС 120 в минуту. Живот вздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на 7,5 см, селезенка выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Неврологический осмотр: определяются менингеальные симптомы. Большой родничок 2×2 см, выбухает, пульсирует. Правая глазная щель сужена, опущен левый угол рта. Спастическая гемиплегия слева. Сухожильные рефлексы вызываются, брюшные рефлексы вялые. Анализ крови: гемоглобин 100 г/л, эритроциты $3,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $7,2 \times 10^9/л$ (палочкоядерные 7%, сегментоядерные 47%, эозинофилы 1%, лимфоциты 31%, моноциты 14%), СОЭ 25 мм/ч. Анализ мочи общий: реакция кислая, относительная плотность 1011, белок 0,165 г/л, глюкозы нет, лейкоциты 30–40, эритроциты 20–30 в поле зрения. Рентгенограмма органов грудной клетки: по всем легочным полям мелкоочаговые тени, гомогенная тень с четкими контурами в области I–II–III сегментов левого легкого, увеличение всех групп внутригрудных лимфатических узлов с обеих сторон с четкими контурами.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Милиарный туберкулез: туберкулезный менингит. Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов с обеих сторон, фаза инфильтрации, осложненный ателектазом I, II, III сегментов, МБТ?, IА ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана фаза заболевания или осложнение или не дана характеристика бактериовыделения или неверно выставлена группа диспансерного учёта.
P0	-	Диагноз поставлен неверно либо ответ отсутствует.

В	2	Перечислите основные патологические изменения в неврологическом статусе пациента.
Э	-	В неврологическом статусе отмечается повышение внутричерепного давления, поражение черепно-мозговых нервов и менингеальные симптомы.
P2	-	Данные неврологического статуса проанализированы, верно.
P1	-	При анализе неврологического статуса указано только 2 патологических нарушения.
P0	-	Изменения в неврологическом статусе проанализированы неверно, либо ответ отсутствует.
В	3	Выделите факторы, способствующие развитию этого заболевания.
Э	-	Заболеванию туберкулезом способствовали: неблагоприятный анамнез внутриутробного развития, искусственное вскармливание, нарушение питания, некачественная вакцинация БЦЖ, частые интеркуррентные заболевания.
P2	-	Неблагоприятные факторы, способствующие развитию заболевания, были названы верно.
P1	-	Названы только 3-4 фактора, способствующие развитию данной патологии.
P0	-	Факторы, способствующие развитию заболевания, не названы либо ответ отсутствует.
В	4	Перечислите известные вам патологии, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
Э	-	Дифференциальный диагноз необходимо проводить: с гнойным менингитом, серозным менингитом, альвеолитами, гистиоцитозом, пневмониями, системными заболеваниями соединительной ткани, метастатическими опухолями.
P2	-	Большинство из перечисленных нозологий названы верно.
P1	-	Названы только 3-4 нозологии, с которыми можно дифференцировать данное заболевание.
P0	-	Нозологии для проведения дифференциальной диагностики не названы либо ответ отсутствует.
В	5	Назовите возможные варианты исхода данного заболевания.
Э	-	При отсутствии адекватного лечения прогноз не благоприятный. При проведении качественной терапии (включающей этиотропную, симптоматическую, патогенетическую терапию) прогноз для жизни сомнительный.
P2	-	Варианты исхода заболевания назван, верно.
P1	-	Назван только один вариант исхода.
P0	-	Варианты исхода не названы либо ответ отсутствует.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	019
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.

Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.
У	-	Девочка 6 месяцев. Анамнез жизни: девочка от 2-й нормально протекавшей беременности, вторых срочных родов. Вес при рождении 3000 г, длина 50 см. Закричала не сразу, крик слабый. Выявлена опухоль носоглотки. Вакцинация БЦЖ не проводилась. Лечилась в хирургическом отделении детской больницы, где удалена параганглиома носоглотки. Вскармливалась искусственно. Росла и развивалась соответственно возрасту. Анамнез заболевания: на фоне субфебрильной температуры появился кашель. Амбулаторное лечение без эффекта. Была госпитализирована в детскую больницу, где проведено два курса противопневмонического антибактериального лечения. При рентгенологическом исследовании динамики не отмечено. Консультирована фтизиатром, после чего переведена в противотуберкулезный диспансер. При поступлении: состояние тяжелое. Температура 36,6°C. Масса тела 5500 г. Кожные покровы бледно-серые, периоральный и периорбитальный цианоз. Синдром периферической лимфаденопатии. Частота дыхания 80 в минуту. Втяжение уступчивых мест грудной клетки. Перкуторно над правым легким притупление легочного звука, над левым — коробочный звук. При аускультации справа бронхиальное дыхание, слева — жесткое. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС 160 в минуту. Живот вздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка — на 5 см. Со стороны других органов патологии не обнаружено. Общий анализ крови: гемоглобин 120 г/л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $12,5 \times 10^9/л$ (палочкоядерные 1%, сегментоядерные 42%, эозинофилы 3%, лимфоциты 48%, моноциты 6%), СОЭ 30 мм/ч. Общий анализ мочи: реакция кислая, относительная плотность 1015, глюкоза и белок не определяются, лейкоцитов 2–3 в поле зрения. Реакция Манту папула 8 мм. Рентгенограмма грудной клетки: субтотальное затемнение правого легкого по косой линии, расширение правого и левого корней за счет увеличенных внутригрудных лимфоузлов с нечеткими контурами.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Туберкулез внутригрудных лимфатических с обеих сторон, фаза инфильтрации, осложненный экссудативным плевритом справа МБТ?, IА ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана фаза заболевания или осложнение или не дана характеристика бактериовыделения

		или неверно выставлена группа диспансерного учёта.
P0	-	Диагноз поставлен неверно либо ответ отсутствует.
B	2	Перечислите известные вам группы диспансерного учёта детей во фтизиатрической практике
Э	-	Выделяют следующие группы диспансерного учёта: 0 группа; IA группа, IB группа; II группа, IIIA группа, IIIB группа; IVA группа, IVB группа; VA группа, VB группа, VB группа; VIA группа, VIIB группа, VIB группа.
P2	-	Названы все группы диспансерного учёта детей.
P1	-	Названы только 4-5 групп диспансерного учёта.
P0	-	Названы только 2-3 группы, либо группы диспансерного учёта не названы, либо ответ отсутствует.
B	3	Что способствует осложненному течению первичного туберкулез.
Э	-	Осложненному течению первичного туберкулеза способствуют ранний возраст ребенка (анатомо-физиологические особенности организма) и отсутствие вакцинации БЦЖ (склонность к генерализации и деструкции при развитии туберкулёзного процесса).
P2	-	Указаны все причины развития осложненного течения первичного туберкулеза
P1	-	Указана только одна причина развития осложненного течения первичного туберкулеза.
P0	-	Причины развития осложненного течения первичного туберкулеза не названы или ответ отсутствует.
B	4	Перечислите известные вам заболевания, при которых возможно развитие экссудативного плеврита.
Э	-	Развитие экссудативного плеврита возможно: при пневмониях различной природы, при системных заболеваниях соединительной ткани, при недостаточности кровообращения мезантелиоме плевры, глистной инвазии, опухолях, травмах.
P2	-	Большинство из перечисленных нозологий названы, верно.
P1	-	Названы только 3-4 нозологии, при которых возможно развитие экссудативного плеврита.
P0	-	Заболевания, при которых возможно развитие экссудативного плеврита не названы либо ответ отсутствует.
B	5	Назовите возможные варианты исхода данного заболевания.
Э	-	При отсутствии специфической терапии прогноз на выздоровление сомнителен, возможно, развитие хроническое течение туберкулёзного процесса, нагноительного процесса в плевре, выраженных остаточных изменений. При своевременно начатой правильно подобранной терапии (включающей этиотропную, симптоматическую, патогенетическую терапию) прогноз для жизни благоприятен.
P2	-	Варианты исхода заболевания названы, верно.
P1	-	Назван только один вариант исхода.
P0	-	Варианты исхода не названы либо ответ отсутствует.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	020
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.
У	-	Мальчик 2 года 3 месяца. Анамнез жизни: ребенок от 2-й нормально протекавшей беременности, 2-х срочных родов, в родах перелом ключицы. Масса при рождении 3900 г, длина 52 см. Вакцинирован БЦЖ в роддоме, прививочный рубец отсутствует. Выписан на 7-е сутки. Рос и развивался по возрасту, не болел. У отца выявлен активный туберкулез легких, МБТ+, чувствительность к противотуберкулезным препаратам сохранена, остальные родственники здоровы. Химиопрофилактическое лечение ребенка не проводилось. Анамнез заболевания: у мальчика появился кашель, температура оставалась нормальной, в анализе крови — СОЭ 53 мм/ч. Был поставлен диагноз острого бронхита и проведено лечение антибиотиками широкого спектра действия. В связи с изменениями в легких, выявленными при рентгенологическом исследовании, ребенок консультирован фтизиатром, рекомендована госпитализация в специализированный стационар. При поступлении: состояние средней тяжести. Температура тела 36,7°C. Масса тела 9000 г, рост 73 см, окружность грудной клетки 44,5 см, окружность головы 47 см. Выражены симптомы интоксикации. Выявлен синдром лимфаденопатии. Частота дыханий 50 в минуту, отмечается втяжение грудной клетки в области мечевидного отростка. Над легкими перкуторный звук легочный. В легких выслушивается жесткое дыхание. Частота сердечных сокращений 120 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка на 0,5 см, безболезненные. Со стороны других органов патологии не выявлено. Общий анализ крови: гемоглобин 110 г/л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $7,4 \times 10^9/л$ (палочкоядерные 2%, сегментоядерные 71%, лимфоциты 25%, моноциты 2%), СОЭ 53 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1021, реакция щелочная, глюкоза и белок не обнаружены, лейкоциты 0–1 в поле зрения. Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л (при поступлении) папула 9 мм. Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л (через месяц) папула 12 мм. Посев промывных вод желудка: отмечается единичный рост МБТ. Рентгенограмма органов грудной клетки: справа в проекции

		средней доли определяется фокусное затемнение треугольной формы, с четким верхним контуром, неомогенное, с участком просветления в центре, средней интенсивности; тень средостения расширена вправо за счет увеличения всех групп лимфатических узлов.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов справа, фаза инфильтрации, осложненный ателектазом средней доли, МБТ+, IА ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен, верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана фаза заболевания или осложнение или не дана характеристика бактериовыделения или неверно выставлена группа диспансерного учёта.
P0	-	Диагноз поставлен неверно либо ответ отсутствует.
В	2	Проанализируйте рентгенограммы органов грудной клетки.
Э	-	На рентгенограмме органов грудной клетки справа в проекции средней доли определяется фокусное затемнение треугольной формы, с четким верхним контуром, неомогенное, с участком просветления в центре, средней интенсивности – признаки ателектаза лёгочной ткани; тень средостения расширена вправо за счет увеличения всех групп лимфатических узлов – признаки туберкулёза внутригрудных лимфатических узлов.
P2	-	Данные рентгенограммы органов грудной клетки проанализированы верно.
P1	-	При анализе рентгенограммы органов грудной клетки не указаны признаки ателектаза или признаки туберкулёза внутригрудных лимфатических узлов.
P0	-	Рентгенограмма органов грудной клетки проанализированы не верно либо ответ отсутствует.
В	3	Оцените показатели туберкулиновых проб.
Э	-	Пробы Манту с 2 ТЕ: при поступлении - слабоположительная реакция, через месяц – положительная, средней интенсивности.
P2	-	Показатели туберкулиновых пробы были оценены, верно.
P1	-	При анализе туберкулиновых пробы одна из проб оценена неверно.
P0	-	Показатели туберкулиновых пробы оценены неверно, либо ответ отсутствует.
В	4	Перечислите известные вам состояния, при которых возможно развитие ателектаза лёгкого.
Э	-	Развитие ателектаза лёгкого возможно: при опухолевом процессе в лёгочной ткани, обструкции дренирующего бронха мокротой, инородным телом, гнойными массами, при сдавлении бронха увеличенными внутригрудными лимфоузлами.
P2	-	Большинство из перечисленных состояний названы верно.

P1	-	Названы только 3-4 патологии, при которых возможно развитие ателектаза лёгкого.
P0	-	Состояния, при которых возможно развитие ателектаза лёгкого, не названы либо ответ отсутствует.
B	5	Выделите факторы, способствующие развитию этого заболевания.
Э	-	Возникновению туберкулеза способствовали: некачественная вакцинация, контакт с больным туберкулезом отцом – бактериовыделителем, отсутствие превентивного лечения, по контакту.
P2	-	Факторы, способствующие развитию заболевания, были названы верно.
P1	-	Назван только 1-2 фактора, способствующие развитию заболевания.
P0	-	Факторы, способствующие развитию заболевания, не названы либо ответ отсутствует.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	021
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.
У	-	Мальчик 1 год 6 месяцев. Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, роды на 8-м месяце. Масса 1800 г. Вакцинация БЦЖ не проводилась по медицинским противопоказаниям. В отделении для недоношенных находился в течение 5 недель, выписан с массой 2500 г. Дальнейшее психомоторное развитие по возрасту. В возрасте 2–3 недель перенес ОРВИ. С 2-месячного возраста имел контакт с дядей, больным активным туберкулезом, МБТ+. Анамнез заболевания: у ребёнка появился кашель, температура 38°C, одышка. Лечился по поводу пневмонии амоксициллином, цефазолином, симптоматическими средствами амбулаторно и стационарно без эффекта. При повторном рентгеномографическом обследовании динамики не отмечено. Ребенок консультирован фтизиатром, переведен в специализированный стационар. При поступлении: состояние средней тяжести. Температура тела 37,3°C. Масса тела 6400 г, рост 61 см. Выражены симптомы интоксикации, дыхательной недостаточности. Синдром лимфаденопатии. Частота дыхания 56 в минуту. Над легкими коробочный звук, справа спереди в средне-нижних отделах притупление легочного звука. Дыхание жесткое, ослабленное справа спереди. Частота сердечных сокращений 144 в минуту. Тоны сердца приглушены. Печень выступает из-под края реберной

		дуги на 3 см, безболезненная. Со стороны других органов патологии не выявлено. Общий анализ крови: гемоглобин 106 г/л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $11,8 \times 10^9/л$ (палочкоядерные 7%, сегментоядерные 32%, эозинофилы 7%, лимфоциты 41%, моноциты 13%), СОЭ- 9 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность 1013, белок, глюкоза отсутствуют, лейкоциты 0–1 в поле зрения. Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л — папула 17 мм. Рентгенография органов грудной клетки: справа в проекции средней доли определяется фокусное затемнение треугольной формы, с четким верхним контуром, гомогенное, средней интенсивности, тень средостения расширена вправо за счет поражения всех групп лимфатических узлов.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов справа, фаза инфильтрации, осложненный ателектазом средней доли правого легкого, МБТ?, IА ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана фаза заболевания или осложнение или не дана характеристика бактериовыделения или неверно выставлена группа диспансерного учёта.
P0	-	Диагноз поставлен неверно либо ответ отсутствует.
В	2	Проанализируйте рентгенограммы органов грудной клетки.
Э	-	На рентгенограмме органов грудной клетки справа в проекции средней доли определяется фокусное затемнение треугольной формы, с четким верхним контуром, гомогенное, средней интенсивности – признаки ателектаза лёгочной ткани; тень средостения расширена вправо за счет поражения всех групп лимфатических узлов – возможные признаки туберкулёза внутригрудных лимфоузлов.
P2	-	Данные рентгенограммы органов грудной клетки проанализированы, верно.
P1	-	При анализе рентгенограммы органов грудной клетки не указаны признаки ателектаза или признаки туберкулёза внутригрудных лимфатических узлов.
P0	-	Рентгенограмма органов грудной клетки неверно либо ответ отсутствует.
В	3	Оцените показатель туберкулиновой пробы и дайте заключение.
Э	-	Проба Манту с 2 ТЕ – положительная, гиперергическая. Свидетельствует об активном туберкулезном процессе.
P2	-	Туберкулиновая проба оценена верно, заключение по туберкулиновой пробе корректно.
P1	-	При анализе туберкулиновой пробы не правильно проведена оценка или ошибочное заключение.
P0	-	Туберкулиновая проба оценена, заключение ошибочное, либо ответ отсутствует.
В	4	Перечислите известные вам группы диспансерного учёта детей во

		фтизиатрической практике
Э	-	Выделяют следующие группы диспансерного учёта: 0 группа; IA группа, IB группа; II группа, IIIA группа, IIIB группа; IVA группа, IVB группа; VA группа, VB группа, VB группа; VIA группа, VIB группа, VIB группа.
P2	-	Названы все группы диспансерного учёта детей.
P1	-	Названы только 4-5 групп диспансерного учёта.
P0	-	Названы только 3-4 группы, либо группы диспансерного учёта не названы, либо ответ отсутствует.
B	5	Выделите факторы, способствующие развитию этого заболевания.
Э	-	Заболеванию туберкулезом способствовали: недоношенность, контакт с больным туберкулезом дядей – бактериовыделителем, отсутствие вакцинации БЦЖ, сопутствующие заболевания (ОРВИ).
P2	-	Факторы, способствующие развитию заболевания, были названы верно.
P1	-	Названо только 2-3 фактора, способствующие развитию заболевания.
P0	-	Факторы, способствующие развитию заболевания, не названы либо ответ отсутствует.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	022
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.
У	-	Мальчик 4 месяца. Анамнез жизни: ребенок от 4-й беременности, 2-х нормальных родов. Вес при рождении 2400 г, длина 54 см. Вакцинация БЦЖ в роддоме, рубчик 5 мм. Анамнез заболевания: заболел в возрасте 2 месяцев — появился кашель, насморк, температура 38,6°C. В анализе крови: повышение СОЭ до 42 мм/ч. При клинико-рентгенологическом обследовании выявлена правосторонняя пневмония. Лечился амбулаторно ампициллином, улучшения в состоянии не отмечено. В дальнейшем лечение продолжено стационарно, эффекта не получено. Поставлена проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л — папула 10 мм. Ребенок консультирован фтизиатром, рекомендован перевод в специализированный стационар. При поступлении состояние средней тяжести. Температура тела 36,6°C. Масса тела 6800 г, рост 63 см. Выражены симптомы дыхательной недостаточности, интоксикации. Выявляется синдром лимфаденопатии. В легких при перкуссии в проекции средней доли определяется укорочение перкуторного звука, в остальных отделах звук ясный легочный. Дыхание жесткое, частота дыханий 72 в

		минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 140 в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см, селезенка — на 2 см, эластичные, безболезненные. В контакт вступает легко, менингеальных симптомов нет. Общий анализ крови: гемоглобин 110 г/л, эритроциты $3,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $15,6 \times 10^9/л$ (палочкоядерные 12%, сегментоядерные 55%, эозинофилы 1%, лимфоциты 20%, моноциты 12%), СОЭ 19 мм/ч. Общий анализ мочи: реакция кислая, белка нет, лейкоциты 0–1 в поле зрения. Рентгенограмма органов грудной клетки: в проекции средней доли справа определяется инфильтративно-ателектатическая, гомогенная, с четкими контурами тень, отмечается расширение тени средостения справа за счет увеличения всех групп лимфатических узлов, слева — трахеобронхиальных и бронхопульмональных. Данные бронхоскопии: туберкулез правого главного и промежуточного бронхов.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов с обеих сторон, фаза инфильтрации, осложненный ателектазом IV сегмента правого легкого, туберкулез правого главного и промежуточного бронхов, МБТ? IA ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана фаза заболевания или осложнение или не дана характеристика бактериовыделения или неверно выставлена группа диспансерного учёта.
P0	-	Диагноз поставлен неверно либо ответ отсутствует.
В	2	Проанализируйте рентгенограммы органов грудной клетки.
Э	-	На рентгенограмме органов грудной клетки в проекции средней доли справа определяется инфильтративно-ателектатическая, гомогенная, с четкими контурами тень – признаки ателектаза лёгочной ткани; отмечается расширение тени средостения справа за счет увеличения всех групп лимфатических узлов, слева — трахеобронхиальных и бронхопульмональных – возможные признаки туберкулёза внутригрудных лимфоузлов.
P2	-	Рентгенограммы органов грудной клетки проанализированы верно.
P1	-	При анализе рентгенограммы органов грудной клетки не указаны признаки ателектаза или туберкулеза туберкулёза внутригрудных
P0	-	Рентгенограмма органов грудной клетки проанализированы не верно либо ответ отсутствует.
В	3	Оцените показатель туберкулиновой пробы.
Э	-	Проба Манту с 2 ТЕ – реакция положительная, средней интенсивности.
P2	-	Туберкулиновая проба оценена верно.
P1	-	При оценке туберкулиновой пробы не правильно учтен размер в

		мм или степень интенсивности.
P0	-	Туберкулиновая проба оценена и описана неверно либо ответ отсутствует.
B	4	Назовите возможные варианты исхода данного заболевания.
Э	-	При отсутствии адекватного лечения прогноз на выздоровление сомнителен, возможен переход в хронически текущий первичный туберкулез. При проведении качественной терапии (включающей лечебные бронхоскопии) прогноз благоприятен.
P2	-	Варианты исхода заболевания названы верно.
P1	-	Назван только один вариант исхода.
P0	-	Варианты исхода не названы либо ответ отсутствует.
B	5	Назначьте лечение данному пациенту.
Э	-	Ребёнку целесообразно назначить специфическую терапию (химиотерапию) против туберкулёза 4 препаратами (фаза интенсивной терапии) – изониазид, рифампицин, пиразинамид, стрептомицин, продолжительностью 2 месяца; перед назначением данной схемы лечения необходимо учитывать лекарственную чувствительность возбудителя. В дальнейшем лечение будет продолжено двумя препаратами (фаза продолжения) – изониазид и рифампицин, продолжительностью 4 месяца. Целесообразно провести санацию бронхиального дерева путём назначения лечебных бронхоскопий.
P2	-	Тактика лечения выбрана, верно.
P1	-	Тактика лечения выбрана верно, но не названы сроки лечения или фазы лечения.
P0	-	Предложенная терапия выбрана неверно, либо ответ отсутствует.

БК	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса	
и о		
д д		
Е -	023	
А	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.	
/0		
1.		
7		
А	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения.	
/0		
2.		
7		
И -	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.	
У -	Девочка 1 год 7 месяцев. Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом, анемией. Роды в срок, ягодичное предлежание. Вес 3500 г, длина тела 51 см. На грудном	

	вскармливании до 2 месяцев. Сидит с 6 месяцев, ходит с 12 месяцев. Детскими инфекционными заболеваниями не болела. Вакцинирована БЦЖ-М в роддоме, рубчик 3 мм. Пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л (при поступлении) — папула 4 мм. У матери был выявлен инфильтративный туберкулез легких, МБТ+, чувствительность к противотуберкулезным препаратам сохранена. С двухмесячного возраста ребенок состоит на учете в диспансере по поводу контакта с матерью, получила один курс превентивного лечения по контакту. Для обследования и лечения поступила в специализированное детское отделение. При поступлении состояние удовлетворительное. Вес 11,3 кг, рост 81 см. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы бледные, чистые, периорбитальный цианоз. Периферическая лимфаденопатия. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка у края реберной дуги. По другим органам и системам патологии не выявлено. Общий анализ крови: гемоглобин 108 г/л, эритроциты $3,08 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $8,4 \times 10^9/л$ (палочкоядерные 2%, сегментоядерные 59%, эозинофилы 1%, лимфоциты 32%, моноциты 6%), СОЭ 20 мм/ч. Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л (через два месяца) — папула 17 мм. Рентгенограмма органов грудной клетки: в VIII сегменте правого легкого определяется очаговое затемнение с нечеткими краями, неоднородное, средней интенсивности, с вкраплениями солей кальция. Корень правого легкого расширен за счет увеличения трахеобронхиальных и бронхопульмональных лимфоузлов.
В 1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
С -	Первичный туберкулезный комплекс правого легкого, в фазе неполной кальцинации, МБТ?, ИБ ГДУ.
Р 2	- Диагноз поставлен верно.
Р 1	- Диагноз поставлен не полностью: не указана фаза заболевания или осложнение или не дана характеристика бактериовыделения или неверно выставлена группа диспансерного учёта.
Р 0	- Диагноз поставлен неверно либо ответ отсутствует.
В 2	Назовите рентгенологические признаки трех компонентов специфического поражения при первичном туберкулезном комплексе.
С -	Три компонента специфического поражения при первичном туберкулезном комплексе: аффект в легочной ткани, специфическое воспаление в регионарном лимфоузле, специфический лимфаденит.
Р 2	- Названы все рентгенологические признаки специфического поражения при первичном туберкулезном
Р 1	- Названы только рентгенологические признаки двух компонентов специфического
Р 0	- Не названы рентгенологические признаки компонентов специфического поражения
В 3	Оцените показатель туберкулиновой пробы.
С -	Пробы Манту с 2 ТЕ: при поступлении – сомнительная, через два месяца – положительная, гиперчувствительная.
Р -	Туберкулиновые пробы оценены верно.

2		
P1	-	Только одна туберкулиновая проба оценена верно.
P0	-	Туберкулиновые пробы оценена и описана неверно, либо ответ отсутствует.
B4		Выделите факторы, способствующие развитию этого заболевания.
G	-	Возникновению заболевания туберкулезом способствовали: неблагоприятный анамнез внутриутробного развития, искусственное вскармливание, некачественная вакцинация БЦЖ, контакт с больной туберкулезом матерью – бактериовыделителем.
P2	-	Неблагоприятные факторы, способствующие развитию заболевания, были названы верно.
P1	-	Названы только 2-3 фактора, способствующие развитию данной патологии.
P0	-	Назван только один фактор, способствующие развитию заболевания, не названы либо ответ отсутствует.
B5		Назначьте лечение данному пациенту.
G	-	Ребёнку целесообразно назначить специфическую терапию (химиотерапию) против туберкулёза 4 препаратами (фаза интенсивной терапии) – изониазид, рифампицин, пирразинамид, стрептомицин, продолжительностью 2 месяца. В дальнейшем лечение будет продолжено двумя препаратами (фаза продолжения) – изониазид и рифампицин продолжительностью 4 месяца.
P2	-	Тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика лечения выбрана верно, но не названы сроки лечения или фазы лечения.
P0	-	Предложенная терапия выбрана неверно либо ответ отсутствует.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	024
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.
У	-	Больной М., 16 лет. Заболел остро — появилась головная боль, сильный озноб, температура 39,5°C, резкая слабость, сухой надсадный кашель, ночные поты. В анамнезе: перенес первичный туберкулезный комплекс левого легкого, лямблиозный холецистит. При поступлении в стационар состояние тяжелое, акроцианоз, гипергидроз, одышка до 46 в минуту, тахикардия. При перкуссии легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно на фоне жесткого дыхания редкие рассеянные мелкопузырчатые хрипы.

		Живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье. Печень пальпируется на 3 см ниже реберной дуги. Анализ крови: лейкоциты $13,0 \times 10^9/\text{л}$ (палочкоядерные 8%, сегментоядерные 57%, эозинофилы 4%, базофилы 1%, лимфоциты 18%, моноциты 12%), СОЭ 42 мм/ч. Моча — без патологии. В мокроте методом бактериоскопии КУМ не выявлены. Рентгенологически со стороны органов грудной клетки патологии не выявлено. Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л отрицательная. Через 10 дней на обзорной рентгенограмме определяются двусторонние одностипные множественные мелкие очаговые тени малой интенсивности тотально по всем легочным полям. В левом легком очаг Гона и кальцинат в левом корне.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Милиарный туберкулез легких в фазе инфильтрации, МБТ—, IА ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана фаза заболевания или не дана характеристика бактериовыделения или неверно выставлена группа диспансерного учёта.
P0	-	Диагноз поставлен неверно либо ответ отсутствует.
В	2	Проанализируйте рентгенограммы органов грудной клетки.
Э	-	Через 10 дней на обзорной рентгенограмме определяются двусторонние одностипные множественные мелкие очаговые тени малой интенсивности тотально по всем легочным полям — типичная рентгенологическая картина милиарного туберкулёза. Такие изменения связаны с поражением капилляров (острый процесс), выходом возбудителя за пределы сосудистого русла и появлением множественных, симметрично расположенных, просовидных очагов
P2	-	Данные рентгенограммы органов грудной клетки проанализированы верно
P1	-	При анализе рентгенограммы органов грудной клетки не указаны причины типичных изменений рентгенологической картина при милиарном туберкулёзе.
P0	-	Рентгенограмма органов грудой клетки проанализирована неверно либо ответ отсутствует.
В	3	Дайте определение очага Гона.
Э	-	Это кальцинированный очаг в легочной ткани, формирующийся после перенесённого первичного туберкулёза.
P2	-	Определение дано верно.
P1	-	В определении не указано расположение или при какой клинической форме встречается.
P0	-	Определение дано неверно или ответ отсутствует.
В	4	Назовите возможные варианты исхода данного заболевания.
Э	-	В случае промедления в оказании медицинской помощи прогноз для жизни неблагоприятный — возможно поражение структур нервной системы с развитием туберкулёзного менингита или

		менингоэнцефалита. При проведении качественной специфической (этиотропной), симптоматической, патогенетической терапии прогноз для жизни благоприятен.
P2	-	Варианты исхода заболевания названы верно.
P1	-	Назван только один вариант исхода.
P0	-	Варианты исхода не названы либо ответ отсутствует.
B	5	Назовите основные разделы, на которых строится современная классификация туберкулёза.
Э	-	Классификация состоит из четырех основных разделов: клинические формы туберкулёза, характеристика туберкулёзного процесса, осложнения туберкулёза, остаточные изменения после излеченного туберкулеза.
P2	-	Названы все основные разделы классификации.
P1	-	Названы правильно 1-2 раздела классификации.
P0	-	Разделы классификации названы неверно или ответ отсутствует.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	025
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.
У	-	Больная Б., 17 лет, направлена на дообследование после флюорографии при поступлении в техникум, заподозрены изменения в правом легком. Жалуется на небольшое недомогание. Из анамнеза: у брата больной инфильтративный туберкулез легких, МБТ +, чувствительность к противотуберкулезным препаратам сохранена. Не курит, алкоголь не употребляет, перенесенных заболеваний нет. Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и слизистые чистые. В легких дыхание везикулярное. Перкуторно легочный звук. Живот мягкий, безболезненный. Анализ крови: СОЭ 21 мм/ч, лейкоциты $5,8 \times 10^9/\text{л}$, формула без особенностей. КУМ бактериоскопически не определяются. Моча без патологии. Реакция Манту с 2 ТЕ — папула 19 мм. На рентгенограмме грудной клетки в легком справа в проекции I межреберья и верхушки легкого определяются очаговые тени малой интенсивности без четких контуров. Слева без видимых изменений.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Очаговый туберкулез верхней доли правого легкого, фаза инфильтрации, МБТ—, IА ГДУ.

P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана фаза заболевания или не дана характеристика бактериовыделения или неверно выставлена группа диспансерного учёта.
P0	-	Диагноз поставлен неверно либо ответ отсутствует.
B	2	Обоснуйте ваш диагноз.
Э	-	У больного в анамнезе указание на контакт с братом, больным туберкулезом легких. Объективно изменений со стороны грудной клетки нет. Жалобы практически отсутствуют. В крови отмечается небольшое ускорение СОЭ. Туберкулиновые пробы имеют гиперергический характер, что подтверждает диагноз туберкулеза. Диагноз подтверждают выявленные на рентгенограмме грудной клетки очаговые тени малой интенсивности без четких контуров в верхней доле справа.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	При обосновании диагноза не учтены данные анамнеза или данные клинического обследования или данные лабораторного обследования или туберкулиндиагностика или рентгенологическое обследование.
P0	-	Диагноз обоснован неверно либо ответ отсутствует.
B	3	Назначьте дополнительные методы исследования, обоснуйте их назначение.
Э	-	Для уточнения сегментарной локализации и характера очагов следует провести линейное томографическое обследование в прямой и боковой проекциях или компьютерную томографию. Также больному можно провести бронхоскопическое исследование для уточнения состояния бронхов.
P2	-	Дополнительные методы исследования были названы верно.
P1	-	Были названы 1 метод дополнительного исследования.
P0	-	Дополнительные методы исследования перечислены не были или ответ отсутствует.
B	4	Дайте правильную характеристику очагового туберкулёза лёгких.
Э	-	Очаговый туберкулёз лёгких характеризуется наличием одно- или реже двухсторонних очаговых (2–12мм) процессов ограниченной протяженности, локализующихся преимущественно в первом - втором сегментах легких, с различным патогенезом и преимущественно продуктивным характером патоморфологических изменений.
P2	-	Характеристика очагового туберкулёза дана верно.
P1	-	При описании данной клинической формы не указаны сегменты легкого при преимущественном поражении или характер патоморфологических изменений.
P0	-	Характеристика патологического процесса описана неверно либо ответ отсутствует.
B	5	Расшифруйте полученный результат при постановке пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л, дайте заключение.

Э	-	Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л – гиперергическая реакция (папула 19 мм), большая вероятность активного туберкулезного процесса.
P2	-	Полученный результат расшифрован правильно.
P1	-	При расшифровке результата не правильно дана оценка или заключение.
P0	-	Результат пробы был расшифрован неверно или ответ отсутствует.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	026
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.
У	-	Ребенок 14 лет, год назад имел контакт с бацилярным больным туберкулезом. Превентивное лечение не проводилось. Туберкулиновые пробы с 5 лет положительные. Рентгенологические обследования не проходил. Обратился в связи с ухудшением самочувствия, усилением кашля, нарастанием слабости, одышки, субфебрильной температуры тела. При внешнем осмотре правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Перкуторно от диафрагмы до III межреберья укорочение легочного звука. В зоне притупления ослабленное бронхиальное дыхание, сухие и влажные хрипы. На обзорной рентгенограмме грудной клетки правое легочное поле затемнено. Органы средостения несколько смещены влево. В правом легком до III ребра неомогенное затемнение высокой интенсивности. Корень правого легкого не дифференцируется. При бронхоскопии выявлено специфическое воспаление правого верхнедолевого бронха. В мокроте КУМ единичны. Реакция Манту с 2 ТЕ — папула 18 мм с везикулой, диаскинтест — папула 17 мм. В анализе крови: лейкоциты $8,5 \times 10^9/\text{л}$ (сегментоядерные 65%, эозинофилы 2%, лимфоциты 23%, моноциты 10%), СОЭ 30 мм/ч.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого, фаза инфильтрации и обсеменения, осложненный экссудативным плевритом справа и туберкулезом верхнедолевого бронха справа, МБТ+, IА ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана фаза заболевания или осложнение или не дана характеристика бактериовыделения или неверно выставлена группа диспансерного учёта.
P0	-	Диагноз поставлен неверно либо ответ отсутствует.
В	2	Обоснуйте ваш диагноз на основе данных анамнеза и клинических

		данных и туберкулиндиагностики.
Э	-	У ребенка в препубертатном периоде, имеется эпидемиологический фактор риска (контакт с туберкулезным больным), превентивного лечения не получал, рентгенологически не обследовался, инфицирован длительно. Имеются симптомы интоксикации (слабость, ухудшением самочувствия, субфебрильная температура тела). Респираторный синдром (одышка, кашель, правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, перкуторно от диафрагмы до III межреберья укорочение легочного звука, в зоне притупления ослабленное бронхиальное дыхание, сухие и влажные хрипы). Реакция Манту с 2 ТЕ и Диаскинтест — гиперергические, что подразумевает активный туберкулёзный процесс.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	При обосновании диагноза не взяты во внимание данные анамнеза или клиники или неправильно оценены туберкулиновые пробы.
P0	-	Диагноз обоснован неверно либо ответ отсутствует.
В	3	Проанализируйте данные рентгенограммы органов грудной клетки и данные бронхологического исследования..
Э	-	На обзорной рентгенограмме грудной клетки правое легочное поле затемнено (инфильтрация лёгочной ткани). Органы средостения несколько смещены влево. В правом легком до III ребра неомогенное затемнение высокой интенсивности (признак выпота в плевральную полость). Корень правого легкого не дифференцируется. При бронхоскопии выявлено специфическое воспаление правого верхнедолевого бронха.
P2	-	Данные рентгенограммы органов грудной клетки и бронхоскопии проанализированы верно.
P1	-	При анализе рентгенограммы органов грудной клетки и данных бронхоскопии не указаны признаки инфильтрата или плеврита или туберкулеза бронха.
P0	-	Рентгенограмма органов грудной клетки и данные бронхоскопии проанализированы неверно либо ответ отсутствует.
В	4	Назовите виды инфильтрата по степени распространенности.
Э	-	Лобулярный, округлый, облаковидный, перессиссурит, лобит.
P2	-	Все виды инфильтрата указаны правильно.
P1	-	Указаны только 3-4 вида инфильтрата.
P0	-	Указано только 1-2 вида инфильтрата или ответ отсутствует.
В	5	Перечислите известные вам патологии, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
Э	-	Инфильтративный туберкулёз следует дифференцировать со следующими патологиями: эозинофильным инфильтратом, вирусная пневмония, крупозной пневмонией, вирусной пневмонией, периферическим и центральным раком лёгких.
P2	-	Большинство из перечисленных нозологий названы верно.
P1	-	Названы только 2-3 нозологии, с которыми можно

		дифференцировать данное заболевание.
P0	-	Названа только одна нозология для проведения дифференциальной диагностики либо ответ отсутствует.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	027
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.
У	-	Больной М., 17 лет, заболел остро. Появилась головная боль, сильный озноб, температура 39,5, резкая слабость, сухой надсадный кашель, ночные поты. В анамнезе: контакт с больным туберкулезом отцом, семья социально неблагополучная. При поступлении в стационар состояние тяжёлое, акроцианоз, гипергидроз, одышка до 46 в минуту, тахикардия. При перкуссии лёгочный звук с коробочным оттенком, аускультативно на фоне жёсткого дыхания редкие рассеянные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье. Печень пальпируется на 3 см ниже рёберной дуги. Общий анализ крови: лейкоциты $13,0 \times 10^9/\text{л}$ (сегментоядерные 57%, палочкоядерные 8%, эозинофилы 4%, лимфоциты 18%, моноциты 12%), СОЭ 50 мм/ч. Общий анализ мочи – без патологии. В мокроте методом простой бактериоскопии КУМ не выявлены. Рентгенологически со стороны органов грудной клетки патологии не обнаружено. Вакцинирован БЦЖ, рубца нет. Реакция Манту с 2ТЕ ППД-Л – отрицательная. На обзорной рентгенограмме через 10 дней после заболевания определяются двусторонние одностипные множественные мелкие очаговые тени малой интенсивности тотально по всем лёгочным полям.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Милиарный туберкулёз лёгких, фаза инфильтрации, МБТ-, IА ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана фаза заболевания или осложнение или не дана характеристика бактериовыделения или неверно выставлена группа диспансерного учёта.
P0	-	Диагноз поставлен неверно либо ответ отсутствует.
В	2	Перечислите факторы риска способствующие развитию данного заболевания.
Э	-	Возрастной фактор риска - подростковый период, ослабление иммунитета, медицинский – некачественно вакцинирован, социальный фактор – неблагополучная семья, эпидемиологический фактор – семейный контакт с больным

		туберкулезом.
P2	-	Перечислены все факторы риска.
P1	-	Перечислено 2-3 фактора риска.
P0	-	Факторы риска были названы не правильно или ответ отсутствует.
B	3	Назовите дополнительные методы обследования, которые могут быть назначены данному больному.
Э	-	Данному пациенту можно провести КТ-исследование органов грудной клетки для получения наиболее чёткой рентгенологической картины поражения лёгких, УЗИ органов брюшной полости, чтобы исключить их поражение данным специфическим процессом, бронхоскопию для раннего выявления туберкулёза бронха.
P2	-	Дополнительные методы исследования были названы правильно.
P1	-	Был назван только один метод дополнительного исследования.
P0	-	Дополнительные методы исследования были названы неправильно либо ответ отсутствует.
B	4	Перечислите принципы лечения туберкулеза.
Э	-	Своевременное начало, оптимальная продолжительность, непрерывность, применение комбинации препаратов, комплексность, контроль за лечением.
P2	-	Принципы лечения туберкулеза названы правильно.
P1	-	Перечислено только 4-6 принципов лечения туберкулеза.
P0	-	Принципы лечения туберкулеза перечислены неправильно или нет ответа.
B	5	Назовите основные типы острого милиарного туберкулёза лёгких.
Э	-	Выделяют три основных типа острого милиарного туберкулёза лёгких: менингеальный тип, тифоидный тип, лёгочный тип.
P2	-	Основные типы острого милиарного туберкулёза названы верно.
P1	-	Назван только один тип острого милиарного туберкулёза лёгких.
P0	-	Типы острого милиарного туберкулёза лёгких названы неверно либо ответ отсутствует.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	028
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.
У	-	Подросток 17 лет, в детстве имел контакт с бациллярным больным о туберкулёзом Туберкулиновые пробы с 3 лет положительные. Превентивное лечение не проводилось. Рентгенологически не обследовался. Из социально неблагополучной семьи, подросток

		курит, употребляет алкоголь, не учится и не работает. Обратился в связи с ухудшением общего состояния, усилением кашля, нарастанием одышки. При внешнем осмотре правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Перкуторно от верхушки до 3-го межреберья укорочение лёгочного звука. В зоне притупления бронхиальное дыхание, сухие и влажные хрипы. На обзорной ретгенограмме грудной клетки правое лёгочное поле сужено. Органы средостения смещены вправо. В правом лёгком от верхушки до 3-го ребра высокой интенсивности неомогенное затемнение. Корень правого лёгкого поднят кверху, чётко не дифференцируется, в корне кальцинаты. При бронхоскопии обнаружена деформация правого верхнедолевого бронха. В мокроте КУМ не обнаружены. При постановке Диаскинтеста – папула 18мм. Общий анализ крови: лейкоциты $8,5 \times 10^9/\text{л}$ (сегментоядерные 65%, палочкоядерные 8%, эозинофилы 2%, лимфоциты 23%, моноциты 10%), СОЭ 30 мм/ч.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Цирротический туберкулёз верхней доли правого лёгкого, фаза инфильтрации, МБТ-, IА ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана фаза заболевания или бактериовыделение или неверно выставлена группа диспансерного учёта.
P0	-	Диагноз поставлен неверно либо ответ отсутствует.
В	2	Обоснуйте ваш диагноз.
Э	-	На туберкулёзную этиологию заболевания указывает наличие в анамнезе контакта с больным туберкулёзом. Социальный фактор. Положительные туберкулиновые пробы с 3 лет свидетельствуют о длительном периоде инфицирования. Кальцинаты в корне правого лёгкого – остаточные изменения после перенесённого первичного туберкулёза. Диаскинтест положителен – гиперергическая реакция, что подтверждает туберкулёзную этиологию заболевания. Клиническая форма – цирротический туберкулёз – определена на основании характерных данных рентгенологического (интенсивное неомогенное затемнение с ячеистыми просветлениями в уменьшенной в объёме верхней доле правого лёгкого) и бронхоскопического исследований – деформация правого верхнедолевого бронха. Туберкулёзный процесс в фазе инфильтрации, так как он протекает с клиническими симптомами интоксикации (одышка, кашель, плохое общее самочувствие), признаками воспаления, определяемыми при осмотре (отставание при дыхании больной половины грудной клетки), физикальном исследовании (укорочение лёгочного звука, бронхиальное дыхание, сухие и влажные хрипы).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	При обосновании диагноза не взяты во внимание данные анамнеза или клиники или неправильно оценены туберкулиновые пробы или данные рентгенологического обследования или данные бронхоскопии.

P0	-	Диагноз обоснован не верно либо ответ отсутствует.
B	3	Перечислите известные вам патологии, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
Э	-	Цирротический туберкулёз лёгких следует дифференцировать со следующими заболеваниями: саркоидозом органов дыхания, аномалиями развития бронхов и паренхимы лёгких, фиброзирующим альвеолитом, пневмокониозами.
P2	-	Дифференциальный диагноз был составлен правильно.
P1	-	При дифференциальной диагностике были названы 2-3 нозологии.
P0	-	Дифференциальная диагностика была проведена только с одним заболеванием или неверно или ответ отсутствует.
B	4	Расшифруйте полученные результаты иммунодиагностической пробы с Диаскинтестом и дайте заключение.
Э	-	Диаскинтест – папула 18 мм (гиперергическая реакция), что свидетельствует о выраженной активности туберкулёзного процесса.
P2	-	Результат иммунологической пробы интерпретирован верно.
P1	-	В интерпретации результата не дано чёткого заключения.
P0	-	Полученный результат интерпретирован не верно либо ответ отсутствует.
B	5	Дайте определение цирротическому туберкулёзу лёгких.
Э	-	Цирротический туберкулёз лёгких – это клиническая форма вторичного туберкулеза, которая характеризуется развитием выраженных фиброзных изменений в легких, уменьшением объема соответствующих отделов легкого, наличием эмфиземы и бронхоэктазов при сохранении клинικο-рентгенологических признаков активности туберкулезного процесса.
P2	-	Определение дано правильно.
P1	-	В определении допущены ошибки – нет чёткой характеристики изменений, происходящих в лёгочной ткани.
P0	-	Понятие дано не правильно либо ответ отсутствует.

БК		
и о		Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
д д		
Е -	029	
А		
/0		
1.		Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.
7		
А		
/0		Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения.
2.		
7		

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.
У	-	Ребёнок 6 лет 3 месяца. Родился здоровым, вакцинирован в родильном доме вакциной БЦЖ-М на 4 день жизни, вакцинальный рубчик 6 мм. Динамика туберкулиновых проб: Манту с 2ТЕ в предыдущие годы ежегодно отрицательная, в этом году папула 10мм. Контакт с туберкулезным больным не установлен. Жалоб нет. Объективно: состояние удовлетворительное, ребёнок достаточного питания, кожа чистая. Пальпируются 3 группы периферических лимфоузлов, мягкоэластической консистенции, размером 3-4 мм. В лёгких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное. Со стороны других органов без патологии. Общий анализ крови, мочи без патологии. КТ грудной клетки – патологии не выявлено. Диаскин тест – папула 5мм.
В 1		Предположите наиболее вероятный диагноз.
С	-	Выраж туберкулиновых проб. VIA ГДУ.
Р 2	-	Диагноз поставлен верно.
Р 1	-	Диагноз поставлен не полностью (неверно выставлена группа диспансерного учёта).
Р 0	-	Диагноз поставлен неверно либо ответ отсутствует.
В 2		Обоснуйте ваш диагноз.
С	-	Впервые выпавшая положительная проба Манту с 2ТЕ ППД-Л у ребёнка в 6 лет, при ранее отрицательной ежегодно, данные объективного обследования: пальпируются 3 группы периферических лимфоузлов, мягкоэластической консистенции, размером 3-4 мм. Отсутствие патологии на КТ грудной клетки. Все это позволяет выявить выраж туберкулиновых проб.
Р 2	-	Диагноз обоснован верно.
Р 1	-	При обосновании диагноза не учтены данные динамики туберкулиновых проб или данные объективного обследования, или рентгенологического.
Р 0	-	Диагноз обоснован не верно либо ответ отсутствует.
В 3		Обоснуйте необходимость назначению ребенку превентивного лечения.
С	-	Учитывая положительный, умеренно выраженный Диаскин тест у ребенка имеется повышенный риск заболевания туберкулезом, необходимо провести курс превентивного лечения двумя противотуберкулезными препаратами – изониазид и пиразинамид в течении 3 месяцев.
Р 2	-	Необходимость назначения ребенку превентивного лечения обоснована правильно.
Р 1	-	Не точно оценен Диаскин тест или не указаны препараты для превентивного лечения или сроки лечения.
Р 0	-	Необходимость назначения ребенку превентивного лечения не обоснована либо ответ отсутствует.
В 4		Расшифруйте полученные результаты пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л.
С	-	В 3,4,5 лет проба Манту с 2ТЕ ППД-Л была отрицательной, выраж произошёл в 6 лет, когда проба Манту с 2ТЕ ППД-Л стала положительной – папула 11 мм (реакция

		средней интенсивности).
P2	-	Результат пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л интерпретирован верно.
P1	-	В интерпретации результата не дано чёткого заключения.
P0	-	Полученный результат интерпретирован неверно либо ответ отсутствует.
B5		Перечислите группы диспансерного учета детей с повышенным риском заболевания туберкулезом.
G	-	Выраж туберкулиновых проб VIA ГДУ. Тубинфицирование с гиперчувствительностью к туберкулину VIB ГДУ. Тубинфицирование с нарастанием чувствительности к туберкулину VIB ГДУ.
P2	-	Группы диспансерного учета детей с повышенным риском заболевания туберкулезом
P1	-	Названы только две группы диспансерного учета детей с повышенным риском заболевания туберкулезом.
P0	-	Названа только одна группа диспансерного учета детей с повышенным риском заболевания туберкулезом или ответ отсутствует.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	030
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.
У	-	У ребёнка 11 лет на пробу Манту с 2ТЕ ППД-Л – инфильтрат 15 мм в диаметре. Диаскин-тест – папула 16 мм. В десятилетнем возрасте реакция на пробу Манту была отрицательной. Полгода назад ребёнок имел контакт с больным открытой формой туберкулёза. Жалобы на слабость, плохой аппетит, раздражительность, быструю утомляемость. Кожные покровы бледные, чистые. Периферические лимфатические узлы в VII группах, II размера, мягкоэластической консистенции. В лёгких и других внутренних органах патологических изменений не выявлено. Общий анализ крови: гемоглобин 100 г/л, эритроциты $3,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $14,0 \times 10^9/л$ (палочкоядерные 2%, сегментоядерные 58%, эозинофилы 2%, лимфоциты 32%, моноциты 7%), СОЭ 19 мм/ч. В общем анализе мочи без патологии. В мокроте КУМ не обнаружены. При КТ-исследовании органов грудной клетки: левый корень расширен, неструктурен, размером 3*4 см. Проекция бронхов не определяется. Наружные контуры размытые.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э	-	Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов слева, фаза инфильтрации, МБТ?, IА ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана фаза заболевания, или не дана характеристика бактериовыделения, или неверно выставлена группа диспансерного учёта.
P0	-	Диагноз поставлен неверно либо ответ отсутствует.
В	2	Обоснуйте ваш диагноз.
Э	-	Появление впервые положительной реакции на пробу Манту с 2ТЕ ППД-Л и на Диаскин-тест у ребёнка 11 лет свидетельствует о первичном инфицировании туберкулёзом (вираж туберкулиновой пробы). Наличие в анамнезе у ребёнка контакта с туберкулёзным больным за несколько месяцев до появления впервые положительных иммунодиагностических реакций позволяет предположить момент заражения и начала заболевания, и подтвердить его этиологию. Плохой аппетит, раздражительность, утомляемость, множественные периферические лимфатические узлы мягкоэластической консистенции, изменения в гемограмме (ускорение СОЭ, лейкоцитоз) – являются клиническими симптомами интоксикации. На КТ-исследовании органов грудной клетки определяются изменения в области левого корня лёгкого, что также подтверждает наш диагноз.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	При обосновании диагноза допущены несущественные ошибки, например учтены не все данные лабораторного или рентгенологического, или физикального исследований.
P0	-	Диагноз обоснован не верно либо ответ отсутствует.
В	3	Дайте определение виража туберкулиновой пробы.
Э	-	Вираз туберкулиновой пробы – это переход ранее отрицательных проб в положительную или увеличение диаметра папула, в сравнении с предыдущей пробой, на 6 мм и более.
P2	-	Определение виража туберкулиновой пробы дано верно.
P1	-	В определении были допущены ошибки – назван только переход отрицательных проб в положительные либо только нарастание чувствительности.
P0	-	Определение дано не верно либо ответ отсутствует.
В	4	Расшифруйте результаты пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л.
Э	-	Проба Манту с 2ТЕ ППД-Л в 11 лет – инфильтрат 15 мм (выраженная положительная реакция), Диаскин-тест в 11 лет – папула 16 мм (гиперергическая реакция).
P2	-	Результат иммунодиагностических проб интерпретирован верно.
P1	-	В интерпретации результатов нет чёткого заключения либо не учтены размеры проб в мм.
P0	-	Полученные результаты интерпретированы не верно либо ответ отсутствует.

В	5	Назначьте лечение данному пациенту.
Э	-	Ребёнку целесообразно назначить специфическую терапию (химиотерапию) против туберкулёза 4 препаратами (фаза интенсивной терапии) – изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол, продолжительностью 2 месяца; перед назначением данной схемы лечения необходимо учитывать лекарственную чувствительность возбудителя. В дальнейшем лечение будет продолжено двумя препаратами (фаза продолжения) – изониазид и рифампицин, продолжительностью 4 месяца.
P2	-	Тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика лечения выбрана верно, но не названы сроки лечения или фазы лечения.
P0	-	Предложенная терапия выбрана неверно, либо ответ отсутствует.

3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого	Твердые знания программного материала, допустимы несущественные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа,	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

	решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	действий, испытывать затруднения при решении практических задач	
--	--	--	---	--

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

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

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