

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 26.06.2024 14:32:38
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

Бюджетное учреждение высшего образования

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

«Сургутский государственный университет»

Утверждаю
Проректор по учебно-методической работе
Е.В. Коновалова
(подпись, расшифровка подписи)

13 июня 2024г., протокол УМС №5

ПРОГРАММА

государственной итоговой аттестации выпускников по специальности

31.08.51 Фтизиатрия

(код, наименование специальности)

(уровень подготовки кадров высшей квалификации)

–

квалификация - врач-фтизиатр

(наименование квалификации)

Программа составлена в соответствии с требованиями Федерального Государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.51 Фтизиатрия, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 г. № 1094.

Составители программы:

доцент кафедры многопрофильной
клинической подготовки, к.м.н.

_____ Нелидова Н.В.

Согласование рабочей программы

Подразделение (кафедра/ библиотека)	Дата согласования	Ф.И.О., подпись нач. подразделения
Кафедра многопрофильной клинической подготовки	22.04.2024 г.	Зав. кафедрой, д.м.н., профессор Климова Н.В.
Отдел комплектования НБ СурГУ	22.04.2024 г.	Зав. Отделом Дмитриева И.И.

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена на межкафедральном заседании, состоявшемся на кафедре многопрофильной клинической подготовки
Протокол №17 от 22.04.2024 г.

Зав. кафедрой, д.м.н. Профессор _____ / Климова Н.В. /
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Программа государственной итоговой аттестации утверждена на заседании УМС института,
Протокол № 6 от 25.04.2024 г.

Председатель УМС, преподаватель _____ / Васильева Е.А. /
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Программа государственной итоговой аттестации утверждена на заседании Ученого Совета
МИ БУ ВО ХМАО-ЮГРЫ «Сургутский государственный университет»
Протокол № 8 от 17.05.2024 г.

Председатель Ученого Совета МИ, директор МИ
д.м.н. профессор _____ /Л.В. Коваленко/
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ

1.1 Общие положения

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

- Федеральный закон от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;
- Приказ Министерства здравоохранения от 29.11.2012 №982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 г №707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранения и медицинские науки»;
- Приказ Минобрнауки России от 18.03.2016 №227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки»;
- Приказ Минобрнауки России от 19.11.2013 г. №1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры»;
- Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 г. №1094 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.51 Фтизиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- Устав БУ ВО «Сургутский государственный университет»;
- ПСП-2.13 «Положение о медицинском институте»;
- СТО-2.1.2 «Образовательная программа высшего образования – программа ординатуры».
- СТО-2.12.2-18 г. «Государственная итоговая аттестация выпускников ординатуры медицинского института».

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) проводится на основе принципа объективности оценки качества подготовки обучающихся для определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы по специальности 31.08.51 Фтизиатрия соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта (далее – ФГОС ВО).

ГИА включает в себя подготовку и проведение государственного междисциплинарного экзамена.

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основных профессиональных образовательных программ высшего образования требованиям ФГОС ВО.

К государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся, завершившие в полном объеме курс теоретического и практического обучения и успешно выполнившие все требования учебного плана.

1.2. Квалификационная характеристика профессиональной деятельности выпускника ординатуры СурГУ по специальности «31.08.51 Фтизиатрия»

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными

требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

1.2.2. Объекты профессиональной деятельности выпускника

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского и мужского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

1.2.3 Виды профессиональной деятельности выпускника

Специалист по направлению специальности 31.08.51 Фтизиатрия готовится к следующим видам профессиональной деятельности:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Программа ординатуры направлена на освоение всех видов профессиональной деятельности, к которым готовится выпускник.

1.2.4. Задачи профессиональной деятельности выпускника ординатуры и приобретаемые знания, владения, умения

Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

- предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

- диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- диагностика неотложных состояний;
- проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

- оказание специализированной медицинской помощи;
- участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

- проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность:

- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

- применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;
- организация проведения медицинской экспертизы;
- организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;
- создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- соблюдение основных требований информационной безопасности.

Врач-специалист по фтизиатрии должен знать:

- Конституцию Российской Федерации;
- законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения;
- принципы организации фтизиатрической помощи в Российской Федерации;
- социальные и эпидемиологические предпосылки ликвидации туберкулеза как массового заболевания, факторы риска заболевания туберкулезом;
- эпидемиологию, статистику туберкулеза, организацию противоэпидемических мероприятий при туберкулезе;
- биологические свойства возбудителя туберкулеза, средства его выявления и культивации;
- морфологию легких и механизмы защиты аппарата дыхания от повреждающих факторов, патогенез и патоморфологию туберкулеза;
- состояние иммунной системы при туберкулезе;
- патофизиологию дыхания и патофизиологические нарушения, возникающие в организме при специфическом инфекционном процессе;
- методы клинического, лабораторного и функционального обследования больных туберкулезом;
- методику рентгенологического обследования органов грудной клетки;
- показания к бронхоскопии и биопсии при заболевании туберкулезом и другой патологии;
- клиническую классификацию туберкулеза;
- классификацию остаточных изменений после перенесенного туберкулеза;
- клиническую и рентгенологическую семиотику основных форм туберкулеза органов дыхания и других локализаций специфического процесса, заболеваний органов дыхания, сходных с туберкулезом;
- осложнения туберкулеза органов дыхания и меры их предупреждения;
- клиническую и рентгенологическую семиотику заболеваний органов дыхания, сходных с туберкулезом;
- особенности клинического проявления и течения туберкулеза, его выявление и профилактику у детей и подростков; особенности клиники и принципы диагностики внелегочных форм туберкулеза (мочеполового, костно-суставного, периферических и мезентериальных лимфатических узлов, мозговых оболочек, кожи, глаз и других органов);
- неотложные лечебные мероприятия, применяемые при угрожающих состояниях
- принципы комплексной терапии туберкулеза, методы и средства патогенетической терапии; механизмы действия, принципы применения противотуберкулезных химиопрепаратов, побочные реакции, меры их профилактики и лечения;

- показания и принципы санаторного лечения больных туберкулезом;
- показания к хирургическому лечению больных туберкулезом; вопросы медико-социальной экспертизы при туберкулезе;
- специфическую и неспецифическую профилактику туберкулеза;
- основы диспансеризации больных туберкулезом и лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом;
- задачи противотуберкулезной пропаганды и методы санитарного просвещения;
- статистические отчетные формы;
- правила санитарно-эпидемиологического режима; основы трудового законодательства; правила внутреннего трудового распорядка;
- правила по охране труда и пожарной безопасности.

Врач-специалист по фтизиатрии должен уметь:

- осуществлять диспансеризацию здоровых лиц и больных туберкулезом в соответствии с группами диспансерного наблюдения и учета, с учетом критериев перевода из одной группы в другую, критериями снятия с учета;
- анализировать эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу и социально-демографическую характеристику в районе обслуживания, заполнять действующие учетные и отчетные формы по туберкулезу, определять основные показатели по туберкулезу на участке обслуживания и оценить их, сравнив с данными других районов, города, области;
- организовать проведение профилактических мероприятий на участке;
- организовать противоэпидемические мероприятия в районе обслуживания;
- составить комплексный перспективный и текущий план противотуберкулезных мероприятий на участке;
- организовать и провести осмотры населения декретированных контингентов, групп риска заболевания туберкулезом;
- получить информацию о заболевании, применить объективные методы исследования больного, оценить тяжесть состояния, оказать необходимую экстренную помощь;
- назначить в необходимой последовательности лабораторные анализы и оценить их результаты, интерпретировать данные прямой и боковой рентгенограмм грудной клетки, а также томографии легких и средостения;
- определить показания к бронхоскопии и другим эндоскопическим исследованиям, оценить их результаты;
- сформулировать диагноз туберкулеза органов дыхания в соответствии с клинической классификацией, определить его форму и фазу течения, установить осложнения, провести дифференциальную диагностику со сходными заболеваниями органов дыхания и других локализаций туберкулеза;
- диагностировать в амбулаторных условиях туберкулез и провести на основании клинорентгенологических данных и лабораторных анализов дифференциальный диагноз с нетуберкулезными заболеваниями;
- назначить комплексную терапию, определить схему для лечения противотуберкулезными химиопрепаратами, дозировки, методы введения, а также продолжительность курса химиотерапии в соответствии с действующими стандартами;
- назначить и провести в амбулаторных условиях лечение больных активным туберкулезом, а также противорецидивные курсы химиотерапии угрозваемым контингентам из III группы учета;
- определить срок завершения стационарного лечения больного, лечения больного в санаторных и амбулаторных условиях и дать соответствующие врачебные рекомендации врачу санатория или диспансера, определить трудоспособность больного;
- определить характер остаточных изменений после клинического излечения, риск реактивации туберкулеза;

- организовать госпитализацию выявленных больных туберкулезом в противотуберкулезный стационар;
- организовать госпитализацию диагностических больных, требующих дообследования в стационарных условиях, в специализированное диагностическое отделение;
- определить показания к хирургическому вмешательству;
- выявить внелегочные локализации туберкулеза, решить вопрос об их лечении;
- выявить сопутствующие туберкулезу заболевания, определить тактику их лечения;
- решить вопрос трудоспособности больного, составить документы для МСЭ;
- проводить противотуберкулезную пропаганду и санитарное просвещение с населением и среди больных, их родственников и лиц, контактирующих с больными туберкулезом;
- проводить туберкулинодиагностику, вакцинацию и ревакцинацию;
- проводить оздоровительную работу по санации очагов туберкулезной инфекции, изоляцию бациллярных больных, детей, провести химиопрофилактику контактов;
- осуществлять методическое руководство и контролировать проведение противотуберкулезных профилактических мероприятий в учреждениях, производствах, на участке обслуживания.

Врач-специалист по фтизиатрии должен владеть:

- методиками клинического исследования системы органов дыхания (анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация);
- методикой постановки туберкулиновых проб и их оценки;
- методикой постановки пробы с аллергенами туберкулезными рекомбинантными (Диаскинтест) и ее оценки;
- методикой забора мокроты и промывных вод бронхов для исследования на МБТ, другую неспецифическую флору – грибы, вирусы, бактерии;
- методиками профилактики и выявления туберкулеза;
- методикой эпидемиологического анализа ситуации по туберкулезу в районе обслуживания населения и составление плана по улучшению неблагоприятной эпидситуации;
- методами организации диспансерного наблюдения за больными активным туберкулезом и группами риска по этому заболеванию (контактные лица, больные определенными хроническими заболеваниями и другие группы населения в соответствии с перечнем);
- технологиями этиотропного, патогенетического лечения туберкулеза органов дыхания и сочетанных с ним заболеваний;
- методиками оказания экстренной помощи больному туберкулезом при развитии осложнений туберкулеза или нежелательных реакций на противотуберкулезные препараты;
- методикой проведения постурального и позиционного дренажа бронхов;
- методам реабилитации больных туберкулезом.

1.2.5. Требования к результатам освоения программы ординатуры

В результате освоения программы ординатуры у выпускника по программе ординатуры должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции:

1.2.5.1. Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического

образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

1.2.5.2. Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями.

• **профилактическая деятельность:**

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со фтизиатрической патологией (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых, подростков и детей (ПК-4);

• **диагностическая деятельность:**

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

• **лечебная деятельность:**

- готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в терапевтической фтизиатрической помощи (ПК-6);
- готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

• **реабилитационная деятельность:**

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со фтизиатрической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

• **психолого-педагогическая деятельность:**

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

• **организационно-управленческая деятельность:**

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

2. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

2.1 Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

1. Исторические этапы развития фтизиатрии
2. Этиология туберкулеза
3. Эпидемиология туберкулеза
4. Патогенез туберкулеза
5. Патологическая анатомия туберкулеза
6. Иммунитет и аллергия при туберкулезе
7. Пути передачи туберкулезной инфекции
8. Патоморфоз туберкулеза
9. Выявление туберкулеза: методы, контингенты, группы повышенного риска заболевания туберкулезом.
10. Выявление туберкулеза у взрослого населения в учреждениях общей лечебной сети.
11. Выявление туберкулеза у детского населения в учреждениях общей лечебной сети (Иммунодиагностика).
12. Клинический минимум обследования на туберкулез.
13. Методы выявления МБТ в патологическом материале.
14. Инструментальные и инвазивные методы исследования при подозрении на туберкулез. Лучевая диагностика туберкулеза
15. Профилактика туберкулеза (социальная, санитарная).
16. Профилактика туберкулеза (специфическая, химиопрофилактика)
17. Первичный туберкулез. Туберкулезная интоксикация.
18. Первичный туберкулез. Туберкулез ВГЛУ.
19. Первичный туберкулез. Первичный туберкулезный комплекс.
20. Очаговый туберкулез. Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
21. Инфильтративный туберкулез. Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
22. Туберкулема. Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
23. Казеозная пневмония. Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
24. Диссеминированный туберкулез. Виды диссеминаций. Механизмы хронизации.
25. Милиарный туберкулез. Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
26. Кавернозный туберкулез. Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
27. Цирротический туберкулез. Патогенез. Клиника. Лечение.
28. Фиброзно-кавернозный туберкулез. Патогенез. Клиника. Лечение.
29. Туберкулезный плеврит Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
30. Осложнения туберкулеза легких
31. Туберкулез мозговых оболочек и ЦНС. Патогенез. Клиника. Лечение.
32. Туберкулез костей и суставов. Особенности развития. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.
33. Туберкулез мочеполовой системы. Особенности развития. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.
34. Туберкулез легких в сочетании с другими заболеваниями (сахарный диабет, язвенная болезнь, алкоголизм).
35. Туберкулез и беременность – особенности ведения.
36. Туберкулез легких в сочетании с другими заболеваниями (ВИЧ).
37. Основные методы и принципы лечения туберкулеза
38. Химиотерапия туберкулеза. Принципы. Классификация противотуберкулезных препаратов. Определение МЛУ, ШЛУ. Режимы химиотерапии.
39. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Хирургическое лечение туберкулеза

2.2 Рекомендации ординаторам по подготовке к государственному экзамену

2.2.1 Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен, устанавливает выпускающая кафедра по специальности ординатуры.

2.2.2 Приказом ректора университета утверждается государственная экзаменационная комиссия, состав которой доводится до сведения ординатора.

2.2.3 Допуск каждого ординатора к государственным экзаменам осуществляется приказом проректора по учебно-методической работе.

2.2.4 В соответствии с программой государственных экзаменов проводятся консультации.

2.2.5 Сроки проведения экзаменов и консультаций отражаются в расписании.

2.2.6 ГИА выпускников ординатуры предусматривает оценку теоретической и практической профессиональной подготовленности на основе федеральных государственных образовательных стандартов к минимуму содержания и уровню подготовки выпускника по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия».

2.2.7 ГИА по специальности осуществляется в три этапа:

- проверка уровня теоретической подготовленности путем междисциплинарного тестового экзамена на безмашинной или компьютерной основе;
- проверка уровня освоения практических умений;
- оценка теоретических знаний и умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе устного собеседования по билетам (проводится при проведении государственного экзамена по специальности).

2.2.8 ГИА состоит из трех последовательных этапов проверки, каждый из которых в результате определяется оценками: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Положительная оценка сдачи каждого из этапов является основанием для допуска к следующему этапу аттестации и собеседованию при сдаче государственного экзамена по специальности.

2.2.9 При подготовке к ответу в устной форме обучающиеся делают необходимые записи по каждому вопросу на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги со штампом института.

2.2.10 При необходимости обучающемуся после ответа на теоретический вопрос билета задаются дополнительные вопросы.

2.2.11 После завершения ответа члены экзаменационной комиссии, с разрешения ее председателя, могут задавать обучающемуся дополнительные вопросы, не выходящие за пределы программы государственного экзамена. На ответ обучающегося по билету и вопросы членов комиссии отводится не более 30 минут.

2.2.12. По завершении государственного экзамена экзаменационная комиссия на закрытом заседании обсуждает характер ответов каждого обучающегося и выставляет каждому обучающемуся согласованную итоговую оценку.

2.2.13. Протоколы государственного экзамена утверждаются председателем ГЭК, оформляются в специальном журнале, хранятся в учебном отделе в соответствии с номенклатурой дел. По истечении срока хранения протоколы передаются в архив.

2.2.14 Ответ на вопрос билета должен соответствовать основным положениям раздела программы государственного экзамена, предусматривать изложение определений основных понятий.

2.2.15 Порядок и последовательность изложения материала определяется самим студентом.

2.2.16 Студент имеет право расширить объем содержания ответа на вопрос на основании дополнительной литературы при обязательной ссылке на авторство излагаемой теории.

2.2.17 Теоретические положения должны подтверждаться примерами из практической деятельности.

2.2.18 Выпускник, не сдавший завершающий этап аттестации, считается не прошедшим ГИА.

2.3 Критерии оценки результатов сдачи государственных экзаменов

2.3.1. Критерии оценок каждого из этапов аттестационных испытаний утверждаются председателем ГЭК. Уровень знаний обучающихся определяется следующими оценками: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно». Все оценки заносятся в протоколы квалификационного экзамена и экзаменационную ведомость (СТО-2.12.2-18 г.)

2.3.2. Критерии результатов междисциплинарного аттестационного тестового экзамена (первый этап) определяются следующими подходами.

Оценка «отлично» ставится – от 90% до 100 % правильных ответов.

Оценка «хорошо» – от 80% до 89,9% правильных ответов.

Оценка «удовлетворительно» – от 70% до 79,9% правильных ответов.

Оценка «неудовлетворительно» – от 0% до 69,9 % правильных ответов.

2.3.3. Критерии второго этапа государственного аттестационного экзамена практические навыки – определяются следующими подходами.

Оценка «отлично» ставится, если обучающийся владеет общепрофессиональными и специальными умениями и навыками; умеет провести обследование, формулировать и обосновывать предварительный диагноз, составить план обследования и лечения больного в соответствии с предварительным диагнозом, умеет проводить дифференциальную диагностику, формулировать полный клинический диагноз в соответствии с современной классификацией, справляется с заданиями без затруднений, правильно обосновывает принятые решения.

Оценка «хорошо» ставится, если обучающийся владеет общепрофессиональными и специальными умениями и навыками; умеет провести обследование, формулировать и обосновывать предварительный диагноз, составить план обследования и лечения больного в соответствии с предварительным диагнозом, умеет проводить дифференциальную диагностику, формулировать полный клинический диагноз в соответствии с современной классификацией, не допускает существенных ошибок и неточностей.

Оценка «удовлетворительно» ставится, если обучающийся освоил только основные практические навыки, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильно трактует формулировки, нарушает последовательность в проведении обследования и лечения больного и испытывает затруднения в выполнении заданий.

Оценка «неудовлетворительно» ставится, если обучающийся демонстрирует отсутствие общепрофессиональных и специальных умений и навыков, допускает принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий, не умеет провести обследование, формулировать и обосновывать предварительный диагноз, составить план обследования и лечения больного в соответствии с предварительным диагнозом, не умеет проводить дифференциальную диагностику, формулировать полный клинический диагноз в соответствии с современной классификацией.

Кроме того, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся, нарушившему правила поведения при проведении экзамена и удаленного с него.

2.3.4. Критерии результатов государственного экзамена по специальности (третий этап) определяются следующими оценками.

Оценка «отлично» ставится, если обучающийся глубоко и прочно усвоил весь программный материал и материал дополнительных источников, исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически его излагает, справляется с заданиями без затруднений, правильно обосновывает принятые решения, умеет самостоятельно обобщать и излагать материал, не допуская ошибок и неточностей.

Оценка «хорошо» ставится, если обучающийся твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допускает существенных ошибок и неточностей в

ответе на вопрос, может правильно применять теоретические положения и владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении заданий.

Оценка «удовлетворительно» ставится, если обучающийся освоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильно трактует формулировки, нарушает последовательность в изложении программного материала и испытывает затруднения в выполнении заданий.

Оценка «неудовлетворительно» ставится, если обучающийся демонстрирует отсутствие знаний отдельных разделов основного учебно-программного материала, допускает принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий, не может правильно применять теоретические положения, не владеет необходимыми умениями и навыками. Кроме того, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся, нарушившему правила поведения при проведении экзамена и удаленного с него.

Итоговая оценка выставляется по совокупности всех оценок за 3 этапа.

По результатам трех этапов экзамена выставляется итоговая оценка по экзамену. В зависимости от результатов экзамена комиссия открытым голосованием принимает решение «Присвоить звание (квалификацию) специалиста «врач фтизиатр» или «Отказать в присвоении звания (квалификации) специалиста «врач фтизиатр».

В случае, когда у одного из членов комиссии появится оценка, резко отличающаяся от других, ее надо рассматривать и обсуждать отдельно, так как именно она может быть признана более верной, после заслушивания аргументов, приведенных экспертом, ее поставившим. Результаты экзамена фиксируются в протоколе.

3. Перечень рекомендуемой литературы

3.1 ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА

№ п/п	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы, электронный ресурс
1	Мишин В.Ю., Завражнов С.П., Митронин А.В., Мишина А.В. Фтизиопульмонология / [В.Ю. Мишин и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2020. – 504 с. Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2020, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN N9785970454008.html
2	Перельман М.И. Фтизиатрия / М.И. Перельман, И.И. Богдельникова И.В. – М.: Медицина. – 2015. – 448 с. Режим доступа http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433188.html
3	Браженко О.Н. Фтизиатрия: учебник для вузов / [Н. А. Браженко и др.] ; Браженко О.Н. — Москва: Юрайт, 2023, https://urait.ru/bcod e/519047

3.2 ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1	Гиллер Д.Б., Мишин В.Ю. Фтизиатрия: учебник / Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2020, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN N9785970454909.html
2	Туберкулинодиагностика /В.Ю. Мишин., Moscow: ГЭОТАР- Медиа, 2013. – 136 с.
3	Внелегочный туберкулез : руководство для врачей / [Б. М. Ариэль и др.] ; под ред. Н. А. Браженко .— Санкт-Петербург : СпецЛит, 2013 .— 395 с
4	Туберкулез органов дыхания : руководство для врачей / [Н. А. Браженко и др.] ; под ред. Н. А. Браженко .— Санкт-Петербург : СпецЛит, 2012 .— 367 с
5	Внутренние болезни: учебник. - 6-е изд., перераб. и доп. [Текст] [Электронный ресурс] / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 768 с.: ил. (и предыдущие издания). http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425763.html .
6	Пульмонология [Текст] : национальное руководство / [В. Н. Абросимов и др.] ; гл. ред. А. Г. Чучалин ; подготовлено под эгидой Российского респираторного общества и Ассоциации меди-цинских обществ по качеству .— М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009 .— 957 с., [16] л. цв. ил. : ил. ; 25 + 1 электронный оптический диск (CD-ROM)
7	ВИЧ-инфекция и СПИД : национальное руководство / под ред. акад. РАМН В.В. Покровского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 608 с
8	Ефанова Е. Н., Нелидова Н. В., Васильева Е. А. Туберкулез кожи: учебно-методическое пособие / Сургут: Издательский центр СурГУ, 2023, https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/6878

9	Фтизиатрия [Текст] : национальное руководство / [В. А. Аксёнова и др.] ; гл. ред. М. И. Перельман ; [Российское общество фтизиатров] .— М. : Ассоциация медицинских обществ по качеству (АСМОК) : ГЭОТАР-Медиа, 2007 .— 506 с. : ил., цв. ил. ; 25 + 1 электронный оптический диск (CD-ROM)
10	Туберкулез: учебное пособие / В.А. Кошечкин, З.А. Иванова. – М. : ГЭОТАР-Медиа. – 2007. – 304 с.
11	Кузьмина Н.В. Диссеминированный туберкулез легких в условиях Северного региона / Н.В. Кузьмина, И.А. Васильева, Н.В. Мусатова. - Сургут. гос. ун-т. ХМАО – Югры. - Сургут: ИЦ СурГУ, 2009. – 116 с.
12	Бородулин Б. Е., Бородулина Е. А. Амбулаторная фтизиатрия: учебное пособие для специальностей "Лечебное дело" / Москва: КноРус, 2022
13	Ситуационные задачи по фтизиатрии: учебно-методическое пособие / Нелидова Н. В., Ефанова Е. Н. - Сургут: Издательский центр СурГУ, 2023, https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/6938
14	Обследование больных туберкулезом: учебно-методическое пособие / Нелидова Н. В. - Сургут: Издательский центр СурГУ, 2023, https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/6965
15	Кузьмина Н.В. Милиарный туберкулез легких / Н.В. Кузьмина, Н.В. Мусатова. - Сургут. гос. ун-т. ХМАО – Югры. - Сургут: ИЦ СурГУ, 2010. – 20 с.
16	Кузьмина Н.В. Диссеминированный туберкулез легких / Н.В. Кузьмина, Н.В. Мусатова. - Сургут. гос. ун-т. ХМАО – Югры. - Сургут: ИЦ СурГУ, 2010. – 20 с.
17	Социальная психология. Курс лекций: Учебное пособие / В.Г. Крысько. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: Вузовский учебник: НИЦ ИНФРА-М, 2014. - 256 с. – Режим доступа: http://znanium.com/bookread.php?book=460588#none
18	Лекарственные средства: пособие для врачей / М. Д. Машковский .— 16-е изд., перераб., испр. и доп. — М. : Новая Волна, 2010 .— 1206 с.
20	Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю. П. Лисицын. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512с.
21	Медицина катастроф [Текст] : курс лекций : учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальностям 060101.65 "Лечебное дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Медико-профилактическое дело", 060112.65 "Медицинская биохимия", 060113.65 "Медицинская биофизика", 060114.65 "Медицинская кибернетика", 060105.65 "Стоматология", 060108.65 "Фармация", 060109.65 "Сестринское дело" по дисциплине "Медицина катастроф", "Безопасность жизнедеятельности и медицина катастроф" и "Экстремальная и военная медицина" / И. П. Левчук, Н. В. Третьяков .— М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011 .— 238, [1] с. : ил., табл. ; 21 см .— Фактическая дата выхода в свет - 2010 .— Библиогр. в конце кн. — ISBN 978-5-9704-1862-8. http://www.studmedlib.ru/
22	Пальцев М. А., Пауков В. С. Патология [Текст]: учебник для студентов медицинских вузов: в 2 т. / под ред. М. А. Пальцева, В. С. Паукова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.— 485 с. : ил., цв. ил. + 1 электронный оптический диск (CD-ROM). http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970412800.htm
23	Дедов, Иван Иванович (д-р мед. наук) Эндокринология [Текст]: учебник для студентов медицинских вузов / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев.— 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012.— 422 с: ил.
24	Дворников, В. Е. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней : Учебное пособие / Дворников В. Е. - Москва : Российский университет дружбы народов, 2013 .— 572 с. — Книга находится в базовой версии ЭБС IPRbooks. http://www.iprbookshop.ru/?&accessDenied
25	Клиническая лабораторная диагностика: руководство. В 2 томах. Том 1. / Под ред. В.В. Долгова. 2012. - 928 с. (Серия "Национальные руководства") (5 экз.)
26	Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с.: ил. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970432914.html
27	Общественное здоровье и здравоохранение : рук. к практ. занятиям : учеб. пособие / В. А. Медик, В. И. Лисицын, М. С. Токмачев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 400 с.: ил. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970427224.html
28	Симонов, В.П. Педагогика и психология высшей школы. Инновационный курс для подготовки магистров: Учебное пособие / В.П. Симонов. - М.: Вузовский учебник: НИЦ ИНФРА-М, 2015. - 320 с – Режим доступа:

	http://www.znaniium.com/catalog.php?bookinfo=509667
29	Шарипов, Ф. В. Педагогика и психология высшей школы [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Ф. В. Шарипов. – М.: Логос, 2012. – 448 с. – Режим доступа: http://www.znaniium.com/catalog.php?bookinfo=933001
30	Медицина катастроф / И. В. Рогозина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 152 с.: ил. http://www.studmedlib.ru/
32	Медицина катастроф. Курс лекций: учебное пособие / И.П. Левчук, Н.В. Третьяков. 2013. - 240 с.: ил. http://www.studmedlib.ru/
33	Пальцев М. А., Пауков В. С. Патология [Текст]: учебник для студентов медицинских вузов: в 2 т. / под ред. М. А. Пальцева, В. С. Паукова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 485 с. : ил., цв. ил. + 1 электронный оптический диск (CD-ROM). Количество экземпляров в фонде - 20 http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970412800.html
34	Патофизиология: учебник [Электронные ресурсы]: в 2-х томах. Том 2 / под ред. В.В. Новицкого, Е.Д. Гольдберга, О.И. Уразовой. 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 640 с.: ил. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970426586.html
35	Косарев В.В. Клиническая фармакология и рациональная фармакотерапия [Текст]: учебное пособие: для системы послевузовского профессионального образования врачей / В. В. Косарев, С. А. Бабанов.— Москва: Вузовский учебник: ИНФРА-М, 2012.— 235, [1] с.: табл. + 1 электронный оптический диск (CD-ROM) . http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html
36	Клиническая фармакология: национальное руководство / под ред. Ю. Б. Белоусова, В. Г. Кукеса, В. К. Лепехина, В. И. Петрова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 976 с. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html
37	Социальная психология: Учебное пособие / Н.С. Ефимова. - М.: ИД ФОРУМ: НИЦ Инфра-М, 2013. - 192 с. – Режим доступа: http://znaniium.com/bookread.php?book=395969

3.3. Интернет-ресурсы:

1. Министерство образования и науки РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mon.gov.ru>
2. Федеральное агентство по образованию [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ed.gov.ru>
3. Федеральное агентство по науке и образованию [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fasi.gov.ru>
4. Федеральный портал «Российское образование» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.edu.ru>
5. Федеральная служба по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www1.fips.ru/wps/wcm/connect/content_ru/ru
6. Российский образовательный правовой портал [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.law.edu.ru>
7. Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://old.obrnadzor.gov.ru>
8. Информационно-правовой портал «Гарант» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.garant.ru>
9. Справочник аккредитационных вузов России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://abitur.nica.ru>
10. Российский общеобразовательный портал [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.school.edu.ru>
11. Российский портал открытого образования [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.openet.edu.ru>
12. Естественно-научный образовательный портал [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.en.edu.ru>
13. Портал по информационно-коммуникационным технологиям в образовании [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ict.edu.ru>

14. Портал Федерального Интернет-экзамена в сфере профессионального образования [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fepo.ru>
15. Журнал «Педагогика» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.pedpro.ru>
16. Научно-методический журнал «Информатизация образования и науки» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.informika.ru/about/informatization_pub/about/276
17. Научно-педагогический журнал Министерства образования и науки РФ «Высшее образование в России» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.vovr.ru>
18. Журнал «Высшее образование сегодня» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.hetoday.org>
19. Электронно-библиотечная система Znanium. (Базовая коллекция). www.znaniium.com - Правообладатель: ООО «Знаниум». Договор №01-17ГК-610 ЭБС от 14.12.2017г., доступ предоставлен с 1.01.2018 г. до 31.12.2019 г. Договор №3873ЭБС/01-19-ГК-382 от 06.08.2019г., доступ предоставлен с 1.01.2020 г. до 31.12.2020 г.
20. Консультант студента. «Консультант студента для медицинского вуза» <http://www.studmedlib.ru>. Правообладатель: ООО «Институт проблем управления здравоохранением» (ИПУЗ)». Договор №514КС/01-2018/01-18ГК-221 от 16.05.2018г. г., доступ предоставлен с 1.11.2018г. до 31.10.2019 г. Договор №514КС/01-2019/01-19ГК-173 от 06.08.2019г. г., доступ предоставлен с 1.11.2019г. до 31.10.2020 г. Электронно-библиотечная система «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза» от издательской группы ГЭОТАР – Медиа содержит учебную литературу и дополнительные материалы, в том числе аудио-, видео-, анимации, тестовые задания, необходимые в учебном процессе студентам и преподавателям медицинских вузов. В систему «Консультант студента» встроены элементы социальной среды. Благодаря им, пользователи получают возможность создавать свои группы контактов, переписываться через систему личных сообщений, участвовать в обсуждении дисциплин, учебников и отдельных учебных материалов, формировать темы для подготовки к экзаменам, к тестам и практическим занятиям. Коллективный доступ к электронно-библиотечной системе предоставляется в зале каталогов (2 этаж), в профессорско-преподавательском зале (4 этаж), в зале медико-биологической литературы (5 этаж) и в зале электронных ресурсов (6 этаж).
21. Консультант студента. «Электронная библиотека технического ВУЗа» <http://www.studentlibrary.ru>. Правообладатель: ООО «Политехресурс». Договор №101сл/03-2018/01-18Д-664 от 12.12.2018г., доступ предоставлен с 1.01.2019г. до 31.12.2019 г. Договор №167сл/07-2019/01-19Д-407 от 09.08.2019г., доступ предоставлен с 1.01.2020 до 31.12.2020г.
22. Электронно-библиотечная система издательства «Лань». <http://e.lanbook.com/> Правообладатель: ООО «ЭБС Лань». Договор №01-1-7ГК609 от 28.11.2017 г., доступ предоставлен с 1.01.2018 г. до 31.12.2019 г. Договор №01-19-ГК-172 от 06.08.2019 г., доступ предоставлен с 1.01.2020 г. до 31.12.2020 г.
Электронно-библиотечная система издательства «Лань» включает в себя не только научную и учебную литературу, но и периодические издания по естественным, техническим и гуманитарным наукам. Для удобства пользователя доступны следующие возможности: личный кабинет пользователя виртуальная книжная полка, заметки к книгам создание закладок в книге (с комментариями к ним) цитирование текстовых фрагментов конспектирование удаленный доступ. Вход в систему осуществляется с компьютеров научной библиотеки, с дальнейшей регистрацией в личном кабинете, который даёт возможность пользоваться данной ЭБС из любой точки, имеющей доступ к сети Интернет.
23. Электронно-библиотечная система IPRbooks (Базовая коллекция). <http://iprbookshop.ru> Правообладатель: ООО «Ай Пи Эр Медиа». Контракт №0387200022318000073-0288756-01 от 03.07.2018г., доступ предоставлен с 17.07.2018 - 16.07.2019гг. Соглашение с №19/33 на предоставление тестового доступа к Базовой версии Электронно-библиотечной системы IPRbooks от 24.09.2019г. доступ предоставлен с 17.07.2019 - 30.09.2020гг. Контракт №03872000223190001000001 от 19.09.2019г., доступ предоставлен с 20.09.2019 - 19.09.2020гг.

Электронно-библиотечная система IPRbooks – ведущий поставщик цифрового контента для образовательных учреждений и публичных библиотек. Ресурс активно используется в научной среде – в высших и средних специальных учебных заведениях, публичных библиотеках, государственных и частных структурах. В ЭБС IPR BOOKS вы найдёте учебники и учебные пособия, монографии, производственно-практические, справочные издания, а также деловую литературу для практикующих специалистов. В ЭБС включены издания за последние 10 лет (по гуманитарным, социальным и экономическим наукам – за последние 5 лет), перечень их постоянно растёт. Контент ЭБС IPR BOOKS ежемесячно пополняется новыми электронными изданиями, периодикой (в том числе журналами, входящими в перечень ВАК).

24. Электронная библиотечная система «Юрайт» <https://biblio-online.ru/>. Правообладатель: ООО «Электронное издательство ЮРАЙТ». Договор №01-18ГК-618 ЭБС от 13.12.2018 г., доступ предоставлен с 1.01.2019 г. до 31.12.2019 г. Договор №01-19ГК-159 ЭБС от 14.06.2019 г., доступ предоставлен с 1.01.2020 г. до 31.12.2020 г.

«Юрайт» - это сайт для поиска изданий и доступа к тексту издания в отсутствие традиционной печатной книги. Изданий в электронной библиотеке «Юрайт» сгруппированы в каталог по тематическому принципу. Пользователям доступны различные сервисы для отбора изданий и обеспечения их с помощью комфортного учебного процесса. Такая форма представления учебных материалов востребована учебными заведениями, преподавателями, студентами. Время пользования и количество пользователей неограничено.

25. Научная электронная библиотека (РИНЦ) <http://elibrary.ru>

Правообладатель: ООО «Научная электронная библиотека». Договор № SIO-641/2018/02-18Д-474 от 27.07.2018 г., доступ предоставлен с 28.07.2018 г. до 27.07.2019 г. Договор № SIO-641/2019/Д-314 от 22.07.2019 г., доступ предоставлен с 28.07.2019 г. до 27.07.2020 г. РИНЦ (Российский индекс научного цитирования) – это национальная библиографическая база данных научного цитирования, аккумулирующая более 12 миллионов публикаций российских авторов, а также информацию о цитировании этих публикаций из более 6000 российских журналов. Она предназначена не только для оперативного обеспечения научных исследований актуальной справочно-библиографической информацией, но также является мощным аналитическим инструментом, позволяющим осуществить оценку результативности и эффективности деятельности научно-исследовательских организаций, учёных, уровень научных журналов и т.д. Реестр организаций содержит информацию о более 11300 российских научно-образовательных организациях.

26. Электронная библиотека диссертаций <https://dvs.rsl.ru/> (свободный доступ)

Для каждого автора, защитившего свою работу в СССР или Российской Федерации, вне зависимости от года защиты, обеспечивается возможность опубликования диссертации и ее автореферата в открытом доступе на сайте РГБ. Для этого РГБ заключает договоры непосредственно с авторами или с ее организациями, где проходила защита, в соответствии с законодательством РФ. При отсутствии у автора электронных версий работ и при наличии этой диссертации и автореферата в электронном депозитарии с ограниченным доступом также возможна их передача в Открытую электронную библиотеку диссертаций по лицензионному договору с РГБ.

27. Евразийская патентная информационная система (ЕАПАТИС) <http://www.eapatis.com>
Письмо исх. №2014-01/29, доступ предоставлен бессрочно

Евразийская патентная информационная система (ЕАПАТИС) разработана в Евразийском патентном ведомстве и является информационно-поисковой системой, обеспечивающей доступ к мировым, региональным и национальным фондам патентной документации. Русскоязычный фонд предоставлен в ЕАПАТИС патентной документацией ЕАПВ, России, национальных патентных ведомств стран евразийского региона, включая документацию стран-участниц Евразийской патентной конвенции. Предусмотрены различные виды патентных поисков.

28. «Национальная электронная библиотека» <https://rusneb.ru/>

Национальная электронная библиотека (НЭБ) – это федеральный проект, который даёт возможность библиотекам привлечь широкий круг читателей к разносторонним и актуальным знаниям. Данная библиотека содержит более 4 миллионов электронных копий книг, учебной и периодической литературы, диссертаций, авторефератов, монографий, патентов, нот, изобразительных и картографических изданий. НЭБ обеспечивает возможность для читателей во всех регионах России получить доступ к изданиям, которые ранее были доступны только в стенах крупнейших библиотек России, таких как РГБ и РНБ. В Национальной электронной библиотеке представлены как произведения, находящиеся в свободном доступе, так и охраняемые авторским правом.

29. «Национальная электронная библиотека» nab.ru Правообладатель: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российская государственная библиотека». Договор о подключении №101/НЭБ/0442-п от 2.04.2018 г., доступ предоставлен с 1.01.2018 г. и бессрочно.

30. PubMedCentral

(PMC) База данных обеспечивает свободный доступ к рефератам, полнотекстовым статьям из зарубежных научных журналов по биологии и медицине

31. BMJ. Электронная библиотека включает публикации из 170 журналов на английском языке. Доступ к рефератам и статьям предоставляется бесплатно. Вход по паролю после предварительной регистрации.

32. PNAS.

В базе данных Национальной академии наук США широко представлены научные журналы по биологии и медицине. Доступны рефераты и полные тексты статей. Вход свободный.

33. FreeMedicalJournals.

Бесплатный доступ к 910 полнотекстовым журналам по медицине издательства "FlyingPublisher".

34. HighWire.

База данных "HighWire" обеспечивает доступ к электронным журналам на английском языке по медицине, химии, биологии. Около 100 наименований журналов представлено в полнотекстовом формате.

35. BlackwellSynergy. Доступ к электронным журналам на английском языке по биомедицинским наукам.

36. База данных ВИНТИ <http://www.viniti.ru/>

База данных (БД) ВИНТИ – одна из крупнейших в России баз данных по естественным, точным и техническим наукам. Включает материалы РЖ (Реферативного Журнала) ВИНТИ с 1981 г. по настоящее время. Общий объем БД – более 20 млн. документов. БД формируется по материалам периодических изданий, книг, фирменных изданий, материалов конференций, тезисов, патентов, нормативных документов, депонированных научных работ, 30% которых составляют российские источники. Пополняется ежемесячно. Документы БД ВИНТИ содержат библиографию, ключевые слова, рубрики и реферат первоисточника на русском языке.

37. Web of Science Core Collection <http://webofknowledge.com>

(WoS) — поисковая платформа, объединяющая реферативные базы данных публикаций в научных журналах, в том числе базы, учитывающие взаимное цитирование публикаций. WoS охватывает материалы по естественным, техническим, общественным, гуманитарным наукам и искусству. Платформа обладает встроенными возможностями поиска, анализа и управления библиографической информацией.

48. «Scopus» <http://www.scopus.com>

«Scopus» – универсальная реферативная база данных, содержащая аннотации и информацию о цитируемости рецензируемой литературы со встроенными библиометрическими механизмами отслеживания, анализа и визуализации данных. В базе содержится более 21900 изданий от 5000 международных издателей в области фундаментальных, общественных и гуманитарных наук, техники, медицины и искусства.

Российские медицинские ресурсы:

1. Издательство «Медиа Сфера» <http://www.mediasphera.ru>
2. Free medical journals (Медицинские журналы в открытом доступе) <http://www.freemedicaljournals.com>
3. HighWire of Stanford University <http://highwire.stanford.edu>
4. National Centre for biotechnology information (Национальный центр данных биотехнологии) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
5. Издательство «Медицина» <http://www.medlit.ru>
Журнал «Здравоохранение Российской Федерации» <http://www.medlit.ru/journal/354>

4. Характеристика экзаменационных билетов для ГИА по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия»

- 1 этап. Междисциплинарный тестовый экзамен (приложение 1);
- 2 этап. Практические навыки (приложение 2);
- 3 этап. Государственный экзамен по специальности - итоговое собеседование: решение типовых ситуационных задач для ГИА медицинских ВУЗов по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» (приложение 3).

5. Материально-техническое оснащение:

5.1. Материально-техническое оснащение:

Учебная аудитория для проведения занятий лекционного, практического типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации комплект специализированной учебной мебели, маркерная доска, комплект (переносной) мультимедийного оборудования — ноутбук, проектор, проекционный экран, персональные компьютеры – 25 шт.

Количество посадочных мест - 48

Используемое программное обеспечение: MicrosoftWindows, пакет прикладных программ MicrosoftOffice.

Обеспечен доступ к сети Интернет и в электронную информационную среду организации.

Аудитории симуляционно-тренингового аккредитационного центра № 1 Б, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, лабораторными инструментами и расходными материалами: телементор, синтомед, ANATOMAGE 4. Интерактивный комплекс – 3D Патанатомия, advancedVenepunctureArm, Limbs&ThingsLtd, тренажер для проведения инъекций, тренажер для отработки проведения пункции и дренажа грудной клетки, тренажер измерения АД, BT-CEAB2, BTIncSeoulbranch, UN/DGN-VAult, Honglian. Z990, Honglian. тонометр, фонендоскоп, пульсоксиметр, негатоскоп, SAMII, ExcellusTecnologies, аускультативный манекен, PAT, ExcellusTecnologies, Аускультативный манекен Система аускультации у постели больного SimulScope, тренажер абдоминального пациента, Limbs&Things, клинический тренажер для обследования мужского таза Limbs&Things, NursingBaby, тренажер для обучения навыкам ухода и лечения ряда пациентов стационарного отделения для новорожденных NursingKid, тренажер для отработки навыков по уходу и лечению ряда стационарных пациентов детского возраста, усовершенствованный бедфордский манекен женский/мужской Adam, Rouilly, тренажер катетеризации мочевого пузыря Limbs&ThingsLtd, симулятор для отработки навыков зондового кормления, KokenCo, SimBaby, Laerdal, манекен новорожденного ребенка для отработки навыков реанимации новорожденных, ResusciBaby, Laerdal, тренажер для обучения технике СЛР и спасения детей, манекен удушья ребенка Adam, Rouilly, манекен удушья взрослого Adam, Rouilly, BT-CPEA, BTIncSeoulbranch, SaveManAdvance, KokenCo, Ltd, тренажер Труман-Травма, симулятор сердечно-легочной реанимации (СЛР) SHERPA, компьютерный робот-симулятор Аполлон,

CAE Healthcare, компьютерный робот-симулятор СимМэн 3G, макет автомобиля скорой медицинской помощи, ПО "Зарница", манекен-тренажер 15 отведений ЭКГ, Nasco/Simmulaid. Набор накладных муляжей для имитации ран и кровотечений Nasco/Simmulaid, фантом-симулятор люмбальной пункции, KyotoKagakuCo, Ltd, педиатрический манекен-имитатор для обучения люмбальной пункции. LT00310. LM-027, тренажер для постановки клизмы. Перевязочные средства, медицинская мебель, расходные материалы - в количестве достаточном для освоения умений и навыков, предусмотренных профессиональной деятельностью, индивидуально.

Библиотека результатов лабораторных и инструментальных исследований: Роли для стандартизированных пациентов. Библиотека ситуационных задач. Библиотека клинических сценариев. Библиотека оценочных листов.

6. ПОРЯДОК ПОДАЧИ И РАССМОТРЕНИЯ АПЕЛЛЯЦИЙ

6.1 Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания (Приложение 4), а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена.

6.2 Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию.

6.3 Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

6.4 Апелляционная комиссия при рассмотрении апелляции о нарушении установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения ГИА обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат ГИА;
- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения ГИА обучающегося подтвердились и повлияли на результат ГИА.

В последнем случае результат проведения ГИА подлежит аннулированию, в связи с чем, протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения комиссии.

6.5 Обучающемуся предоставляется возможность пройти ГИА в дополнительные сроки, установленные СурГУ.

6.6 При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного аттестационного испытания;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного аттестационного испытания.

6.7 Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

6.8 Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения обучающегося, подавшего апелляцию.

6.9 Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

**БУ ВО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ТЕСТОВЫЙ ЭКЗАМЕН (ПЕРВЫЙ ЭТАП)**

Примеры тестового контроля для междисциплинарного тестового экзамена

Выбрать 1 правильный ответ (предлагаются утверждения в списке под буквами А, Б, В, Г, Д).

- 1. Гемограмма у больных с впервые выявленным очаговым туберкулезом легких чаще характеризуется всем указанным выше, кроме**
 - а) выраженных патологических сдвигов и резко ускоренной СОЭ
 - б) умеренных патологических сдвигов и незначительной ускоренной СОЭ
 - в) отсутствия патологических сдвигов и нормальной СОЭ

- 2. Размеры полости распада при очаговом туберкулезе легких характеризуются**
 - а) малыми размерами
 - б) средними размерами
 - в) значительными размерами
 - г) любыми из перечисленных

- 3. При своевременном выявлении с эффективным лечением у большинства больных очаговым туберкулезом легких наблюдается**
 - а) полное рассасывание изменений в легких
 - б) формирование малых остаточных изменений
 - в) формирование больших остаточных изменений

- 4. Причинами рецидива заболевания у больных очаговым туберкулезом легких могут быть**
 - а) характер остаточных изменений в легких
 - б) неадекватный характер основного курса химиотерапии
 - в) лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза
 - г) наличие сопутствующих заболеваний
 - д) все перечисленное

- 5. Наиболее характерными рентгенологическими признаками периссиссурита 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

- 6. 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, 8 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

7. 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

8. 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

9. Педагогика – это...

- А. наука о целенаправленном процессе передачи человеческого опыта и подготовки подрастающего поколения к жизнедеятельности
- В. наука о педагогическом процессе
- С. наука о воспитании
- Д. наука об обучении и воспитании человека
- Е. наука о методах и формах обучения

Ответы на тесты междисциплинарной тестовой программы

Номер теста	Ответ	Номер теста	Ответ	Номер теста	Ответ
1.	А	2.	А	3.	Б
4.	Д	5.	В	6.	Г
7.	Б	8.	Б	9.	Д

**БУ ВО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ (ВТОРОЙ ЭТАП)**

Примерный перечень основных практических навыков, рекомендованных к освоению

1. Методики клинического исследования системы органов дыхания (анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация);
2. Методика постановки туберкулиновых проб и их оценки;
3. Методика постановки пробы с аллергенами туберкулезными рекомбинантными (Диаскинтест) и ее оценки;
4. Методика забора мокроты и промывных вод бронхов для исследования на МБТ, другую неспецифическую флору – грибы, вирусы, бактерии;
5. Методика профилактики и выявления туберкулеза;
6. Методика эпидемиологического анализа ситуации по туберкулезу в районе обслуживания населения и составление плана по улучшению неблагоприятной эпидситуации;
7. Технологии этиотропного, патогенетического лечения туберкулеза органов дыхания и сочетанных с ним заболеваний;
8. Методы оказания экстренной помощи больному туберкулезом при развитии осложнений туберкулеза или нежелательных реакций на противотуберкулезные препараты;
9. Методы проведения постурального и позиционного дренажа бронхов;
10. Методы реабилитации больных туберкулезом.

БУ ВО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ (ТРЕТИЙ ЭТАП)

Пример теоретического вопроса

1. Очаговый туберкулез. Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
2. Милиарный туберкулез. Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение.
3. Выявление туберкулеза у детского населения в учреждениях общей лечебной сети (Иммунодиагностика).

Пример ситуационной задачи

Мужчина 30 лет.

Жалобы не предъявляет.

Из анамнеза заболевания: при очередном профилактическом осмотре на флюорограмме выявлены изменения в легких. Для дообследования направлен в противотуберкулезный диспансер.

Из анамнеза жизни: В детстве имел контакт с больным туберкулезом отцом. Предыдущее флюорографическое обследование проходил 2 года назад. Вредные привычки: курит в течение 5 лет по ½ пачки в день. В ХМАО приехал на постоянное место жительства из Краснодарского края в прошлом году. В местах лишения свободы не пребывал.

Объективно. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. При пальпации определяется незначительное напряжение мышц правого плечевого пояса. Перкуторно справа над лопаткой определяется незначительное укорочение перкуторного звука, здесь же выслушивается ослабленное дыхание.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нв – 117 г/л; эритроциты – $4,8 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $10,8 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 5 %, нейтрофилы с/я – 60 %, лимфоциты – 27 %, моноциты – 2 %; СОЭ – 40 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: АлАТ – 22 Ед/л; АсАТ – 24 Ед/л; общий билирубин – 15 мкмоль/л; фибриноген – 5,7 г/л; креатинин – 76 мкмоль/л.

Рентгенография ОГК: На обзорной рентгенограмме и томограммах справа в проекции 1 сегмента определяются множественные тени до 1 см в диаметре, преимущественно малоинтенсивные. У основания 2 сегмента участок распада 0,5–0,8 см в диаметре.

Анализ мокроты методом люминисцентной мокроты: выявлены КУМ.

ПЦР мокроты: Обнаружена ДНК МБТ, устойчивая к рифампицину.

Инструкция для решения ситуационной задачи:

1. Формулирование клинического диагноза:
 - основное заболевание;
 - осложнения основного заболевания;
 - сопутствующие заболевания;
 - осложнения сопутствующих заболеваний;
 - функциональное состояние.
2. План дополнительных лабораторных и инструментальных методов обследования.
3. Тактика неотложных и плановых лечебных мероприятий (медикаментозных и немедикаментозных).

**Резолюция председателя апелляционной
комиссии
СурГУ:**

« ____ » _____ 20__ г.

В апелляционную комиссию
СурГУ

(Ф.И.О. заявителя)
проживающей(го) по адресу

Телефон _____
Электронная почта _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу пересмотреть в порядке апелляции результат итогового аттестационного испытания
(государственного экзамена/защиты выпускной квалификационной работы), в связи с
(ненужное зачеркнуть)

(указывается на нарушение установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и/или несогласия с результатами государственного экзамена)

« ____ » _____ 20__ г.

_____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О. заявителя)

Форма оценочного материала для текущего контроля и промежуточной аттестации*Название дисциплины Фтизиатрия*

Код, направление подготовки	Фтизиатрия 31.08.51
Направленность (профиль)	Фтизиатрия
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Многопрофильной клинической подготовки
Выпускающая кафедра	Многопрофильной клинической подготовки

**Перечень компетенций с указанием этапов их формирования
в процессе освоения образовательной программы**

Компетенция ПК-1

<p>Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> • Основы законодательства о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, основные официальные документы, регламентирующие противоэпидемиологическое обслуживание населения при инфекционных и паразитарных заболеваниях; • Задачи и роль врача общей практики в системе борьбы с туберкулезом, в проведении противотуберкулезных мероприятий. Содержание совместной работы терапевта и фтизиатра. • Роль социальных и экономических факторов в возникновении и распространении туберкулезной инфекции и их значение в организации лечебно-профилактической помощи больным туберкулезом. • Источники и пути распространения туберкулезной инфекции, факторы риска 	<ul style="list-style-type: none"> • Установить тип очага туберкулезной инфекции и составить план мероприятий по его оздоровлению. • Определить показания и оценить результат кожно-аллергической пробы Манту и провокационной пробы Коха. • Определить показания и противопоказания к проведению противотуберкулезной вакцинации, ревакцинации и оценить течение прививочной реакции при внутрикожном введении вакцины БЦЖ; определить показания к проведению химиопрофилактики туберкулеза. • дать рекомендации по проведению профилактических мероприятий конкретно для больного и коллектива в условиях Крайнего Севера; • Решать общие деонтологические вопросы, связанные с обследованием и лечением больного 	<ul style="list-style-type: none"> • действующие учетные и отчетные формы по туберкулезу; • специфическая и неспецифическая профилактика туберкулеза; • задачи противотуберкулезной пропаганды, методы санитарного просвещения; • особенности возбудителя туберкулеза, его биологические свойства, методы выявления; • Постановка туберкулиновых проб и их оценка. - морфология легких и механизмы защиты аппарата дыхания от повреждающих факторов, патогенез и патоморфология туберкулеза; - состояние иммунной системы при туберкулезе; - физиология дыхания и патофизиологические нарушения, возникающие при специфическом инфекционном процессе; - организация фтизиатрической помощи в стране, экономика и управление

<p>инфицирования микобактериями туберкулеза (МБТ) и заболевания туберкулезом взрослых и детей. Факторы риска внутрибольничной инфекции.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Патоморфологические, иммунологические, биохимические изменения в организме при инфицировании МБТ и заболевании туберкулезом. • современное определение туберкулеза, отражающее этиологию, патогенез, клинико-морфологическую характеристику с указанием ведущего клинического синдрома той или иной формы 	<p>туберкулезом.</p> <ul style="list-style-type: none"> • определить ближайший и отдаленный прогноз для курируемого больного в отношении жизни, выздоровления и трудоспособности 	<p>здравоохранением;</p> <ul style="list-style-type: none"> - социальные и эпидемиологические предпосылки снижения заболеваемости туберкулезом; - факторы риска заболевания туберкулезом; - эпидемиология, статистика туберкулеза; <p>организация противоэпидемических мероприятий при туберкулезе, их отражение в законах, приказах а также в инструктивно - методических рекомендациях</p>
--	---	---

Компетенция ПК-2, ПК-3

<p>Готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> • основы законодательства о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, основные официальные документы, регламентирующие противоэпидемиологическое обслуживание населения при инфекционных и паразитарных заболеваниях; • Задачи и роль врача общей практики в системе борьбы с туберкулезом, в проведении противотуберкулезных мероприятий. Содержание совместной работы терапевта и фтизиатра. • Роль социальных и экономических факторов в возникновении и распространении туберкулезной инфекции и их значение в организации лечебно-профилактической помощи больным туберкулезом. • Источники и пути распространения туберкулезной инфекции, факторы риска 	<ul style="list-style-type: none"> • Установить тип очага туберкулезной инфекции и составить план мероприятий по его оздоровлению. • Определить показания и оценить результат кожно-аллергической пробы Манту и провокационной пробы Коха. • Определить показания и противопоказания к проведению противотуберкулезной вакцинации, ревакцинации и оценить течение прививочной реакции при внутрикожном введении вакцины БЦЖ; определить показания к проведению химиопрофилактики туберкулеза. • дать рекомендации по проведению профилактических мероприятий конкретно для больного и коллектива в условиях Крайнего Севера; • Решать общие деонтологические вопросы, связанные с обследованием и лечением больного 	<ul style="list-style-type: none"> • действующие учетные и отчетные формы по туберкулезу; • специфическая и неспецифическая профилактика туберкулеза; • задачи противотуберкулезной пропаганды, методы санитарного просвещения; • особенности возбудителя туберкулеза, его биологические свойства, методы выявления; • Постановка туберкулиновых проб и их оценка. - морфология легких и механизмы защиты аппарата дыхания от повреждающих факторов, патогенез и патоморфология туберкулеза; - состояние иммунной системы при туберкулезе; - физиология дыхания и патофизиологические нарушения, возникающие при специфическом инфекционном процессе; - организация фтизиатрической помощи в стране, экономика и управление

<p>инфицирования микобактериями туберкулеза (МБТ) и заболевания туберкулезом взрослых и детей. Факторы риска внутрибольничной инфекции.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Патоморфологические, иммунологические, биохимические изменения в организме при инфицировании МБТ и заболевании туберкулезом. • современное определение туберкулеза, отражающее этиологию, патогенез, клинико-морфологическую характеристику с указанием ведущего клинического синдрома той или иной формы 	<p>туберкулезом.</p> <ul style="list-style-type: none"> • определить ближайший и отдаленный прогноз для курируемого больного в отношении жизни, выздоровления и трудоспособности 	<p>здоровоохранением;</p> <ul style="list-style-type: none"> - социальные и эпидемиологические предпосылки снижения заболеваемости туберкулезом; - факторы риска заболевания туберкулезом; - эпидемиология, статистика туберкулеза; <p>организация противоэпидемических мероприятий при туберкулезе, их отражение в законах, приказах а также в инструктивно - методических рекомендациях</p>
--	---	--

Компетенция ПК-5

<p>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> • Обязательный комплекс диагностических методов, используемых при обследовании на туберкулез взрослых и детей. Клинические симптомы, физикальные, микробиологические, рентгенологические, иммунологические признаки, характерные для туберкулеза у взрослых и детей 	<ul style="list-style-type: none"> • Составить план обследования пациента при подозрении на туберкулез. • Проводить расспрос пациента и его родственников, проводить физикальное обследование больного, формулировать предварительный диагноз, формулировать заключение о состоянии здоровья пациента и оформлять медицинскую документацию по результатам обследования. • Оценивать результаты бактериоскопического и бактериологического исследования. • Обнаружить, оценить и описать патологические изменения, выявляемые лучевыми методами исследования у больных туберкулезом 	<ul style="list-style-type: none"> • Исследование системы органов дыхания (анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация). • Проведение плевральной пункции. • Анализ плевральной жидкости. • Взятие мокроты и ее клинический анализ. • Проведение бронхоспирометрии и интерпретация результатов. • Оценка кислотно-щелочного состояния крови. • Оценка результатов нагрузочных тестов. • Оценка цитологического и бактериологического исследования мокроты. • Исследования плеврального выпота. • Интерпретация данных иммунологического статуса. • Интерпретация рентгенограмм, томограмм и компьютерных томограмм органов грудной клетки, флюорограмм. • Интерпретация показателей

		бронхоспирографии и пневмотахометрии. • Интерпретация результатов бронхоскопического исследования. - клиническая и рентгенологическая семиотика основных форм туберкулеза органов дыхания и других локализаций специфического процесса; - осложнения туберкулеза органов дыхания и меры их предупреждения; - клиническая и рентгенологическая семиотика заболеваний органов дыхания, сходных с туберкулезом
--	--	---

Компетенция ПК-6

Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> • Необходимый комплекс лечебных мероприятий при осложнениях туберкулеза легочным кровотечением, спонтанным пневмотораксом, при возникновении побочных реакций на противотуберкулезные препараты 	<ul style="list-style-type: none"> • Определить показания к проведению антибактериальной терапии, оценить ее переносимость и при необходимости произвести назначения для устранения побочных реакций лекарств. • Диагностировать неотложные состояния у больных туберкулезом и оказать им первую врачебную помощь 	<ul style="list-style-type: none"> - неотложные лечебные мероприятия, применяемые при угрожающих состояниях в клинике туберкулеза и других легочных заболеваний; - принципы комплексной этиотропной терапии туберкулеза, методы и средства патогенетической терапии; - механизмы действия, фармакокинетика противотуберкулезных химиопрепаратов, побочные реакции, меры их профилактики и устранения

Компетенция ПК-8

Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> • Необходимый комплекс лечебных мероприятий при осложнениях туберкулеза легочным кровотечением, спонтанным пневмотораксом, при возникновении побочных реакций на противотуберкулезные препараты 	<ul style="list-style-type: none"> • Определить показания к проведению антибактериальной терапии, оценить ее переносимость и при необходимости произвести назначения для устранения побочных реакций лекарств 	<ul style="list-style-type: none"> - показания и принципы санаторного лечения и реабилитации больных туберкулезом; - показания к хирургическому лечению больных туберкулезом

Компетенция ПК-9

Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> • Задачи и роль врача общей практики в системе борьбы с туберкулезом, в проведении противотуберкулезных мероприятий. Содержание совместной работы терапевта и фтизиатра. • Роль социальных и экономических факторов в возникновении и распространении туберкулезной инфекции и их значение в организации лечебно-профилактической помощи больным туберкулезом 	<ul style="list-style-type: none"> • Установить тип очага туберкулезной инфекции и составить план мероприятий по его оздоровлению 	<ul style="list-style-type: none"> • специфическая и неспецифическая профилактика туберкулеза; • задачи противотуберкулезной пропаганды, методы санитарного просвещения

По итогам обучения ординаторов проводятся этапы Государственной итоговой аттестации состоящей из междисциплинарного тестового экзамена, практических навыков, государственного экзамена по специальности.

Каждый из этапов Государственной итоговой аттестации оцениваются по четырехбальной шкале с оценками:

- «отлично»;
- «хорошо»;
- «удовлетворительно»;
- «неудовлетворительно».

Дескриптор компетенции	Показатель оценивания	Оценка	Критерий оценивания
Знает	<ul style="list-style-type: none"> • Источники и пути распространения туберкулезной инфекции, факторы риска инфицирования (МБТ) и заболевания туберкулезом взрослых • Патоморфологические, иммунологические, биохимические изменения в организме при инфицировании МБТ и заболевании туберкулезом. • современное определение туберкулеза; • основы законодательства о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, основные официальные документы, регламентирующие противоэпидемиологическое обслуживание населения при инфекционных и паразитарных 	Отлично	заслуживает учащийся, показавший всестороннее, систематическое и глубокое знание материалов изученной дисциплины, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется учащемуся, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании материалов изученной дисциплины, безусловно ответившему на все вопросы в рамках основной

<p>заболеваниях;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Задачи и роль врача общей практики в системе борьбы с туберкулезом, в проведении противотуберкулезных мероприятий. Содержание совместной работы терапевта и фтизиатра. • Обязательный комплекс диагностических методов, используемых при обследовании на туберкулез взрослых и детей. Клинические симптомы, физикальные, микробиологические, рентгенологические, иммунологические признаки, характерные для туберкулеза у взрослых и детей. • Необходимый комплекс лечебных мероприятий при осложнениях туберкулеза легочным кровотечением, спонтанным пневмотораксом, при возникновении побочных реакций на противотуберкулезные препараты. • Решать общие деонтологические вопросы, связанные с обследованием и лечением больного туберкулезом. • определить ближайший и отдаленный прогноз для курируемого больного в отношении жизни, выздоровления и трудоспособности; • Определить показания и оценить результат кожно-аллергической пробы Манту и провокационной пробы Коха. • Определить показания и противопоказания к проведению противотуберкулезной вакцинации, ревакцинации и оценить течение прививочной реакции при внутрикожном введении вакцины БЦЖ; определить показания к проведению химиопрофилактики туберкулеза. • Составить план обследования пациента при подозрении на туберкулез. • Проводить расспрос пациента и его родственников, проводить физикальное обследование больного, формулировать предварительный диагноз, формулировать заключение о состоянии здоровья пациента и оформлять медицинскую документацию по результатам обследования. • Оценивать результаты бактериоскопического и бактериологического исследования. • Обнаружить, оценить и описать патологические изменения, выявляемые лучевыми методами исследования у больных туберкулезом. 		<p>программы дисциплины, правильно выполнившему практическое задание</p>
	Хорошо	<p>заслуживает учащийся, обнаруживший полное знание материала изученной дисциплины, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется учащемуся, показавшему систематический характер знаний по дисциплине, ответившему на все вопросы, правильно выполнившему практическое задание, но допустившему при этом не принципиальные ошибки</p>
	Удовлетворительно	<p>заслуживает учащийся, показывающий знание основного программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных учебной программой, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется студентам, допустившим погрешности в ответе на зачете, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя</p>
	Неудовлетворительно	<p>выставляется студенту обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Определить показания к проведению антибактериальной терапии, оценить ее переносимость и при необходимости произвести назначения для устранения побочных реакций лекарств. • Диагностировать неотложные состояния у больных туберкулезом и оказать им первую врачебную помощь. 		
Умеет	<ul style="list-style-type: none"> - организация фтизиатрической помощи в стране, экономика и управление здравоохранением; - социальные и эпидемиологические предпосылки снижения заболеваемости туберкулезом; - факторы риска заболевания туберкулезом; - эпидемиология, статистика туберкулеза; - организация противоэпидемических мероприятий при туберкулезе, их отражение в законах, приказах а также в инструктивно - методических рекомендациях; • Постановка туберкулиновых проб и их оценка. • Исследование системы органов дыхания (анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация). • Проведение плевральной пункции. • Анализ плевральной жидкости. • Взятие мокроты и ее клинический анализ. • Проведение бронхоспирометрии и интерпретация результатов. • Оценка кислотно-щелочного состояния крови. • Оценка результатов нагрузочных тестов. • Оценка цитологического и бактериологического исследования мокроты. • Исследования плеврального выпота. • Интерпретация данных иммунологического статуса. • Интерпретация рентгенограмм, томограмм и компьютерных томограмм органов грудной клетки, флюорограмм. • Интерпретация показателей бронхоспирографии и пневмотахометрии. • Интерпретация результатов бронхоскопического исследования. - особенности клиники и принципы диагностики внелегочных форм туберкулеза (мочеполового, костно-суставного, периферических и мезентериальных лимфатических узлов, мозговых оболочек, кожи, глаз и других 	Отлично	заслуживает учащийся, показавший всестороннее, систематическое и глубокое знание материалов изученной дисциплины, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется учащемуся, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании материалов изученной дисциплины, безупречно ответившему на все вопросы в рамках основной программы дисциплины, правильно выполнившему практическое задание;
		Хорошо	заслуживает учащийся, обнаруживший полное знание материала изученной дисциплины, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется учащемуся, показавшему систематический характер знаний по дисциплине, ответившему на все вопросы, правильно выполнившему практическое задание, но допустившему при этом не принципиальные ошибки.
		Удовлетворительно	заслуживает учащийся, показывающий знание основного программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных учебной программой, знакомый с основной рекомендованной

	<p>органов);</p> <ul style="list-style-type: none"> - неотложные лечебные мероприятия, применяемые при угрожающих состояниях в клинике туберкулеза и других легочных заболеваний; - принципы комплексной этиотропной терапии туберкулеза, методы и средства патогенетической терапии 		<p>литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется студентам, допустившим погрешности в ответе на зачете, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя</p>
		<p>Неудовлетворительно</p>	<p>выставляется студенту обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий</p>
<p>Владеет</p>	<ul style="list-style-type: none"> - организация фтизиатрической помощи в стране, экономика и управление здравоохранением; - социальные и эпидемиологические предпосылки снижения заболеваемости туберкулезом; - факторы риска заболевания туберкулезом; - эпидемиология, статистика туберкулеза; - организация противоэпидемических мероприятий при туберкулезе, их отражение в законах, приказах а также в инструктивно - методических рекомендациях; • Постановка туберкулиновых проб и их оценка. • Исследование системы органов дыхания (анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация). • Проведение плевральной пункции. • Анализ плевральной жидкости. • Взятие мокроты и ее клинический анализ. • Проведение бронхоспирометрии и интерпретация результатов. • Оценка кислотно-щелочного состояния крови. • Оценка результатов нагрузочных тестов. • Оценка цитологического и бактериологического исследования мокроты. • Исследования плеврального выпота. • Интерпретация данных иммунологического статуса. • Интерпретация рентгенограмм, томограмм и компьютерных томограмм органов грудной клетки, флюорограмм. • Интерпретация показателей бронхоспирографии и пневмотахометрии. • Интерпретация результатов 	<p>Отлично</p>	<p>заслуживает учащийся, показавший всестороннее, систематическое и глубокое знание материалов изученной дисциплины, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется учащемуся, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании материалов изученной дисциплины, безусловно ответившему на все вопросы в рамках основной программы дисциплины, правильно выполнившему практическое задание;</p>
		<p>Хорошо</p>	<p>заслуживает учащийся, обнаруживший полное знание материала изученной дисциплины, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется учащемуся, показавшему систематический характер знаний по дисциплине, ответившему на все вопросы, правильно выполнившему практическое задание, но допустившему при этом не принципиальные ошибки.</p>
		<p>Удовлетворительно</p>	<p>заслуживает учащийся, показывающий знание основного программного материала в объеме, необходимом для</p>

	<p>бронхоскопического исследования.</p> <p>- особенности клиники и принципы диагностики внелегочных форм туберкулеза (мочеполового, костно-суставного, периферических и мезентериальных лимфатических узлов, мозговых оболочек, кожи, глаз и других органов);</p> <p>неотложные лечебные мероприятия, применяемые при угрожающих состояниях в клинике туберкулеза и других</p>		<p>дальнейшей учебы и предстоящей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных учебной программой, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется студентам, допустившим погрешности в ответе на зачете, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя</p>
		Неудовлетворительно	<p>выставляется студенту обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий.</p>

Приложение 1

**БУ ВО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ТЕСТОВЫЙ ЭКЗАМЕН (ПЕРВЫЙ ЭТАП)**

1. Дисциплина: Программа по специальности 31.08.51 Фтизиатрия

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК – 1	1-10
УК – 2	11-20
УК – 3	21-30
ПК – 1	31-55
ПК - 2	56-78
ПК - 3	79-90

ПК - 4	91-120
ПК – 5	121-145
ПК – 6	146-170
ПК – 7	171-195
ПК – 8	196-210
ПК - 9	211-230
ПК - 10	231-255
ПК - 11	256-275
ПК - 12	276-300

Перечень тестов

Выбрать один правильный ответ

Выбрать 1 правильный ответ

1. Гемограмма у больных с впервые выявленным очаговым туберкулезом легких чаще характеризуется всем указанным выше, кроме

- а) выраженных патологических сдвигов и резко ускоренной СОЭ
- б) умеренных патологических сдвигов и незначительной ускоренной СОЭ
- в) отсутствия патологических сдвигов и нормальной СОЭ

2. Размеры полости распада при очаговом туберкулезе легких характеризуются

- а) малыми размерами
- б) средними размерами
- в) значительными размерами
- г) любыми из перечисленных

3. При своевременном выявлении с эффективным лечением у большинства больных очаговым туберкулезом легких наблюдается

- а) полное рассасывание изменений в легких
- б) формирование малых остаточных изменений
- в) формирование больших остаточных изменений

4. Причинами рецидива заболевания у больных очаговым туберкулезом легких могут быть

- а) характер остаточных изменений в легких
- б) неадекватный характер основного курса химиотерапии
- в) лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза
- г) наличие сопутствующих заболеваний
- д) все перечисленное

5. 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

6. 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

- б) 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, 8 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

7. 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

8. При казеозной пневмонии наблюдаются следующие клинические симптомы:

- 1) острое начало
- 2) высокая лихорадка
- 3) субфебрильная температура
- 4) сухой кашель
- 5) влажный кашель
- б) 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

9. Казеозная пневмония характеризуется

- а) скудным выделением МБТ
- б) обильным выделением МБТ
- в) редким выделением МБТ
- г) однократным выделением МБТ

10. 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

11. 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

12. Формирование туберкулемы возможно во всех перечисленных случаях, кроме

- а) рубцевания каверны
- б) заполнения каверны
- в) прогрессирования очаговой формы туберкулеза
- г) прогрессирования туберкулезного локального панbronхита

13. Крупными считаются туберкулемы размером

- а) 1-2 см
- б) 3.0-3.9 см
- в) 4-5-6 см и более

14. Туберкулемы могут иметь следующий вариант клинического течения

- а) стационарный
- б) прогрессирующий
- в) регрессирующий
- г) все ответы правильные

15. У человека, перенесшего ранее туберкулез и имеющего остаточные рентгенологические изменения (архив), риск заболеть туберкулезом по сравнению с прочим населением выше:

- А. В 2 раза
- Б. В 3 раза
- В. В 5-10 раз
- Г. В 50 раз
- Д. Нет риска

16. Наиболее существенными отличительными рентгенологическими признаками ретенционной кисты от туберкулемы можно считать

- а) локализацию тени
- б) гомогенную структуру тени и четкие контуры
- в) форму и локализацию тени по ходу ветвления бронхов

17. Проникновению противотуберкулезных химиопрепаратов в очаг инфекции при туберкулезе препятствует

- а) перифокальное воспаление
- б) специфическая грануляционная ткань
- в) фиброзная капсула
- г) все перечисленное

18. Искусственный пневмоторакс накладывается

- а) с лечебной целью
- б) с диагностической целью
- в) с профилактической целью
- г) все ответы правильные
- д) правильные ответы а) и б)

19. Основными показаниями к хирургическому лечению при туберкулезе легкого являются

- а) при стационарном течении заболевания туберкулемы средних и крупных размеров; сопутствующие заболевания, повышающие риск обострения заболевания;

- необходимость в ускоренной трудовой реабилитации больного
- б) наличие множественных туберкулем в одной доле легкого
 - в) прогрессирующее течение заболевания, замедленные темпы регрессии процесса в ходе химиотерапии и невозможность проведения полноценной химиотерапии
 - г) все ответы правильные

20. К кавернозной форме следует относить

- а) свежий деструктивный туберкулез, ограниченной протяженности с каверной без резко выраженной перифокальной реакции и значительной диссеминации
- б) свежий деструктивный туберкулез, подвергшийся лечению при сохранении полости распада к концу основного курса химиотерапии
- в) туберкулезный процесс, ограниченной протяженности, ведущим признаком которого является сформированная каверна без выраженного перифокального воспаления, фиброзных изменений и распространенного обсеменения

21. Кавернозный туберкулез отличается от фазы распада при других формах туберкулеза

- а) устранением клинико-рентгенологической симптоматики, присущей той или иной легочной форме туберкулеза, на фоне которой формируется кавернозный туберкулез
- б) рентгенологической характеристикой процесса, где полостное образование является ведущим рентгенологическим признаком легочной патологии
- в) скудным бактериовыделением
- г) всем перечисленным

22. Для трансформации исходной клинической формы туберкулеза в фазе распада в кавернозный туберкулез легких необходимо время, в течение которого

- а) трансформируется и стирается исходная картина туберкулезного процесса и ведущим признаком заболевания является каверна
- б) происходит прогрессирование процесса с образованием средних или больших размеров каверны
- в) происходит регрессия воспалительного процесса с формированием изолированной кистозного вида полости

23. Трансформация легочного туберкулеза в фазе распада в кавернозный может происходить

- а) спонтанно, без проведения лечебных мероприятий
- б) на фоне противотуберкулезного лечения
- в) и в том, и в другом случае
- г) ни в том, и ни в другом случае

24. При кавернозном туберкулезе бактериовыделение

- а) массивное и постоянное
- б) скудное и непостоянное
- в) отсутствует
- г) закономерности не выявляется

25. Прямыми рентгенологическими признаками наличия полости в легком являются все перечисленные, кроме

- а) кольцевидной тени с непрерывным замкнутым контуром
- б) отсутствия легочного рисунка в просвете кольцевидной замкнутой тени на томографическом срезе
- в) замкнутой кольцевидной тени в двух взаимно-перпендикулярных проекциях
- г) наличия горизонтального уровня и тени дренирующего бронха

26. С кавернозной формой туберкулеза приходится дифференцировать

- а) хронический абсцесс
- б) бронхоэктаз
- в) воздушную кисту
- г) полостную форму рака
- д) все перечисленное

27. Отличительным рентгенологическим признаком полостной формы рака от кавернозной формы туберкулеза является прогрессирование процесса со следующей симптоматикой

- а) с увеличением размера полости
- б) с изменением толщины стенки полости
- в) с периодической задержкой содержимого и появлением уровня
- г) с отсутствием очагов обсеменения в окружающих отделах легких
- д) всего перечисленного

28. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких - это

- а) туберкулезный процесс, характеризующийся наличием в легких фиброзной каверны (каверн) и выраженным фиброзом в окружающей ткани
- б) хронический деструктивный туберкулез, характеризующийся бактериовыделением, прогрессирующим (медленным или быстрым, нередко волнообразным) течением, а также присоединением как специфических, так и неспецифических осложнений
- в) туберкулезный процесс с кавернами в легких, очагами бронхогенной диссеминации и фиброзом, протекающий с нарастающей дыхательной недостаточностью, присоединяющимися кровохарканьями и другими осложнениями

29. Для трансформации "свежего" деструктивного туберкулеза в фиброзно-кавернозный требуется около

- а) 6-12 месяцев
- б) 12-18 месяцев
- в) около 18-24 месяцев
- г) около 3-5 лет

30. Рентгенологическая картина легочных изменений при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких характеризуется

- а) полиморфизмом изменений при наличии одной или нескольких полостей в легких
- б) однотипными изменениями при наличии одной или нескольких полостей в легких
- в) наличием изолированной полости в легких
- г) всем перечисленным

31. Каверна (каверны) при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких на рентгенограмме имеют представленные ниже признаки, кроме

- а) значительной толщины и неравномерности по толщине ее стенок
- б) неровного внутреннего контура
- в) тяжистого и нечеткого наружного контура
- г) тонкостенности и равномерности ее толщины на всем протяжении

32. Самым частым неспецифическим осложнением при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких является

- а) дыхательная недостаточность
- б) хроническое легочное сердце
- в) легочная геморрагия

г) амилоидоз внутренних органов

33. Бактериовыделение у больного фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, не подвергшегося лечению или в период обострения заболевания

- а) обильное и постоянное
- б) обильное, периодическое
- в) скудное и постоянное
- г) скудное, периодическое

34. Основным критерием затихания вспышки инфекционного процесса при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких будет

- а) исчезновение симптомов интоксикации
- б) прекращение положительной динамики в рентгенологической картине заболевания
- в) прекращение бактериовыделения

35. Основным критерием, позволяющим отличить фиброзно-кавернозный туберкулез легких от полостной формы рака и хронического абсцесса, является

- а) клиническое течение заболевания
- б) рентгенологическая картина легочных изменений
- в) обнаружение микобактерий туберкулеза

36. Основной причиной неудачи химиотерапии больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких является

- а) наличие каверны с казеозным некрозом
- б) наличие грубой фиброзной капсулы в стенке каверны
- в) устойчивость микобактерий туберкулеза к лекарственным средствам и непереносимость их больными
- г) правильные ответы а) и в)
- д) правильные ответы б) и в)

37. Повышает операбельность больных, страдающих фиброзно-кавернозным туберкулезом легких

- а) предоперационная специфическая химиотерапия
- б) лечение сопутствующих заболеваний
- в) лечение хронического "легочного сердца" и дыхательной недостаточности
- г) применение наряду с резекцией легкого (лобэктомией и пневмонэктомией) торакопластики и кавернотомии
- д) все перечисленное

38. Основным противопоказанием к проведению хирургической операции у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких является

- а) пожилой возраст и сопутствующие заболевания
- б) большая распространенность туберкулезного процесса
- в) сопутствующая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность
- г) все перечисленное

39. Наиболее частой причиной смерти больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких является

- а) легочно-сердечная недостаточность
- б) прогрессирование легочного туберкулеза
- в) присоединение внелегочного туберкулеза (менингит и т.д.)
- г) легочное кровотечение и амилоидоз внутренних органов

д) серьезное сопутствующее заболевание (инфаркт миокарда, рак и т.д.)

40. Цирротический туберкулез - это

а) инфекционный процесс, характеризующийся грубым разрастанием соединительной ткани в легких, низкой активностью специфического воспаления и нарушением со стороны функции внешнего дыхания и гемодинамики легких

б) туберкулезный процесс, осложняющийся пневмоциррозом

в) массивное разрастание соединительной ткани в легком и плевре туберкулезной этиологии при сохранении активности инфекционного процесса

41. Основным отличием цирротического туберкулеза от посттуберкулезного цирроза является

а) наличие полостных образований в легких

б) сохранение очаговых изменений в структуре патологического процесса

в) сохранение активности туберкулезного процесса

г) все перечисленное

42. Отличить цирротический туберкулез от посттуберкулезного цирроза по рентгенологическим критериям

а) удастся легко

б) не удастся

в) как правило не удастся и требует дополнительных клинических и лабораторных данных

43. Основным признаком, указывающим на активность специфического процесса при цирротическом туберкулезе, является

а) интоксикация

б) кровохарканье или легочное кровотечение

в) обнаружение микобактерий туберкулеза

г) эффект от специфического лечения

44. Основным рентгенологическим признаком цирроза легкого или его части является

а) уменьшение объема, избыточность и деформация легочного рисунка, потеря воздушности в пораженном участке легкого

б) повышение воздушности непораженных отделов легких

в) деформация, расширение и стеноз бронхов

г) смещение и деформация корня легкого, смещение средостения в сторону поражения

д) все ответы правильные

45. Хирургическая операция при цирротическом туберкулезе показана

а) при одностороннем и относительно ограниченном поражении с бронхоэктазами

б) при частых обострениях неспецифической инфекции в зоне цирротических туберкулезных изменений у больных с односторонним поражением

в) у больных молодого и среднего возраста

г) при отсутствии тяжелой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности

д) все ответы правильные

46. Для выпотного плеврита характерно сочетание следующих физикальных симптомов:

1) укорочение или тупой перкуторный звук

2) бронхиальное дыхание

3) ослабленное дыхание

4) усиление бронхофоний

5) ослабление бронхофоний

- б) шум трения плевры в области тупого перкуторного звука
- 7) шум трения плевры выше тупого перкуторного звука
- 8) усиление голосового дрожания
- 9) ослабление голосового дрожания
- а) правильные ответы 1, 2, 5, 7 и 9
- б) правильные ответы 1, 3, 4, 6 и 9
- в) правильные ответы 1, 2, 4, 6 и 8
- г) правильные ответы 1, 3, 5, 7 и 9
- д) правильные ответы 2, 3, 6, 8 и 9

47. Рентгенологическую картину выпотного плеврита определяют

- а) количество накопившегося экссудата
- б) наличие или отсутствие плевральных сращений
- в) характер патологии в легком
- г) все перечисленное

48. Рентгенологическую картину свободного костодиафрагмального выпотного плеврита характеризуют все перечисленные симптомы, кроме

- а) высокой интенсивности тени, убывающей к периферии
- б) расположения тени в нижних отделах грудной полости
- в) косой направленности верхней границы тени
- г) неоднородной структуры тени
- д) смещения средостения в здоровую сторону

49. На наличие осумкованного плеврального выпота указывают следующие признаки:

- 1) неоднородность тени
- 2) тень выпота сливается с тенью печени
- 3) более отвесная верхняя граница тени
- 4) двойной контур верхней границы тени
- 5) горизонтальное положение верхней границы тени
- а) правильные ответы 1 и 2
- б) правильные ответы 2 и 3
- в) правильные ответы 3 и 4
- г) правильные ответы 4 и 5
- д) правильные ответы 2 и 5

50. В комплекс лечебных мероприятий у больных туберкулезным экссудативным плевритом следует включать

- а) этиотропные химиопрепараты
- б) противовоспалительные препараты
- в) плевральные пункции с эвакуацией экссудата
- г) все перечисленное

51. При оценке технического качества обзорной рентгенограммы грудной клетки артефактами следует считать

- а) повреждения на пленке
- б) посторонние предметы (косы, булавки, украшения и т.п.)
- в) детали изображения, не свойственные органам грудной клетки
- г) все ответы правильные

52. При рентгеноанатомическом анализе обзорной рентгенограммы грудной клетки в прямой проекции следует учитывать

- а) состояние мягких тканей
- б) состояние костного скелета
- в) состояние корней легких, легочного рисунка, легочных полей
- г) состояние средостения, диафрагмы, костно-диафрагмальных синусов
- д) все ответы правильные

53. Боковая рентгенограмма грудной клетки позволяет получить всю дополнительную информацию, кроме

- а) состояния отделов грудной клетки, не получивших отображения в прямой проекции
- б) локализации патологического процесса относительно долей и сегментов легких
- в) распространенности патологического процесса в легких
- г) состояния легочного рисунка

54. К недостаткам боковой рентгенограммы органов грудной клетки относят

- а) суммационное изображение двух половин грудной клетки
- б) худшую видимость теней в половине грудной клетки, не прилежащей к кассете
- в) перекрытие значительной площади легочной ткани элементами костного скелета
- г) все ответы правильные

55. При патологических процессах в легких, средостении и (или) корнях в первую очередь следует применять томографию

- а) с продольным направлением размазывания
- б) с поперечным направлением размазывания
- в) бронхотомографию
- г) компьютерную томографию

56. Прямая томография корней легких и средостения позволяет получить информацию

- а) о состоянии внутригрудных лимфоузлов
- б) о состоянии просвета трахеи и крупных бронхов
- в) о состоянии крупных сосудов
- г) все ответы правильные

57. Боковая томография корней легких и средостения позволяет получить информацию

- а) о состоянии отделов легких и средостения, не получающих отображения в прямой проекции
- б) о состоянии бронхов 6-го сегмента и средней доли
- в) о состоянии лимфатических узлов вокруг бронхов 6-го сегмента и средней доли
- г) о состоянии крупных бронхов
- д) все ответы правильные

58. Томография с поперечным направлением размазывания в прямой проекции дает дополнительную информацию

- а) о состоянии стенок трахеи и крупных бронхов
- б) о состоянии бифуркации трахеи с выявлением кальцинатов в зоне бифуркации трахеи
- в) о невидимых на томограмме с продольным размазыванием щелевидных полостях в легких
- г) все ответы правильные

59. К недостаткам томографии с продольным направлением размазывания следует отнести

- а) значительную лучевую нагрузку
- б) изменение анатомических взаимоотношений органов грудной клетки
- в) невозможность обнаружить незначительно увеличенные внутригрудные лимфатические узлы
- г) невозможность выявить полости деструкции менее 0.5 см
- д) все ответы правильные

60. Зонография отличается от томографии

- а) величиной томографического шага
- б) величиной угла качания рентгеновской трубки
- в) величиной угла размазывания рентгеновской трубки
- г) толщиной среза
- д) величиной угла качания (размазывания) рентгеновской трубки и толщиной среза

61. С помощью латерографии можно получить информацию

- а) о сращениях в плевральной полости
- б) о протяженности осумкования жидкости в плевральной полости
- в) о наличии свободной жидкости в плевральной полости

62. Во фтизиатрической практике чаще других применяют рентгенофункциональную пробу

- а) Вальсальвы
- б) Мюллера
- в) Вальсальвы - Мюллера
- г) Соколова

63. Уточнению внелегочной локализации патологического процесса способствуют все следующие контрастные рентгенологические методики, кроме

- а) искусственного пневмоторакса
- б) пневмоперитонеума
- в) пневмомедиастинографии
- г) пневмомедиастинотомографии
- д) плеврографии

64. Бронхография, выполненная под эндотрахеальным наркозом, позволяет

- а) провести исследование одномоментно с обеих сторон
- б) провести это исследование совместно с трахеобронхоскопией
- в) провести исследование пациенту любого возраста
- г) извлечь контрастное вещество из бронхиального дерева
- д) все ответы правильные

65. К недостаткам бронхографии, проведенной под эндотрахеальным наркозом, следует отнести

- а) большое число противопоказаний к исследованию
- б) большое число осложнений во время исследования
- в) технические трудности
- г) невозможность ранней диагностики функциональных нарушений в бронхиальном дереве

66. Важным преимуществом бронхографии, выполненной под местной анестезией, является

- а) меньшее число противопоказаний к исследованию
- б) меньшее число осложнений во время исследования
- в) отсутствие технических трудностей
- г) невозможность сочетать это исследование с трахеобронхоскопией
- д) возможность раннего выявления функциональных нарушений в бронхах

67. Сцинтиграфия легких с изотопами позволяет уточнить

- а) состояние мелких сосудов легких
- б) состояние крупных сосудов легких
- в) состояние мелких и крупных сосудов легких

г) состояние капиллярного кровотока легких

68. Уменьшению лучевой нагрузки на пациента при рентгенологическом исследовании в первую очередь способствует

- а) правильный выбор метода исследования
- б) широкое применение различных защитных приспособлений
- в) рациональное использование сложных рентгенологических методик, применение которых увеличивает лучевую нагрузку
- г) все ответы правильные

69. При описании тенеобразований в легких, не относящихся к их анатомическим структурам, следует отобразить

- а) локализацию и характер тени
- б) количество теней, их величину и форму
- в) контур тени, ее интенсивность и структуру
- г) состояние окружающего фона
- д) все вышеперечисленные

70. Полиморфизм очаговых теней в легких определяют все перечисленные ниже признаки, кроме

- а) разной их величины
- б) разного характера их контура
- в) разной их формы
- г) разной их интенсивности
- д) разной их локализации

71. 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

72. Заключение протокола рентгенологического исследования является

- а) выводом
- б) диагнозом
- в) кратной скиало-морфологической характеристикой патологического процесса

73. 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

74. 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

75. Туберкулез бронха, выявленный во время бронхоскопии, протекает клинически малосимптомно

- а) в 5-7% случаев
- б) в 20-30% случаев
- в) в 50% случаев

76. 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

77. 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

78. Бронхоскопия с помощью "жесткого" бронхоскопа имеет преимущества по сравнению с фибробронхоскопией, кроме

- а) дешевизны аппаратуры
- б) лучшего обзора трахеи и бронхов 1-2 порядка
- в) возможности осмотреть стенку бронхов 3-6 порядка

79. 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

80. 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

81. Материал биопсии, полученный с помощью аспирационной катетеризационной биопсии, подвергается

- а) гистологическому и цитологическому исследованию
- б) цитологическому и биохимическому исследованию
- в) биохимическому и морфологическому исследованию
- г) бактериологическому и биохимическому исследованию
- д) цитологическому и бактериологическому исследованию

82. При бронхо-альвеолярном лаваже жидкость исследуется

- а) после откашливания
- б) после аспирации из трахеи и бронхов во время бронхоскопии
- в) после аспирации из катетеризируемых субсегментарных бронхов

83. В лаважной жидкости, полученной из легкого здорового человека, преобладают

- а) лимфоциты
- б) нейтрофилы
- в) альвеолярные макрофаги

84. В лаважной жидкости больного туберкулезом преобладают

- а) лимфоциты
- б) эпителиоидные и гигантские клетки
- в) нейтрофилы
- г) альвеолярные макрофаги

85. В лаважной жидкости больного бронхитом преобладают

- а) лимфоциты
- б) нейтрофилы
- в) альвеолярные макрофаги

86. В лаважной жидкости больного саркоидозом I стадии преобладают

- а) лимфоциты
- б) нейтрофилы
- в) альвеолярные макрофаги

87. Торакоскопия показана

- а) при выпотных плевритах неясной этиологии
- б) при выпотных плевритах раковой природы
- в) при метапневматическом выпотном плеврите

88. Дренаж лимфы, оттекающей из органов грудной полости, осуществляют

- а) передние шейные лимфатические узлы
- б) лимфатические узлы прескаленного клеточного пространства
- в) задние шейные лимфатические узлы

89. Биопсию лимфатических узлов прескаленного пространства предложил

- а) Вирхов
- б) Даниэльс
- в) Классен

90. Трансторакальная биопсия легкого иглой показана

- а) при перибронхиальной локализации поражения
- б) при прикорневой локализации процесса
- в) при субплевральной локализации поражения

91. Трансторакальную биопсию легкого иглой следует проводить

- а) при шаровидных затемнениях
- б) при пневмониеподобных затемнениях
- в) при очаговых затемнениях
- г) при тяжистом характере затемнения в интерстиции легкого
- д) правильные ответы а) и б)

92. Медиастиноскопия по Карленсу показана при поражении

- а) всех групп внутригрудных лимфатических узлов
- б) перикардиальных
- в) паратрахеальных, трахеобронхиальных, бифуркационных и частично бронхопульмональных

93. Катетеризационная трансбронхиальная биопсия под местной анестезией показана

- а) при шаровидных затемнениях и очаговых тенях
- б) при пневмониеподобных участках затемнения
- в) при диссеминированных изменениях
- г) при полостных образованиях
- д) все правильные ответы

94. Катетеризационная трансбронхиальная биопсия оказывается наиболее результативной

- а) при туберкулезе легкого
- б) при периферическом раке легкого
- в) при гамарто-хондроме

95. Больному с бессимптомно протекающим диссеминированным поражением легкого, природу которого не удалось уточнить с помощью трансбронхиальной биопсии легкого, а также при трансторакальной биопсии легкой иглой для выявления диагноза заболевания следует рекомендовать

- а) динамическое наблюдение
- б) пробное лечение, выбор препарата определяется наиболее вероятным видом патологии
- в) открытую биопсию легкого

96. Больного с шаровидным образованием в легком, природу которого уточнить в ходе обследования не удалось, решили назначить на операцию - это

- а) резекция легкого
- б) открытая биопсия легкого
- в) диагностическая торакотомия

97. Больного с бессимптомно протекающим диссеминированным поражением в легком с помощью клинико-рентгенологического и лабораторных методов исследования уточнить природу изменений не удалось. Трансторакальные биопсии легкого иглой и биопсия во время фибробронхоскопии - оказались безрезультатными. Больного назначили на операцию

- а) краевую резекцию легкого
- б) диагностическую торакотомию
- в) открытую биопсию легкого

98. Искусственный пневмоторакс накладывается

- а) с лечебной целью
- б) с диагностической целью
- в) с профилактической целью
- г) все ответы правильные
- д) правильные ответы а) и б)

99. Основными показаниями к хирургическому лечению при туберкулезе легкого являются

- а) при стационарном течении заболевания туберкулемы средних и крупных размеров; сопутствующие заболевания, повышающие риск обострения заболевания; необходимость в ускоренной трудовой реабилитации больного
- б) наличие множественных туберкулем в одной доле легкого
- в) прогрессирующее течение заболевания, замедленные темпы регрессии процесса в ходе химиотерапии и невозможность проведения полноценной химиотерапии
- г) все ответы правильные

100. К кавернозной форме следует относить

- а) свежий деструктивный туберкулез, ограниченной протяженности с каверной без резко выраженной перифокальной реакции и значительной диссеминации
- б) свежий деструктивный туберкулез, подвергшийся лечению при сохранении полости распада к концу основного курса химиотерапии
- в) туберкулезный процесс, ограниченной протяженности, ведущим признаком которого является сформированная каверна без выраженного перифокального воспаления, фиброзных изменений и распространенного обсеменения

101. К социальным факторам, благоприятствующим распространению туберкулеза, относятся

- а) неблагоприятные жилищно-бытовые условия
- б) материальная необеспеченность
- в) низкий интеллектуальный уровень
- г) беспорядочный образ жизни
- д) все перечисленное

102. Под очагом туберкулезной инфекции следует понимать

- а) больного, выделяющего БК
- б) жилище больного, выделяющего БК
- в) окружение больного, выделяющего БК
- г) все перечисленное

103. Самым опасным очагом туберкулезной инфекции является

- а) бактериовыделитель с наличием в окружении его детей или лиц с асоциальным поведением
- б) скудный бактериовыделитель при контакте только со взрослыми
- в) бактериовыделитель с факультативным выделением БК и при контакте только со взрослыми

104. Профилактические мероприятия по туберкулезу в общежитиях включают

- а) предупреждать вселение больных туберкулезом
- б) исключать переселение заболевшего туберкулезом
- в) выделение больному туберкулезом отдельной комнаты (квартиры)
- г) все перечисленное

105. Предупреждение заражения туберкулезом человека от животных включает

- а) выявление и уничтожение больного туберкулезом животного
- б) постоянный бактериологический контроль за молоком и молочными продуктами
- в) постоянный бактериологический контроль за мясом забитых животных
- г) все перечисленное

106. В противотуберкулезном учреждении для профилактики туберкулеза среди сотрудников необходимо иметь все перечисленное, кроме

- а) отдельного гардероба и специальной одежды для персонала
- б) отдельного помещения для приема пищи
- в) отдельной регистратуры

107. Для предупреждения распространения туберкулеза следует проводить все перечисленные виды дезинфекции, кроме

- а) текущей
- б) заключительной
- в) постоянной

108. Для проведения противотуберкулезной вакцинации диспансер осуществляет

- а) подготовку врачей и медицинских сестер по вакцинации
- б) методическое руководство и инструктирование
- в) вакцинацию и ревакцинацию детей и подростков из очагов туберкулезной инфекции
- г) изоляцию бактериовыделителей на период формирования поствакцинального иммунитета
- д) все перечисленное

109. Химиопрофилактика туберкулеза показана лицам

- а) контактирующим с бактериовыделителем
- б) с выраженной туберкулиновой чувствительностью
- в) состоящим на учете в III и VII группах диспансерного учета
- г) имеющим повышенный риск заболеть туберкулезом
- д) всем перечисленным

110. Задачами санитарно-эпидемиологических станций являются

- а) организация профосмотров на туберкулез
- б) участие в организации вакцинации и ревакцинации против туберкулеза
- в) регистрация и учет бациллярных больных и работа в очаге
- г) контроль за декретированными группами по их обследованию на туберкулез
- д) все перечисленное

111. Причинами несвоевременного выявления туберкулеза являются

- а) дефекты в профилактической работе
- б) неполноценное обследование в поликлинике и стационаре
- в) небрежное отношение больного к своему здоровью
- г) незнание врачами общей сети "масок" туберкулеза (врачебные ошибки)
- д) все перечисленное

112. Для своевременного выявления туберкулеза необходимо проводить

- а) массовые профилактические обследования населения на туберкулез
- б) обследование на туберкулез больных в общих и специализированных лечебных учреждениях
- в) регулярное и качественное обследование групп риска по туберкулезу
- г) санитарно-просветительную работу с населением
- д) все перечисленное

113. Основными источниками туберкулезной инфекции для человека являются

- а) предметы окружающей среды
- б) продукты питания
- в) больной человек
- г) все перечисленное

114. Чаще других поражаются туберкулезом и могут явиться источником заражения человека следующие виды животных

- а) крупный рогатый скот
- б) кошки и собаки
- в) птицы и крупный рогатый скот

115. Заражение человека туберкулезом чаще происходит

- а) аэрогенным и трансплацентарным путем

- б) алиментарным и аэрогенным путем
- в) контактным и аэрогенным путем

116. Инфицированию и заболеванию туберкулезом при контакте с бактериовыделителем чаще подвергаются

- а) дети первых двух лет жизни
- б) дети до 10-11 лет и подростки (12-16 лет)
- в) молодые люди до 39 лет
- г) лица среднего возраста 40-59 лет
- д) пожилые люди (60 лет и старше)

117. Наиболее защищенными в настоящее время от туберкулеза в силу естественной резистентности, а также благодаря профилактическим мероприятиям оказались

- а) дети и подростки
- б) дети и лица среднего возраста (40-59 лет)
- в) дети и молодые люди (20-39 лет)
- г) дети и пожилые люди (60 лет и старше)

118. Заболевание туберкулезом в настоящее время чаще выявляются

- а) у детей
- б) у подростков
- в) у лиц молодого возраста (до 40 лет)
- г) у лиц среднего возраста (40-59 лет)
- д) у пожилых людей (60 лет и старше)

119. Чаще заболевают туберкулезом и умирают от него

- а) мужчины
- б) женщины
- в) одинаково часто и мужчины, и женщины

120. В возрасте 70 лет и старше чаще заболевают туберкулезом и умирают от него

- а) мужчины
- б) женщины
- в) одинаково часто и мужчины, и женщины

121. Высокая заболеваемость туберкулезом обнаруживается в настоящее время

- а) у аборигенной этнической группы населения (малые народы Севера) и мигрирующего населения
- б) у постоянно живущего населения и аборигенной этнической группы
- в) у мигрирующего населения

122. Об инфицировании населения туберкулезом можно судить по перечисленным ниже критериям, исключая

- а) обнаружение при секреторном исследовании следов перенесенной ранее туберкулезной инфекции
- б) обнаружение на флюорограмме признаков перенесенного ранее туберкулеза
- в) положительная кожная проба с туберкулином
- г) обнаружение БК в мокроте

123. При контакте с бактериовыделителем чаще заболевают туберкулезом

- а) вакцинированные БЦЖ
- б) инфицированные туберкулезом

в) не вакцинированные и не инфицированные

124. "Суперинфекция" при туберкулеза - это

У а) заболевание вследствие поступления инфекции извне в уже инфицированный организм

б) заболевание, возникшее вследствие экзогенного инфицирования

в) заболевание, наступившее вследствие длительного контакта с бактериовыделителем

125. "Эндогенная реинфекция" - это

а) активация ранее скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции

б) возникновение очага туберкулезной инфекции во внутренних органах вследствие поступления инфекции в организм

в) активация скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции вследствие нового поступления инфекции

126. Экзогенная реинфекция представляет наибольшую опасность для возрастной группы

а) молодых людей (до 40 лет)

б) среднего возраста (40-59 лет)

в) пожилых людей (60 лет и старше)

127. Очаг туберкулезной инфекции со скудным бактериовыделением (обнаружение БК только методом посева) не имеет существенного значения для инфицирования лиц ближайшего окружения

а) при высокой пораженности туберкулезом населения в данном районе

б) при умеренной пораженности населения туберкулезом

в) при малой пораженности населения туберкулезом в данном районе

128. К высокой заболеваемости населения туберкулезом можно отнести выявление

а) 100 заболевших на 100 000 населения

б) 30-50 заболевших на 100 000 населения

в) 20 заболевших на 100 000 населения

129. К умеренной заболеваемости населения туберкулезом следует отнести показатель при выявлении

а) 100 заболевших на 100 000 населения

б) 30-50 заболевших на 100 000 населения

в) 20 заболевших на 100 000 населения

130. К низкому показателю болезненности населения туберкулезом можно отнести выявление

а) 100 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения

б) 30-50 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения

в) 20 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения

131. К низкому показателю болезненности населения туберкулезом можно отнести

а) 500 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения

б) 200 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения

в) 100 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения

132. Ежегодный прирост инфицирования населения туберкулезом, оцененный по динамике кожной туберкулиновой пробы, свидетельствующий о высокой пораженности населения данного города (района, области) туберкулезом, начинается

- а) с 20% и более
- б) с 10% и более
- в) с 1% и более
- г) с 0.1% и более

133. Один нелеченный бациллярный больной туберкулезом за год заражает (инфицирует)

- а) около 20 человек
- б) около 10 человек
- в) около 3-5 человек

134. Наибольшую опасность для окружающих представляет

- а) больной с инфильтративным туберкулезом без распада, МБТ+ в мокроте определяется методом бактериоскопии
- б) больной с инфильтративным туберкулезом в фазе распада, МБТ+ в мокроте определяется методом посева
- в) больной с фиброзно-кавернозным туберкулезом, МБТ+ в мокроте выявляется только методом посева

135. У человека, перенесшего ранее туберкулез, и имеющего остаточные рентгенологические изменения (архив), риск заболеть туберкулезом по сравнению с прочим населением выше

- а) в 2 раза
- б) в 3 раза
- в) в 5-10 раз

136. Больного с симптомами бронхита, у которого в мокроте повторно обнаружены БК, но на рентгенограмме и томограмме легких и органов средостения изменения не обнаружены

- а) необходимо взять на учет как бациллярного больного и назначить ему лечение в амбулаторных условиях
- б) необходимо взять на учет по 0-й группе и наблюдать
- в) необходимо госпитализировать в клинику для бронхологического обследования и лечения

137. Среди инфекционных заболеваний туберкулез, как причина, приведшая к летальному исходу, занимает

- а) 1-е место
- б) 5-е место
- в) 6-е место
- г) 8-е место

138. "Случай туберкулеза", по критериям ВОЗ - это

- а) хроническое заболевание, сопровождающееся рецидивирующими кашлем с выделением мокроты и изменениями на рентгенограмме, специфичными для него
- б) заболевание, сопровождающееся изменениями на рентгенограмме в области верхних отделов легких, а также в прикорневых лимфоузлах
- в) заболевание, подтвержденное специфическими изменениями на рентгенограмме или морфологическими изменениями в виде гигантоклеточной гранулемы с казеозным некрозом

г)заболевание, подтвержденное обнаружением микобактерий туберкулеза, выделенных из очага поражения (с мокротой, мочой и т.д.) или полученных из тканей путем биопсии

139.Основными методами выявления туберкулеза у детей является

- а)массовая туберкулинодиагностика
- б)флюорография
- в)обследование на туберкулез групп риска
- г)обследование на туберкулез лиц, обратившихся к фтизиатру

140.Основной метод выявления туберкулеза у подростков - это

- а)туберкулинодиагностика
- б)обследование по контакту
- в)флюорография
- г)обследование по обращаемости

141.Массовую туберкулинодиагностику среди детей следует проводить

- а)1 раз в 6 месяцев
- б)1 раз в 1 год
- в)4 раза в 1 год
- г)1 раз в два года

142.Флюорографическое обследование подростков должно проводиться

- а)1 раз в 1 год
- б)1 раз в 2 года
- в)2 раза в 1 год
- г)в зависимости от эпидситуации и профориентации подростка

143.Систематическое флюорографическое обследование населения на туберкулез проводится

- а)с 10-летнего возраста
- б)с 12-летнего возраста
- в)с 15-летнего возраста
- г)с 18-летнего возраста
- д)выбор возраста определяется эпидемической ситуацией

144.К основным группам детей, подверженных риску заразиться туберкулезом, относятся все перечисленные, кроме

- а)невакцинированных БЦЖ
- б)недоношенных, часто и длительно болеющих детей
- в)живущих в очагах туберкулезной инфекции
- г)не имеющих послевакцинального знака
- д)перенесших туберкулез

145.Группами "риска" по туберкулезу для подростков являются все перечисленные, кроме

- а)перенесших ранее локальный туберкулез
- б)давно инфицированных
- в)из очагов туберкулезной инфекции
- г)курящих
- д)работающих и занимающихся спортом

146.Выборочное обследование на туберкулез часто болеющих детей и подростков проводится

- а)врачом-терапевтом
- б)фтизиатром
- в)врачами-специалистами

147.Противотуберкулезными мероприятиями, которые осуществляет общая педиатрическая сеть, являются все перечисленные, кроме

- а)массовой туберкулинодиагностики
- б)вакцинации БЦЖ и ревакцинации БЦЖ
- в)раннего выявления туберкулеза
- г)дообследования детей из группы риска

148.Противотуберкулезными мероприятиями, осуществляемыми санитарно-эпидемиологической службой, являются

- а) планирование массовой туберкулинодиагностики и контроль за ее выполнением
- б) планирование вакцинации и ревакцинации БЦЖ
- в) контроль за правильностью хранения вакцины БЦЖ
- г) контроль за правильностью прививок БЦЖ
- д) все перечисленное

149.Основные мероприятия, составляющие работу противотуберкулезного диспансера, - это

- а) наблюдение за контингентом по группам учета
- б) ведение документации и отчетности
- в) амбулаторное лечение больных и проведение химиопрофилактики
- г) диагностика туберкулеза
- д) все перечисленное

150. В комплекс лечебных мероприятий у больных туберкулезным экссудативным плевритом следует включать

- а) этиотропные химиопрепараты
- б) противовоспалительные препараты
- в) плевральные пункции с эвакуацией экссудата
- г) все перечисленное

151. Диссеминированный туберкулез легких может протекать по всем перечисленным клиническим вариантам, кроме

- а)острого
- б)подострого
- в)хронического
- г)рецидивирующего

152.При гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких поражаются в основном

- а)капилляры
- б)мелкие вены
- в)мелкие артерии
- г)все перечисленные
- д)правильные ответы только б) и в)

153.При гематогенно-диссеминированной форме туберкулеза легких доминирующими морфологическими изменениями в легких являются все перечисленные ниже, кроме

- а) экссудативных
- б) продуктивных
- в) казеозных

154. При гематогенно-диссеминированной форме туберкулеза легких в первую очередь поражаются

- а) межуточная ткань
- б) паренхима
- в) бронхи
- г) плевра

155. Начальными проявлениями острого гематогенно-диссеминированного (милиарного) туберкулеза легких является все перечисленное ниже, кроме

- а) нарастающей до высоких цифр температуры
- б) незначительного, обычно сухого кашля
- в) сильного кашля со скудной мокротой
- г) появления одышки и тахикардии

156. Наиболее частыми локализациями патологического процесса при остром милиарном туберкулезе являются

- а) легкие и печень
- б) легкие и селезенка
- в) печень и селезенка
- г) селезенка и почки
- д) почки и оболочки головного мозга

157. Для острого милиарного туберкулеза легких характерно

- а) обильное бактериовыделение
- б) скудное бактериовыделение
- в) отсутствие бактериовыделения

158. При остром милиарном туберкулезе очаговые тени в легких при рентгенологическом исследовании обнаруживаются

- а) у всех больных
- б) у 75-80% больных
- в) у 50% больных
- г) менее чем у 50% больных

159. Косвенными рентгенологическими признаками острого милиарного туберкулеза легких могут быть: 1) наличие экссудативного плеврита 2) эмфизема легких 3) умеренное расширение тени корней легких 4) нечеткие отображения ветвей легочной артерии среднего калибра 5) избыточность легочного рисунка

- а) правильные ответы 1, 2, и 3
- б) правильные ответы 1, 3, и 4
- в) правильные ответы 3, 4, и 5
- г) правильные ответы 2, 4, и 5
- д) правильные ответы 2, 3, и 4

160. Размер очагов в легких при остром милиарном туберкулезе

- а) мелкий
- б) средний
- в) крупный

г)разный

161.Распределение очагов в легких при остром милиарном туберкулезе

- а)равномерное
- б)неравномерное
- в)групповое
- г)все перечисленные

162.Деструктивные изменения в легких при остром милиарном туберкулезе

- а)встречаются редко
- б)не встречаются
- в)встречаются часто

163.Исходами при благоприятной динамике острого милиарного туберкулеза легких являются

- а)полное рассасывание
- б)уплотнение
- в)кальцинация
- г)развитие фиброзно-склеротических изменений
- д)все перечисленное

164.Внеторакальные локализации процесса при остром милиарном туберкулезе

- а)не наблюдаются
- б)встречаются редко
- в)встречаются часто

165.При диагностике острого милиарного туберкулеза ведущее значение имеет

- а)клиническая симптоматика
- б)данные рентгенологического исследования
- в)данные лабораторного исследования
- г)все перечисленное

166.Клинические признаки, позволяющие заподозрить у больного острый милиарный туберкулез - это

- а)лихорадка, одышка, сильный сухой кашель, рассеянные сухие хрипы в легких
- б)лихорадка, постепенно нарастающая одышка при отсутствии в легких физикальной симптоматики, тахикардия
- в)лихорадка, кашель с мокротой, рассеянные сухие и локальные влажные хрипы в легких

167.При подозрении на острый милиарный туберкулез у больного с увеличенной печенью и отсутствии на рентгенограмме очаговой диссеминации методом выбора будет

- а)эхография печени
- б)биопсия печени
- в)радиоизотопное сканирование

168.Для подострого гематогенно-диссеминированного туберкулеза легких при его выявлении характерны следующие начальные проявления, кроме

- а)внезапного
- б)постепенного
- в)малосимптомного

169. При подостром гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких могут иметь место

- а) обильное бактериовыделение
- б) скудное бактериовыделение
- в) отсутствие микобактерий в мокроте
- г) все перечисленное

170. Размер очагов в легких при подостром гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких преимущественно

- а) мелкий
- б) средний
- в) крупный
- г) разный
- д) правильные ответы а) и б)

171. Распределение очагов в легких при подостром гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких чаще

- а) равномерное
- б) неравномерное
- в) групповое
- г) любое из перечисленных

172. Для полостей распада при подостром гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких характерно все перечисленное, кроме

- а) ланцетовидного внутреннего контура
- б) симметричного расположения полостей в обоих легких
- в) штампованного вида их стенки

173. Исходом подострого гематогенно-диссеминированного туберкулеза легких при благоприятной динамике чаще является

- а) полное рассасывание
- б) уплотнение
- в) кальцинация
- г) формирование фиброзно-склеротических изменений
- д) правильные ответы б) и г)

174. При подостром гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких внеторакальные локализации процесса

- а) встречаются редко
- б) не наблюдаются
- в) встречаются часто

175. Для хронического гематогенно-диссеминированного туберкулеза легких при его выявлении характерны следующие начальные проявления

- а) острые
- б) подострые
- в) малосимптомные
- г) все перечисленные
- д) правильные ответы только а) и б)

176. Наиболее существенными, отличительными рентгенологическими признаками ретенционной кисты от туберкулемы можно считать

- а) локализацию тени
- б) гомогенную структуру тени и четкие контуры
- в) форму и локализацию тени по ходу ветвления бронхов

177. Основными отличительными рентгенологическими симптомами аспергиллемы от туберкулемы можно считать

- а) симптом "серпа", симптом "погремушки"
- б) наличие уровня в полости
- в) четкость контура тени
- г) нечеткость контура тени

178. Проникновению противотуберкулезных химиопрепаратов в очаг инфекции при туберкулезе препятствует

- а) перифокальное воспаление
- б) специфическая грануляционная ткань
- в) фиброзная капсула
- г) все перечисленное

179. Проникновение противотуберкулезных химиопрепаратов в инфекционный очаг практически не происходит при туберкулезе легкого

- а) в период ремиссии процесса и при стационарном варианте его течения
- б) в фазе инфильтрации
- в) в фазе распада и обсеменения

180. Основными показаниями к хирургическому лечению при туберкулезе легкого являются

- а) при стационарном течении заболевания туберкулемы средних и крупных размеров; сопутствующие заболевания, повышающие риск обострения заболевания; необходимость в ускоренной трудовой реабилитации больного
- б) наличие множественных туберкулем в одной доле легкого
- в) прогрессирующее течение заболевания, замедленные темпы регрессии процесса в ходе химиотерапии и невозможность проведения полноценной химиотерапии
- г) все ответы правильные

181. Поводом для проведения оперативного лечения больных с туберкулезом легкого является

- а) неэффективность химиотерапии при этой форме туберкулеза
- б) медленные темпы репарации в ходе лечения и невозможность определить прогноз заболевания как при стационарных туберкулемах, так и при туберкулезе с регрессирующим течением заболевания в ходе химиотерапии
- в) неблагоприятное течение заболевания при этой форме туберкулеза

182. К кавернозной форме следует относить

- а) свежий деструктивный туберкулез, ограниченной протяженности с каверной без резко выраженной перифокальной реакции и значительной диссеминации
- б) свежий деструктивный туберкулез, подвергшийся лечению при сохранении полости распада к концу основного курса химиотерапии
- в) туберкулезный процесс, ограниченной протяженности, ведущим признаком которого является сформированная каверна без выраженного перифокального воспаления, фиброзных изменений и распространенного обсеменения

183. Кавернозный туберкулез выявляется у вновь заболевших легочным туберкулезом, а также регистрируется среди контингента диспансерного учета не более, чем

- а) в 2-3% случаев
- б) в 6-8% случаев
- в) в 8-10% случаев
- г) в 15-20% случаев

184. Кавернозный туберкулез отличается от фазы распада при других формах туберкулеза

- а) устранением клинико-рентгенологической симптоматики, присущей той или иной легочной форме туберкулеза, на фоне которой формируется кавернозный туберкулез
- б) рентгенологической характеристикой процесса, где полостное образование является ведущим рентгенологическим признаком легочной патологии
- в) скудным бактериовыделением
- г) всем перечисленным

185. Для трансформации исходной клинической формы туберкулеза в фазе распада в кавернозный туберкулез легких необходимо время в течение которого

- а) трансформируется и стирается исходная картина туберкулезного процесса и ведущим признаком заболевания является каверна
- б) происходит прогрессирование процесса с образованием средних или больших размеров каверны
- в) происходит регрессия воспалительного процесса с формированием изолированной кистозного вида полости

186. Трансформация легочного туберкулеза в фазе распада в кавернозный может происходить

- а) спонтанно, без проведения лечебных мероприятий
- б) на фоне противотуберкулезного лечения
- в) и в том, и в другом случае
- г) ни в том, и ни в другом случае

187. Клиническая симптоматика легочного заболевания в виде интоксикации, кашля с выделением мокроты, локальных сухих и влажных хрипов при кавернозном туберкулезе

- а) выражена ярко
- б) чаще отсутствует
- в) выражена незначительно или может даже отсутствовать

188. При кавернозном туберкулезе бактериовыделение

- а) массивное и постоянное
- б) скудное и непостоянное
- в) отсутствует
- г) закономерности не выявляется

189. Для выявления полости в легком необходимо использовать следующий способ рентгенологического исследования

- а) рентгенографию в прямой проекции
- б) рентгенографию в боковой проекции
- в) томографию в прямой проекции
- г) томографию в боковой проекции
- д) правильные ответы в) и г)

190. Прямыми рентгенологическими признаками наличия полости в легком являются все перечисленные, кроме

- а) кольцевидной тени с непрерывным замкнутом контуром
- б) отсутствия легочного рисунка в просвете кольцевидной замкнутой тени на томографическом срезе
- в) замкнутой кольцевидной тени в двух взаимно-перпендикулярных проекциях
- г) наличия горизонтального уровня и тени дренирующего бронха

191. Косвенными рентгенологическими признаками полости распада в легком являются все перечисленные, кроме

- а) горизонтального уровня
- б) тени полоски дренирующего бронха
- в) очагов бронхогенного обсеменения
- г) замкнутой кольцевидной тени, выявляемой в двух взаимно-перпендикулярных проекциях

192. Наиболее характерными рентгенологическими признаками кавернозной формы туберкулеза является

- а) сформированная каверна с единичными очагами и ограниченным фиброзом вокруг
- б) протяженность процесса не более, чем в двух сегментах
- в) отсутствие типичных признаков исходной формы туберкулеза
- г) все ответы правильные

193. При кавернозном туберкулезе наиболее частым морфологическим вариантом является каверна со следующей характеристикой ее стенки

- а) скопление форменных элементов неспецифического воспаления, клетки эпителиоидной и гигантоклеточной гранулемы, казеоз
- б) отдельные соединительнотканые волокна в наружных отделах стенки полости, скопления эпителиоидных и гигантских клеток Ланганса, а также отдельные участки казеозного некроза на внутренней поверхности стенки полости
- в) разрастания грубой соединительнотканной ткани с тяжами, уходящими в интерстиций легкого, скопление эпителиоидных и гигантских клеток Ланганса, казеозный некроз

194. При кавернозной форме в структуре стенки каверны более выражены

- а) казеозно-некротический и фиброзный слой
- б) слой неспецифической грануляционной ткани
- в) слой неспецифической инфильтрации и казеозного некроза
- г) все перечисленное

195. При кавернозной форме туберкулеза чаще наблюдаются следующие варианты излечения

- а) рубцевание каверны с формированием очага-рубца
- б) заполнение каверны и формирование туберкулемы
- в) открытого оздоровления и переход ее во вторичную кисту
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

196. При кавернозной форме туберкулеза чаще документируются следующие фазы течения специфического процесса: 1) инфильтрации 2) распада 3) обсеменения 4) рассасывания 5) уплотнения и кальцинации

- а) правильные ответы 1 и 3
- б) правильные ответы 1, 3 и 4
- в) правильные ответы 2, 3 и 5

- г) правильные ответы 3, 4 и 5
- д) правильные ответы 2, 3 и 4

197. У больных с впервые выявленной кавернозной формой туберкулеза целесообразно

- а) назначить лечение противотуберкулезными химиопрепаратами, а затем, в зависимости от динамики заболевания (3-6 месяцев), решить вопрос об операции
- б) назначить курс химиотерапии и по завершению его (8-12 месяцев) решить вопрос о хирургическом вмешательстве
- в) возможно и то, и другое

198. С кавернозной формой туберкулеза приходится дифференцировать

- а) хронический абсцесс
- б) бронхоэктаз
- в) воздушную кисту
- г) полостную форму рака
- д) все перечисленное

199. Отличительным рентгенологическим признаком полостной формы рака от кавернозной формы туберкулеза является прогрессирование процесса со следующей симптоматикой

- а) с увеличением размера полости
- б) с изменением толщины стенки полости
- в) с периодической задержкой содержимого и появлением уровня
- г) с отсутствием очагов обсеменения в окружающих отделах легких
- д) всего перечисленного

200. Позволяют отличить вторичную кисту легкого туберкулезной этиологии от туберкулезной каверны следующие рентгенологические признаки: 1) толщина стенки до 1.5-2 мм 2) толщина стенки более 1.5-2 мм 3) толщина стенки равномерная 4) толщина стенки неравномерная, содержит включения - кальцинаты 5) внутренний контур стенки каверны неровный 6) внутренний контур стенки каверны сглаженный, ровный 7) наружный контур четкий 8) наружный контур нечеткий (фиброз, инфильтрация) 9) по периферии каверны - полиморфные очаги 10) по периферии каверны - фиброз, кальцинаты, уплотненные очаги

- а) правильные ответы 2, 4, 5, 8 и 9
- б) правильные ответы 2, 4, 5, 9 и 10
- в) правильные ответы 1, 3, 6, 7 и 10
- г) правильные ответы 1, 4, 6, 8 и 10

201. Наиболее достоверным критерием, позволяющим отличить каверну от вторичной кисты легкого, является

- а) длительное стабильное состояние процесса (2-5 лет) без обострений туберкулеза и рецидива бактериовыделения
- б) комплекс клинико-рентгенологических и лабораторных признаков, позволяющих исключить сохраненную активность туберкулеза
- в) данные биопсии с цитологическим и бактериологическим исследованием материала

202. Наиболее достоверными методами верификации кавернозной формы туберкулеза и полостной формы рака являются

- а) рентгенологический и бронхологический
- б) биохимический и иммунологический
- в) пробное лечение и динамическое наблюдение

г) бактериологический и цито-гистологический

203. Для проведения дифференциальной диагностики между кавернозной формой туберкулеза и нетуберкулезными заболеваниями у больных, не выделяющих микобактерии туберкулеза в мокроте, рационально провести

- а) пробное лечение антибактериальными препаратами, не обладающими противотуберкулезным действием, в течение 10-14 дней
- б) пробное лечение тремя противотуберкулезными препаратами
- в) трансторакальную игловую биопсию или катетербиопсию во время бронхоскопии с цитологическим и бактериологическим исследованием материала

204. Течение туберкулеза у больных хроническим бронхитом

- а) не отличается от обычного
- б) характеризуется менее благоприятным течением
- в) можно охарактеризовать неблагоприятным только у части больных

205. Фиброзно-кавернозный туберкулез среди впервые выявленных больных (в среднем) составляет

- а) до 2%
- б) 2-4%
- в) 5-6%
- г) 5-8%
- д) 8-12%

206. Фиброзно-кавернозный туберкулез среди контингентов больных в среднем составляет

- а) 5-9%
- б) 10-15%
- в) 16-20%
- г) 21-25%
- д) 26-30%

207. Для трансформации "свежего" деструктивного туберкулеза в фиброзно-кавернозный требуется около

- а) 6-12 месяцев
- б) 12-18 месяцев
- в) около 18-24 месяцев
- г) около 3-5 лет

208. Трансформация в фиброзно-кавернозный туберкулез может произойти за период 6-12 месяцев лишь

- а) при инфильтративном туберкулезе, типа облаковидного инфильтрата или лобита в фазе распада
- б) при казеозной пневмонии
- в) при хроническом диссеминированном туберкулезе легких в фазе распада
- г) при всем перечисленном

209. Способствует переходу "свежего" деструктивного туберкулеза в фиброзно-кавернозный все перечисленное, кроме

- а) исходной тяжелой формы процесса
- б) серьезных сопутствующих заболеваний
- в) плохой переносимости больным лекарственных средств и лекарственной неустойчивости микобактерий туберкулеза

г) заражения туберкулезом стенки дизонтогенетических бронхоэктазов и врожденных кист

210. Фиброзно-кавернозный туберкулез редко формируется

- а) из очагового туберкулеза
- б) из инфильтративного туберкулеза
- в) из туберкулемы легкого
- г) из диссеминированного туберкулеза
- д) из туберкулеза бронхов (как формы туберкулеза)

211. При фиброзно-кавернозном туберкулезе легких клинические признаки заболевания

- а) могут отсутствовать
- б) как правило, имеют место, они более выражены в период обострения заболевания
- в) всегда наблюдаются, но более выражены в период обострения заболевания
- г) всегда резко выражены, в период обострения - резкая декомпенсация функции органов дыхания и кровообращения

212. Комплекс клинических признаков заболевания при фиброзно-кавернозном туберкулезе

- а) высокоспецифичен и позволяет отличить его как от других форм туберкулеза, так и от другой легочной патологии
- б) специфичен для этой формы туберкулеза и позволяет отличить ее от других форм туберкулеза
- в) неспецифичен, схож с другими хроническими болезнями органов дыхания

213. При фиброзно-кавернозном туберкулезе легких стенка каверны имеет

- а) слой казеозного некроза, слой специфических грануляций и фиброзной ткани
- б) слой казеозного некроза, слой специфических грануляций и неспецифической инфильтрации
- в) слой казеозного некроза и слой грубой рубцовой ткани с вращением последней в интерстиций легкого

214. При фиброзно-кавернозном туберкулезе легких по периферии каверны обычно обнаруживаются

- а) участки пневмосклероза и эмфиземы
- б) очаги осумкованного казеоза, очаги казеоза, окруженные зоной воспаления и с элементами специфической гранулемы, туберкулезные бугорки, участки пневмосклероза и эмфиземы
- в) малоизмененная легочная ткань
- г) правильные ответы а) и б)
- д) верно все перечисленное

215. Рентгенологическая картина легочных изменений при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких характеризуется

- а) полиморфизмом изменений при наличии одной или нескольких полостей в легких
- б) однотипными изменениями при наличии одной или нескольких полостей в легких
- в) наличием изолированной полости в легких
- г) всем перечисленным

216. Каверна (каверны) при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких на рентгенограмме имеют представленные ниже признаки, кроме

- а) значительной толщины и неравномерности по толщине ее стенок
- б) неровного внутреннего контура
- в) тяжистого и нечеткого наружного контура

г) тонкостенности и равномерности ее толщины на всем протяжении

217. По периферии каверны (каверн) на рентгенограмме

- а) изменения отсутствуют или имеется незначительное усиление легочного рисунка
- б) определяются полиморфные очаговые тени, участки пневмосклероза и эмфиземы, а также уплотнение плевры
- в) видны единичные кальцинированные очаги и пневмофиброз
- г) возможно все перечисленное

218. Распространенность поражения при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких чаще

- а) не превышает одного сегмента легкого
- б) не превышает двух сегментов легкого
- в) не превышает трех сегментов легкого
- г) захватывает долю легкого и более

219. Каверны при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких чаще обнаруживаются

- а) во 2 сегменте легкого
- б) в 1-2 сегментах легкого
- в) в 1-2-6 сегментах легкого
- г) в 1-3-6-10 сегментах легкого
- д) во 2-3-6-4-5 сегментах легкого

220. Каверна (каверны) при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких

- а) чаще бывают единичным, размером от 0.5 до 1-1.5 см
- б) чаще бывают среднего и большого размера (от 2 до 3 см и более)
- в) чаще бывают гигантскими (от 6-7 см), изолированными
- г) все перечисленные варианты

221. При каверне, расположенной в верхней доле правого легкого очаги бронхогенного обсеменения чаще обнаруживаются

- а) в нижних отделах правого легкого
- б) в нижних отделах левого легкого
- в) в нижних отделах правого и левого легкого

222. При каверне, расположенной в верхней доле левого легкого, очаги бронхогенного обсеменения чаще обнаруживаются

- а) в нижних отделах правого легкого
- б) в нижних отделах левого легкого
- в) в нижних отделах правого и левого легкого

223. Самым частым специфическим осложнением фиброзно-кавернозного туберкулеза легких являются

- а) туберкулез крупного бронха (главного, долевого)
- б) туберкулез гортани
- в) туберкулез кишечника
- г) казеозная пневмония
- д) милиарный туберкулез, туберкулезный менингит

224. Самым редким специфическим осложнением фиброзно-кавернозного туберкулеза легких являются

- а) туберкулез крупного бронха (главного, долевого)
- б) туберкулез гортани

- в) туберкулез кишечника
- г) казеозная пневмония
- д) милиарный туберкулез, туберкулезный менингит

225. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких осложняется туберкулезом главного, долевого или устья сегментарных бронхов

- а) в 5-10% случаев
- б) в 12-18% случаев
- в) в 20-25% случаев
- г) более, чем 25% случаев

226. У больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких туберкулез стенки главного и долевого бронха не сопровождается симптомами поражения бронхиального дерева

- а) в 10% случаев
- б) в 30% случаев
- в) в 50% случаев
- г) в 80% случаев

227. Дренирующие каверну бронхи при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких

- а) деформированы, имеют признаки хронического воспаления слизистой и более глубоких слоев
- б) поражены туберкулезом в виде локального казеозного эндобронхита
- в) поражены туберкулезом в виде казеозного и язвенного панбронхита, деформированы, имеются бронхоэктазы, в стенках которых - туберкулезные бугорки и специфическая грануляционная ткань

228. Самым частым неспецифическим осложнением при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких является

- а) дыхательная недостаточность
- б) хроническое легочное сердце
- в) легочная геморрагия
- г) амилоидоз внутренних органов

229. Амилоидоз поражает все нижеперечисленные органы и ткани, кроме

- а) печени и селезенки
- б) слизистой ротовой полости и кишечника
- в) бронхов
- г) плевры

230. Самыми начальными признаками амилоидоза почек является

- а) гипопротеинемия, микрогематурия
- б) протеинурия
- в) цилиндрурия

231. Бактериовыделение у больного фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, не подвергшегося лечению или в период обострения заболевания

- а) обильное и постоянное
- б) обильное, периодическое
- в) скудное и постоянное
- г) скудное, периодическое

232. Основным критерием затихания вспышки инфекционного процесса при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких будет

- а) исчезновение симптомов интоксикации
- б) прекращение положительной динамики в рентгенологической картине заболевания
- в) прекращение бактериовыделения

233. Длительное и стойкое (многие месяцы, годы) прекращение бактериовыделения для фиброзно-кавернозного туберкулеза легких

- а) обычное явление, указывающее на длительную ремиссию процесса
- б) не характерно
- в) возможно

234. Длительное и стойкое прекращение бактериовыделения (многие месяцы) у больных при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких обычно можно связать со всеми перечисленными факторами, кроме

- а) эффективного лечения
- б) стабилизации туберкулезного процесса
- в) трансформации туберкулезного процесса в цирротический
- г) излечения туберкулеза

235. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких отличается от цирротического

- а) клинической симптоматикой
- б) рентгенологической картиной - по наличию или отсутствию каверны, а также по степени развития рубцовых изменений в легких
- в) активностью туберкулезного процесса, документируемого клиническим течением, обострениями и признаками прогрессирования, бактериовыделением

236. Основным критерием, позволяющим отличить фиброзно-кавернозный туберкулез легких от полостной формы рака и хронического абсцесса, является

- а) клиническое течение заболевания
- б) рентгенологическая картина легочных изменений
- в) обнаружение микобактерий туберкулеза

237. Комбинированная химиотерапия позволяет добиться длительной ремиссии процесса при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких с прекращением бактериовыделения

- а) у 30-40% больных
- б) у 50-60% больных
- в) у 70-80% больных
- г) у 85% и более процентов больных

238. Основной причиной неудачи химиотерапии больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких является

- а) наличие каверны с казеозным некрозом
- б) наличие грубой фиброзной капсулы в стенке каверны
- в) устойчивость микобактерий туберкулеза к лекарственным средствам и непереносимость их больными
- г) правильные ответы а) и в)
- д) правильные ответы б) и в)

239. В группе больных, страдающих фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, оперативное вмешательство в среднем удается провести

- а) в 2-4% случаев

- б) в 8-12% случаев
- в) в 15-20% случаев
- г) в 20-40% случаев

240. Повышает операбельность больных, страдающих фиброзно-кавернозным туберкулезом легких

- а) предоперационная специфическая химиотерапия
- б) лечение сопутствующих заболеваний
- в) лечение хронического "легочного сердца" и дыхательной недостаточности
- г) применение наряду с резекцией легкого (лобэктомией и пневмонэктомией) торакопластики и кавернотомии
- д) все перечисленное

241. Основным противопоказанием к проведению хирургической операции у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких является

- а) пожилой возраст и сопутствующие заболевания
- б) большая распространенность туберкулезного процесса
- в) сопутствующая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность
- г) все перечисленное

242. Несмотря на применение современных методов лечения, прогрессирование туберкулеза у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких наблюдается

- а) в 15-20% случаев
- б) в 24-30% случаев
- в) в 35-40% случаев
- г) в 40-45% случаев

243. Наиболее частой причиной смерти больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких является

- а) легочно-сердечная недостаточность
- б) прогрессирование легочного туберкулеза
- в) присоединение внелегочного туберкулеза (менингит и т.д.)
- г) легочное кровотечение и амилоидоз внутренних органов
- д) серьезное сопутствующее заболевание (инфаркт миокарда, рак и т.д.)

244. Самым частым неспецифическим осложнением, приводящим больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких к смерти, является

- а) легочно-сердечная недостаточность
- б) легочное кровотечение
- в) амилоидоз органов
- г) истощение

245. Определение цирротическ туберкулез - это

- а) инфекционный процесс, характеризующийся грубым разрастанием соединительной ткани в легких, низкой активностью специфического воспаления и нарушением со стороны функции внешнего дыхания и гемодинамики легких
- б) туберкулезный процесс, осложняющийся пневмоциррозом
- в) массивное разрастание соединительной ткани в легком и плевре туберкулезной этиологии при сохранении активности инфекционного процесса

246. Среди контингента больных туберкулезом, находящегося под наблюдением противотуберкулезного диспансера, цирротический туберкулез составляет

- а) 0-1% случаев
- б) 2-4% случаев
- в) 10-12% случаев
- г) более 20% случаев

247. Цирротический туберкулез чаще встречается у больных

- а) молодого возраста
- б) среднего возраста
- в) пожилого возраста
- г) во всех возрастных группах одинаково часто

248. Цирротический туберкулез формируется из перечисленных ниже клинических форм, кроме

- а) туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, осложненного бронхо-легочным поражением и туберкулезом бронхов
- б) очагового туберкулеза и бронхо-лобулярного инфильтрата
- в) диссеминированного и фиброзно-кавернозного
- г) лобита и казеозной пневмонии
- д) туберкулеза плевры

249. В патогенезе цирротического туберкулеза существенную роль играют все нижеперечисленные факторы, кроме

- а) формы исходного туберкулезного процесса
- б) осложнений в виде специфического и неспецифического поражения бронхов
- в) методов лечения исходного туберкулезного процесса
- г) сопутствующих заболеваний
- д) пороков развития легкого

250. Формированию цирротического туберкулеза способствуют все перечисленные факторы, кроме

- а) биологических особенностей возбудителя
- б) вирулентности микобактерий туберкулеза
- в) местной сенсбилизации и возрастных особенностей организма
- г) осложнений специфического процесса, сопутствующих заболеваний легкого, сердечно-сосудистой системы
- д) заражения устойчивыми штаммами микобактерий туберкулеза

251. Основное отличие цирроза от пневмосклероза заключается

- а) в большом объеме поражения
- б) в объемном уменьшении пораженного участка легкого с потерей его воздушности
- в) в полной структурной перестройке органа или его части с потерей его функции

252. Основным отличием цирротического туберкулеза от посттуберкулезного цирроза является

- а) наличие полостных образований в легких
- б) сохранение очаговых изменений в структуре патологического процесса
- в) сохранение активности туберкулезного процесса
- г) все перечисленное

253. Отличить цирротический туберкулез от посттуберкулезного цирроза по рентгенологическим критериям

- а) удастся легко

- б) не удается
- в) как правило не удается и требует дополнительных клинических и лабораторных данных

254. При цирротическом туберкулезе инфекционный процесс обычно обнаруживается во всех перечисленных морфологических структурах, кроме

- а) участков гиалинизированной рубцовой ткани
- б) очищенных и частично санированных полостей деструкции
- в) стенок бронхов и бронхоэктазий
- г) очагов осумкованного казеозного некроза

255. В участке пневмоцирроза бронхиальное дерево претерпевает следующие изменения

- а) атрофируются мышцы и эластические волокна в стенках бронхов, просвет их деформируется
- б) формируются свободные и заполненные цилиндрические и мешотчатые бронхоэктазы
- в) облитерируются просветы мелких бронхов
- г) все перечисленное

256. Основным признаком, указывающим на активность специфического процесса при цирротическом туберкулезе, является

- а) интоксикация
- б) кровохарканье или легочное кровотечение
- в) обнаружение микобактерий туберкулеза
- г) эффект от специфического лечения

257. Клиническая симптоматика при цирротическом туберкулезе в основном зависит

- а) от фазы течения туберкулезного процесса (инфильтрации, распада, обсеменения)
- б) от распространенности поражения и осложнений
- в) от патогенеза формирования цирротического процесса
- г) от всего перечисленного

258. Клинически посттуберкулезный пневмоцирроз от цирротического туберкулеза отличается

- а) отсутствие симптомов интоксикации, кашля, мокроты
- б) абациллирование мокроты на протяжении 1-2 лет
- в) потеря активности туберкулезного процесса, документированная лабораторными методами исследования (бактериологическим, иммунологическим), а также клиническим наблюдением

259. Полостные образования при цирротическом туберкулезе могут быть отображением всего перечисленного, кроме

- а) очищенных от казеозных масс и частично оздоровленных туберкулезных каверн с малым содержанием инфекции
- б) трехслойных туберкулезных каверн, содержащих большое число микобактерий туберкулеза
- в) бронхоэктазов
- г) булл
- д) вторичных (воспалительных) кист

261. Осложнениями цирротического туберкулеза являются все перечисленные ниже, кроме

- а) кровохарканий и легочных кровотечений
- б) дыхательной и сердечной недостаточности
- в) амилоидоза внутренних органов
- г) бактериальной и грибковой инфекции
- д) паразитарной и вирусной инфекции

- 262. Источником легочных геморрагий у больных цирротическим туберкулезом являются**
- а) сосуды стенки бронхов
 - б) аневризматически расширенные сосудистые анастомозы легких
 - в) поврежденные токсинами бактерий или грибков сосуды малого круга кровообращения
 - г) правильные ответы а) и б)
 - д) правильные ответы б) и в)
- 263. Основным рентгенологическим признаком цирроза легкого или его части является**
- а) уменьшение объема, избыточность и деформация легочного рисунка, потеря воздушности в пораженном участке легкого
 - б) повышение воздушности непораженных отделов легких
 - в) деформация, расширение и стеноз бронхов
 - г) смещение и деформация корня легкого, смещение средостения в сторону поражения
 - д) все ответы правильные
- 264. Характер рентгенологической картины при цирротическом туберкулезе зависит от всех перечисленных факторов, кроме**
- а) объема поражения
 - б) исходной формы туберкулезного процесса
 - в) степени поражения бронхов
 - г) активности туберкулезного процесса
- 265. О состоянии микроциркуляции сосудистого русла при пневмоциррозе свидетельствует**
- а) ЭКГ и ФКГ
 - б) ангиопульмонография (АПГ)
 - в) радиопульмонография (РПГ)
 - г) правильные ответы б) и в)
 - д) все перечисленное
- 266. Цирротический туберкулез требует дифференциальной диагностики**
- а) с хронической пневмонией и постпневмоническим пневмоциррозом
 - б) с пороком развития легкого (с гипоплазией)
 - в) с опухолью крупного бронха
 - г) с посттуберкулезным пневмоциррозом
 - д) все ответы правильные
- 267. Предупреждает избыточное развитие соединительной ткани при туберкулезном воспалении**
- а) своевременное выявление заболевания
 - б) рациональная организация комплексного лечения туберкулеза, в том числе и средств патогенетической терапии
 - в) своевременная диагностика и устранение осложнений легочного туберкулеза и туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов
 - г) распознавание и лечение сопутствующих заболеваний
 - д) все ответы правильные
- 268. Предупреждает избыточное развитие соединительной ткани при туберкулезном воспалении**
- а) своевременное выявление заболевания
 - б) рациональная организация комплексного лечения туберкулеза, в том числе и средств патогенетической терапии

- в) своевременная диагностика и устранение осложнений легочного туберкулеза и туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов
- г) распознавание и лечение сопутствующих заболеваний
- д) все ответы правильные

269. В профилактике развития пневмоцироза у больных туберкулезом в экссудативной фазе течения заболевания следует предусмотреть применение

- а) кортикостероидных гормонов
- б) антиоксидантов (тиосульфата натрия, токоферола и др.)
- в) препаратов группы D-пенициллина (купренила и др.)

270. В профилактике развития пневмоцироза у больных туберкулезом в экссудативной фазе течения заболевания следует предусмотреть применение

- а) кортикостероидных гормонов
- б) антиоксидантов (тиосульфата натрия, токоферола и др.)
- в) препаратов группы D-пенициллина (купренила и др.)

271. Хирургическая операция при цирротическом туберкулезе показана

- а) при одностороннем и относительно ограниченном поражении с бронхоэктазами
- б) при частых обострениях неспецифической инфекции в зоне цирротических туберкулезных изменений у больных с односторонним поражением
- в) у больных молодого и среднего возраста
- г) при отсутствии тяжелой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности
- д) все ответы правильные

272. При подготовке к оперативному вмешательству больному с цирротическим туберкулезом необходимо провести следующее исследование

- а) ЭКГ
- б) ФВД
- в) радиопульмонографию
- г) бронхографию
- д) все ответы правильные

273. Самым частым механизмом возникновения вторичного туберкулеза является

- а) экзогенная суперинфекция
- б) экзогенная реинфекция
- в) эндогенная реинфекция

274. Наиболее часто плевральные боли обусловлены:

- а) сухим плевритом
- б) спаечным процессом
- в) экссудативным плевритом
- г) эмпиемой плевры

275. Туберкулезный плеврит - это воспаление плевры туберкулезной этиологии. Такое определение

- а) правильно
- б) неправильно
- в) неточно

276. Туберкулезная этиология плеврита чаще встречается в возрастной группе

- а) 13-29 лет

- б) 30-39 лет
- в) 40-49 лет
- г) 50-50 лет
- д) 60 лет и старше

277. Чаще всего источник поражения плевры туберкулезом локализуется

- а) в бронхах
- б) во внутригрудных лимфатических узлах
- в) в кортикальных отделах легкого
- г) внелегочно
- д) правильные ответы б) и в)

278. Туберкулезная инфекция распространяется на плевру всеми перечисленными путями, кроме

- а) лимфогенного
- б) гематогенного
- в) бронхогенного
- г) контактного
- д) нарушения целостности легкого

279. Туберкулезная инфекция распространяется на плевру всеми перечисленными путями, кроме

- а) лимфогенного
- б) гематогенного
- в) бронхогенного
- г) контактного
- д) нарушения целостности легкого

280. При туберкулезном плеврите наблюдаются следующие морфологические изменения

- а) неспецифическое воспаление
- б) туберкулезные бугорки
- в) казеозный некроз
- г) правильные ответы б) и в)
- д) все перечисленное

281. В начальном периоде туберкулезного плеврита преобладают морфологические изменения в виде

- а) неспецифического воспаления
- б) туберкулезных бугорков
- в) казеозных изменений
- г) фиброза

282. Сухой (фибринозный) туберкулезный плеврит отличается от выпотного (экссудативного)

- а) степенью выраженности экссудации
- б) отсутствием тупого перкуторного звука
- в) постепенным развитием заболевания
- г) характером болевого синдрома

283. Для сухого плеврита характерны следующие клинические синдромы: 1) боли в грудной клетке 2) боль в грудной клетке при дыхании 3) одышка 4) кашель 5) затрудненное дыхание

- а) правильные ответы 1 и 4
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 5
- г) правильные ответы 3 и 4
- д) правильные ответы 2 и 4

284. Из приведенных физикальных симптомов для сухого плеврита является наиболее важным

- а) укорочение перкуторного звука
- б) ослабленное дыхание
- в) влажные мелкопузырчатые хрипы
- г) шум трения плевры
- д) смещение средостения

285. В диагностике сухого плеврита рентгенологический метод исследования

- а) уточняет причину развития плеврита
- б) выявляет плеврит
- в) не имеет значения

286. Излечение сухого плеврита чаще заканчивается

- а) отсутствием изменений в плевре
- б) наличием плевральных наложений
- в) плевроциррозом

287. Для выпотного (серозного) туберкулезного плеврита характерно сочетание следующих клинических симптомов: 1) боль на стороне поражения 2) симптомы интоксикации 3) одышка 4) отсутствие одышки 5) кашель с мокротой 6) затрудненное дыхание

- а) правильные ответы 1, 4 и 5
- б) правильные ответы 1, 2 и 6
- в) правильные ответы 1, 2 и 3
- г) правильные ответы 2, 3 и 5
- д) правильные ответы 3, 5 и 6

288. Для выпотного плеврита характерно сочетание следующих физикальных симптомов: 1) укорочение или тупой перкуторный звук 2) бронхиальное дыхание 3) ослабленное дыхание 4) усиление бронхофоний 5) ослабление бронхофоний 6) шум трения плевры в области тупого перкуторного звука 7) шум трения плевры выше тупого перкуторного звука 8) усиление голосового дрожания 9) ослабление голосового дрожания

- а) правильные ответы 1, 2, 5, 7 и 9
- б) правильные ответы 1, 3, 4, 6 и 9
- в) правильные ответы 1, 2, 4, 6 и 8
- г) правильные ответы 1, 3, 5, 7 и 9
- д) правильные ответы 2, 3, 6, 8 и 9

289. Рентгенологическую картину выпотного плеврита определяют

- а) количество накопившегося экссудата
- б) наличие или отсутствие плевральных сращений
- в) характер патологии в легком
- г) все перечисленное

290. Рентгенологическую картину свободного костодиафрагмального выпотного плеврита характеризуют все перечисленные симптомы, кроме

- а) высокой интенсивности тени, убывающей к периферии
- б) расположения тени в нижних отделах грудной полости
- в) косой направленности верхней границы тени
- г) неоднородной структуры тени
- д) смещения средостения в здоровую сторону

291. Для определения наддиафрагмального свободного выпота необходимо сделать рентгенограмму грудной полости

- а) в ортопозиции
- б) на вдохе
- в) в боковой позиции
- г) в латеропозиции
- д) на выдохе

292. На наличие осумкованного плеврального выпота указывают следующие признаки: 1) неоднородность тени 2) тень выпота сливается с тенью печени 3) более отвесная верхняя граница тени 4) двойной контур верхней границы тени 5) горизонтальное положение верхней границы тени

- а) правильные ответы 1 и 2
- б) правильные ответы 2 и 3
- в) правильные ответы 3 и 4
- г) правильные ответы 4 и 5
- д) правильные ответы 2 и 5

293. Наличие лимфоцитарного характера экссудата указывает

- а) на туберкулезную природу плеврита
- б) на затяжную или хроническую стадию течения плеврита
- в) на отсутствие диагностического значения
- г) на воспалительную природу плеврита

294. Содержание белка в выпоте менее 3% указывает

- а) на неспецифический характер воспаления
- б) на наличие трансудата
- в) на туберкулезный характер плеврита
- г) на опухолевую природу плеврита

295. У больных моложе 30 лет чаще наблюдаются

- а) метапневмонический плеврит
- б) опухолевый плеврит
- в) туберкулезный плеврит
- г) плеврит, связанный с сердечно-сосудистой патологией
- д) все перечисленное

296. У больных старше 40 лет чаще наблюдаются

- а) метапневмонический плеврит
- б) опухолевый плеврит
- в) туберкулезный плеврит
- г) плеврит, связанный с сердечно-сосудистой патологией
- д) все перечисленное

297. В комплекс лечебных мероприятий у больных туберкулезным экссудативным плевритом следует включать

- а) этиотропные химиопрепараты
- б) противовоспалительные препараты
- в) плевральные пункции с эвакуацией экссудата
- г) все перечисленное

298. Оптимальным диагностическим мероприятием для установления природы плеврита, этиологию которого не удалось установить по данным клинико-рентгенологического и лабораторного исследования, является

- а) пробное лечение
- б) трансторакальная биопсия плевры тонкой иглой
- в) трансторакальная биопсия плевры толстой иглой
- г) плевроскопия с биопсией

299. При появлении признаков осумкования плеврального выпота в комплексе лечебных мероприятий основным является

- а) проведение интенсивной этиотропной терапии
- б) применение физиотерапии
- в) назначение больших доз глюкокортикоидных гормонов
- г) частые плевральные пункции с удалением экссудата

300. Для выбора места прокола плевры при осумкованном плеврите следует использовать

- а) рентгенографию легких в прямой и боковой позициях
- б) аускультацию и рентгенографию в боковой проекции
- в) перкуссию и полипозиционную рентгеноскопию

Ответы на тесты междисциплинарной тестовой программы

Номер теста	Ответ	Номер теста	Ответ	Номер теста	Ответ
10.	А	11.	А	12.	Б
13.	Д	14.	В	15.	Г
16.	Б	17.	Б	18.	Б
19.	Г	20.	В	21.	А
22.	В	23.	Г	24.	В
25.	В	26.	В	27.	Д
28.	Г	29.	В	30.	Г
31.	А	32.	В	33.	Б
34.	Г	35.	Д	36.	Д
37.	Б	38.	В	39.	А
40.	Г	41.	А	42.	А
43.	В	44.	В	45.	Д
46.	Д	47.	Г	48.	Б
49.	А	50.	В	51.	В
52.	В	53.	Г	54.	Д
55.	Г	56.	Д	57.	Г
58.	Б	59.	Г	60.	Г
61.	Д	62.	Г	63.	Г
64.	А	65.	Г	66.	Д
67.	Г	68.	Д	69.	Д

70.	В	71.	В	72.	Д
73.	Д	74.	Г	75.	Д
76.	Г	77.	Г	78.	Д
79.	Д	80.	В	81.	А
82.	Г	83.	Д	84.	В
85.	Д	86.	Б	87.	В
88.	А	89.	В	90.	Д
91.	В	92.	В	93.	В
94.	Б	95.	А	96.	А
97.	Б	98.	Б	99.	Д
100.	Д	101.	В	102.	Д
103.	Б	104.	В	105.	В
106.	В	107.	Д	108.	Г
109.	В	110.	Д	111.	Г
112.	А	113.	Г	114.	Г
115.	В	116.	В	117.	Д
118.	Д	119.	Д	120.	Д
121.	Д	122.	В	123.	А
124.	Б	125.	А	126.	Б
127.	В	128.	А	129.	Б
130.	А	131.	Г	132.	В
133.	А	134.	А	135.	В
136.	А	137.	А	138.	Б
139.	В	140.	В	141.	В
142.	А	143.	В	144.	В
145.	В	146.	А	147.	Г
148.	А	149.	Г	150.	Б
151.	Г	152.	Д	153.	Д
154.	Д	155.	Б	156.	Г
157.	Д	158.	Д	159.	Г
160.	Г	161.	Г	162.	В
163.	В	164.	В	165.	А
166.	В	167.	Б	168.	В
169.	А	170.	А	171.	Б
172.	А	173.	В	174.	А
175.	Б	176.	Б	177.	А
178.	Г	179.	Г	180.	Б
181.	А	182.	Д	183.	А
184.	Г	185.	В	186.	А
187.	В	188.	А	189.	Г
190.	Б	191.	В	192.	А
193.	Г	194.	А	195.	В
196.	В	197.	Б	198.	Д
199.	Г	200.	Г	201.	Г
202.	Б	203.	Б	204.	Д
205.	А	206.	А	207.	Д
208.	Д	209.	В	210.	В
211.	Г	212.	В	213.	Б
214.	Б	215.	Б	216.	В
217.	Б	218.	Г	219.	Д

220.	В	221.	В	222.	А
223.	Г	224.	А	225.	Г
226.	Б	227.	Г	228.	В
229.	Б	230.	В	231.	Б
232.	А	233.	Д	234.	Б
235.	В	236.	В	237.	А
238.	Г	239.	А	240.	А
241.	В	242.	Б	243.	Г
244.	В	245.	В	246.	Б
247.	Д	248.	Б	249.	Д
250.	Г	251.	В	252.	Б
253.	А	254.	А	255.	Б
256.	В	257.	Б	258.	Г
259.	Д	260.	В	261.	В
262.	А	263.	Г	264.	В
265.	Б	266.	В	267.	В
268.	В	269.	Б	270.	Г
271.	Д	272.	Г	273.	Г
274.	Д	275.	Г	276.	В
277.	В	278.	Д	279.	Д
280.	Д	281.	А	282.	В
283.	А	284.	А	285.	Д
286.	В	287.	В	288.	В
289.	А	290.	А	291.	В
292.	Г	293.	А	294.	Б
295.	В	296.	Г	297.	Г
298.	Г	299.	Г	300.	В
301.	Б	302.	Б	303.	В
304.	Б	305.	Г	306.	Г
307.	Г	308.	ГВ	309.	Б

2. Дисциплина: Общественное здоровье и здравоохранение.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
УК-1; УК-2; УК-3	Номера тестов: 1-10
ПК-4	Номера тестов: 3, 10
ПК-10; ПК-11;	Номерв тестов: 1-10

Тесты:

1. Укажите правильное определение общественного здоровья и здравоохранения как науки:

- А) общественное здоровье и здравоохранение - здоровье и здравоохранении
- В) общественное здоровье и здравоохранение – наука о социальных проблемах медицины
- С) общественное здоровье и здравоохранение-система мероприятий по охране и здоровья населения

2. Общественное здоровье и здравоохранение – это:

- А) гигиеническая наука
- В) клиническая наука
- С) интегративная наука

D) общественная наука

3. При проведении медико-социальных исследований применяются следующие методы:

- A) исторический
- B) статистический
- C) экспериментальный
- D) экономический
- E) социологический
- F) все вышеперечисленные.

4. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются, кроме:

- A) генетические
- B) природно-климатические
- C) уровень и образ жизни населения
- D) уровень, качество и доступность медицинской помощи
- E) все вышеперечисленное

5. Основными задачами здравоохранения на этапе кризисного развития экономики являются, кроме:

- A) недопущение снижения объемов медицинской и лекарственной помощи
- B) использование финансовых и иных ресурсов на приоритетных направлениях
- C) сохранение общественного сектора здравоохранения
- D) увеличение кадрового потенциала
- E) переход на медицинское страхование

6. Программа государственных гарантий по предоставлению гражданам бесплатной медицинской помощи должна содержать:

- A) перечень соответствующих видов медицинской помощи
- B) объемы медицинской помощи
- C) базовую программу ОМС
- D) подушевой норматив финансирования ЗО
- E) все перечисленное

7. Лекарственное, в том числе льготное, обеспечение населения при оказании медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий включает все, кроме:

- A) упорядочения и обеспечения адресного предоставления льгот
- B) формирования списков лекарственных средств и изделий медицинского назначения для льготного обеспечения
- C) формирование перечней и объемов лекарственных средств и изделий медицинского назначения для лечения социально значимых заболеваний
- D) распределения перечня категорий граждан и социально значимых заболеваний для льготного обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения

8. В целях обеспечения доступности и адекватности лекарственной помощи необходимо:

- A) совершенствовать механизмы государственного регулирования лекарственного обеспечения
- B) обеспечить государственную поддержку отечественных производителей лекарственных средств
- C) совершенствовать организацию обеспечения лекарственными средствами и управление фармацевтической деятельностью
- D) все вышеперечисленное

9. Социальной базой здравоохранения не являются:

- A) органы и учреждения здравоохранения
- B) непрофессиональные общественные организации
- C) профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации
- D) отдельные граждане

10. Корреляционной решеткой называется:

- A) таблица, содержащая данные о величинах двух признаков
- B) таблица, содержащая данные о частотах различных сочетаний величин двух признаков
- C) таблица, содержащая данные о частотах различных сочетаний величин двух признаков, при построении которой произведена группировка членов совокупности по величине этих признаков.

Правильные ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

A	D	F	E	D	E	D	D	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

3. Дисциплина: Педагогика

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
УК-1	Номера тестов: 1, 2
УК-3	Номера тестов: 1, 2

Тесты:

1. Педагогика – это...

- А. наука о целенаправленном процессе передачи человеческого опыта и подготовки подрастающего поколения к жизнедеятельности
 В. наука о педагогическом процессе
 С. наука о воспитании
 D. наука об обучении и воспитании человека
 Е. наука о методах и формах обучения

2. Образование – это...

- А. целенаправленный процесс обучения и воспитания;
 В. процесс передачи накопленных поколениями знаний и культурных ценностей
 С. передача исторического и культурного опыта

Правильные ответы:

1	2
D	A

4. Дисциплина: Медицина чрезвычайных ситуаций

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
ПК-3; ПК-7; ПК-10; ПК-12	Номера тестов: 9, 10
ПК-5; ПК-6	Номера тестов: 2-8, 10

1. В каких случаях переливают кровь при оказании первой медицинской помощи?

- А) при продолжающемся внутрибрюшном кровотечении;
 В) при острой кровопотере в результате повреждения бедренной артерии после наложения на нее зажима;
 С) при продолжающемся внутриплевральном кровотечении;
 D) гемотрансфузии при оказании первой медицинской помощи вообще не производятся.

2. Компенсация острой кровопотери при оказании первой медицинской помощи проводится с использованием следующих инфузионно-трансфузионных сред:

- А) только кристаллоидных растворов;
 В) только коллоидных растворов;
 С) и коллоидных, и кристаллоидных растворов;
 D) основной объем вливаний составляют кровь и ее препараты.

3. При какой степени ишемии конечности могут отсутствовать пассивные движения в суставах?

- А) при компенсированной
 В) при декомпенсированной

С) при необратимой

4. При какой степени ишемии конечности отсутствуют показания к экстренному восстановлению поврежденного магистрального сосуда?

- А) при компенсированной
- В) при декомпенсированной
- С) при необратимой

5. Временное шунтирование сосуда впервые может быть применено при оказании:

- А) первой врачебной
- В) квалифицированной
- С) специализированной.

6. Какая анестезия может быть применена пострадавшему с повреждением грудной клетки при оказании первой врачебной помощи?

- А) вагосимпатическая блокада;
- В) паравертебральная блокада;
- С) блокада по Школьникову;
- Д) футлярная блокада;
- Е) эндотрахеальный наркоз.

7. Какая анестезия может быть применена при первичной хирургической обработке огнестрельной раны верхней трети бедра?

- А) внутритазовая блокада по Школьникову;
- В) футлярная блокада;
- С) блокада бедренного нерва;
- Д) наркоз;
- Е) блокада седалищного нерва;
- Ф) эпидуральная анестезия.

8. При оказании какого вида помощи может быть выполнена внутрикостная анестезия?

- А) доврачебной помощи;
- В) первой врачебной помощи;
- С) квалифицированной помощи;
- Д) специализированной помощи.

9. Укажите меры профилактики анаэробной инфекции на этапах медицинской эвакуации.

- А) транспортная иммобилизация;
- В) первичная хирургическая обработка раны;
- С) отказ от наложения первичных швов;
- Д) адекватная анестезия;

10. Укажите действия медицинского работника при оказании им доврачебной помощи, направленные на уменьшение болевого синдрома у пострадавшего с переломом бедра.

- А) анестезия области перелома;
- В) введение наркотических анальгетиков;
- С) блокада седалищного нерва;
- Д) транспортная иммобилизация.

Правильные ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Д	С	С	С	В	А, В	Д	Д	В	В, Д

5. Дисциплина – Патология

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
ПК-1	Номера тестов: 1-11

ПК-6	Номера тестов: 6, 8, 10, 11
------	-----------------------------

Тесты

1. При атеросклерозе первично поражаются:

- A. Артериолы
- B. Артерии мышечного типа
- C. Артерии эластического типа
- D. Артерии мышечно-эластического типа
- E. Вены

2. Выбрать один правильный ответ. Оболочка стенки артерии, которая преимущественно поражается при атеросклерозе:

- A. Адвентиция
- B. Медиа
- C. Интима

3. Выбрать все правильные ответы. Клинико-морфологические формы атеросклероза:

- A. Аорты
- B. Почечных артерий
- C. Артерий желудка
- D. Артерий мозга
- E. Легочной артерии

4. Выбрать все правильные ответы. Стадии атеросклероза:

- A. Жировые бляшки
- B. Пристеночный тромб
- C. Жировые пятна и полосы
- D. Фиброзные бляшки
- E. Осложненные поражения

5. Выбрать все правильные ответы. Факторы риска атеросклероза:

- A. Гиперлипидемия
- B. Увеличение уровня ЛПВП в сыворотке крови
- C. Гипергликемия
- D. Артериальная гипертензия
- E. Стресс

6. Морфологические признаки гепатоза:

- A. Зернистая дистрофия
- B. Гидропическая дистрофия
- C. Гиалиново – капельная дистрофия
- D. Жировая дистрофия
- E. Роговая дистрофия

7. Наследственный гепатоз проявляется при заболеваниях:

- A. болезнь Вильсона
- B. болезнь Гирке
- C. болезнь Пика
- D. болезнь Риклинхаузена
- E. болезнь Боткина

8. Эндогенные причины токсической дистрофии печени:

- A. Тиреотоксикоз
- B. Сахарный диабет
- C. Болезнь Иценко-Кушинга
- D. Акромегалия

9. Морфологические признаки цирроза:

- A. Склероз портальных трактов
- B. Некроз гепатоцитов
- C. Нарушение балочного строения гепатоцитов
- D. Воспалительная инфильтрация
- E. Пролиферация желчных протоков

10. Причинами гемолитической анемии являются:

- A. Гемосидероз печени

- В. Отравление соединениями свинца
- С. Введение пенициллина
- Д. Сфероцитоз

11. Признаками железодефицитной анемии являются:

- А. Снижение числа ретикулоцитов в периферической крови
- В. Увеличение размеров эритроцитов
- С. Гиперхромия эритроцитов
- Д. Резкое уменьшение гемосидерина в костном мозге
- Е. Дефицит фолиевой кислоты

Правильные ответы:

1 А, С, D	2 С	3 А, В, D	4 С, D, E	5 А, В, С, D, E	6 А	7 А, С	8 А	9 С, E	10 D	11 А, С, D, E
--------------	--------	--------------	--------------	-----------------------	--------	-----------	--------	-----------	---------	---------------------

6. Дисциплина – Клиническая фармакология

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
УК-1; ПК-6	1-10

1. В основе проблемы избирательности действия лекарственных средств лежит понятие тропности (направленности). Какой из ниже перечисленных терминов Вы считаете ошибочным:

- А. “орган-мишень”
- В. “клетка-мишень”
- С. “молекула-мишень”

2. Укажите основной компонент структуры рецептора к лекарственному средству:

- А. белки
- В. сиаловые кислоты
- С. липиды
- Д. ионы
- Е. нуклеотиды

3. Обозначьте специфические транспортные системы лекарственных веществ:

- А. сывороточный альбумин
- В. лейкоциты
- С. тромбоциты

4. Укажите необходимый этап в механизме регуляции стероидами генетической активности клеток-мишеней:

- А. связывание стероидов с цитозольными рецепторами
- В. связывание стероида с поверхностью плазматических мембран
- С. связывание стероида с комплексом Гольджи

5. При каких типах гиперлипидемии показано назначение статинов (ловастатина, флувастатина, правастатина)?

- А. III
- В. IIА и Б
- С. V
- Д. гипо-альфа-холестеринемия

6. При каких типах дислипидемии эффективно назначение фибратов (гевилона, липантила 200М, ципрофибрата, безафибрата)?

- А. II Б
- В. III
- С. IV, V
- Д. гипо-альфа-холестеринемия
- Е. при всех

7. Представители каких классов гиполипидемических препаратов наиболее эффективно повышают ХС ЛВП (на 15-25%)?

- A. статины и смолы-секвестранты желчных кислот
- B. статины и пробукол
- C. пробукол
- D. никотиновая кислота и ее производные, фибраты
- E. все вышеперечисленные препараты

8. Возможно ли развитие осложнений после внезапного прекращения длительного применения гиполипидемических средств (синдрома отмены)?

- A. нет
- B. нет, если применять курсами по 2-3 месяца
- C. нет, если применять курсами по 6 месяцев
- D. да
- E. как правило, нет, однако возможно при IV и V типах с очень высоким уровнем ТГ (больше 1000 мг/дл до лечения).

9. Абсолютные противопоказания к применению нитратов:

- A. нестабильная стенокардия
- B. глаукома
- C. острый инфаркт миокарда правого желудочка, острое нарушение мозгового кровообращения, кардиогенный шок
- D. острый инфаркт миокарда левого желудочка
- E. недостаточность кровообращения II ст.

10. Какие препараты, являющиеся донаторами SH-групп, способствуют восстановлению чувствительности к нитратами?

- A. эналаприла малеат
- B. каптоприл, N-цистеин, метионин
- C. нифедипин, верапамил
- D. корватон
- E. валсартан, ренитек

Правильные ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	A	A	B	B	E	D	E	C	B

7. Дисциплина – Социально-психологические основы профессиональной деятельности

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
УК-2; ПК-9	1-10

1. Деонтология – это:

- A. совокупность нравственных норм профессионального поведения медицинских работников
- B. перечень нравственных принципов и установок
- C. наука о взаимоотношениях врача и пациента
- D. принципы поведения врача

2. Конфликт – это:

- A. ситуация, в которой сталкиваются альтернативные взгляды, противоречивые позиции, противоположные цели и средства их достижения
- B. противоречия между людьми
- C. воспринимаемая несовместимость действий или целей, столкновение противоположно направленных интересов, позиций, мнений общающихся личностей
- D. спорная ситуация между людьми

3. Личность – это:

- A. индивидуальное проявление особенностей характера
- B. комплекс психических функций индивидуума
- C. проявление собственных взглядов в обществе
- D. целостность субъективной реальности и способ бытия человека в системе взаимоотношений с другими

4. Коллектив – это:

- A. организационная структура с высоким уровнем внутригруппового сотрудничества
- B. группа ранее незнакомых людей, случайно оказавшихся (или специально собранных) в одном месте и в одно время
- C. группа людей, объединенных общими целями, достигшая высокого уровня развития в ходе социально ценной совместной деятельности
- D. совокупность индивидов, непосредственно взаимодействующих друг с другом для достижения общих целей и осознающих свою принадлежность к данной совокупности

5. Физические детерминанты половой принадлежности - все, кроме:

- A. генетический пол.
- B. гормональный пол
- C. соматический пол
- D. социальный пол
- E. гражданский пол

6. Гендерная роль – это:

- A. представления о том, как действительно ведут себя мужчины и женщины.
- B. набор ожидаемых образцов поведения (норм) для мужчин и женщин.
- C. несколько общепризнанных характеристик, по которым мужчины и женщины достоверно отличаются друг от друга
- D. идентификация себя с женским или мужским полом.

7. Возраст 65-72 года – это:

- A. старость
- B. пожилой возраст
- C. средний возраст
- D. зрелый возраст

8. Этапы социализации – все, кроме:

- A. социализация младенца.
- B. сервичная социализация.
- C. социализация подростка.
- D. юношеская социализация.
- E. социализация взрослых.

9. Типы общения – все, кроме:

- A. императивное
- B. диалогическое
- C. идеалогическое
- D. манипулятивное

10. Рефлексия – это:

- A. уподобление себя другому человеку
- B. осознание действующим индивидом того, как он воспринимается партнером по общению
- C. способ понимания другого человека
- D. принятие на себя свойств другого человека

Правильные ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	C	D	C	D	B	B	A	C	B

Приложение 2

**БУ ВО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ (ВТОРОЙ ЭТАП)**

- 1. Дисциплина: Перечень заданий по практическим навыкам по фтизиатрии.**
2. Методика опроса, осмотра больного и оформление истории болезни.
3. Составление плана обследования больного.

4. Умение анализировать, оценивать данные клинических, иммунологических,
 1. биохимических лабораторных исследований.
5. Оказание неотложной помощи больным с анафилактическими реакциями.
6. Установка и запуск трансфузионных систем для внутривенного
 2. введения лекарственных растворов, крови, плазмы, кровезаменителей.
3. Трактовка электро-кардиографического исследования (ЭКГ);
4. Измерение артериального давления;
5. Трактовка рентгенограмм, линейных томограмм, компьютерных томограмм легких;
6. Оценка показателей функции внешнего дыхания и газообмена;
7. Трактовка результатов ультразвукового исследования;
8. Оценка формулы крови;
9. Оценка гликемических и глюкозурических показателей;
10. Оценка характера туберкулиновых реакций в том числе и с использованием аллергенов туберкулезных рекомбинантных.
11. Оценить данные ЭКГ, ЭхоКС,
12. Оформление экстренных извещений.
13. Оформление листов временной нетрудоспособности.
14. Представление больных на КЭК.
15. Оформление медицинской документации на МСЭК.
16. Оформление санаторно-курортной карты.
17. Показатели работы амбулаторно-поликлинической службы во фтизиатрии.
18. Оформление документации для страховой компании.
19. Применение методов физиотерапевтического лечения.
20. Выписывание рецептов.
21. Оказание первой экстренной помощи при острой остановке сердца.
22. Проведение прямого массажа сердца.

2. Дисциплина: Общественное здоровье и здравоохранение

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1; УК-3	1-12
ПК-4; ПК-11	1-12

Перечень практических навыков

1. Методы расчета и анализа показателей смертности.
2. Расчет показателя материнской смертности.
3. Расчет показателя младенческой смертности.
4. Расчет показателя перинатальной смертности.
5. Естественный прирост населения. Расчет и интерпретация.
6. Расчет показателей рождаемости.
7. Показатели работы амбулаторно-поликлинической службы в акушерстве и гинекологии.
8. Расчет мертворождаемости.
9. Расчет показателей ранней и поздней неонатальной смертности.
10. Расчет показателя фетинантальных потерь.
11. Расчет необходимого количества коек.
12. Выписка листка нетрудоспособности (дородовый и послеродовый декретный отпуск).

3. Дисциплина: Педагогика.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1	1-10
УК-3	2-10

Творческое задание

1. Проанализируйте имеющиеся международные документы по проблемам образования, выделите актуальные социально-педагогические проблемы современного высшего образования, предложите варианты их решения.

2. Проанализируйте педагогические технологии, которые используются в личностно ориентированном обучении. Приведите соответствующие примеры.

3. На основе анализа психолого-педагогических теорий составьте таблицу возможных подходов к разработке проектов обучения в высшей школе.

4. Подготовьте статью по проблемам индивидуализации обучения в высшей школе, приведите примеры эффективного решения данной проблемы.

5. Педагогическое общение и основы коммуникационной культуры преподавателя высшей школы.

6. Проанализируйте имеющиеся в психологии и дидактике подходы к диагностике учебных достижений. Разработайте вариант оценки достижений студентов в учебном процессе.

7. Подготовьте и опишите индивидуальный стиль педагогической деятельности преподавателя.

8. Разработайте план проведения учебно-просветительского занятия.

9. Покажите влияние особенностей самоутверждения личности специалиста на его профессиональную деятельность. Какие этапы выделяются в процессе самоутверждения личности? Раскройте их содержание. Как взаимосвязаны такие явления, как самоопределение и самоутверждение личности?

10. Какие личностные особенности оказывают заметное влияние на содержание и успешность самоутверждения специалиста? Обоснуйте показатели успешности профессионального самоутверждения специалиста.

4. Дисциплина: Медицина чрезвычайных ситуаций

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
ПК-3	1-5
ПК-10	1, 3
ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12	1-12

Перечень практических навыков

1. Приемы медицинской сортировки в чрезвычайных ситуациях.

2. Способы оказания первой, доврачебной и первой медицинской помощи при неотложных состояниях пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.
3. Приемы и способы эвакуации пострадавших в чрезвычайных ситуациях.
4. Приемы и способы использования индивидуальных средств защиты.
5. Применение антидотных и радиозащитных средств в объеме первой медицинской помощи.
6. Оказание первой медицинской помощи при огнестрельных ранениях.
7. Выполнение этапов хирургической обработки огнестрельной раны.
8. Осуществление временной остановки наружного кровотечения с помощью: пальцевого прижата, давящей повязки, кровоостанавливающего жгута.
9. Выполнение противошоковых мероприятий при ранениях груди, живота, таза, конечностей при оказании первой медицинской помощи.
10. Выполнение неотложных мероприятий первой медицинской помощи при комбинированных поражениях.
11. Выполнение неотложных мероприятий первой медицинской помощи при термических поражениях различной локализации.
12. Выполнение неотложных мероприятий первой медицинской помощи при синдроме длительного сдавления.

5. Дисциплина: Патология

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
ПК-1	1, 2
ПК-6	3, 4

Перечень практических навыков

1. Забор материала на лабораторные исследования с целью диагностики причины, морфогенеза и исхода заболевания.
2. Технология макроскопической диагностики при акушерских и гинекологических заболеваниях.
3. Сравнительный анализ данных медицинской документации умершего и данных, обнаруженных при исследовании трупа.
4. Сопоставление морфологических и клинических проявлений болезни.

6. Дисциплина: Клиническая фармакология

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1	1-16
ПК-6	3-12

Перечень практических навыков

1. Особенности фармакотерапии у беременных женщин при нормальном течении беременности.
2. Особенности фармакотерапии у беременных женщин при осложненном течении беременности.
3. Рациональная комбинация антибактериальных препаратов при эндометрите.
4. Эффекты глюкокортикоидов. Профилактика РДС-синдрома плода.
5. Назначение нестероидных противовоспалительных средств в акушерстве и гинекологии.
6. Назначить лечение преэклампсии.
7. Назначить лечение эклампсии.
8. Назначить лечение угрозы преждевременных родов.
9. Назначить лечение угрозы самопроизвольного выкидыша.
10. Назначить лечение железодефицитной анемии во время беременности.
11. Рассчитать и назначить инфузионно-трансфузионную терапию при кровопотере.
12. Назначить кровоостанавливающую терапию при аномальных маточных кровотечениях.
13. Назначить гормональный контрацептивный препарат.
14. Препараты для лечения пациентки с ожирением, синдромом поликистозных яичников.
15. Выписать рецепт.
16. Заполнить лист врачебных назначений.

7. Дисциплина: Социально-психологические основы профессиональной деятельности.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-2; ПК-9.	1-13

Умения и практические навыки:

1. Чем отличается общение врач-больной от партнерского общения?
2. Во врачебной практике встречаются явления отрицательного контрпереноса и отрицательного переноса. Какой может быть продуктивная тактика врача в таком случае? Может быть это неважные явления? Обоснуйте свою точку зрения.
3. Ролевая игра «Пациент на приеме у врача». Проведите беседу с пациентом таким образом, чтобы ему стало легче.
4. Какие модели врачебной деятельности Вы знаете? Обсудите в группе – чем в каждом конкретном случае должна определяться избираемая модель взаимодействия с пациентом?
5. На основе чего в общественном сознании строятся стереотипы врачей различных специальностей?
6. Каковы специфические особенности общения с разными группами больных? Какой может быть врачебная тактика при встрече с такими «сложными типичными пациентами»: «Неприятные» пациенты - вызывающие раздражение и неприязнь у врача.
 - * Истероидные личности, ипохондрики. Для пациента каждый визит к врачу - доказательство окружающим, что он серьезно болен и вынужден постоянно лечиться.
 - * Медлительный пациент.
 - * Обстоятельный и дотошный пациент.
 - * Словоохотливый пациент, который особенно может раздражать врача при нехватке у него времени.
 - * При повторных визитах пациент заявляет, что ему не становится легче, при этом, что бы врач ни делал, он видит на лице больного унылое выражение лица и слышит жалобы, хотя речь идет не о неизлечимом заболевании, а таком, которое обычно поддается терапии.

- * Капризный пациент, претендующий на особое внимание и отношение к себе, пытающиеся диктовать врачу методы обследования и лечения.
 - * Пациент, у которого стремление избавиться от болезни любой ценой, становится сверхценной идеей, он ходит к разным врачам, увлекается нетрадиционными методами лечения (голодание, сыроедение, гомеопатия, йога, уринотерапия и т.п.).
 - * Озлобленный, грубый, агрессивный пациент.
 - * Пациент, сопротивляющийся выписке из стационара.
7. Ролевая игра «Больной на приеме у врача». Продолжить закрепление эффективных способов общения с пациентами.
 8. Ролевая игра «Отказ от госпитализации».
 9. Приведите свои примеры на каждую из разновидностей групп.
 10. В чем принципиальное психологическое различие между большой и малой группой?
 11. Имеет ли практическое значение для врача знание о наличии внутри коллектива, в котором он работает, неформальных групп? Если не имеет значения, то почему? Если имеет значение, то в чем оно заключается?
 12. В группе обычно есть лидер, который может быть официальным руководителем, а может и не быть. Чем он психологически отличается от назначенного или даже избранного группой официального руководителя?
 13. Чем отличаются формальные и неформальные групповые нормы?

Приложение 3

**БУ ВО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ (ТРЕТИЙ ЭТАП)**

Программа по специальности 31.08.51 Фтизиатрия

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК – 1	Все задачи
УК – 2	Все задачи

УК – 3	Все задачи
ПК – 1	Все задачи
ПК - 2	Все задачи
ПК - 3	Все задачи
ПК - 4	Все задачи
ПК – 5	Все задачи
ПК – 6	Все задачи
ПК – 7	Все задачи
ПК – 8	Все задачи
ПК - 9	Все задачи
ПК - 10	Все задачи
ПК - 11	Все задачи
ПК – 12	Все задачи

Задача 1. Укажите, в какой группе учета должен наблюдаться больной:

- с туберкулемой 3,5 см в диаметре, без обострения, на втором году наблюдения;
- с кавернозным туберкулезом легких, БК–, после 6 мес. лечения в стационаре и отказа больного от оперативного вмешательства;
- с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, БК– после 12-месячного лечения в стационаре с недостаточным эффектом.

Задача 2. Определите заболеваемость в течение двух лет при «среднем населении» 275 000 человек. Соответственно по годам было выявлено 208 и 178 больных активным туберкулезом.

Задача 3. Определить болезненность в течение двух лет при «среднем населении» 275 000 человек. Общее число больных активным туберкулезом по годам соответственно 961 и 900.

Задача 4. Укажите, при каких патологических состояниях в легких наблюдаются следующие изменения топографии органов (тени) средостения:

- смещение в сторону затемнения
- не смещены
- смещены в сторону, противоположную затемнению

Задача 5.

У ребенка 4 лет реакция на пробу Манту с 2 ТЕ — папула 16 мм. Предыдущие туберкулиновые пробы: в возрасте один год папула диаметром 10 мм, в два года — 7 мм, в три — 5 мм. Вакцинация БЦЖ произведена при рождении — имеется рубец диаметром 6 мм. Три месяца назад имел контакт с больным открытой формой туберкулеза. Кожные покровы чистые, мышечный тургор снижен, увеличены периферические лимфатические узлы 6 групп, 2–3 размера, мягко-эластической консистенции. В легких и других внутренних органах патологических изменений нет. Рентгенограмма органов грудной клетки — норма. Гемограмма — ГБ — 70 ед., Л — $9,8 \cdot 10^9$, э 2%, н 38%, п 6%, л 36%, м 12%, СОЭ — 19 мм/ч.

Поставьте диагноз и дайте его обоснование.

Поставьте диагноз и дайте его обоснование.

Задача 6.

Ребенок 10 лет поступил в клинику с жалобами на плохой аппетит, утомляемость, головную боль, потливость. Три месяца назад перенес корь. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ — папула диаметром 5 мм. Предыдущие туберкулиновые пробы: в 8 лет — 8 мм, в 9 лет — 11 мм. Ревакцинация БЦЖ в 7 лет. В восьмилетнем возрасте был кратковременный контакт с больным открытой формой туберкулеза. При обследовании ребенок несколько отстает от сверстников в физическом развитии. Температура субфебрильная. Кожные покровы бледные. Периферические лимфатические узлы множественные, плотные, 2–3 размера. Легкие и

сердце без патологических изменений. В гемограмме — ГБ 57 ед., Л — $9,0 \cdot 10^9$ п/я 9%, СОЭ — 18 мм/ч.

Рентгенограмма органов грудной клетки без видимых патологических изменений.

Поставьте диагноз и дайте его обоснование.

Задача 7.

Мальчик 10 лет из здоровой семьи. Непостоянный контакт с бактериовыделителем — соседом по квартире. Туберкулиновые пробы в 9 лет отрицательные. Заболевание началось остро — поднялась температура до $37,8^\circ$, появился кашель, слабость, утомляемость. Ухудшился аппетит. При обследовании пальпируются 2–3 размера периферические лимфатические узлы мягко-эластической консистенции, безболезненные. В левом межлопаточном пространстве перкуторный звук укорочен, дыхание в области укорочения резкое, хрипов нет. Анализ крови: Л — $12 \cdot 10^9$, э/4%, п/я — 8%, с/я — 70%, л/12, СОЭ — 30 мм/ч. Проба Пирке на 100% туберкулин — 7 мм, 25% — 5 мм, 5% — 3 мм, 1% и контроль — отрицательные. Рентгенологически в языковых сегментах левого легкого участок затемнения размерами 2–3 см, неомогенный, средней интенсивности с размытыми контурами и «дорожкой» к корню легкого. Левый корень размерами 2,5–4 см. Проекция бронхов смазана, контуры выпуклые, размытые.

Поставьте диагноз и дайте его обоснование.

Задача 8.

У подростка 14 лет отмечается повышение температуры до 38° , на передней поверхности голени появляется узловатая эритема, артралгия в области мелких суставов без видимых внешних изменений. В анамнезе отмечается контакт с больным туберкулезом отцом. За 6 месяцев до начала заболевания пробой Манту с 2 ТЕ выявлен «вираж» туберкулиновой пробы, имевшей (нормергическая реакция). При объективном обследовании отклонения от нормы не определялись. При рентгенологическом обследовании локальных внутригрудных изменений не отмечено.

Результаты какого вида исследования могут быть использованы для подтверждения раннего периода туберкулезной инфекции:

- 1) анамнез;
- 2) клиническая картина заболевания;
- 3) рентгенологическое обследование;
- 4) результаты туберкулинодиагностики.

Определите цель дальнейшего обследования и составьте его схему.

Задача 9.

У ребенка 12 лет, который лечился по поводу хронической туберкулезной интоксикации с благоприятным исходом, через 2 года от начала лечения при рентгенологическом обследовании в корне выявляется петрифицированный лимфатический узел. Правильно ли был сформулирован диагноз клинической формы первичного туберкулеза при выявлении заболевания?

Задача 10.

Ребенок 8 лет госпитализирован с клиническими проявлениями обострения хронического бронхита. В анамнезе отмечались указания на частые длительно протекавшие простудные заболевания. При объективном обследовании обращали внимание выраженные признаки отставания в физическом развитии, увеличение лимфатических узлов. Контакт с больными туберкулезом не установлен. В легких выслушивались единичные хрипы. При рентгенологическом обследовании справа в проекции IX–X сегментов определялся пневмонический фокус с полостным образованием, расположенным в центре, связанный с увеличенным корнем. Предположение о туб. этиологии заболевания было исключено на основании отрицательной реакции на пробу Манту с 2 ТЕ. Был поставлен диагноз: абсцедирующая пневмония. Соответствующее лечение, назначенное по этому поводу, не позволило добиться положительных результатов, в связи с чем было назначено исследование

мокроты на БК. Результаты исследования оказались положительными, в связи с чем был поставлен диагноз: первичный туберкулезный комплекс, фаза распада, БК+.

Учитывая, что главная причина диагностической ошибки была основана на результатах туберкулинодиагностики, объясните, как следовало их оценивать в данном случае?

Задача 11. Больная 26 лет госпитализирована после флюорографического обследования в связи с обнаруженными изменениями в легких. Жалоб при поступлении не предъявляет. В детстве отмечает контакт с больной туберкулезом матерью. Реакции на туберкулиновые пробы положительные с 7 лет. При обследовании правая половина грудной клетки слегка отстаёт при дыхании, перкуторно справа под ключицей определяется незначительное укорочение легочного звука. Хрипы в легких не выслушиваются. Бактериовыделение при микроскопии, а также методом посева не обнаружено. В формуле крови отмечено незначительное увеличение СОЭ. В протеинограмме — незначительное снижение альбуминов и увеличение γ -глобулинов. Содержание сиаловых кислот — 250 ед., реакция на С-реактивный белок (++) . Рентгенологически справа в проекции 1 сегмента определяется группа очагов различной величины и интенсивности с нечеткими контурами.

Поставьте диагноз и приведите его обоснование.

Задача 12. У призывника при флюорографии выявлены изменения в 1–2 сегментах правого легкого. Жалоб нет. Контакт с больными туберкулезом не установлен. В гемограмме и протеинограмме изменений нет. Содержание сиаловых кислот в пределах нормы. Реакция на С-реактивный белок отрицательная. Бактериовыделение не обнаружено. На обзорной рентгенограмме и томограммах справа в 1–2 сегментах определяется группа мелких интенсивных очагов с четкими контурами. В третьем сегменте субплеврально определяется очаговая тень около 1 см в диаметре неправильной формы, высокой интенсивности. В правом корне мелкие петрификаты.

Поставьте и обоснуйте диагноз. Определите тактику реабилитации больного.

Задача 13. Больная 34 лет. В детстве перенесла туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. С 16 лет по поводу туберкулеза не обследовалась. При профилактическом флюорографическом обследовании обнаружены интенсивные очаговые тени, локализующиеся во 2-ом сегменте левого легкого.

Составьте план обследования больной для определения фазы (активности) туберкулезных изменений в легких и выделите данные, подтверждающие диагностическое заключение.

Задача 14. У мужчины 30 лет при очередном профилактическом осмотре на флюорограмме выявлены изменения в легких. В детстве имел контакт с больным туберкулезом отцом. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. При пальпации определяется незначительное напряжение мышц правого плечевого пояса. Перкуторно справа над лопаткой определяется незначительное укорочение перкуторного звука, здесь же выслушивается ослабленное дыхание. На обзорной рентгенограмме и томограммах справа в проекции 1 сегмента определяются множественные тени до 1 см в диаметре, преимущественно малоинтенсивные. У основания 2 сегмента участок распада 0,5–0,8 см в диаметре. В мокроте БК не обнаружены, лабораторные показатели без отклонений от нормы. Поставлен диагноз: инфильтративный туберкулез, фаза распада, БК–.

а) Правильно ли определена клиническая форма туберкулеза?

б) С какой клинической формой следует проводить дифференциальную диагностику?

в) Укажите основные клинико-рентгенологические различия между дифференцируемыми формами.

Задача 15. Мужчина извлечен из воды после прыжка вниз головой. Жалобы на боли в области шеи. Дыхание и сердечная деятельность не нарушены. Пульс 80 ударов в минуту. Общая слабость. Ваши действия по оказанию первой помощи.

Эталоны решения задач

Задача 1. а) в III группе; б) в I группе; в) во II группе.

Задача 2. Заболеваемость на первом году составила $208 \cdot 100\,000 : 275\,000 = 72$, на втором — $178 \cdot 100\,000 : 275\,000 = 64,7$.

Задача 3. Болезненность на первом году составила $961 \cdot 100\,000 : 275\,000 = 349$, на втором — $900 \cdot 100\,000 : 275\,000 = 327$.

Задача 4.

- а) смещение в сторону затемнения: выраженный фиброзный процесс в легком (цирроз, фиброторакс), ателектаз, агенезия легкого;
- б) не смещена: при острых воспалениях легкого любой природы, при плевральных швартках, при осумкованном плеврите;
- в) смещена в сторону, противоположную затемнению: выпотный плеврит, диафрагмальная грыжа.

Задача 5.

Появление впервые положительной реакции на пробу Манту с 2 ТЕ у ребенка 1 года, вакцинированного БЦЖ при рождении (наличие поствакцинального рубчика на плече), — папула 10 мм — снижение туберкулиновой чувствительности в последующие годы (в 1 год — 10 мм, в 2 года — 7 мм, в 3 года — 5 мм) свидетельствует о поствакцинальной аллергии и подтверждает наличие противотуберкулезного иммунитета. Нарастание туберкулиновой чувствительности у ребенка 4 лет — папула 16 мм — свидетельствует о первичном инфицировании туберкулезом (инфекционная аллергия), «вираж» туберкулиновой пробы — ранний период первичной туберкулезной инфекции. Наличие в анамнезе у ребенка контакта с туберкулезным больным за 3 месяца до появления положительной реакции на туберкулин позволяет предположить момент заражения и начало заболевания и подтвердить его этиологию. «Вираж» туберкулиновой пробы после контакта с туберкулезным больным, клинические симптомы интоксикации при отсутствии локальных патологических изменений в других органах позволяют поставить диагноз ранней туберкулезной интоксикации.

Задача 6.

Появление впервые положительной реакции на пробу Манту с 2 ТЕ у ребенка 8 лет после ревакцинации БЦЖ в 7 лет — папула 8 см — свидетельствует или о поствакцинальной аллергии, или о первичном инфицировании туберкулезом. Нарастание туберкулиновой чувствительности в 9 лет — папула 11 мм — подтверждает предположение о первичном инфицировании туберкулезом (инфекционная аллергия). Наличие в анамнезе у ребенка два года назад контакта с туберкулезным больным в момент появления положительной на туберкулин реакции позволяет предположить момент заражения и начала заболевания и подтвердить его этиологию. Плохой аппетит, утомляемость, головная боль, потливость, субфебрильная температура, отставание в физическом развитии, множественные плотные периферические лимфатические узлы, изменения в гемограмме являются выраженными симптомами хронической интоксикации. Снижение туберкулиновой чувствительности в период обследования — папула 5 мм — связано с перенесенной корью (при детских экзантемах: корь, скарлатина, изменения реакции сосудодвигательных нервов, что приводит к угасанию и даже к полному исчезновению реакции на пробу Манту).

«Вираж» туберкулиновой пробы два года назад в момент контакта с больным туберкулезом, выраженные клинические симптомы хронической интоксикации при отсутствии патологических изменений в других органах позволяют поставить диагноз туберкулезной интоксикации (хронической).

Задача 7.

Появление впервые положительной туберкулиновой пробы у ребенка 10 лет свидетельствует о первичном инфицировании туберкулезом («вираж» туберкулиновой пробы). Внезапный подъем температуры до 38° , слабость, утомляемость, ухудшение аппетита, увеличенные множественные мягко-эластической консистенции периферические лимфатические узлы, изменения в гемограмме (увеличенная СОЭ) являются клиническими симптомами интоксикации и указывают на острое начало заболевания. Наличие в анамнезе контакта с туберкулезным больным у ребенка с впервые положительной туберкулиновой пробой и

клиническими симптомами интоксикации позволяет предположить туберкулезную этиологию заболевания (прогрессирующего). Укорочение перкуторного звука и резкое дыхание в межлопаточном пространстве слева указывает на локализацию воспалительного процесса в корне левого легкого. Рентгенологически определяемое затемнение в язычковых сегментах левого легкого, связанное «дорожкой» с тенью корня легкого, который расширен (2,5–4 см), контуры выпуклые, размытые указывает на локализацию воспалительного процесса в области корня и ткани легкого и соответствует данным физикального обследования. Острое начало заболевания у ребенка 10 лет с выражением туберкулиновых проб, имевшего контакт с туберкулезным больным, выраженные клинические симптомы интоксикации при наличии локальных патологических изменений в корне и левом легком, определяемых перкуторно, и характерных рентгенологических данных: легочный аффект, лимфангоит, лимфаденит позволяют поставить диагноз первичного туберкулезного комплекса слева, в фазе инфильтрации.

Задача 8.

1. Туберкулезную этиологию заболевания подтверждают данные анамнеза, свидетельствующие о наличии контакта с больным туберкулезом и о совпадении периода начала заболевания с «выражением» туб. пробы.
2. Клиническая картина заболевания (симптом интоксикации, узловатая эритема, суставной синдром) не позволяет исключить неспецифические инфекционно-аллергические заболевания.
3. Отсутствие характерных рентгенологических изменений не позволяет исключить предположение о туберкулезе, т. к. не всегда распознаются при рентгенологическом обследовании и могут отсутствовать в долокальный период.
4. Нормергический характер туберкулиновых проб также не позволяет исключить предположение о туберкулезе, т. к. уровень специфической аллергии при активном туберкулезе в настоящее время может варьировать в широких пределах.

Целью дальнейшего обследования больного является подтверждение туберкулезной этиологии заболевания за счет выявления локальных туберкулезных изменений. В случае положительных результатов обследования необходимо определить характер клинической формы туберкулеза. С этой целью необходимо провести дополнительное томографическое исследование в прямой и боковой проекции с продольным и поперечным направлением размазывания. Бронхоскопия позволит определить наличие прямых или косвенных признаков поражения внутригрудных л/узлов и подтвердить их туберкулезную этиологию методом пункционной биопсии. При отсутствии рентгенологически определяемых локальных изменений туберкулезную этиологию заболевания необходимо будет подтвердить возможным эффектом после проведения курса специфического лечения.

Задача 9.

Диагноз в начале заболевания был сформулирован неправильно, т. к. осталась нераспознанной локальная форма в виде «малой формы» туберкулеза внутригрудных л/узлов.

Задача 10.

В данном случае имело место осложненное течение первичного туберкулезного комплекса, при котором наблюдается отрицательная анергия или гиперергия. Таким образом, неустановленная взаимосвязь между результатами туберкулинодиагностики и течением заболевания стала основной причиной диагностической ошибки.

Задача 11. Диагноз: очаговый туберкулез легких в в/доле правого легкого, фаза инфильтрации МБТ–, подтвержден следующими результатами обследования:

- а) наличием в 1-2 сегментах группы полиморфных очагов с различной интенсивностью и четкостью контуров;
- б) указанием на контакт и инфицирование в раннем детском возрасте;
- в) фаза инфильтрации подтверждается отсутствием описанных изменений при предыдущих рентгенологических обследованиях.

Задача 12. Диагноз: распространенные остаточные изменения после осложненного первичного комплекса в виде очагов Симона в 1 сегменте, очага Гона в 3 сегменте, кальцинатов в корне правого легкого и пневмосклероза. Поставленный диагноз подтверждают: форма заживления легочных и железистых поражений, характерных для первичного туберкулеза (кальцинация), отсутствие клинических, лабораторных и рентгенологических проявлений активного туберкулеза. Отсутствие в анамнезе сведений о лечении по поводу выявленных изменений позволяет предположить спонтанное излечение туберкулезного процесса. Такие лица подлежат наблюдению в VII-Б группе диспансерного учета, предназначенной для впервые выявленных рентгеноположительных лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом.

Задача 13. Лица с впервые выявленными туберкулезными изменениями в легких сомнительной активности нуждаются в следующем объеме обследования:

- а) исследование мокроты и промывных вод бронхов на БК методом посева;
- б) общий анализ крови, выявление острофазовых белков;
- в) в случае отсутствия отклонений от нормы исследованных показателей активность формы туберкулеза подтверждается их изменением после пробы с подкожным введением туберкулина. При отсутствии достоверных изменений исследованных показателей вопрос об активности решается на основании оценки результатов пробного лечения, которое проводится в условиях наблюдения в 0 группе диспансерного учета.

Задача 14

1. _____ Неправильно.
2. С очаговым туберкулезом легких.
3. Определяются характерные для очагового туберкулеза клинко-рентгенологические данные: бессимптомное течение, очаговые тени (тени до 1 см в диаметре) без зоны перифокального воспаления и тенденции к слиянию между собой.

Задача 15.

В случае отсутствия специальной шины зафиксировать шейный отдел позвоночника импровизированной ватно-марлевой повязкой-шиной;
-транспортировка в лечебное учреждение лежа на щите.

2.Программа по общественному здоровью и здравоохранению 31.08.51 Фтизиатрия

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК – 1	Все задачи
УК – 2	Все задачи
УК – 3	Все задачи
ПК - 3	Все задачи
ПК - 7	Все задачи
ПК – 8	Все задачи

Ситуационная задача №1.

Женщина 47 лет в экстренном порядке поступила в урологическое отделение ГКБ№6 г. Красноярска с камнем мочеточника. Полостную операцию врачи предложили сделать бесплатно, а эндоскопическую за 12000 руб. Кроме того в отделении предлагают больным приобрести за свой счет одноразовые шприцы.

Вопросы:

- 1.Входит ли эндоскопическая операция на мочеточнике и обеспечение одноразовыми шприцами в Программу ОМС?
- 2.На какой территории РФ действителен полис ОМС?

Ситуационная задача №2.

Пенсионер, временно проживающий по улице Батурина г. Красноярска, постоянная

прописка в г.Екатеринбурге, имеет полис ОМС, выданный в г. Екатеринбурге. При обращении в поликлинику по поводу заболевания пенсионеру предложили в регистратуре прием терапевта на платной основе, т.к. со слов регистратора иногородний полис недействителен.

Вопросы:

- 1.Правомерно ли поступает поликлиника?
- 2.Куда обращаться при нарушении прав на оказание бесплатной медицинской помощи?

Ситуационная задача №3.

Мужчина 38 лет находится на стационарном лечении в больнице г. Красноярска по поводу перелома нижней конечности. Для оперативного лечения перелома лечащий врач предложил приобрести за свой счет металлические пластины.

Вопросы:

Вернет ли кто-нибудь деньги за приобретение пластины?

Куда обращаться при нарушении прав на оказание бесплатной медицинской помощи?

Ситуационная задача №4.

Женщина прикрепилась к медицинскому учреждению не по месту жительства, ей необходимо вызвать врача на дом.

Вопросы:

1.Врачом из какой поликлиники будет осуществляться визит на дом?

2.Каким образом в данном случае будет регистрироваться визит к пациенту?

Ситуационная задача №5.

Родители не удовлетворены медицинской помощью, предоставляемой ребенку в территориальной поликлинике, и хотели бы купить страховку на медицинское обслуживание врачами высокой квалификации.

Вопросы:

1.Как это сделать?

2.Что входит и на какой срок заключается договор добровольного медицинского страхования?

Ситуационная задача №6.

Больной К. находится на стационарном лечении по поводу обострения хронического бронхита. После проведенного, правильно назначенного лечения больной выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. У больного сохраняется покашливание, функциональные нарушения пораженного органа восстановились на 2/3.

Вопросы:

1.Рассчитайте УКЛ данного случая

2.Из чего складывается показатель качества лечения пациента.

Ситуационная задача №7.

В кардиологическом отделении работают 3 врача. За прошедший месяц первый врач пролечил 5 больных (УКЛ1-0,6; УКЛ2-0,87; УКЛ3- 0,9; УКЛ4-0,75; УКЛ5-0,9); второй врач пролечил 3 больных (УКЛ1-0,7; УКЛ2-0,9; УКЛ3-0,5); третий врач пролечил 4 больных (УКЛ1-0,8;УКЛ2-0,7; УКЛ3-0,6; УКЛ4-0,7).

Вопросы:

1.Рассчитайте уровень качества отделения за истекший месяц.

2. Оцените возможность дальнейшей работы данного отделения в системе страховой медицины.

Ответы на ситуационные задачи

Ситуационная задача №1.

Ответ:

1. В соответствии с Программой государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи, раздел 1, п.1.2. заболевания мочеполовой системы входят в Перечень заболеваний, при возникновении которых гражданам предоставляется бесплатная медицинская помощь, в т.ч. – эндоскопические операции. Одноразовые шприцы оплачиваются больницам из средств обязательного медицинского страхования и должны предоставляться бесплатно.

2. Полис обязательного медицинского страхования действует на всей территории Российской Федерации.

Ситуационная задача №2.

Ответ:

1. Нет, неправомерно. Согласно статье 5 раздела 2 Закона РФ от 28 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», страховой медицинский полис, выданный пенсионеру по месту жительства в г. Екатеринбурге, действителен на всей территории Российской Федерации.

2. Для решения вопроса о лечении в поликлинике, необходимо обратиться к заведующему отделением поликлиники или главному врачу больницы, при отсутствии результата – в отдел организации защиты прав застрахованных граждан краевого фонда ОМС по адресу: г. Красноярск, ул. Копылова 2-б.

Ситуационная задача №3.

Ответ:

1. С 1 ноября 2008 года увеличены тарифы на травматологическую помощь при лечении переломов и учреждения здравоохранения имеют средства на приобретение металлоконструкций, в т.ч. пластин.

2. При нарушении прав на оказание бесплатной медицинской помощи необходимо обращаться к главному врачу больницы, при отсутствии результата – в отдел организации медицинского страхования краевого фонда ОМС по адресу: г. Красноярск, ул. Копылова 2-б.

Ситуационная задача №4.

Ответ:

1. При прикреплении застрахованного не по месту жительства, вызовы на дом осуществляются территориальной поликлиникой.

2. При этом визит к пациенту регистрируется как посещение больного поликлиники.

Ситуационная задача №5.

Ответ:

1. Необходимо заключить договор добровольного медицинского страхования.

2. Добровольное медицинское страхование (ДМС) осуществляют медицинские организации, имеющие лицензию на такой вид страхования. Медицинская помощь оказывается по определенной программе ДМС. Например, медицинское обслуживание ребенка в определенной поликлинике, госпитализация при наличии медицинских показаний в определенные специализированные стационары. Договор ДМС имеет ограниченный срок действия, чаще всего год или 6 месяцев. Договор ДМС оформляется в 2 экземплярах, на руки выдается экземпляр договора ДМС и полис ДМС.

Ситуационная задача №6.

Ответ:

УКЛ = ОНДМ + ОК ОНДМ = ОДМ+ОД+ОЛМ

$$\text{УКЛ} = \frac{0,5 \text{ ОЛМ} + 0,1 \text{ ОД} + 0,4 \text{ ОЛМ} + \text{ОК}}{200\%} = \frac{0,5 \cdot 100 + 0,1 \cdot 100 + 0,4 \cdot 100 + 75\%}{200\%} = 0,88$$

Данный показатель складывается из суммы уровня качества лечения каждого врача, деленной на количество врачей в отделении.

Ситуационная задача №7.

Ответ:

$$1. \text{УКО} = \text{УКВ1} + \text{УКВ2} + \text{УКВ3}$$

п

$$\text{УКВ1} = (\text{УКЛ1} + \text{УКЛ2} + \text{УКЛ3} + \text{УКЛ4} + \text{УКЛ5}) : 5 = 0,8$$

$$\text{УКВ2} = (\text{УКЛ1} + \text{УКЛ2} + \text{УКЛ3}) : 3 = 0,7$$

$$\text{УКВ3} = (\text{УКЛ1} + \text{УКЛ2} + \text{УКЛ3} + \text{УКЛ4}) : 4 = 0,7$$

$$\text{УКО} = (0,8 + 0,7 + 0,7) / 3 = 0,73$$

Ситуационная задача №1.

Отделение имеет возможность работать в системе страховой медицины, т.к. УКО=0,73. Мед. учреждение не в состоянии дать гарантии на выполнение программ медицинского страхования при УКЛ менее 0,6.

В области численность населения 1350000, родилось живыми за год 11870, умерло 24010 человек.

Вопросы:

1. Вычислите и оцените показатели рождаемости, смертности и естественного прироста

2. Какие показатели относятся к потенциальной демографии?

Ситуационная задача № 2.

В области за год родились живыми 11870, мёртвыми – 90, умерло в первую неделю жизни – 152.

Вопросы:

1. Вычислите и оцените показатели мертворождаемости и перинатальной смертности в области.

2. Какие факторы, влияющие на рождаемость в Красноярском крае, можно отнести к наиболее значимым?

Ситуационная задача №3.

Число умерших жителей за истекший год наблюдения составило 2200 человек, из них детей в возрасте до 1 года – 110. Общая численность населения на данной территории составила 200 000 человек.

Вопросы:

1. Каков уровень общей смертности населения и каков удельный вес детей, умерших в возрасте до 1 года?

2. Почему на территории РФ, и в частности Красноярского края, возрос уровень смертности от БСК?

Ситуационная задача №4.

В городе К. общая численность населения составляет 670 500 человек, за 2009 год умерло 9880 человек, из них от болезней системы кровообращения – 4920, от злокачественных новообразований – 1570, от травм и отравлений – 2030, от прочих причин.

Вопросы:

1. Вычислите и оцените уровень и структуру причин общей смертности?
2. Каковы основные причины смертности в Красноярском крае в 2009 году?
3. Какой тип населения в Красноярском крае?
4. Что изучает статика населения?

Ситуационная задача №5.

За 5 лет в Красноярском крае отмечались следующие показатели рождаемости (на 1000 населения):

2006 г. – 11,2; 2007 г. – 10,8; 2008 г. – 11,0; 2009 г. – 11,8; 2010 г. – 12,8

Вопросы:

1. Оцените динамику данного показателя в Красноярском крае.
2. Что такое коэффициент рождаемости, как он рассчитывается?

Ответы на ситуационные задачи

Ситуационная задача №1.

Ответ:

$$1. \text{ коэффициент } m = \frac{\text{Общий коэффициент рождаемости}}{\text{Общее число родившихся за год живыми}} \cdot 1000 = \frac{1870}{1350000} \cdot 1000 = 8,8$$

$$\text{коэффициент } t = \frac{\text{Общий коэффициент смертности}}{\text{Общее число умерших за год}} \cdot 1000 = \frac{24010}{1350000} \cdot 1000 = 17,8$$

Естественный прирост = $(11870 - 24010) / 1350000 \cdot 1000 = -9$

2. это т.н. сводные индексы: ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) и индекс DALY.

Ситуационная задача №2.

Ответ:

$$1. \text{ коэффициент } m = \frac{\text{Число родившихся мертвыми}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} \cdot 1000 =$$

$$\frac{90}{(11870 + 90)} \cdot 1000 = 7,525$$

$$\text{коэффициент } t = \frac{\text{Число умерших в первые 168 часов жизни}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} \cdot 1000 =$$

$$((90 + 152) / (11870 + 90)) \cdot 1000 = 20,234$$

2. Факторы, влияющие на рождаемость:

- возрастной состав населения (преобладание регрессивного типа народонаселения);
- тенденция в брачно-семейных отношениях (большой процент разводов);
- образ жизни населения (злоупотребление алкоголем, табакокурение, наркомания).

Ситуационная задача №3.

Ответ:

$$1. \quad \text{Общий коэффициент смертности} = \frac{\text{Общее число умерших за год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 1000$$
$$= (2200/200\ 000) \cdot 1000 = 11,0\%$$

Удельный вес умерших до 1 года = (число детей, умерших в возрасте до 1 года/число умерших) x 100 = (110/2200) x 100 = 5,0%

Удельный вес детей, умерших до 1 года, среди всех умерших на данной территории за истекший год.

Уровень общей смертности за истекший год на данной территории составил 11,0 ‰. Удельный вес детей, умерших до 1 года, составил 5% от общего числа умерших.

2. Увеличение случаев БСК связано с неблагоприятными факторами, такими как стрессы, вредные привычки, низкая физическая активность, а также улучшилось качество диагностики данной патологии.

Ситуационная задача №4.

Ответ:

$$1. \quad \text{Общий коэффициент смертности} = \frac{\text{Общее число умерших за год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 1000 = 9880/670500 \cdot 1000$$
$$= 14,7.$$

Структура причин общей смертности: исходя из того что общее число умерших за год 9880 – 100%, то умерших от болезней системы кровообращения: 4920*100/9880= 49, 79%; от злокачественных новообразований: 1570*100/9880= 15,9%; от травм и отравлений: 2030*100/9880= 20,55%; от прочих причин: 1360*100/9880=13,76%

Причины смертности в Красноярском крае. Основной причиной смертности являются болезни системы кровообращения - 48,3% умерших, новообразования – 16,3% и внешние причины – 15,4%

В Красноярском крае регрессивный тип населения (доля лиц старше 50 лет больше чем доля лиц младше 14 лет).

4. Статика населения изучает численность, и состав населения на определенной территории на определенный момент времени. Изучает численность и состав населения по признакам: пол, возраст, социальные группы, национальность, семейное положение, образование, место жительства.

Ситуационная задача №5.

Ответ:

1. Уровень рождаемости населения Красноярского края сохраняется несколько более высоким по сравнению со средним по России. Отмечается некоторое увеличение данного показателя (абсолютный положительный прирост), особенно это заметно в 2008 г. Вместе с тем показатель рождаемости остается в пределах низкого уровня (10 - 14,9‰)

2. Коэффициент рождаемости определяется количеством рождений за год на 1000 населения на конкретной территории.

$$\text{Общий коэффициент рождаемости} = \frac{\text{Общее число родившихся за год живыми}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 1000$$

3. Дисциплина: Педагогика.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1	1-12
УК-3	2-12

Ситуационные задачи

Задача 1

При ответе на вопрос студент не согласился с оценкой преподавателя (70 баллов, три), считая ее заниженной, настаивая на оценке 86 баллов (четыре). Ответ действительно содержал недочеты, однако учащийся их не усмотрел.

Каковы Ваши действия в данной ситуации?

Задача 2

На занятии студент систематически отказывается отвечать на вопросы преподавателя, не выполняет задания, обосновывая это тем, что ему не интересно, этот предмет «лишний» для изучения.

Что Вы предпримете в данных сложившихся условиях?

Задача 3

Студенты регулярно опаздывают на Ваше занятие, тем самым нарушая его ход, мешая другим учащимся, создавая нерабочую обстановку в учебном коллективе.

Каковы Ваши действия в данной ситуации? Как, на Ваш взгляд, можно решить проблему с опозданиями учащихся?

Задача 4

Педагог на уроках физкультуры, зная, что Сидоров тяготеет к фитнесу, весь семестр не разрешает ему пойти в тренажерный зал, и, зная, что Попов склонен к бегу – не разрешает ему бегать кросс, дает всем единое задание, чем снижает интерес этих учащихся к физкультуре. Какие принципы и подходы не учел педагог?

Задача 5

На занятии по социальной педагогике преподаватель вначале сообщает общее положение, закон, а затем постепенно начинает выводить частные случаи, более конкретные задачи.

1. Определите метод обучения в соответствии с логикой раскрытия содержания темы.
2. Укажите его преимущества.

Задача 6

На лекции преподаватель дает студентам задание: слушать внимательно лекцию, находить и записывать неточности и возникающие ошибки, которые преподаватель допускает намеренно. В конце лекции преподаватель обсуждает со студентами все зафиксированные ими ошибки.

1. Определите метод обучения.
2. К какой группе методов он относится?

Задача 7

На занятии по социальной педагогике учащиеся воспринимают учебную информацию, усваивают наиболее важные моменты в обобщенном виде, закрепляют изученное путем повторения нового материала, применяют изученное в ходе выполнения упражнений или анализа жизненных ситуаций.

1. Определите метод обучения, использованный преподавателем.
2. В каких случаях этот метод наиболее эффективен?

Задача 8

Начиная занятие, преподаватель узнает, что студенческая группа не подготовилась к важной теме по дисциплине, ссылаясь на отсутствие учебников в библиотеке и т.д. Каковы Ваши действия в данной ситуации? Необходимо ли, на Ваш взгляд, ставить неудовлетворительные оценки в данном случае?

Задача 9

Заведующий кафедрой предложил преподавателям составить портфолио достижений на некоторых способных студентов, активно участвующих в общественной и научной жизни университета. Как Вы считаете, какие виды портфолио можно составить? Что может войти в данное портфолио достижений студента?

Задача 10

Если бы Вам поручили разработать сборник кейсов по дисциплине, то какие случаи из практической деятельности специалиста могли бы послужить основой для кейса?

Задача 11

При ответе на вопрос студент сильно заикается из-за волнения и индивидуальных особенностей речи. В результате Вы плохо понимаете, о чем ведёт речь студент, не можете оценить его ответ. Что Вы предпримете в данных сложившихся условиях?

Задача 12

Преподавателю при приеме на работу дали ознакомиться с тремя образовательными программами (рекомендованной Минобразованием РФ; инновационной, опубликованной в печати; утвержденной образовательным учреждением). Какую из представленных программ учитель должен считать обязательной основой для своей деятельности?

4. Программа по медицина чрезвычайных ситуаций 31.08.51 Фтизиатрия

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
ПК - 2	Все задачи
ПК - 4	Все задачи
ПК - 7	Все задачи
ПК – 9	Все задачи

Ситуационная задача №1

Пострадавший неподвижен, на оклик не реагирует. Видимое дыхание отсутствует. Пульс на лучевой и сонной артериях не определяется. **Действуйте!**

Ситуационная задача №2

Пострадавший неподвижен, на оклик не реагирует. Видимое дыхание и пульс на лучевой

артерии отсутствует. Пульс на сонной артерии едва определяется. Правая голень оторвана на уровне верхней трети. Видимого кровотечения нет. Одежда обильно пропитана кровью. Местность холмистая, температура воздуха +30°C. **Действуйте!**

Ситуационная задача №3

Раненый без сознания. Двигательное возбуждение. Вдох затруднен, сопровождается втяжением надключичных ямок. Цианоз губ. На одежды следы рвотных масс. В правой лобно-височной области ссадина и ограниченная припухлость мягких тканей. Пульс редкий. Действие в городе, дождь. **Действуйте!**

Ситуационная задача №4

Лицо залито кровью. Нижняя челюсть деформирована и смещена кзади. Сознание отсутствует. Вдох судорожный. Пульс частый. Местность лесисто-болотистая. Температура воздуха +15°C. **Действуйте!**

Ситуационная задача №5

Раненый в сознании. Беспокоен. Жалобы на нехватку воздуха. Дыхание частое, поверхностное. Цианоз лица. Пульс частый. В левой подлопаточной области умеренно кровоточащая рана 3•2 см. Выраженная подкожная эмфизема туловища, головы и верхних конечностей. Поле. Температура воздуха -5°C. **Действуйте!**

Ситуационная задача №6

Лицо залито кровью. Сознание спутано, стонет. В левой скуловой области 5•8 см. Глаз поврежден. Обильное истечение алой крови из раны. Местность холмистая. Температура воздуха +12°C. **Действуйте!**

Ситуационная задача №7

В сознании. Обессилен. На передней боковой поверхности шеи справа поперечная рана 8•2 см с фонтанирующим кровотечением. Местность лесистая. Температура воздуха -28°C. **Действуйте!**

Ситуационная задача №8

Жалобы на боли в правой подлопаточной области, где одежда пробита осколком и умеренно промокла кровью. Пульс несколько учащен. Лесисто-болотистая местность. Температура воздуха +8°C. **Действуйте!**

Ситуационная задача №9

Жалобы на умеренные боли в области раны живота. Одежда ниже пояса порвана и пропитана кровью. В околопупочной области справа рана 3•3 см с умеренным кровотечением. Поле. Температура воздуха +15°C. **Действуйте!**

Ситуационная задача №10

Раненый наложил на рану бедра повязку. Повязка и одежда обильно промокли кровью. Температура воздуха +40°C. **Действуйте!**

Ситуационная задача №11

Во время теракта подорвался на фугасе. Сознание спутано, стонет. Правая нижняя конечность висит на кожном лоскуте на уровне верхней трети голени. Рана культи умеренно кровоточит. На переднебоковой поверхности шеи слева рана 6•3 см с обильным кровотечением. Левая стопа разрушена, не кровоточит. Город. Температура воздуха +3 °C.

Ситуационная задача №12.

3 часа назад придавило плитой обе нижние конечности до средней трети бедер. В сознании. Стонет от боли. Пытается самостоятельно освободиться из-под завала. Поле. Температура воздуха +20°C. **Действуйте!**

Ситуационная задача №13.

Отброшен взрывной волной. Сознание отсутствует. Кровотечение из ушей, носа и рта. Следы рвотных масс на одежде. Дыхание и пульс несколько учащены. Лес. Температура воздуха +6°C. **Действуйте!**

Ситуационная задача №14.

Упал с движущего автотранспорта вниз головой. Заторможен. При окрике открывает глаза. Руки и ноги безжизненно свисают как “плетки”. Дыхание не нарушено. Пульс учащен. Лежит на обочине дороги. Температура воздуха +14°C. **Действуйте!**

Ситуационная задача №15.

Жалуется на резкие боли в поясничном отделе позвоночника, где имеется рана 4•4 см с незначительным кровотечением. Активные движения в нижних конечностях отсутствуют. Рабочий поселок. Температура воздуха +14°C. **Действуйте!**

Ситуационная задача №16.

Ранен в живот. Стонет. На передней брюшной стенке обширная рана с выпавшими петлями кишечника. Пульс слабый. Поле. Температура воздуха +7°C. **Действуйте!**

Ситуационная задача №17

Извлечен из-под перевернувшейся грузовой машины. Жалуется на сильные боли внизу живота и в области таза. Ноги слегка развернуты кнаружи. Кожные покровы бледные, на лбу капельки пота. Тахикардия. Пульс слабого наполнения. Температура воздуха +5°C. **Действуйте!**

Ситуационная задача №18

Жалуется на боли в правой голени, которую придерживает руками. Голень необычно смещена под углом кнаружи. При попытке выпрямить ногу боль резко усиливается. Рядом плавни, заросшие камышом. Температура воздуха +18°C. **Действуйте!**

Ситуационная задача №19.

При падении линии электропередачи был поражен электрическим током. Сознание отсутствует. Грудная клетка неподвижна. Пульс на сонной артерии частый, слабый. Пальцы правой кисти покрыты черным струпом. Лесистая местность. Температура воздуха +10°C. **Действуйте!**

Ответы на ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

Ответ:

Отсутствие дыхания и кровообращения свидетельствует о том, что раненый мертв.

Ситуационная задача № 2

Ответ:

Отсутствие дыхания при сохраненном, хотя и ослабленном кровообращении (наличие пульса на сонной артерии) свидетельствует о том, что пострадавший находится в терминальном состоянии, обусловленном разрушением голени, массивной кровопотери и обезвоживанием пострадавшего (температура +30°C). Непосредственная угроза жизни от остановки дыхания.

Первая медицинская помощь:

1.ИВЛ

2. В случае восстановления самостоятельного дыхания - обезболить и наложить жгут выше раны
3. Повязка на рану
4. Транспортная мобилизация прибинтовыванием поврежденной конечности к здоровой
5. под жгут записка с указанием даты и времени его наложения.
6. Обильно напоить раненого, если сохранен акт глотания.
7. Оттащить раненого в укрытие (обратный скат холма) и придать устойчивое положение на боку для предупреждения западения языка.
8. Накрыть накидкой медицинской для предупреждения общего перегревания.
9. Подлежит первоочередному выносу с очага.
10. Если самостоятельное дыхание не восстанавливается в течении пяти минут или исчезнет пульс, раненый мертв. Реанимацию прекратить. Преступить к оказанию медицинской помощи другим пораженным.

Ситуационная задача № 3

Ответ:

Наличие ссадины и припухлости в правой височной области, отсутствие сознания и следы рвотных масс свидетельствуют о том, что пострадавший получил закрытую тяжелую травму черепа. Удушье, по-видимому, обусловлено аспирацией рвотных масс и западением языка.

Первая медицинская помощь:

1. Подложить валик под плечи.
2. Запрокинуть голову, открыть рот и выдвинуть нижнюю челюсть.
3. Очистить пальцем ротоглотку от рвотных масс.
4. Ввести воздуховод.
5. Оттащить раненого в положении на боку или на животе в здание вблизи от проезжей части улицы и придать устойчивое положение на боку.
6. Подлежит первоочередному вывозу.

Ситуационная задача № 4

Ответ:

Деформация и смещение нижней челюсти кзади свидетельствует о ее переломе. Удушье обусловлено западением языка и, по-видимому, аспирацией крови (лицо залито кровью).

Первая медицинская помощь:

1. Подложить под плечи валик.
2. Запрокинуть голову, открыть рот и выдвинуть нижнюю челюсть.
3. Очистить пальцем ротоглотку от сгустков крови.
4. Ввести воздуховод.
5. Имobilизировать нижнюю челюсть пращевидной повязкой.
6. Оттащить раненого в укрытие и придать устойчивое положение на боку.
7. Подлежит первоочередному вывозу.

Ситуационная задача № 5

Ответ:

Жалобы на удушье и наличие раны в левой подлопаточной области с выращенной подкожной эмфиземой туловища свидетельствуют о наличии у раненого прогрессирующего напряженного левостороннего пневмоторакса, угрожающего жизни из за резкого повышения внутриплеврального давления и смещения средостения.

Первая медицинская помощь:

1. Наложить окклюзионную повязку с клапаном на рану груди.
2. Обезболивание.
3. Придать раненому положение полусидя.
4. Укутать накидкой медицинской для профилактики общего переохлаждения.

Ситуационная задача № 6

Ответ:

Обильное истечение алой крови из раны в левой скуловой области свидетельствует об артериальном кровотечении.

Первая медицинская помощь:

1. Остановить кровотечение пальцевым прижатием левой сонной артерии.
2. При обильном промокании повязки кровью остановить кровотечение придавливанием левой сонной артерии к позвоночнику повязкой с пелотом, проводя туры бинта справа через поднятую вверх правую руку.
3. Наложить бинокулярную повязку.
4. Придать раненому устойчивое положение на боку.
5. Подлежит первоочередному вывозу.

Ситуационная задача № 7

Ответ:

У раненого артериальное кровотечение.

Первая медицинская помощь:

1. Остановить кровотечение пальцевым прижатием правой сонной артерии к позвоночнику и наложить давящую повязку с пелотом на рану, проводя туры бинта слева через поднятую вверх левую руку.
2. Обезболить.
3. Обильно напоить раненого.
4. Укрыть накидкой медицинской для предупреждения общего переохлаждения и замерзания.
5. Подлежит первоочередному вывозу.

Ситуационная задача № 8

Ответ:

Умеренное пропитывание кровью одежда вокруг раны в правой подлопаточной области без признаков нарушения дыхания и кровообращения свидетельствует о неопасном для жизни ранении мягких тканей.

Первая медицинская помощь:

1. Наложить давящую повязку с пелотом на рану.
2. Обезболить.
3. Направить раненого к месту сбора легко пораженных.

Ситуационная задача № 9

Ответ:

Наличие у раненого умеренно кровоточащей небольшой раны в околопупочной области при вполне удовлетворительном состоянии раненого свидетельствует, скорее всего, о ранении мягких тканей передней брюшной стенки.

Первая медицинская помощь:

1. Наложить давящую повязку.
2. Обезболить.
3. Направить раненого к месту сбора легко пораженных.

Ситуационная задача № 10

Ответ:

Обильное промокание повязки кровью свидетельствует, скорее всего, о продолжающемся артериальном кровотечении из раны бедра.

Первая медицинская помощь:

1. Наложить кровоостанавливающий жгут тот час выше повязки.

2. Обезболить.
3. Наложить дополнительные туры бинта на промокшую повязку.
4. Под жгут записку с указанием даты и времени его наложения.
5. Иммобилизация поврежденной конечности.
6. Обильно напоить раненого.
7. Накрыть раненого накидкой медицинской для профилактики общего перегрева.
8. Подлежит первоочередному вывозу

Ситуационная задача № 11

Ответ:

У раненого множественные повреждения: обильно кровоточащая рана на переднебоковой поверхности шеи слева, отрыв правой голени с умеренным кровотечением из раны и некровоточащая обширная рана левой стопы.

Первая медицинская помощь:

1. Остановить кровотечение из раны шеи пальцевым прижатием левой сонной артерии к позвоночнику, после чего наложить давящую повязку с пелотом, проводя туры бинта справа через поднятую вверх правую руку.
2. Наложить жгуты на правую голень тотчас выше раны и на нижнюю треть левой голени.
3. Обезболить.
4. Наложить повязки на раны.
5. Иммобилизовать нижние конечности.
6. Обильно напоить раненого.
7. Записка с указанием даты и времени наложения жгутов.
8. Подлежит первоочередному вывозу.

Ситуационная задача № 12

Ответ:

Учитывая, что продолжительность сдавливания конечностей у пострадавшего превышает 2 часа, следует ожидать у него развития синдрома длительного сдавливания после освобождения из-под завала. Непосредственную опасность для жизни представляет острая интоксикация, которая развивается у таких пострадавших после освобождения их из-под завала.

Первая медицинская помощь:

1. Обезболивание.
2. Освободить пострадавшего из-под завала.
3. Наложить на сдавленные конечности шины медицинские пневматические или осуществить тугое бинтование конечностей до уровня сдавливания.
4. По возможности, охладить конечности смачиванием повязок холодной водой.
5. Подлежат вывозу в порядке очереди.

Ситуационная задача № 13

Ответ:

Механизм травмы, отсутствие сознания, кровотечение из ушей, носа и рта, следы рвотных масс на одежде свидетельствуют о том, что пострадавший получил тяжелую закрытую травму черепа и головного мозга и общую контузию. Угроза для жизни может возникнуть в случае западения языка или аспирации рвотных масс.

Первая медицинская помощь:

1. Уложить пострадавшего в устойчивое положение на боку.
2. Укутать накидкой медицинской для предупреждения общего переохлаждения.
3. Подлежит первоочередному вывозу.

Ситуационная задача № 14

Ответ:

Надо полагать, что пострадавший получил тяжелую травму черепа и головного мозга, шейного отдела позвоночника и спинного мозга. Угроза для жизни может возникнуть вследствие западения языка.

Первая медицинская помощь:

1. Иммобилизация позвоночника на доске.
2. Воздуховод.
3. Подлежит первоочередному вывозу.

Ситуационная задача № 15

Ответ:

Надо полагать, что у раненого поврежден позвоночник и спинной мозг.

Первая медицинская помощь:

1. Обезболивание.
2. Наложить повязки на рану.
3. Иммобилизация позвоночника на доске.
4. Подлежит вывозу в порядке очередности.

Ситуационная задача № 16

Ответ:

Очевидно у раненого тяжелое ранение живота. Непосредственная угроза жизни раненого от ранения живота.

Первая медицинская помощь:

1. Обезболивание.
2. Наложить повязку на рану живота. Выпавшие внутренности не вправлять, а фиксировать повязкой к брюшной стенке.
3. Укутать раненого накидкой медицинской для профилактики общего переохлаждения.
4. Подлежит первоочередному вывозу.

Ситуационная задача № 17

Ответ:

В наличии тяжелая травма таза и тазовых органов.

Первая медицинская помощь:

1. Обезболивание.
2. Имобилизовать таз, уложив раненого на одеяло и подложив под согнутые в коленных суставах и слегка ратированные наружи вещи. Для предупреждения излишней ратации конечности фиксировать их бинтом.
3. Профилактика переохлаждения.
4. Подлежит первоочередному вывозу.

Ситуационная задача № 18

Ответ:

В наличии закрытый перелом обеих костей голени, что представляет опасность вторичного повреждения отломками кости сосудисто-нервного пучка и кожи.

Первая медицинская помощь:

1. Обезболивание.
2. Транспортная иммобилизация правой голени шиной медицинской или подручными средствами (стебли камыша).
3. Помочь раненому отползти в безопасное место.
4. Эвакуация в порядке очередности.

Ситуационная задача № 19

Ответ:

В наличии терминальное состояние вследствие поражения электрическим током. Непосредственная угроза жизни от остановки дыхания.

Первая медицинская помощь:

1. Освободить пострадавшего от действия тока.
2. ИВЛ.
3. После восстановления самостоятельного дыхания придать полусидящее положение пострадавшему.
4. Эвакуация в первую очередь.

5. Программа по клинической фармакологии 31.08.51 Фтизиатрия

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК – 1	Все задачи

Ситуационные задачи:

Ситуационная задача № 1.

Больной А., 42 лет, госпитализирован с диагнозом: ИБС Стабильная стенокардия напряжения, ФК II, АГ 2 степени, очень высокого риска. Постоянно принимал пропранолол в дозе 120 мг в сутки. После перенесенной ОРВИ появилась экспираторная одышка, уменьшающаяся после приема 2 доз сальбутамола. Самостоятельно отменил пропранолол, прочитав в аннотации к препарату о его способности вызывать бронхообструкцию. Через 24 часа после отмены появились сильные сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, тахикардия, повышение АД. ЭКГ: предсердная экстрасистолия, депрессия сегмента ST в V5, V6 до 1 мм, гипертрофия левого желудочка. Пациент связывает ухудшение состояния с приемом сальбутамола.

Вопросы:

Укажите причину ухудшения состояния больного и проведите коррекцию антиангинальной терапии.

Ситуационная задача № 2.

Больному С., 62 года, обратился с жалобами на выраженные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникшие после физической нагрузки. Боли беспокоят в течении 1 часа. ЧСС – 85 в мин., АД 140/80 мм.рт.ст. (максимальное АД – 190/100 мм.рт.ст.). На ЭКГ: зубец Q отсутствует, подъем сегмента ST на 2 мм в I, II, AVL, V5-V6 отведениях – изоэлектрическая кривая. Депрессия ST в III, AVF.

Вопросы:

Какие лекарственные препараты должен назначить врач скорой помощи (перечислить группы)?

Ситуационная задача № 3.

Больная, 40 лет, поступила с жалобами на периодически возникающие подъёмы АД до 210-230/150 мм рт. ст., которые сопровождаются сильной головной болью, потливостью, сердцебиением, ощущением страха. Кризы провоцируются наклоном или резким поворотом туловища, похудение. Считает себя больной в течение 5 лет. Лечилась амбулаторно - без особого эффекта. В анамнезе жизни - операция по поводу медуллярной опухоли щитовидной железы. Об-но: состояние удовлетворительное, астенический тип телосложения, m тела 65 кг, рост 162 см. Область сердца не изменена. ВТ пальпируется в V м/р по 1. medioclavicularissinistrol., PS 98 в Г, АД 150/100. При пальпации живота женщина побледнела, покрылась холодным потом, расширились зрачки, в глазах - страх. PS 130,

АД 220/110 мм рт. ст. На ЭКГ - картина субэпикардальной ишемии. После в/в введения фентоламина АД снизилось до 140/80 мм рт. ст., картина субэпикардальной ишемии на ЭКГ купировалась. ОАК, БАК без особенностей.

Вопросы:

Ваши диагнозы, дальнейшая тактика и лечение.

Ситуационная задача № 4

Вызов СМП. Больная, 36 лет, возбуждена, кожные покровы гиперемированы, влажные. Жалуется на давящие боли в области сердца, головную боль, преимущественно в затылочной и височной областях. АД 180/100 мм рт. ст.

Вопросы:

Ваш диагноз? Тактика ведения?

Ситуационная задача № 5

Больной К, 22 года поступил с жалобами на боли в эпигастральной области, купируемые приемом алмагеля. Из анамнеза: 2 года страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; имеется аллергическая реакция на пенициллин, проявляющаяся отеком Квинке. При ФГДС выявлена язва (0,7 см. в диаметре) в ампуле двенадцатиперстной кишки. При исследовании биоптатов слизистой двенадцатиперстной кишки обнаружен *Helicobacter pylori*.
Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение.

Вопросы:

1. Укажите схему эрадикации, ее продолжительность.
2. Назовите антисекреторный препарат, назначаемый после эрадикации, укажите длительность его назначения.
3. Через какое время после окончания курса антихеликобактерной терапии должна осуществляться диагностика эрадикации *Нр*.

Ситуационная задача № 6

Мужчина 55 лет. Клинический диагноз: ИБС. Атеросклероз коронарных артерий. Состояние после транслюминальной баллонной ангиопластики с имплантацией внутрисосудистого стента. Сахарный диабет - 11 тип (легкое течение). Гиперлипидемия 11 Б тип.

Биохимический анализ крови: общий холестерин 6,6 ммоль/л, триглицериды 2,25 ммоль/л, альфа-холестерин 0,8 ммоль/л, коэффициент атерогенности 7,25, глюкоза крови 6,3 ммоль/л.

Вопросы:

1. Какой уровень общего холестерина, альфа-холестерина и триглицеридов являются оптимальными для данного пациента?
2. Что такое коэффициент атерогенности, как он вычисляется и каковы его нормы?
3. Каковы методы коррекции дислипидемии в данном случае?

Ситуационная задача № 7

Больной 50 лет. Жалуется на головную боль, ухудшающуюся память, кожный зуд, усиливающийся после ванны. Считает себя больным 2 года. Работает оператором КИП на заводе. Плеторичен. Физикальных отклонений со стороны системы органов дыхания нет. Левая граница сердца - в 5 межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Акцент 2 тона на аорте. Пульс 72 в мин., ритмичный, напряженный. АД стабильно 180-170/120-115 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии. Селезенка выступает из-под края реберной дуги по левой передней подмышечной линии на 5 см. Параклиническими методами исследования со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Анализ крови: эр. - $8,3 \times 10^9$ /л, Нв - 206 г/л, тромб. - 570×10^9 /л, лейкоц. - $16,5 \times 10^9$ /л. Лейкоформула (%): п. - 4, с. - 70, лимф. - 20, мон. - 6, СОЭ - 0 мм/час. Гематокрит - 76/24 (%).

В костномозговом пунктате трехотростковая гиперплазия, высокая степень отшнуровки тромбоцитов от мегакариоцитов.

Вопросы:

1. Выскажите Ваши соображения относительно диагноза.
2. Какое патогенетическое лечение необходимо назначить больному.
3. Определите трудоспособность больного

Ситуационная задача № 8

Больная П., 60 лет, поступила в приемное отделение городской больницы с жалобами на нарастающую в течение предшествующих нескольких месяцев слабость, вялость, резкую усталость при выполнении минимальной физической нагрузки, головокружение, ощущение сердцебиения (не только при ходьбе, но и в покое), онемение и покалывание в пальцах рук. Считает себя больной в течение последних 6 мес, когда впервые стала отмечать все более выраженную утомляемость, несоответствующую выполненной физической нагрузке. Вслед за этим обратила внимание на затруднения при попытке вдеть нитку в иголку из-за неприятных ощущений в кончиках пальцев рук. При обследовании в поликлинике была обнаружена, по словам участкового терапевта, «небольшая анемия».

Ситуационная задача № 9

Около 15 лет назад перенесла оперативное вмешательство - резекцию желудка с ваготомией по поводу частых обострений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с продолжительными кровотечениями. Первые годы после хирургического вмешательства чувствовала себя вполне удовлетворительно, при обследовании в поликлинике отмечалось повышение уровня гемоглобина в крови до нормальных цифр (до операции уровень гемоглобина постоянно был ниже нормальных значений).

При осмотре: состояние удовлетворительное. Конституция нормостеническая, обычного питания. Рост - 165 см. Вес - 62 кг. Кожные покровы бледные с легким желтушным оттенком и участками гипопигментации по типу витилиго. Иктеричность склер и мягкого неба не отмечается. Язык не обложен, сосочки языка сглажены (см. вклейку, с. 8, рис. 10-2). Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, легкий систолический шум на верхушке, усиливающийся в вертикальном положении и после незначительной физической нагрузки. Ритм правильный. ЧСС - 96 в минуту. АД - 115/70 мм рт.ст. Живот несколько вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см. Селезенка не пальпируется. Стул в норме. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание в норме. Периферических отеков нет. Снижение поверхностной чувствительности по ладонной поверхности пальцев рук. Мышечная сила не изменена. Парезов нет. Тремор пальцев рук. Неуверенность при ходьбе. Отмечается некоторая заторможенность при контакте с врачом. Временами пациентка не сразу понимает задаваемые ей вопросы и переспрашивает, не всегда адекватно отвечая на них.

Клинический анализ крови (произведенный в приемном отделении): Нб - 88 г/л; эритроциты - $2,4 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты - $6,8 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула не изменена; СОЭ - 28 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз.
2. Проведение каких дополнительных методов исследования необходимо в данной ситуации?
3. Какие патогенетические механизмы обусловили клиническую симптоматику у данной больной?
4. С чем связано развитие заболевания у данной пациентки?
5. Какие методы лечения необходимо использовать у данной больной после верификации диагноза?

6. Программа по патологии 31.08.51 Фтизиатрия

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные
-------------	--

	компетенции
ПК - 4	Номера заданий ситуационных задач для собеседования
ПК – 5	Номера заданий ситуационных задач для собеседования

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1.

Больной Н., 48 лет, в течении 10 лет страдает хроническим гломерулонефритом. Госпитализирован в связи с ухудшением самочувствия. Предъявляет жалобы на слабость, вялость, плохой сон и аппетит. Объективно: кожные покровы бледные, со следами расчесов. Отмечается отечность лица, век . границы сердца увеличены влево. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке. Пульс напряженный. АД повышено. В анализах крови: анемия, нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ, гиперазотемия, гипоальбуминемия. В анализах мочи: полиурия, изогипостенурия, умеренная протеинурия.

Вопросы: Какой вид отека (по этиологии) сформировался у больного и каковы механизмы его развития?

Ситуационная задача № 2

Больной К., 52 лет, госпитализирован с жалобами на боли в правом подреберье, кожный зуд, носовые кровотечения, желтуху. Объективно: кожные покровы иктеричны, отмечаются следы расчесов, геморрагии, симптом «сосудистых звездочек». Живот увеличен в объеме, отмечается симптом «головой медузы» (расширение коллатеральных вен на передней брюшной стенке). Перкуторно – признаки свободной жидкости в брюшной полости. Печень уменьшена в размерах, плотная на ощупь. Селезенка увеличена в размерах и плотная. В анализах крови: анемия, лейкопения, тромбоцитопения, гипопротейнемия, диспротеинемия, нарушение функциональных проб печени. Из анамнеза известно, что больной перенес вирусный гепатит в тяжелой форме.

Вопросы: Какой вид отека (по этиологии) сформировался у больного и каковы механизмы его развития?

Ситуационная задача № 3

Больная М., 67 лет, в течение длительного времени страдает ишемической болезнью сердца, 5 лет назад перенесла обширный инфаркт миокарда. Госпитализирована с жалобами на отеки, одышку в покое, приступы удушья по ночам, кровохарканье. Объективно: резко выраженный акроцианоз, набухание и усиленная пульсация шейных вен. Массивные отеки на стопах, голенях и пояснице. Кожа на голенях плотная, сухая, через трещины в ней вытекает серозная жидкость. В нижних отделах легких с обеих сторон выслушиваются незвучные влажные хрипы. Перкуторно- резко расширенное сердце. Аускультативно: тоны сердца неритмичные (мерцательная аритмия). 1 тон ослаблен, выслушивается систолический шум. Живот увеличен в размере, Перкуторно признаки свободной жидкости в брюшной полости. Печень значительно увеличена (нижний ее край у пупка), несколько болезнен при пальпации.

Вопросы: Какое нарушение водно-электролитного баланса сформировалось у больной и каковы механизмы его развития?

Ситуационная задача № 4

Больная Л., 37 лет, с юности страдает системной красной волчанкой. Во время последнего обострения заболевания впервые появились массивные , быстро нарастающие отеки на лице, туловище, конечностях. Лабораторные исследования выявили выраженную протеинурию, гипопротейнемию, гиперлипидемию.

Вопросы: Как называется сформировавшийся у больной синдром и каковы механизмы развития отеков?

Ситуационная задача № 5

Больной Д., 42 лет, преподаватель высшей школы, вернулся из длительной командировки в одну из стран Африки. На протяжении нескольких недель отмечались серии коротких приступов лихорадки с ознобами и усиленным потоотделением. Беспокоили также головные и мышечные боли, тошнота, рвота и светобоязнь. Через некоторое время присоединились явления лимфангита и лимфаденита нижних конечностей, отечность ног. При осмотре: значительные отеки нижних конечностей, наружных половых органов. Кожа ног гиперемирована, отечна, в области бедер, паха и мошонки пальпируются плотные эластичные тяжи под кожей.

Вопросы: Какова вероятная причина и механизм развития отеков в данном случае?

Ситуационная задача № 6

Больной А., 38 лет, находясь на даче, был укушен осой. Сразу же после укуса возникла боль, через несколько минут – волдырь, эритема и сильный зуд в месте укуса, а еще через некоторое время – крапивница, тошнота, спастические сокращения мышц живота, экспираторная одышка, массивный отек лица и голосовой щели.

Вопросы: Какой вид отека (по этиологии) сформировался у больного и каковы механизмы его развития?

Ситуационная задача № 7

Больной Т., 43 лет, госпитализирован с жалобами на слабость, утомляемость, снижение массы тела, плохой аппетит, одышку при нагрузке, отеки на ногах. Объективно: выраженный отек лица и шеи («воротник Стокса»), шейные вены набухшие. Тоны сердца значительно приглушены, выслушивается ранний 3 тон (перикардальный удар). Живот увеличен в объеме, аускультативно – признаки свободной жидкости в брюшной полости. Пальпируются увеличенные печень и селезенка. Из анамнеза выяснено, что больной в течение нескольких лет страдает туберкулезом легких. Дополнительные исследования подтвердили диагноз констриктивного перикардита туберкулезной этиологии.

Вопросы: Объясните механизмы развития отека лица и шеи, периферических отеков и асцита у больного.

Кислотно-основное состояние

Ситуационная задача № 1

Приступ бронхиальной астмы.

pH	7,35
pCO ₂ , мм рт.ст.	52
SB, ммоль/л	22
BB, ммоль/л	45
BE, ммоль/л	+2

Ситуационная задача № 2

Выполняется операция с применением аппарата искусственного кровообращения.

pH	7,34
pCO ₂ , мм рт.ст.	37
SB, ммоль/л	14
BB, ммоль/л	29
BE, ммоль/л	-12

Ситуационная задача № 3

Предварительный диагноз «сахарный диабет».

pH	7,36
pCO ₂ , мм рт.ст.	36
SB, ммоль/л	19,5
BB, ммоль/л	39
BE, ммоль/л	-5
ТК, ммоль/л	37
NH ⁺ ₄ , ммоль/л	-

Ситуационная задача № 4

Диагноз « хронический диффузный гломерулонефрит в стадии обострения ».

pH	7,28
pCO ₂ , мм рт.ст.	35
SB, ммоль/л	16,5
BB, ммоль/л	35
BE, ммоль/л	-9
ТК, ммоль/л	8
NH ⁺ ₄ , ммоль/л	17

Ситуационная задача № 5

Свищ тонкой кишки с длительной потерей кишечного сока.

pH	7,35
pCO ₂ , мм рт.ст.	36
SB, ммоль/л	14
BB, ммоль/л	24
BE, ммоль/л	-8
ТК, ммоль/л	-
NH ⁺ ₄ , ммоль/л	-
МК, мг%	-

Ситуационная задача № 6

Тяжелая форма токсического поражения печени и почек с олигурией.

pH	7,25
pCO ₂ , мм рт.ст.	47
SB, ммоль/л	18,5
BB, ммоль/л	40,5
BE, ммоль/л	-7
ТК, ммоль/л	28
NH ⁺ ₄ , ммоль/л	15
МК, мг%	8

Ситуационная задача № 7

Острая недостаточность левого желудочка сердца с развитием отёка лёгких.

pH	7,24
pCO ₂ , мм рт.ст.	51
SB, ммоль/л	18
BB, ммоль/л	45
BE, ммоль/л	-8

Ситуационная задача № 8

Проводится операция с применением ИВЛ.

pH	7,47
----	------

pCO ₂ , мм рт.ст.	25
SB, ммоль/л	20
BB, ммоль/л	40
BE, ммоль/л	-2

Ситуационная задача № 9

У пациента неукротимая рвота, тетания.

pH	7,50
pCO ₂ , мм рт.ст.	36
SB, ммоль/л	28
BB, ммоль/л	57
BE, ммоль/л	+5,5

Ситуационная задача № 10

Сотрясение головного мозга, сопровождающееся повторной рвотой и отдышкой.

pH	7,56
pCO ₂ , мм рт.ст.	30
SB, ммоль/л	28
BB, ммоль/л	50
BE, ммоль/л	+5

Ситуационная задача № 11

У пациента острая кровопотеря.

pH	7,19
pCO ₂ , мм рт.ст.	25
SB, ммоль/л	11
BB, ммоль/л	27
BE, ммоль/л	-17
Ht	0,36
МК, мг%	23

Ситуационная задача № 12

Состояние после операции по удалению тромба брюшного отдела аорты.

pH	7,35
pCO ₂ , мм рт.ст.	49
SB, ммоль/л	19,5
BB, ммоль/л	44
BE, ммоль/л	-3,0
Ht	-
МК, мг%	-

Ситуационная задача № 13

Гемолитическая анемия неясной этиологии.

pH	7,31
pCO ₂ , мм рт.ст.	35
SB, ммоль/л	18
BB, ммоль/л	42
BE, ммоль/л	-5,5
Ht	0,30
МК, мг%	-
ТК, ммоль/л	12

Ситуационная задача № 14

Сотрясение головного мозга, повторная рвота.

pH	7,43
pCO ₂ , мм рт.ст.	28
SB, ммоль/л	25
BB, ммоль/л	48
BE, ммоль/л	+4,0
Ht	-
МК, мг%	12
ТК, ммоль/л	-

Ситуационная задача № 15

Кровь взята у пациентки после приступа истерии.

pH	7,42
pCO ₂ , мм рт.ст.	30
SB, ммоль/л	20,0
BB, ммоль/л	50,5
BE, ммоль/л	-0,5
Ht	0,40
МК, мг%	-
ТК, ммоль/л	-

Ситуационная задача № 16

Пациент госпитализирован 9 дней назад с диагнозом «острый инфаркт миокарда».

pH	7,22
pCO ₂ , мм рт.ст.	51
SB, ммоль/л	15
BB, ммоль/л	38
BE, ммоль/л	-12,5
Ht	-
МК, мг%	25
ТК, ммоль/л	18

Ситуационная задача № 17

У больной гнойный перитонит.

pH	7,48
pCO ₂ , мм рт.ст.	49
SB, ммоль/л	26,5
BB, ммоль/л	52,5
BE, ммоль/л	+6
ТК, ммоль/л	18

Патология углеводного обмена

Ситуационная задача № 1

Выйдя из дома, человек потерял сознание. Врач «скорой помощи» нашел в кармане книжку больного сахарным диабетом. Объективно: мышечный тонус повышен, кожные покровы влажные, пульс частый, напряженный. Периодически возникают судороги. Тонус глазных яблок повышен. Артериальное давление – 80/40 мм. рт. ст.

Вопросы:

1. Какая кома развилась у больного?
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?

3. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены в данном случае?

Ситуационная задача № 2

При проведении пробы с нагрузкой с нагрузкой глюкозой у обследуемого выявлено содержание глюкозы натощак 7,0 ммоль/л, а через 2 ч после нагрузки – 8,8 ммоль/л.

Вопросы:

1. Оцените результаты пробы с нагрузкой глюкозой.
2. Сделайте заключение о состоянии углеводного обмена у обследуемого.
3. Каковы рекомендации врача в данном случае?

Ситуационная задача № 3

Больная М., 23 лет, состоит на учете в женской консультации по поводу беременности сроком 28 недель. Жалоб не предъявляет. Плод развивается нормально. Уровень глюкозы в крови – 5,4 ммоль/л; анализ мочи: плотность – 1025, глюкоза – 100 ммоль/л.

Вопросы:

1. Объясните патогенез глюкозурии.

Ситуационная задача № 4.

Больная Л., 52 лет, работница кондитерской фабрики, обратилась к дерматологу с жалобами на кожный зуд и появление гнойничков. Считает себя больной в течении 2 лет. Больная повышенного питания. Из дополнительных жалоб отмечает повышенную утомляемость, сухость во рту. Врач назначил местное лечение, которое оказалось неэффективным. Содержание глюкозы в крови – 8,4 ммоль/л.

Вопросы:

1. К специалисту какого профиля надо направить больную на консультацию?
2. О каком заболевании следует думать в данном случае?
3. Какие дополнительные исследования необходимы?

Ситуационная задача № 5.

Больной К., 7 лет, перенес вирусный паратит. Через 2 мес мать ребенка отметила потерю в весе у сына на 3 кг, появление ночного энуреза, быструю утомляемость. Объективно: ребенок пониженного питания, кожа сухая с расчесами, сахар крови – 12 ммоль/л.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?
2. Какие предположения можно высказать об этиологии имеющегося заболевания?

Ситуационная задача № 6.

Больная А., 65 лет, повышенного питания. Болеет сахарным диабетом в течение 10 лет. Введением больших доз инсулина (более 200 единиц в сутки) не удается добиться компенсации диабета. Часто возникают прекоматозные состояния.

Вопросы:

1. Объясните возможные механизмы, повышающие потребность организма больной в больших дозах инсулина.

Ситуационная задача № 7.

Известно, что нормальный уровень глюкозы крови натощак составляет 3,3-3,5 ммоль/л. Однако при лечении сахарного диабета врачи никогда не стремятся к достижению нормогликемии, а стараются диетой, физической активностью и антидиабетическими препаратами поддерживать содержание глюкозы в крови на уровне почечного порога для глюкозы.

Вопросы:

1. Объясните причины такой врачебной тактики.

Ситуационная задача № 8.

Ребенок Н., 12 лет, направлен на обследование. Предъявляет жалобы на отделение большого количества мочи, сильную жажду, сухость во рту, похудание. Болен около месяца. За последнее время к этим симптомам присоединилось ночное недержание мочи. Известно, что рожден крупным плодом. В родне есть случаи заболевания сахарным диабетом. Объективно – ребенок пониженного питания.

Вопросы:

1. Наличие какой патологии можно предположить у данного больного?
2. Какие исследования следует назначить?
3. Каких отклонений от нормы можно ожидать?

Ситуационная задача № 9.

Больная П., 30 лет, поступила в приемное отделение без сознания. В течении двух предшествующих дней у нее отмечалась слабость, вялость, сонливость, тошнота, рвота, сухость во рту, сильная жажда, обильное отделение мочи, одышка. При объективном обследовании выявлено: дыхание Куссмауля, выраженная гипотония глазных яблок, запах ацетона изо рта, язык сухой, обложен. Глюкоза крови – 35 ммоль/л, остаточный азот крови – 32 ммоль/л. Анализ мочи (взята с помощью катетера) – плотность 1040, сахар – 250 ммоль/л, белок – 25 г/л, ацетон, выщелоченные эритроциты, гиалиновые, зернистые и эпителиальные цилиндры.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Объясните патогенез имеющихся клинико-лабораторных проявлений.
3. Каковы принципы экстренной терапии следует применить к данной больной?

Ситуационная задача № 10.

Больная Б., 33 года, страдает сахарным диабетом с 23 лет. Не поужинав, сделала вечером в обычной дозе инъекцию инсулина. Проснулась внезапно ночью в состоянии сильного беспокойства и страха. У больной спутанное сознание, профузное потоотделение, слабость, сердцебиение, тремор конечностей. Сахар крови – 2,8 ммоль/л.

Вопросы:

1. О каком осложнении следует думать?
2. Объясните патогенез симптомов и обоснуйте принципы экстренной терапии.

Нарушение белкового и липидного обмена

Ситуационная задача № 1.

Больной р., 49 лет, поступил в онкологический диспансер по поводу рака желудка. Жалуется на общую слабость, похудание, отсутствие аппетита, рвоту, понос, отеки. Объективно: больной истощен, кожа бледная, лицо пастозное, на ногах отеки. При анализе желудочного сока обнаружено отсутствие свободной соляной кислоты и большое количество лактата. Содержание белка в плазме – 40 г/л.

Вопросы:

1. Объясните патогенез указанных клинико-лабораторных симптомов.

Ситуационная задача № 2.

У беременной Н., 25 лет. На почве токсикоза развилась острая дистрофия печени, которая привела к недостаточности ее функции. Больная возбуждена. Бредит, наблюдаются судорожные подергивания мышц. Кожа и слизистые оболочки желтушные. Пульс 92 в мин, артериальное давление 100/70 мм. рт. ст. В крови и моче резко увеличено содержание

аминокислот и аммиака и уменьшение содержание мочевины. Специальные исследования выявили наличие в крови большого количества аминов (гистамина, тирамина, серотонина).

Вопросы:

1. Какие данные указывают на нарушение межпочечного обмена белков?
2. Каковы возможные причины и механизмы этих расстройств?
3. Имеются ли у больной нарушения конечного этапа белкового обмена? Обоснуйте свое заключение.
4. Чем обусловлено возбуждение больной?

Ситуационная задача № 3.

Больной С., 46 лет, жалуется на приступообразные боли в суставах пальцев ног и рук. Боли сопровождаются повышением температуры тела. Объективно: больной гиперстенического телосложения. На хрящах ушных раковин мелкие круглые узлы (тофусы). Суставы стоп резко деформированы. При рентгенографии плюсне-фаланговых суставов в эпифизах костей у суставных поверхностей обнаружены хорошо очерченные бесструктурные круглые очаги. Содержание мочевой кислоты в крови – 1,9 ммоль/л.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать в данном случае?
2. Объясните патогенез указанных симптомов?
3. Накопление каких продуктов нарушенного обмена веществ привело к развитию артрита?

Ситуационная задача № 4.

Больная Н., 38 лет, бухгалтер по профессии, жалуется на прогрессирующее ожирение, одышку, сердцебиение, вялость, сонливость, головные боли, расстройство менструального цикла. Аппетит хороший. Употребляет много мучных и сладких блюд. Физическим трудом не занимается. Объективно: гиперстенического телосложения, рост – 150 см, масса тела – 105 кг. Подкожная жировая клетчатка распределена по всему телу относительно равномерно. Границы сердца несколько расширены. Тоны сердца ослаблены и приглушены. Пульс 90 в мин. АД 150/100 мм. рт. ст. Печень выходит из под края реберного края на 3 см. В крови обнаружено повышенное содержание жиров, липопротеидов низкой и очень низкой плотности. Основной обмен находится на нижних границах нормы.

Вопросы:

1. Каков возможный патогенез ожирение у больной?
2. Укажите факторы риска, способствующие развитию ожирения у больной.

Ситуационная задача № 5.

Больной М., 46 лет, научный работник, жалуется на ослабление памяти, головокружение, боли в области сердца, одышку при физической нагрузке. Считает себя больным в течение 3 лет. Физическим трудом и физкультурой не занимается. Много курит. Питается хорошо, много употребляет мяса и животных жиров, а фруктов и овощей – недостаточно. Объективно: среднего роста, гиперстеник. Выглядит значительно старше своих лет. Кожа и мышцы дряблые. Границы сердца увеличены. Тоны глухие. Пульс 86 в мин, ритмичный. АД 140/90 мм. рт. ст. На ЭКГ выявляются признаки коронарной недостаточности. При рентгеноскопии обнаружено расширение дуги аорты. В крови резко увеличено содержание холестерина и β -липопротеидов. Больному назначена лечебная физкультура и диета, богатая овощами и фруктами, со сниженной калорийностью и ограничением животных жиров. Кроме того, рекомендовано ввести и суточный рацион не менее 20 г натурального растительного масла.

Вопросы:

1. Каковы вероятные причины и последствия гиперхолестеринемии у данного больного?
2. Почему больному рекомендовано употреблять в пищу растительное масло, овощи и фрукты?

Гипоксия

Ситуационная задача № 1: Определить тип голодания, если известно, что содержание оксигемоглобина в артериальной крови 80%, в венозной крови – 51%, минутный объем сердца – 6 л, кислородная емкость – 23 об%.

Ситуационная задача № 2: Определить тип голодания, если известно, что содержание оксигемоглобина в артериальной крови 98%, в венозной крови – 30%, минутный объем сердца – 2 л, кислородная емкость – 23 об%.

Ситуационная задача № 3: Определить тип голодания, если известно, что содержание оксигемоглобина в артериальной крови 57%, в венозной крови – 20%, минутный объем сердца – 8 л, кислородная емкость – 12 об%.

Ситуационная задача № 4: Определить тип голодания, если известно, что содержание оксигемоглобина в артериальной крови 97%, в венозной крови – 95%, минутный объем сердца – 7 л.

Ситуационная задача № 5:

Больная Н., 27 лет, поступила в хирургическую клинику по поводу сильных болей внизу живота. Объективно: больная бледная, пульс 120 мин⁻¹, слабого наполнения. АД – 85/50 мм рт. ст. Дыхание частое и глубокое. В связи с подозрением на внутреннее кровотечение срочно произведена лапаротомия. При этом обнаружен разрыв маточной трубы на почве внематочной беременности. Кровотечение остановлено. Из брюшной полости удалено около 1 л крови. После операции произведено переливание крови.

Вопросы:

1. Какой тип кислородного голодания развился у больной и, каков его патогенез?
2. Обоснуйте свое заключение.

Ситуационная задача № 6:

Больная М., 20 лет, доставлена в терапевтическую клинику с жалобами на сильную головную боль, тошноту, одышку, сердцебиение, слабость. Частота дыханий – 30 мин⁻¹, пульс – 100 мин⁻¹, слабого наполнения. При анализе периферической крови обнаружено увеличение количества эритроцитов и ретикулоцитов в единице объема. Из анамнеза установлено, что больная ночью «угорела», закрыв вечером печную трубу до полного прогорания угля.

Вопросы:

1. Какой тип кислородного голодания развился у больной?
2. Обоснуйте свое заключение.

Ситуационная задача № 7:

Больной В., 40 лет, летчик по профессии, поступил в госпиталь для определения годности к летной работе. В течение последних 5 лет страдает функциональными расстройствами нервной системы. С экспертной целью больной подвергся барокамерному испытанию. Через 5 мин после «подъема на высоту» 5000 м больной стал жаловаться на головокружение, появился цианоз губ и ногтевых фаланг пальцев рук, лицо побледнело. АД снизилось с 126/84 до 102/72 мм рт. ст., пульс 120 мин⁻¹, слабого наполнения. Дыхание частое и поверхностное. Проводивший испытание врач принял решение начать «спуск». Однако больной упрямо настаивал на продолжении испытания. Внезапно пульс и дыхание стали урежаться, и больной потерял сознание. После вдыхания кислорода состояние больного сразу улучшилось, и был произведен «спуск».

Вопросы:

1. Какой тип кислородного голодания развился у больного, и каков его патогенез?
2. Обоснуйте свое заключение.

Ситуационная задача № 8:

У больного А., 42 лет, приступы удушья в ночное время. Больной возбужден, отмечает чувство страха. Кожные покровы цианотичны, положение сидячее вынужденное, в нижних отделах легких выслушиваются влажные хрипы, левая половина сердца смещена влево на 3,5 см от срединной ключичной линии. ЧСС – 100 мин⁻¹, МОС – 3 л. НbO₂ артериальной крови – 87%, а венозной – 40%. В крови: количество эритроцитов – 5,9 x 10¹²/л, Нb – 175 г/л.

Вопросы:

1. Какой тип кислородного голодания развился у больного, и каков его патогенез?
2. Обоснуйте свое заключение.

Патология сердечнососудистой системы

Ситуационная задача № 1.

В приемное поступил больной мужчина – 73 лет. Жалобы: жгучие боли за грудиной, сохраняющиеся в течении 45 мин, резкая слабость. Объективно: бледность кожных покровов, акроцианоз, феномен белого пятна 5 сек, артериальная гипотензия 80/60 мм. рт. ст., одышка 25 дыханий в минуту, ЧСС 100 в минуту. В анамнезе артериальная гипертензия (АД до 170/100 мм. рт. ст.) с 50-летнего возраста, последние 10 лет диагностирована мочекаменная болезнь.

Данные дополнительных методов исследования:

ЭхоКГ: зоны гипо- и акинезии в миокарде передней стенки левого желудочка.

Коронарография: полная окклюзия левой нисходящей коронарной артерии.

ЭКГ: регистрируется комплекс QS в I, II и AVL отведении

УЗИ почек: камни в правой почке с атрофией ее паренхимы и гидронефрозом.

УЗИ крупных сосудов: установлено наличие атеросклеротических изъязвленных бляшек в аорте.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и составьте план обследования.

Ситуационная задача № 2.

Мужчина – 45 лет поступил на стационарное лечение 18 августа, жалобы: тошнота, рвота, увеличение живота, снижение веса. 26 августа проведена операция, наступила смерть. Клинический диагноз: рак желудка с метастазами в печень и другие органы. Желудочно-кишечное кровотечение, перитонит, динамическая непроходимость кишечника, цирроз печени. Аутопсия: в брюшной полости около 3 литров кровянистого содержимого. На брюшине – фиброзные наложения. В области малого сальника, ворот печени, в головке поджелудочной железы – спаянные между собой плотные узлы разного диаметра, некоторые из них распадаются. Серовато-желтого цвета узлы обнаружены в легком. Диаметр узлов не превышает 1-1,5 см. лимфатические узлы ворот печени, парааортальные, бифуркационные – увеличены, красно-серого цвета. На интима аорты тошнота, рвота, увеличение живота, похудание) распадающиеся атеросклеротические бляшки. Гистологически все узлы представляют собой мезотелиому.

Ситуационная задача № 3.

Мужчина – 50 лет. Неоднократно находился на стационарном лечении. При осмотре выраженный акроцианоз, ЧДД 22 в 1 минуту, ЧСС 98 в 1 минуту, АД 160 и 70. Кожа имеет

припудренный вид. В настоящее время при поступлении, повышен уровень мочевины, креатинина, снижена скорость клубочковой фильтрации, жалобы на выраженную одышку, кашель с гнойной мокротой. УЗИ почек: умеренно выраженное сморщиванием обеих почек. Рентгенологически в легких – множественные полости, содержащие жидкость, плевральные спайки (облитерация полостей), выраженный пневмофиброз. При биопсии слизистой оболочки прямой кишки, в подслизистой оболочке и вокруг сосудов обнаруживаются гомогенные эозинофильные массы, дающие положительную реакцию с конго-красным.

Ситуационная задача № 4

У женщины 46 лет год назад были диагностированы неспецифический аортоартериит и хронический бронхит, артериальная гипертензия. Поступила в стационар с острым нарушением мозгового кровообращения, моторной афазией и правосторонним гемипарезом. Через 6 дней развилась кома, и больная умерла.

Заключительный клинический диагноз. Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии. Правосторонний гемипарез, моторная афазия. Неспецифический аортоартериит. Хронический обструктивный бронхит, пневмофиброз, двусторонняя нижнедолевая застойная пневмония. Артериальная гипертензия III стадии.

Данные патологоанатомического исследования. В теменной доле левого полушария большого мозга обнаружен округлый кашицеобразной консистенции (диаметром 6,5 см) очаг серого цвета. Крупные артерии основания головного мозга уплотнены, утолщены, с диффузным сужением просвета; в просвете левой средней мозговой артерии — обтурирующие червеобразные суховатые серо-красные массы. Внутренняя оболочка дуги, брюшной части и крупных ветвей аорты (плечеголовного ствола, левых общей сонной и подключичной артерий), артерий каротидного и вертебробазиллярного бассейнов, а также устьев венечных артерий имела интенсивный желтый цвет; описанные отрезки сосудистого русла стенотически сужены. В верхней части брюшной части аорты престенотическое мешковидное расширение. В нем — пристеночные, фиксированные к внутренней оболочке, плотноватые серо-красные массы, прикрывающие устье левой почечной артерии. Остальные кровеносные сосуды без видимых изменений. В просвете крупных бронхов незначительное количество пенистой светло-серой жидкости, слизистая оболочка желто-серого цвета. Легкие синюшно-красного (в нижних долях — интенсивно красного) цвета, поверхность разреза зернистая, с чередованием участков плотной и эластической консистенции; ткань нижних долей тонет в воде. Кровеносные сосуды легких выступают над поверхностью разреза. Корковое вещество почек бледно-серого цвета, пирамиды мозгового вещества темно-красные.

При бактериологическом исследовании легких выделен *S.aureus* (10^7 КОЕ).

Результаты гистологического исследования. В стенках дуги, брюшной части аорты, ее крупных ветвей, артерий каротидного и вертебробазиллярного бассейнов, крупных мозговых артерий, а также в области устьев венечных артерий диффузный склероз всех оболочек сосудистой стенки, большое количество полнокровных *vasa vasorum*, очаговая инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками и макрофагами с единичными гигантскими клетками Лангханса. В ткани головного мозга обширные поля некроза с полиморфно-клеточной воспалительной реакцией по периметру, фиброз мягких мозговых оболочек. Легкие: часть альвеол расширена, с разрывами межальвеолярных перегородок; другие (в ткани из нижних долей) — заполнены эозинофильными гомогенными и нитевидными массами с нейтрофилами; межальвеолярные перегородки утолщены, инфильтрированы лимфоцитами и нейтрофилами; эпителий бронхов слущен, диффузная лейкоцитарная инфильтрация всех слоев стенок бронхов, гиперплазия слизистых желез крупных бронхов; перибронхиальный и периваскулярный склероз. Артериосклеротический нефросклероз.

Ситуационная задача № 5.

Больной госпитализирован в онкологическом отделении с диагнозом рак желудка. На второй день после госпитализации появились выраженные жгучие боли за грудиной, резкая слабость, падение артериального давления до 60/40 мм. рт. ст. Скончался при нарастающих явлениях острой сердечной недостаточности. На вскрытии установлено: резкая гипертрофия левого желудочка и умеренная зернистая атрофия почки, стенозирующий атеросклероз коронарных артерий с наличием изъязвленной атеросклеротической бляшкой с фиксированным к ней тромбом в левой нисходящей коронарной артерии, крупноочаговый инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка, отёк легких, рак желудка диффузного типа (перстневидноклеточный рак) с метастазами в печень, брыжейку, кости нижних конечностей, в головной мозг. Кахексия.

Ситуационная задача № 6.

Женщина 78 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на задержку стула и газов, боли в животе, черный цвет кала, снижение массы тела в течение 4 мес на 10 кг, отеки на ногах. При осмотре кожные покровы бледные, пастозность голеней, красноватые пятна и полосы на передней поверхности голеней. При пальпации живота определяются болезненность и опухолевидное образование в левой подвздошной области. В общем анализе крови: гемоглобин — 70 г/л, эритроциты — $3,8 \cdot 10^{12}/л$; лейкоциты — $101^9/л$. При ультразвуковом исследовании печени в левой доле выявлены два узла 2,5 и 3,0 см в диаметре. Вовремя колоноскопии в области левого изгиба ободочной кишки обнаружена бугристая изъязвленная опухоль, циркулярно суживающая просвет кишки. При гистологическом исследовании тубулярная аденокарцинома умеренной степени дифференцировки. На 10-й день пребывания в стационаре была обнаружена медицинской сестрой в туалете, без сознания, без признаков сердечной деятельности и дыхания. Реанимационные мероприятия без эффекта. Констатирована смерть.

Заключительный клинический диагноз. Рак селезеночного угла ободочной кишки с метастазами в печень. Хроническая обтурационная толстокишечная непроходимость. Тромбоэмболия легочного ствола и его ветвей?

Данные патологоанатомического исследования. В области левого изгиба ободочной кишки обнаружена опухоль размером 6,0x7,0 см в виде плотных беловатых масс, прорастающая все слои стенки кишки, циркулярно суживающая просвет. В зоне роста опухоли слизистая оболочка с глубокими язвенными дефектами. При гистологическом исследовании опухоль имеет структуру тубулярной, местами слизееобразующей, умеренно дифференцированной аденокарциномы с выраженным фиброзом стромы. Метастазы рака выявлены в трех лимфатических узлах брыжейки, печени, обнаружен канцероматоз брюшины. В глубоких венах голеней обнаружены плотные суховатые червеобразные массы серо-красного цвета, обтурирующие просвет. В легочном стволе и крупных его ветвях — свободно лежащие, червеобразные массы, похожие на образования в венах голеней.

Ситуационная задача № 7.

Больной – 55 лет. В анамнезе курение в течение 37 лет, утренний надсадный сухой кашель, одышка при физической нагрузке, в последние годы при привычной нагрузке, нарушения мочеиспускания (мочеиспускание малыми порциями, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря). При осмотре – цианоз носогубного треугольника, языка, плечевой пояс приподнят, бочкообразная грудная клетка, набухание шейных вен, дыхательная экскурсия снижена, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, при перкуссии легких коробочный звук, пастозность голеней. При аускультации тоны сердца приглушены, акцент II тона на легочной артерии, картину при аускультации легких – опишите сами. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, перкуторно определяется увеличение размеров селезенки. При пальцевом исследовании прямой кишки пальпируется бугристая, плотная предстательная железа.

Ситуационная задача № 8.

Больной К. 55 лет. Заболел остро, шёл по улице, внезапно почувствовал слабость, головокружение, нарушение речи, вызвана машина скорой помощи, доставлен в стационар. Состояние тяжёлое, не разговаривает, нарушения зрения справа.

При КТ головного мозга признаки отёка головного мозга. В левом полушарии большого мозга, в теменно-височно-затылочной долях, определяется полость размерами 12х9 см, сообщающаяся с левым боковым желудочком, IV желудочек расширен.

Рентгенография органов грудной клетки: размеры сердца увеличены за счет гипертрофии левого желудочка.

Состояние с отрицательной динамикой. Угнетения сознания до комы. Начата ИВЛ.

Ситуационная задача № 9

Больной С., поступил с жалобами на тупые, давящие боли в эпигастрии и правом подреберье после приёма пищи, тошноту, рвоту до 3-4 раз в сутки, слабость, головокружение, увеличение живота. В течении многих лет злоупотребляет алкоголем. При обследовании общий билирубин 98,7 мкмоль/л, АСТ 180 и/е, АЛТ 197 и/е, при УЗИ органов брюшной полости выявлен уровень жидкости в брюшной полости, спленомегалия, усилена эхоструктура печени, увеличены размеры до 37х24х19х26 см, расширение селезеночной вены до 15 мм и портальной до 20 мм. Во время лечения состояние оставалось стабильным, снизилась концентрация общего билирубина до 22,0 мкмоль/л, АСТ 127 и/е, АЛТ 144 и/е. Позднее на фоне положительной динамики внезапно стала нарастать общая слабость, появилась рвота темно-вишневой кровью с примесью сгустков, состояние резко ухудшилось, больная направлена на ФГС. В нижней трети пищевода определяются расширенные вены с изъязвлением слизистой 3х4 см. В желудке содержатся свёртки крови объёмом около 200 мл.

7. Дисциплина: Социально-психологические основы профессиональной деятельности.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-2; ПК-9	1-4

Решите следующие задачи:

- 1) 12 бурлаков молча тянут баржу. Общение это или нет?
- 2) Мать баюкает месячного младенца. Общение это или нет?
- 3) Человек смотрит по телевизору балет. Общение это или нет? Если да, то где обмен информацией?
- 4) Лектор произносит монолог, а аудитория не задает ни вопроса, не подает ни одной реплики, не записывает, но слушает, а слышит ли, понимает ли – сказать трудно. Можно ли это считать общением между лектором и аудиторией?

