



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Рабочая программа	«Государственной итоговой аттестации»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа ординатуры по специальности 31.08.51 Фтизиатрия
Квалификация (специальность)	Врач-фтизиатр
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра инфекционных болезней и фтизиатрии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Мартынов Владимир Александрович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Оськин Дмитрий Николаевич	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доцент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Жильцова Елена Егоровна	д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Черданцева Татьяна Михайловна	д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой

Одобрено учебно-методической комиссией по ординатуре и аспирантуре.
Протокол № 7 от 26.06.2023 г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023 г.

Нормативная справка.

Рабочая программа «Государственной итоговой аттестации» разработана в соответствии с:

ФГОС ВО	Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 № 1094 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.51 Фтизиатрия»
Порядок организации и осуществления образовательной деятельности	Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры"

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной профессиональной образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (далее – ФГОС ВО).

Задачами государственной итоговой аттестации является определение сформированности у обучающихся основных компетенций, установленных ФГОС ВО, и оценка готовности обучающихся к решению профессиональных задач в соответствии с видами профессиональной деятельности, на которые ориентирована образовательная программа.

Компетенции выпускника, сформированность которых оценивается на государственной итоговой аттестации:

Универсальные компетенции (УК):

- УК1: готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
- УК2: готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
- УК3: готовность 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

Профессиональные компетенции (ПК):

- ПК1: 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
- ПК2: готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения
- ПК3: готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
- ПК4: готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о

показателях здоровья взрослых и подростков
<ul style="list-style-type: none"> ● ПК 5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
<ul style="list-style-type: none"> ● ПК 6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании кардиологической помощи
<ul style="list-style-type: none"> ● ПК7: готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
<ul style="list-style-type: none"> ● ПК 8: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
<ul style="list-style-type: none"> ● ПК 9: готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
<ul style="list-style-type: none"> ● ПК10: готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
<ul style="list-style-type: none"> ● ПК11: готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
<ul style="list-style-type: none"> ● ПК12: готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы, 108 академических часов.

Государственная итоговая аттестация в полном объеме относится к базовой части Блока 3 ОПОП ординатуры.

Процедура проведения государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией, состав которой утверждается приказом ректора не позднее чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации. Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации не позднее 31 декабря года, предшествующего году проведения государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация обучающихся проводится в форме государственного экзамена (междисциплинарного).

Программа государственной итоговой аттестации, включая критерии оценки результатов сдачи государственного экзамена, а также порядок

подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся, не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Все экзаменационные материалы для проведения государственного междисциплинарного экзамена обсуждаются на заседаниях учебно-методических комиссий и утверждаются на заседании учебно-методического совета Университета.

Срок проведения государственной итоговой аттестации определяется расписанием, которое составляется в соответствии с учебным планом, утверждается ректором и доводится до сведения обучающихся, председателя и членов государственных экзаменационных комиссий и апелляционных комиссий, секретарей государственных экзаменационных комиссий не позднее чем за 30 календарных дней до дня проведения первого государственного аттестационного испытания.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Структура и содержание государственной итоговой аттестации в форме государственного экзамена

Государственный экзамен по специальности 31.08.51 Фтизиатрия включает в себя несколько аттестационных испытаний и проводится в три этапа: I этап - тестирование; II этап - оценка практических навыков и умений; III этап - собеседование.

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен:

1. Особенности инженерного инфекционного контроля при туберкулезе.
2. Виды инфекционного контроля при туберкулезе.
3. Внелегочный туберкулез (основные локализации, клиника, диагностика, принципы ведения больных)
4. Выявление туберкулеза у взрослых, роль лучевых методов.
5. Дезинфекция при туберкулезе. Принципы текущей и заключительной дезинфекции при туберкулезе.
6. Диаскинтест (методика, показания, интерпретация).
7. Диспансерное наблюдение при туберкулезе, группы диспансерного учета.
8. Диссеминированный туберкулез (клиника, диагностика, исходы).
9. Дифференциальная диагностика внутригрудных аденопатий.
10. Дифференциальная диагностика легочных диссеминаций.
11. Дифференциальная диагностика легочных инфильтратов.
12. Дифференциальная диагностика округлых образований в легких.
13. Дифференциальная диагностика плевритов.
14. Дифференциальная диагностика полостных образований в легких.
15. Индивидуальные средства защиты органов дыхания, как одна из мер инфекционного контроля при туберкулезе.

- 16.Инструментально-биопсийные методы исследования во фтизиатрии. Морфология туберкулезного воспаления.
- 17.Инфильтративный туберкулез (клиника,диагностика,исходы).
- 18.Искусственный пневмоторакс при туберкулезе (показания, методика, осложнения).
- 19.Исторические этапы развития фтизиарии. Становление противотуберкулезной работы в России.
- 20.Кавернозный туберкулез (клиника, диагностика, исходы).
- 21.Казеозная пневмония (клиника, диагностика, исходы).
- 22.Классификация туберкулеза. Формулировка диагноза при туберкулезе.
- 23.Критерии ВОЗ для диагностики активного туберкулеза. Принципы сбора диагностического материала при туберкулезе.
- 24.Латентная туберкулезная инфекция, принципы диагностики и ведения больных.
- 25.Легочное кровотечение и кровохарканье при туберкулезе.
- 26.Лекарственная устойчивость возбудителя туберкулеза (варианты, особенности ведения пациентов).
- 27.Медико-биологические группы риска по туберкулезу.
- 28.Милиарный туберкулез (клиника,диагностика,исходы).
- 29.Неотложные осложнения туберкулеза: диагностика и лечение.
- 30.Осложнения вакцинации БЦЖ.

Процедура проведения государственного экзамена:

Во время экзамена ординатор произвольным образом выбирает экзаменационный билет, содержащий информацию о варианте тестового задания, номере ситуационной задачи и теоретический вопрос для собеседования.

После этого ординатор получает соответствующее билету тестовое задание и отвечает на него (время, выделенное на ответ по тестовому заданию не менее 4 часов). По окончании тестирования работа проверяется экзаменатором и ординатору выставляется оценка:

- 71% и более правильных ответов – «зачтено»;
- 70% и менее правильных ответов – «не зачтено».

Результаты тестирования фиксируются в протоколе.

Далее ординатор, успешно прошедший тестирование, получает ситуационную задачу соответственно вытянутому ранее билету. Подготовка к ответу — не менее 20 минут. По окончании подготовки ординатор отвечает на билет одному или нескольким членам экзаменационной комиссии. Ответ оценивается следующим образом:

- оценка «зачтено» выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему полное (или недостаточно полное освоение компетенций, предусмотренных программой, но обнаружившему достаточный уровень знания основного программного материала), и не допустившем (или допустившему не принципиальные погрешности) при его изложении;

– оценка **«не зачтено»** выставляется обучающемуся, не продемонстрировавшему освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

Результаты ответа фиксируются в протоколе.

Результаты первых двух аттестационных испытаний имеют качественную оценку «зачет»- «не зачет» и являются основанием для допуска к собеседованию.

Далее ординатор, успешно прошедший два предыдущих этапа допускается к собеседованию по теоретическому вопросу из ранее вытянутого билета.

Ответ обучающегося заслушивают не менее двух членов экзаменационной комиссии. Экзаменаторы имеют право задавать обучающемуся уточняющие вопросы, которые вместе с ответами обучающегося заносятся в протокол.

Результаты завершающего этапа аттестационных испытаний (собеседования) определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «не удовлетворительно».

Критерии оценки :

- оценка **«отлично»** выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему полное освоение компетенций, предусмотренных программой, системные знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины, проявивший творческие способности в понимании и применении на практике содержания обучения;

- оценка **«хорошо»** выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему достаточное освоение компетенций, предусмотренных программой, полное знание программного материала, способному к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности;

- оценка **«удовлетворительно»** выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему недостаточно полное освоение компетенций, предусмотренных программой, обнаружившему достаточный уровень знания основного программного материала, но допустившему погрешности при его изложении;

– оценка **«неудовлетворительно»** выставляется обучающемуся, не продемонстрировавшему освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

Экзаменаторы вправе при спорном результате собеседования количественно учитывать ответы двух предыдущих этапов.

Оценки "отлично", "хорошо", "удовлетворительно" означают успешное

прохождение государственной итоговой аттестации.

Обучающимся и лицам, привлекаемым к государственной итоговой аттестации, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Нарушения обучающимся учебной дисциплины при проведении государственной итоговой аттестации пресекаются. В этом случае составляется акт о нарушении учебной дисциплины и выставляется оценка «неудовлетворительно».

К нарушениям учебной дисциплины во время государственной итоговой аттестации относятся:

- списывание (в том числе с использованием мобильной связи, ресурсов Интернет, а также литературы и материалов, не разрешенных к использованию на экзамене или зачёте);

- обращение к другим обучающимся за помощью или консультацией при подготовке ответа по билету или выполнении задания;

- прохождение государственной итоговой аттестации лицами, выдающими себя за обучающегося, обязанного сдавать экзамен.

Результаты государственного экзамена объявляются обучающимся в день проведения экзамена после оформления и утверждения протоколов заседания государственной экзаменационной комиссии.

Перечень рекомендуемой литературы:

а). Основная литература:

1. Фтизиатрия: нац.рук. [Текст] : [с прил. на компакт-диске] / под ред. М.И. Перельман. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2017. - 506 с.
2. Мишин В.Ю. Туберкулез легких с лекарственной устойчивостью возбудителя [Электронный ресурс] / Мишин В.Ю., Чуканов В.И., Григорьев Ю.Г. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. / В. Ю. Мишин, В. И. Чуканов, Ю. Г. Григорьев. - Moscow : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

б). Дополнительная литература:

1. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания. – М.–Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2014. – 56 с.
2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя. – М.–Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2014. – 72 с.
3. Современные методы ускоренной этиологической диагностики туберкулеза / В.Л.Добин, Д.Н.Оськин; ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава. – Рязань: РИО РязГМУ, 2016.- 56 с.
4. О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации [Текст]: Федер. закон: [Принят Гос. Думой 24 мая 2001 г.:

- одобр. Советом Федерации 6 июня 2001 г.] // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2001. - № 26. – С. 2581.
5. О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России от 21.03.2003 г. №109 (ред. от 5.06.2017). Доступ из справ.-правовой системы "КонсультантПлюс".
6. Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 "Профилактика туберкулеза" [Текст]: пост-е Гл. гос. сан. врача Рос. Федерации от 22.04.2013 №60 (ред. от 6.02.2015) // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. - 2014. - № 28.

Примеры тестов с эталонами ответов:

1. Микобактерии туберкулеза можно выявить при микроскопии окрашенного препарата:

метиленовым синим

по Граму

по Цилю-Нильсену

по Романовскому-Гимзе

по Лейшману

2. Выраженность патологических сдвигов в клиническом анализе крови и в ряде биохимических показателей крови и ее сыворотки определяется всеми следующими показателями, кроме:

распространенности поражения легких

наличия и выраженности эксудативных и казеозных изменений

длительности туберкулезного процесса

особенностей реакции костного мозга и некоторых других

3. При туберкулезе органов дыхания между данными клинических методов исследования и изменениями, обнаруженными на рентгенограмме, как правило:

имеется полное соответствие

нет полного соответствия, клиническая симптоматика более богата

нет полного соответствия, рентгенологические изменения более обширны

4. Наиболее характерным признаком туберкулезного поражения при проведении биопсии плевры является обнаружение:

клеток Пирогова-Лангханса

эпителиоидных клеток

лимфоцитов

казеозного некроза

5. Современная отечественная классификация туберкулеза построена:

на клиническом принципе

на патогенетическом принципе

на морфологическом принципе

на клинико-рентгенологическом принципе

6. Специфическая аллергия к туберкулезной инфекции чаще всего определяется:

пробой Коха

введением вакцины БЦЖ

пробой Манту

пробой Пирке

7. При постановке пробы Манту используется туберкулин в дозе:

1 ТЕ

2 ТЕ

5 ТЕ

10 ТЕ

8. Среди критериев дифференциальной диагностики послевакциционной и инфекционной аллергии главное:

наличие или отсутствие прививки БЦЖ

срок, прошедший после прививки БЦЖ

наличие и размер послевакциционного знака

все перечисленное

9. При постановке пробы Коха используется туберкулин в дозе:

2 ТЕ

5 ТЕ

10 ТЕ

20 ТЕ

10. Из всех тестов на туберкулин наибольшее распространение и широкое применение при эпидемиологических исследованиях получил:

внутрикожный (Манту)
скарификационный (Пирке)
тест множественных проколов
подкожный (Коха)

11. Риск заболевания туберкулезом наиболее высок при наличии контактов:

случайных
внутриквартирных
производственных
внутрисемейных

12. Из каких составных частей состоит план оздоровления очага туберкулезной инфекции?

мероприятия, направленные на бактериовыделителя
мероприятия, направленные на контактных
мероприятия, направленные на условия передачи инфекции
все перечисленное

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

текушей
заключительной
постоянной

14. Вакцина БЦЖ - это:

живая ослабленная культура микобактерий туберкулеза
продукты жизнедеятельности микобактерий туберкулеза
убитая автоклавированием культура микобактерий туберкулеза
фильтрат бульонной культуры микобактерий туберкулеза

15. Кому проводится первичная химиопрофилактика туберкулеза?

туберкулиноположительным контактными по туберкулезу
туберкулиноотрицательным контактными по туберкулезу
стоящим на учете в IV группе ДУ

Эталоны ответов:

№ вопроса	Правильный ответ
1	Б
2	Б
3	В
4	В
5	Б
6	В
7	Б
8	Б
9	Д
10	Б
11	Г
12	АВГ
13	Б
14	Г
15	Д

Примеры экзаменационных ситуационных задач с эталонами ответов:

№ 1. Больной 60 лет, пенсионер, обратился к врачу с жалобами на кашель с выделением небольшого количества мокроты с примесью крови, одышку при ходьбе, общую слабость, снижение аппетита.

Кровохарканье появилось месяц подъема тяжести. Сначала внимания на это не обратил. Однако дней через 10 кровохарканье, отметил появление одышки при ходьбе, ухудшение аппетита, похудение (потерял в массе тела 2 кг), это вынудило обратиться к врачу. При флюорографии выявлены изменения в легких, был госпитализирован.

Из анамнеза выяснено, что больной 20 лет назад переболел очаговым туберкулезом легких, от которого вылечился и был снят с учета в противотуберкулезном диспансере. Во время очередного флюорографического осмотра год назад активных туберкулезных изменений выявлено не было. Не курит, алкоголь не употребляет.

При осмотре температура тела нормальная. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледные, периферические лимфатические узлы не пальпируются. Пульс ритмичный, 88 ударов в 1 минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны несколько приглушены. АД – 150/96 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, правая ее половина несколько отстает при дыхании. Перкуторный звук ясный легочный. При аускультации справа у нижнего лопатки дыхание ослабленное, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: Э – $3,58 \cdot 10^{12}/л$; Нв – 110 г/л; Л – $9,5 \cdot 10^9/л$; э – 2%; с/я – 50%; п/я – 2%; л – 21%; м – 10%; СОЭ – 18 мм/час.

Задание;

1. Назовите основные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения природы заболевания?

3. Проведите дифференциальную диагностику и установите клинический диагноз.

Ответ к задаче 1.

1. Инфильтративный туберкулез легких, центральный рак, прикорневая пневмония.

2. Анализ мокроты: при 5 бактериоскопиях микобактерии туберкулеза не выявлены; цитологическое исследование атипичных и опухолевых клеток не обнаружило.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л: папула 5 мм.

Бронхоскопия: справа, несколько ниже устья верхне-долевого бронха, «мясистое» образование с изъязвленной кровоточащей поверхностью, почти полностью перекрывает просвет промежуточного бронха. Взяты мазки-отпечатки для цитологического исследования.

3. А. В прошлом больной перенес очаговый туберкулез легких, поэтому естественно, предположить у него рецидив специфического процесса. При рецидиве активного туберкулеза легких могут наблюдаться жалобы, имеющиеся у больного. Однако при этом обычно повышается температура тела, появляется потливость (этого нет у больного), а одышка возникает при более распространенном поражении и остром течении заболевания. Ослабленное дыхание над участком поражения и некоторые воспалительные изменения в крови в виде небольшого лейкоцитоза и нерезко повышенной СОЭ могут наблюдаться и при туберкулезном процессе. В то же время на рентгенограмме в области верхушек обоих легких определяются очаги большой плотности, а основное поражение локализуется в прикорневой области, распространяясь на задний базальный сегмент, что редко бывает при туберкулезе. Кроме того, микобактерии при многократной бактериоскопии не обнаружены, а чувствительность к туберкулину довольно низкая. На этом основании можно усомниться в наличии у больного активного туберкулеза легких.

Б. Прикорневая пневмония может проявляться аналогичными жалобами. Однако начало заболевания при этом обычно более острое, с повышенной температурой тела и обилием данных при аускультации над пораженным участком легкого (крепитация, сухие и влажные хрипы), в то время как у больного отмечается лишь ослабленное дыхание. Существенно более выражены при пневмонии и воспалительные изменения в периферической крови. Поэтому указанные жалобы при наличии большого фокуса поражения и упорного кровохарканья не характерны для неспецифической пневмонии.

В. Упорное кровохарканье, кашель и одышка при нормальной температуре тела у мужчин старше 40 лет при наличии тени в прикорневой области всегда заставляет думать о злокачественном новообразовании. Похудание больного, ослабленное дыхание над участком поражения (которое может свидетельствовать о гиповентиляции вследствие нарушения бронхиальной проходимости) еще более усиливают это предположение. Небольшой лейкоцитоз и другие изменения гемограммы могут наблюдаться при раке легкого. Цитологическое исследование мокроты не дало положительных результатов, однако, при бронхоскопии выявлен опухолевый процесс в правом верхнедолевом бронхе со значительным перекрытием просвета промежуточного бронха, а результаты цитологического исследования мазков-отпечатков подтвердили диагноз центрального рака правого легкого.

I. Порядок подачи и рассмотрения апелляции:

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной

процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии).

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

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.

При рассмотрении апелляции о нарушении порядка проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственной итоговой аттестации обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственной итоговой аттестации обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае принятия решения об удовлетворении апелляции результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные Университетом.

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.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного аттестационного испытания и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

СОГЛАСОВАНО	УТВЕРЖДАЮ
<p>Начальник отдела аспирантуры, ординатуры и магистратуры А.В. Шаханов</p> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">_____</p> <p style="text-align: right; margin-top: 5px;">подпись</p> <p style="text-align: right; margin-top: 5px;">« » 20 г.</p>	<p>проректор по учебной работе профессор О.М. Урясьев</p> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">_____</p> <p style="text-align: right; margin-top: 5px;">подпись</p> <p style="text-align: right; margin-top: 5px;">« » 20 г.</p>

**Фонд оценочных средств
для государственной итоговой аттестации**

выпускников по программам подготовки кадров высшей квалификации –
программам ординатуры по специальности

31.08.51. Фтизиатрия

РЯЗАНЬ, 20__

Лист утверждения и согласования

Фонд оценочных средств к программе государственной итоговой аттестации для выпускников по программам подготовки кадров высшей квалификации – программам ординатуры по специальности 31.08.51 Фтизиатрия(общее количество страниц _____):

1. Согласован с научной библиотекой университета по рекомендуемой литературе

Заведующая научной библиотекой _____ /О.В. Козлова
подпись

2. Утвержден на заседании кафедры

Протокол № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

Зав. кафедрой, профессор, д.м.н. _____ /В.Л. Добин
подпись

3. Утвержден на заседании учебно-методической комиссии по программам аспирантуры, ординатуры, магистратуры.

Протокол № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

Председатель комиссии, к.м.н., доцент _____ /Л.В. Твердова
подпись

4. Согласован с отделом образовательных программ на соответствие макету, учебному плану и наличию сопроводительной документации

Начальник отдела _____ /А.А. Сидоров
подпись

5. Утвержден на заседании учебно-методического совета университета.

Протокол № _____ от _____ 20 ____ г.

Матрица компетенций, сформированность которых оценивается на государственном экзамене

Номер билета	Компетенции
1	<i>УК1,УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,ПК4,ПК5, ПК6, ПК7,ПК8, ПК9. ПК10, ПК11, ПК12</i>
2	<i>УК1,УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,ПК4,ПК5, ПК6, ПК7,ПК8, ПК9. ПК10, ПК11, ПК12</i>
3	<i>УК1,УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,ПК4,ПК5, ПК6, ПК7,ПК8, ПК9. ПК10, ПК11, ПК12</i>
4	<i>УК1,УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,ПК4,ПК5, ПК6, ПК7,ПК8, ПК9. ПК10, ПК11, ПК12</i>
5	<i>УК1,УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,ПК4,ПК5, ПК6, ПК7,ПК8, ПК9. ПК10, ПК11, ПК12</i>
6	<i>УК1,УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,ПК4,ПК5, ПК6, ПК7,ПК8, ПК9. ПК10, ПК11, ПК12</i>
7	<i>УК1,УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,ПК4,ПК5, ПК6, ПК7,ПК8, ПК9. ПК10, ПК11, ПК12</i>
8	<i>УК1,УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,ПК4,ПК5, ПК6, ПК7,ПК8, ПК9. ПК10, ПК11, ПК12</i>
9	<i>УК1,УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,ПК4,ПК5, ПК6, ПК7,ПК8, ПК9. ПК10, ПК11, ПК12</i>
10	<i>УК1,УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,ПК4,ПК5, ПК6, ПК7,ПК8, ПК9. ПК10, ПК11, ПК12</i>
11	<i>УК1,УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,ПК4,ПК5, ПК6, ПК7,ПК8, ПК9. ПК10, ПК11, ПК12</i>
12	<i>УК1,УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,ПК4,ПК5, ПК6, ПК7,ПК8, ПК9. ПК10, ПК11, ПК12</i>
13	<i>УК1,УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,ПК4,ПК5, ПК6, ПК7,ПК8, ПК9. ПК10, ПК11, ПК12</i>
14	<i>УК1,УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,ПК4,ПК5, ПК6, ПК7,ПК8, ПК9. ПК10, ПК11, ПК12</i>
15	<i>УК1,УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,ПК4,ПК5, ПК6, ПК7,ПК8, ПК9. ПК10, ПК11, ПК12</i>
16	<i>УК1,УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,ПК4,ПК5, ПК6, ПК7,ПК8, ПК9. ПК10, ПК11, ПК12</i>
17	<i>УК1,УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,ПК4,ПК5, ПК6, ПК7,ПК8, ПК9. ПК10, ПК11, ПК12</i>
18	<i>УК1,УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,ПК4,ПК5, ПК6, ПК7,ПК8, ПК9. ПК10, ПК11, ПК12</i>
19	<i>УК1,УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,ПК4,ПК5, ПК6, ПК7,ПК8, ПК9. ПК10, ПК11, ПК12</i>
20	<i>УК1,УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,ПК4,ПК5, ПК6, ПК7,ПК8, ПК9. ПК10, ПК11, ПК12</i>

	<i>ПК10, ПК11, ПК12</i>
44	<i>ПК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9. ПК10, ПК11, ПК12</i>
45	<i>ПК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9. ПК10, ПК11, ПК12</i>

**Типовые задания для оценивания результатов сформированности
компетенций: Билеты для проведения ГИА.**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Экзаменационный билет № 1
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура
специальность: 31.08.51 Фтизиатрия
оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Этиология туберкулезной инфекции
2. Ситуационная задача №1.
3. Тесты: вариант №1.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Экзаменационный билет № 2
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Патогенез туберкулезной инфекции
2. Ситуационная задача №2.
3. Тесты: вариант №2.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Экзаменационный билет № 3
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Современные особенности эпидемиологии туберкулеза
2. Ситуационная задача №3.
3. Тесты: вариант №1.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Экзаменационный билет № 4
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Лабораторные и лучевые методы исследования во фтизиопульмонологии
2. Ситуационная задача №4.
3. Тесты: вариант №2.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Экзаменационный билет № 5
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Инструментально-биопсийные методы исследования во фтизиопульмонологии
2. Ситуационная задача №5.
3. Тесты: вариант №1.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Экзаменационный билет № 6
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Туберкулинодиагностика туберкулеза (пробы Манту, Пирке, в модификации Карпиловского-Гринчара, Коха)
2. Ситуационная задача №6.
3. Тесты: вариант №2.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Экзаменационный билет № 7
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Очаг туберкулезной инфекции, работа в нем
2. Ситуационная задача №7
3. Тесты: вариант №1.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Экзаменационный билет № 8
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Противотуберкулезные мероприятия в ЛПУ общего профиля
2. Ситуационная задача №8.
3. Тесты: вариант №2.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Экзаменационный билет № 9
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Структура и функции противотуберкулезного диспансера
2. Ситуационная задача №9.
3. Тесты: вариант №1.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Экзаменационный билет № 10
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Особенности течения туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции
2. Ситуационная задача №10.
3. Тесты: вариант №2.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Экзаменационный билет № 11
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Этиотропное лечение туберкулеза(фармакодинамика и фармакокинетика противотуберкулезных препаратов, оценка результативности лечения)
2. Ситуационная задача №11.
3. Тесты: вариант №1.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Экзаменационный билет № 12
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Диспансерное наблюдение, группы диспансерного учета
2. Ситуационная задача №12.
3. Тесты: вариант №2.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Экзаменационный билет № 13
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Легочное кровотечение, кровохарканье
2. Ситуационная задача №13.
3. Тесты: вариант №1.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Экзаменационный билет № 14
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Режимы химиотерапии
2. Ситуационная задача №14.
3. Тесты: вариант №2.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Экзаменационный билет № 15
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Патогенетическое лечение туберкулеза
2. Ситуационная задача №15.
3. Тесты: вариант №1.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Экзаменационный билет № 16
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Хирургическое лечение туберкулеза (показания, противопоказания, методы)
2. Ситуационная задача №16.
3. Тесты: вариант №2.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Экзаменационный билет № 17
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Специфическая профилактика туберкулеза
2. Ситуационная задача №17.
3. Тесты: вариант №1.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Экзаменационный билет № 18
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Неспецифическая профилактика туберкулеза
2. Ситуационная задача №18.
3. Тесты: вариант №2.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Экзаменационный билет № 19
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Острый респираторный дистресс-синдром (клиника, диагностика, лечение)
2. Ситуационная задача №19.
3. Тесты: вариант №1.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Экзаменационный билет № 20
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

оцениваемые компетенции: УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6,
ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК 12

1. Современные особенности эпидемиологии туберкулеза
2. Ситуационная задача №20.
3. Тесты: вариант №2.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенций: Тестовые задания (вариант 1)

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Тестовые задания
Вариант №1**
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура
специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

Выберите один или несколько вариантов ответов

1. Микобактерии туберкулеза можно выявить при микроскопии окрашенного препарата:

*метиленовым синим
по Граму
по Цилю-Нильсену
по Романовскому-Гимзе
по Лейшману*

2. Выраженность патологических сдвигов в клиническом анализе крови и в ряде биохимических показателей крови и ее сыворотки определяется всеми следующими показателями, кроме:

*распространенности поражения легких
наличия и выраженности экссудативных и казеозных изменений
длительности туберкулезного процесса
особенностей реакции костного мозга и некоторых других*

3. При туберкулезе органов дыхания между данными клинических методов исследования и изменениями, обнаруженными на рентгенограмме, как правило:

*имеется полное соответствие
нет полного соответствия, клиническая симптоматика более богата
нет полного соответствия, рентгенологические изменения более обширны*

4. Наиболее характерным признаком туберкулезного поражения при проведении биопсии плевры является обнаружение:

*клеток Пирогова-Лангханса
эпителиоидных клеток*

лимфоцитов

казеозного некроза

5. Современная отечественная классификация туберкулеза построена:

на клиническом принципе

на патогенетическом принципе

на морфологическом принципе

на клинико-рентгенологическом принципе

6. Специфическая аллергия к туберкулезной инфекции чаще всего определяется:

пробой Коха

введением вакцины БЦЖ

пробой Манту

пробой Пирке

7. При постановке пробы Манту используется туберкулин в дозе:

1 TE

2 TE

5 TE

10 TE

8. Среди критериев дифференциальной диагностики послевакциционной и инфекционной аллергии главное:

наличие или отсутствие прививки БЦЖ

срок, прошедший после прививки БЦЖ

наличие и размер послевакциционного знака

все перечисленное

9. При постановке пробы Коха используется туберкулин в дозе:

2 TE

5 TE

10 TE

20 TE

10. Из всех тестов на туберкулин наибольшее распространение и широкое применение при эпидемиологических исследованиях получил:

внутрикожный (Манту)

скарификационный (Пирке)

тест множественных проколов

подкожный (Коха)

11. Риск заболевания туберкулезом наиболее высок при наличии контактов:

случайных

внутриквартирных

производственных

внутрисемейных

12. Из каких составных частей состоит план оздоровления очага туберкулезной инфекции?

мероприятия, направленные на бактериовыделителя

мероприятия, направленные на контактных

мероприятия, направленные на условия передачи инфекции

все перечисленное

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

текушей

заключительной

постоянной

14. Вакцина БЦЖ - это:

живая ослабленная культура микобактерий туберкулеза

продукты жизнедеятельности микобактерий туберкулеза

убитая автоклавированием культура микобактерий туберкулеза

фильтрат бульонной культуры микобактерий туберкулеза

15. Кому проводится первичная химиопрофилактика туберкулеза?

туберкулиноположительным контактными по туберкулезу

туберкулиноотрицательным контактными по туберкулезу

стоящим на учете в IV группе ДУ

16. В понятие «начальные проявления первичной туберкулезной инфекции» входит:

ранний период первичной туберкулезной инфекции

туберкулезная интоксикация

выраж чувствительности к туберкулину

все перечисленное

17. К первичной форме туберкулеза относится:

очаговый

внутригрудных лимфатических узлов

туберкулема

диссеминированный

18. Прогрессирующее течение первичного туберкулезного комплекса может привести:

к переходу в туберкулему

к образованию каверны

к развитию очагового туберкулеза

к развитию очага Гона

19. Первичными формами туберкулеза легких наиболее часто болеют:

новорожденные

дети ясельного возраста

дети дошкольного возраста

школьники

20. Основной причиной перехода первичного инфицирования в заболевание туберкулезом является:

массивная суперинфекция

неблагоприятный преморбидный фон и частые интеркуррентные заболевания

угасание поствакционного иммунитета

отсутствие дифференцированного профилактического лечения в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции

21. Размеры очагов при милиарном туберкулезе легких составляют:

до 3 мм

до 6 мм

до 10 мм

до 15 мм

22. Характерной локализацией очаговых теней в легких при подостром диссеминированном туберкулезе является:

субкортикальная в верхне-задних сегментах

в средних долях

в средних и нижних полях легких

в прикорневой зоне

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

острые

подострые

малосимптомные

все перечисленные

24. При фибринозном плеврите болевой синдром может отсутствовать при локализации:

верхушечной:

наддиафрагмальной

междолевой

костальной

25. Основной путь проникновения МБТ в мозговые оболочки – это:

лимфогенный из очага в легком

лимфогенный из лимфоузлов периферических или внутригрудных

гематогенный, из первичного очага или очагов первичного туберкулеза

26. Для очаговой формы туберкулеза характерны следующие признаки:

очаги, занимающие более 3 сегментов

множественные очаги, расположенные по всем полям легких

очаги, занимающие объем до 2 сегментов

единичные очаги с кальцинатами в корнях легких

27. Облаковидный инфильтрат характеризуется:

клиническими признаками пневмонии

клиническими симптомами бронхита

отсутствием клинических проявлений

болями на стороне поражения

28. Круглый инфильтрат характеризуется:

отсутствием клинических проявлений

умеренно выраженными и затяжными клиническими проявлениями

выраженными клиническими проявлениями

всем перечисленным

29. Основным морфологическим отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является:

большой объем поражения

преобладание казеозного некроза

более частый распад

склонность к бронхогенной диссеминации

30. Развитию туберкулемы наиболее часто предшествует:

туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

фиброзно-кавернозный туберкулез

диссеминированный туберкулез

инфильтративный туберкулез

31. Кольцевидная тень в легких с дорожкой к корню и полиморфными очагами вокруг характерны:

для кисты легкого

для опухоли с распадом

для туберкулезной каверны

для острого абсцесса

32. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких наиболее часто переходит:

в диссеминированный

в туберкулему

в инфильтративный

в цирротический

33. Являясь результатом инволюции какой-либо формы туберкулеза легких, цирроз может быть односторонним и ограниченным, если он формируется:

из диссеминированного туберкулеза легких

из очагового туберкулеза легких

из фиброзно-кавернозного туберкулеза легких

из прогрессирующего инфильтративного туберкулеза легких

34. Предупреждает избыточное развитие соединительной ткани при туберкулезном воспалении:

своевременное выявление заболевания

рациональная организация комплексного лечения туберкулеза, в том числе и средств патогенетической терапии

своевременная диагностика и устранение осложнений легочного туберкулеза и туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов

все ответы правильные

35. Лечебная тактика при туберкулезе определяется:

возрастом больных

клинической формой туберкулеза и наличием деструктивных изменений

наличием массивного бактериовыделения

всем перечисленным

36. «Спонтанный пневмоторакс» – это:

проникновение воздуха в плевральную полость

проникновение воздуха в плевральную полость у практически до этого здорового человека без каких-либо видимых причин

проникновение воздуха в плевральную полость без каких-либо внешних вмешательств у здорового человека или у страдающих хроническими болезнями

37. «Кровохарканье» – это:

массивное выделение крови из дыхательных путей с кашлем или без него

выделение из дыхательных путей крови в виде примесей (прожилки окрашивания) в мокроте

выделение крови из дыхательных путей в виде сгустков, с трудом откашливаемых

38. Хроническое легочное сердце – это:

гипертрофия миокарда правого желудочка

гипертрофия миокарда левого желудочка

гипертрофия миокарда правого желудочка и левого желудочка

39. Возникновение амилоидоза у больных туберкулезом способствуют:

продолжительность заболевания

наличие деструктивных изменений в легких

наличие бронхоэктазов

все ответы правильные

40. На формирование остаточных изменений при излечении туберкулеза влияют:

характер исходного процесса

его осложнения

характер лечебных мероприятий

все перечисленное

41. Лечебная тактика при туберкулезе определяется:

возрастом больных

*клинической формой туберкулеза и наличием деструктивных изменений
наличием массивного бактериовыделения
всем перечисленным*

42. Химиотерапия туберкулеза – это:

метод лечения туберкулеза с помощью различных химических веществ

метод воздействия на возбудитель заболевания

метод этиотропной терапии туберкулеза с помощью различных химических веществ

ведущий метод лечения туберкулеза

43. Патогенетическая терапия – это:

терапия, воздействующая на состояние организма больного и происходящие в нем патологические процессы

терапия с применением противовоспалительных лекарств

терапия с применением лекарственных средств, влияющих на иммунную систему

терапия, направленная на улучшение переносимости химиопрепаратов

44. Вопрос о хирургическом лечении больных туберкулезом органов дыхания ставится в связи:

с отсутствием эффекта от комплексной медикаментозной терапии, проведенной на протяжении 4-6 месяцев

с достижением только частичного эффекта после завершения курса химиотерапии

с сохранением к концу основного курса химиотерапии в лимфатических узлах и легких крупных очагов осумкованного казеоза или деструктивных изменений

с невозможностью с помощью медикаментозных средств достичь клинического излечения больного в приемлемые для него сроки

45. Критериями клинического излечения туберкулеза являются:

отсутствие клинических симптомов заболевания и объективных клинических изменений со стороны органов дыхания

полноценный курс лечения

рентгенологические и лабораторные данные, динамика туберкулиновых проб

правильным является все перечисленное

46. Эпидемиологическим показателем, позволяющим оценить объем поражения туберкулезной инфекцией, является:

заболеваемость

болезненность

инфицированность

бацилловыделение

47. Для своевременного выявления туберкулеза необходимо проводить:

массовые профилактические обследования населения на туберкулез

обследование на туберкулез больных в общих и специализированных лечебных учреждениях

регулярное и качественное обследование групп риска по туберкулезу

все перечисленное

48. Вакцина БЦЖ – это:

живая ослабленная культура микобактерий туберкулеза

продукты жизнедеятельности микобактерий туберкулеза

убитая автоклавированием культура микобактерий туберкулеза

фильтрат бульонной культуры микобактерий туберкулеза

49. Основные мероприятия, составляющие работу противотуберкулезного диспансера, - это:

наблюдение за контингентом по группам учета

ведение документации и отчетности

амбулаторное лечение больных и проведение химиопрофилактики

все перечисленное

50. Противотуберкулезными мероприятиями, которые осуществляет общая педиатрическая сеть, являются:

массовая туберкулинодиагностика

вакцинация БЦЖ

ревакцинация БЦЖ

все перечисленное

Ректор

Р.Е. Калинин

Эталоны правильных ответов

Вариант 1

- | | | |
|-----------|-------|-----------|
| 1) Б | 18) Г | 35) А,В,Г |
| 2) Б | 19) В | 36) Г |
| 3) В | 20) Г | 37) Б |
| 4) В | 21) В | 38) Б |
| 5) Б | 22) А | 39) Б |
| 6) В | 23) Д | 40) Г |
| 7) Б | 24) Б | 41) Г |
| 8) Б | 25) Г | 42) Д |
| 9) Д | 26) Г | 43) А |
| 10) Б | 27) В | 44) Б |
| 11) Г | 28) Г | 45) Б |
| 12) А,В,Г | 29) В | 46) Д |
| 13) Б | 30) В | 47) Г |
| 14) Г | 31) В | 48) Г |
| 15) Д | 32) Г | 49) Б |
| 16) В | 33) В | 50) Б |
| 17) Б,В,Д | 34) А | |
| 51) | | |

Типовые задания для оценивания результатов сформированности

компетенций: Тестовые задания (вариант 2)

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Тестовые задания

Вариант №2

для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

Выберите один или несколько вариантов ответов.

1. Наиболее распространенные методы выявления микобактерий туберкулеза включают все перечисленное ниже, кроме:

бактериоскопического

культурального

метода обогащения

биологического

2. Какое число лейкоцитов в крови характерно для активного туберкулеза?

$6 \cdot 10^9/\text{л}$

$12-15 \cdot 10^9/\text{л}$

$>15 \cdot 10^9/\text{л}$

3. При оценке технического качества обзорной рентгенограммы органов грудной клетки в прямой проекции следует учитывать:

правильность установки и полноту охвата

степень жесткости

фазу дыхания, в которую выполнена рентгенограмма

все ответы правильные

4. Бронхоскопия у больных туберкулезом показана:

при всех формах легочного туберкулеза, протекающих с деструкцией и бактериовыделением

при предоперационном обследовании больных

*при туберкулезных плевритах и туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов
при всех перечисленных случаях*

5. Какие фазы процесса характеризуют активный туберкулез?

инфильтрация, распад, обсеменение

рассасывание, уплотнение

рубцевание, обызвествление

прогрессирование

6. Реакции на туберкулин развиваются:

немедленно (по типу анафилаксии)

через 6-12 часов

через 12-14 часов

через 48-72 часа

7. Проба Манту считается положительной у детей и подростков при размерах папулы:

0-1 мм

1-4 мм

5-17 мм

более 17 мм

8. Дополнительными критериями инфекционной аллергии служит:

окраска папулы

четкость ее контура, наличие пигментации

размер инфильтрата

все перечисленное

9. При постановке пробы Коха туберкулин вводится:

подкожно

внутрикожно

накожно

перорально

10. Основной целью массовой туберкулинодиагностики являются:

выявление детей больных туберкулезом

выделение групп повышенного риска для их дообследования в противотуберкулезном диспансере

отбор контингентов для вакцинации и ревакцинации БЦЖ

отбор контингента для стационарного лечения

11. Под очагом туберкулезной инфекции следует понимать:

больного, выделяющего БК

жилище больного, выделяющего БК

окружение больного, выделяющего БК

все перечисленное

12. Из каких составных частей состоит текущая дезинфекция?

обеззараживание выделений туберкулезных больных и остатков их еды

влажная уборка помещения

проветривание помещения

все перечисленное

13. Что входит в комплекс мероприятий по текущей дезинфекции?

обеззараживание выделений больных, остатков их еды, плевательниц, белья

влажная уборка помещения

проветривание помещения

все перечисленное

14. Вакцина БЦЖ вводится:

подкожно

внутрикожно

внутримышечно

перорально

15. Кому проводится вторичная химиопрофилактика туберкулеза?

*туберкулиноотрицательным контактными по туберкулезу
туберкулиноположительным контактными по туберкулезу
выраженным детям*

16. Различают следующие основные периоды первичного инфицирования:

*инкубационный
латентного микробизма
предаллергический и аллергический
бактериолимфит*

17. Двухстороннее увеличение внутригрудных лимфатических узлов, кроме туберкулеза, может быть:

*при пневмонии
при застойном легком
при саркоидозе
при актиномикозе*

18. Локальные проявления туберкулезной инфекции чаще всего выявляются у детей:

*в кровеносной системе
в кровотоковой системе
в лимфатической системе
в бронхиальной системе*

19. У больных первичным туберкулезом возможны осложнения в виде:

*менингита и милиарного туберкулеза
ателектаза и казеозной пневмонии
поражения костей и суставов
поражения почек и мочевыводящих путей*

20. К неспецифическим заболеваниям органов дыхания, с которыми приходится дифференцировать туберкулез внутригрудных лимфоузлов, относятся:

реактивные изменения корней легкого при острых и хронических заболеваниях бронхов и ЛОР-органов

гиперплазия вилочковой железы

феномен широких сосудов корня и средостения

саркоидоз

21. Наиболее частым патогенетическим путем развития милиарного туберкулеза является:

гематогенный

бронхогенный

лимфогенный

лимфобронхогенный

22. Выберите правильную формулировку диссеминированного туберкулеза органов дыхания:

двустороннее обширное затемнение легких

тотальное одностороннее очаговое поражение легких

двустороннее ограниченное или распространенное поражение легких с преобладанием очаговых и интерстициальных изменений

23. При хроническом гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких может наблюдаться:

обильное бактериовыделение

скудное бактериовыделение

отсутствие микобактерий

все перечисленное

24. При фибринозном плеврите боли в грудной клетке усиливаются:

при наклоне в здоровую сторону

при наклоне в больную сторону

в положении лежа на спине

в положении лежа на животе

25. Специфический процесс при туберкулезном менингите локализуется преимущественно:

в веществе головного мозга

в мозговых оболочках

в стволе головного мозга

26. Наиболее характерные размеры очагов при очаговой форме туберкулеза легких:

до 2 мм

до 5 мм

до 1 см

более 1.5 см

27. Наиболее характерными рентгенологическими признаками облаковидного инфильтрата являются:

неоднородный неправильный фокус с очагами

неоднородный треугольной формы участок затемнения с очагами

неоднородный неправильной формы участок затемнения с очагами

однородный неправильной формы участок затемнения с очагами

28. Клинико-рентгенологический синдром круглого инфильтрата в первую очередь требует дифференциальной диагностики

с пневмонией

с раком легкого

с эхинококком

с доброкачественной опухолью

29. Почему при казеозной пневмонии отмечается низкая эффективность лечения:

вследствие выраженной интоксикации

вследствие значительного распада легочной ткани

вследствие резкого снижения иммунитета

вследствие устойчивости МБТ к АБП

30. С целью дифференциальной диагностики между туберкулемой и опухолью методом выбора является проведение:

компьютерной томографии

бронхоскопии

УЗИ

бронхографии

31. При кавернозной форме туберкулеза легких рентгенологически характерно наличие:

кольцевидного просветления неправильной формы

тонкостенной кольцевидной тени правильной формы

множественных кольцевидных теней без воспалительных изменений

полости в зоне лобита

32. При фиброзно-кавернозном туберкулезе легких перкуторно определяется:

коробочный звук по всем полям, больше в нижних отделах

укорочение звука в верхней доле с одной стороны или с обеих сторон, в нижних отделах звук с коробочным оттенком

звук над легкими чаще не изменен, иногда укорочен в нижних отделах

тимпанический звук над участком поражения, в остальных отделах - легочный

33. Перкуторно в области цирроза наиболее часто определяется:

выраженная тупость

укорочение легочного звука

притупление с тимпаническим оттенком

нормальный легочный звук

34. При деструктивном туберкулезе легких наиболее вероятен:

аспирационный, интраканалликулярный путь заражения слизистой бронхов

контактный путь заражения слизистой бронхов

гематогенный путь заражения слизистой бронхов

лимфогенный путь заражения слизистой бронхов

35. Основным методом комплексного лечения туберкулеза является:

химиотерапия

патогенетическая терапия

симптоматическая терапия и лечение неотложных состояний

хирургическое лечение

36. Основные клинические симптомы спонтанного пневмоторакса – это:

лихорадка, кашель с мокротой, боли в груди и одышка

боли в груди и одышка

лихорадка, сухой надсадный кашель, боли в груди

боли в груди, затрудненное дыхание, кашель с мокротой

37. «Легочное кровотечение» – это:

массивное выделение крови из дыхательных путей с кашлем или без него

выделение крови из дыхательных путей в виде отдельных плевков или в виде примеси крови в мокроте

выделение любого количества чистой крови

38. Ведущим механизмом возникновения хронического легочного сердца являются все перечисленные факторы, кроме:

поражение сосудов при бронхолегочных заболеваниях

торако-диафрагмальных заболеваний

сосудистой патологии

митрального порока сердца

39. Наиболее часто сопровождаются развитием амилоидоза из числа приведенных ниже клинических форм туберкулеза:

казеозная пневмония и кавернозный туберкулез

диссеминированный туберкулез легких и туберкулема легких

фиброзно-кавернозный и цирротический туберкулез легких

40. Благоприятными исходами туберкулеза органов дыхания являются:

кальцинация и инкапсуляция казеозного некроза

рассасывание и фиброзирование

фиброзирование в сочетании с уплотнением очагов

все перечисленное

41. Под комплексным лечением больного туберкулезом понимают:

одновременное использование ряда лечебных средств и методов

использование лечебных средств и методов, направленных на одни и те же звенья патологического процесса

использование лечебных средств и методов, направленных как на возбудителя заболевания, так и на различные звенья и механизмы возникшего патологического процесса

42. Основной предпосылкой эффективности химиотерапии туберкулеза является;

хорошая переносимость лечения

высокий уровень защитных сил организма больного

чувствительность микобактерий к применяемому препарату

хорошая или удовлетворительная фармакокинетика

43. Патогенетическая терапия при туберкулезе имеет цель:

повысить сопротивляемость организма

повысить концентрацию химиопрепаратов в очаге поражения

замедлить формирование рубцовой ткани

все перечисленное

44. Витальные показания к операции – это:

проведение неотложного хирургического вмешательства с целью предупредить распад легочной ткани в очаге поражения и бронхогенную диссеминацию

проведение неотложного хирургического вмешательства с целью предупредить легочное кровотечение или спонтанный пневмоторакс

проведение неотложного хирургического вмешательства, чтобы устранить угрожающие жизни больного проявления или осложнения инфекционного процесса

45. Остаточные изменения после перенесенного туберкулеза при длительном наблюдении могут:

оставаться без изменений

уменьшаться в размерах

осложняться присоединением неспецифического воспаления

все ответы правильные

46. Риск заболевания туберкулезом наиболее высок при наличии контактов:

случайных

внутриквартирных

производственных

внутрисемейных

47. Основными методами выявления туберкулеза у детей является:

массовая туберкулинодиагностика

флюорография

обследование на туберкулез групп риска

обследование на туберкулез лиц, обратившихся к фтизиатру

48. Противотуберкулезная вакцинация чаще всего проводится в возрасте:

4 - 7 дней

2 месяца

1 год

2 года

49. Группа диспансерного учета для детей, страдающих активным туберкулезом органов дыхания – это:

III

I

V

VI

50. Принятая периодичность флюорографических обследований населения нашей страны:

1 раз в год

1 раз в 2 года

1 раз в 3 года

Ректор

Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики

В.Л.Добин

Эталоны правильных ответов.

Вариант 2. Г

- | | | |
|-------|-----------|-----------|
| 1) Б | | |
| 2) | 19) А,Б | 36) Б |
| 3) Г | 20) Г | 37) Б,В,Д |
| 4) Д | 21) В | 38) В |
| 5) Д | 22) А | 39) А |
| 6) Б | 23) А | 40) Г |
| 7) В | 24) Д | 41) Б |
| 8) Б | 25) Д | 42) Г |
| 9) Д | 26) Д | 43) Б |
| 10) Г | 27) Д | 44) А,Г |
| 11) Д | 28) Г | 45) Б |
| 12) Д | 29) Г | 46) Д |
| 13) В | 30) Д | 47) А |
| 14) Д | 31) Д | 48) Г |
| 15) Г | 32) А,Б,Д | 49) А |
| 16) Д | 33) Б | 50) Б |
| 17) Г | 34) Д | |
| 18) А | 35) В | |

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенций: Ситуационные задачи

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»

**Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

Ситуационная задача № 1

для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура

специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

Больная, 30 лет, заболела остро с подъема температуры тела до 38,5°, болей в правой половине грудной клетки, появления сильного кашля с мокротой. Участковый врач ЦРБ диагностировал пневмонию и госпитализировал больную в терапевтическое отделение. После 10 дней противопневмонической терапии состояние больной улучшилось незначительно, продолжает лихорадить, но несколько ниже, симптомы прежние. Рентгенологической динамики нет. На обзорной рентгенограмме в правом легком на уровне 2 ребра участок затенения слабой интенсивности с нечеткими контурами неоднородной структуры, а в корнях легких с обеих сторон петрификаты, срединная тень и диафрагма без особенностей.

1. Ваши диагностические суждения.
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Ваша лечебная тактика до получения результатов исследования.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Ситуационная задача № 2
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура
специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

У няни детского сада, 32 лет, при флюорографическом обследовании выявлен инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе распада, БК (+). Она госпитализирована в облтубдиспансер. Ее семья состоит из 2 детей дошкольного возраста и мужа.

1. Проведите мероприятия по профилактике туберкулеза в детском саду.
2. Оцените эпидемиологический тип семейного тубочага.
3. Наметьте мероприятия в эпидочаге.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Ситуационная задача № 3
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура
специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

Мужчина 46 лет, на приеме в поликлинике предъявляет жалобы на кашель с обильной слизисто-гнойной мокротой с примесью крови, по вечерам повышается температура тела, ощущает озноб. Считает себя больным 3 месяца. При осмотре состояние средней тяжести, при перкуссии легочный звук, в левом легком сзади влажные хрипы. При рентгенологическом исследовании слева в С6 полость диаметром около 6 см. Стенки ее неравномерной толщины, внутренние и наружные контуры неровные, бугристые, внутренние очертания полости бухтообразные. На дне полости небольшое количество жидкости. В окружающую легочную ткань от стенок полости отходят разрастания в виде тяжей. Больной был госпитализирован в терапевтическое отделение больницы, где на фоне антибактериальной терапии состояние его несколько улучшилось, но положительной рентгенологической клиники не получено. При бронхоскопии отмечено смещение и выбухание стенок левого нижнедолевого бронха, левый Б6 обтурирован снаружи, сужение Б10. Ваше заключение по диагнозу.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Ситуационная задача № 4
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура
специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

Мужчина, 42 лет, скотник, поступил в тубдиспансер с жалобами на одышку, общую слабость, субфебрилитет в течение месяца, незначительный кашель со скудной мокротой, осиплость голоса, боли при глотании. В мокроте методом люминисценции БК (+). Анализ крови: Нв – 120 г/л, л – 9100, э - 2%, п – 8%, с – 63%, л – 20%, м – 7%, СОЭ – 20 мм/час.

На рентгенограмме: в легких симметрично с обеих сторон в верхних и средних отделах множественные очаговые тени полиморфного характера на фоне фиброзно-измененного легочного рисунка, корни уплотнены, несколько подтянуты кверху, срединная тень без особенностей, диафрагма не деформирована.

1. Сформулируйте диагноз согласно клинической классификации.
2. Своевременно ли выявлен больной?
3. С каким специалистом нужно проконсультировать этого больного?
4. Какая методика введения химиопрепаратов предпочтительна?

д) электроимпульсная терапия.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Ситуационная задача № 5
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура
специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

Больной, 40 лет, скотник, на приеме в ЦРБ жалуется на кашель со слизистой мокротой, больше по утрам, незначительную одышку, раздражительность, плохой аппетит, больным себя считает несколько лет. Начало заболевания связывает с перенесенным воспалением легких. Периодически ухудшалось самочувствие, лихорадил, кашлял, в это время из-за слабости работал через «силу», эти симптомы связывал со злоупотреблением алкоголя. Изредка лечился у фельдшера тетрациклином и сульфаниламидами. Перкуторно с обеих сторон легочный звук укорочен, больше сверху, дыхание жестковатое. В мокроте бактериоскопией найдены единичные БК. На обзорной рентгенограмме верхние доли уменьшены в объеме, справа система тонкостенных полостей, корни легких подтянуты кверху, справа и слева множественные очаги разной величины и плотности, легочный рисунок усилен и деформирован в прикорневых зонах. Нижние отделы легких эмфизематозны. Поставьте диагноз.

д) электрофизиологическое исследование.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Ситуационная задача № 6
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура
специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

Больной, 40 лет, скотник, на приеме в ЦРБ жалуется на кашель со слизистой мокротой, больше по утрам, незначительную одышку, раздражительность, плохой аппетит, больным себя считает несколько лет. Начало заболевания связывает с перенесенным воспалением легких. Периодически ухудшалось самочувствие, лихорадил, кашлял, в это время из-за слабости работал через «силу», эти симптомы связывал со злоупотреблением алкоголя. Изредка лечился у фельдшера тетрациклином и сульфаниламидами. Перкуторно с обеих сторон легочный звук укорочен, больше сверху, дыхание жестковатое. В мокроте бактериоскопией найдены единичные БК. На обзорной рентгенограмме верхние доли уменьшены в объеме, справа система тонкостенных полостей, корни легких подтянуты кверху, справа и слева множественные очаги разной величины и плотности, легочный рисунок усилен и деформирован в прикорневых зонах. Нижние отделы легких эмфизематозны. Поставьте диагноз.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Ситуационная задача № 7
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура
специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

Больной 46 лет, на приеме в консультационной поликлинике жалуется на одышку, кашель с мокротой, непостоянную боль в груди. Заболевание протекало волнообразно, появилась одышка, в периоды обострений участковый врач диагностировал ОРЗ. При осмотре состояние удовлетворительное, истощен, одышка 25 в минуту. Перкуторный звук над верхушками легких укорочен, где дыхание жесткое с бронхиальным оттенком и непостоянные влажные хрипы, над остальными отделами дыхание ослабленное, выдох удлинен. Пульс 110 ударов в минуту. Мокрота слизисто-гнойная, зеленоватая, вязкая, с большим количеством эластических волокон, лейкоцитов, высеян стафилококк, БК бактериоскопически (-). На обзорной рентгенограмме верхние доли легких, особенно справа, резко уменьшены в объеме вследствие рубцово-цирротических изменений, в которых среди участков фиброза имеются множественные очаги уплотнения. Нижние отделы легких эмфизематозны, в них умеренные фиброзные изменения. Корни легких уплотнены, деформированы и подтянуты кверху. Справа в корне обызвествленные лимфоузлы. Легкие окружены плевральными наслоениями (плевро-медиастинальные и плевро-диафрагмальные спайки), трахея перетянута вправо.

Ваше заключение по диагнозу.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Ситуационная задача № 8
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура
специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

У мужчины, 38 лет, при очередной флюорографии выявлены мелкоочаговые малоинтенсивные тени с нечеткими контурами в S1 слева, а также очаг Гона и петрификаты в корне правого легкого. Жалоб не предъявляет. БК в мокроте не обнаружены.

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с клинической классификацией.
2. Что свидетельствует в данном случае об активности процесса?
3. О чем свидетельствует обнаружение очага Гона и петрификатов в корне правого легкого?
4. Своевременно ли выявлен данный больной?
5. Назначьте лечение (масса тела больного 60 кг).
6. Определите возможный прогноз у этого больного при адекватном лечении.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Ситуационная задача № 9
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура
специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

Больной 50 лет, на приеме в диспансере жалуется на кашель, боль в груди при кашле и глубоком дыхании, потливость, общее недомогание. Два года назад перенес воспаление легких. Лечился амбулаторно в течение недели. При рентгеноскопии было обнаружено «затенение правого легкого». В течение этих двух лет при неплохом самочувствии беспокоил кашель со скудной мокротой, но к врачу не обращался. На обзорной рентгенограмме массивное уплотнение S1-2 правого легкого, в котором определяются две полости в виде восьмерки. Внутренние контуры полостей четкие, наружные теряются в перифокальной инфильтрации. Корень подтянут кверху. В мокроте бактериоскопией БК(+).

Ваше заключение по диагнозу.

Ректор Р.Е. Калинин
Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Ситуационная задача № 10
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура
специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

У мальчика 3 лет плохой аппетит, субфебрилитет в течение 2 месяцев при общем удовлетворительном состоянии. Рос и развивался нормально. В 2-х летнем возрасте перенес корь. Со дня рождения постоянно находился в контакте с дедом, больным активной формой туберкулеза легких. Состояние ребенка удовлетворительное, кожные покровы бледные, пониженного питания, увеличение шейных, подчелюстных, паховых лимфоузлов 1-2 ст. Перкуторно в межлопаточном пространстве отмечается некоторое укорочение перкуторного звука и усиление бронхофонии. Других изменений не выявлено. Анализ крови: Э – 4500000, Нб – 126 г/л, л – 10200, э – 2%, п – 8%, с – 55%, л – 30%, СОЭ – 20 мм/час.

Реакция Манту с 2 ТЕ – папула 17 мм. Рентгенографически легочные поля прозрачные в области корня правого легкого определяется гомогенное затенение с нечеткими контурами, сливающееся с тенью корня, диафрагма не изменена, срединная тень без особенностей.

1. Оцените характер туберкулиновой чувствительности.
2. Сформулируйте диагноз в соответствии с клинической классификацией.
3. В каком дообследовании нуждается больной?
4. Каковы ориентировочные сроки лечения мальчика?
5. Проведите мероприятия в очаге туберкулезной инфекции.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Ситуационная задача № 11
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура
специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

Больной 46 лет, три недели назад перенес ОРЗ. Принимал антибиотики широкого спектра действия и сульфаниламиды – температура нормализовалась, но осталась слабость, недомогание, кашель со скудной мокротой, а в мокроте появились прожилки крови. Вновь обратился к врачу – при осмотре правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, под лопаткой небольшое укорочение легочного звука, аускультативно мелкопузырчатые и среднепузырчатые влажные хрипы. В крови Л - 8900, СОЭ – 25 мм/час. В мокроте обнаружены микобактерии туберкулеза. На рентгенограмме в правой подключичной области определяется негетерогенная округлая тень 8 см в диаметре средней интенсивности с нечеткими контурами и просветлениями в центре. От нее к корню отходит «отточная дорожка».

1. Ваше заключение по диагнозу.

Через 2 месяца лечения противотуберкулезными препаратами больной жалоб не предъявляет, в легких хрипы не прослушиваются, гемограмма нормальная. Микобактерии в мокроте не определяются. Рентгенограмма: округлая тень в правой подключичной области значительно уменьшилась в размере, контуры ее стали более четкими, в центре сохраняется просветление. В диагнозе изменена клиническая форма туберкулеза.

2. О какой клинической форме туберкулеза следует думать после лечения и получения данных повторного обследования.

3. Укажите основные различия (клинико-рентгенологические) между формами туберкулеза, диагностированными в ходе лечения.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Ситуационная задача № 12
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура
специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

Больной Ф., 43 лет, крановщик. Изменения в легких выявлены при профилактическом флюорографическом осмотре. Последнее время отмечает общую слабость, утомляемость, что объясняет злоупотреблением алкоголя. На флюорограмме: в верхней доле левого легкого – неоднородный участок затемнения, с разным характером контуров. Объективно: перкуторно – легочный звук, аускультативно – везикулярное дыхание, хрипов нет.

1. О какой патологии легких можно думать в данном случае?
2. Какие дообследования необходимо провести для уточнения диагноза?

При дополнительном обследовании установлено.

Томография (6-7-8 см): в С 1-2 слева очаги малой и средней интенсивности и участок затемнения с разным характером контуров, которые расположены на фоне избыточного и деформированного легочного рисунка. Корень левого легкого деформирован.

Анализ крови: Нв – 160 г/л, Э – 4500000, Л – 11000, э – 1%, п – 13%, с – 50%, л – 41%, м – 7%, СОЭ – 12 мм/час.

Анализ мокроты (метод микроскопии) БК (+), АК и вторичная флора не обнаружены.

Анализ мочи: уд. вес 1022, белок – 0, сахар – 0.
Реакция Манту с 2 ТЕ – папула 13 мм.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Ситуационная задача № 13
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура
специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

Больной Ж., 50 лет, в течении 2-х месяцев отмечал слабость, утомляемость, плохой аппетит. К врачу не обращался. При профилактическом флюорографическом обследовании выявлены изменения в легких. Из анамнеза известно, что в течение 5 лет находился в местах лишения свободы, злоупотребляет алкоголем. При обследовании в стационаре перкуторно и аускультативно патологии в легких не выявлено.

Анализ крови: Нb – 150 г/л, Э – 4600000, Л – 8300, э – 4%, п – 1%, с – 70%, л – 22%, м – 3%, СОЭ – 15 мм/час.

В мокроте (микроскопия) БК не обнаружены.

Проба Манту с 2 ТЕ – папула – 20 мм.

Рентгено-томографически: в С 1-2 справа конгломерат из фокусов и очаги различной величины и интенсивности. В средней доле справа, слева в С 1-2 и С 5 единичные очаги средней интенсивности на фоне избыточного и деформированного легочного рисунка. Корни фиброзно деформированы.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение. Масса больного 60 кг.

Через 3 месяца лечения при рентгено-томографическом контроле в средней доле справа и слева в С 1-2 и С5 рассосались, в С 1-2 справа конгломерат из фокусов остался тех же размеров, округлой формы с четкими контурами.

3. Ваша тактика дальнейшего лечения.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Ситуационная задача № 14
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура
специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

Больной В., 56 лет, бригадир-механизатор, обратился к врачу по поводу зубной боли. При флюорографическом обследовании в С 1-2 с обеих сторон выявлены тени различной величины и интенсивности. При осмотре больного жалоб нет, перкуторно над легкими легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет.

1. О какой патологии в легких можно думать в данном случае?
2. Какие обследования необходимо провести дополнительно для уточнения диагноза?

При дополнительном обследовании получены следующие данные.

Томографически: в С 1-2 справа овальной формы, интенсивный, с включениями кальция, фокус затенения 2 см в диаметре с неровными контурами, очаги различной величины и интенсивности вокруг. В С 1-2 слева - сливающиеся между собой очаги с нечеткими контурами в форме кольцевидной тени. Корни легких структурные, в правом – кальцинированные лимфоузлы.

Анализ крови: Нb – 170 г/л, Э – 4900000, Л – 10000, э – 4%, с – 61% л – 28%, м – 7%, СОЭ – 28 мм/час.

Анализ мокроты на БК (микроскопия, люминисцентный метод) – БК и вторичная флора не обнаружена.

Анализ мочи: уд. вес 1008, белок – 0, сахар – 0.

Реакция Манту с 2 ТЕ – папула 11 мм.

3. Поставьте диагноз.
4. Назначьте лечение. Масса больного 60 кг.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Ситуационная задача № 15
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура
специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

Больной О., 38 лет, заболел остро после переохлаждения, температура тела 39° , озноб, кашель со светлой мокротой. Обратился к врачу. При осмотре: перкуторно – легочный звук, справа над ключицей – среднепузырчатые влажные хрипы.

1. Какое заболевание легких можно предположить?
2. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

В результате обследования получены следующие данные:

1) Рентгенологически – в верхушечном сегменте справа определяется затемнение с просветлением и уровнем жидкости, а также отточной дорожкой к корню. Ниже затемнения с полостью в 4 межреберье – очаги слабой интенсивности с нечеткими контурами.

2) Анализ мокроты (микроскопия, посев) - обнаружены БК.

3) Анализ крови: Нв – 156 г/л, Э – 4800000, Л – 125000, э – 6%, п – 14%, с – 69%, л – 22%, м – 11%, СОЭ – 40 мм/час.

4) Анализ мочи: уд. вес – 1017, белок – 0, сахар – 0.

5) Проба Манту с 2 ТЕ – папула 17 см.

6) Поставьте диагноз.

7) Назначьте лечение. Масса больного 60 кг.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Ситуационная задача № 16
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура
специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

У больного, 33 лет, впервые выявлен инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, БК (+), без сопутствующих заболеваний.

1. Назначьте больному химиотерапию.
2. Масса тела больного 60 кг, рассчитайте суточные дозы АБП.
3. Назначенное лечение считается достаточным или его стоит чем-нибудь дополнить?

Через 3 месяца такого лечения самочувствие больного улучшилось, прибавил в весе 3 кг, рассосалась инфильтрация, но полость в верхней доле по-прежнему остается.

4. Ваша дальнейшая тактика лечения.
5. На каких видах лечения вы бы остановились в данном сроке?

Через 6 месяцев от начала лечения самочувствие больного хорошее, инфильтрация рассосалась, полость остается прежних размеров, стенки ее стали несколько тоньше.

6. Ваша лечебная тактика?
7. Можно ли на этом считать лечение законченным?

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Ситуационная задача № 17
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура
специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

Больной Г., 32 лет, находился на лечении в хирургическом отделении по поводу черепно-мозговой травмы. При флюорографическом обследовании в С 1-2 слева выявлена группа очаговых теней средней интенсивности с неровными нечеткими контурами, диаметром до 1 см. При перкуссии и аускультации патологии в легких не выявлено. Живет один, быт не устроен, контакт с туберкулезным больным отрицает. Анализ крови: Нв – 172 г/л, Э – 5000000, Л – 7000, э – 4%, с – 34%, л – 53%, м – 9%, СОЭ – 2 мм/час. Проба Манту с 2 ТЕ – папула 12 мм. Анализ мочи: уд вес 1012, белок – 0, сахар – 0. В мокроте методами микроскопии и посева БК не обнаружены.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение. Масса больного 60 кг.
3. В какой группе диспансерного учета должен наблюдаться больной?

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Ситуационная задача № 18
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура
специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

Больной Б., 22 лет, механизатор, заболел остро, когда поднялась температура тела до 38,5⁰С, появились покалывающие боли в левой половине груди, связанные с дыханием, редкий сухой кашель. На флюорограмме выделены изменения в верхней доле левого легкого, которые трактовались как пневмония. В течение 10 дней лечился в ЦРБ пенициллином и кефзолем в среднетерапевтических дозах. При последующем рентгенологическом контроле отмечена отрицательная динамика – в левой плевральной полости появился выпот от диафрагмы до 4 ребра. Температура осталась субфебрильной. С подозрением на туберкулез больного перевели в тубдиспансер.

1. Ваши соображения по диагнозу?
2. Как подтвердить Ваши предположения?
3. Правильно ли поступил врач ЦРБ, сразу переведя больного в тубдиспансер?

Установлен контакт по туберкулезу с дядей, умершим от активного туберкулеза. Последняя ФЛГ была 2 года назад – патологических изменений не выявлено.

4. Наметьте план обследования в тубдиспансере.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ – папула 11 мм. Анализ крови: Нв – 142 г/л, Л – 7500, СОЭ – 3 мм/час. Рентгеноскопия: слева от 4 ребра до диафрагмы интенсивное затемнение с косой верхней границей; средостение смещено вправо. Удаление пункцией 1000 мл серозного экссудата (цвет – соломенно-желтый, реакция Ривальты (+), белок – 66 г/л, лейкоциты в большом количестве, эритроциты 40-50 и скопления в виде столбиков во всех полях зрения, мезотелий 4-5 в п/зрения, лейкограмма – 100% лимфоцитов, БК (-), глюкоза в экссудате – 3,3 ммоль/л, при глюкозе крови 5,56 ммоль/л. Анализ мочи в норме.

5. Достаточно ли данных для постановки диагноза туберкулезного плеврита?
6. Назначьте лечение.

Через 10 дней жидкости в плевральной полости нет, выслушивается шум трения плевры. Проведено рентгенологическое исследование легких – слева в верхней доле очаги разных размеров, отдельные тени до 15 мм, расположенные на фоне избыточного и деформированного легочного рисунка, левый корень расширен, левый плеврально-диафрагмальный синус запаян.

7. Сформулируйте диагноз.
8. Наметьте план лечения.
9. Каков прогноз?

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Ситуационная задача № 19
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура
специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

Больной Б. 49 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость в течение месяца, сильный приступообразный кашель с мокротой розового цвета, иногда с прожилками крови. Заболел остро, месяц тому назад. Заболевание началось с подъема температуры тела до 38,6⁰ и сухого кашля. К врачу не обращался, лечился самостоятельно. Когда впервые в мокроте появились плевки алой крови, обратился к врачу. В детстве перенес пневмонию, живет в общежитии, 3 года находился в заключении. За последнее время похудел на 10 кг. В легких и надключичных областях сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы. Тахикардия до 100 уд. в 1 мин.

1. Какие заболевания легких можно предположить?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

При обследовании получены следующие данные.

Рентгенографически: в верхней доле правого легкого выявляются средней и слабой интенсивности, сливающиеся очаговые тени с нерезкими контурами на фоне избыточного и деформированного легочного рисунка. В верхней доле и в С 10 слева также определяются очаги и участки инфильтрации легочной ткани с нечеткими контурами.

Анализ крови: Нб – 139 г/л, Э – 4800000, Л – 5100, э – 1%, с – 67%, л – 18%, м – 5%, СОЭ – 15 мм/час.

Анализ мочи: уд. вес – 1017, белок – 0, сахар – 0.

Проба Манту с 2 ТЕ – папула 15 мм, в мокроте БК (+) (люминисцентным методом).

Инактиватор ГИНК слабый.

3. Поставьте диагноз.
4. Назначьте лечение. Масса тела 60 кг.
5. Определите группу диспансерного учета.

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

Ситуационная задача № 20
для государственной итоговой аттестации

уровень высшего образования: ординатура
специальность: 31.08.51 Фтизиатрия

У мужчины, 43 лет, впервые выявлен инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада. При бактериоскопии БК в мокроте не обнаружены.

1. Можно ли ограничиться результатами бактериоскопии или следует провести исследование мокроты на БК другими методами?
2. Из каких принципов следует исходить, назначая специфическое лечение этому больному?
3. Что должно служить критерием для изменения схемы химиотерапии в процессе лечения?

Ректор Р.Е. Калинин

Зав. кафедрой фтизиатрии с курсом лучевой диагностики В.Л.Добин

Ответы на ситуационные задачи

Задача 1

1. Инфильтративный туберкулез легких, центральный рак, прикорневая пневмония.

2. Анализ мокроты: при 5 бактериоскопиях микобактерии туберкулеза не выявлены; цитологическое исследование атипичных и опухолевых клеток не обнаружило.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л: папула 5 мм.

Бронхоскопия: справа, несколько ниже устья верхне-долевого бронха, «мясистое» образование с изъязвленной кровоточащей поверхностью, почти полностью перекрывает просвет промежуточного бронха. Взяты мазки-отпечатки для цитологического исследования.

3. А. В прошлом больной перенес очаговый туберкулез легких, поэтому естественно, предположить у него рецидив специфического процесса. При рецидиве активного туберкулеза легких могут наблюдаться жалобы, имеющиеся у больного. Однако при этом обычно повышается температура тела, появляется потливость (этого нет у больного), а одышка возникает при более распространенном поражении и остром течении заболевания. Ослабленное дыхание над участком поражения и некоторые воспалительные изменения в крови в виде небольшого лейкоцитоза и нерезко повышенной СОЭ могут наблюдаться и при туберкулезном процессе. В то же время на рентгенограмме в области вершечек обоих легких определяются очаги большой плотности, а основное поражение локализуется в прикорневой области, распространяясь на задний базальный сегмент, что редко бывает при туберкулезе. Кроме того, микобактерии при многократной бактериоскопии не обнаружены, а чувствительность к туберкулину довольно низкая. На этом основании можно усомниться в наличии у больного активного туберкулеза легких.

Б. Прикорневая пневмония может проявляться аналогичными жалобами. Однако начало заболевания при этом обычно более острое, с повышенной температурой тела и обилием данных при аускультации над пораженным участком легкого (крепитация, сухие и влажные хрипы), в то время как у больного отмечается лишь ослабленное дыхание. Существенно более выражены при пневмонии и воспалительные изменения в периферической крови. Поэтому указанные жалобы при наличии большого фокуса поражения и упорного кровохарканья не характерны для неспецифической пневмонии.

В. Упорное кровохарканье, кашель и одышка при нормальной температуре тела у мужчин старше 40 лет при наличии тени в прикорневой области всегда заставляет думать о злокачественном новообразовании. Похудание больного, ослабленное дыхание над участком поражения (которое может свидетельствовать о гиповентиляции вследствие нарушения бронхиальной проходимости) еще более усиливают это предположение. Небольшой лейкоцитоз и другие изменения гемограммы могут наблюдаться при раке легкого. Цитологическое исследование мокроты не дало

положительных результатов, однако, при бронхоскопии выявлен опухолевый процесс в правом верхнедолевом бронхе со значительным перекрытием просвета промежуточного бронха, а результаты цитологического исследования мазков-отпечатков подтвердили диагноз центрального рака правого легкого.

Задача 2

1. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, лимфогранулематоз, саркоидоз, лимфосаркома, центральный рак.

2. Анализ мокроты: микобактерии не выявлены при 6 бактериоскопиях; при цитологическом исследовании опухолевые и атипичные клетки не обнаружены.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л отрицательная. Проба Коха: после подкожного введения 20 ТЕ туберкулина общая и местная реакции через 48 часов отрицательные. Содержание кальция в крови – 2,16 ммоль/л, суточная его экскреция с мочой – 5,5 ммоль.

Бронхоскопия: бифуркационный угол несколько развернут, киль трахеи сглажен, патологические изменения в бронхах не обнаружены.

3. А. Увеличение внутригрудных лимфатических узлов в сочетании с легочной диссеминацией может быть туберкулезной природы. В этом случае также бывают жалобы на небольшой кашель, интенсивную боль в грудной клетке, одышку при физической нагрузке. Однако у больного отсутствуют признаки туберкулезной интоксикации, температура тела нормальная, гемограмма не изменена и не было контакта с больным туберкулезом. Кроме того, для туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов более свойственны односторонние или ассиметричные изменения лимфатических узлов. Эти данные, а также отрицательные результаты внутрикожной и подкожной туберкулиновых проб позволяют исключить туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

Б. Для лимфогранулематоза характерны жалобы на общую слабость, потливость, похудение, периодическое повышение температуры тела, ночной зуд, чего не у больного. Не отмечается у него также увеличения периферических лимфатических узлов и селезенки, изменений в гемограмме в виде значительного лейкоцитоза, лимфопении, и эрзиноилии, часто свойственных лимфогранулематозу, что позволяет его исключить.

В. Центральный рак легкого наблюдается чаще в пожилом возрасте, обычно с поражения одного из корней легких. Двусторонняя аденопатия появляется лишь в результате метастазирования, когда уже ярко выражены клинические проявления заболевания. У нашего же больного состояние удовлетворительное, отмечаются лишь слабо выраженные локальные симптомы. При цитологическом исследовании раковые и атипичные клетки не обнаружены, как и признаки опухоли при бронхоскопии. Следовательно, центральный рак можно исключить.

Г. Лимфосаркома может встречаться в молодом возрасте. Но для типична клиническая симптоматика (одышка, интенсивная боль в груди, истощение), чего нет у больного. Лимфосаркома быстро прогрессирует, при ней наблюдаются выраженная анемия, лимфопения, повышенная СОЭ, симптомы сдавления органов средостения, в то время как у больного этих симптомов нет. Не пальпируются у него и периферические лимфатические узлы, которые при лимфосаркоме значительно увеличены и спаяны с окружающими тканями.

Д. Наиболее вероятен у больного саркоидоз в начинающейся II стадии, при которой, наряду с внутригрудной аденопатией, наблюдается легочная диссеминация. Этот диагноз подтверждается малосимптомным течением заболевания, нормальной гемограммой, отрицательными туберкулиновыми пробами, хорошим общим состоянием больного, типичной рентгенологической картиной (двустороннее симметричное увеличение преимущественно бронхолегочных лимфатических узлов, диссеминация в средних отделах легких). У больного нормальное содержание кальция в крови и суточной моче, но повышение его при саркоидозе не обязательно. Подтверждением диагноза саркоидоза стало значительное уменьшение размеров увеличенных лимфатических узлов и рассасывание легочной диссеминации после лечения глюкокортикоидами.

Задача 3

1. Лимфогранулематоз, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, саркоидоз, центральный рак.

2. Бактериоскопия мазка из зева: микобактерии туберкулеза не обнаружены; при цитологическом исследовании опухолевые и атипичные клетки не выявлены.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л: папула 17 см.

Рентгенография правой кисти: основная фаланга II пальца вздута, с множественными мелкими очагами деструкции, основание фаланги разрушено, замыкающая пластинка не определяется.

Осмотр окулиста: выраженная светобоязнь, слезотечение, инъекция конъюнктивы обоих глаз. На левом глазу фликтена роговицы. Заключение: аллергический кератоконъюнктивит обоих глаз.

3. А. Увеличение внутригрудных и периферических лимфатических узлов, а также поражение костей могут наблюдаться при лимфогранулематозе. При этом заболевании также бывает субфебрильная температура тела, как это имеет место у девочки. Однако для лимфогранулематоза характерны изменения гемограммы в виде выраженного лейкоцитоза и эозинофилии, в то время как у больной эти показатели нормальные. Нет у нее также свойственного лимфогранулематозу увеличения селезенки. У девочки гиперергическая чувствительность к туберкулину, тогда как при лимфогранулематозе она обычно отрицательная. Все это позволяет усомниться в наличии лимфогранулематоза.

Б. Увеличение внутригрудных и периферических лимфатических узлов, поражение костей, глаз могут наблюдаться при саркоидозе. Но увеличение внутригрудных лимфатических узлов при саркоидозе обычно двустороннее и захватывает бронхолегочные группы. При саркоидозе отмечается поражение глаз в виде иридоциклита, в то время как у больной фликтанулезный аллергический кератоконъюнктивит. При саркоидозе отмечается поражение глаза в виде иридоциклита. в то время как у больной фликтанулезный аллергический кератоконъюнктивит. При саркоидозе могут быть изменения фаланг пальцев, однако, поражение обычно охватывает несколько из них и имеет вид множественных кистовых образований без периостальной реакции. Все это, а также выраженная реакция на туберкулин, позволяет исключить саркоидоз.

В. Одностороннее увеличение внутригрудных лимфатических узлов бывает при центральном раке легкого. Метастазирование опухоли может привести к поражению костей. Однако рак встречается преимущественно у мужчин пожилого возраста, а не у детей. Состояние больных центральным раком легкого, осложненным метастазированием, обычно тяжелое, они истощены, жалуются на мучительный кашель, одышку, боль в груди. Общее же состояние девочки вполне удовлетворительное. Не характерно для рака также аллергическое поражение глаз и выраженная реакция на туберкулин.

Г. Наиболее вероятным является наличие у больной туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов (туморозная форма). Он встречается преимущественно в детском возрасте как результат первичного инфицирования вирулентными микобактериями туберкулеза. Выраженная реакция на туберкулин подтверждает инфицирование ребенка, так как папула 17 мм при пробе Манту (2 ТЕ) у ребенка 6 лет не может быть проявлением поствакцинальной аллергии, тем более, что год назад проба была отрицательной. Характерно для туберкулеза относительно удовлетворительное состояние ребенка при значительных изменениях на рентгенограмме в виде одностороннего опухолевидного увеличения околотрахеальных лимфатических узлов и умеренной инфильтрации обеих корней, а также наличие параспецифического кератоконъюнктивита и изменений основной фаланги II пальца правой руки по типу *spina ventrosa*. Таким образом у девочки парвосторонний опухолевидный туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, параспецифический фликтанулезный кератоконъюнктивит.

Задача 4

1. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, лимфогранулематоз, саркоидоз, лимфосаркома.

2. Анализ промывных вод бронхов: микобактерии туберкулеза не обнаружены, опухолевые и атипичные клетки не найдены.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л: папула 6 мм.

Бронхоскопия: киль трахеи несколько расширен, в бронхах видимых изменений нет. Показана пункция или биопсия увеличенных лимфатических узлов.

3. А. Двустороннее увеличение внутригрудных лимфатических узлов и увеличение периферических может наблюдаться при I стадии саркоидоза.

Это заболевание в большинстве случаев протекает бессимптомно и нередко выявляется при профосмотре, хотя острая его форма может сопровождаться повышением температуры тела, арталгиями, узловатой эритемой. У мальчика клинические симптомы заболевания выражены слабо: изредка бывает субфебрильная температура тела, потливость. При активном саркоидозе туберкулиновая проба обычно отрицательная. У нашего же больного проба Манту – 6 мм, однако, он давно инфицирован туберкулезом. Следовательно, исходя из клинической картины, трудно подтвердить или исключить саркоидоз. Не характерны для саркоидоза столь выраженный лейкоцитоз ($18,0 \cdot 10^9/\text{л}$) и резко увеличенная СОЭ (40 мм/час). Помогает исключить саркоидоз рентгенограмма, на которой видно симметричное увеличение преимущественно паратрахеальных и частично трахеобронхиальных лимфатических узлов с резкими ровными контурами, в то время как для саркоидоза более типично симметричное увеличение бронхолегочных их групп (многоконтурный симптом «кулис»).

Б. При увеличении внутригрудных лимфатических узлов у молодого человека всегда необходимо исключить туберкулезную природу заболевания, тем более, что некоторые симптомы, отмечающиеся у больного (потливость, субфебрилитет), свойственны туберкулезу. Однако туберкулез внутригрудных лимфатических – форма первичного туберкулеза, которая возникает вскоре после первичного инфицирования больного, а нам известно, что туберкулиновый вираж у него выявлен 7 лет назад. Выраженный лейкоцитоз и значительно повышенная СОЭ не типичны для туберкулеза. При туберкулезе исключительно редко наблюдается столь массивное и строго симметричное увеличение паратрахеальных лимфатических узлов с резкими ровными контурами. При туберкулезе чаще изменения в лимфатических узлах ассиметричные с вовлечением преимущественно трахеобронхиальных и бронхолегочных групп. Все это позволяет исключить туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

В.Г. Более вероятны у больного лимфогранулематоз или лимфосаркома. При них бывают такие же жалобы, как и у этого больного. Однако при лимфосаркоме состояние больного быстро ухудшается, появляется боль в грудной клетке, симптомы сдавления органов средостения, анемия. Мальчик же чувствует себя вполне удовлетворительно, несмотря на то, что лимфатические узлы на шее увеличиваются в размерах на протяжении 5 месяцев. Высокий лейкоцитоз, выраженная лимфопения и увеличение селезенки, а также симметричное двустороннее увеличение паратрахеальных лимфатических узлов более характерны для лимфогранулематоза. Решающее значение будут иметь результаты исследования материала, полученного при пункции лимфатического узла

(или биопсийного материала, полученного при диагностической торакоми), которые и верифицируют диагноз лимфогранулематоза.

Задача 5

1. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, лимфогранулематоз, центральный рак легкого, лимфосаркома, саркоидоз.

2. Анализ промывных вод бронхов: микобактерии туберкулеза не выявлены (5 бактериоскопий); при цитологическом исследовании опухолевые и атипичные клетки не обнаружены.

Проба Манту с 2 ТЕ: папула 2 мм.

Пункция лимфатического узла в подчелюстной области справа – материал направлен на цитологическое исследование.

3. А. Больная находится в стационаре с направительным диагнозом: туберкулез внутригрудных лимфатических узлов справа (туморозная форма). При этом заболевании могут наблюдаться аналогичные клинические и рентгенологические проявления. Однако такая форма туберкулеза встречается у взрослых редко и обычно характеризуется выраженной чувствительностью к туберкулину, в то время как у больной результат пробы Манту сомнительный (папула 2 мм). Отсутствие улучшения состояния больной на фоне туберкулостатического лечения в течение 1.5 месяцев исключает этот диагноз.

Б. Для саркоидоза типично двустороннее симметричное поражение бронхолегочных лимфатических узлов при малосимптомном течении заболевания, а у больной изменения только справа. Прогрессивное ухудшение состояния женщины, упорная боль в грудной клетке заставляют усомниться и в наличии у нее саркоидоза.

В. Лимфогранулематоз сопровождается повышенной температурой тела, кожным зудом, изменения периферической крови в виде выраженного лейкоцитоза эозинофилии, лимфопении. У больной же из этих воспалительных признаков отмечается лишь увеличение СОЭ. Лимфогранулематоз проявляется двусторонним поражением лимфатических узлов преимущественно паратрахеальных групп, в данном же случае процесс односторонний. Отсутствуют у больной также свойственное лимфогранулематозу увеличение селезенки. Все это позволяет исключить лимфогранулематоз.

Г.Д. Подобные клинические и рентгенологические симптомы могут наблюдаться при лимфосаркоме и прикорневом раке легкого. Для этих заболеваний также свойственны низкая чувствительность к туберкулину, анемия и значительное увеличение СОЭ без существенных изменений лейкограммы. Однако при лимфосаркоме изменения чаще двусторонние, с поражением паратрахеальных лимфатических узлов и множественным значительным увеличением периферических узлов. У нашей больной, напротив, прикорневая тень односторонняя, в левой подчелюстной области пальпируется одиночный плотный лимфатический узел, что более характерно для метастазирующего рака; решающее значение принадлежит

результату цитологического исследования пунктата этого лимфатического узла. Заключение патогистолога – метастазы рака. Следовательно, у больной центральный рак правого легкого с метастазами.

Задача 6

1. Острый милиарный туберкулез легких, саркоидоз II, карциноматоз легких, застойное легкое.

2. Анализ мокроты: микробактерии туберкулеза не выявлены при 5 бактериоскопиях; при цитологическом исследовании атипичные и опухолевые клетки не обнаружены.

Проба Манту с 2 ТЕ: папула 5 мм.

3. А. Наименее вероятным является саркоидоз, так как он протекает малосимптомно, не сопровождаясь резким повышением температуры тела и значительной общей интоксикацией. На рентгенограмме при саркоидозе помимо легочной диссеминации должно быть видно двустороннее увеличение внутригрудных лимфатических узлов, чего нет у данной больной.

Б. Карциноматоз легких редко встречается у людей молодого возраста и является метастатическим. При обследовании больного опухолевого процесса не обнаружено. В клинической картине карциноматоза преобладает сухой кашель и явления нарастающей дыхательной недостаточности, в то время как у больной имеются признаки какого-то воспалительного процесса – высокая температура тела, потливость ночью, лейкоцитоз. При карциноматозе на рентгенограмме обычно видны свободные от очагов верхушки легких, тогда как у нашей больной очаги мелкие и распространены по всем полям легких.

В. В виду наличия у больной некоторых симптомов нарушения деятельности сердца – резкой тахикардии, приглушенных тонов, неясного систолического шума на верхушке – необходимо исключить застойное легкое. Как признак декомпенсации деятельности сердца можно расценивать и увеличение печени. Однако в анамнезе больной отсутствуют сведения о перенесенных заболеваниях сердца, Болезнь началась с симптомов поражения дыхательной системы, а признаки нарушения деятельности сердца развились вторично вследствие тяжелой интоксикации. Рентгенологическая картина также не вполне характерна для застойного легкого, при котором очаговоподобные тени локализуются преимущественно в прикорневых нижних отделах при свободных верхних полях, а корни легких широкие. Следовательно, застойное легкое можно исключить.

Г. Двусторонняя острая очаговая пневмония часто связана с простудным фактором и начинается внезапно с развитием клинических симптомов в течение нескольких дней. У больной от появления первых симптомов до полного развития заболевания прошло около 2,5 месяцев. При неспецифической пневмонии такой значительной протяженности прослушивалось множество влажных и средних хрипов, в то время как у больной слышны лишь единичные мелкопузырчатые хрипы. Рентгенологические изменения при пневмонии редко захватывают верхушки,

локализуясь преимущественно в средних и нижних отделах легких, а сами очаговые тени при пневмонии более крупные и неодинаковые. Отсутствие этих признаков, а также выраженного лейкоцитоза и резкого сдвига влево лейкограммы позволяют усомниться в наличии пневмонии.

Д. Наиболее вероятен у больной острый диссеминированный (милиарный) туберкулез легких, который в последние годы часто не имеет острого начала. В пользу туберкулеза свидетельствует аускультативная картина, умеренные изменения гемограммы и лимфопения. Очень типична для милиарного туберкулеза рентгенологическая картина: тотальное мелкоочаговое обсеменение легких с вовлечением верхушки. Следует также отметить, что больная ранее перенесла первичный туберкулезный комплекс (очаг Гона) в IV межреберье и мелкие петрификаты в корне легкого). Реактивация туберкулеза, вероятно, произошла из изменений в области корня левого легкого, контуры которого несколько размыты и расширены. Слабо выраженная туберкулиновая чувствительность в начале заболевания также свойственна этой форме заболевания. Развитию болезни способствовало ослабление резистентности в процессе беременности.

Диагноз: Острый диссеминированный (милиарный) туберкулез легких в фазе инфильтрации.

Задача 7

1. Диссеминированный туберкулез легких, саркоидоз, двусторонняя очаговая пневмония, силикоз, карциномаиоз легких.

2. Анализ промывных бронхов (по флотации): микобактерии туберкулеза методом бактериоскопии не выявлены. Сделан посев на среду Левенштейна; при цитологическом исследовании опухолевые и атипичные клетки не обнаружены.

Проба Манту с ТЕ: папула 5 мм.

3. А. Для обострения хронического диссеминированного туберкулеза легких характерны симптомы специфической интоксикации (повышение температуры тела, потливость, понижение аппетита и др.), которых у больного нет и в прошлом не было, картина крови у больного без воспалительных признаков, в то время как при активном туберкулезе обычно наблюдается небольшой лейкоцитоз, лимфопения, увеличение СОЭ. Положительная проба Манту (5 мм) свидетельствует лишь об инфицировании и не является доказательством заболевания туберкулезом легких. Кроме того, для диссеминированного туберкулеза характерна преимущественная локализация очаговых теней в верхних отделах легких и их полиморфизм (для хронической формы), тогда как на рентгенограмме у больного мономорфные очаги без периферической инфильтрации с концентрацией теней в прикорневых зонах. Все это позволяет исключить диссеминированный туберкулез легких.

Б. Двустороннюю очаговую пневмонию также можно исключить на основании отсутствия у больного острого начала заболевания, явлений интоксикации, кашля с выделением мокроты и катаральных явлений над

пораженными участками легких. Нет типичных для пневмонии воспалительных изменений периферической крови. На рентгенограмме очаги с четкими контурами также не характерны для очаговой пневмонии.

В. Карциноматоз легких является метастатическим процессом и характеризуется тяжелой клинической картиной, нарастающей одышкой, быстрым прогрессированием заболевания. У данного больного общее состояние удовлетворительное, отсутствуют указания на опухоль в каком-либо органе. Этим карциноматоз исключается.

Г. Очаговая диссеминация на фоне пневмосклероза в легких при малосимптомном течении заболевания может быть при саркоидозе III. Однако в этом случае туберкулиновая проба обычно отрицательная, а у нашего больного положительная. При саркоидозе III стадия кроме легочной диссеминации определяется увеличением внутригрудных лимфатических узлов, что нет у больного. Учитывая эти обстоятельства саркоидоз можно исключить.

Д. Наиболее вероятным является наличие силикоза, в пользу которого свидетельствует профессиональный анамнез (работал пескоструйщиком). Малосимптомное течение заболевания – постепенное усиливающаяся одышка, сухой кашель, боль в грудной клетке при отсутствии явлений интоксикации – также характерно для силикоза. Все это вместе с наличием четко очерченных очагов в легких с характерной локализацией их на фоне пневмосклероза позволяет поставить диагноз: силикоз II стадии.

Задача 8

1. Диссеминированный туберкулез легких, неспецифическая очаговая пневмония, саркоидоз.

2. Анализ мокроты: микобактерии туберкулеза при бактериоскопии и посевах не обнаружены.

Проба Манту с 2 ТЕ: папула 5 мм.

3. А. Поскольку больной в прошлом перенес туберкулез периферических лимфатических узлов, можно заподозрить туберкулез легких. Столь острое начало, герпес на губах, выраженные аускультативные симптомы в легких не свойственны туберкулезу. Очаговые изменения в легких при диссеминированном туберкулезе легких локализуются преимущественно в верхних и средних отделах легких локализуются преимущественно в верхних и средних отделах легких с обязательным поражением верхушек. На рентгенограмме же у больного верхушки легких не поражены, а воспалительные очаги преимущественно в средних и нижних отделах легких. Чувствительность к туберкулину выражена слабо, хотя в прошлом он перенес туберкулез лимфатических узлов. В мокроте микобактерии не обнаружены. Все это позволяет обоснованно усомниться в наличии туберкулеза.

Б. При саркоидозе II возможны аналогичные рентгенологические изменения, но при обязательном поражении внутригрудных лимфатических узлов (чего нет у больного). Саркоидоз обычно начинается постепенно и

протекает малосимптомно. При этом могут быть жалобы на кашель, одышку, может быть и высокая температура тела, лейкоцитоз. Аускультативные изменения при саркоидозе обычно довольно скудные, а у больных в подлопаточных областях прослушиваются разнокалиберные влажные хрипы. При саркоидозе реакция на туберкулин обычно отрицательная, тогда как у больного проба Манту положительная. Следовательно, диагноз саркоидоза мало вероятен.

В. Наиболее вероятно наличие у больного двусторонней очаговой пневмонии. В пользу этого диагноза говорит острое начало заболевания с высокой температурой тела, инъекцией склер, герпесом на губах. Выраженная аускультативная картина в легких также более типична для пневмонии, нежели туберкулеза и саркоидоза. Существенно выраженные воспалительные изменения в крови, как и характерная локализация очагов на рентгенограмме в средних и нижних отделах легких также свойственны пневмонии.

Задача 9

1. Диссеминированный туберкулез легких, саркоидоз, двусторонняя очаговая пневмония, карциноматоз легких.

2. Проба Манту с 2 ТЕ: папула

Анализ промывных вод бронхов по флоктации: микобактерии не обнаружены методами бактериоскопии и посева; при цитологическом исследовании опухолевые и атипичные клетки не найдены.

3. А. Двустороннее обсеменение легких мелкими очагами можно наблюдать при острой форме диссеминированного туберкулеза. Но для этого заболевания характерна выраженная клиническая картина с высокой температурой тела, потливостью, кашлем и одышкой, чего нет у нашего больного. Микобактерии туберкулеза в промывных водах бронхов не выявлены. Доказательством нетуберкулезной природы заболевания является и отсутствие какой-либо динамики изменений в легких при туберкулолостатической терапии.

Б. Для двусторонней очаговой пневмонии характерно острое начало заболевания с высокой температурой тела, кашлем, одышкой, обилием катаральных явлений в легких, воспалительными изменениями в периферической крови. Поскольку эти симптомы у больного отсутствуют, пневмонию можно исключить.

В. Бессимптомное течение заболевания, отсутствие данных об опухоли в каком-либо органе, а также стабильность процесса на протяжении длительного времени (более 3 месяцев) наблюдения при удовлетворительном общем состоянии больного позволяют исключить и карциноматоз легких.

Г. Наиболее вероятно наличие у больного саркоидоза II стадии. В пользу этого диагноза говорит бессимптомное течение процесса, выявленного при случайном рентгенологическом исследовании, слабо выраженные туберкулиновые пробы. Характерны и рентгенологические изменения в виде двусторонней диссеминации наряду с расширенными

корнями легких за счет увеличенных трахеобронхиальных лимфатических узлов. Диагноз саркоидоза был подтвержден при получении положительной динамики уменьшения очаговых изменений в легких на фоне терапии кортикостероидами.

Задача 10

1. Диссеминированный туберкулез легких, двусторонняя очаговая пневмония, карциноматоз легких, саркоидоз.

2. Анализ мокроты: микобактерии туберкулеза методом бактериоскопии не обнаружено; при цитологическом исследовании опухолевые и атипичные клетки не выявлены.

Проба Манту с 2 ТЕ: папула 3 мм.

Протеинограмма: общий белок – 74 г/л, альбумины – 59%, глобулины: 1-5,7%, 2-9.3%, 3 –10,4%, 4 –15,6%.

Кальций крови: 2,5 ммоль/л, суточная экскреция кальция с мочой – 6,1 ммоль/л.

3.А. Двусторонние очаговые изменения в легких характерны для диссеминированного туберкулеза легких. У таких больных иногда также увеличиваются периферические лимфатические узлы. Заболевание сопровождается общей слабостью, снижением аппетита, одышкой, кашлем. Однако для туберкулезной интоксикации не типично наличие тошноты и столь резкая потеря в весе (за 2 месяца – 10 кг). Кроме того у больных туберкулезом отмечается потливость, субфебрильная или высокая температура тела, чего нет в данном случае. Необходимо учесть, что при диссеминированном туберкулезе хрипы обычно прослушиваются над верхними участками легких соответственной локализации туберкулезной диссеминации, тогда как у больной хрипы слышны над нижними отделами. Сомнительный результат пробы Манту, отсутствие микобактерий в мокроте и характерных воспалительных изменений в анализе крови свидетельствуют против туберкулеза и его можно исключить.

Б. Двусторонние очаговые изменения с преимущественной локализацией в средних и нижних отделах легких наблюдаются и при пневмонии, но это заболевание обычно начинается остро, протекает с повышенной температурой тела, кашлем, выделением мокроты, обилием катаральных явлений в легких, выраженным лейкоцитозом и сдвигом лейкограммы влево. Постепенное начало заболевания, нормальная температура тела и такие клинические проявления, нарастающая слабость, снижение аппетита, тошнота, позволяют усомниться в диагнозе пневмония.

В. Имеющиеся изменения на рентгенограмме, увеличение внутригрудных и периферических лимфатических узлов при нормальных температуре тела и количестве лейкоцитов могут наблюдаться при саркоидозе II стадии. Саркоидоз обычно протекает малосимптомно, изменения в легких часто выявляются при профосмотре, но для этого заболевания не характерны быстрая потеря веса и резкое повышение СОЭ, которые встречаются у больной. Помимо этого, при саркоидозе часто

наблюдается гипергаммаглобулинемия, повышенная концентрация кальция в моче и крови, у больной же эти показатели нормальные.

Г. Более вероятным в данном случае является наличие карциноматоза легких, что подтверждается прогрессивно ухудшающимся состоянием больной, исхуданием, общей слабостью, тошнотой и др. Решающим в постановке диагноза оказались результаты рентгенологического исследования желудка и пункционная биопсия лимфатического узла шеи, которые подтвердили диагноз рака желудка и метастаза в лимфатический узел.

Задача 11

1. Инфильтративный туберкулез легких, инфаркт легкого, неспецифическая пневмония.

2. Анализ мокроты: микобактерии туберкулеза методом бактериоскопии не выявлены.

Проба Манту с 2 ТЕ: папула 10 мм.

3. А. Инфильтративный туберкулез легких может начинаться остро, но редко сопровождается ознобом и головной болью. Выслушиваемая при аускультации крепитация и сухие хрипы на фоне жесткого дыхания более характерны для неспецифического воспалительного процесса, чем для туберкулеза, при котором аускультативные данные скудные. Довольно высокий лейкоцитоз, который редко наблюдается при туберкулезе, а также небольшой сдвиг нейтрофилов влево и умеренно повышенная СОЭ, могут наблюдаться при любом воспалительном процессе. Отсутствие в мокроте микобактерий туберкулеза встречается и при специфических инфильтратах без распада легочной ткани. Наиболее важное значение имеют данные рентгенограммы, на которой определяется тяжистого характера тень, локализованная в базальных сегментах, тогда как для туберкулезных инфильтратов характерна их локализация в 1, 2 и 6 сегментах и очаговость по периферии. На основании этих данных инфильтративный туберкулез можно исключить.

Б. Острое начало заболевания, боль в боку, кашель, одышка, повышение температуры тела и имеющаяся рентгенологическая картина могут наблюдаться при инфаркте легкого. Но развивается инфаркт несколько в ином, чем у больного, порядке – вначале появляется острая боль, одышка (часто – кровохарканье), а затем (вследствие развития инфаркт-пневмонии) присоединяется кашель и повышается температура тела. У больной также отсутствуют факторы, которые могли бы способствовать развитию инфаркта легкого (тромбофлебит, заболевания сердца, перенесенная в предшествовавшие дни операция). Да и тень на рентгенограмме при инфаркте легкого всегда гомогенная и четко контурированная. Инфаркт надо исключить.

В. Наиболее вероятна острая пневмония. Об этом свидетельствуют: характерное развитие клинической картины заболевания, нижнедолевая локализация поражения в виде воспалительной тени, а также крепитация и сухие хрипы над участком поражения и гемограмма, указывающая на

воспалительный характер процесса. После лечения антибиотиками широкого спектра действия, через две недели, наступило выздоровление с исчезновением воспалительных изменений на рентгенограмме, что подтвердило диагноз пневмонии.

При цитологическом исследовании опухолевые и атипичные клетки не найдены.

Задача 12

1. Острая пневмония, инфильтративный туберкулез легких, рак легкого.
2. Анализ мокроты: микобактерии туберкулеза методом бактериоскопии (трехкратно) не выявлены. Сделан бактериологический посев. При цитологическом исследовании опухолевые и атипичные клетки не найдены.

Проба Манту с 2 ТЕ: папула 8 мм.

Бронхоскопия: патологические изменения не обнаружены.

3. А. Острое начало заболевания и его клинические проявления позволили заподозрить у больного пневмонию. При этом заболевании может наблюдаться подобная рентгенологическая картина. Не совсем характерны для острого неспецифического воспалительного процесса субфебрильная температура при обширном поражении легкого, скудные аускультативные данные и почти нормальная гемограмма (за исключением увеличения СОЭ). Сомнение в правильности диагноза пневмонии вызывает и отсутствие признаков рассасывания инфильтративных изменений после трех недель лечения.

Б. Мало вероятно и наличие у больного рака легкого, так как он молодого возраста, а злокачественные опухоли обычно возникают у лиц старше 45 лет. Не типично для опухоли также острое начало заболевания, сравнительно хорошее общее состояние больного при значительном поражении легкого. Для периферического рака характерны рентгенологические изменения в виде округлой или неправильно формы гомогенной тени, для центрального – интенсивная прикорневая тень с присоединяющимися позднее признаками ателектаза. У больного же имеется лишь небольшая инфильтрация в области головки корня легкого, без признаков гиповентиляции, а изменения в легких имеют вид облаковидного инфильтрата. Отсутствие патологии бронхиального дерева при бронхоскопии и опухолевых клеток в мокроте позволяют исключить рак легкого.

В. Наиболее вероятным диагнозом у больного является инфильтративный туберкулез легкого. Эта форма туберкулеза может начинаться остро и сопровождаться субфебрильной температурой тела, снижением аппетита, ночными потами. Типична и скудность аускультативных данных при довольно обширном поражении легкого. Рентгенологическая картина в виде неравномерной облаковидной инфильтрации легочной ткани в верхней доле, а также положительная туберкулиновая проба и весьма умеренные воспалительные сдвиги в гемограмме также свидетельствуют в пользу туберкулеза. Таким образом, у больного инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого.

Задача 13

1. Пневмония, первичный туберкулезный комплекс, рак легкого.
2. Анализ мокроты: при бактериоскопии микобактерии туберкулеза не выявлены; при цитологическом исследовании опухолевые и атипичные клетки не обнаружены.

Проба Манту с 2 ТЕ: папула 25 мм.

Бронхоскопия: угол бифуркации несколько увеличен, слизистая оболочка бронхов, доступных осмотру не изменена.

3. А. Причиной инфильтрации легочной ткани с реакцией со стороны корня легкого может быть пневмония. Однако постепенное развитие заболевания с выраженными симптомами интоксикации не типичны для пневмонии. Кроме того, отсутствие хрипов, небольшие воспалительные сдвиги в крови также не характерны для этого заболевания. При пневмонии не бывает столь массивное увеличение внутригрудных лимфатических узлов (расширение бифуркации, обнаруженное при бронхоскопии, свидетельствует об увеличении бифуркационных узлов). Все это, как и гиперергическая реакция на туберкулин, позволяет усомниться в наличии неспецифической пневмонии.

Б. Рак легкого с метастазами в бронхолегочные и бифуркационные лимфатические узлы может быть причиной подобных рентгенологических изменений. Однако он чаще встречается у людей (преимущественно мужчин) старше 45 лет, а больному 14 лет. При раке легкого помимо жалоб, которые предъявляет наш пациент, обычно наблюдается боль в грудной клетке, кровохарканье, нарастающая одышка. При цитологическом исследовании мокроты опухолевые клетки не обнаружены, при бронхоскопии изменения не выявлены. К тому же у мальчика гиперергическая проба Манту, что совершенно не характерно для рака легкого, при котором угнетается туберкулиновая чувствительность. Исходя из сказанного, рак легкого можно исключить.

В. Наиболее вероятен у больного первичный туберкулезный комплекс. В пользу этого свидетельствует его возраст, постепенное развитие заболевания с субфебрильной температурой тела, незначительными аускультативными данными и небольшими изменениями гемограмм. Весьма типичная для первичного туберкулезного комплекса рентгенологическая картина: фокус инфильтрации легочной ткани (первичный эффект), соединенный с корнем легкого, в котором дифференцируются крупные полициклические тени лимфатических узлов (железистый компонент). Данные бронхоскопии свидетельствуют о поражении и бифуркационных лимфатических узлов. Резко выраженная реакция на пробу Манту после раннее отрицательных указывает на развитие туберкулеза вслед за первичным инфицированием. Диагноз: первичный туберкулезный комплекс в фазе инфильтрации.

Задача 14

Инфильтративный туберкулез легких, пневмония, опухоль, киста.

1. Анализ промывных вод бронхов: микобактерии туберкулеза бактериоскопией и посевом не выявлены; при цитологическом исследовании опухолевые и атипичные клетки не обнаружены.

Проба Манту с 2 ТЕ: папула 10 мм.

Бронхоскопия – патологии нет.

Бронхография: бронхи 3 сегмента левого легкого контрастным веществом не заполняются.

2. А. У больного отсутствуют признаки туберкулезной интоксикации, в промывных водах бронхов микобактерии туберкулеза не обнаружены. На рентгенограмме тень в легком гомогенная, четко контурированная, без воспалительной дорожки к корню легкого, окружена неизменной легочной тканью. Все указанные изменения не характерны для туберкулезного процесса, при котором обычно наблюдаются симптомы интоксикации, а тень инфильтрата чаще локализуется в 1, 2 или 6 сегментах, имеет негетерогенный характер и часто окружена очагами. Нетуберкулезный характер заболевания подтверждается также неэффективностью длительной химиотерапии.

Б. Неспецифическая пневмония обычно имеет выраженную клиническую картину, протекает с повышенной температурой тела, кашлем, чего не наблюдается у больного. Четкие контуры тени на рентгенограмме и ее стабильность на протяжении 6 месяцев тоже свидетельствует против пневмонии.

В. Злокачественную опухоль также можно исключить, принимая во внимание молодой возраст пациента, его хорошее самочувствие, отсутствие в мокроте раковых или атипичных клеток, прогрессирования заболевания (при длительном периоде наблюдения) и патологии при бронхоскопии.

Г.Д. Бессимптомное течение заболевания, наличие гомогенной, неинтенсивной, четко контурированной тени в 3 сегменте, не изменяющейся в течение 6 месяцев, больше соответствует картине доброкачественной опухоли или ретенционной кисты. Однако для доброкачественной опухоли характерна округлая (овальная) форма тени на рентгенограмме, а при бронхоскопии бронхи обычно не изменены, но раздвинуты. У больного же видна неправильной формы тень с выпячиваниями, характерными для ретенционных кист. Такая тень отображает растянутые и заполненные бронхиальным секретом разветвления бронхов. Подобная форма кисты развивается при облитерации проксимального отрезка вследствие воспалительного процесса. Такой диагноз подтверждается тем, что при бронхографии бронхи 3 сегмента левого легкого не заполнились контрастным веществом. Следовательно, у больного ретенционная киста 3 сегмента левого легкого. В этих случаях показано хирургическое лечение - экономная резекция левого легкого.

Задача 15

1. Инфильтративный туберкулез легких, неспецифическая пневмония, рак легкого, доброкачественная опухоль метастазы опухоли в легкое.

2. Анализ мокроты: микобактерии туберкулеза при пяти бактериоскопиях не обнаружены; при цитологическом исследовании мокроты выявлены атипичные клетки с 2-3 ядрами.

3. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ: папула 4 мм.

Бронхоскопия: в доступной осмотру части бронхиального дерева патологические изменения не выявлены. Путем катетеризации правого верхнедолевого бронха взято содержимое для цитологического исследования. В мазках из содержимого бронхов обнаружены скопления атипичных клеток.

Рентгеноскопия пищевода канала: обнаружена «ниша» в области малой кривизны желудка.

3. А. Больной направлен на консультацию с подозрением на туберкулез легких. Действительно, малосимптомное начало заболевания, кашель, примесь крови в мокроте, скудные аускультативные данные, локализация изменений на рентгенограмме во II сегменте и положительная туберкулиновая чувствительность свойственны туберкулезу легких. Однако в мокроте обнаружены не микобактерии туберкулеза, а атипичные клетки. Не характерно для туберкулезного инфильтрата отхождение от него к периферии радиарной лучистости и отсутствие других очаговых изменений. Все это позволяет исключить инфильтративный туберкулез легких.

Б. Пневмония обычно начинается остро, с повышением температуры тела, выраженными явлениями интоксикации, заметными изменениями гемограммы в виде лейкоцитоза и сдвига лейкограммы влево. У нашего больного заболевание началось постепенно, без повышения температуры тела, в периферической крови воспалительных изменений нет. Над пневмоническим фокусом обычно выслушивается крепитация, сухие и влажные хрипы, в то время как у больного отмечается лишь несколько ослабленное дыхание в верхней трети межлопаточной области. К тому же, при пневмонии изменения на рентгенограмме обычно менее интенсивные, очагового или тяжистого характера, тогда как у больного тень в легком интенсивная с неровными контурами и лучистостью к периферии. Потому пневмонию можно исключить.

В. Доброкачественные опухоли легких обычно протекают бессимптомно и обнаруживаются при случайном рентгенологическом исследовании. Данное заболевание началось исподволь, но все симптомы (общая слабость, похудение, кашель, небольшая примесь крови в мокроте) неуклонно нарастали. Тень на рентгенограмме при доброкачественных опухолях обычно округлой формы, четко контурированные, а атипичные клетки в мокроте больных отсутствуют. Исходя из сказанного, можно заключить, что у больного нет доброкачественной опухоли.

Г.Д. Наиболее вероятны у больного злокачественная опухоль легкого, либо метастазирование ее из другого органа. В пользу этого свидетельствует постепенное развитие заболевания. Из анамнеза известно, что больной в течение десяти лет лечился по поводу язвенной болезни желудка, а в последнее время поступил в стационар с желудочным кровотечением. Эти сведения позволяют предположить злокачественное перерождение язвы с

метастазированием в легкое. Однако при обследовании больного (в том числе рентгенологическом) не обнаружено данных о новообразовании в желудке или в каком-либо другом органе. Вероятно, у больного первичный рак легкого, для которого характерна имеющаяся у него рентгенологическая картина – тень с неровными краями и лучистостью к периферии, а также воспалительная реакция корня легкого. Диагноз злокачественной опухоли подтверждается повторным обнаружением в мокроте и содержимом бронхов скоплений атипичных клеток. Из-за периферического расположения опухоли изменений в бронхах при эндоскопии не обнаружено. Больному произведена срочная операция, при биопсии диагноз рака легкого подтвердился.

Задача 16

1. Инфильтративный туберкулез легких, туберкулема легкого, заполненная киста, периферический рак, доброкачественная опухоль.

2. Анализ мокроты: микобактерии туберкулеза при 6 бактериоскопиях и 2 посевах не выявлены; при цитологическом исследовании мокроты опухолевые и атипичные клетки не обнаружены.

Реакция Манту с 2 ТЕ и 10 ТЕ отрицательная.

Бронхоскопия: в доступной осмотру части бронхиального дерева патологических изменений нет. Путем катетеризации сегментарных бронхов взято их содержимое для бактериоскопического и цитологического исследования.

3. А. Больная на протяжении двух месяцев лечилась туберкулостатическими препаратами по поводу предполагаемого инфильтративного туберкулеза легких. Действительно, жалобы на кашель с небольшим выделением мокроты, боль в груди, кровохарканье при наличии неомогенного затемнения в заднем сегменте легкого и очагов в его окружности вызывают подозрения на туберкулез. Однако для туберкулеза не свойственна столь выраженная нарастающая боль с обширной иррадиацией и одышкой при ограниченности легочного процесса. Кроме того, туберкулиновые пробы у больной отрицательные, а на фоне лечения туберкулостатическими препаратами улучшения не наступило. Все это вызывает сомнение в наличии инфильтративного туберкулеза. На основании тех же данных, а также ввиду того, что изменения на рентгенограмме не характерны для туберкулемы, при которой контуры тени обычно четкие, нередко с включением кальцинатов и отсутствует лучистость в сторону плевры, туберкулезную природу этого заболевания можно исключить.

Б. Неправильная, разветвленной формы тень в легких может быть обусловлена ретенционной кистой. Однако при этом больные обычно не предъявляют жалоб, а на рентгенограмме контуры кисты четкие, без тяжистости, которая имеется в данном случае. Структура ретенционных кист обычно гомогенная, в то время как у больной она гетерогенная, по-видимому, обусловленная бугристым строением патологического образования. Поэтому можно исключить и ретенционную кисту.

В. На основании негемогенной структуры тени, нечеткости и бугристости контуров, лучистости, отходящий к периферии, изменений окружающей ткани легкого в виде очагового инфильтрата, а также выраженности клинических симптомов, диагноз доброкачественной опухоли можно также исключить.

Г. Наиболее вероятен периферический рак. Об этом свидетельствует нарастающие симптомы в виде иррадирующей боли в груди, кашля, кровохарканья, истощения, а также рентгенологические данные – бугристая, нечетко контурированная тень с лучистостью к периферии. Бронхоскопия не выявила изменений в доступных осмотру бронхах в связи с периферической локализацией опухоли. Однако в материале, полученном при катетеризационной биопсии найдены опухолевые клетки. Таким образом, у больной рак второго сегмента правого легкого.

Задача 17

1. Туберкулемы легких, эхинококковые кисты легких, метастазы злокачественного новообразования, гуммозный сифилис легких.

2. Анализ промывных вод бронхов: микобактерии туберкулеза при бактериоскопии (после флотации) не обнаружены; при цитологическом исследовании опухолевые и атипичные клетки не найдены.

Проба Манту с 2 ТЕ отрицательная.

Проба Коха: после подкожного введения 20 ТЕ через 48 часов местная и общая реакция отрицательные (инфильтрат на месте введения туберкулина не образовался, при термометрии через каждые 4 часа повышения температура тела не отмечалось). Диаметр сосудов глазного дна после введения туберкулина не изменился.

Реакция Вассермана отрицательная.

Рентгеноскопия желудка и кишечника: патологические изменения не выявлены.

Консультация уролога: патология со стороны почек и предстательной железы нет.

Реакция Кацони отрицательная.

3.А. Больной направлен в стационар с подозрением на туберкулез периферических лимфатических узлов и туберкулемы легких. Однако проявления туберкулезной интоксикации у него отсутствуют, а на фоне лечения туберкулостатическими препаратами положительной динамики не отмечено. Рентгенологические изменения в легких также не вполне характерны для туберкулемы, тени от которых обычно интенсивные и негемогенные, а в других участках легких или вблизи туберкулом часто видны очаговые тени. Кроме того, у больного не обнаружены микобактерии туберкулеза, а туберкулиновые пробы Манту и Коха отрицательные, что позволяет исключить туберкулез.

Б. Множественные бугристые тени могут вызвать подозрение на гуммозный сифилис легких, но у нашего больного в анамнезе нет указаний на заболевание сифилисом, а реакция Вассермана у него отрицательная.

Отсутствуют также признаки сифилитического поражения других органов, нет головной боли в ночное время и повышенного артериального давления, характерных для третичного сифилиса. Поэтому наличие гуммозных изменений в легких маловероятно.

В. Эхинококковые кисты в легких могут быть множественными (хотя это встречается очень редко), при этом тени их имеют обычно небольшую интенсивность, очень четкие контуры, тогда как в нашем случае на рентгенограмме видны довольно интенсивные тени с нечеткими контурами. Кроме того, для эхинококкоза не характерно увеличение периферических лимфатических узлов, наблюдаемое у больного. Нет у него эозинофилии, которая часто сопутствует эхинококкозу. А реакция Кацони отрицательная. На этом основании диагноз эхинококкоза можно исключить.

Г. Обнаружение нескольких монетоподобных теней в легких, особенно у больного пожилого возраста, при наличии увеличения периферических лимфатических узлов всегда подозрительно на метастазы злокачественной опухоли. В то же время симптомы, указывающие на локализацию первичной опухоли отсутствуют, а при рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта патологии не обнаружено. Нет изменений и со стороны предстательной железы. В анамнезе имеется лишь указание на однократную гематурию. Гистологические изменения удаленного лимфатического узла свидетельствовали о метастазах злокачественной гипернефромы, которая протекала бессимптомно и проявлялась лишь однократной гематурией.

Задача 18

1. Туберкулема легкого, периферический рак, доброкачественная опухоль, киста, эхинококк.

2. Анализ промывных вод бронхов: микобактерии туберкулеза не обнаружены; при цитологическом исследовании опухолевые и атипичные клетки не найдены.

Проба Манту с 2 ТЕ: папула 5 мм.

Бронхоскопия – изменений нет.

Бронхография: бронхи переднего сегмента верхней доли левого легкого в области патологической тени несколько раздвинуты.

Реакция Кацони отрицательная.

3. А. На протяжении ряда лет больная состояла на учете по поводу туберкулемы левого легкого, но все время чувствовала себя хорошо, явлений туберкулезной интоксикации не было. Несмотря на нерегулярное лечение, прогрессирование процесса в легком не наблюдалось. Рентгенологически при туберкулеме действительно отмечается округлое затенение в легком с нередкими вкраплениями извести, однако, его локализация в переднем сегменте не типична для этого заболевания. Отсутствуют и характерные для туберкулеза очаговые изменения в других отделах легких. Туберкулиновая проба Манту у больной слабоположительная, тогда как при туберкулеме она обычно выражена резко. Все это позволяет отвергнуть туберкулезную природу заболевания.

Б. Округлая тень в легких у человека старше 40 лет всегда подозрительная на злокачественное образование, при котором вначале может быть хорошее самочувствие, хотя нередко наблюдаются боли в грудной клетке, кашель, кровохарканье. Не характерно для злокачественной опухоли вкрапление в нее известию Отсутствие опухолевых клеток или атипичных в промывных водах бронхов, а также патологии при бронхоскопии и симптома «ампутации» бронха на бронхограмме, как и приведенное выше, дает основание отвергнуть периферический рак легкого.

В. Шаровидное образование с участками обызвествления может быть обусловлено эхинококкозом легкого. Однако в этом случае часто наблюдается субфебрильная температура тела, признаки аллергизации организма в виде кожного зуда и эозинофилии крови, которые у больной отсутствуют. При эхинококке иногда отмечается обызвествление иногда отмечается обызвествление капсулы кисты; у больной же видны плотные включения в центре тени. Реакция Кацони у нее отрицательная. На основании этих сведений приходится усомниться и в наличии эхинококкоза.

Г.Д. Не паразитарные кисты и доброкачественные опухоли легкого протекают малосимптомно и нередко выявляются при профосмотре. Они могут локализоваться в переднем сегменте верхней доли, иметь четкие контуры и содержать вкрапления извести. Но для ретенционных кист характерна своеобразная форма тени – разветвленная, напоминающая «гусиную лапку» или «карточное сердце», что обусловлено расширенными бронхами, заполненными бронхиальным секретом. Наконец, при ретенционных кистах при бронхографии выявляется симптом «обрыва» бронха, в то время как у больной наблюдается раздвигание бронхиальных ветвей, свойственной доброкачественной опухоли. Таким образом, у больной больше данных, свидетельствующих о доброкачественной опухоли легкого, причем включение извести характерно для гемартохондромы. Больная была оперирована. Заключение патоморфолога – хондрома легкого.

Задача 19

1. Периферический рак легкого, туберкулема, доброкачественная опухоль, заполненная киста.

2. Анализ мокроты: микобактерии туберкулеза при трех бактериоскопиях не обнаружены (произведен посев для бактериологического исследования); при цитологическом исследовании опухолевые и атипичные клетки не найдены.

Проба Манту с 2 ТЕ: папула 17 мм.

3. А. наличие округлой тени в легком в первую очередь обязывает исключить периферический рак, при котором могут быть явления интоксикации, понижение аппетита, кашель. Однако менее характерна для него потливость в ночное время. У больного довольно выраженная чувствительность к туберкулину, что также не типично для злокачественного новообразования., а при цитологическом исследовании мокроты не обнаружены опухолевые клетки и атипичные клетки. Изменения на

рентгенограмме также не свойственны раку легкого, так как он обычно локализуется в передних сегментах, имеет более гомогенную структуру, а его тень не столь интенсивная. Кроме того, в случае распада опухоли в ней появляется бухтообразное просветление, тогда как у больного округлая тень в верхушечном сегменте нижней доли, большой интенсивности и краевым распадом в виде серповидного просветления. На этих основаниях периферический рак можно исключить.

Б.В. Доброкачественная опухоль и киста легкого протекают бессимптомно и обычно обнаруживаются при профилактическом осмотре, в то время как наш больной предъявляет жалобы на кашель с выделением мокроты, потливость по ночам, плохой аппетит, похудение. Субфебрильная температура тела, лейкоцитоз и выраженная чувствительность к туберкулину также не характерны для доброкачественной опухоли и кисты. Следует также иметь в виду, что эти патологические образования обычно определяются в неизменной легочной ткани, а у больного вокруг патологической тени имеются множественные кальцинированные очаговые тени на фоне пневмосклероза. Структура тени доброкачественной опухоли или заполненной кисты чаще гомогенная (лишь при хондроме могут наблюдаться вкрапления извести) и для них не характерно возникновение краевого распада, как это наблюдается у больного.

Г. Из анамнеза известно, что больной перенес в детстве первичный туберкулез, а 17 лет - деструктивный инфильтративный туберкулез. Оставшиеся фиброзно-очаговые изменения в легком могли послужить основой для формирования туберкулемы. В пользу этого диагноза свидетельствуют типичные проявления специфической интоксикации в виде субфебрильной температуры тела, потливости, плохого аппетита, кашля с мокротой, умеренного лейкоцитоза. Высокая степень чувствительности к туберкулину, округлая тень на рентгенограмме негомогенной структуры с четкими контурами и краевым распадом в верхушечном сегменте нижней доли, окруженная фиброзными и кальцинированными очагами также характерны для туберкулемы.

Диагноз подтвержден через три недели, когда бактериологическим обнаружен рост микобактерий туберкулеза.

Задача 20

1. Заполненная киста, эхинококк, туберкулема, доброкачественная опухоль, рак легкого.

2. Анализ мокроты: микобактерии туберкулеза методом бактериоскопии не выявлены; при цитологическом исследовании опухолевые и атипичные клетки не обнаружены.

Проба Манту с 2 ТЕ: папула 7 мм.

Бронхоскопия: изменения в доступной осмотру части бронхиального дерева не выявлены; при катеризации бронха верхней доли правого легкого взято его содержимое для бактериологического и цитологического исследования.

Реакция Кацони отрицательная.

3. А. Больная направлена на консультацию с диагнозом туберкулемы легкого, при которой в легочной ткани могут наблюдаться подобные округлые тени, а также явления интоксикации в виде ухудшения аппетита, похудения и общей слабости. Однако при туберкулеме затенение обычно негетогенное, с краевым распадом и более плотными включениями, а вокруг нее и в других участках легких нередко отмечаются очаговые или фиброзные изменения, характерные для туберкулеза, но которых нет у нашей больной. Настораживает усиление боли в грудной клетке и отсутствие улучшения общего состояния больной после полуторамесячной туберкулостатической терапии. Поэтому наличие туберкулеза у больной маловероятно.

Б.В. Округлая гетогенная тень в легком может быть обусловлена доброкачественной опухолью или заполненной кистой легкого. Однако для этих заболеваний не характерно нарастание интоксикации (слабость, похудение и др.) и значительное увеличение СОЭ. Усиливающаяся боль в грудной клетке и одышка также заставляет усомниться в наличии тканей патологии.

Г. Округлая тень с четкими контурами наблюдается и при эхинококкозе легкого. В этом случае могут отмечаться явления интоксикации, кашель, боль в грудной клетке, анемия, увеличение СОЭ. Но столь выраженная клиническая картина заболевания обычно развивается при эхинококке больших размеров, в то время как у больной тень на рентгенограмме до 5 см. Не типична для эхинококка и значительная интенсивность тени. Следует также иметь в виду, что эхинококкозу свойственна эозинофилия и другие признаки аллергизации организма, положительная реакция Кацони, чего нет у больной. Быстрое ухудшение состояния, резкое похудение за сравнительно короткий промежуток времени также не типичны для эхинококка.

Д. Округлая гетогенная тень в легком и прогрессирующее течение заболевания более типично для периферического рака. Вначале обычно появляются местные жалобы (боль, кашель, одышка), к которым затем присоединяются общие симптомы (слабость, похудение), как это и наблюдалось у нашей больной. Резкое увеличение СОЭ и анемия при отсутствии изменений со стороны белой крови, характерных для воспалительного процесса, также более свойственны раку легкого. У больной же обнаружены изменения в бронхах, что возможно при периферической локализации опухоли. При цитологическом исследовании мокроты атипичные и опухолевые клетки не обнаружены, но они были найдены в мазке из содержимого бронха верхней доли, полученного при его катеризации. Больной произведена операция удаления верхней доли правого легкого. Заключение патогистолога: аденокарцинома легкого.