

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

« 09 » сентября 20 21 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому, дополнительному
профессиональному образованию и региональному
развитию здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

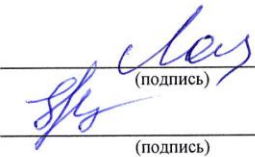
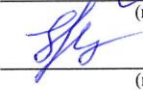
для обучающихся по основным образовательным программам высшего образования
(программам ординатуры) по специальности
31.08.51 «Фтизиатрия»
Трудоемкость: № 3 ЗЕ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Санкт-Петербург
2021 г.

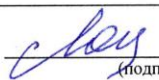
Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ;
- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1094;
- Профессиональным стандартом «Врач-фтизиатр», утвержденным Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 октября 2018 г. №684н;
- Порядком организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. № 1258;
- Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об организации практической подготовки обучающихся по образовательным программам медицинского и фармацевтического образования в условиях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации» от 29 марта 2020 г. № 248;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении типовой формы договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья» от 30 июня 2016 г. № 435н;
- Порядком организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования от 3 сентября 2013 г. № 620н;
- Письмом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека «Об организации практической подготовки обучающихся по программам среднего, высшего, послевузовского профессионального образования и дополнительным профессиональным программам по медико-профилактическому специальностям на базах учреждений, подведомственных роспотребнадзору» от 15 февраля 2013 г. № 01/1680-13-32

Заведующая кафедрой, Д.М.Н. профессор (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	М.Э.Лозовская (расшифровка)
Доцент кафедры, к.м.н. (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	Е.Б. Васильева (расшифровка)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры

фтизиатрии		
название кафедры		
« 31 » 08	2021 г.,	протокол заседания № 7

Заведующая кафедрой	фтизиатрии
	название кафедры
Д.м.н., профессор (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)
	М.Э.Лозовская (расшифровка)

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» (далее – ФГОС ВО).

ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

Обучающиеся, не прошедшие ГИА в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения ГИА. Обучающийся должен представить в организацию документ, подтверждающий причину его отсутствия.

Обучающиеся, не прошедшие государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Лицо, не прошедшее ГИА, может повторно пройти ГИА не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения ГИА, которая не пройдена обучающимся.

2. Общие правила подачи и рассмотрения апелляций

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

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

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.

3. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- 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 (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

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

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК5);

лечебная деятельность:

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

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

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

4. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 ЗЕ).

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация состоит из двух аттестационных испытаний, перерыв между которыми составляет не менее 7 календарных дней. На первом этапе проводится тестирование и оценка практических навыков. Ко второму аттестационному испытанию – государственному экзамену по специальности – допускаются ординаторы, успешно прошедшие первый этап. Государственный экзамен проводится в устной форме по билетам.

Государственный экзамен проводится по одной дисциплине образовательной программы – основной дисциплине специальности ординатуры, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Результаты государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;
- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.
- имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного аттестационного испытания объявляются в день его проведения.

5. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

6. Программа государственного экзамена

6.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Государственный экзамен проводится в устной форме в виде собеседования. Собеседование включает ответы на вопросы и решение ситуационных задач. Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по вопросам и ситуационным задачам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации.

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, расписание которых доводится до сведения ординаторов за 30 календарных дней до государственной итоговой аттестации.

При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных, профессиональных и профессионально-специализированных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии.

6.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

6.2.1. Вопросы для собеседования

1. Инструментальные методы исследования Методы рентгенологического исследования при туберкулезе. Рентгенологические синдромы туберкулеза и других заболеваний органов дыхания.

2. Компьютерная томография в диагностике туберкулеза и других заболеваний легких, средостения и плевры.

3. Ультразвуковые методы исследования плевры и легких. Методы радионуклидных исследований.
4. Бронхоскопия, исследование бронхоальвеолярной лаважной жидкости. Показания для эндобронхиальной и трансbronхиальной биопсии.
5. Торакоскопия и видеоторакоскопия. Медиастиноскопия. Показания, методика проведения и взятия биоптатов. Показания для открытой биопсии легкого.
6. Пункция плевральной полости. Игловая аспирационная биопсия, игловая пункционная (трепанационная биопсия)
7. Исследование функций легких, сердечно-сосудистой системы, печени и других органов.
8. Механизм туберкулиновых реакций. Методика постановки туберкулиновых проб (кожные, внутрикожные, подкожные). Применение туберкулиновых проб при обследованиях детей и подростков.
9. Индивидуальная туберкулинодиагностика: градуированная кожная проба, проба Манту с малыми концентрациями туберкулина.
10. Проба Коха. Постановка и оценка.
11. Проба с диаскинтестом.
12. Методы выявления туберкулеза в различных возрастных группах населения: лучевые методы диагностики, микробиологическое исследование мокроты, туберкулинодиагностика.
13. Приказ МЗ СР РФ №855 о применении диаскинтеста, рекомендации по диспансерному наблюдению детей в зависимости от результатов диаскинтеста.

6.2.2. Ситуационные задачи

Задача №1

Мальчик 2 года 6 месяцев, направлен в педиатрический стационар. Мама обращает внимание на прихрамывание на правую ножку ребенка. С 11 месяцев, с момента начала вставания на прямые ножки, мальчик щадил правую ногу. В течение месяца отмечалась отечность правого коленного сустава и субфебрилитет у ребенка (в поликлинику не обращались). Ребенок от 1-ой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Оценка по шкале Апгар 9/9 баллов. Родился с весом 4200 г, длиной 53 см. Вакцинация BCG-M на 3 сутки в роддоме. Выписан на 5 сутки, грудное вскармливание до 6 месяцев. Профилактические прививки сделаны согласно календарю. При плановой постановке пробы Манту с 2ТЕ в 1 год результат отрицательный, в 2 года на постановку пробы Манту не пришли. Семья флюорографически обследована, патологии не выявлено. Состояние удовлетворительное, температура тела 36,6°. Вес 13500 г, длина 92 см. Психомоторное развитие по возрасту, со стороны внутренних органов без особенностей. Местно область правого коленного сустава не изменена, отмечается ограничение движений.

1. Иммунодиагностические методы обследования, которые необходимы для постановки диагноза, это - ...
2. Инструментальные методы обследования, которые необходимы для постановки диагноза, это -
3. Предполагаемый основной диагноз:...
4. Врач-педиатр должен...
5. Лечение проводится в условиях...

Задача №2

Ребенок 8 месяцев с язвой на левом плече, на приеме в поликлинике. Капризничает, плохо ест. В течение двух месяцев назад на левом плече появилась небольшая язвочка, которая постепенно увеличивается. Боли нет. Ребенок от второй нормально протекавшей

беременности, срочных родов. Оценка по шкале Апгар 9/9 баллов. Вес при рождении 35500г, рост 51 см. Привит БЦЖ-М на 3 день, выписан на 4 день. Состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,5⁰С. Кожные покровы влажные, обычной окраски. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. На левом плече, на месте прививки БЦЖ определяется язва размером 12 мм. Пальпируются периферические лимфатические узлы в 4 группах размерами от 0,3 см до 0,5 см, подвижные, эластической консистенции, безболезненные. Слева подмышечные лимфоузлы размером 0,8 см безболезненные. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 90/мин, АД 110/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание свободное.

1. Лабораторные методы обследования необходимые для постановки диагноза это.....
2. Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования
3. Какой предполагаемый основной диагноз?
4. К локальным осложнениям также относятся...
5. Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в

Задача №3

Девочка М., 1 год 10 мес поступила в приемный покой детской больницы по направлению участкового педиатра. Ухудшение самочувствия, снижение аппетита, повышение температуры тела до субфебрильной, сухой кашель. Жалобы беспокоят в течение 3х недель, на фоне неспецифической антибактериальной (амоксиклав) и симптоматической терапии состояние ребенка не улучшилось, отмечается усиление кашля. В поликлинике выполнена обзорная рентгенограмма, выявлена прикорневая инфильтрация слева. Ребенок от 5 беременности, 4х преждевременных родов на 30-32 неделе, масса тела 2700, длина 48 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Гемолитическая болезнь новорожденных средней степени тяжести, в связи с чем не проводилась вакцинация БЦЖ в р/доме. Вакцинирована БЦЖ-М в возрасте 3х месяцев. Реакция на пробу Манту перед вакцинацией отрицательная. Проба Манту 2ТЕ в 1 год – отр. Привита по возрасту, у специалистов на учете не состоит. Перенесла в 6 месяцев кишечную инфекцию, ОРВИ в 8, 11 месяцев, 1 год 4 месяца, бронхит в 1 год 7 месяцев. Контакт с больным туберкулезом отрицают, проживают в 2х комнатах в 5-комнатной коммунальной квартире, 2 взрослых 4 детей. Родители обследованы флюорографически, патология не выявлена. Летом выезжают в Волгоградскую область. Состояние по совокупности данных средней степени тяжести. Вес 11,5 кг, рост 86 см. Температура тела 37,4⁰С. Кожные покровы чистые. Зев не гиперемирован, миндалины увеличены II степени. Периферические лимфатические узлы пальпируются в затылочных, переднешейных, подчелюстных группах - плотно-эластичные 7-10 мм, в подмышечных, надключичных группах с обеих сторон – эластичные, размером 3-8 мм, безболезненные, окружающая ткань не изменена. Плевромышечные симптомы (+) слева.. Перкуторно в межлопаточной зоне слева определяются притупление звука, в остальных отделах – без изменений. Дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 88/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см, селезенка не увеличена. Стул регулярный, оформленный, мочеиспускание свободное.

1. Выберите рекомендуемые дополнительные лабораторные методы для постановки диагноза
2. Необходимый для постановки диагноза инструментальный метод обследования
3. Предполагаемый диагноз
4. Ребенку необходимо провести консультацию специалиста по
5. Ребенку показано назначить

Задача №4

Мальчик С., 7 месяцев переведен в туберкулезное отделение из детской больницы в связи с сохранением в течение 1 месяца симптомов интоксикации, кашля, одышки. Кашель влажный, одышка, субфебрильная температура с подъемами до фебрильной, отсутствие аппетита, потеря массы тела в течение месяца составила 1 кг. Ребенок заболел остро 1 месяц назад: резкое повышение температуры до 39, кашель, одышка. Мальчик был госпитализирован в детское отделение в состоянии средней тяжести с подозрением на пневмонию. В течение 2х недель на фоне антибактериальной терапии ухудшилось клиническое состояние ребенка и рентгенологические данные: в зоне воспаления в верхней доле справа появилась деструкция.

Родился от 2 беременности, 2 преждевременных родов, на 36 неделе беременности, масса тела 2940г, длина 50см. Привит БЦЖ-М в возрасте 3 месяцев. Семья из 4х человек проживает в отдельной 3х комнатной квартире, ФЛГ родителей без патологии. Выявлен родственник с больным туберкулезом дедом (инфильтративный туберкулез обоих легких, (МБТ+)) Состояние при поступлении в туберкулезное отделение тяжелое. Вес 5кг 600 г, Температура тела 37,9⁰С. Кожные покровы бледные чистые. Периферические лимфатические узлы пальпируются в переднешейных, подчелюстных группах - плотно-эластичные, в надключичной, аксиллярной, паховых группах – эластичные, размером 3-8 мм, безболезненные, окружающая ткань не изменена. ЧДД 62 в минуту. Над верхними отделами справа укорочение перкуторного звука. В этой же зоне выслушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 110 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3 см.

1. Выберите рекомендуемые дополнительные лабораторные методы для постановки диагноза
2. Выберите необходимый для постановки диагноза инструментальный метод обследования
3. Предполагаемый основной диагноз
4. Ребенку показано назначить
5. Основной курс химиотерапии рекомендовано проводить в соответствии с режимом

Задача №5

Девочка Л., 3 г 7 месяцев направлена в туберкулезное отделение из противотуберкулезного диспансера в связи с выявлением патологических изменений на рентгенограмме. Жалобы отсутствуют. Девочка обследована в ПТД в связи с контактом с больными туберкулезом родителями. При обследовании выявлена гиперэргическая чувствительность к туберкулину и Диаскинтесту, изменения на рентгенограмме. Родилась от 2 беременности, 2 срочных родов, масса тела 3050г, длина 51 см. Вакцинирована БЦЖ-М в роддоме. Динамика туберкулиновых проб: 1год - р4, 2 года – р 3, 3 года – р10.

Семья из 4х человек снимают комнату в частном доме, материально-бытовые условия жизни неблагоприятные: родители употребляют алкоголь. Со слов родителей девочка болеет редко, хронических заболеваний нет, привита по возрасту. У отца выявлен инфильтративный туберкулез обоих легких, МБТ(+); у матери диссеминированный туберкулез обоих легких, МБТ(+). Выявлена устойчивость МБТ к изониазиду.

Состояние при поступлении в туберкулезное отделение по совокупности данных средней степени тяжести. Вес 12 кг 600 г, рост 98 см. Температура тела 37,1⁰С. Кожные покровы бледные чистые. Периферические лимфатические узлы пальпируются в переднешейных, подчелюстных группах - плотно-эластичные, в надключичной, аксиллярной, кубитальной группах – эластичные, размером 3-8 мм, безболезненные, окружающая ткань не изменена. Перкуторно над всеми отделами легких ясный звук. Дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см.

1. Выберите рекомендуемые дополнительные лабораторные методы для постановки диагноза
2. Выберите необходимый для постановки диагноза инструментальный метод обследования

3. Предполагаемый основной диагноз...
4. Дальнейшее лечение пациента должно проводиться в условиях
5. Ребенку показано назначить

6.2.3. Перечень практических навыков

1. расспрос больного, сбор анамнестических и катamnестических сведений, наблюдение за пациентом;
2. анализа получаемой информации;
3. постановка туберкулиновых проб;
4. проведение физикального обследования органов дыхания;
5. забор промывных бронхов для исследования на МБТ;
6. сбор мокроты для бактериологического и цитологического исследований;
7. проведение провокационных проб с высокими дозами туберкулина;
8. проведение бронхоспирометрии;
9. обследование очага туберкулезной инфекции;
10. использование диагностических и оценочных шкал, применяемых во фтизиатрии.

6.2.4. Тестовые задания

1. Возбудитель туберкулеза относится к виду:
 - а) бактерий
 - б) грибов
 - в) вирусов
 - г) простейших
 - д) все верно
2. Наибольшую роль в эпидемиологии туберкулеза человека играют:
 - а) МБТ птичьего типа
 - б) МБТ человеческого типа
 - в) МБТ бычьего типа
 - г) атипичные микобактерии
 - д) все верно
3. Наиболее эффективен и достоверен в выявлении МБТ метод исследования:
 - а) люминесцентная микроскопия
 - б) культуральный посев
 - в) бактериоскопия
 - г) биохимическое исследование
 - д) все перечисленное
4. Возможны следующие пути проникновения возбудителя в организм человека:
 - а) аэрогенный
 - б) трансплацентарный
 - в) алиментарный
 - г) контактный

д) все перечисленные

5. Основным материалом для обнаружения МБТ являются:

- а) кал
- б) моча
- в) мокрота
- г) кровь
- д) ликвор

6. Очаги туберкулезной инфекции делятся на:

- а) 3 группы
- б) 4 группы
- в) 5 групп
- г) 7 групп
- д) 10 групп

7. При анализе эффективности осмотров на туберкулез важны все перечисленные показатели, кроме:

- а) процента охвата населения осмотрами на туберкулез
- б) частоты выявления больных активным туберкулезом
- в) структуры выявленного контингента больных
- г) удельного веса несвоевременного выявления больных
- д) выполнения плана обследования

8. Изменение МБТ происходит под влиянием:

- а) вакцинации
- б) химиотерапии
- в) химиопрофилактики
- г) неправильного лечения
- д) всего перечисленного

9. Заражение человека в основном происходит:

- а) внутриутробно
- б) аэрогенно
- в) алиментарно
- г) контактным путем
- д) парентерально

10. При обследовании ребенка больного туберкулезом наибольшее значение придается:

- а) пальпации
- б) перкуссии
- в) аускультации
- г) рентгенологическому исследованию
- д) анализу крови

11. Установление инфицирования МБТ устанавливается с помощью:

- а) рентгена
- б) анализа крови
- в) туберкулинодиагностики
- г) ИФА
- д) ПЦР

12. Основным методом выявления туберкулеза у детей является:

- а) рентгенодиагностика
- б) туберкулинодиагностика
- в) клинический метод
- г) эпидемиологический метод
- д) бактериологический метод

13. Основным методом выявления туберкулеза у подростков является:

- а) туберкулинодиагностика
- б) клинический метод
- в) флюорография
- г) бактериологический метод
- д) работа с группами риска

14. Клиническая классификация туберкулеза состоит из следующих разделов:

- а) клинические формы
- б) характеристика туберкулезного процесса
- в) фазы
- г) осложнения
- д) все верно

15. Микобактерии туберкулеза могут принимать следующие формы:

- а) нитевидные
- б) фильтрующиеся
- в) L- формы
- г) все верно

16. У человека туберкулез вызывает чаще всего

- а) *M. tuberculosis*
- б) *M. bovis*
- в) *M. africanum*
- г) *M. avium*
- д) все верно

17. Возбудителя туберкулеза легко уничтожить:

- а) ультрафиолетом
- б) хлорсодержащими препаратами
- в) спиртом
- г) перекисью водорода
- д) все верно

18. Основной средой обитания МБТ являются:

- а) организм человека
- б) крупный рогатый скот
- в) птицы
- г) мыши
- д) все верно

19. Микобактерия делится на две клетки через:

- а) 2- 4 часа
- б) 4 - 6 часов
- в) 6 – 8 часов

- г) 10 – 12 часов
- д) 14 – 18 часов

20. Методы обследования во фтизиатрии могут быть разделены на:

- а) факультативные
- б) обязательные
- в) дополнительные
- г) эпидемиологические
- г) все верно

21. Клинический минимум обследования на туберкулез включает:

- а) сбор эпиданамнеза по туберкулезу
- б) динамику туберкулиновых проб Манту
- в) постановку пробы Манту с 2 ТЕ в стационаре
- г) рентгенограмму легких
- д) все верно

22. Флюорографическим методом наиболее часто выявляется туберкулез:

- а) у пожилых людей
- б) у детей
- в) у подростков
- г) у взрослых
- д) все верно

23. Из лабораторных данных наиболее информативны в диагностике туберкулеза:

- а) клинический анализ крови
- б) общий анализ мочи
- в) анализ мокроты на МБТ
- г) ПЦР
- д) ИФА

24. Профилактическое флюорографическое обследование населения начинается с возраста:

- а) 7 лет
- б) 12 лет
- в) 14 лет
- г) 15 лет
- д) 18 лет

25. Какой из эпидемических показателей характеризует резервуар туберкулезной инфекции:

- а) смертность
- б) заболеваемость
- в) потенциальный очаг
- в) инфицированность
- д) болезненность

26. Под очагом туберкулезной инфекции следует понимать:

- а) больного, выделяющего МБТ
- б) жилище больного, выделяющего МБТ
- в) окружение больного, выделяющего МБТ
- г) парадная, где живет больной
- д) все перечисленное

27. Самым опасным очагом туберкулезной инфекции является:

- а) бактериовыделитель с наличием в окружении его детей или лиц с асоциальным поведением
- б) больной с наличием детей и подростков
- в) скудный бактериовыделитель при контакте только со взрослыми
- г) бактериовыделитель с факультативным выделением МБТ и при контакте только со взрослыми
- д) все верно

28. больные с диагнозом активного туберкулеза получают лечение:

- а) платное
- б) бесплатное
- в) амбулаторное
- г) в санатории
- д) интермитирующее

29. Предупреждение заражения туберкулезом человека от животных включает:

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

30. Причинами несвоевременного выявления туберкулеза являются:

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

31. Для своевременного выявления туберкулеза необходимо проводить

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

32. Основными источниками туберкулезной инфекции для человека являются:

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

33. Чаще других поражаются туберкулезом и могут явиться источником заражения человека, следующие виды животных:

- а) крупный рогатый скот
- б) кошки
- в) птицы и крупный рогатый скот
- г) собаки
- д) морские свинки

34. Чаще заболевают туберкулезом и умирают от него:

- а) мужчины
- б) женщины
- в) дети
- г) подростки
- в) одинаково часто и мужчины, и женщины

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

- а) мужчины
- б) женщины
- в) дети
- г) подростки
- в) одинаково часто и мужчины, и женщины
- д) верно все

36. "Суперинфекция" при туберкулезе – это:

- а) заболевание вследствие поступления инфекции извне в уже инфицированный организм
- б) заболевание, возникшее вследствие экзогенного инфицирования
- в) заболевание, наступившее вследствие длительного контакта с бактериовыделителем
- г) заболевание, наступившее после выздоровления
- д) верно все

37. "Эндогенная реинфекция" – это:

- а) активация ранее скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции
- б) возникновение очага туберкулезной инфекции во внутренних органах вследствие поступления инфекции в организм
- в) активация скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции вследствие нового поступления инфекции
- г) повторное заболевание
- д) все верно

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

- а) при высокой пораженности туберкулезом населения в данном районе
- б) при умеренной пораженности населения туберкулезом
- в) при малой пораженности населения туберкулезом в данном районе
- г) при средней пораженности населения туберкулезом
- д) все верно

39. К высокой заболеваемости населения туберкулезом можно отнести выявление:

- а) 100 заболевших на 100 000 населения
- б) 30-50 заболевших на 100 000 населения
- в) 20 заболевших на 100 000 населения
- г) 80 заболевших на 100 000 населения
- д) все верно

40. К умеренной заболеваемости населения туберкулезом следует отнести показатель при выявлении:

- а) 100 заболевших на 100 000 населения
- б) 30-50 заболевших на 100 000 населения
- в) 20 заболевших на 100 000 населения

- г) 80 заболевших на 100 000 населения
- д) все верно

41. Очаг туберкулезной инфекции - это:

- а) больной туберкулезом человек, выделяющий в окружающую среду микобактерии туберкулеза (МБТ)
- б) больное домашнее животное, выделяющее в окружающую среду МБТ
- в) жилище больного туберкулезом человека
- г) предметы, с которыми соприкасался больной туберкулезом человек или животное, выделяющие МБТ
- д) верно А и Б

42. Бактериовыделитель — это:

- а) больной активным туберкулезом, у которого микобактерии туберкулеза были обнаружены хотя бы один раз любым методом
- б) больной, выделявший микобактерии туберкулеза не менее 2 раз
- в) больной туберкулезом, выделявший микобактерии туберкулеза многократно
- г) больной туберкулезом, в мокроте которого однократно обнаружены МБТ
- д) все перечисленные варианты

43. Основным источником туберкулезной инфекции для человека является:

- а) предметы окружающей среды
- б) продукты питания
- в) больной человек бактериовыделитель
- г) больное животное
- д) верно В и Г

44. Самым опасным очагом туберкулезной инфекции является тот, в котором проживает больной:

- а) бактериовыделитель, в мокроте которого МБТ обнаруживаются методом посева
- б) страдающий фиброзно-кавернозным туберкулезом легких
- в) страдающий инфильтративным туберкулезом легких с распадом
- г) бактериовыделитель, МБТ которого выявляются в материале методом микроскопии, а при его посеве рост МБТ обнаруживается на 1 месяце инкубирования
- д) правильно Б и В

45. Наиболее неблагополучной по туберкулезу территория является та, где зарегистрировано много:

- а) больных, страдающих фиброзно-кавернозным туберкулезом легких
- б) очагов туберкулезной инфекции
- в) бактериовыделителей, в мокроте которых МБТ обнаружены микроскопически, а при её посеве рост колоний обнаружен на 1 месяце инкубирования
- г) правильны все ответы
- д) правильно А и В

46. Самый частый путь заражения туберкулезной инфекцией — это:

- а) воздушно-капельный
- б) с пищевыми продуктами
- в) контактный (через поврежденную кожу и слизистую)
- г) трансплацентарный
- д) ятрагенный (при медицинских манипуляциях)

47. Условия передачи туберкулезной инфекции прерываются или становятся более затруднительными при:

- а) госпитализации бациллярного больного в стационар до стойкого прекращения бактериовыделения
- б) предоставлении больному в семье отдельной комнаты
- в) строгом соблюдении правил личной гигиены при пользовании предметами домашнего обихода (посуда, белье и т. д.)
- г) направление больного в санаторий
- д) все ответы верны

48. Угрожаемый по туберкулезу контингент населения дифференцируется по:

- а) возрастному и половому признаку
- б) генетическому признаку (ближайшие родственники)
- в) иммунологическому признаку
- г) сопутствующим заболеваниям, а также по признаку социальной дезадаптации (мигранты, бомжи, заключенные)
- д) все ответы верны

49. Наибольший риск заболевания при заражении туберкулезной инфекцией имеет место у:

- а) грудных детей и детей до 3-х лет жизни
- б) подростков
- в) лиц молодого возраста
- г) лиц старшего возраста
- д) пожилых и лиц старческого возраста

50. Риск заболеть туберкулезом повышается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

- а) диабета, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки
- б) пороков развития легких
- в) злокачественных новообразований легких и других органов
- г) первичных и вторичных иммунодефицитов, вызванных различными причинами
- д) гипертонической болезни.

6.3. Рекомендуемая литература

Основная литература

1. Респираторная медицина : руководство : в 3 т. [Электронный ресурс] / под ред. А.

- Г. Чучалина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. -
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502621.html>
2. Фтизиопульмонология: пособие / А.М. Будрицкий, Н.В. Василенко, И.В. Кучко, В.С. Самцов, И.Н. Горбач – Витебск: ВГМУ, 2019
 3. Кошечкин В.А. Фтизиатрия - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017 Phthisiatry [Электронный ресурс] / Koshechkin V.A. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. -
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439739.html>
 4. Вопросы первичного туберкулеза по специальности лечебное дело / под ред. Лозовской М.Э. СПб; изд. СПбГПМУ, 2018. сер. Библиотека педиатрического университета - 52 с.
 5. Вопросы вторичного туберкулеза по специальности лечебное дело / под ред. Лозовской М.Э. СПб; изд. СПбГПМУ, 2018. сер. Библиотека педиатрического университета – 72 с.
 6. Илькович, М. М. Диффузные паренхиматозные заболевания легких / под ред. Ильковича М. М. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 440 с
 7. Клинические рекомендации МЗ РФ «Туберкулез органов дыхания у детей». Москва, 2017г.

Дополнительная литература

1. Диссеминированные заболевания легких у пациентов с различным ВИЧ-статусом [Электронный ресурс] / И. Б. Викторова [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. -
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442142.html>
2. Кашель у детей. Клиническое руководство [Электронный ресурс] / Г.А. Самсыгина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. -
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441602.html>
3. Национальные клинические рекомендации. Торакальная хирургия [Электронный ресурс] / под ред. П.К. Яблонского - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. -
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432129.html>
4. "Рациональная антимикробная терапия [Электронный ресурс] : руководство для практикующих врачей / под ред. С. В. Яковлева. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - (Серия "Рациональная фармакотерапия")." -
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501716.html>
5. Лучевая диагностика органов грудной клетки [Электронный ресурс] / гл. ред. тома В. Н. Троян, А. И. Шехтер - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. -
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428702.html>
6. Перельман М.И., Богадельникова И.В. Фтизиатрия. 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 448 с.
7. Справочник по пульмонологии / под ред. А. Г. Чучалина, М. М. Ильковича - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 928 с
8. Приказ МЗ РФ № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания» от

29.12. 2014г.

9. Приказ МЗ РФ № 127-н об «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза и признании утратившими силу пунктов 16-17 Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утверждённого приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 932-н» от 13 марта 2019 г.
10. Приказ МЗ РФ «Об утверждении порядка и сроков профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза» от 21 марта 2017 г.
11. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей (Москва, 2016)
12. Фтизиатрия. Национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с
13. ВИЧ-инфекция на рубеже веков. Леванович В.В., Тимченко В.Н., Архипова Ю.А., Баннова С.Л., Булина О.В., Васильева Е.Б., Галицина Л.Е., Гречаный С.В., Гузева В.И., Додонов К.Н., Иванова Р.А., Калинина Н.М., Каплина Т.А., Капустина А.С., Кетлинский С.А., Лозовская М.Э., Лушников И.В., Павлова Е.Б., Петрова А.Г. Руководство для врачей всех специальностей / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 496с.
14. Зимина В. Н. Диагностика и лечение туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией / В. Н. Зимина, А. В. Кравченко, Ю. Р. Зюзя, И. А. Васильева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с.
15. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] / под ред. В.В. Покровского - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428917.html>
16. Clinical presentation, diagnosis and management of the TB-HIV comorbidity in children. E. Vasilyeva, M. Lozovskaya, L.Klochko, Yu. Yarovaya - в сборнике: Advances in HIV and AIDS Control. London, 2018.: November 5th 2018 C. 143-158. www.intechopen.com/chapters/63486