

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Кемеровский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России)



УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по учебной работе
д.м.н., проф. *Е.В. Коскина* Коскина Е.В.

«*24*» *июня* 20 *19* г.

**ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.51 «ФТИЗИАТРИЯ»**

Специальность	31.08.51 «фтизиатрия»
Уровень подготовки кадров высшей квалификации	ординатура, врач-фтизиатр
Форма обучения	очная
Управление последипломной подготовки специалистов	
Кафедра-разработчик программы	фтизиатрии

Трудоемкость	3 ЗЕ
Часы	108 ч
Семестр	4

Программа государственной итоговой аттестации ординатуры разработана в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки (специальности) 31.08.51 «Фтизиатрия», квалификация «врач-фтизиатр», утвержденным приказом Министерства образования и науки № 1094 от 25 августа 2014 г. (рег. В Министерстве юстиции РФ N 34390 от 22.10.2014) и учебным планом по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия», утвержденным Ученым советом ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России «31» 01 20 19 г.

Рабочая программа дисциплины одобрена ЦМС ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России «27» 06 20 19 г Протокол № 6

Рабочую программу разработал (-и): заведующий кафедрой фтизиатрии, к.м.н., доцент Пьянзова Т.В.

Рабочая программа зарегистрирована в учебно-методическом управлении
Регистрационный номер 210
Начальник УМУ _____ д.м.н., доцент Л.А. Леванова
«27» 06 20 19 г. 

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация (ГИА) выпускников проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 1094 от 25 августа 2014 г. (рег. В Министерстве юстиции РФ N 34390 от 22.10.2014) и установления уровня подготовленности выпускника по направлению подготовки 31.08.51 «Фтизиатрия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации) к выполнению профессиональных задач.

Задачи ГИА:

- проверка уровня теоретической подготовки выпускника;
- проверка уровня освоения выпускником практических навыков и умений.

ГИА выпускников является обязательным завершающим этапом обучения. К ГИА допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей образовательной программе ординатуры по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия». Успешное прохождение ГИА является основанием для выдачи выпускнику документа об окончании ординатуры образца, установленного Министерством образования и науки Российской Федерации.

1.1 НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММЫ ГИА

В настоящей программе использованы ссылки на следующие документы:

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по направлению подготовки 31.08.51 «Фтизиатрия» Министерства образования и науки Российской Федерации № 1094 от 25 августа 2014 г. (рег. В Министерстве юстиции РФ N 34390 от 22.10.2014);
- Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 13 июля 2017 г. № 653 «О внесении изменений в федеральные государственные образовательные стандарты высшего образования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 августа 2017 г., регистрационный № 47703);
- Учебный план по специальности / направлению подготовки 31.08.51 «Фтизиатрия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный Ученым советом ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России «31» января 2019г., Протокол № 5;
- Приказ Министерства образования и науки РФ от 19 ноября 2013 г. N 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры" (зарегистрировано в Минюсте РФ 28 января 2014 г., регистрационный N 31136);
- Приказ Минобрнауки России от 18.03.2016 N 227 "Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки" (зарегистрировано в Минюсте России 11.04.2016 N 41754);
- Положение о государственной итоговой аттестации СМК-ОС-03-ПД-00.10- 2018 (утверждено ректором 27.12.2018 года);
- Положение об основной профессиональной образовательной программе СМК-ОС-02-ПД-00.06-2019 (утверждено ректором 25.04.2019 г.);

2. ТРЕБОВАНИЯ ФГОС ВО ПО НАПРАВЛЕНИЮ ПОДГОТОВКИ

31.08.51 «ФТИЗИАТРИЯ» (УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ) К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

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

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);

население;

совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Основной целью ГИА выпускников по направлению подготовки 31.08.51 «Фтизиатрия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации) является определение и оценка уровня теоретической и практической подготовки, предусмотренной Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования. Выпускник по направлению подготовки 31.08.51 «Фтизиатрия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации) должен быть подготовлен к выполнению следующих видов профессиональной деятельности:

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

В ходе проведения ГИА проверяется уровень сформированности всех компетенций по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации):

Универсальные компетенции

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции

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 ди-

агностику, 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 медико-статистического 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 (ПК-5);
- 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).

Таблица 1

Компетенции в результате освоения программы

Компетенции	Характеристика обязательного порогового уровня			
	Компетенция (код)	Тесты	Практические навыки	Ситуационные задачи
УК-1	№ 1-4	№ 10, 17	№1-7	

УК-2	№ 5-6	Не предусмотрено	Не предусмотрено
УК-3	№ 7-8	Не предусмотрено	Не предусмотрено
ПК-1	№ 9-15	№ 21	Не предусмотрено
ПК-2	№ 16-50	№ 20,22	№1-7
ПК-3	№ 51-80	№ 3, 18, 19	№ 4
ПК-4	№ 81-83	Не предусмотрено	№ 8-9
ПК-5	№ 83-150	№ 1, 2, 4, 10, 17	№1-7
ПК-6	№ 151-170	№ 6, 7, 8, 11, 12	№ 2
ПК-7	№ 171-184	Не предусмотрено	Не предусмотрено
ПК-8	№ 185-190	№ 13-15	№ 2
ПК-9	№ 191-194	№ 16	Не предусмотрено
ПК-10	№ 195-196	Не предусмотрено	Не предусмотрено
ПК-11	№ 197-198	Не предусмотрено	№ 8-9
ПК-12	№ 199-200	Не предусмотрено	№ 8-9

Уровень подготовки выпускника должен быть достаточен для решения профессиональных задач в соответствии с требованиями соответствующего Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования.

Теоретическая подготовка обеспечивает знания основ дисциплин учебных циклов, необходимых для понимания этиологии, патогенеза, клиники, методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики основных болезней человека.

3. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Трудоемкость: 108 ч.; 3 з. ед.

Время: в соответствии с установленным расписанием ГИА выпускников ординатуры Кемеровского государственного медицинского университета проводится в форме итогового междисциплинарного экзамена по направлению подготовки 31.08.51 «Фтизиатрия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации).

Итоговый междисциплинарный экзамен включает следующие обязательные аттестационные испытания:

I - оценка уровня теоретической подготовки путём тестирования;

II - оценка уровня освоения практических навыков и умений;

III - оценка умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования по комплексным, междисциплинарным ситуационным задачам

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ

Для проверки уровня теоретической подготовки путём тестирования разработаны тесты по всем дисциплинам учебного плана. Тесты распределены по вариантам, один из которых предлагается выпускнику. Время, отводимое на ответы, составляет 60 минут.

ОЦЕНКА УРОВНЯ УСВОЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

Аттестационное испытание проходит согласно расписания на клинической базе. Выпускник получает больного, краткую выписку из истории болезни, дополнительные материалы, конкретные задания. Аттестационное испытание проводится у постели больного.

ОЦЕНКА УМЕНИЙ РЕШАТЬ КОНКРЕТНЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ В ХОДЕ СОБЕСЕДОВАНИЯ

Итоговое междисциплинарное собеседование проводится по билетам, включающим ситуационные задачи. Ситуационные задачи для заключительного этапа ГИА разрабатываются, согласуются и утверждаются в порядке, определенном Положением о фондах оценочных средств СМК-ОС-02-ПД-00.07-2018

В задачах изложена клиническая ситуация. Выпускнику предлагается несколько вопросов с целью ее оценки, формулировки диагноза, его обоснования и дифференциального диагноза. Предлагается также оценить данные дополнительных исследований, обосновать их необходимость, обсудить тактику лечения больного, оценить трудоспособность, прогноз в отношении течения заболевания, осложнений, исхода.

При подготовке к экзамену студент ведет записи в листе устного ответа. По окончании ответа лист устного ответа, подписанный выпускником, сдается экзаменатору.

В ходе устного ответа члены экзаменационной комиссии оценивают целостность профессиональной подготовки выпускника, то есть уровень его компетенции в использовании теоретической базы для решения профессиональных ситуаций. Итоговая оценка выставляется выпускнику после обсуждения его ответов членами экзаменационной комиссии.

Результаты каждого аттестационного испытания государственного экзамена объявляются выпускникам в тот же день после оформления и утверждения протокола заседания Государственной экзаменационной комиссии.

4. ОЦЕНКА СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

4.1. Установление уровня сформированности компетенций осуществляется ГЭК на основании итогов всех испытаний междисциплинарного государственного экзамена в соответствии с разработанной шкалой.

Таблица 2

Шкала оценивания уровня сформированности компетенций обучающихся

Уровни освоения компетенций	Критерии установления
Пороговый уровень - наличие у выпускника общего представления об основных закономерностях функционирования объектов профессиональной деятельности, о методах и алгоритмах решения типовых профессиональных задач	1. Успешное прохождение итоговой аттестации и выполнение программы в полном объёме.

<p>Продвинутый уровень - способность выпускника решать нетиповые, повышенной сложности задачи, принимать профессиональные и управленческие решения как по известным алгоритмам, методикам и правилам, так и в условиях неполной определенности, при недостаточном документальном, нормативном и методическом обеспечении деятельности</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие у выпускника призовых мест в олимпиадах, профессиональных конкурсах межрегионального, всероссийского и международного уровней и соответствующих подтверждений. 2. Выпускник имеет 75% и более оценок «отлично» по итогам освоения ОПОП. 3. Активность при выполнении научно-исследовательской работы, участие в научно-практических конференциях, наличие публикаций межрегионального, всероссийского и международного уровней.
--	--

5. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. ОЦЕНКА УРОВНЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ (I аттестационное испытание) И ОЦЕНКА УРОВНЯ УСВОЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ (II аттестационное испытание)

ЗАЧТЕНО – Выпускник владеет практическими навыками и умениями в полном объеме в соответствии с ФГОС ВО и учебными программами; хорошо ориентируется и умеет применять методики исследований по всем разделам дисциплин; рационально использует специальную терминологию; хорошо ориентируется в вопросах применения необходимых инструментов и оборудования; умеет давать обоснованные заключения.

НЕ ЗАЧТЕНО – Выпускник не владеет практическими навыками и умениями в объеме, необходимом в соответствии с ФГОС ВО и учебными программами дисциплин; плохо ориентируется или не умеет применять методики исследований по всем разделам дисциплин; не владеет специальной терминологией; плохо ориентируется в вопросах применения необходимых инструментов и оборудования; не умеет давать обоснованные заключения.

5.2. ОЦЕНКА УМЕНИЙ РЕШАТЬ КОНКРЕТНЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ В ХОДЕ СОБЕСЕДОВАНИЯ

ОТЛИЧНО - Выпускник владеет знаниями в полном объеме в соответствии с ФГОС ВО и учебными программами, специальной терминологией; достаточно глубоко осмысливает категории и проблемы дисциплин; самостоятельно и в логической последовательности излагает изученный материал, выделяя при этом самое существенное; четко формулирует ответы на заданные вопросы; логически решает ситуационные задачи, применяя необходимые по ситуации законодательные, нормативные, методические документы; показывает высокий уровень мышления, знакомство с основной и дополнительной литературой.

ХОРОШО - Выпускник владеет знаниями в полном объеме, в соответствии с требованиями ФГОС ВО и учебных программ; излагает материал без серьезных ошибок, правильно применяя терминологию; логично и правильно отвечает на поставленные вопросы, допуская незначительные неточности формулировок; умеет решать ситуационные задачи, показывая способность применять законодательную, нормативно-методическую документацию и знания излагаемого материала в объеме учебной литературы.

УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО - Выпускник владеет базовым объемом знаний, но проявляет затруднения, как в уровне самостоятельного мышления, так и при ответах на вопросы; излагает материал, используя специальную терминологию, непоследовательно или неточно; умеет решать ситуационные задачи, но недостаточно четко ориентируется в вопросах применения нормативных документов.

НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО - выпускник не владеет обязательным минимумом знаний специальных дисциплин, не способен ответить на вопросы билета даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора. Выпускник не владеет практическими навыками обследования больного, допускает грубые ошибки при обосновании клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики, назначении лечения, не знает алгоритма оказания врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

6. СОДЕРЖАНИЕ ЭТАПОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ ПО НАПРАВЛЕНИЮ ПОДГОТОВКИ 31.08.51 «ФТИЗИАТРИЯ» (УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ)

I АТТЕСТАЦИОННОЕ ИСПЫТАНИЕ

Перечень тестовых заданий

№	Осваиваемые компетенции (индекс компетенции)	Тестовое задание	Ответ на тестовое задание
1	УК-1	ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТУБЕРКУЛЕЗНУЮ ЭТИОЛОГИЮ ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА ЯВЛЯЕТСЯ а) биопсия плевры б) проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в) мультиспиральная компьютерная томография г) плевральная пункция с последующей рентгенографией д) исследование мокроты на ДНК МБТ	в)
2	УК-2	«СТИГМАТИЗАЦИЯ» В ОТНОШЕНИИ ПАЦИЕНТА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЭТО а) ухудшение течения заболевания б) принудительная госпитализация	в)

		<p>в) брезгливое отношение окружающих</p> <p>г) освобождение от уголовного преследования</p> <p>д) санитарно-просветительская работа с пациентом</p>	
3	УК-3	<p>ПРИЗНАКАМИ УСВОЕНИЯ УЧАЩИМИСЯ ЗНАНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) применение материала на практике</p> <p>б) осознание фактов правил понятий</p> <p>в) готовность пересказать материал своими словами</p> <p>г) формулирование правил понятий</p> <p>д) готовность приводить примеры для конкретизации выводов обобщений</p>	а)
4	ПК-1	<p>ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ПЛАНА РЕВАКЦИНАЦИИ БЦЖ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДАННЫЕ</p> <p>а) об общей численности детей</p> <p>б) о численности детей, имеющих отрицательную реакцию Манту с 2 ТЕ в предыдущем году в декретированном для ревакцинации возрасте</p> <p>в) о заболеваемости туберкулезом с бактериовыделением</p> <p>г) о распространенности туберкулеза с бактериовыделением</p> <p>д) о количестве детей, заболевших туберкулезом</p>	б)
5	ПК-1	<p>ГРУППА ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ВЫСОКИЙ РИСК ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ</p> <p>а) пациенты, получающие лечение антибиотиками</p> <p>б) больные пневмонией</p> <p>в) пациенты с гипертериозом</p> <p>г) пациенты, получающие лечение глюкокортикостероидными препаратами</p> <p>д) больные гипертонической</p>	г)

		болезнью	
6	ПК-2	<p>ЛИЦА, ПОДЛЕЖАЩИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ ОБСЛЕДОВАНИЯМ НА ТУБЕРКУЛЕЗ 2 РАЗА В ГОД</p> <p>а) лица, находящиеся в контакте с источником туберкулезной инфекции</p> <p>б) больные сахарным диабетом</p> <p>в) нетранспортабельные пациенты</p> <p>г) больные язвенной болезнью</p> <p>д) пациенты с ХОБЛ</p>	а)
7	ПК-3	<p>ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ С БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЕМ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) в наблюдательное акушерское отделение родильного дома</p> <p>б) в специализированный акушерский стационар (родильный дом)</p> <p>в) в неспециализированный родильный дом</p> <p>г) в специальные боксы соответствующих отделений инфекционной больницы</p> <p>д) в пульмонологическое отделение</p>	а)
8	ПК-4	<p>В СЛУЧАЕ СМЕРТИ БАКТЕРИОВЫДЕЛИТЕЛЯ ОЧАГ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ОСТАЕТСЯ ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ ДО</p> <p>а) 6 месяцев</p> <p>б) 12 месяцев</p> <p>в) 18 месяцев</p> <p>г) 24 месяцев</p> <p>д) 36 месяцев</p>	г)
9	ПК-5	<p>ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ МЕНИНГИТА</p> <p>а) высокое внутричерепное давление</p>	д)

		б) нейтрофильный плеоцитоз в) снижение сахара в ликворе г) головная боль д) положительный симптом Кернига	
10	ПК-5	ПРИЗНАК, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЙ В ПОЛЬЗУ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ ЛЕГОЧНОГО ИНФИЛЬТРАТА а) скудные локализованные влажные хрипы б) нижнедолевая локализация в) выраженная одышка г) выраженный болевой синдром д) наличие кашля с гнойной мокротой	а)
11	ПК-6	ОГРАНИЧЕНИЕМ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИЗОНИАЗИДА ЯВЛЯЮТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ а) аллергического генеза б) центральной нервной системы в) органов пищеварения г) мочевыделительной системы д) печени	б)
14	ПК-7	СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПОКАЗАНА а) при внезапно развившихся терминальных состояниях б) только при внезапной смерти детей в) в каждом случае смерти больного г) только при внезапной смерти молодых женщин д) только при внезапной смерти молодых мужчин	а)
	ПК-8	У ПАЦИЕНТА ПЕРЕНЕСШЕГО ПУЛЬМОНЭКТОМИЮ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ГЕМОДИНАМИКИ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЧАЩЕ НАСТУПАЕТ	г)

		<p>ЧЕРЕЗ</p> <p>а) 2-3 месяца после операции</p> <p>б) 5-6 месяцев после операции</p> <p>в) 9-10 месяцев после операции</p> <p>г) более 12 месяцев после операции</p> <p>д) не наступает никогда</p>	
17	ПК-9	<p>ВОСПИТАНИЕ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМОЕ В ЦЕЛЯХ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА И ДОСТИЖЕНИЯ ПРАВИЛЬНОГО ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>а) валеология</p> <p>б) физическое воспитание</p> <p>в) профессиональный спорт</p> <p>г) закаливание</p> <p>д) подготовка спортсмена</p>	а)
18	ПК-10	<p>ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</p> <p>а) экстренная, неотложная, плановая</p> <p>б) амбулаторная, стационарная, на дому</p> <p>в) первичная, специализированная, высокотехнологичная, скорая, паллиативная</p> <p>г) на платной основе, по полису ОМС</p> <p>д) доврачебная, врачебная, специализированная</p>	а)
19	ПК-11	<p>В СТРУКТУРЕ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ВЗРОСЛЫХ О НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭПИДЕМИ- ЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ СВИДЕТЕЛЬ- СТВУЕТ НАЛИЧИЕ</p> <p>а) фиброзно-кавернозного туберкулеза легких</p> <p>б) инфильтративного туберкулеза легких</p> <p>в) очагового туберкулеза легких</p> <p>г) туберкулезного плеврита</p> <p>д) туберкулеза внутригрудных лимфоузлов</p>	а)
20	ПК-12	ПРИ НАЛИЧИИ В АТМОСФЕРЕ	а)

		ПАРОВ АММИАКА НЕОБХОДИМО ПЕРЕМЕЩАТЬСЯ а) в нижние этажи и подвалы б) оставаться на месте в) выйти из помещения г) в верхние этажи зданий д) в помещения без окон	
--	--	--	--

II. АТТЕСТАЦИОННОЕ ИСПЫТАНИЕ

перечень практических навыков и умений

Практический навык 1. Клиническая оценка состояния пациента; общее физикальное обследование различных органов и систем.

Практический навык 2. Описание и интерпретация данных рентгенологического обследования органов грудной клетки

Практический навык 3. Составление плана противоэпидемических мероприятий в очаге туберкулеза

Практический навык 4. Обследование пациента с целью установления диагноза туберкулеза

Практический навык 5. Назначение лечения больному туберкулезом

Практический навык 6. Определение медицинских показаний к хирургическому лечению туберкулеза

Практический навык 7. Оказание медицинскую помощь в неотложной форме при легочном кровотечении.

Практический навык 8. Разработать план лечения пациентов с туберкулезом в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи

Практический навык 9. Обосновать и сформулировать диагноз туберкулеза в соответствии с клинической классификацией, МКБ

Практический навык 10. Обосновать необходимость и объем лабораторных, иммунологических, рентгенологических и других исследований пациентов с туберкулезом или с повышенным риском заболевания туберкулезом и интерпретировать полученные результаты

Практический навык 11. Мониторинг эффективности лечения пациентов с туберкулезом, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения

Практический навык 12. Уметь предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и/или медицинских изделий, немедикаментозной терапии

Практический навык 13. Уметь разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с туберкулезом и проводить мероприятия медицинской реабилитации, определять их эффективность и безопасность

Практический навык 14. Определять показания для направления пациентов с туберкулезом на санаторно-курортное лечение

Практический навык 15. Определять показания для направления пациентов с туберкулезом на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации инвалидов

Практический навык 16. Проводить санитарно-просветительную работу в «Школе больного туберкулезом».

Практический навык 17. Интерпретация информации, полученной от пациентов с туберкулезом или с повышенным риском заболевания туберкулезом и их законных представителей, а так же проводить и интерпретировать результаты их физикального обследования

Практический навык 18. Оценка эпидемической опасности очага туберкулезной инфекции.

Практический навык 19. Организация инфекционного контроля в медицинских учреждениях

Практический навык 20. Проведение диспансерного наблюдения за пациентами, состоящими на учете в связи с туберкулезом

Практический навык 21. Организация проведения профилактических противотуберкулезных мероприятий, включая вакцинацию (ревакцинацию) детского населения

Практический навык 22. Организация и проведение профилактических медицинских осмотров на туберкулез взрослого и детского пациентов, а также лиц из групп повышенного риска заболевания туберкулезом

III АТТЕСТАЦИОННОЕ ИСПЫТАНИЕ

Итоговое собеседование

Ситуационная задача 1

Больной Д., 30 лет, штукатур-маляр.

Жалобы на кровохарканье, небольшой кашель с незначительным количеством слизистой мокроты, субфебрильную температуру по вечерам, ночную потливость, потерю в весе на 7-8кг, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания. Заболевание началось постепенно, 6 мес. назад, когда появились вышеуказанные жалобы. Месяц назад усилился кашель. Последние 3 дня беспокоит примесь крови к мокроте.

Анамнез жизни. С 17 лет работает штукатуром-маляром. С 25 лет женат, имеет 2детей. Материально-бытовые условия неудовлетворительные. Флюорографически обследуется ежегодно, патология не выявлялась. Контакт с инфекционными больными отрицает. В семье все здоровы. Курит с 17 лет. Алкоголем не злоупотребляет.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы несколько бледные. Вес 50кг при росте 173см, левая половина грудной клетки несколько отстает при дыхании. В верхних отделах грудной клетки слева при перкуссии притуплении, при аускультации – жесткое дыхание, скудные влажные среднепузырчатые хрипы. Со стороны других систем и органов дыхания патологии не обнаружено.

Общий анализ крови: Нв -112г/л, СОЭ -40мм/час, L -8,5.10⁹, э-1%, н-4%, с-75%, лимф.- 14%, м-6%.

Обзорная рентгенограмма органов дыхания: слева в верхней доле затемнение средней интенсивности, негетомогенное, с нечеткими контурами, с участком просветления в центре, с очаговыми тенями в нижних отделах легкого.

Задание:

1. выделить синдромы заболевания;
2. поставить предварительный диагноз и обосновать его;
3. составить план дальнейшего обследования.

Эталон ответа к задаче 1

1. Синдромы: интоксикационный, респираторный.
2. Предварительный диагноз: инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе распада и обсеменения, осложненный кровохарканьем.

Обоснование: наличие кровохарканья, постепенное начало заболевания, длительное его течение до обращения к врачу, удовлетворительное состояние больного, локализация процесса в верхне-задних отделах легкого, наличие скудных среднепузырчатых влажных хрипов, неомогенность затемнения на рентгенограмме с участком просветления (полостью распада), нечеткими контурами, очагами обсеменения в нижних отделах легкого.

3. План дальнейшего обследования:

- исследование мокроты на КУМ (методом прямой микроскопии) трехкратно,
- при отсутствии КУМ исследование методом ДНК МБТ методом ПЦР,
- провести пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным

Ситуационная задача 2

Пациент 39 лет, грузчик.

Жалобы на резкую слабость, отсутствие аппетита, температуру до 39°C, исхудание, сильный кашель со скудным количеством мокроты, одышку в покое, ночную потливость.

Анамнез заболевания: заболел остро, повысилась температура до 39°C, появился кашель, снизился аппетит. Через 2 дня после начала заболевания вызвал на дом участкового терапевта, который направил пациента на стационарное лечение с диагнозом пневмония. Противопневмоническое лечение в течение недели эффекта не дало – состояние больной резко ухудшалось, тяжесть прогрессивно нарастала, температура не снижалась, колебалась в течение суток от 38° до 39°C. Из анамнеза выявлен бытовой контакт с больным туберкулезом братом, который освобожден из мест лишения свободы 6 месяцев назад. У брата туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя.

Объективно: общее состояние тяжелое, одышка в покое (39 в минуту), цианоз. Грудная клетка ограничена в дыхательной подвижности. Перкуторно – тимпанит над легкими, дыхание ослабленное. Умеренное увеличение печени и селезенки. В пульмонологическом отделении выполнена рентгенограмма грудной клетки, найдена патология. В мокроте микобактерии туберкулеза не найдены. Туберкулиновая проба Манту с 2ТЕ ППД-Л и Диаскинтест отрицательные.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки – по всем легочным полям определяются мелкие мономорфные очаговые тени низкой интенсивности с нечеткими контурами.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз пациенту
2. Обоснуйте диагноз
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
5. Назначьте лечение пациенту если его вес составляет 60 килограммов, обоснуйте выбор режима химиотерапии

Эталон ответа к задаче 2

1. Милиарный туберкулез легких

2. Выражена клиника интоксикации, высокая температура, одышка в покое, сильный кашель, отсутствие эффекта от лечения гриппа. Общее состояние больной тяжелое, тимпанит над легкими, аускультативно ослабленное дыхание. Рентгенологически картина милиарного туберкулеза, увеличение печени и селезенки вследствие поражения туберкулезом. Контакт с больным туберкулезом братом.

3. мазок мокроты на атипические клетки и кислотоустойчивые бактерии, посев мокроты на жидкие и/или твердые питательные среды с определением лекарственной чувствительности возбудителя туберкулеза, ПЦР на ДНК МБТ, мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки при отсутствии выявления возбудителя в мокроте

4. Дифференциально-диагностический ряд: внебольничная пневмония, карциноматоз легких. Против пневмонии говорит отсутствие крепитации, влажных хрипов в легких, прогрессиру-

вание процесса на фоне неспецифического противовоспалительного лечения. Против карциноматоза: молодой возраст, острое начало заболевания, отсутствие первичной раковой опухоли.

5. Назначена интенсивная фаза по 4 стандартному режиму химиотерапии, учитывая семейный контакт с больным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью. Противотуберкулезные препараты: левофлоксацин 0,75; капреомицин 1,0; протионамид 0,75; пипразинамид 1,5; циклосерин 0,75; аминосалициловая кислота 8,0.

Ситуационная задача 3

Больной Б., 60 лет, водитель

Жалобы на слабость в течение дня, надсадный приступообразный кашель, упорное кровохарканье, похудание, снижение аппетита.

Анамнез заболевания. Не проходил ФГ в течение последних 5 лет. В последний год стал худеть при снижении аппетита. 3 недели назад появилось кровохарканье, в течение 3-х дней, через 3 дня повторилось и продолжалось в течение недели. Обратился к участковому терапевту по месту жительства. Назначен курс противопневмонической терапии 2 недели без эффекта. При обследовании динамики процесса не выявили. Госпитализированы в противотуберкулезный диспансер. Назначено пробное противотуберкулезное лечение четырьмя противотуберкулезными препаратами: рифампицин – 0,6, изониазид – 0,6, пипразинамид -1,5, этамбутол -1,2 в течение месяца. На фоне лечения выявлена отрицательная динамика изменений в легких.

Анамнез жизни. Туберкулезом не болел. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Больной курит по 1 пачке в день с 17-ти летнего возраста.

Объективно. Температура тела 36,8°. Кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не пальпируются. При выслушивании легких справа в верхних отделах ослабленное дыхание и сухие свистящие хрипы.

Общий анализ крови: гемоглобин- 108 г/л, лейкоциты - $10 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 29 мм/ч.

Анализ мокроты – методом простой микроскопии выявлены однократно кислотоустойчивые бактерии (1+).

Рентгенограмма органов грудной клетки: в области верхней доли в средних отделах легкого неомогенное затемнение, связанное с корнем.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз пациенту
2. Обоснуйте диагноз
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для установления диагноза.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
5. Чем можно объяснить выявление кислотоустойчивых бактерий в мокроте у пациента?

Эталон ответа к задаче 3

1.Центральный рак верхнедолевого бронха справа.

2.Длительное курение, постепенное развитие заболевания, повторяющееся кровохарканье, отсутствие эффекта от неспецифического и противотуберкулезного лечения, анемия.

3.фибробронхоскопия; мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки; посев мокроты на жидкие и/или твердые питательные среды; ПЦР на ДНК МБТ

4.Дифференциальную диагностику проводят с туберкулезом легких и внебольничной пневмонией. Внебольничная пневмония: характерен выраженный синдром интоксикации и острое начало, что не наблюдалось в данном случае. Отсутствует эффект от неспецифической терапии.

Туберкулез легких: синдром интоксикации, сухой кашель с небольшим количеством мокроты, длительное течение процесса, выявление, хотя и однократно, МБТ в мокроте методом

ММ. Не характерно для туберкулеза упорное кровохарканье и отсутствие эффекта от противотуберкулезной терапии.

5.Однократное бактериовыделение может быть при распаде опухолевого процесса и попадании лимфатического узла, содержащего дормантные формы микобактерий туберкулеза у пациента с латентной туберкулезной инфекцией.

Ситуационная задача 4

Больной 27 лет, проживает с родителями в отдельной двухкомнатной квартире. ВИЧ-инфекция выявлена 2 года назад, в СПИД-центре не наблюдался. Употребляет инъекционные наркотики 5 лет. Флюорографию не проходил 7 лет. Беспокоит лихорадка – в течение последних 4 месяцев, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты. Не обследовался, не лечился. Доставлен в больницу бригадой скорой помощи в пятницу в связи с выделением значительного количества алой крови при кашле. Объективно: одышка в покое. Температура 39,8оС. Перкуторно — резкое укорочение звука справа, аускультативно – справа дыхание практически не прослушивается, слева — рассеянные сухие хрипы. ЧСС – 140 в мин., акцент II тона над легочной артерией. На обзорной рентгенограмме определяется тотальное затемнение правого легочного поля с немногочисленными небольшими (до 1,5 см в диаметре) участками просветления в верхней доле, в нижней доле левого легкого немногочисленные очаговые тени средних размеров. В течение 2 дней находился в палате неотложной терапии, проводилось лечение антибиотиками широкого спектра действия и гемостатическая терапия. На 3-й день в анализе мокроты методом люминесцентной микроскопии обнаружены кислотоустойчивые микобактерии.

Задание

1. Поставьте предположительный диагноз
2. Имелись ли факторы риска развития туберкулеза у больного?
3. Определите тактику ведения больного
4. Составьте план противоэпидемических мероприятий, которые необходимо провести в больнице скорой помощи.
5. Определите группу очага инфекции и составьте план работы в очаге.
6. Определите тактику в отношении группы очага.

Эталон ответа к задаче 4

1. Казеозная пневмония правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ(+). Кровохарканье. Легочно-сердечная недостаточность.
2. К факторам, способствующим развитию туберкулеза относится ВИЧ-инфекция, употребление наркотиков, невнимание к состоянию здоровья.
3. Госпитализация в противотуберкулезный диспансер
4. Необходима заключительная дезинфекция.
5. Эпидемический очаг 2 группы.
6. Родители больного подлежат обследованию в у фтизиатра по месту жительства. При отсутствии данных за активный туберкулез они должны наблюдаться у фтизиатра с периодичностью обследования не реже, чем 1 раз в 6 месяцев и пройти курс химиопрофилактики.

Ситуационная задача 5

Девочка 10 лет. Обратилась с жалобами на повышение t до 38°, слабость, недомогание, затрудненное дыхание, ощущение тяжести в левом боку.

Анамнез болезни. Считает себя больной в течение месяца. Сначала появились боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании. Через 3 недели повысилась температура до 38°C, появились слабость, недомогание. Применяла жаропонижающие средства с кратковременным эффектом. Через 3 дня появилось чувство тяжести в грудной клетке слева, одышка, небольшой сухой кашель.

При обращении к педиатру была госпитализирована в пульмонологическое отделение.

Анамнез жизни. Ребенок от 3-ей беременности, вторых родов. Родилась в срок с весом 3700, рост – 53см. Росла и развивалась нормально. Привита по плану. Редко болела простудными заболеваниями. Перенесла о.бронхит в 4 года, паротит в 6 лет, имеется дискинезия желчевыводящих путей с 7лет. Вакцинация БЦЖ проведена в роддоме, ревакцинация в 7 лет – рубчики 4 и 6мм. Реакция на пробу Манту с 2ТЕ ППД-Л: 1 год – папула 9мм

2 года – папула 7мм

3 года – папула 4мм

4 года – гиперемия 10мм

5 лет – гиперемия 6мм

6 лет – отриц.

7 лет – отриц.

8 лет – папула 11мм

9 лет – папула 10мм

10 лет – папула 13мм

Ранее на учете у фтизиатра не состояла. Семья живет в 3-х комнатной благоустроенной квартире. Материально-бытовые условия хорошие. Родители обследованы флюорографически, здоровы.

Объективно. Состояние девочки средней степени тяжести. Самочувствие страдает умеренно. Кожные покровы бледные, слизистые чистые. Пальпируются увеличенные периферические лимфоузлы в 5 группах. Грудная клетка правильной формы, левая половина отстает при дыхании. ЧД – 46 в мин.

Перкуторно: справа легочный звук, слева притупление в подлопаточной области, по среднеподмышечной и среднеключичной линиям до IV межреберья. В этих же областях дыхание ослаблено.

Тоны сердца умеренно приглушены, ЧСС – 108 уд. в мин.

Живот мягкий, б/б.

Физиологические отправления в норме.

Лабораторные данные: общий анализ крови: эритроциты- 3,7х гемоглобин - 105г/л, лейкоциты - 9,0х /л, э-1, б-0, п-9, с-55, л-20, м-15, СОЭ-28мм/ч. Анализ мочи - б/о. Реакция на аллерген туберкулезный рекомбинантный (АТР) – папула 16мм.

Обзорная рентгенограмма органов дыхания: слева от диафрагмы до IV ребра интенсивное гомогенное затемнение в вогнутом размытом верхним контуром. В легочной ткани и корнях легких патологических изменений не найдено. Средостение несколько смещено вправо.

Задания:

1. Выделите основные синдромы заболевания.
2. Оцените реакции на туберкулиновую пробу Манту с 2ТЕ в динамике, реакцию на АТР.
3. Поставьте предварительный диагноз с его обоснованием.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какие виды обследования необходимо еще провести, их предполагаемые результаты.
6. Этиология и патогенез данного заболевания. Возможные исходы.

Эталон ответа к задаче 5

1. Синдром интоксикации, бронхитический синдром. Требуется внимания большая длительность заболевания, отсутствие эффекта от противовоспалительной неспецифической терапии
2. В 1 год реакция на пробу Манту была нормергической, как проявление поствакциной аллергии. В 2 года реакция стала гиперергической, как следствие инфицирования туберкулезом

и, возможно, заболевания. Гиперергическая реакция на АТР свидетельствует в пользу заболевания туберкулезом.

3. Рентгенологически имеется увеличение внутригрудных лимфатических узлов и синдром ателектаза верхней доли справа.

4. Диагноз: туберкулез внутригрудных лимфатических узлов справа в фазе инфильтрации с бронхолегочным поражением верхней доли справа. Обоснование: возможно заражение произошло от родителей, которые не обследовались флюорографически 1,5 года. Наличие синдрома интоксикации и бронхитического синдрома, выраж туберкулиновой чувствительности с гиперергической реакцией на АТР, увеличение внутригрудных лимфоузлов справа, синдром ателектаза верхней доли справа, нарушение проходимости верхнедолевого бронха по данным бронхоскопии.

5. Проводится дифференциальная диагностика с пневмонией: длительность заболевания, умеренная выраженность симптоматики, отсутствие полного клинического эффекта от противопневмонического лечения, гиперергическая реакция на иммунологические пробы, повышение СОЭ при отсутствии лейкоцитоза, непроходимость верхнедолевого бронха справа – противоречат диагнозу пневмония и свидетельствуют в пользу туберкулеза.

6. Тактика врача: провести флюорообследование родителей, госпитализировать ребенка в тубдиспансер для проведения лечения.

7. Патогенез: заражение произошло, по-видимому, от родителей. Наступило инфицирование и развился туберкулез внутригрудных лимфоузлов со сдавлением верхнедолевого бронха справа с развитием ателектаза верхней доли правого легкого.

Ситуационная задача 6

Мальчик 10 мес. Жалобы матери на повышение температуры у ребенка до 39-40°, слабость, потерю аппетита, снижение массы тела, профузные ночные поты, сухой кашель, одышку.

Анамнез болезни. Заболел остро 2 недели назад. Дома проводилось лечение по поводу ОРВИ. Состояние ухудшилось. Ребенок был госпитализирован. В течение недели проводилось неспецифическое противовоспалительное лечение без эффекта.

Анамнез жизни. Ранний анамнез без особенностей. БЦЖ в роддоме, рубчик 6мм. Болел ОРВИ, отитом. Семья из 4-х человек: родители и двое детей (сестра 7 лет). Живут в частном неблагоустроенном доме. Материальные условия неудовлетворительные. Родители здоровы, обследованы флюорографически. У ребенка был периодический контакт с дядей, больным закрытой формой туберкулеза.

Объективно. Состояние ребенка тяжелое. Кожные покровы бледны с цианозом губ и щек. Дыхание поверхностное до 60 в 1мин. Тахикардия. Периферические лимфоузлы увеличены в 6 группах, плотно-эластичной консистенции, подвижные, безболезненные. В легких перкуторный звук с тимпаническим оттенком, дыхание ослабленное, в межлопаточном пространстве – единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберного края на 4см, селезенка – на 1см.

Данные лабораторного обследования.

Общий анализ крови: СОЭ – 40мм/ч, лейкоциты 10,2. /л, п-1, с-46, л-46, м-4, э-3.

Общий анализ мочи – б/о.

Исследование мазка из зева – МБТ не найдены.

Обзорная рентгенограмма органов дыхания. Корень правого легкого увеличен в размерах, бесструктурный, с нечетким бугристым наружным контуром. Прозрачность легочных полей снижена. По всем легким определяются мелкие очаговые тени слабой интенсивности, монотипные, не сливающиеся друг с другом, расположение – симметрично с обеих сторон.

Реакция на пробу Манту с 2ТЕ отрицательная. Реакция на пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР) – также отрицательная.

Задания:

1. Выделить синдромы, охарактеризовать их.

2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Объяснить этиологию и патогенез заболевания у данного ребенка.
4. Возможные исходы данного заболевания при правильном лечении и без него.
5. Особенности заболевания данной этиологии у детей раннего возраста.
6. Возможные причины отрицательной реакции на пробу Манту с 2ТЕ и АТР.

Эталон ответа к задаче 6

1. Положительная реакция на пробу Манту с 1 года до 4 лет – проявление поствакциной аллергии т.к. она затихает в динамике. После ревакцинации в 7 лет реакция снова стала положительной, также за счет поствакциной аллергии. В 11 лет реакция стала гиперергической и является проявлением виража, как признак первичного инфицирования туберкулезом.
2. Синдромы интоксикации и бронхитический.
3. Диагноз: туберкулез внутригрудных лимфатических узлов справа с бронхолегочным поражением 3 сегмента. Обоснование: контакт с больным дедушкой, синдром интоксикации, длительный сухой кашель, вираж туберкулиновой чувствительности, гиперергическая реакция на АТР, периферический лимфаденит, притупление и ослабление дыхания и сухие хрипы справа в верхних отделах, рентген-картина, выявление МБГ. Дифференциальная диагностика проводится с правосторонней пневмонией, которая начинается остро, сопровождается ярко выраженной симптоматикой, наличием лейкоцитоза, чего в данном случае нет. Обнаружение МБГ абсолютно исключает пневмонию и свидетельствует в пользу туберкулеза.
4. Источником заражения явился больной туберкулезом дедушка. Вначале произошло заражение ВГЛУ справа, затем вовлечение в процесс бронха с нарушением его проходимости и формированием ателектаза 3 сегмента.
5. При лечении наступает восстановление проходимости бронха, расправление ателектаза, обратное развитие туберкулезного процесса во ВГЛУ и клиническое выздоровление. Без лечения может наступить генерализация процесса с летальным исходом.

Ситуационная задача 7

Мальчик 6 мес. Жалобы матери на опухолевидное образование в левой подмышечной области с гнойным отделяемым.

Анамнез болезни. Опухолевидное образование заметили месяц назад при купании ребенка. 3 дня назад появилось гнойное отделяемое. Общее состояние ребенка без отклонений от нормы.

Анамнез жизни. Родился от 1-ой беременности, 1-ых родов в срок с весом 3000г, ростом 50см. Вакцинирован БЦЖ в роддоме. Находился на грудном вскармливании. Контакт с инфицированным больным отрицается. Родители флюорографически обследованы 3мес. назад, патологии не найдено.

Объективно: общее состояние ребенка удовлетворительное. Т-Н. Кожные покровы обычной окраски. По физическому и психическому развитию соответствует возрасту. На наружной поверхности верхней трети левого плеча формируется постпрививочный рубчик диаметром 5мм. В левой подмышечной области пальпируется увеличенный лимфоузел диаметром 2см, плотноэластический, умеренно болезненный, спаянный с окружающей клетчаткой со свищевым отверстием и гнойным отделяемым.

Других отклонений от нормы при обследовании ребенка не найдено.

Реакция на пробу Манту с 2ТЕ – папула 9мм.

Реакция на АТР – отрицательная.

Задания:

1. Предполагаемый диагноз, его обоснование.
2. Тактика педиатра.

3. Вакцинация БЦЖ. Техника, сроки. Местная прививочная реакция. Осложнения. Оценка качества прививок, их эффективность.

Эталон ответа к задаче 7

1. Основные синдромы заболевания: синдром интоксикации - повышение температуры тела, слабость, недомогание; синдром скопления жидкости в плевральной полости - ощущение тяжести в грудной клетке, одышка, небольшой сухой кашель.

2. Положительная проба Манту была проявлением поствакцинной аллергии с 1 года до 5 лет и с 8 до 9 лет. В 10 лет произошел вираж туберкулиновой чувствительности, как проявление первичного инфицирования туберкулезом. В это же время реакция на АТР дала резко положительную реакцию как признак наличия активной туберкулезной инфекции в организме.

3. Предварительный диагноз: левосторонний экссудативный плеврит слева туберкулезной этиологии. Обоснование: постепенное развитие заболевания с умеренно выраженным синдромом интоксикации, который хорошо переносится, и рентгенологически синдром гидроторакса слева; вираж туберкулиновой чувствительности, резко выраженная реакция на АТР, периферический лимфаденит в 5 группах, увеличение СОЭ при отсутствии лейкоцитоза.

4. Дифференцировать необходимо с плевритом неспецифической воспалительной этиологии. Против последнего свидетельствует постепенное развитие заболевания с умеренно выраженным синдромом интоксикации, который хорошо переносится, и рентгенологически синдром гидроторакса слева; вираж туберкулиновой чувствительности, резко выраженная реакция на АТР, периферический лимфаденит в 5 группах, увеличение СОЭ при отсутствии лейкоцитоза.

5. Необходимо провести плевральную пункцию с лабораторным исследованием жидкости. При туберкулезной этиологии плеврита жидкость прозрачная с лимфоцитарным цитозом, белок >30г/л, удельный вес > 1015, проба Ривальта - положительная, количество клеток в поле зрения -18-20. Возможно проведение МСКТ ОГК для выявления увеличения ВГЛУ.

6. Данное заболевание имеет туберкулезную этиологию. Источник заражения не известен. В 10 лет произошло первичное инфицирование с поражением ВГЛУ, затем лимфогенно процесс распространился на плевру. Возможные исходы: при правильном лечении с удалением плевральной жидкости наступит выздоровление ребенка. При отсутствии лечения - переход в эмпиему и/или генерализация туберкулезного процесса вплоть до летального исхода.

Ситуационная задача 8

В населенном пункте М. имеется больница мощностью 258 коек. За год в данной медицинской организации было выписано 868 пациентов, умерло 47, проведено пациентами койко-дней 90 168.

Задание:

Рассчитайте основные показатели деятельности стационара: среднее число занятости койки в году, оборот койки, среднюю длительность пребывания больного на койке, среднее время простоя койки, показатель больничной летальности.

Эталон ответа к задаче 8

Среднее число занятости койки в году рассчитывается по формуле: число койко-дней / число среднегодовых коек.

Следовательно, показатель занятости койки в году для данной медицинской организации составит $90\ 168 / 258 = 349$ дней.

Показатель оборота койки вычисляем по формуле: число выбывших (выписанных и умерших) / число среднегодовых коек.

Следовательно, показатель оборота койки в году для данной медицинской организации составит $868 + 47 / 258 = 3,5$ больных.

Средняя длительность пребывания больного койке (койко-день) равна отношению общего количества койко-дней в году к числу выбывших (выписанных и умерших).

Следовательно, показатель средней длительности пребывания больного койке (койко-день) для данной медицинской организации составит $90 \cdot 168 / 868 + 47 = 98,5$ дней.

Среднее время простоя койки вычисляется по формуле: число дней в году – среднее число дней занятости койки / оборот койки.

Следовательно, показатель среднего времени простоя койки для данной медицинской организации составит $365 - 349 / 3,5 = 4,6$ дней.

Показатель больничной летальности равен отношению числа умерших к числу выбывших (выписанных и умерших), выраженному в %.

Следовательно, показатель больничной летальности в данной медицинской организации составит $(47 / 868 + 47) \cdot 100 = 5,1\%$.

Ситуационная задача 9

На основании данных таблицы 1 оценить динамику заболеваемости с временной утратой трудоспособности с использованием графического изображения или вычисления показателя наглядности.

Таблица 1.

Характеристика динамики снижения заболеваемости с временной нетрудоспособностью по годам

Годы	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Количество случаев заболеваний	120	110	105	100	94	90

Эталон ответа к задаче 9.

Показатель наглядности применяется для анализа степени изменения изучаемого явления во времени. Показатель наглядности получают при отношении ряда сравниваемых величин к исходной величине, принятой за 100.

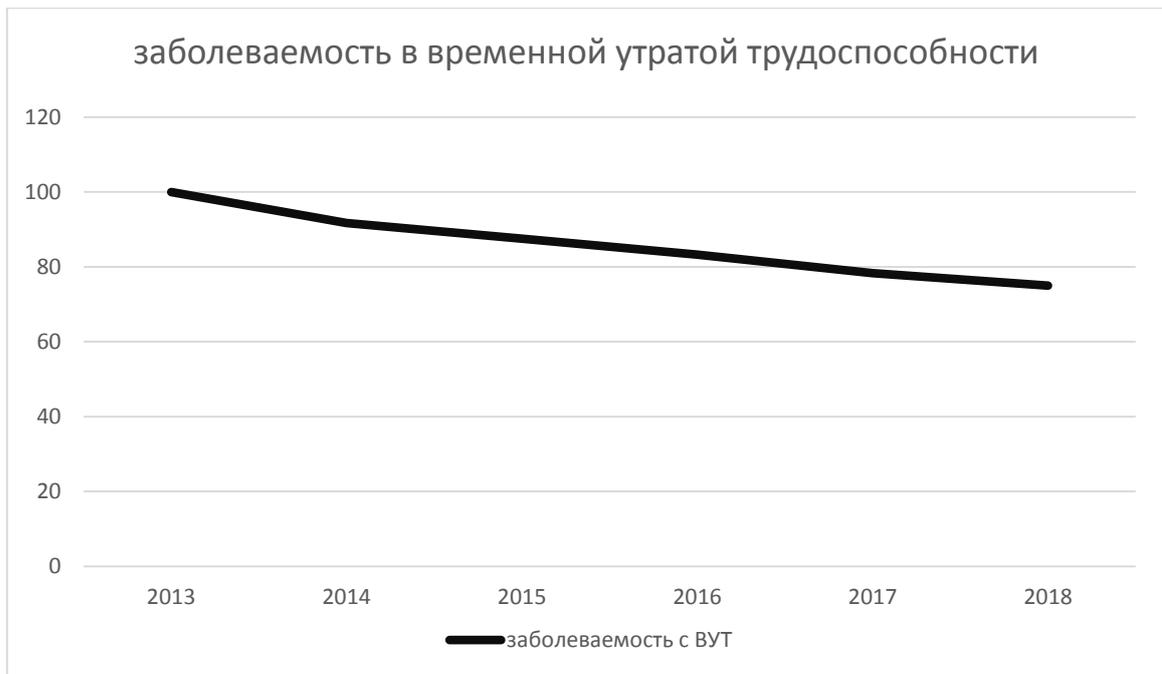
Показатель наглядности вычисляется по формуле: значение исходной величины $\times 100$ / значение величины в изучаемый момент.

В данном случае исходная величина – количество случаев заболеваний с временной утратой трудоспособности в 2013 г. (120).

Таким образом показатель наглядности составит:

- для 2014 г.: $110 \cdot 100 / 120 = 91,7\%$
- для 2015 г.: $105 \cdot 100 / 120 = 87,5\%$
- для 2016 г.: $100 \cdot 100 / 120 = 83,3\%$
- для 2017 г.: $94 \cdot 100 / 120 = 78,3\%$
- для 2018 г.: $90 \cdot 100 / 120 = 75\%$.

На основании полученных данных построим диаграмму (график).



7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

650025, г. Кемерово,
ул. Коммунистическая, 118;
650056, г. Кемерово,
ул. Ворошилова, 22А

Помещения:

учебные комнаты, комнаты для практической подготовки обучающихся, комнаты для самостоятельной подготовки обучающихся, лекционный зал

Оборудование:

учебные доски, столы, стулья

Средства обучения:

тонометр, стетоскоп медицинский Duoscop, термометр СП-2П, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, ингалятор кислородный, кабина для сбора мокроты, негатоскоп, флюороскоп, расходные материалы расходный материал в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью

Технические средства: мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор), аудиоколонки, компьютер с выходом в интернет

Демонстрационные материалы:

наборы мультимедийных презентаций

Оценочные средства на печатной основе:

тестовые задания по изучаемым темам, ситуационные задачи

Учебные материалы:

учебники, учебные пособия, раздаточные дидактические материалы

Программное обеспечение:

Microsoft Windows 7 Professional

Microsoft Office 10 Standard

Microsoft Windows 8.1 Professional

Microsoft Office 13 Standard

8. РЕКОМЕНДУЕМАЯ УЧЕБНАЯ ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

8.1 Учебно-методическое обеспечение модуля дисциплины

№ п/п	Библиографическое описание рекомендуемого источника литературы	Шифр научной библиотеки КемГМУ	Число экз., в научной библиотеке, выделяемое на данный поток	Число обучающихся на данном потоке
	Основная литература			
1.	Фтизиатрия [Электронный ресурс] : учебник / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - URL : «Электронные издания КемГМУ» http://moodle.kemsma.ru			9

№ п/п	Библиографическое описание рекомендуемого источника литературы	Шифр научной библиотеки КемГМУ	Число экз., в научной библиотеке, выделяемое на данный поток	Число обучающихся на данном потоке
2.	Фтизиатрия [Электронный ресурс]: национальное руководство / Аксенова В.А., Апт А.С., Баринов В.С. и др. / Под ред. М.И. Перельмана - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru			9
3.	Фтизиатрия. Национальные клинические рекомендации [Электронный ресурс] / под ред. П.К. Яблонского - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 240 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru			9
	Дополнительная литература			
4.	Туберкулинодиагностика [Электронный ресурс] / Мишин В.Ю. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 136 с.- (Серия "Библиотека врача-специалиста").- URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru			9

8.2 Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

№ п/п	Наименование и краткая характеристика библиотечно-информационных ресурсов и средств обеспечения образовательного процесса, в том числе электронно-библиотечных систем и электронных образовательных ресурсов (электронных изданий и информационных баз данных)	Количество экземпляров, точек доступа
	ЭБС:	
1	Электронная библиотечная система « Консультант студента »: [Электронный ресурс] / ООО «ИПУЗ» г. Москва. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru – карты индивидуального доступа.	по договору, срок оказания услуги 01.01.2019–31.12.2019
2	« Консультант врача . Электронная медицинская библиотека» [Электронный ресурс] / ООО ГК «ГЭОТАР» г. Москва. – Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru – карты индивидуального доступа.	по договору, срок оказания услуги 01.01.2019–31.12.2019
3	Электронная библиотечная система « ЭБС ЛАНЬ » - коллекция «Лаборатория знаний» [Электронный ресурс] / ООО «ЭБС ЛАНЬ». – СПб. – Режим доступа: http://www.e.lanbook.ru через IP-адрес университета, с личного IP-адреса по логину и паролю.	по договору, срок оказания услуги 01.01.2019–31.12.2019
4	Электронная библиотечная система « Букап » [Электронный ресурс] / ООО «Букап» г. Томск. – Режим доступа: http://www.books-up.ru – через IP-адрес университета, с личного IP-адреса по логину и паролю.	по договору, срок оказания услуги 01.01.2019–

		31.12.2019
5	Электронно-библиотечная система «ЭБС ЮРАЙТ» [Электронный ресурс] / ООО «Электронное издательство ЮРАЙТ» г. Москва. – Режим доступа: http://www.biblio-online.ru – через IP-адрес университета, с личного IP-адреса по логину и паролю.	по договору, срок оказания услуги 01.01.2019–31.12.2019
6	Информационно-справочная система КОДЕКС с базой данных № 89781 «Медицина и здравоохранение» [Электронный ресурс] / ООО «ГК Кодекс». – г. Кемерово. – Режим доступа: http://www.kodeks.ru/medicina_i_zdravoohranenie#home через IP-адрес университета.	по договору, срок оказания услуги 01.01.2019–31.12.2019
7	Справочная правовая система Консультант Плюс [Электронный ресурс] / ООО «Компания ЛАД-ДВА». – М.– Режим доступа: http://www.consultant.ru через IP-адрес университета.	по договору, срок оказания услуги 01.01.2019–31.12.2019
8	Электронная библиотека КемГМУ (Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2017621006 от 06.09 2017г.)	неограниченный
	Интернет-ресурсы:	
1	http://www.cochrane.ru / Библиотека Cochrane	on-line
2	Официальный сайт Российского общества фтизиатров http://www.roftb.ru	on-line
3	Официальный сайт российского общества пульмонологов www.pulmonology.ru	on-line
4	Электронная библиотека 1-го МГМУ им. И. М. Сеченова: http://www.scsml.rssi.ru	on-line
5	Научная электронная библиотека: http://elibrary.ru	on-line