

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Ястребов Олег Александрович  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 24.03.2023 12:56:22  
Уникальный программный ключ:  
ca953a0120d891083f939673078ef1a989dae18a

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов»

## ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

**Наименование дисциплины «Фтизиатрия»**

**Рекомендуется для направления подготовки/специальности**

**31.00.00 Клиническая медицина**

*(указываются код и наименование направления подготовки/специальности)*

**Направленность программы (профиль)**

**31.08.51 «Фтизиатрия»**

*(наименование образовательной программы в соответствии с направленностью (профилем))*

## **1. Общие положения**

**1.1.** Ответственность и порядок действий по подготовке и проведению государственных итоговых испытаний в РУДН, а также перечень, очередность, сроки прохождения документов, необходимых для осуществления государственной итоговой аттестации, между структурными подразделениями определяет Порядок проведения итоговой государственной аттестации обучающихся.

**1.2.** Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования по специальности 31.08.51 "Фтизиатрия" включает проведение государственного итогового экзамена, состоящего из теоретической и практической частей, проводимого в три этапа.

Результаты любого из видов аттестационных испытаний, включенных в государственную итоговую аттестацию, определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

## **2. Цели и задачи государственной итоговой аттестации**

**2.1. Целью** государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основных образовательных программ требованиям ОС ВО РУДН.

Государственная итоговая аттестация включает государственный экзамен, установленный Ученым советом университета, и (или) защиту выпускной квалификационной работы (ВКР).

**2.2. Задачами** государственной итоговой аттестации являются:

- проверка качества обучения личности основным естественнонаучным законам и явлениям, необходимым в профессиональной деятельности;
- определение уровня теоретической и практической подготовленности выпускника к выполнению профессиональных задач в соответствии с получаемой квалификацией;
- установление степени стремления личности к саморазвитию, повышению своей квалификации и мастерства;
- проверка сформированности устойчивой мотивации к профессиональной деятельности в соответствии с предусмотренными ОС ВО РУДН видами профессиональной деятельности;
- проверка способности находить организационно-управленческие решения в нестандартных ситуациях и готовность нести за них ответственность;
- обеспечение интеграции образования и научно-технической деятельности, повышение эффективности использования научно-технических достижений, реформирование научной сферы и стимулирование инновационной деятельности;
- обеспечение качества подготовки в соответствии с требованиями ОС ВО РУДН.

## **3. Программа государственного экзамена.**

**3.1.** Государственный экзамен проводится в следующей форме:

Итоговая государственная аттестация (экзамен) состоит из теоретической и практической части и проводится в три этапа.

Первый этап – оценка 10 основных практических навыков и умений в соответствии с программой практики и программой обучающего симуляционного курса, проводится на основе электронных симуляторов, отчета и дневника практики, демонстрации практических навыков на медицинских симуляторах и роботах, решения ситуационных задач. Оцениваются навыки диагностики и обследования больных туберкулезом с использованием физикальных и дополнительных методов. Максимальное количество баллов за первый этап составляет 50 (5 баллов за каждую единицу задания).

Второй этап – проведение тестированного программированного контроля, состоящего из 100 случайных заданий, объем тестирования охватывает все разделы учебного плана. Максимальное количество баллов за второй этап составляет 20.

Третий этап проводится в форме устного экзамена (собеседования) по экзаменационным билетам, содержащим 3 вопроса, тематика которых охватывает все темы дисциплин учебного

плана. Максимальное количество баллов за третий этап составляет 30 баллов (10 баллов за каждый правильный ответ на вопрос).

**3.2.** В рамках проведения государственного экзамена проверяется степень освоения выпускников следующих компетенций:

**В результате изучения дисциплины ординатор должен:**

***Знать:***

- эпидемиологию туберкулеза в мире и РФ;
- этиологию и патогенез легочного и внеторакального туберкулеза;
- профилактику туберкулеза (социальную и санитарную);
- принципы инфекционного противотуберкулезного контроля в медицинских учреждениях;
- вопросы раннего выявления туберкулеза органов дыхания и внеторакальных локализаций в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП);
- минимальный и дополнительный объем обследования больного с подозрением на туберкулез органов дыхания;
- минимальный и дополнительный объем обследования больного с подозрением на внеторакальный туберкулез;
- виды микробиологической диагностики туберкулеза, преимущества и недостатки каждого;
- виды лекарственной устойчивости МБТ, механизм его формирования;
- особенности течения и диагностики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией;
- особенности течения и диагностики туберкулеза в особых ситуациях (сахарный диабет, беременность, поражения печени и почек, алкогольная и наркотическая зависимость, психические нарушения);
- принципы дифференциальной диагностики поражений легких при различных рентгенологических синдромах (затемнения, диссеминации, округлой, кольцевидной, очаговой тени и др.);
- фармакодинамику, фармакокинетику основных и резервных противотуберкулезных препаратов и возможные побочные реакции при их назначении
- принципы составления режимов химиотерапии туберкулеза при различном спектре лекарственной устойчивости (ЛУ) МБТ;
- особенности химиотерапии в до- и послеоперационном периоде, в особых ситуациях;
- особенности организации лечения больных туберкулезом на стационарном, санаторном и амбулаторном этапах;
- основные принципы лекарственного менеджмента противотуберкулезных препаратов.

***Уметь:***

- формулировать предварительный и окончательный клинический диагноз;
- соблюдать этические и деонтологические аспекты деятельности врача-фтизиатра;
- оказывать квалифицированную врачебную помощь при неотложных состояниях на догоспитальном и госпитальном этапах;
- собирать анамнез, включая эпиданамнез, проводить полное обследование пациента по всем органам и системам, и на этом основании установить предварительный диагноз, а для амбулаторного больного определение показаний для госпитализации;
- составлять план необходимого лабораторного и инструментального обследования, проводить забор патологических материалов от больного (прежде всего мокроты);
- после получения результатов дополнительных исследований формулирование окончательного диагноза по клинической классификации и МКБ-10;
- проведение диагностики и лечение сопутствующих заболеваний, относящихся к смежным дисциплинам, с привлечением для консультации соответствующих специалистов;
- самостоятельно лечить больных с туберкулезом, в том числе с ко-инфекцией (ВИЧ/ТБ) и проводить коррекцию проводимого лечения с учетом спектра ЛУ возбудителя, его эффективности и переносимости;

- правильно оформить медицинскую документацию;
- соблюдать правила инфекционного противотуберкулезного контроля;
- пользоваться современными электронными базами данных для совершенствования теоретической подготовки в области фтизиатрии и смежных специальностей;

**Владеть:**

- алгоритмами постановки предварительного и окончательного клинического диагноза туберкулеза и проведения дифференциально-диагностического поиска;
- нормами этических и деонтологических аспектов деятельности врача-фтизиатра;
- навыком оценки диагностической значимости используемых во фтизиатрической практике диагностических методов исследования (общеклинических, лабораторных, микробиологических, инструментальных, морфологических);
- современными методами лечения туберкулеза (этиотропного, хирургического, коллапсотерапевтического, патогенетического и симптоматического).
- методами общеклинического обследования (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) с целью диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических синдромов при туберкулезе органов дыхания и внеторакальных локализаций;
- алгоритмом лабораторного, лучевого и инструментального обследования при подозрении на туберкулез;
- интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики туберкулеза;
- оценкой и интерпретацией рентгенограмм;
- алгоритмом дифференциальной диагностики туберкулеза органов дыхания;
- правильным ведением медицинской документации;
- техникой оформления истории болезни (амбулаторной карты) с изложением в ней всех основных разделов, обоснования клинического диагноза, плана обследования и лечения, а также дневников и этапных эпикризов при работе с больными туберкулезом;
- навыками диагностики неотложных состояний во фтизиатрической практике и оказания неотложной (экстренной) и первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

**3.3. Объем государственного экзамена:**

Всего предусмотрено 27 экзаменационных билетов по 3 вопроса в каждом билете. Тестируемый программированный контроль, состоящий из 100 случайных заданий/вопросов.

**3.4. Содержание государственного экзамена:**

**Примерные задачи при проведении оценки практических навыков и умений:**

**Задача № 1**

Больной 54 лет, в течение 6 лет более туберкулезом легких. В течение всего времени лечился препаратами как 1-го, так 2-го ряда в связи с возникновением и нарастанием лекарственной устойчивости МБТ сначала к изониазиду, рифампицину и стрептомицину (HRS), затем к канамицину, этамбутолу, офлоксацину, протионамиду (KEOfxPto). Процесс неуклонно прогрессировал и сформировался фиброзно-кавернозный туберкулез легких.

При очередном поступлении в городскую туберкулезную больницу пациент предъявляет жалобы на значительную потерю веса, слабость, потливость, кашель с отделением гнойной мокроты, температуру до 37,8°C.

При осмотре – астеничен, кожные покровы бледные, влажные, увеличены подмышечные лимфатические узлы с обеих сторон. В легких дыхание жесткое, выслушивается большое количество сухих и влажных хрипов с обеих сторон.

На рентгенограмме органов грудной клетки на фоне фиброзно - измененной легочной ткани в верхних долях обоих легких определяется несколько кольцевидных теней неправильной формы разных размеров с нечеткими контурами, наиболее крупная из которых до 6 см в диаметре, множество очагов отсева в окружающей легочной ткани.

В мокроте – МБТ (+++) по методу микроскопии и посева.

По данным выписок предыдущих госпитализаций – ЛУ к HRSEKOfxPto, чувствительность МБТ сохранена к ПАСК(PAS) и циклосерину (Cs).

Вопросы:

- 1) Как правильно сформулировать диагноз?
- 2) Какие диагностические мероприятия необходимо провести для уточнения спектра лекарственной устойчивости?
- 3) Как правильно назначить химиотерапию при широкой лекарственной устойчивости?
- 4) Каковы сроки интенсивной фазы лечения и фазы продолжения?

### **Задача № 2.**

Больной 36 лет обратился в поликлинику с жалобами на слабость, потливость, повышение температуры до  $37,3^{\circ}\text{C}$ , одышку при физической нагрузке, кашель с отделением небольшого количества мокроты серозного цвета. При флюорографическом обследовании заподозрен туберкулез. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Направлен на консультацию фтизиатра.

При осмотре – кожные покровы нормальной окраски, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. При аускультации - дыхание ослабленное, в верхних отделах правого легкого выслушиваются влажные хрипы, большое количество хрипов в подлопаточной области слева. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 88 ударов в минуту. АД 120/80 мм рт ст.

При рентгенологическом исследовании: в верхней доле правого легкого выявляется крупная фокусная тень с нечеткими контурами, состоящая из множества слившихся очагов с участками деструкции. В нижней доле левого легкого определяются очаги малой интенсивности с нечеткими контурами.

При микроскопии мазка мокроты выявлены КУМ +++ . Посевы мокроты в работе.

Анализ мокроты по методу GeneXpert обнаружены ДНК микобактерий, устойчивые к рифампицину.

В общем анализе крови: Нв – 142 г/л, эритроциты –  $5,15 \times 10^{12}$ , лейкоциты –  $8,8 \times 10^9$ , лимфоциты – 15%, СОЭ – 43 мм/ч.

Вопросы:

- 1) Сформулируйте диагноз.
- 2) К какому виду лекарственной устойчивости следует отнести данную ЛУ? Почему?
- 3) Какой режим химиотерапии необходимо назначить пациенту на начальном этапе?
- 4) Нужно ли проводить другие методы исследования лекарственной устойчивости при наличии данных GeneXpert?

### **Задача № 3.**

Больная Ч., 1987г.р. Изменения в легких выявлены при прохождении профосмотра при устройстве на работу в декабре 2010 года. Больная дообследована в региональном противотуберкулезном диспансере, в мокроте микроскопически выявлены КУМ (+). С 24.01.11г получала химиотерапию по 1 режиму: изониазид 0,3, рифампицин 0,6, этамбутол 1,2, пиразинамид 1,5. В анализе мокроты методом биочипов от 17.01.11г. выявлена устойчивость к изониазиду, рифампицину и офлоксацину. Из анамнеза известно, что отец болел туберкулезом, умер от цирроза печени.

На момент осмотра 31.01.2011г. предъявляет жалобы на сухой кашель. Кожные покровы обычной окраски, отеков нет. Грудная клетка обычной формы. При пальпации безболезненна. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД=130/90 мм.рт.ст., PS=76 уд. в мин, удовлетворительного наполнения. Язык чистый, влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отмечает пастозность ног в голеностопных суставах. Физиологические оправления в норме. Рост-178см, вес-63кг.

На КТ от 28.01.11г. группа фокусов размером около 1- 1,5 см. в диаметре, средней плотности, с относительно нечеткими контурами на фоне лимфангита. Реакция прилежащей плев-

ры.

Результат исследования мокроты на жидких средах методом ВАСТЕС MGIT-960 от 10.02.11: выявлена устойчивость МБТ к изониазиду, рифампицину, этамбутолу, стрептомицину, пиперазиду, офлоксацину, левофлоксацину, чувствительность к, канамицину, капреомицину, этионамиду, циклосерину, ПАСК. Проведите коррекцию ранее назначенного режима.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Определите вид лекарственной устойчивости МБТ.
3. Подберите режим химиотерапии и дозы препаратов.

#### **Задача № 4.**

Пациент 63 лет обратился в клинику с жалобами на слабость, ночную потливость. Кашля и мокроты нет. Ухаживал за сыном - больным фиброзно-кавернозным туберкулезом легких с МЛУ МБТ. При осмотре – кожные покровы обычной окраски, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. При аускультации дыхание ослабленное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 78 ударов в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Физиологические изменения в норме.

При КТ исследовании органов грудной клетки наблюдается небольшое усиление легочного рисунка, в верхних отделах левого определяются единичные разнокалиберные очаги слабой интенсивности. Внутригрудные лимфатические узлы не увеличены.

В общем анализе крови- Нв – 125 г/л, эритроциты –  $3,96 \times 10^{12}$ , лейкоциты –  $7,9 \times 10^9$  лимфоциты - 20%, СОЭ (W) – 36 мм/ч.

При микроскопии мокроты МБТ не выявлены.

При ПЦР мокроты – ДНК МБТ не обнаружены.

При постановке пробы Манту – папула 20 мм.

Диаскинтест – папула 11 мм.

Вопросы:

- 1) Как следует ли расценивать данное состояние пациента?
- 2) Какова диагностическая тактика?
- 3) Какой режим химиотерапии Вы предложите при подтверждении диагноза туберкулез?

#### **Задача № 5.**

Больная П., 28 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в правой подвздошной области, слабость, кашицеобразный стул 3-4 раза, с примесью слизи. Заболела месяц назад, когда появились боли в животе, а затем жидкий стул до 4-х раз в сутки со слизью и кровью. Температура тела не повышалась. Обратилась в поликлинику, где был поставлен диагноз: острая дизентерия, назначен тетрациклин. Состояние улучшилось, стул нормализовался. Через неделю вновь возобновился неустойчивый стул со слизью и кровью. Больная госпитализирована с диагнозом: обострение дизентерии. Из эпиданамнеза известно, что за 2 недели до заболевания отдыхала в Египте, ела фрукты, овощи, пила водопроводную воду. При осмотре: состояние удовлетворительное. Бледная. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, болезненный в подвздошных областях (больше справа). Слепая и сигмовидная кишки утолщены, болезненные при пальпации. Печень + 2 см.

Вопросы:

- 1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
- 2.Установите наиболее вероятный диагноз.
- 3.Проведите дифференциальный диагноз.
- 4.Назначьте план обследования и лечения.

#### **Задача 6.**

У больного ВИЧ-инфекцией впервые выявлен туберкулез множественных локализаций с поражением ВГЛУ, легких и периферических лимфатических узлов шеи. Нв-104 г/л. Количество CD4+лимфоцитов – 78 клеток/мкл, ВН – 3 580 000 копий/мл. АРВТ ранее не получал. В

мокроте методом простой микроскопии КУМ не найдены, методом GeneXpert MTB/RIF обнаружена ДНК микобактерий туберкулезного комплекса, устойчивости к рифампицину не выявлена. Назначено лечение по 1 режиму. Анализ результатов ТЛЧ по посеву показал, что МБТ устойчива к H, S, E, но чувствительна ко всем другим лекарственным препаратам.

Вопросы:

Составьте режим лечения больного после получения ТЛЧ?

Когда целесообразно начать АРВТ?

Назначена схема АРВТ: зидовудин + ламивудин + эфавиренз. Согласны с выбором АРВТ? Будет ли коррекция ПТТ?

Какова длительность химиотерапии для данного больного?

#### **Задача 7.**

У больной ВИЧ-инфекцией + ХВГС+ХВГВ впервые выявлен туберкулез легких Нв-116г/л. Количество CD4+лимфоцитов – 176 клеток/мкл, ВН –380 000 копий/мл. АРВТ ранее не получала. КУМ (+) простой микроскопией, ПЦР (+), выявлена лекарственная устойчивость микобактерий к R по GeneXpert MTB/RIF.

Вопросы:

Какую схему ПТТ Вы назначите?

Когда назначите АРВТ?

Какая схема АРВТ будет предпочтительной в данной клинической ситуации?

Как Вы проведете коррекцию химиотерапии, если известно, что по результатам ТЛЧ ВАСТЕС MGIT 960, полученного через 18 дней от начала лечения, культура МБТ устойчива к HRESZAm, чувствительна к CmOfxPto?

#### **Задача 8.**

У больного ВИЧ-инфекцией + ХВГС впервые выявлен туберкулез легких. Нв-128 г/л. Количество CD4+лимфоцитов – 576 клеток/мкл, ВН –8 000 копий/мл. АРВТ ранее не получала. КУМ (+) простой микроскопией, ПЦР (+), выявлена лекарственная устойчивость микобактерий к R по GeneXpert MTB/RIF.

Вопросы:

Какой режим и схему ПТТ Вы назначите пациенту?

Как Вы проведете коррекцию химиотерапии, если известно, что по результатам ТЛЧ ВАСТЕС MGIT 960, полученного через 16 дней от начала лечения, культура МБТ чувствительна к HRESZ?

Когда необходимо назначить АРВТ этому пациенту?

Какая схема АРВТ предпочтительна в данной ситуации?

После назначения выбранной схемы АРВТ, требуется ли коррекция ПТТ?

#### **Задача 9**

У больного ВИЧ-инфекцией с клиническими проявлениями поражения ЦНС выявлен милиарный туберкулез легких. Нв-89г/л. Количество CD4+лимфоцитов – 18 клеток/мкл, ВН –4 570 000 копий/мл. АРВТ ранее не получал. КУМ (-) простой микроскопией, ПЦР (+), лекарственная устойчивость микобактерий к R по GeneXpert MTB/RIF не выявлена. В ликворе методом ПЦР обнаружена ДНК JC вируса, ДНК МБТ – отр, плеоцитоза нет. По результатам ТЛЧ ВАСТЕС MGIT 960, полученного через 16 дней от начала лечения, культура МБТ чувствительна к HRESZ.

Вопросы:

Составьте режим лечения туберкулеза.

Требуется ли коррекция ПТТ после получения результатов ТЛЧ культуры?

Когда целесообразно начать АРВТ?

Какая схема АРВТ предпочтительна в данной ситуации?

После назначения выбранной схемы АРВТ, требуется ли коррекция ПТТ?

#### **Задача 10.**

У больного ВИЧ-инфекцией диагностирован туберкулезный менингоэнцефалит. В легких мелкоочаговая диссеминация. Нв-82г/л. Количество CD4+лимфоцитов – 88 клеток/мкл, ВН – 530 000 копий/мл. АРВТ ранее не получал. В ликворе: глюкоза – 0,8 ммоль/л; белок – 1,1 г/л, плеоцитоз – 11 кл/мкл; КУМ (-) простой микроскопией, ПЦР (+), лекарственная устойчивость микобактерий к R по GeneXpert MTB/RIF не выявлена. Роста культуры не было. Мокроту собрать не представляется возможным.

Вопросы:

Есть ли сомнения в диагнозе?

Составьте режим лечения туберкулеза?

Когда целесообразно начать АРВТ?

Какова минимальная длительность лечения туберкулеза?

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

**Тестовое задание №1.** Функциональной единицей легкого является:

- А. доля;
- Б. сегмент;
- В. ацинус;
- Г. доля;
- Д. альвеола.

**Тестовое задание №2.** Снабжение ткани легкого кровью в основном обеспечивается:

- А. легочными артериями;
- Б. межреберными артериями;
- В. бронхиальными артериями;
- Г. нижними щитовидными артериями;
- Д. диафрагмальными артериями.

**Тестовое задание №3.** Один бактериовыделитель за год обычно инфицирует примерно:

- А. 5 человек;
- Б. 10 человек;
- В. 20 человек;
- Г. 30 человек;
- Д. 50 человек.

**Тестовое задание №4.** При ежегодной оценке эпидемиологической ситуации определяют общее число больных активным туберкулезом на 100 тыс. населения. Эти данные отражает показатель:

- А. заболеваемости;
- Б. распространенности;
- В. смертности;
- Г. летальности;
- Д. инфицированности.

**Тестовое задание №5.** При ежегодной оценке эпидемиологической ситуации определяют число впервые выявленных больных туберкулезом на 100 тыс. населения. Эти данные отражает показатель:

- А. заболеваемости;
- Б. распространенности;
- В. смертности;
- Г. летальности;
- Д. инфицированности.

**Тестовое задание №6.** Ежегодный риск инфицирования – показатель, который при ежегодной оценке эпидемической ситуации отражает процент лиц:

- А. с сомнительной реакцией на туберкулин;
- Б. с положительной реакцией на туберкулин;
- В. впервые инфицированных МБТ;
- Г. не прошедших плановую туберкулинодиагностику;
- Д. с гиперергической реакцией к туберкулину.

**Тестовое задание №7.** Понятие «первичный туберкулез» означает:

- А. впервые выявленные туберкулезные изменения в легких;
- Б. заболевание человека, имеющего постоянный контакт с больным туберкулезом;
- В. заболевание человека с положительной реакцией на пробу Манту;
- Г. заболевание туберкулезом у человека ранее не инфицированного МБТ;
- Д. заболевание взрослых с положительной реакцией на пробу с туберкулезными аллергенами.

**Тестовое задание №8.** Понятие «вторичный туберкулез» означает:

- А. впервые выявленные туберкулезные изменения во внутригрудных лимфатических узлах;
- Б. заболевание у человека с положительной реакцией на пробу Коха;
- В. развитие заболевания у ранее инфицированного МБТ человека;
- Г. заболевание у человека, имеющего непостоянный контакт с больным туберкулезом;
- Д. внеторакальные локализации туберкулеза.

**Тестовое задание №9.** Типичным осложнением первичного туберкулеза является:

- А. легочное кровотечение;
- Б. гиповентиляция или ателектаз доли или сегмента легкого;
- В. туберкулез гортани;
- Г. легочно-сердечная недостаточность;
- Д. амилоидоз внутренних органов.

**Тестовое задание №10.** При туберкулезном плеврите экссудат чаще:

- А. гнойный;
- Б. хилезный;
- В. серозный;
- Г. холестериновый;
- Д. геморрагический.

**Тестовое задание №11.** Эмпиема плевры чаще осложняет течение:

- А. туберкулемы легких;
- Б. очагового туберкулеза легких;
- В. инфильтративного туберкулеза;
- Г. диссеминированного туберкулеза легких;
- Д. фиброзно-кавернозного туберкулеза легких.

**Тестовое задание №12.** Туморозную форму туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов определяют в случае:

- А. сочетания туберкулеза с опухолевым поражением;
- Б. наличия периаденита;
- В. развития лимфогенной каверны;
- Г. значительного увеличения тени корня и достаточно четкой его наружной границы;
- Д. поражения всех групп внутригрудных лимфатических узлов.

**Тестовое задание №13.** Диссеминированный туберкулез представляет особенно высокую опасность для жизни при поражении:

- А. печени;
- Б. почек;
- В. селезенки;
- Г. позвоночника;
- Д. мягкой мозговой оболочки.

**Тестовое задание №14.** Обнаружение на рентгенограмме в обоих легких симметрично расположенных множественных однотипных очаговых теней размером до 2 мм в сочетании с и размытостью тени корней легких характерно для:

- А. казеозной пневмонии;
- Б. очагового туберкулеза;
- В. милиарного туберкулеза;
- Г. подострого диссеминированного туберкулеза;
- Д. хронического диссеминированного туберкулеза.

**Тестовое задание №15.** Морфологической особенностью казеозной пневмонии является:

- А. преобладание параспецифических тканевых реакций
- Б. выраженный казеозно-некротический компонент воспаления
- В. резко выраженный экссудативный компонент воспаления
- Г. преобладание продуктивного компонента воспаления
- Д. раннее формирование фиброзных изменений

**Тестовое задание №16.** Округлый инфильтрат отличается от туберкулемы:

- А. острым началом с выраженными симптомами интоксикации;
- Б. наличием очагов в окружающей ткани;
- В. более скудной клинической симптоматикой;
- Г. наличием «дорожки» к корню легкого;
- Д. быстрой динамикой при проведении специфической химиотерапии.

**Тестовое задание №17.** Кавернозный туберкулез отличается от инфильтративного туберкулеза в фазе распада:

- А. наличием эмфиземы;
- Б. наличием полостного образования, без выраженных признаков перифокального воспаления;
- В. выраженными фиброзными изменениями в зоне поражения;
- Г. наличием очагов бронхогенной диссеминации;
- Д. распространением МБТ лимфогематогенным путем.

**Тестовое задание №18.** Очаговый туберкулез легких характеризуется:

- А. туберкулезным процессом ограниченной протяженности со стертой клинической картиной;
- Б. туберкулезным процессом с малосимптомным или бессимптомным течением, отсутствием или скудным бактериовыделением, наличием очаговых изменений в одном или двух сегментах в легких;
- В. распространенным туберкулезным процессом с выраженной клинической картиной;
- Г. туберкулезным процессом с наличием очаговых изменений в легких в двух и более сегментах;
- Д. туберкулезным процессом ограниченной протяженности с выраженной клинической картиной.

**Тестовое задание №19.** Основным рентгенологическим признаком наличия полости в лег-

ком является:

- А. кольцевидная тень с непрерывным замкнутым контуром, определяемом в двух взаимно перпендикулярных проекциях;
- Б. отсутствие легочного рисунка в просвете кольцевидной замкнутой тени на томографическом срезе;
- В. наличие горизонтального уровня жидкости;
- Г. высокое стояние купола диафрагмы;
- Д. обязательное наличие внутреннего и наружного контуров в кольцевидном просветлении.

**Тестовое задание №20.** Критерием «очага туберкулезной инфекции» 1 группы является:

- А. удовлетворительные материально-бытовые условия;
- Б. отсутствие отягощающих факторов в семье больного;
- В. больной туберкулезом с массивным бактериовыделением при наличии в семье детей и отягощающих факторов;
- Г. больной туберкулезом без бактериовыделения;
- Д. больной туберкулезом со скудным бактериовыделением.

**Тестовое задание №21.** Критерием «очага туберкулезной инфекции» 2 группы является:

- А. больной туберкулезом с массивным бактериовыделением;
- Б. больной туберкулезом, являющийся условным бактериовыделителем при наличии в семье детей и отягощающих факторов;
- В. удовлетворительные материально-бытовые условия;
- Г. больной туберкулезом без бактериовыделения;
- Д. в семье больного туберкулезом есть дети, подростки, беременные.

**Тестовое задание №22.** Основным методом специфической профилактики туберкулеза является:

- А. вакцинация АКДС;
- Б. проба с препаратом Диаскинтест;
- В. иммунизация вакциной БЦЖ и БЦЖ-М;
- Г. прием изониазида в дозе 5 мг/сут. в течение 2 месяцев;
- Д. проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л.

**Тестовое задание №23.** В состав вакцины БЦЖ входят:

- А. живые вирулентные микобактерии бычьего вида;
- Б. живые ослабленные микобактерии;
- В. видоспецифичные для МБТ белки ESAT-6 и CFP-10;
- Г. убитые микобактерии человеческого и бычьего видов;
- Д. взвесь, состоящая из «обломков» микобактерии туберкулеза, продуктов их жизнедеятельности и остатков питательной среды.

**Тестовое задание №24.** Поствакцинальный иммунитет при внутрикожном введении вакцины БЦЖ сохраняется:

- А. 8 недель;
- Б. 1 год;
- В. 5-7 лет;
- Г. 10-15 лет;
- Д. пожизненно.

**Тестовое задание №25.** Химиопрофилактика туберкулеза проводится:

- А. детям, подросткам и взрослым, находящимся в постоянном контакте с больными туберкулезом бактериовыделителями;
- Б. всем новорожденным;

- В. всем детям дошкольного возраста;
- Г. всем мигрантам;
- Д. всем работникам противотуберкулезных учреждений.

**Тестовое задание №26.** Какой иммунный механизм имеет наибольшее эпидемиологическое значение при первичном инфицировании туберкулезом:

- А. неэффективный мукоцилиарный механизм;
- Б. гематогенное распространение *M.tuberculosis*;
- В. незавершенный фагоцитоз в альвеолярном макрофаге;
- Г. недостаточность лизоцима в бронхиальном секрете;
- Д. повреждение кожных покровов и слизистых.

**Тестовое задание №27.** Размножение МБТ происходит преимущественно:

- А. почкованием;
- Б. путем простого деления;
- В. ветвлением;
- Г. почкованием и ветвлением;
- Д. путем простого деления и ветвления.

**Тестовое задание №28.** Фактор вирулентности МБТ называют:

- А. фактором изменчивости;
- Б. фактором некроза опухоли;
- В. корд-фактором;
- Г. фактором толерантности;
- Д. фактором проницаемости.

**Тестовое задание №29.** Основной путь проникновения МБТ в организм человека:

- А. алиментарный;
- Б. контактный;
- В. трансмиссивный;
- Г. внутриутробный;
- Д. аэрогенный.

**Тестовое задание №30.** Люди с латентной туберкулезной инфекцией:

- А. представляют эпидемическую опасность для окружающих;
- Б. обычно предъявляют жалобы в связи с наличием туберкулезной интоксикации;
- В. не имеют клинических, лабораторных и рентгенологических признаков туберкулеза, при отсутствии сенсibilизации к МБТ;
- Г. не имеют клинических, лабораторных и рентгенологических признаков туберкулеза, при наличии сенсibilизации к МБТ;
- Д. не имеют клинических признаков туберкулеза, однако эпизодически выделяют МБТ.

**Тестовое задание №31.** В условиях незавершенного фагоцитоза МБТ:

- А. не фиксируются на поверхности макрофага;
- Б. не поглощаются макрофагом;
- В. не могут размножаться;
- Г. не разрушаются макрофагом;
- Д. не могут вызвать ответной серологической реакции.

**Тестовое задание №32.** Необходимое условие для формирования естественного противотуберкулезного иммунитета:

- А. вакцинация БЦЖ;
- Б. инфицирование МБТ;

- В. вакцинация и ревакцинация БЦЖ;
- Г. превентивное лечение;
- Д. регулярная туберкулинодиагностика.

**Тестовое задание №33.** Клиническое излечение туберкулеза предполагает:

- А. временное прекращение роста бактериальной популяции;
- Б. появление устойчивых к лекарствам штаммов МБТ;
- В. элиминацию всех МБТ из организма;
- Г. трансформацию части МБТ в L-формы с инкапсуляцией в остаточных изменениях;
- Д. постепенное исчезновение клеточного иммунитета к МБТ.

**Тестовое задание №34.** Противотуберкулезный иммунитет не определяется таким фактором, как:

- А. фагоцитоз;
- Б. гиперчувствительность замедленного типа;
- В. гиперчувствительность немедленного типа;
- Г. иммунологическая память;
- Д. киллерный эффект.

**Тестовое задание №35.** Для формирования противотуберкулезного иммунитета особое значение имеет:

- А. взаимодействие макрофагов и Т-лимфоцитов;
- Б. взаимодействие макрофагов и В-лимфоцитов;
- В. повышенная чувствительность немедленного типа к МБТ;
- Г. образование нейтрализующих антител к МБТ;
- Д. мукоцилиарный клиренс.

**Тестовое задание №36.** Основными видовыми признаками микобактерий являются:

- А. медленный рост на питательных средах;
- Б. рост на питательных средах в виде беспигментных, шероховатых, сухих, морщинистых колонии;
- В. спирто- и кислотоустойчивость;
- Г. наличие корд-фактора
- Д. все перечисленное.

**Тестовое задание №37.** Для обнаружения кислотоустойчивых микобактерий при бактериоскопии используется метод:

- А. Романовского;
- Б. Грама;
- В. Циля-Нильсена;
- Г. Коха;
- Д. Эрлиха.

**Тестовое задание №38.** Параспецифические реакции у больных туберкулезом патогенетически связаны с:

- А. первичным периодом туберкулезной инфекции;
- Б. вторичным периодом туберкулезной инфекции;
- В. присоединением острой вирусной инфекции;
- Г. наличием дисбиоза кишечника;
- Д. наследственной патологией.

**Тестовое задание №39.** К элементам туберкулезной гранулемы не относятся:

- А. казеозный некроз;

- Б. макрофаги;
- В. клетки Пирогова-Лангханса;
- Г. эпителиоидные клетки;
- Д. эритроциты.

**Тестовое задание №40.** Наиболее частой причиной развития заболевания туберкулезом у человека являются:

- А. *M. tuberculosis*;
- Б. *M. africanum*;
- В. *M. bovis*;
- Г. *M. canetti*;
- Д. *M. caprae*.

**Тестовое задание №41.** Группа периферических лимфоузлов, наиболее часто поражаемая туберкулезом:

- А. затылочная;
- Б. шейная;
- В. над- и подключичная;
- Г. подмышечная;
- Д. паховая.

**Тестовое задание №42.** Наиболее информативное исследование при подозрении на туберкулезный перитонит:

- А. рентгенологическое исследование желудка и кишечника;
- Б. эндоскопическое исследование желудка и кишечника;
- В. СКТ брюшной полости;
- Г. лапароскопия с гистологическим исследованием пораженной ткани;
- Д. туберкулиновая проба Манту.

**Тестовое задание №43.** Признак, не характерный для туберкулеза кишечника:

- А. локальная инфильтрация;
- Б. диффузная инфильтрация;
- В. язвенный процесс;
- Г. кишечное кровотечение;
- Д. непроходимость кишечника.

**Тестовое задание №44.** Дайте определение понятию «когорта», которое используется для проведения мониторинга лечения туберкулеза:

- А. пациенты, состоящие на диспансерном учете у фтизиатра;
- Б. пациенты, закончившие лечение в течение квартала;
- В. пациенты, зарегистрированные для лечения в течение квартала;
- Г. пациенты, закончившие лечение в отчетном году;
- Д. пациенты, закончившие лечение в предыдущем году.

**Тестовое задание №45.** Назовите фактор, который не влияет на выбор организационной формы лечения больного туберкулезом:

- А. группа эпидемиологической опасности очага;
- Б. тяжесть общего состояния пациента;
- В. наличие сопутствующих заболеваний;
- Г. приверженность пациента к лечению;
- Д. режим химиотерапии.

**Тестовое задание №46.** Тактика врача (по вопросу мониторинга) при изменении режима лечения с 1 на 4:

- А. продолжить ведение прежней учетной документации;
- Б. закрыть предыдущий курс лечения в зависимости от того результата, который достигнут на момент перевода, зарегистрировать «новый случай» по 4 режиму;
- В. закрыть предыдущий курс лечения как «неэффективный» зарегистрировать «новый случай» по 4 режиму;
- Г. закрыть предыдущий курс лечения как «неэффективный» зарегистрировать «лечение после неэффективного КХТ» по 4 режиму;
- Д. закрыть предыдущий курс лечения в зависимости от того результата, который достигнут на момент перевода, зарегистрировать «лечение после неэффективного КХТ» по 4 режиму.

**Тестовое задание №47.** Кто не может осуществлять лечение под непосредственным наблюдением больного туберкулезом:

- А. врач-терапевт;
- Б. фельдшер ФАП;
- В. сотрудник управления социальной защиты населения;
- Г. доброволец, проживающий по соседству с больным туберкулезом;
- Д. доброволец, член семьи больного туберкулезом.

**Тестовое задание №48.** В отчетность какого учреждения должен войти исход лечения пациента, выбывшего из одной территории и прибывшего в другую:

- А. учреждение, где начато лечение;
- Б. учреждение, где лечение завершено;
- В. в обоих вышеперечисленных;
- Г. пациент будет учтен как выбывший и исход лечения в отчетность не войдет;
- Д. в головном региональном учреждении.

**Тестовое задание №49.** Воспалительный синдром восстановления иммунной системы возникает:

- А. у больных ВИЧ-инфекцией в первые три месяца после начала противотуберкулезной терапии;
- Б. у больных ВИЧ-инфекцией через 6-12 месяцев после начала АРВТ;
- В. у людей с ВИЧ-негативным статусом на фоне успешной противотуберкулезной терапии;
- Г. у больных ВИЧ-инфекцией на фоне успешного лечения вторичных заболеваний;
- Д. у больных ВИЧ-инфекцией в первые три месяца после начала АРВТ.

**Тестовое задание №50.** Туберкулезный сепсис (сепсис Ландузи) чаще возникает:

- А. у больных туберкулезом из МЛУ-очага;
- Б. у больных ВИЧ-инфекцией при относительно сохранном иммунитете (при CD4 более 350 клеток/мкл);
- В. у больных туберкулезом в сочетании с аутоиммунными заболеваниями;
- Г. у больных ВИЧ-инфекцией при глубоком иммунодефиците (при CD4 менее 100 клеток/мкл);
- Д. у больных сахарным диабетом.

**Тестовое задание №51.** Больному сочетанной инфекцией (ТБ/ВИЧ) с исходным количеством CD4+лимфоцитов 39 клеток/мкл назначение АРВТ показано:

- А. одновременно с ПТТ;
- Б. в первые две недели после ПТТ (после адаптации к противотуберкулезным препаратам);
- В. в течение первых 2-3-х месяцев интенсивной фазы ПТТ;
- Г. на фазе продолжения ПТТ;

Д. после основного курса лечения.

**Тестовое задание №52.** Больному сочетанной инфекцией (ТБ/ВИЧ) с исходным количеством CD4<sup>+</sup>лимфоцитов 178 клеток/мкл назначение АРВТ показано:

- А. одновременно с ПТТ;
- Б. в первые 2 недели после ПТТ (после адаптации к противотуберкулезным препаратам);
- В. в течение первых 2-3-х месяцев интенсивной фазы ПТТ;
- Г. на фазе продолжения ПТТ;
- Д. после основного курса лечения.

**Тестовое задание №53.** Минимальная длительность основного курса лечения больного ВИЧ-инфекцией с туберкулезным менингоэнцефалитом должна быть:

- А. 6 месяцев;
- Б. 9 месяцев;
- В. 12 месяцев;
- Г. 18 месяцев;
- Д. 24 месяца.

**Тестовое задание №54.** Больному ко-инфекцией ТБ/ВИЧ в схеме АРВТ назначен ингибитор протеазы ВИЧ. Пациент получает рифампицин – 600 мг в сутки. Наиболее оптимальная тактика:

- А. оставить рифампицин без коррекции;
- Б. заменить рифампицин на рифабутин в дозе 300 мг в сутки;
- В. заменить рифампицин на рифабутин в дозе 150 мг в сутки;
- Г. заменить рифампицин на препарат другой группы;
- Д. оставить рифампицин без коррекции и увеличить дозу ингибитора протеазы ВИЧ.

**Тестовое задание №55.** Назовите наиболее характерный для туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции клинический синдром:

- А. интоксикационный;
- Б. респираторный;
- В. менингеальный;
- Г. поражение периферических лимфатических узлов;
- Д. желудочно-кишечной диспепсии.

**Тестовое задание №56.** Для пневмоцистной пневмонии наиболее характерно:

- А. раннее появление одышки;
- Б. кровохарканье;
- В. развитие плеврита;
- Г. надсадный кашель;
- Д. преобладание интоксикационного синдрома над дыхательной недостаточностью.

**Тестовое задание №57.** Возбудителем нетуберкулезного микобактериоза у больных ВИЧ-инфекцией наиболее часто является:

- А. *M. kansasii*;
- Б. *M. xenopi*;
- В. *M. avium*;
- Г. *M. fortuitum*;
- Д. *M. malmoense*.

**Тестовое задание №58.** Туберкулезное поражение ЦНС у больных ВИЧ-инфекцией наиболее

часто проявляется:

- А. менингомиелитом;
- Б. базальным лептоменингитом;
- В. конвекситальным менингитом;
- Г. менингоэнцефалитом;
- Д. менингитом.

**Тестовое задание №59.** Эффективными инструментами профилактики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией является все кроме:

- А. раннее назначение антиретровирусной терапии;
- Б. химиопрофилактика противотуберкулезными препаратами;
- В. инфекционный противотуберкулезный контроль в ЛПУ;
- Г. профилактика ко-тримоксазолом;
- Д. изоляция от больного туберкулезом.

**Тестовое задание №60.** Каков размер частиц инфекционного аэрозоля (капельных ядер) наиболее опасен в плане распространения туберкулезной инфекции:

- А. менее 1 мкм;
- Б. 1-5 мкм;
- В. 10-20 мкм;
- Г. 20-50 мкм;
- Д. 50-100 мкм.

## **Программа итогового экзамена ординатуры по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия»**

### **1. Этиология, патогенез, патанатомия туберкулеза**

- 1.1. Возбудитель туберкулеза. Характеристика. Отношение к внешним воздействиям. Виды микобактерий туберкулеза. Нетуберкулезные микобактерии.
- 1.2. Иммуитет при туберкулезе.
- 1.3. Источники заражения туберкулезом. Пути заражения туберкулезом. Самый частый путь.
- 1.4. Значение контакта с больным туберкулезом для развития заболевания у детей и взрослых. Виды контакта и степень опасности каждого из них.
- 1.5. Факторы, имеющие ведущее значение в развитии туберкулеза.
- 1.6. Группы населения с наиболее высоким риском развития туберкулеза.
- 1.7. Заболевания, физиологические состояния, методы лечения, предрасполагающие к туберкулезу.
- 1.8. Значение биологических факторов (возраста, пола, наследственности) для заболевания туберкулезом.
- 1.9. Инфицирование. Роль МБТ в петрификатах. Биологическое выздоровление.
- 1.10. Первичный и вторичный туберкулез (определение, значение возраста).
- 1.11. Строение туберкулезной гранулемы. Патанатомия ТБ.
- 1.12. Врожденная резистентность и приобретенный иммунитет при туберкулезе.
- 1.13. Гиперчувствительность замедленного типа к МБТ.

### **2. Эпидемиология туберкулеза.**

- 1.1. Основные звенья эпидемического процесса при туберкулезе.
- 1.2. Лекарственная устойчивость МБТ, механизм, виды, частота.
- 1.3. Эпидемиологические показатели по туберкулезу.
- 1.4. Эпидемическая обстановка по туберкулезу в мире, стране.
- 1.5. Основные противоэпидемические мероприятия при туберкулезе.
- 1.6. Основа анализа заболеваемости туберкулезом.
- 1.7. Анализ смертности от туберкулеза.
- 1.8. Анализ качества мероприятий по выявлению больных ТБ.

1.9. Анализ качества и эффективности лечения больных ТБ.

### **3. Клиника и диагностика ТБ**

- 3.1. Синдром интоксикации при туберкулезе и его особенности.
- 3.2. Варианты температурной кривой при туберкулезе, особенности.
- 3.3. Местные жалобы при туберкулезе органов дыхания.
- 3.4. Анамнез болезни при туберкулезе.
- 3.5. Особенности анамнеза жизни больного туберкулезом.
- 3.6. Результаты объективного обследования больного туберкулезом легких.
- 3.7. Аускультативные данные при туберкулезе. Дыхание, хрипы. Значение хрипов для диагностики, их особенности.
- 3.8. Правила сбора мокроты у больного при подозрении на туберкулез. Тактика врача при отсутствии выделения мокроты у больного.
- 3.9. Методы исследования материала на МБТ (в порядке повышения их эффективности).
- 3.10. Простая микроскопия в диагностике туберкулеза в современных условиях. Материалы для исследования на МБТ.
- 3.11. Картина крови при туберкулезе.
- 3.12. Методы лучевой диагностики. Особенности рентгенологических изменений при туберкулезе легких. Характерная локализация.
- 3.13. Эндоскопия в диагностике ТБ.
- 3.14. Биопсия в диагностике туберкулеза.
- 3.15. Оценка функции дыхания и кровообращения.
- 3.16. Туберкулин. Определение. Действие на организм. Туберкулиновая единица.
- 3.17. Туберкулиновая проба Манту. Техника проведения. Чтение, оценка.
- 3.18. Положительная реакция на пробу Манту (в том числе гиперергическая) и ее клиническое значение.
- 3.19. Анергия к туберкулину и ее виды.
- 3.20. Цели проведения туберкулиновой пробы Манту
- 3.21. Значение пробы Манту в диагностике туберкулеза у взрослых.
- 3.22. Проба Коха. Проведение, оценка. Значение.
- 3.23. Диаскинтест. Техника проведения и оценка реакции.
- 3.24. Диаскинтест. Его значение для диагностики туберкулеза у детей и взрослых.
- 3.25. Другие иммунологические методы диагностики ТБ (кроме туберкулиновых проб и ДСТ).
- 3.26. Достоверные признаки диагноза ТБ.
- 3.27. Алгоритм диагностики ТБ.

### **4. Клинические формы туберкулеза органов дыхания**

- 4.1. Классификация туберкулеза.
- 4.2. Первичный туберкулез, определение. Патогенез. Особенности. Основные клинические формы. Клиника. Диагностика.
- 4.3. Осложнения первичного туберкулеза. Долевые и сегментарные бронхолегочные поражения.
- 4.4. Острый милиарный туберкулез, клиника, диагностика. Рентгенологическая картина острого милиарного туберкулеза легких. Лечение, исходы.
- 4.5. Остро текущий средне и крупноочаговый диссеминированный туберкулез (лобулярная казеозная пневмония).
- 4.6. Подострый диссеминированный туберкулез легких, клиника, диагностика, исходы. Хронический диссеминированный туберкулез.
- 4.7. Дифференциальная диагностика диссеминированного и милиарного туберкулеза с саркоидозом, пневмонией, метастатическим раком, силикозом, застойными легкими, альвеолитами.
- 4.8. Вторичный туберкулез. Определение. Патогенез. Особенности.
- 4.9. Очаговый туберкулез, морфология, частота, особенности клиники. Диагностика, выявление.

ние. Исходы.

4.10. Дифференциальная диагностика очагового ТБ.

4.11. Инфильтративный туберкулез. Частота. Особенности морфологии. Клиника. Исходы.

4.12. Лабораторные и рентгенологические данные при инфильтративном туберкулезе, частота бактериовыделения.

4.13. Дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза с пневмонией, раком, аллергическими инфильтратами.

4.14. Казеозная пневмония (лобарная), морфология, патогенез, клиника, диагностика. Лечение, исходы.

4.15. Дифференциальная диагностика казеозной пневмонии с неспецифической пневмонией.

4.16. Туберкулема. Диагностика. Клиника. Лечение. Исходы.

4.17. Дифференциальная диагностика туберкулемы.

4.18. Механизм образования деструкции при ТБ, формирование каверны, ее морфология.

4.19. Клинические и лабораторные проявления синдрома каверны.

4.20. Рентгенологические проявления синдрома каверны: прямые и косвенные.

4.21. Виды инволюции каверны.

4.22. Кавернозный туберкулез.

4.23. Фиброзно-кавернозный туберкулез. Определение. Патогенез. Особенности морфологии. Причины формирования. Клиника, диагностика, особенности рентгенкартины. Течение, исходы, профилактика.

4.24. Дифференциальная диагностика деструктивных форм туберкулеза.

4.25. Легочное кровотечение и кровохарканье при туберкулезе. Патогенез. Медицинская помощь.

4.26. Патологический пневмоторакс, патогенез, диагностика. Неотложная помощь. Лечение.

4.27. Осложнения вторичного туберкулеза. Причины летальных исходов.

4.28. Туберкулезный плеврит. Патогенез, клиника, диагностика. Частота. Показания к плевральной пункции. Техника.

4.29. Значение характера плевральной жидкости в дифференциальной диагностике плеврита туберкулезной этиологии.

4.30. Дифференциальная диагностика экссудативного плеврита туберкулезной этиологии с плевропневмонией, опухолевыми плевритами.

4.31. Дифференциальная диагностика экссудативного плеврита с гидротораксом не воспалительной этиологии.

4.32. Туберкулез внутригрудных лимфоузлов у взрослых.

4.33. Дифференциальная диагностика туберкулеза внутригрудных л/у у взрослых.

4.34. Саркоидоз и его дифференциальная диагностика с туберкулезом.

## **5. Туберкулез внелегочных локализаций**

5.1. Туберкулез внелегочных локализаций. Патогенез. Частые локализации. Критерии диагностики.

5.2. Туберкулезный менингит. Клиника. Диагностика. Лечение. Исходы.

5.3. Абдоминальный туберкулез. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение.

5.4. Туберкулез периферических лимфоузлов. Клиника. Диагностика. Лечение.

5.5. Туберкулез мочевой системы. Клиника. Диагностика. Лечение.

5.6. Костно-суставной туберкулез.

5.7. Туберкулез мужских половых органов.

5.8. Туберкулез женских половых органов.

5.9. Туберкулезный перикардит, полисерозит.

## **6. Туберкулез и ВИЧ-инфекция**

6.1. Туберкулез в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Патогенез. Частота.

6.2. Особенности клинических проявлений туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

6.3. Особенности диагностики туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции.

6.4. Соотношение между клиникой, рентгенкартиной, бактериовыделением у больных ТБ с

последней стадией ВИЧ.

6.5. Профилактика, выявление туберкулеза у ВИЧ-инфицированных. Лечение. Исходы.

## **7. Лечение туберкулеза**

- 7.1. Общие принципы лечения.
- 7.2. Химиотерапия при лекарственно чувствительном туберкулезе.
- 7.3. Химиотерапия при лекарственно устойчивом туберкулезе.
- 7.4. Побочные действия противотуберкулезных препаратов и тактика врача.
- 7.5. Патогенетическая терапия.
- 7.6. Гигиено-диетический режим. Санаторное лечение.
- 7.7. Коллапсотерапия. Клапанная бронхоблокация.
- 7.8. Показания к хирургическому лечению. Его виды.
- 7.9. Мониторинг лечения больных.
- 7.10. Организация лечения.
- 7.11. Критерии излечения. Другие возможные исходы.
- 7.12. Причины отсутствия эффекта в лечении.
- 7.13. Оказание помощи при неотложных состояниях при туберкулезе.

## **8. Экспертиза нетрудоспособности по туберкулезу**

- 8.1. Временная нетрудоспособность.
- 8.2. Стойкая нетрудоспособность.

## **9. Организация противотуберкулезных мероприятий**

- 9.1. Структура и организация противотуберкулезной службы. Нормативно-правовое обеспечение.
- 9.2. Критерии своевременности выявления больных туберкулезом. Подразделение больных туберкулезом по своевременности выявления.
- 9.3. Пути и методы выявления больных туберкулезом.
- 9.4. Клинические синдромы, являющиеся поводом к обследованию больного на туберкулез.
- 9.5. Социальные и медицинские группы риска по заболеванию туберкулезом.
- 9.6. Рентгенологические синдромы, являющиеся поводом обследования на туберкулез органов дыхания.
- 9.7. Минимум клинического обследования больного на туберкулез органов дыхания в ОЛС.
- 9.8. Показания для обследования на туберкулез при воспалительных заболеваниях любой локализации, в том числе мочевой системы.
- 9.9. Контингенты лиц, обладающих повышенным риском заболеть туберкулезом.
- 9.10. Методы активного выявления туберкулеза у детей, подростков и взрослых.
- 9.11. Контингенты населения, подлежащие обязательному флюорографическому обследованию 2 раза в год, 1 раз в год.
- 9.12. Организация массовых флюороосмотров населения. Этапы.
- 9.13. Основные направления в профилактике туберкулеза.
- 9.14. Социальная профилактика туберкулеза, в том числе индивидуальная.
- 9.15. Противотуберкулезные прививки: цель применения, сроки проведения, противопоказания.
- 9.16. Техника проведения прививок БЦЖ. Доза. Местная прививочная реакция.
- 9.17. Осложнения прививок БЦЖ. БЦЖ-оститы. Причины осложнений.
- 9.18. Оценка качества прививок БЦЖ. Их эффективность (профилактическое значение). Перспектива.
- 9.19. Химиопрофилактика. Показания.
- 9.20. Очаг туберкулезной инфекции, критерии опасности, мероприятия в нем.
- 9.21. Группировка очагов по степени эпидопасности.
- 9.22. Работа по оздоровлению очага туберкулезной инфекции.
- 9.23. Профилактика заболевания туберкулезом детей раннего возраста.

- 9.24. Группы диспансерного учета взрослых, сроки наблюдения.
- 9.25. Группы диспансерного учета детей, сроки наблюдения.
- 9.26. Диспансерное наблюдение больных активным туберкулезом, движение их по группам.
- 9.27. Диспансерное наблюдение, обследование контактных.
- 9.28. Критерии клинического излечения и тактика участкового фтизиатра.
- 9.29. Работа участкового фтизиатра с ОЛС.
- 9.30. Основные направления деятельности участкового фтизиатра.
- 9.31. Межведомственное взаимодействие в противотуберкулезной работе.
- 9.32. Преемственность между различными этапами лечения и наблюдения в ПТД.
- 9.33. Информационное обеспечение в противотуберкулезной работе.
- 9.34. Оценка эффективности противотуберкулезных мероприятий.

#### **4. Методические рекомендации к подготовке и сдаче итогового государственного экзамена**

##### **4.1. Рекомендуемая литература**

###### **а) основная литература:**

1. Диагностика и лечение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Методические материалы для тематического усовершенствования врачей. – М.-2012. – 656 с.
2. Фтизиатрия [Текст]: Учебник / В.А. Кошечкин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 304 с. : ил.
3. Национальное руководство ФТИЗИАТРИЯ /под общей редакцией М.И. Пе-рельмана. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 512 с.
4. Избранные лекции по ВИЧ-инфекции / под ред. акад. РАМН В.В. Покровского. — М: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 510 с.
5. ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство краткое издание / под ред. акад.РАМН В.В. Покровского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 521 с.
6. Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых: руководство / В.Н. Зими́на, В.А. Кошечкин, А.В. Кравченко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 224 с.
7. Руководство по ведению пациентов с латентной туберкулезной инфекцией. ВОЗ, 2014, 37 с. (WHO/HTM/TB/2015.0
8. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания (второе издание), 2014
9. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, 2014
10. Инфекционные болезни и эпидемиология. /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. ГЭОТАР-МЕДИЦИНА, 2012г. 816 с.
11. Инфекционные болезни: национальное руководство /Под ред. Н.Д.Ющука, Ю.Я. Венгерова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, 945 с
12. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. Д.Батлетт, Д. Галант, Медицинская школа Университета Джона Хопкинса, М., 2010. с.496
13. Инфекционные и паразитарные болезни у ВИЧ-позитивных лиц / Под ред. А.К.Токмалаева, Г.М.Кожевниковой, М. РУДН, 2012, 281 с.

###### **б) дополнительная литература:**

1. ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство / под ред. акад. РАМН В.В. Покровского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 608 с. Глава №15. Оппортунистические (вторичные) поражения у больных с ВИЧ-инфекцией
2. ВИЧ-медицина. Руководство для врачей// Под редакцией Н.А. Белякова и А.Г. Рахманова. – Санкт-Петербург, Балтийский медицинский образовательный центр, 2010. – 751 с.
3. Внелегочный туберкулез. Руководство для врачей под редакцией профессора А.В. Васильева. – С-Пб. -2000. – 560с.
4. Диагностика и лечение туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией: монография / В.Н. Зими́на, А.В. Кравченко. - М., Ю.Р. Зюзя, И.А. Васильева: ГЭОТАР-Медиа, 2015- 231 с.
5. Диагностика и лечение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя. Методические материалы к проведению цикла тематического усовершенствования врачей. Васильева И.А. и соавт. М.: Р.Валент, 2012- 656 с.

6. Лечение ВИЧ-инфекции: 2011 г. / под ред. К. Хоффман, Ю. К. Рокштро. – М. 2012. – 720 с. Часть 3. СПИД. 11.6. Туберкулез С.377-394.
7. Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ. Руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон. - ВОЗ, 2012. - 36с.
8. Руководство по лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. – «Партнеры во имя здоровья», 2013 – 302 С. [http://pih.ru/docs/ПИН%20Guide%20Medical%20Management%20of%20MDR-TB%20\(Russian\).pdf](http://pih.ru/docs/ПИН%20Guide%20Medical%20Management%20of%20MDR-TB%20(Russian).pdf)
9. Руководство по медицинской микробиологии. Частная медицинская микробиология и этиологическая диагностика инфекций. Книга II //Колл. авторов //Под редакцией Лабинской А.С., Костюковой Н.Н., Ивановой С.М. – М.: Издательство БИНОМ, 2010-1152 с.
10. Руководство по программному ведению лекарственно-устойчивого туберкулеза. - ВОЗ, 2007 – 174 С.
11. Туберкулез. Патогенез, защита, контроль: Пер с англ. / Под ред. Барри Р. Блума. – М.: «Медицина», 2002 г. – 678 с.
12. Хоменко А.Г. Туберкулез- Москва, Медицина, 1996.
13. Черноусова Л.Н., Севастьянова Э.В., Андреевская С.Н., Ларионова Е.Е., Смирнова Т.Г. Алгоритм микробиологических исследований для диагностики туберкулезной инфекции //Методическое пособие для врачей №УМО-17-28/248 от 12.07.2011 М.-2011. – с. 52.

5. Материалы для оценки уровня освоения учебного материала образовательной программы «Фтизиатрия» (оценочные материалы), включающие в себя перечень компетенций с указанием этапов их формирования, описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания, типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы, методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций, разработаны в полном объеме и доступны для обучающихся на странице дисциплины в ТУИС РУДН. <https://esystem.rudn.ru/course/view.php?id=12942>

Перечень компетенций, которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения образовательной программы:

Выпускник программы ординатуры должен обладать следующими **универсальными компетенциями** (УК):

- 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);
- готовностью к коммуникации в устной и письменной формах на русском и иностранном языках для решения задач профессиональной деятельности владеть иноязычной коммуникативной компетенцией в официально-деловой, учебно-

профессиональной, научной, социокультурной, повседневно-бытовой сферах иноязычного общения (УК-4).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями**:

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (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 с инфекционными заболеваниями (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 (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).

## БАЛЬНО-РЕЙТИНГОВАЯ СИСТЕМА

Общий результат экзамена включает сумму баллов, набранную на трех этапах экзамена. Общий итог оценивается по 100 – бальной системе оценок,

Государственный экзамен считается сданным, если ординатор набрал не менее 69 баллов из 100 возможных. Принимает экзамен Государственная аттестационная комиссия, утвержденная приказом ректора РУДН.

Оценочная таблица:

Баллы	Традиционные оценки РФ	Оценки ECTS
95 – 100	5	A
86 – 94		B
69 – 85	4	C
61 – 68	3	D
51 – 60		E
31 – 50	2	FX
0 – 30		F
51 – 100	Зачет	Passed

### 6. Требования к выпускной квалификационной работе

Не предусмотрено.

#### Разработчик:

Профессор Кафедры инфекционных болезней с курсом эпидемиологии и фтизиатрии, профессор, д.м.н.

В.Н. Зими́на

#### Руководитель программы:

Профессор Кафедры инфекционных болезней с курсом эпидемиологии и фтизиатрии, профессор, д.м.н.

В.Н. Зими́на

#### Заведующий кафедрой:

Профессор Кафедры инфекционных болезней с курсом эпидемиологии и фтизиатрии, профессор, д.м.н.

Г. М. Кожевникова