



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

"Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И.И. Мечникова"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечникова Минздрава России)

**УТВЕРЖДАЮ**

Проректор по учебной работе

/ С.А. Артюшкин /

« 25 » января 2019 г.



## ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры  
по специальности 31.08.51 Фтизиатрия

Трудоемкость: 3 з.е.

Санкт-Петербург  
2019 г.

## **1. Общие положения**

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.51 Фтизиатрия (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.51 Фтизиатрия (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.51 Фтизиатрия (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

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

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

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

- диплом об окончании ординатуры.

## **2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации**

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

### ***Универсальные компетенции (УК):***

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

### ***Профессиональные компетенции (ПК):***

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

### **3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации**

На ГИА отводится 108 часов (3 з.е.), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

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

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

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

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

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

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

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

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

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

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

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

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

#### **4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации**

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

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

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

#### **5. Программа государственного экзамена**

##### **5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену**

Государственная итоговая аттестация ординаторов проводится в соответствии с ФГОС высшего образования по специальности 31.08.65 Фтизиатрия, утвержденного приказом Министерства образования и науки от 26.08.2014 года №1108. Подготовка к экзамену должна проходить на основании рекомендованной литературы, как научное обобщение и умение пользоваться литературой, равно как и владение понятиями доказательной медицины являются неотъемлемой частью работы современного специалиста. Для подготовки к экзамену рекомендуется посещать консультации сотрудников кафедры, осуществляемые согласно расписанию, представленному на кафедре.

Ординатор должен быть проинформирован о дате экзамена и форме его проведения, которые сформулированы в ФГОС. Ординатору предоставляется право ознакомления с вопросами итоговой аттестации, на основании которых формируются билеты, состоящие из двух вопросов и одной ситуационной задачи. Процедура экзамена состоит из получения билета с вопросами по различным разделам аттестуемой специальности. На подготовку к ответу отводится 45 минут. За это время рекомендуется составить развернутый план ответа. Изложение материала должно быть структурированным и логичным. Если ответы на вопросы будут готовы раньше отпущенного времени, сдающий оповещает об этом

экзаменатора. На ответ отпускается 15 минут, изложение должно быть уверенным и четким. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в произношении профессиональных терминов.

Содержание ответов и его оценка должны соответствовать государственным стандартам.

Готовящийся к экзамену по специальности «Фтизиатрия» должен продемонстрировать требуемый уровень знаний по специальности и смежным дисциплинам, подтвердить их уровнем сформированных компетенций (УК и ПК), а также приобретенными практическими навыками в процессе обучения. В совершенстве должен знать вопросы эпидемиологии, патогенеза, диагностики, клиники и профилактики туберкулёза различных локализаций. Готовый специалист должен владеть дифференциально-диагностическими алгоритмами заболеваний бронхолёгочной системы. Практические навыки должны быть отработаны с учетом четких показаний, противопоказаний к их проведению и вопросов профилактики осложнений в момент выполнения манипуляции

## **5.2.Вопросы, выносимые на государственный экзамен**

1. Возбудитель туберкулёза и его свойства
2. .Виды микобактерий и их дифференцирование
3. Патогенез туберкулёза
4. Иммунитет и аллергия при туберкулёзе
5. Гуморальный противотуберкулёзный иммунитет
6. Клеточный иммунитет
7. Патологическая анатомия туберкулёза. Туберкулёзная гранулема. Её строение
8. Виды воспалительных реакций при туберкулёзе ...
9. Основные принципы диагностики туберкулёза
10. Обязательный диагностический минимум в диагностике туберкулёза.
11. Понятие о дополнительных и факультативных методах исследовании при туберкулёзе.
12. Рентгенологическая диагностика туберкулёза и методики рентгенологического исследования при туберкулёзе
13. Туберкулиодиагностика и ее значение при выявлении туберкулёза у детей и оценки уровня инфицированности населения
14. Диаскин тест и квантимероновый тест
15. Инструментальные методы исследования во фтизиатрии
16. Микробиологические исследования традиционные и молекулярно-генетические
17. Морфология крови при туберкулёзе
18. Биохимические исследования и их значение при туберкулёзе
19. .Иммунологические тесты в диагностике и дифференциальной диагностике туберкулёза
20. .Клиническая классификация туберкулёза.
21. .Первичный туберкулёзный комплекс ( клиника, диагностика, лечение)
22. .Туберкулёт внутригрудных лимфатических узлов ( клиника, диагностика, лечение)
23. Диссеминированный туберкулёт ( клиника, диагностика, лечение)
24. Очаговый туберкулёт легких
25. Инфильтративный туберкулёт легких.
26. Милиарный туберкулёт
27. Казеозная пневмония.
28. Туберкулёма легких
29. Кавернозный туберкулёт легких
30. Фиброзно-кавернозный туберкулёт лёгких
31. Цирротический туберкулёт легких.
32. Туберкулёт трахеи бронхов
33. Туберкулёзный плеврит и менингит

34. .Ранняя и хроническая туберкулётная интоксикация
35. Туберкулёт органов дыхания, комбинированный с некоторыми другими заболеваниями
36. Основные принципы химиотерапии
37. Противотуберкулётные препараты основные.
38. Резервные противотуберкулётные препараты.
39. Коллапсотерапия.
40. Хирургическое лечение больных туберкулёмом.
41. Показания к хирургическому лечению туберкулёза
42. Вакцинация и ревакцинация БЦЖ
43. Вакцина БЦЖ
44. Эффективность противотуберкулётных прививок БЦЖ
45. Показания и противопоказания к противотуберкулётной вакцинации и ревакцинации.
46. Местные прививочные реакции.
47. Осложнения вакцинации БЦЖ
48. Химиопрофилактика туберкулёза
49. Санитарная профилактика туберкулёза.
50. Туберкулёт и ВИЧ
51. Туберкулёт у лиц пожилого возраста
52. Туберкулёт в сочетании с другими заболеваниями
53. Принципы дифференциальной диагностики туберкулёза с нетуберкулётными заболеваниями
54. Дифференциальная диагностика основных клинических форм туберкулёза
55. Принципы диспансерной группировки.
56. Показатели, характеризующие эпидемический процесс
57. Отличие строения гранулемы при саркоидозе и туберкулезе.
58. Назовите клинико-рентгенологические варианты туберкулёза внутригрудных лимфатических узлов.
59. Перечислите возможные осложнения туберкулёза ВГЛУ,
60. Дайте определения средостения
61. Дайте определение рентгенологического синдрома лёгочноё диссеминации.
62. Перечислите клинические варианты течения милиарного туберкулёза.
63. Синдром Лефгрена его характеристика.
64. Дайте характеристику штампованных каверн при диссеминированном туберкулёзе.
65. Приведите биохимические изменения ликвора при туберкулётном менингите.
66. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать нодозную эритему при саркоидозе.
67. Почему пневмокониозы относят к группе грануломатозов.
68. Какие виды биопсии используются для верификации диагноза при выявлении диссеминации в лёгких.
69. Проведете дифференциальную диагностику диссеминированного туберкулёза лёгких и застойного лёгкого.
70. В чём сущность отрицательной туберкулиновой анергии при остропрогрессирующих формах туберкулёза.
71. В чём разница между рентгенологическими синдромами ограниченного и округлого затенения лёгкого.
72. Почему при перисциссурите пациентов беспокоит сильная боль в области воспаления.
73. Диагностическое значение фибробронхоскопии при наличии у пациента обширного затенения легких.
74. Какую патологию необходимо исключить, прежде всего, если округлое затенение в легком обнаружено при проверочной флюорографии.
75. Дайте определение туберкулёмы лёгкого. Приведете классификацию туберкулём.

76. Перечислите основные дифференциально-диагностические признаки туберкулёзного лобита и неспецифической лobarной пневмонии.
77. Приведите морфологические отличия в строении стенки каверны при кавернозном и фиброзно-кавернозном туберкулёзе лёгких.
78. Возможно ли формирование цирроза в окружающей каверну лёгочной ткани при фиброзно-кавернозм туберкулёзе лёгких.
79. Перечислите заболевания или их осложнения, при которых происходит накопление в полости плевры транссудата.
80. Перечислите наиболее часто встречающиеся заболевания, которые сопровождаются накоплением экссудата в плевральной полости. Проведите дифференциальную диагностику туберкулёзного плеврита, осложняющего пневмонию
81. Приведите основные лабораторные показатели, позволяющие дифференцировать экссудат и транссудат.
82. Какие инструментальные исследования позволяют подтвердить наличие жидкости в плевральной полости.
83. Назовите цели плевральной пункции и осложнения при ее проведении
84. Какие клинические формы туберкулёза органов дыхания чаще всего осложняются экссудативным плевритом.
85. Дайте рентгенологическую характеристику свободного косто-диафрагмального экссудативного плеврита.
86. Дайте определение туберкулёзной эмпиемы, клиника и диагностика.
87. Перечислите критерии инфицирования детей и подростков по результатам пробы Манту. и диаскин теста
88. Перечислите группы населения, подлежащие проверочной флюорографии 2 раза в год.
89. Перечислите группы населения, подлежащие основной проверочной флюорографии.
90. Стандарты химиотерапии туберкулёза
91. Побочное действие противотуберкулёзных препаратов
92. Основные принципы диагностики туберкулёза мочеполовой системы
93. Основные принципы диагностики костно-суставного туберкулёза
94. Клиника, диагностика и лечение абдоминального туберкулёза
95. Туберкулёт глаз принципы диагностики и лечения.
96. Туберкулёт почек классификация клиники, лечение
97. Туберкулёт позвоночника клиника, лечение
98. Туберкулёт костей и суставов клиника, лечение
99. Проведите дифференциальную диагностику абсцесса и деструктивного туберкулёза.
100. Дифференциальная диагностика туберкулёмы и периферического рака.
101. Дифференциальная диагностика туберкулёза и саркоидоза
102. Принципы дифференциальной диагностики милиарного туберкулёза с другими диссеминациями.
103. Организационные принципы противотуберкулезной помощи населению
104. Состояние и перспективы развития противотуберкулезной службы
105. . Санитарная статистика, санитарное просвещение Цели и задачи санитарного просвещения при туберкулезе
- 106 Значение новых бактериологических методов в определение возбудителя туберкулёза в системе БАКТЕК и молекулярно-генетических
107. Современные инструментальные методы исследования в диагностике туберкулёз
- 108 Значение новых бактериологических методов в определение возбудителя туберкулёза в системе БАКТЕК и молекулярно-генетических
109. Компьютерная томография в диагностике туберкулёза и ее роль в дифференциальной диагностике при различных рентгенологических синдромах
110. Классификация туберкулеза органов дыхания.
111. Колапсoterапия . Хирургическое лечение туберкулёза лёгких. Показания к

хирургическому лечению.

112. Синдром плеврального выпота, дифференциальная диагностика

113. Режимы химиотерапии в современных условиях Режимы лечения на основании 109 приказа МЗ РФ, 951 приказа МЗ РФ

114. Принципы диагностики и дифференциальной диагностики туберкулеза, пневмоний

115. Проведите дифференциальную диагностику полостной формы рака и кавернозного туберкулёза лёгких.

116. Проведите дифференциальную диагностику карциноматоза и диссеминированного туберкулёза

117. Туберкулёз и сахарный диабет

118. Туберкулёз и язвенная болезнь.

119. Туберкулёз и заболевания соединительной ткани

120. Микобактериоз сходство и различия с туберкулёзом.

121. Геморрагический синдром при туберкулёзе диагностика, клиника, лечение

122. Пневмоторакс клиника, диагностика, лечение

123. Осложнения туберкулёза

124. Противотуберкулёзный диспансер, его основные функции

125. Группы диспансерного учета.

126. Основные противоэпидемические мероприятия в очагах туберкулёзной инфекции

127. Профилактика туберкулёза её виды.

### 5.3 Ситуационные задачи

1. При морфологическом исследовании легкого под утолщенной плеврой обнаружена полость размерами 2\*8 см., внутренняя поверхность которой покрыта местами грязно-серыми массами, а местами – розовая блестящая 0,2 до 0,5 см., в ткани легкого – множество очагов осумкованного казеоза размером от 0,2 до 0,5 см., узелки и бугорки, микроскопически – стенка полости представлена мощным слоем соединительной ткани с лимфоидной инфильтрацией, встречаются эпителиоидные и гигантские клетки Лангханса, местами – участки казеозного некроза, что будет соответствовать клиническому диагнозу:

Какой форме туберкулёза соответствует эта морфологическая картина

2. В представленном ниже клиническом наблюдении: Больной 40 лет, жалуется на слабость и лихорадку, потерю массы тела. На шее за ключицей пальпируется увеличенный лимфатический узел. Рентгенологически: I сегмент правого легкого негомогенно затемнен, правый корень расширен, контуры его нечеткие, бесструктурные, определяются увеличенные правые пара- и трахеобронхиальные лимфатические узлы. В мокроте: КУМ (-) опухолевые клетки не обнаружены. СОЭ - 40 мм в час.

Для уточнения диагноза заболевания следует рекомендовать:

Варианты ответов

1. Динамическое наблюдение
2. Пробное лечение, выбор препарата определяется наиболее вероятным видом патологии
3. Открытую видеоторакоскопическую биопсию легкого

3. У больного 35 лет впервые обнаружен фиброзно-кавернозный туберкулез легких в фазе инфильтрации, МБТ+. В течение длительного времени отмечается слабость, быстрая утомляемость. Артериальное давление –90/60 мм. рт.ст

С заместительной целью целесообразно назначить преднизолон в суточной дозе?

4. Обнаружение в легком полости, размером 2\*2 см. с гладкими, слегка шероховатыми стенками, толщиной 0,2-0,3 см., по периферии которой имеются единичные очаги осумкованного казеоза, размером 0,1-0,2 см. и бугорки, при микроскопическом исследовании

стенки полости имеют трехслойное строение, внутренний слой представлен тонким ободком казеозных масс, местами инфильтрированных полиморфоядерными лейкоцитами, под ним имеются скопления эпителиоидных и единичных гигантских клеток, а также лимфоидные инфильтраты, среди которых обнаруживаются тяжи соединительной ткани, количество которых увеличивается по направлению к периферии, что будет соответствовать клиническому диагнозу:

5. Больной проходит лечение туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции. Получает химиотерапию туберкулеза по 1 режиму. Планируется присоединение ВААРТ (комбивир калетра). Выберите необходимые изменения в схеме противотуберкулезного лечения:

Варианты ответов

1. Изменений химиотерапии туберкулеза не требуются
2. Необходимо отменить рифампицин и сразу же начать ВААРТ
3. Необходимо заменить рифампицин на микобутин (рифабутин доза 0,15/сутки)
4. необходимо заменить рифампицин на микобутин рифабутин (доза 0,45/сутки)
5. Необходимо увеличить дозу комбивира

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

Варианты ответов

1. Динамическое наблюдение
- 2 Пробное лечение, выбор препарата определяется наиболее вероятным видом патологии
3. Открытую видеоторакоскопическую биопсию легкого

7. Правильный клинический диагноз у больного ВИЧ-инфекцией, не получающего ВААРТ, с уровнем CD4-лимфоцитов 23 кл/мкл, наличием туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, селезенки, кандидозного эзофагита:

Варианты ответов

1. Диагноз Основной.: Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов в ф. инфильтрации МБТ (-), туберкулез селезенки МБТ (-), Сопутствующий: ВИЧ-инфекция в стадии 4Б, прогрессирование без ВААРТ, Осложнение: Кандидозный эзофагит

2. ВИЧ-инфекция в стадии 4Б, прогрессирование без ВААРТ: Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов в ф. инфильтрации МБТ(-), туберкулез селезенки МБТ (-), кандидозный эзофагит.

3. ВИЧ-инфекция в стадии 4Б, прогрессирование без ВААРТ: Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов в ф. инфильтрации МБТ(-), туберкулез селезенки МБТ (-), кандидозный эзофагит.

4. Основной.: Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов в ф. инфильтрации МБТ (-), туберкулез селезенки МБТ (-), Сопутствующий: ВИЧ-инфекция в стадии 4Б, прогрессирование без ВААРТ: Кандидозный эзофагит.

5. Осн.: ВИЧ-инфекция в стадии 4Б, прогрессирование без ВААРТ, Осл.: Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов в ф. инфильтрации МБТ (-), туберкулез селезенки МБТ Кандидозный эзофагит

8. Обнаружение ткани легкого при морфологическом исследовании крупного очага казеозного некроза размером 2\*4 см, в центре которого имеется полость, выполненная жидкими казеозными массами, ограниченного от окружающей легочной ткани фиброзной

капсулой со скоплением в ней эпителиоидных клеток с единичными гигантскими клетками Лангханса, будет соответствовать клиническому диагнозу:

1. *Инфильтративному туберкулезу в фазе распада*
2. *Туберкулеме легкого в фазе распада*
3. *Кавернозному туберкулезу*

9. Пациентка с ВИЧ-инфекцией доставлена в стационар с ухудшением состояния, развившемся в течение последних 10 дней. При осмотре состояние тяжелое, ЧДД 30 в минуту, АД 100/60 мм. вод. ст., диффузный цианоз кожи, CD4 45 кл/мкл, в мокроте КУБ (-), Рентгенография органов грудной клетки – диффузная гомогенная интерстициальная инфильтрация. Наиболее верной тактикой будет:

1. *Проведение курса антибактериальной терапии цефалоспорином 3 поколения, при отсутствии эффекта – смена антибиотика на метронидазол. Диагноз внебольничная пневмония.*
2. *Назначение курса противотуберкулезной терапии по 1 режиму, антимикотической терапии, ацикловир внутривенно, аминогликозиды внутримышечно Диагноз – лихорадка неясного генеза.*
3. *Наблюдение*
4. *Назначение бисептола. Диагноз – пневмоцистная пневмония.*
5. *Срочное начало противотуберкулезной терапии по 4 режиму. Диагноз – туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью МБТ.*

10. У больного туберкулезом на фоне ВИЧ-инфекции (CD4 234 кл/мкл) планируется начать ВААРТ по схеме комбивир стокрин. Какая коррекция лечения должна быть проведена?

1. *Повышение дозы рифампицина*
2. *Исключение из схемы лечения изониазида*
3. *Снижение дозы стокрина до 400 мг/сут при весе больного менее 60 кг*
4. *Повышение дозы стокрина до 800 мг/сут. при весе больного более 60 кг*
5. *Отмена рифампицина*

11. Пациент с ВИЧ-инфекцией доставлен в инфекционный стационар с жалобами на головную боль, снижение зрения, многократный (до 20 раз в сутки) жидкий стул, общую слабость. Наиболее вероятным предварительным диагнозом будет:

1. *Острая кишечная инфекция*
2. *Острый вирусный гепатит*
3. *ОРВИ*
4. *Манифестная ЦМВ-инфекция*
5. *Туберкулез*

12. Больной доставлен в туберкулезный стационар с жалобами на развитие кровохарканья. При сборе анамнеза установлено наличие ВИЧ-инфекции. При осмотре на коже и слизистых определяются синюшно-багровые пятна. При обследовании CD4 34 кл/мкл, вирусная нагрузка 1800561 копий/мкл. Наиболее вероятным диагнозом будет:

1. *Туберкулез легких с развитием кровохарканья*
2. *Аспергиллема легкого*
3. *Сепсис.*
4. *Центральный рак легкого с метастазами.*
5. *Саркома Капоши с поражением кожи, слизистых, в т. ч. бронхиального дерева.*

13. У больного Р., 30 лет, внезапно повысилась температура до 39 градусов, появились

слабость, неприятные ощущения в затылке.

Объективно: цианоз, акроцианоз, одышка (ЧДД – 32 в 1 мин.), тахикардия (пульс – 120 уд. в мин.), умеренная ригидность затылочных мышц. Перкуторно легочный звук с коробочным оттенком; дыхание жесткое на всем протяжении легких; на его фоне выслушиваются участками мелкопузырчатые влажные хрипы.

В гемограмме: Лейкоциты. - 10,2; С – 70; Л – 5; М – 5; П – 18; СОЭ – 48 мм/час.

В остальном без отклонений от нормы. В моче – следы белка (0,099 г/л); ед. эритроциты (0-1-2 в п/зр.). МБТ не обнаружены. Р. Манту – 4 – отрицательная. Рентгенографически – на всем протяжении обеих легких выявляются мелкие (2 мм) очаги, не сливающиеся между собой, расположенные равномерно.

1. Поставить диагноз. Обосновать его.

2. Объяснить происхождение клинических симптомов.

3. Оценить туберкулиновую реакцию.

14. Больная К., 40 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на слабость, потливость, сухой кашель, субфебрильную температуру тела по вечерам. В легких физикально жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. В течении 2-х месяцев лечилась амбулаторно с диагнозом – хронический бронхит с астматоидным компонентом. Улучшений не было.

В гемограмме: Лейкоциты. - 9,0; С – 68; Л – 20; М – 4; П – 8; СОЭ – 28 мм/час.

МБТ в промывных водах бронхов (-). Р. Манту с 2 ТЕ – папула = 7 мм.

Рентгенографически – в верхне-средних отделах обоих легких усиление легочного рисунка, по ходу которого выявляются мелкие и среднего размера очаги средней интенсивности, с четкими наружными контурами. Корни фиброзно изменены, в левом – обызвествленные лимфатические узлы – «глыбы» известны.

1. Поставить диагноз. Обосновать его.

2. Что такое бронхит с астматоидным компонентом?

3. Как связать изменения в легких с изменениями в левом корне?

15..Больной Г., 48 лет, обратился к врачу с жалобами на боли при глотании, охриплость голоса, кашель со скучной мокротой, одышку, слабость, плохой аппетит, повышение температуры тела до 38 градусов. Заболевание началось постепенно, развивалось 3 недели.

Объективно: голос хриплый, временами переходит в шепот, кожные покровы бледные. Пониженного питания. Дыхательная экскурсия грудной клетки ограничена, больше справа. Перкуторно справа над верхушкой выслушиваются влажные среднего калибра хрипы в небольшом количестве, в остальных отделах – единичные сухие. ЧДД – 20 в мин. Пульс – 86 уд. в мин., ритмичный.

Кровь: гемоглобин – 128 г/л; Лейкоциты – 12,5; С. – 73; Лим. – 8; М. – 6; Б. – 13; СОЭ – 38 мм/ч. В мокроте МБТ не обнаружены.

Рентгенологически: в верхних отделах обоих легких множественные, различной величины, без четких наружных контуров, местами сливного характера очаговые тени на фоне усиленного легочного рисунка. Корни фиброзно деформированы. Справа в 1 м/р скопление очагов с просветлением, подозрительным на полость распада. Эмфизема нижних отделов легких.

1. Составить план дообследования больного.
2. Какие специалисты должны осмотреть больного?
3. Поставить предположительный диагноз. В каком учреждении надо обследовать и лечить больного?

16.У больного 24 лет, кашель и субфебрильная температура тела. При рентгеноследовании выявлено расширение корней легких справа. Бронхоскопия выявила локальное сужение верхнедолевого бронха справа.

Каков дифференциально-диагностический ряд и алгоритм обследования?

17. Больной предъявляет жалобы на выраженную одышку в течение 5 дней, повышение температуры тела. Рентгенологически определяется тотальная диссеминация в легких - наличие мелких, однородных и одинаковых по величине очагов.

Каков алгоритм дальнейшего обследования и лечения больного?

18. Больному 55 лет, отмечает ухудшение самочувствия, кашель, иногда кровохарканье. Рентгенологически определяется диссеминация в нижних отделах легких и увеличение правого корня.

Каков алгоритм исследования и предположительный диагноз?

19. У пожилого мужчины 70 лет, отмечено затруднение глотания. При рентгенологическом обследовании обнаружено расширение корней легких, томограмма средостения выявила увеличение лимфоузлов средостения бифуркационной группы.

Какие инструментальные исследования необходимо провести и почему?

20. У молодой женщины 30 лет, при профилактической ФЛГ выявили изменения в средостении. Дополнительные исследования (рентген) обнаружили симметричное увеличение лимфоузлов бронхопульмональной группы. Лабораторные показатели в пределах нормы, чувствительность к туберкулину отрицательная. Какое это может быть заболевание? План обследования.

21. У больного при флюорографическом обследовании в S2 левого легкого выявлены очаговые тени слабой интенсивности, с нечеткими контурами, местами сливающиеся между собой. При активном опросе установлены утомляемость, субфебрильная температура, ночная потливость. Физикальные данные без патологии.

1. Составьте план обследования больного.

2. Предполагаемый диагноз.

22. Больной, 45-ти лет, обратился в поликлинику с жалобами на повышение температуры до 38 градусов по вечерам в течение 2-х недель, слабость, потливость, кашель с мокротой, умеренные боли в правом боку при дыхании. При обследовании справа по аксилярным линиям жесткое дыхание, шум трения плевры. В анализе крови: Лейкоциты. –  $10,2 \cdot 10^9 / \text{л}$ ; палоч. – 6%, лимфоциты – 30%, моноциты – 11%, СОЭ – 35 мм/ч. Рентгенологически – справа в основании в/доли определяется тень треугольной формы с четкой нижней и нечеткой верхней границей, с двумя мелкими полостями распада.

1. Какие методы обследования необходимо провести данному больному?

2. Чем объясняется шум трения плевры?

3. Клинический диагноз и его обоснование.

23. Больной 35 лет, алкоголик, поступил в стационар в тяжелом состоянии. Заболел остро 10 дней назад: повышение температуры тела до 39 градусов, слабость,очные поты, кашель, нарастающая одышка. В анализе крови: гемоглобин – 100 г/л; лейкоциты. -  $15,0 \cdot 10^9 / \text{л}$ ; палоч. – 12%; лимф. – 16%; мон. – 14%; СОЭ – 60 мм/час. Рентгенологически – массивная инфильтрация в верхних и средних отделов правого легкого с несколькими полостями и очагами отсева в нижней доле справа. В мокроте в день поступления МБТ (-). Эффекта от лечения антибиотиками неспецифического ряда нет.

1. Дальнейшая тактика обследования.

2. Предполагаемый диагноз.

3. Дальнейшая тактика лечения.

24. У больного 42 лет при флюорографическом обследовании в S2 правого легкого обнаружена округлая тень  $d = 3,5$  см, средней интенсивности, с четкими контурами, с

краевым просветлением и «дорожкой» к корню. При опросе выявлены субфебрильная температура, потливость, небольшой кашель. В анализе крови –  $L - 9,0 \cdot 10^9 / \text{л}$ ; СОЭ – 25 мм/час, моноциты – 11%.

В мокроте – МБТ (+) люм. методом. Реакция Манту – р18 мм.

1. Клинический диагноз.

2. Почему образовалась «дорожка» к корню?

3. Лечебная тактика.

25. Больному 25 лет, на протяжении 6 месяцев находится на стационарном лечении по поводу туберкулемы в фазе распада (диаметр 3 см). Полость распада и олигобациллярность сохраняются.

1. Какой метод лечения необходимо рекомендовать?

2. Какие требуются дополнительные исследования?

Больная 37 лет заболела остро с высокой лихорадкой до 39 градусов, потливость, слабость. В течение недели лечилась самостоятельно, но безуспешно. Аускультативно у ости лопатки справа влажные хрипы на фоне бронхиального дыхания. Рентгенологически в области верхней доли участок гомогенной инфильтрации с распадом. В анализе крови СОЭ – 48 мм/ч, лейкоцитоз  $10,8 \cdot 10^9 / \text{л}$ . В анализе мокроты МБТ (+).

Какой должна быть тактика участкового терапевта?

26. У повара столовой при флюорографическом обследовании грудной клетки выявлено неоднородного характера затемнение в верхней доле левого легкого с просветлением в центре. Анализ крови, мочи и мокроты в норме. Клинически состояние удовлетворительное.

Какие методы дополнительного обследования следует провести?

27. В поликлинику обратился больной с жалобой на боль в груди ноющего характера в течение 2 месяцев. Аускультативно в легких катаральных явлений нет. При флюорографическом обследовании грудной клетки в области С2 слева участок неоднородного затемнения с отводящей «дорожкой» к корню и очагами вокруг. Проба Манту с 2 ТЕ – папула диаметром 10 мм. Анализ крови и мочи в норме. В анализе мокроты МБТ отсутствуют.

Куда следует направить больного?

28. У рабочего литейного цеха при профилактическом обследовании выявлено округлое затемнение в области С3 правого легкого диаметром  $3 \cdot 3$  см с нечеткими контурами. Физикальные данные без изменений. В анализе крови СОЭ – 54 мм/ч. В анализе мокроты МБТ (-). Реакция на туберкулин – отрицательная.

Куда следует направить больного для дообследования?

29. При прохождении профилактического осмотра методом флюорографии в верхней доле правого легкого выявлен инфильтрат  $3 \cdot 4$  см в диаметре с нечеткими контурами, без очагов на периферии и отводящей «дорожки» к корню легкого. Анализ крови и мочи в норме. В мокроте МБТ (-). Был госпитализирован в соматическое отделение больницы в удовлетворительном состоянии, где при обследовании в анализе кала найдены яйца аскарид. При повторном рентгенологическом обследовании и томографическом исследовании через 4 дня инфильтрат полностью рассосался без остаточных изменений в легочной ткани.

О какой природе инфильтрата можно думать? Как лечить?

30. В поселке Н. на Крайнем Севере за прошедшие полгода заболело туберкулезом легких 3 жителя. Возникает необходимость обследования всего населения этого поселка с целью выявления источника туберкулезной инфекции. Рентгенологическое обследование невозможно из-за отсутствия техники.

Какие методы массового обследования населения этого поселка с целью выявления источника туберкулёзной инфекции должен предложить эпидемиолог данного района?

31. Эпидемиолог, проверяя районную поликлинику, обнаружил, что диспансерный учет больных у эндокринолога и гастроэнтеролога ведется без учета повышенного риска заболевания этих больных туберкулёзом.

*Какие рекомендации должен дать эпидемиолог данным специалистам в плане правильной организации диспансерного наблюдения этих больных?*

32. В старшей группе детского сада, у воспитателя этой группы, выявлена открытая форма туберкулёза.

Какие мероприятия по активному обследованию детей этой группы предпишет районный эпидемиолог?

*Следует ли провести специфическую профилактику среди этих детей и какую?*

33. При профилактическом рентгенологическом обследовании группы рабочих на стройке, с целью выявления туберкулёза, у трёх человек выявлены выраженные метатуберкулёзные изменения в легких.

*Какие рекомендации должен дать эпидемиолог при анализе результатов этого обследования?*

*Какие группы диспансерного учета Вы можете назвать?*

34. В средней школе проведена массовая туберкулиновидиагностика. При этом у 10 детей положительная реакция Манту выявлена впервые и 10 детей – с папулой более 20 мм.

*Как Вы оцените туберкулиновую чувствительность у этих детей?*

*Ваши действия в отношении к этим детям?*

35. У больного, 30 лет, в результате лечения инфильтративного туберкулёза лёгких в фазе распада, МБТ (+), сформировался кавернозный туберкулёз, МБТ (-). Страдает алкоголизмом. В семье есть ребёнок.

*Какова дальнейшая тактика лечения?*

36. У студента 2-го курса педагогического ВУЗа впервые установлен ограниченный ФКТЛ, МБТ (+), состояние вполне удовлетворительное.

*Определите тактику лечения, чтобы он мог работать учителем.*

37. Больной 45 лет страдает туберкулезом легких в течение 8 лет. Лечится нерегулярно и короткими курсами. Постоянный бактериовыделитель. Одышка, кашель с мокротой. Перкуторно в верхних отделах обоих легких укорочение звука, здесь же бронхиальное дыхание и разнокалиберные хрипы. Рентгенологически по 2 фиброзные каверны в каждом легком около 3 см в диаметре, очаги обсеменения, фиброзные изменения.

*1. Какой диагноз можно поставить?*

*2. Показано ли хирургическое лечение?*

38. В поликлинику к участковому врачу обратился пациент в возрасте 30 лет с жалобами на умеренный кашель в течение последнего месяца, фебрильную температуру тела, вечерами до 38 градусов, нарастающую слабость и потливость. В анамнезе: дважды за текущий год болел пневмонией, сахарный диабет 2 типа – последние 5 лет. При обследовании: в крови ускорение СОЭ – 25 мм/ч; рентгенологически в среднем пояссе правого легкого выявляется негомогенная инфильтрация. На основании изложенного участковый врач заподозрил у больного туберкулёз легких и направил больного для уточнения диагноза в ПТД по месту жительства.

*A) Какие основания у врача поликлиники думать о туберкулёзе легких?*

*Б) Как поступит участковый фтизиатр с этим больным?*

39. В двухкомнатной квартире выявлен больной инфильтративным туберкулём легких, МБТ (+). Больной одинокий человек. С семьей в разводе. Члены семьи проживают в другом месте.

*В какую группу наблюдения и учета очагов туберкулёзной инфекции Вы определите эту квартиру?*

40. В клинику общей хирургии поступил по скорой помощи больной с диагнозом острый аппендицит, сопутствующим заболеванием является фиброзно-кавернозный туберкулёт легких, МБТ (+).

*Какой вид обезболивания (наркоз или местную анестезию) должен сделать хирург для проведения операции и почему?*

*Какими дезсредствами должна проводиться текущая дезинфекция?*

41. Больной с диагнозом очаговый туберкулёт в S 1-2 правого легкого, МБТ (-) проделал основной курс противотуберкулёзной комплексной терапии в течение 12 месяцев. При этом участковый фтизиатр наблюдает стойкую положительную динамику. На рентгенограмме выявляются единичные фиброзные очаги в S 1-2 правого легкого. МБТ за весь курс лечения всеми методами не обнаружены.

*Какой диагноз должен поставить участковый фтизиатр этому больному?*

*В какую группу диспансерного учета будет переведён этот больной?*

*Каков характер остаточных изменений в S 1-2 правого легкого?*

42. Больной с диагнозом диссеминированный туберкулёт в верхних долях обоих легких, МБТ (+), более 2-х лет состоит на учете ПТД во II – А группе. Лечится беспорядочно. Злоупотребляет алкоголем. Заболевание течет волнообразно. Стойкий бактериовыделитель. На очередной рентгенограмме - полиморфная диссеминация в верхних долях обоих легких на фоне выраженного пневмофиброза.

*Какой диагноз должен поставить этому больному участковый фтизиатр и почему?*

*В какую группу диспансерного учета будет переведен этот больной?*

43. У больного Б., 45 лет, жена больна открытой формой туберкулеза 10 лет. Заболел остро: температура повысилась до 38 градусов, появилась потливость, слабость, кашель с мокротой. Рентгенологически в области правой верхушки выявлено обширное неоднородное затемнение. В мокроте методом прямой бактериоскопии микобактерии туберкулеза не обнаружены.

1) *Охарактеризовать туберкулезный контакт.*

2) *Какое исследование мокроты следует выполнить для диагноза? Почему?*

44. У больного С., 22 лет, туберкулез легких выявлен при профилактической флюорографии по месту работы, жалоб нет. Объективно – без патологических отклонений. В гемограмме – умеренно ускоренное СОЭ – 18 мм/час. БК не обнаружены.

1) *О каком процессе можно думать?*

2) *Какие анамнестические сведения могут помочь диагностике туберкулеза?*

45. Больная Б., 32 лет, заболела остро: температура повысилась до 38 градусов, появился кашель с мокротой и прожилками крови. Объективно: левая ½ грудной клетки отстает при дыхании, перкуторно – укорочение легочного звука над левой ключицей, здесь же влажные среднепузырчатые хрипы.

1) *О чём говорят данные стетоакустического исследования?*

- 2) Какое дообследование показано для уточнения диагноза?
- 3) На основании каких данных можно заподозрить туберкулез?

46. Больная В., 25 лет, в течение года находилась в контакте с подругой, страдающей открытой формой туберкулеза легких. При профилактической флюорографии по месту работы у нее выявлены очаги в области правой верхушки.

- 1) Охарактеризовать контакт по туберкулезу.
- 2) Какие методы рентгенологической диагностики показаны для дообследования больного?

47. У лаборанта клинической лаборатории противотуберкулезного стационара выявлен туберкулез легких.

- 1) Возможные источники заражения.
- 2) Возможные входные ворота туберкулезной инфекции.

48. Больной Ю., 20 лет. По профессии слесарь. Ранее туберкулезом не болел. Последнее рентгенологическое обследование – 2 года назад. Контакт с больными туберкулезом отрицает. В анамнезе хронический вирусный гепатит «В». Заболел остро с подъемом температуры тела до 38 С. Жалобы на боль в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе, кашель с мокротой, слабость, потливость. Выполнена обзорная Rg органов грудной клетки, заподозрен туберкулез. Направлен в ПТД. Методом люминесцентной микроскопии в мокроте найдены КУБ. Больному выставлен диагноз инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, МБТ (+). Биохимический анализ: повышение активности АЛТ и АСТ в 3 раза, незначительное повышение тимоловой пробы. Какой противотуберкулезный препарат нельзя применять. Какие гепатопротекторы целесообразно назначить

1. Стрептомицин.
2. Изониазид.
3. Рифампицин.
4. Этамбутол.

49. Обнаружение в ткани легкого при морфологическом исследовании крупного очага казеозного некроза размером 2\*4 см, в центре которого имеется полость, выполненная жидкими казеозными массами, ограниченного от окружающей легочной ткани фиброзной капсулой со скоплением в ней эпителиоидных клеток с единичными гигантскими клетками Лангханса, будет соответствовать клиническому диагнозу:

- 1) инфильтративному туберкулезу в фазе распада;
- 2) туберкулеме легкого в фазе распада;
- 3) кавернозному туберкулезу.

50. При патоморфологическом исследовании легких обнаружено множество мелких (до 0.2-0.3 см) однотипных бугорков сероватого цвета, выступающих над плоскостью разреза; гистологически – бугорки состоят из скопления эпителиоидных клеток с единичными гигантскими клетками Лангханса, в их центре - небольшой участок казеозного некроза, что может соответствовать клиническому диагнозу:

- 1) очаговому туберкулезу легких;
- 2) хроническому диссеминированному туберкулезу легких;
- 3) милиарному туберкулезу легких.

50. Больная Ж. 39 лет полиграфист, предъявляет жалобы на субфебрилитет, кашель с мокротой серого цвета,

однократно накануне были прожилки крови (мокроту не представила), одышку при физической нагрузке. Ухудшение самочувствия в течение последнего месяца. Состоит на

учете в противотуберкулёзном диспансере по третьей группе в течение двух лет ( клиническое излечение) При объективном обследовании определяется бледность кожных покровов, пониженного питания. При аусcultации и перкуссии сердца и лёгких без патологических изменений. В клиническом анализе крови повышенено СОЭ до 27 мм/час, палочкоядерных нейтрофилов 7% лимфоцитов 17%, лейкоцитов  $4.0 \times 10^9$ . На рентгенограмме грудной клетке определяется появление затемнения в зоне посттуберкулёзных изменений (S1 S2 правого лёгкого на фоне усиленного лёгочного рисунка с лимфангиитом к корню лёгкого.

1. Оцените изменения в клиническом анализе крови.
2. Какой рентгенологический синдром выявлен у пациентки
3. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
4. Какие дополнительные исследований необходимо назначить пациентке
5. Нуждается ли пациентка в неотложных лечебных мероприятиях.

51. Больной С инвалид 2 группы . В течении 15 лет страдает фиброзно-кавернозным туберкулёзом лёгких МБТ( +). Лекарственная устойчивость к изониазиду и этамбутолу. В настоящее время находится в стационаре в связи с обострением специфического процесса, получает противотуберкулёзную терапию по 2 режиму. При выполнении эхокардиографии выявлены признаки гипертрофии правых отделов сердца. Накануне пациент стал жаловаться на боли в эпигастральной области, тошноту, усиление слабости и общего недомогания. При объективном обследовании : состояние средней тяжести, акроцианоз, частота сердечных сокращений 96 в минуту, дыхание везикулярное ослабленное, над областью расположения каверны ( верхняя доля правого лёгкого), немногочисленные влажные хрипы. Частота дыхательных движений 24 в мин. В клиническом анализе крови отмечено увеличение показателей эритроцитов и гемоглобина по сравнению с предыдущим исследованием. На обзорной рентгенограмме органов грудной полости – без отрицательной динамики. В связи с подозрением на развитием гастрита пациенту назначен омепразол 1 таблетка на ночь и алмагель А 1 столовая ложка 3 раза в день. В течение суток состояние пациента ухудшилось, появилась спутанность сознания, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с двух сторон. Начата малопоточная оксигенация, внутривенное введение сердечных гликозидов. Несмотря на проводимые мероприятия, через 6 часов констатирована смерть.

- 1 Оцените динамику клинических проявлений у больного.
2. Объясните патогенез динамики изменений в клиническом анализе крови.
3. Объясните с чем связаны эпигастральные боли.
4. Сформулируйте прижизненный диагноз
5. Сформулируйте посмертный диагноз.

## 6. Рекомендуемая литература

### Основная литература:

- 1 Обследование больного во фтизиатрической клинике. Учебное пособие. Павлунин А.В., Мишанов Р.Ф., Панченко Н.И. – НГМА, Нижний Новгород, 2014. – 150 стр.
- 2 Хирургия послеоперационных рецидивов туберкулеза легких. Репин Ю.М., Елькин А.В. – СПб., Гиппократ, 2014. – 144 с.
- 3 Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу / Под ред. чл.-корр. РАМН, профессора Ю.Н. Левашева, профессора Ю.М. Репина. – СПб., ЭЛБИ-СПБ, 2008. – 515 с.
- 4 Туберкулез мочеполовой системы. Ткачук В.Н., Ягафарова Р.К., Аль-Шукри Р.Х.: Руководство для врачей. – СПб., СпецЛит, 2010. – 319 с.
- 5 Туберкулезный плеврит.. Павлунин А.В. Учебное пособие. НГМА, Нижний Новгород. - 2014. – 68 с.
- 6 Туберкулез у детей и подростков: Руководство / Под ред. проф. О.И. Король, М.Э. Лозовской. – СПб., Питер- 2009. – 424 с.

- 7 Туберкулез у детей и подростков [Текст] : учебное. пособие / под ред. В. А. Аксеновой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, -2007 - 20с. : ил. - Библиогр.: с. 266-269.
- 8 Фтизиатрия. Учебник. Мишин В.Ю. и др. М., ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 520 с
- 9 Фтизиатрия. Учебник. Перельман М.И., Богадельникова И.В.. М,ГЭОТАР-Медиа, 2015 – 448 стр.
- 10 Фтизиопульмонология. Браженко Н.А., Браженко О.Н. СПб, Спец Лит, 2014 – 431 стр
- 11 Туберкулез и другие микобактериальные инфекции кожи (патогенез, диагностика, лечение) Чужов А.Л., Беллендир Э.Н. / Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Ю.Н. Левашева. СПб., ЭЛБИ-СПб, 2011 – 128 с.
- 12 Фтизиатрия. национальное руководство / под ред. М.И. Перельмана. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 454 с.
- 13 Аллергология и иммунология : национ. рук. / гл. ред. Р. М. Хайтов, Н. И. Ильина ; АСМОК. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 656 с.
- 14 Гайворонский И.В., Ничипорук Г.И. Анатомия дыхательной системы и сердца. Учебное пособие ЭЛБИ-СПб 2010.- 48с.
- 15 Интенсивная терапия : нац. рук. : в 2 т. / гл. ред. Б. Р. Гельфанд, А. И. Салтанов ; АСМОК, Федерация анестезиологов и реаниматологов ; Рос. ассоц. специалистов по хирургическим инфекциям. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 1. – 956 с.
- 16 Интенсивная терапия : нац. рук. : в 2 т. / гл. ред. Б. Р. Гельфанд, А. И. Салтанов ; АСМОК, Федерация анестезиологов и реаниматологов, Рос. ассоц. специалистов по хирургическим инфекциям . – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 2. – 784 с.
- 17 Пульмонология [Текст] : нац. рук. / гл. ред. А. Г. Чучалин; АСМОК; Российское респираторное общество и Ассоц. мед. обществ по качеству. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20с. : ил. - (Национальные руководства). - Предм. указ.: с. 951-957. - Прил.: CD-ROM.
- 18 Репин, Ю. М. Лекарственно-устойчивый туберкулез легких: хирургическое лечение [Текст] / Ю. М. Репин. - СПб. : Гиппократ, 20с. : ил., табл. - Библиогр.: с. 157-165. Калеченков М.К., Львов И.В. Сегментарные резекции легких . Учебное пособие - СПбМАПО. - 2009.-24с.
- 19 Калеченков М.К., Львов И.В Рак легкого у больных туберкулезом. Учебное пособие. – СПбМАПО. - 2010. - 23с..
- 20 Клиническая аллергология и иммунология: руководство для практических врачей. Под ред Горячкиной Л.А., Кашкина К.Л. – М.: «МиклоШ», - 2009. – 429с.
- 21 Клиническая фармакология : нац. рук. / под ред. Ю. Б. Белоусова [и др.] ; АСМОК. – М. : ГЭОТАР-Медиа. - 2009. – 976 с.– Прил.: CD-ROM.
- 22 Соловьева Т.Н., Журавлев В.Ю., Козлова Н.В., Елькин А.В. Клинико-лабораторная диагностика туберкулеза и микобактериозов органов дыхания в современных условиях. Учебное пособие.– СПб, 2011 – 44с.
- 23 Тарасов В.А.Шаров Ю.К.Богданович А.С. Медиастиниты. Учебное пособие. СПбМАПО, 2011., с.23.
- 24 Чернеховская Н.Е. Лечебная бронхоскопия в комплексной терапии заболеваний органов дыхания МЕД пресс-информ . 2011.144с.
- 25 Чернеховская Н.Е. Рентгено-эндоскопическая диагностика заболеваний органов дыхания.МЕДпресс-информ 2011.256с.
- 26 Чернеховская Н.Е. Легочное кровотечение..МЕДпресс-информ 2011.,116с.
- 27 Шаров Ю.К. Побегалов Е.С. В.А.Тарасов. Учебное пособие Легочные кровотечения. СПбМАПО,2011г.,24 с.
- 28 Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований. – 2-е изд., перераб. и доп. / под ред. В. И. Чиссова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2010. – 543 с
- 29 ВИЧ – инфекции и СПИД. Клинические рекомендации под ред. В.В.Покровского. –М. : «ГЭОТАР –Медиа», 2007. - 116с.

- 30 Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону: учеб. пособие : в 7 т. Инфекционные болезни / под ред. Э. Фаучи ; пер. с англ. под общ. ред. Н. Н. Алипова, Е. Р. Тимофеевой. – М. : Практика, 2005. – Кн. 3. - 1525 с.
- 31 Ерохин В.В., Земскова З.С., Шилова М.В. Патологическая анатомия туберкулеза. – М., Медицина, 2000. – 149 с.
- 33.Баринов В.С. Ариэль Б.М. Хирургические подходы в комплексном лечении абдоминального туберкулеза. СПб., 2007. – 18 с.
- 34 .Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых : руководство / В. Н. Зимина, В. А. Кошечкин, А. В. Кравченко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 224 с.
- 35.Н. А. Браженко, О. Н. Браженко. Саркоидоз в клинике туберкулёза органов дыхания, Изд. Спец. лит – 2015 – 240с

### **Дополнительная литература**

- 1 Баринов В.С., Прохорович Н.А., Семенченко П.В. Активное выявление больных туберкулезом органов брюшной полости Учебное пособие -. СПб., 2005. – 28 с.
- 2 Барнаулов А.О., Елькин А.В., Павлова М.В.Биологические свойства микобактерий туберкулеза. Учебное пособие.— СПб.: Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2012.– 26 с.
- 3 Барнаулов А.О., Соловьева Т.Н., Козлова Н.В., Морозов Н.В. Молекулярно-генетические методы диагностики туберкулеза. Учебное пособие .— СПб.: Издательство «Стикс», 2013.– 20 с.
- 4 Батаев В.М., Устинова Е.И. Комплексная терапия при туберкулезных заболеваниях глаз. Учебное пособие - СПб, 2005. – 15 с.
- 5 Бестим в комплексной терапии туберкулеза легких / Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Ю.Н. Левашева, А.С. Симбирцева. – СПб., 2007. – 68 с.
- 6 Внелегочный туберкулез: Руководство для врачей / Под ред. проф. А. В. Васильева. – СПб., Фолиант, 2000. – 568 с.
- 7 Диагностика, химиотерапия, хирургия лекарственно-устойчивого туберкулеза органов дыхания / Под ред. А.К. Стрелиса, А.А. Стрелиса. – Томск, Издательство «Красное знамя», 2007. – 256 с.
- 8 Довгалюк И.Ф., Скворцова Л.А., Целикова В.А., Старшинова А.А. Комплексная диагностика туберкулезных поражений внутригрудных лимфатических узлов у детей. – СПб., 2005. – 13 с.
- 9 Еще раз о выявлении и диагностике туберкулеза / Под ред. чл.-корр. РАМН, профессора Ю.Н. Левашева. – СПб, Элби-СПб, 2007. – 160 с.
- 10 Журавлев В.Ю., Козлова Н.В., Соловьева Т.Н., Левашев Ю.Н. Современные аспекты диссеминированных форм туберкулеза органов дыхания (клиника, диагностика). СПб., 2006. – 39 с.
- 11 Козлова Н.В., Соловьева Т.Н., Барнаулов А.О. Туберкулёз лёгких нижнедолевой локализации (Клиника, диагностика и лечение). Учебное пособие - СПБ: Издательство «Стикс», 2013. – 23 с.
- 12 Козлова Н.В., Соловьева Т.Н., Журавлев В.Ю. Милиарный Туберкулёз (Клиника, диагностика и лечение). Учебное пособие - СПБ: Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И Мечникова, 2012. – 25 с.
- 13 Кондакова М.Н., Елькин А.В., Павлова М.В. Значение системы HLA в развитии туберкулеза органов дыхания у подростков. Учебно-методическое пособие.— СПб.: Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2012.– 23 с.
- 14 Костно-суставной туберкулез. От П.Г. Корнева до наших дней: Монография / Под ред. Ю.Н. Левашева, А.Е. Гарбуза. – М., Медицина, 2003. – 293 с.
- 15 М.Н. Кондакова, А.В. Елькин, П.В.Гаврилов, М.В. Павлова. Значение спиральной компьютерной томографии в диагностике и дифференциальной диагностике

- туберкулеза органов дыхания.. Учебно-методическое пособие.: Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2013.– 32с. В печати.
- 16 Оттен Т.Ф., Васильев А.В. Микобактериоз. – СПб., Медпресс, 2005. – 224 с
- 17 Гольдштейн В. Д.Туберкулез органов дыхания у лиц пожилого и старческого возраста [Текст] /. - М.: БИНОМ - 2013. - 222 с.
- 18 Гольдштейн В. Д.Первичный туберкулёт органов дыхания у взрослых – бином- М – 2013 – 112с.
- 19 Тюхтин Н.С., Стогова Н.А., Гиллер Д.Б. Болезни плевры. Медицина – М. – 2010.- 253с.
- 20 Ерохин В.В., Мишин В.Ю, Чуканов В.И. Казеозная пневмония Медицина – М. -2008 – 192с.
- 21 Морозов Н.В. Генитография во фтизиоурологии. Учебное пособие.— СПб.: Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2013.– 15 с.
- 22 Морозов Н.В. Трудности диагностики туберкулеза мочевой системы. - . Учебное пособие.— СПб.: Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2012.– 26 с.
- 23 Павлова М.В. Туберкулез у подростков. Учебное пособие - СПб., 2005. – 24 с.
- 24 Павлова М.В., Елькин А.В., Иванова Л.А., Заболотных Н.В. Интерлейкины: клинико-экспериментальное обоснование применения в комплексном лечении туберкулеза. СПб., 2005. – 28 с.
- 25 Покровский В.И., Литвинов В.И., Ловачева О.В., Лазарева О.Л. Туберкулезный менингит. – М., Медицина и жизнь, 2005. – 244 с.
- 26 Решетов А.В., Елькин А.В., Какышева О.Е. Изолированные внутрилегочные метастазы. Клиника, диагностика, современные взгляды на хирургическую тактику лечения - Учебное пособие. ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2013.– 37 с...
- 27 Соловьева Т.Н. Туберкулез органов дыхания и легочное сердце. Т.Н. Соловьева, К.Г. Тярасова, О.Т. Гончаренко, Н.В. Козлова. Учебное пособие— СПб.: Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2012.– 31 с.
- 28 Соловьева Т.Н., А.В.Елькин, Н.В.Козлова, Барнаулов А.О. Табакокурение и туберкулёт органов дыхания. Учебное пособие — СПб.: Издательство «Стикс», 2013.– 23 с.
- 29 Суханов Д.С., Оковитый С.В. Гепатотропные средства в терапии поражений печени противотуберкулезными препаратами. - Учебное пособие. – СПб., 2012. – 64 с.
- 30 Туберкулезный менингит. Покровский В.И., Литвинов В.И., Ловачева О.В., Лазарева О.Л.. – М., Медицина и жизнь, 2005. – 244 с.
- 31 Устинова Е.И. Туберкулез глаз и сходные с ним заболевания. – СПб., Питер, 2002. - 276 с.
- 32 Чужков А.Л., Беллендир Э.Н. Туберкулез и другие микобактериальные инфекции кожи (патогенез, диагностика, лечение) / Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Ю.Н. Левашева. СПб., ЭЛБИ-СПб, 2007. – 128 с.
- 33 Шаров Ю.К., Елькин А.В., Литвинов А.Ю.. Диафрагмальные грыжи - Учебное пособие.— СПб.: Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2013.– 32с.
- 34 Морозов Н.В.Мочекаменная болезнь и туберкулёт мочеполовой системы - Учебное пособие . СПб Стикис – 2014. - 22с.
- 35 Соловьева Т.Н., Н.В. Морозов, Н.В.Козлова, Барнаулов А.О, А.В.Елькин Туберкулёт органов дыхания и алкогольная зависимость. Учебное пособие. СПб Стикис - 2014.- 32с.
- 36 В.Н.Зайцев .Организационно-методическая работа противотуберкулёзного диспансера. Структура и функции ПТД. Санитарная профилактика туберкулёза в очагах туберкулёзной инфекции. Клиническое излечение от туберкулёза. Остаточные изменения. Группы диспансерного учёта./ учебное пособие Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова- 2014,- 334с.

- 37 Е.Д. Бажанова, Д.С.Суханов, Д.Л.Теплый. Фармакологическая коррекция апоптоза гепатоцитов при токсическом поражении печени. Издательство СПб: Тактик-Студио. - 2014.- 43с.
- 38 Барнаулов А.О. Елькин А.В., Павлова М.В.Возбудитель туберкулёза в свете современных научных представлений. Учебное пособие - СПб Стикс- 2014 20с.
- 39 К.Г.Тярасова, О.В.Кольникова, С.В.Гудова. Лечебный режим и лечебное питание больного туберкулёзом. Учебное пособие – Стикс – 2014. - 45с.
- 40 А.В.Елькин, М.К.Калеченков, И.В.Львов. Показания к хирургическому лечению туберкулёза лёгких. Учебное пособие – Спб Стикс- 2014- 32с
- 41 Т.Н.Соловьева А.В.Елькин, Н.В.Козлова, А.О.Барнаулов. Особенности развития и течения фиброзно-кавернозного туберкулёза лёгких в условиях лекарственной устойчивости микобактерий. Учебное пособие – СПб Стикс 2015 -27с
- 42 А.В.Решетов, Пневмоторакс . Учебное пособие – Спб.Стикс- 2014- 21с.
- 43 Алтунина М.М. Профилактика туберкулёза. Учебное пособие. Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова,- 2014- 24с.
- 44 Морозов Н.В. Гипердиагностика туберкулёза почек при пороках их развития. - Учебное пособие.— СПб.: Издательство «Стикс» 2015.– 24 с.
- 45 Козлова Н.В., Соловьева Т.Н., Барнаулов А.О. Микобактериоз. Учебное пособие - СПБ: Издательство «Стикс», 2015. – 48с.
- 46 Соловьева Т.Н., Елькин А.В., Н.В.Козлова Н.В., Барнаулов А.О. Учебное пособие Особенности развития и течения фиброзно-кавернозного туберкулёза лёгких в условиях лекарственной устойчивости микобактерий. Учебное пособие.— СПб.: Издательство «Стикс», 2015. – 28 с.
- 47 Кондакова М.Н., А.В. Елькин А.В., Ковалева Р.Г . Первичный туберкулёз органов дыхания у подростков. Возможности диагностики на современном этапе. Учебно-методическое пособие: Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2015.– 36с.
- 48 Тярасова К.Г., Кольникова О.В., Гудова С.В., Новицкая И.Н. Специфическая диагностика туберкулёза . Учебное пособие. Издательство СПб: ООО «Стикс», 2015.- 60с.
- 49 Владимиров К.Б.. Туберкулёзный плеврит: клиника, диагностика и лечение. – Учебно-методическое пособие пособие . . Издательство ГБОУ ВПО.СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2015.- 32с.
- 50 Жемков В.Ф. Эпидемиологические основы борьбы с туберкулёзом.- М.: РООИ «Здоровье человека», 2015.- 48с.
- 51 Алтунина М.М., Турсунова Н.А. Дифференциальная диагностика диссеминированных форм туберкулёза . - Учебное пособие СЗГМУ им И.И.Мечникова - 2016 – 38с.
- 52 Калеченков М.К., Елькин А.В Экономные операции при туберкулёзе лёгких - Учебное пособие – СЗГМУ ИМС И.И.Мечникова. -2016. – 39с.
- 53 Козлова Н.В., Соловьёва Т.Н., Барнаулов А.О. Синдром лёгочной диссеминации в классификации туберкулёза - Учебное пособие – Стикс – СПБ -2016-27с.
- 54 Новицкая И.Н., Барнаулов А.О. Противотуберкулёзный диспансер. Учебное пособие – Стикс СПБ-2016-35с
- 55 Решетов А.В., Луфт А.В., Коваленко Д.И. Синдром плеврального выпота. Учебное пособие - Стикс СПб – 2016 - 55с.
- 56 Соловьёва Т.Н., Козлова Н.В., Барнаулов А.О., Евсеев П.Ю. Микотические поражения бронхолёгочной системы у больных туберкулёзом органов дыхания . Учебное пособие - Стикс СПб - -2016 – 47св.
- 57 Тярасова К.Г, Гудова С.В., Кольникова О.В.Дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулёза лёгких - Учебное пособие – Стикс- СПБ – 2016 – 55с

**Дополнительная литература (нормативные документы)**

- Приказ МЗМП РФ № 85/08 от 6 марта 1995 г. «О мерах по совершенствованию противотуберкулезной помощи в местах лишения свободы МВД РФ». – М., 1995. – 12 с.
- Приказ МЗМП РФ № 50 от 25 марта 1995 г. «Об организации дневного туберкулезного стационара». – М., 1995. – 16 с.
- Приказ МЗ РФ № 33 от 2 апреля 1998 г. «Об утверждении стандартов (модели протоколов) лечения больных туберкулезом». – М., 1998. – 109 с.
- Диагностика поставакцинальных осложнений после введения вакцины БЦЖ: Методические рекомендации № 99/219. – М., 2000. – 18 с.
- Федеральный закон №77-ФЗ от 18 июня 2001 г. «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации». – М., 2001. – 11 с.
- Постановление Правительства Российской Федерации №892 от 25 декабря 2001 г. «О реализации Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации». – М., 2001. – 8 с.
- Постановление Правительства Российской Федерации №188 от 2 апреля 2003 г. «О перечне инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранным гражданам и лицам без гражданства, или вида жительства, или разрешения на работу в Российской Федерации». – М., 2003. – 1 с.
- Приказ №109 МЗ РФ от 21 марта 2003г. «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации». – М., 2003. – 367 с.
- Постановление главного государственного санитарного врача Российской Федерации МЗ РФ от 22 апреля 2003 г. «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1295-03». – М., 2003 – 16 с.
- Приказ №50 МЗ РФ от 13 февраля 2004 г. «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза». – М., 2004. – 53 с
- . Постановление Правительства РФ от 16.06.2006г. №378 «Об утверждении перечня тяжелых форм хронических заболеваний, при которых невозможно совместное проживание граждан в одной квартире».
- Приказ №1224н МЗ РФ от 29 декабря 2010 г. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации
- Приказ Минздрава и соцразвития РФ №855 от 29 октября 2009 "О внесении изменений в приложение №4 к приказу Минздрава России от 23 марта 2003 №109".
- Приказ № 60 МЗ РФ от 22.октября.2013 Об утверждении Санитарных правил по профилактике туберкулеза.

Приказ Минздрава России № 932н от 15 ноября 2012 года Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулём

- Приказ № 125н МЗ РФ от 21 марта 2014 Об утверждении национального календаря прививок.
- Приказ № 951 МЗ РФ от 29.декабря 2014 Об утверждении национального руководства по диагностике и лечению туберкулеза
- Инструкция по химиопрофилактике туберкулеза у взрослых больных ВИЧ – инфекцией, 2016