

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



Программа одобрена

Ученым советом

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

« 5 » 06 2020 г., протокол № 3

«УТВЕРЖДАЮ»

Ректор

Карякин Н.Н.

« 5 » 06 2020 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

по специальности
31.08.51 «ФТИЗИАТРИЯ»

Квалификация: врач-фтизиатр

Нижний Новгород
2020

1. Общие положения

1.1. Программа государственной итоговой аттестации по образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» разработана в соответствии с Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ; Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности «Фтизиатрия»; приказом Минобрнауки России от 18 марта 2016 г. №227 «Об утверждении порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки), приказом Минобрнауки России от 19.11.2013 г. № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры», Положением «О порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России».

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

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

1.4. Государственная итоговая аттестация по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия» проводится государственными экзаменационными комиссиями, состав которой утверждается приказом ректора не позднее чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации

1.5. К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план (при индивидуальном обучении) по образовательной программе высшего образования - программе ординатуры по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия».

1.6. Успешное прохождение государственной итоговой аттестации по программе ординатуры является основанием для выдачи обучающемуся документа о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации - по программам ординатуры.

2. Требования к выпускникам, обучавшимся по программе ординатуры по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия»

Государственные аттестационные испытания предназначены для оценки сформированности:

1) универсальных компетенций:

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

2) профессиональных компетенций:

- готовность к определению у пациентов патологического состояния, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании специализированной фтизиатрической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- 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);
- готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- 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 медицинских эвакуации (ПК-12);
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9).

Оценка сформированности компетенций проводится в ходе проверки уровня теоретической подготовки и способности обучающихся к решению профессиональных *задач* в соответствии с видами профессиональной деятельности:

профилактическая деятельность: предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий; проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения; проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность: диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования; диагностика неотложных состояний; диагностика беременности; проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность: оказание специализированной медицинской помощи; участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность: проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность: формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность: применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях; организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений; организация проведения медицинской экспертизы; организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам; ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях; создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда; соблюдение основных требований информационной безопасности.

3. Процедура проведения государственной итоговой аттестации

Подготовка и сдача государственного экзамена: 108 ч / 3 з.е.

Общая трудоемкость: 108 ч / 3 з.е.

3.1. Государственный экзамен проводится по утвержденной программе, входящей в основную профессиональную образовательную программу ординатуры по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия», содержащей перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен.

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

3.3. Государственный экзамен проводится поэтапно и включает следующие обязательные аттестационные испытания:

- проверку уровня теоретической подготовленности путем тестового контроля;
- проверку уровня усвоения практических умений;
- итоговое собеседование.

Материал для тестового контроля охватывает содержание дисциплин (модулей) базовой части учебного плана образовательной программы. Содержание тестовых заданий позволяют установить и оценить различные стороны логики профессионального мышления: сравнение, сопоставление и противопоставление данных, анализ и синтез предполагаемой информации, установление причинно-следственных связей.

Соответствие доли правильных ответов оценке установлено следующим образом: 90-100% - «отлично», 80-89% - «хорошо», 70-79% - «удовлетворительно», 69 и менее % - «неудовлетворительно».

Проверка уровня практических умений проводится в симуляционно-аккредитационном центре и/или на базах кафедр, осуществляющих подготовку по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия». Оценивается сформированность универсальных и профессиональных компетенций обучающихся при решении задач профессиональной деятельности. Результат выражается в виде «зачтено» или «не зачтено».

Итоговое собеседование проводится по билетам, включающим не более 3 ситуационных задач и не более 2 теоретических вопросов. Итоговое собеседование проводится в аудитории Университета. При подготовке к ответу в устной форме обучающиеся делают необходимые записи по каждому вопросу на выданных экзаменатором листах бумаги. На

подготовку к ответу первому обучающемуся предоставляется до 45, остальные ординаторы отвечают в порядке очередности. На ответ обучающегося по билету и вопросы членов экзаменационной комиссии отводится не более 30 минут.

Устанавливаются следующие критерии оценки результатов собеседования:

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, основной и дополнительной литературы;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, но допускает неточности при ответах на вопросы;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов.

По результатам трех государственных аттестационных испытаний государственной экзаменационной комиссией выставляется итоговая оценка за государственный экзамен. Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают прохождение государственной итоговой аттестации.

3.4. Результаты и итоги государственной итоговой аттестации подводятся на открытых заседаниях экзаменационных комиссий с участием не менее 2/3 их состава. Результаты государственного аттестационного испытания, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения.

3.5. Решения, принятые комиссией, оформляются протоколами. В протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания отражаются перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии 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. Протоколы заседаний комиссии подписываются председателем. Протокол заседания государственной экзаменационной комиссии также подписывается секретарем государственной экзаменационной комиссии.

Протоколы заседаний комиссии хранятся в деканате ФПСВК в течение 5 лет, затем передаются и хранятся в архиве Университета.

3.6. Для обучающихся из числа инвалидов государственная итоговая аттестация проводится Университетом с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

4. Материалы для подготовки к государственной итоговой аттестации по образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия»

4.1. Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен:

Возбудитель туберкулёза, его виды, свойства.

Эпидемиология туберкулёза в современных условиях.

Туберкулинодиагностика. Применение туберкулиновых проб для диагностики туберкулёза в клинике и при массовых обследованиях детей и подростков.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Цель и задачи. Противопоказания. Учет и интерпретация пробы.

Внутрикожная проба с препаратом «Аллерген туберкулёзный рекомбинантный»-«Диаскин-тест». Определение. Показания к проведению.

Техника постановки. Критерии оценки.

Организация выявления туберкулёза у детей и подростков.

Организация выявления туберкулёза у взрослых.

Очаг туберкулезной инфекции. Определение. Типы очагов.

Мероприятия по оздоровлению очага туберкулезной инфекции, проводимые противотуберкулезным диспансером.

Работа противотуберкулезного диспансера с общей лечебной сетью.

Клиническая классификация туберкулёза. Фазы туберкулезного процесса: инфильтрация, распад, обсеменение. Клинико-рентгенологическая характеристика

Первичный туберкулёзный комплекс. Определение, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов. Определение. Патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Милиарный туберкулез. Определение. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

Диссеминированный туберкулёз. Определение. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

Очаговый туберкулёз легких. Определение Патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Инфильтративный туберкулёз. Определение Патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Казеозная пневмония. Определение Патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Туберкулёма. Определение Типы туберкулём. Патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Кавернозный туберкулёз легких. Определение. Патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Фиброзно-кавернозный туберкулёз легких. Определение. Патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Цирротический туберкулёз. Определение. Патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Туберкулёзный плеврит (в том числе эмпиема). Определение. Патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Туберкулез у лиц пожилого и старческого возраста. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Исходы.

Туберкулёз в сочетании с пылевыми профессиональными заболеваниями.

Дыхательная недостаточность (острая, хроническая). Патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Туберкулёз в сочетании с ВИЧ-инфекцией, клиника, диагностика, лечение.

Туберкулёз бронхов. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Туберкулёз трахеи, гортани. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Саркоидоз. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Туберкулёз мозговых оболочек и центральной нервной системы. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Урогенитальный туберкулёз. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Абдоминальный туберкулёз. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Туберкулёз костей и суставов. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Туберкулёз периферических лимфатических узлов. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Туберкулез глаз. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Специфическая профилактика туберкулеза. Вакцина БЦЖ. Характеристика основных свойств. Условия хранения. Метод и техника введения. Доза. Вакцинация вакциной БЦЖ. Показания и противопоказания. Характер местной прививочной реакции. Осложнения, возникающие на месте введения вакцины БЦЖ.

Химиопрофилактика туберкулеза.

Санитарная профилактика туберкулеза.

Противотуберкулезные антибактериальные препараты, их фармакологическая характеристика и взаимодействие. Распределение противотуберкулезных препаратов по их эффективности. Методы введения противотуберкулезных препаратов.

Стандартные режимы химиотерапии: I, II, III, IV, V. Фазы курса химиотерапии (интенсивная, продолжения). Химиотерапия различных групп больных туберкулезом. Обследование больных туберкулезом при проведении химиотерапии.

Туберкулез легких с лекарственной устойчивостью возбудителя. Классификация лекарственной устойчивости МБТ к антибактериальным препаратам. Особенности лечения.

Коллапсотерапия туберкулеза. Искусственный пневмоторакс и пневмоперитонеум. Показания к применению. Техника проведения. Неотложная помощь при спонтанном пневмотораксе.

Экспертиза трудоспособности при туберкулезе. Причины потери трудоспособности. Ограничения профессиональной деятельности в связи с перенесенным туберкулезом легких.

Легочное кровотечение, кровохарканье при туберкулезе. Патогенез. Лечение.

Классические микробиологические методы в диагностике туберкулеза: методы микроскопии, культуральные методы. Молекулярно-генетическая диагностика туберкулеза

Хроническое легочное сердце. Лечение.

Нетуберкулезные микобактерии (НТМБ), их свойства, классификация.

Дифференциальная диагностика МБТ с НТМБ.

Туберкулез кожи. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

4.2. Список практических навыков и умений

Общие умения:

- получить информацию о заболевании, применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания;
- оценить тяжесть состояния больного, принять необходимые меры для выведения больного из такого состояния, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказать необходимую срочную помощь;
- определить специальные методы исследования (лабораторные, рентгенологические и функциональные);
- определить показания для госпитализации и организовать ее;
- провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного;
- оценить электрокардиограмму, спирограмму, данные рентгенологического обследования и дать по ним заключение;
- определить степень нарушения гомеостаза и выполнить все мероприятия по его нормализации;
- назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;

- *определить вопросы трудоспособности больного - временной или стойкой нетрудоспособности, перевод на другую работу;*
- *провести необходимые противоэпидемические мероприятия при выявлении инфекционного больного;*
- *провести диспансеризацию здоровых и больных, уметь анализировать результаты;*
- *оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению.*

Специальные умения и навыки:

- *оценка результатов лабораторных и специальных методов исследования (морфологических, биохимических, иммунологических, бактериологических, серологических показателей крови, мочи, мокроты, кала, спинномозговой жидкости, показателей коагулограммы, КЩС);*
- *определение группы крови и резус-фактора донора и реципиента;*
- *составление индивидуального плана собеседования и лечения пациентов с заболеваниями;*
- *постановка клинического диагноза в соответствии с международной классификацией заболеваний;*
- *разработка плана адекватной подготовки пациента к операции, определения очередности процедур и манипуляций ;*
- *подготовка к проведению противоэпидемических мероприятий в очагах особо опасных инфекций;*
- *проведение экспертной оценки и анализа результатов консервативного и хирургического лечения во фтизиатрии с использованием медико-статистических показателей;*
- *проведение профилактических медицинских осмотров пациентов с целью выявления туберкулеза;*
- *организация работы фтизиатрического кабинета, отделения, диспансера*
- *диспансеризация пациентов с учетом выявленной фтизиатрической патологии. Проведение реабилитационных мероприятий после хирургического и консервативного лечения с проведением традиционных и нетрадиционных методов;*
- *назначение санаторно-курортного лечения, направление на медицинскую реабилитацию;*
- *приобретение навыков педагогической деятельности (занятия с группами студентов под руководством преподавателя);*
- *составление аналитического отчета по практической работе врача-фтизиатра диспансера и стационара;*
- *заполнение первичной документации на больного с туберкулезом в диспансере*
- *оформление истории болезни в туберкулезном стационаре;*
- *приобретение навыков руководства средним персоналом фтизиатрического кабинета, диспансера и стационара;*
- *пропаганда здорового образа жизни и проведение санитарно-просветительной работы по профилактике туберкулеза*
- *приобретение навыков организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях: введение лекарственных средств, оказание помощи при чрезвычайных ситуациях.*

Примеры тестовых заданий

001. В протоколе рентгенологического исследования необходимо отобразить

- a) *скиалогическую характеристику патологического процесса*

б) морфологическую характеристику патологического процесса

в) предположение о морфологии процесса, полученное на основании скиалогической характеристики патологических изменений в легких и органах средостения

002. Заключение протокола рентгенологического исследования является

а) выводом

б) диагнозом

в) кратной скиало-морфологической характеристикой патологического процесса

003. Заключение протокола рентгенологического исследования может быть

а) конкретным

б) с указанием дифференциально-диагностического ряда, включающим не более двух нозологических форм

в) с рекомендациями применения дополнительных методов для уточнения диагноза в неясном случае

г) всем вышеперечисленным

004. В заключении протокола рентгенологического исследования кроме формы туберкулеза необходимо отразить

а) локализацию процесса

б) распространенность процесса

в) активность процесса (его фазу)

г) вариант процесса

д) все перечисленное

005. Туберкулез бронха, выявленный во время бронхоскопии, протекает клинически мало-симптомно

а) в 5-7% случаев

б) в 20-30% случаев

в) в 50% случаев

006. Бронхоскопия у больных туберкулезом показана

а) при всех формах легочного туберкулеза, протекающих с деструкцией и бактериовыделением

б) при предоперационном обследовании больных

в) при туберкулезных плевритах и туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов

г) при бактериовыделении из очага неясной локализации

д) при всех перечисленных случаях

007. Лечебная бронхоскопия у больных туберкулезом показана

а) при инфильтративном туберкулезе бронха без выраженного стеноза его просвета

б) при язвенном туберкулезе стенки долевого бронха с разрастанием грануляции, стенозирующих его просвет

в) при локальном катаральном эндобронхите

г) при разлитом гипертрофическом эндобронхите

008. Бронхоскопия с помощью "жесткого" бронхоскопа имеет преимущества по сравнению с фибробронхоскопией, кроме

а) дешевизны аппаратуры

б) лучшего обзора трахеи и бронхов 1-2-го порядка

в) возможности осмотреть стенку бронхов 3-6-го порядка

009. Фибробронхоскопия имеет все перечисленные преимущества по сравнению с бронхоскопией "жестким" бронхоскопом, кроме

а) дешевизны аппаратуры

б) меньшей травматичности вмешательства

в) возможности произвести биопсию легочной ткани

010. При трансбронхиальной щипцовой биопсии берутся на исследование

а) кусочки слизистой бронха

б) кусочки стенки бронха со слизистой оболочки и хрящевой тканью

в) участки паренхимы легкого

011. Инфильтративный туберкулез легких - это

а) туберкулез легких, характеризующийся участком затемнения

б) туберкулез легких, проявляющийся клиникой пневмонии

в) туберкулез легких, характеризующийся воспалительными изменениями с преобладанием экссудативного компонента и казеозным некрозом в центре

012. Преобладание экссудативного воспалительного процесса при инфильтративном туберкулезе с казеозным некрозом и частым образованием полостей распада происходит в первую очередь

а) из-за гиперергической реакции макроорганизма на микобактерии туберкулеза

б) из-за гиперсенсibilизации легочной ткани к антигенам микобактерий туберкулеза

в) из-за массивного размножения инфекции в очаге поражения

013. В основу клинико-рентгенологических вариантов инфильтратов положено

а) поражение бронха

б) степень выраженности специфического воспаления и его распространенность

в) наличие ателектатических изменений

г) объем поражения легкого

д) клинические проявления болезни

014. Лобулярный инфильтрат характеризуется

а) отсутствием клинических проявлений заболевания

б) умеренно выраженными и непродолжительными клиническими симптомами заболевания

в) наличием симптомов локального бронхита

г) наличием влажных хрипов в легком

1) весь объем

015. Для лобулярного инфильтрата наиболее характерными рентгенологическими признаками являются

а) однородный круглый фокус с очагами вокруг

б) однородная неправильной формы фокусная тень, нередко с очагами вокруг

в) неоднородный участок затемнения с очагами вокруг

г) треугольный неоднородный участок с очагами вокруг

016. Лобулярный инфильтрат наблюдается среди инфильтративного туберкулеза

а) в 10% случаев

б) в 20% случаев

в) в 30% случаев

г) в 50% случаев

017. При лобулярном инфильтрате микобактерии туберкулеза в мокроте и промывных водах бронхов обнаруживаются

а) до 10% случаев

б) до 20% случаев

в) до 30% случаев

г) до 50% случаев

д) свыше 50% случаев

018. При лобулярном инфильтрате распад определяется

- а) менее, чем в 10% случаев
- б) около 20% случаев
- в) около 30% случаев
- г) около 50% случаев
- д) выше 50% случаев

4.3. Примеры ситуационных задач

№1	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 45 лет, обратился к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 38,2°С, слабость, потливость, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при умеренной физической нагрузке, похудание на 5кг за месяц.</p> <p>Из анамнеза известно, что ухудшение самочувствия пациент отмечает в течение месяца, когда стал отмечать слабость, потливость, повышение температуры преимущественно в вечернее время, кашель, появилась одышка, похудел. Лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие средства. Курит (около 25 лет, 1 пачка сигарет в день), злоупотребление алкоголем – отрицает. Употребление наркотиков – отрицает. Эпидемиологический анамнез: раннее туберкулезом не болел. Туб. контакт – сосед болен туберкулезом легких.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложения. Рост 180 см, вес 69кг. Кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка правильной формы, правая половина грудной клетки несколько отстаёт при дыхании. Притупление перкуторного звука справа в верхних отделах грудной клетки, где выслушивается бронховезикулярное дыхание, единичные влажные хрипы. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 78 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст.</p> <p>В анализах: E_r – $4,1 \cdot 10^{12}/л$, H_b – 132 г/л, Le – $11,2 \cdot 10^9/л$, p – 8%, c – 72%, $л$ – 12%, $м$ – 7%, $э$ – 1%, CO_2 – 42 мм/ч.</p> <p>На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: в верхней доле правого легкого на фоне усиленного легочного рисунка определяются участки инфильтрации, часть из которых с полостями распада (максимальная из них $2,5 \cdot 1,8$ см), полиморфные</p>

		<p>очаги. В 4, 5, 6 сегментах с обеих сторон очаги бронхогенного засева.</p> <p>ДСТ – папула 12 мм.</p> <p>В мокроте: МСК обнаружены КУМ 2+. ПЦР-РВ обнаружена ДНК МБТ; мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Укажите, какой дополнительный метод инструментального исследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.
В	4	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
В	5	Через 5 месяцев контролируемой регулярной противотуберкулезной терапии у пациента отмечается ликвидация симптомов интоксикации и респираторных жалоб, нормализация лабораторных показателей, прекращение бактериовыделения. При рентгено-томографическом исследовании отмечается рассасывание очагов бронхогенного засева, частичное уменьшение инфильтрации и очагов в верхней доле правого легкого, но деструктивные изменения сохраняются (сформировались туберкулемы средних размеров с распадом). Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
№2	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у	-	<p>У мужчины, 25 лет, при проведении профилактической флюорографии выявлены изменения в легких.</p> <p>Из анамнеза известно, что в течение последнего месяца отмечал быструю утомляемость, слабость, небольшой кашель преимущественно сухой, иногда с выделением небольшого количества мокроты. К врачу не обращался, так как связывал ухудшение самочувствия с большой нагрузкой на работе и курением. Курит (около 10 лет, 1 пачка сигарет в день), злоупотребление алкоголем – от-</p>

		<p>рицает. Употребление наркотиков – отрицает. Предыдущая ФЛГ (год назад) – норма. Эпидемиологический анамнез: раннее туберкулезом не болел. Туб. контакт отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложения. Рост 170 см, вес 58 кг. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Грудная клетка правильной формы, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Перкуторный звук ясный легочный. Дыхание везикулярное, хрипы четко не выслушиваются. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 74 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: E_r – $4,2 \cdot 10^{12}/л$, H_b – 134 г/л, Le – $8,6 \cdot 10^9/л$, p – 4%, c – 66%, $л$ – 21%, $м$ – 7%, $э$ – 2%, СОЭ – 22 мм/ч.</p> <p>КТ органов грудной клетки: во 2 сегменте правого легкого определяется фокус инфильтрации размером 24мм*18мм*15мм (высота) с небольшой полостью распада в центре 8мм*5мм*4мм в окружении гиподенсивных очагов. В других сегментах правого легкого и в левом легком – без очаговых и инфильтративных изменений.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ – папула 15 мм. ДСТ – папула 10 мм.</p> <p>В мокроте: МСК КУМ не обнаружены 3-кратно. ПЦР-РВ обнаружена ДНК МБТ; мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено.</p>
В	1	Оцените результаты пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста.
В	2	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

В	4	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
В	5	<p>Через 3 месяца контролируемой регулярной противотуберкулезной терапии 4 препаратами (изониазид, рифампицин, пипразинамид, этамбутол) у пациента отмечается ликвидация симптомов интоксикации и респираторных жалоб, нормализация лабораторных показателей, прекращение бактериовыделения. При проведении КТ органов дыхания отмечается выраженная положительная динамика в виде уменьшения размеров инфильтрата до размеров очага (9мм*8мм*5мм), уменьшения количества и размеров очагов во 2 сегменте правого легкого; полостей распада не выявлено.</p> <p>Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.</p>
№3	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 52 лет, обратился к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°C, кашель со слизисто-гноющей мокротой, одышку, слабость, потливость, боли в грудной клетке.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент заболел остро 2 дня назад. После переохлаждения появилась слабость, повышение температуры, потливость, кашель, одышка при умеренной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки при кашле и глубоком дыхании. Лечился самостоятельно (принимал жаропонижающие средства) без эффекта, обратился к врачу. Хронические заболевания: сахарный диабет. Употребление наркотиков, курение, злоупотребление алкоголем – отрицает. Предыдущая ФЛГ (10 месяцев назад) – норма. Эпидемиологический анамнез: раннее туберкулезом не болел. Туб. контакт – друг болен туберкулезом легких.</p> <p>При осмотре: состояние ближе к удовлетворительному. Нормостенического типа телосложения. Рост 178 см, вес 82кг. Кож-</p>

		<p>ные покровы чистые, бледные. Грудная клетка правильной формы, правая половина грудной клетки несколько отстает при дыхании. Притупление перкуторного звука справа в верхних отделах грудной клетки, где выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, влажные хрипы. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 88 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: Eг – $4,1 \cdot 10^{12}$/л, Hб – 130 г/л, Le – $13,2 \cdot 10^9$/л, п – 6%, с – 72%, л – 14%, м – 7%, э – 1%, СОЭ – 41 мм/ч.</p> <p>При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки: в верхнем поле правого легкого (от верхушки до переднего отрезка 3 ребра) определяются участки инфильтрации. Левое легкое – без очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких структурные. Сердце – норма.</p>
В	1	Какова Ваша лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
В	2	<p>Пациенту проведен курс противопневмонического лечения с применением антибиотиков широкого спектра действия (цефтриаксон) в течение 2 недель. В результате лечения отмечается улучшение самочувствия: уменьшение кашля, слабости, одышки, однако сохраняется повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$ преимущественно в вечернее время, одышка при физической нагрузке.</p> <p>В анализах: Eг – $4,2 \cdot 10^{12}$/л, Hб – 132 г/л, Le – $10,8 \cdot 10^9$/л, п – 5%, с – 70%, л – 15%, м – 9%, э – 1%, СОЭ – 40 мм/ч.</p> <p>При рентгенологическом контроле: в верхнем поле правого легкого (от верхушки до переднего отрезка 3 ребра) сохраняются участки инфильтрации, структура их стала неомогенной.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ – папула 14 мм. ДСТ – папула 9 мм.</p>

		<p>В мокроте: МСК КУМ не обнаружены 3-кратно. ПЦР-РВ обнаружена ДНК МБТ; мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено.</p> <p>КТ органов грудной клетки: в верхней доле правого легкого (1 и 2 сегменты) определяется участок инфильтрации с небольшими полостями распада (максимальная из них 10мм*7мм*5мм), в окружающей легочной ткани многочисленные гиподенсивные очаги. В 3, 6 сегментах правого легкого, 4, 5, 6 сегментах левого легкого немногочисленные очаги бронхогенного засева.</p> <p>Оцените результаты пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста.</p>
В	3	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	4	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	5	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
№4	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 49 лет, неработающий, обратился к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 39,5°C, кашель со слизистозной мокротой, одышку при небольшой физической нагрузке, слабость, потливость, боли в грудной клетке, похудание.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент заболел остро 3 дня назад. После переохлаждения появилась резкая слабость, озноб, кашель, боли в левой половине грудной клетки при кашле и глубоком дыхании, потливость, одышка, температура тела повысилась до 39,5°C. Лечился самостоятельно (принимал жаропонижающие средства) без эффекта, состояние ухудшилось, обратился к врачу. Отмечает, что за последнее время похудел. Курит (около 30 лет, 1 пачка сигарет в день), злоупотребляет алкоголем. Употребление наркотиков отрицает. Находился в ИТУ с 2000г. по 2009г. Преды-</p>

		<p>дущая ФЛГ (4 года назад) – норма. Эпидемиологический анамнез: раннее туберкулезом не болел. Туб. контакт – друг болен туберкулезом легких.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести. Астенического типа телосложения. Рост 180 см, вес 61кг. Кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка правильной формы, левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Притупление перкуторного звука слева в верхних отделах грудной клетки, в межлопаточном пространстве, где выслушивается бронхиальное дыхание, влажные хрипы. ЧД – 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 90 уд.в мин., АД – 100/65 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень - + 1см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: $E_r - 3,7 \cdot 10^{12}/л$, $H_b - 118$ г/л, $Le - 14,2 \cdot 10^9/л$, $p - 10\%$, $c - 72\%$, $л - 10\%$, $м - 7\%$, $э - 1\%$, СОЭ – 61 мм/ч.</p> <p>При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки: в верхней доле и 6 сегменте левого легкого определяется массивная зона инфильтрации. Правое легкое – без очаговых и инфильтративных изменений. Корень правого легкого структурный. Сердце – норма.</p>
В	1	Какова Ваша лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
В	2	<p>Пациенту проведен курс противопневмонического лечения с применением антибиотиков широкого спектра действия (амоксиклав, цефотаксим) в течение 2 недель. В результате лечения отмечается некоторое улучшение самочувствия: уменьшение кашля, слабости, одышки, однако сохраняется повышение температуры тела до 38,5°С преимущественно в вечернее время, одышка при физической нагрузке, потливость.</p> <p>В анализах: $E_r - 3,8 \cdot 10^{12}/л$, $H_b - 120$ г/л, $Le - 12,8 \cdot 10^9/л$, $p - 9\%$, c</p>

		<p>– 71%, л – 10%, м – 9%, э – 1%, СОЭ – 59 мм/ч.</p> <p>При рентгенологическом контроле: в верхнем доле и 6 сегменте левого легкого сохраняются участки инфильтрации, структура их стала неомогенной.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ – уколочная реакция. ДСТ – уколочная реакция.</p> <p>В мокроте: МСК КУМ 2+. ПЦР-РВ обнаружена ДНК МБТ; мутаций, связанных с устойчивостью к изониазиду и рифампицину, не выявлено.</p> <p>КТ органов грудной клетки: в верхней доле левого легкого (1, 2 и 3 сегменты), в 6 сегменте определяются участки инфильтрации с многочисленными небольшими полостями распада (максимальная из них во 2 сегменте 15мм*10мм*6мм); в окружающей легочной ткани, 4 и 5 сегментах многочисленные гиподенсивные очаги.</p> <p>Оцените результаты пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста. О чем они свидетельствуют?</p>
В	3	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	4	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	5	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
№5	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>У мужчины, 45 лет, при проведении профилактической флюорографии выявлены изменения в легких.</p> <p>Активно жалоб не предъявляет. Из анамнеза известно, что в течение длительного времени отмечает редкий кашель преимущественно сухой, иногда с выделением небольшого количества мок-</p>

	<p>роты. К врачу не обращался, так как связывает наличие кашля с длительным стажем курения. Курит (более 30 лет, 1-2 пачки сигарет в день), злоупотребление алкоголем – отрицает. Употребление наркотиков – отрицает. Предыдущая ФЛГ (3 года назад) – норма. Отец умер от рака легких в возрасте 56 лет. Эпидемиологический анамнез: раннее туберкулезом не болел. Туб. контакт – по месту работы 4 года назад.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложения. Рост 176 см, вес 70 кг. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Грудная клетка правильной формы, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Перкуторный звук ясный легочный. Дыхание везикулярное, хрипы четко не выслушиваются. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 72 уд.в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: E_r – $4,3 \cdot 10^{12}/л$, H_b – 136 г/л, Le – $7,2 \cdot 10^9/л$, p – 2%, c – 66%, $л$ – 23%, $м$ – 7%, $э$ – 2%, СОЭ – 16 мм/ч.</p> <p>КТ органов грудной клетки: во 2 сегменте правого легкого определяется округлой формы образование с четкими контурами размером 20мм*15мм*12мм (высота) с единичными гиперденсивными включениями, не накапливающее при болюстном введении контрастное вещество. В других сегментах правого легкого и в левом легком – без очаговых и инфильтративных изменений.</p> <p>Проба Манту с 2 ТЕ – папула 9 мм. ДСТ – папула 4 мм.</p> <p>В мокроте: атипичные клетки не обнаружены. МСК КУМ не обнаружены 3-кратно. ПЦР-РВ ДНК МБТ не обнаружена.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости и почек: очаговой патологии не лоцируется.</p>
--	---

В	1	Оцените результаты пробы Манту с 2 ТЕ и диаскин теста.
В	2	Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
В	3	<p>Пациенту проведена ФБС с биопсией. Заключение: катаральный бронхит ПВ2 1 степени интенсивности воспаления. Цитологическое исследование: обнаружены единичные эпителиодные клетки. Гистология: в материале обнаружены единичные гранулемы с эпителиодными клетками и клетками Пирогова-Лангханса, с наличием казеозного некроза в центре.</p> <p>В мазках с катетера – МСК 7 КУМ. БАЛ: МСК – КУМ не обнаружены, БАКТЕК – выделена культура МБТ, чувствительная к изониазиду, рифампицину, этамбутолу, пиразинамиду, устойчивая к стрептомицину.</p> <p>Предположите наиболее вероятный диагноз.</p>
Э	-	Туберкулема верхней доли (2 сегмента) правого легкого, фаза инфильтрации, МБТ (+) монорезистентность – устойчивость к стрептомицину, IA ГДУ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	<p>Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза</p> <p>или не указана или неверно определена локализация, фаза процесса, характеристика бактериовыделения и/или группа диспансерного учета.</p>
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	4	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	5	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в

		схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
--	--	---

5. Рекомендуемая литература для подготовки к государственному экзамену.

А: Перечень основной литературы:

№	Наименование согласно библиографическим требованиям	Количество экземпляров	
		На кафедре	В библиотеке
1.	Гиллер, Д. Б. Фтизиатрия : учебник / Д. Б. Гиллер, В. Ю. Мишин и др. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 576 с. – ISBN 978-5-9704-5490-9.	1	3
2.	Гиллер, Д. Б. Фтизиатрия : учебник / Д. Б. Гиллер, В. Ю. Мишин и др. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 576 с. – ISBN 978-5-9704-5490-9. – URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454909.html	Электронный ресурс	
3.	Фтизиатрия : учебник / В. Ю. Мишин, С. П. Завражнов, А. В. Митронин [и др.]/ – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 528 с. – ISBN 978-5-9704-6391-8. – URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463918.html	Электронный ресурс	
4.	Кошечкин, В. А. Фтизиатрия : учебник / В. А. Кошечкин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – ISBN 978-5-9704-4627-0. – 304 с. – URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446270.html	Электронный ресурс	
5.	Фтизиатрия : учебник / А. В. Павлунин, А. С. Шпрыков, Р. Ф. Мишанов. – Н. Новгород : Изд-во НижГМА, 2017. – 620 с. : ил. – ISBN 9785703211946.	20	75

Б: Перечень дополнительной литературы:

№	Наименование согласно библиографическим требованиям	Количество экземпляров	
		На кафедре	В библиотеке
1.	ВИЧ-инфекция и СПИД / под ред. В. В. Покровского. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 696 с. – ISBN 978-5-9704-5421-3. – URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454213.html	Электронный ресурс	
2.	Пульмонология : национальное руководство / под ред. А. Г. Чучалина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-5323-0. – URL :	Электронный ресурс	

	https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453230.html		
3.	Легочная гипертензия : практическое руководство / под ред. С. Н. Авдеева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 608 с. – ISBN 978-5-9704-5000-0. – URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450000.html	Электронный ресурс	
4.	Стручков, П. В. Спирометрия : практическое руководство / П. В. Стручков, Д. В. Дроздов, О. Ф. Лукина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 112 с. – ISBN 978-5-9704-5029-1. – URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450291.html	Электронный ресурс	
5.	Николаев, А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : учебник / А. В. Николаев. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 736 с. – ISBN 978-5-9704-5137-3.	1	1
6.	Николаев, А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : учебник / А. В. Николаев. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 736 с. – ISBN 978-5-9704-5137-3. – URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451373.html	Электронный ресурс	
7.	Интерстициальные и орфанные заболевания легких : руководство / под ред. М. М. Ильковича. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 560 с. : ил. – ISBN 978-5-9704-4903-5.		1
8.	Интерстициальные и орфанные заболевания легких : руководство / под ред. М. М. Ильковича. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 560 с. : ил. – ISBN 978-5-9704-4903-5. – URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449035.html	Электронный ресурс	
9.	Маркина, Н. Ю. Ультразвуковая диагностика / Н. Ю. Маркина, М. В. Кислякова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 240 с. – ISBN 978-5-9704-4566-2. – URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445662.html	Электронный ресурс	
10.	Респираторная медицина : в 3 т. Т. 1. : руководство / под ред. А. Г. Чучалина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 640 с. – ISBN 978-5-4235-0262-1. – URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502621.html	Электронный ресурс	
11.	Респираторная медицина : в 3 т. Т. 2. : руководство / под ред. А. Г. Чучалина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 544 с. – ISBN 978-5-4235-0263-8. – URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502638.html	Электронный ресурс	
12.	Респираторная медицина : в 3 т. Т. 3. : руководство / под ред. А. Г. Чучалина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 464 с. – ISBN 978-5-4235-0272-0. – URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502720.html	Электронный ресурс	

13.	Фтизиатрия. Национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 240 с. – ISBN 978-5-9704-3675-2.	2	
14.	Фтизиатрия. Национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 240 с. – ISBN 978-5-9704-3675-2. – URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436752.html	Электронный ресурс	
15.	Сафонов, Д. В. Ультразвуковая диагностика опухолей легких / Д. В. Сафонов, Б. Е. Шахов. – М. : ВИДАР-М, 2014. – 144 с. – ISBN 9785884292079.	2	
16.	Сафонов, Д. В. Ультразвуковая диагностика опухолей легких / Д. В. Сафонов, Б. Е. Шахов. – М. : ВИДАР-М, 2014. – 144 с. – ISBN 9785884292079. – URL : https://www.books-up.ru/ru/book/ultrazvukovaya-diagnostika-opuholej-legkih-9183176/ (дата обращения: 22.03.2022)	Электронный ресурс	
17.	Мишин, В. Ю. Туберкулинодиагностика : учебное пособие / В. Ю. Мишин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 136 с. – ISBN 978-5-9704-2338-7. – URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423387.html	Электронный ресурс	
18.	Национальные клинические рекомендации по применению хирургических методов в лечении туберкулеза легких. – СПб. : Национальная ассоциация фтизиатров ; Ассоциация торакальных хирургов России, 2013. – 22 с.	4	
19.	Национальные клинические рекомендации по лечению спонтанного пневмоторакса. – М. : Российское общество хирургов, 2013. – 22 с.	4	

ЛИСТ ИЗМЕНЕНИЙ

Дата внесения изменений	Дата и номер протокола заседания кафедры	Содержание изменения	Подпись
24.03.2022	24.03.2022, протокол № 16	Актуализация и обновление списка литературы в программах подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре (Фтизиатрия).	