

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПРИВОЛЖСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

По дисциплине _____ « Проблемы лекарственной устойчивости
при туберкулезе легких» _____
наименование
направление подготовки _____ 31.06.01 «Клиническая медицина» _____
шифр, наименование
направленность _____ Фтизиатрия _____
шифр, наименование

Квалификация выпускника:
Исследователь. Преподаватель-исследователь.

Форма обучения:
очная / заочная

Н.Новгород
2019

Фонд оценочных средств по дисциплине «Проблемы лекарственной устойчивости при туберкулезе легких» предназначен для контроля знаний по программе подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина» и специальности 14.01.16 «Фтизиатрия».

Текущий контроль по дисциплине «Проблемы лекарственной устойчивости при туберкулезе легких» осуществляется в течение всего срока освоения данной дисциплины.

Промежуточная аттестация обучающихся по дисциплине «Проблемы лекарственной устойчивости при туберкулезе легких» проводится по итогам обучения и является обязательной.

1. Паспорт фонда оценочных средств
по дисциплине « Проблемы лекарственной устойчивости при туберкулезе легких »

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1	Инновационные подходы к комплексному лечению туберкулеза легких	ОПК-4	Знать: Нормативно-правовые основы внедрения разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан	Тестовые задания Собеседование	20 тестовых заданий, 5 вопросов
			Уметь: Формировать научную тематику, и организовывать внедрение разработанных методов и методик направленных на охрану здоровья граждан		
		Владеть: Технологией проектирования образовательного процесса, на уровне высшего образования, на базе результатов внедрения разработанных методов и методик			
		ОПК-5	Знать: Нормативно-правовые основы использования лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных		
			Уметь: Формировать научную тематику, и организовывать использование лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных		
			Владеть: Технологией проектирования образовательного процесса, на уровне высшего образования, по результатам лабораторных и инструментальных методик получения научных данных		
2	Проблемы лекарственной устойчивости при туберкулезе легких	ПК-5	Знать: Цели и значимость профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, принципы организации профилактических медицинских осмотров и диспансеризации пациентов, формирования диспансерных групп, нозологические формы, подлежащие диспансерному наблюдению, количественные и качественные показатели диспансеризации	Тестовые задания Собеседование Реферат	20 тестовых заданий, 5 вопросов, 3 темы рефератов
			Уметь: Рассчитывать показатели диспансеризации, анализировать данные профилактических медицинских осмотров и формировать		

			<p>группы для углубленного обследования или наблюдения</p> <p>Владеть: Навыками организации и проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации населения</p>		
		ОПК-5	<p>Знать: Нормативно-правовые основы использования лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных</p> <p>Уметь: Формировать научную тематику, и организовывать использование лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных</p> <p>Владеть: Технологией проектирования образовательного процесса, на уровне высшего образования, по результатам лабораторных и инструментальных методик получения научных данных</p>		
		УК-1	<p>Знать: Методы критического анализа и оценки современных научных достижений, а так же методы генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задачах, в том числе в междисциплинарных областях.</p> <p>Уметь: Анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные результаты реализации этих вариантов</p> <p>Владеть: Навыками анализа методологических проблем, возникающих при решении исследовательских и практических задач</p>		
3	Социальные вопросы организации лечения больных туберкулезом легких	УК-1	<p>Знать: Методы критического анализа и оценки современных научных достижений, а так же методы генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задачах, в том числе в междисциплинарных областях.</p> <p>Уметь: Анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные результаты реализации этих вариантов</p> <p>Владеть: Навыками анализа методологических проблем, возникающих при решении исследовательских и практических задач</p>	Тестовые задания Собеседование	20 тестовых заданий, 5 вопросов
		ОПК-4	<p>Знать: Нормативно-правовые основы внедрения разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан</p> <p>Уметь: Формировать научную тематику, и организовывать внедрение разработанных методов и методик направленных на охрану здоровья граждан</p>		

			Владеть: Технологией проектирования образовательного процесса, на уровне высшего образования, на базе результатов внедрения разработанных методов и методик		
		ОПК-5	<p>Знать: Нормативно-правовые основы использования лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных</p> <p>Уметь: Формировать научную тематику, и организовывать использование лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных</p> <p>Владеть: Технологией проектирования образовательного процесса, на уровне высшего образования, по результатам лабораторных и инструментальных методик получения научных данных</p>		

Примерный перечень оценочных средств и форм их представления в ФОС

№	<u>Наименование оценочного средства</u>	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства (в фонде)
1.	<u>Квалификационная выпускная работа</u>	Научно-исследовательский самостоятельный труд обучающегося выпускного курса образовательной организации. Она должна объединять теоретические и практические навыки обучающихся и в общем отражать знания, умения, навыки, полученные им за годы обучения, а также раскрывать новый аспект в интересующей автора области по изучаемой специальности.	Темы квалификационных выпускных работ
3.	<u>Контрольная работа</u>	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
6.	<u>Реферат</u>	Продукт самостоятельной работы аспиранта, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, исследуемой проблемы, где обучающийся приводит различные точки зрения, в т.ч. собственную.	Темы рефератов
7.	<u>Собеседование</u>	Средство контроля, организованное как специальная беседа с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося.	Вопросы по темам/разделам дисциплины, зачетные/экзаменационные вопросы
8.	<u>Сообщение, доклад</u>	Продукт самостоятельной работы аспиранта, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы.	Темы докладов, сообщений
9.	<u>Тестовые задания</u>	Система заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающихся.	Фонд тестовых заданий
12.	<u>Рабочая тетрадь/ альбом/дневник</u>	Дидактический комплекс, предназначенный для самостоятельной работы обучающегося и позволяющий оценивать уровень усвоения им учебного материала	Образец тетради/альбом а/дневника
16.	<u>Экзаменационные материалы</u>	Итоговая форма оценки знаний	Перечень вопросов и заданий к экзамену по дисциплине

2. Критерии и шкала оценивания

код компетенции	оценка 5 «отлично»	оценка 4 «хорошо»	оценка 3 «удовлетворительно»	оценка 2 «неудовлетворительно»
	глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	твердые знания программного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

3. Оценочные средства

(полный перечень оценочных средств)

3.1. Текущий контроль

3.1.1. Контролируемый раздел дисциплины «Инновационные технологии в диагностике и дифференциальной диагностике туберкулеза легких» формируемые компетенции УК-1, ОПК-4, ОПК-5

3.1.1.1 Тестовые задания для контроля компетенции УК-1 «способностью к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях»

1. Термин «туберкулёз» был введён в медицину:

1. Я.Сильвиусом;
2. Р.Мортоном;
3. Р.Лаэннеком и Шенлейном;
4. Гиппократом;
5. Ю.Конгеймом и Б.Вильменом.

2. Одним из первых инфекционную природу туберкулёза доказал:

1. Гален;
 2. Авиценна;
 3. Гиппократ;
 4. Р.Кох;
 5. Б.Вильмен.
- 3. Возбудитель туберкулеза был открыт:**
1. Б.Вильменом;
 2. Р.Мортоном;
 3. Ю.Конгеймом;
 4. Р.Кохом;
 5. Я.Сильвиусом.
- 4. Среди факторов, способствующих развитию туберкулёза, Кох особенно подчёркивал роль:**
1. Венерических заболеваний;
 2. ВИЧ-инфекции;
 3. Применения гормональных перпаратов;
 4. Социального неблагополучия;
 5. Табакокурения.

3.1.1.2 Тестовые задания для контроля компетенции ОПК-4 «готовность к внедрению разработанных методов и методик, направленных на сохранения здоровья населения и улучшения качества жизни человека»

- 5. В процессе работы с культурой микобактерии туберкулёза Р.Кохом был создан лечебно-диагностический препарат:**
1. Стрептомицин;
 2. Туберкулин;
 3. Кахектин;
 4. Корд-фактор МБТ;
 5. Фрагмент 16S рРНК.
- 6. Принципиальная возможность использования туберкулина для обнаружения присутствия МБТ в организме человека была доказана:**
1. Ш.Манту;
 2. К.Пирке;
 3. С.Эрлихом;
 4. А.Гоном;
 5. Р.Кохом.
- 7. Принципиальные изменения в представлении о патогенезе туберкулёза были внесены:**
1. Н.Аничковым;
 2. Ф.Цилем и Ф.Нельсеном;
 3. А.Абрикосовым;
 4. Г.Менделем;
 5. И.Давыдовским.
- 8. Внутривоженная туберкулиновая проба разработана:**

1. К.Пирке;
2. Ш.Манту и Ф.Менделем;
3. Р.Кохом;
4. Ф.Цилем и Ф.Нельсеном;
5. А.Кальметом и К.Гереном.

9. Противотуберкулёзная вакцина была создана и апробирована:

1. А.Кальметом и К.Гереном в 1921 году во Франции;
2. Ш.Манту и Ф.Менделем в 1910 году в Швейцарии;
3. Р.Кохом в 1989 году в Германии;
4. Ф.Цилем и Ф.Нельсеном в 1982-1984 годах в Швеции;
5. В.Рентгеном в 1895 году в Германии.

10. Наиболее частым возбудителем туберкулёза у человека является:

1. Мышинный тип;
2. Птичий тип;
3. Бычий тип;
4. Человеческий тип.

11. Наиболее частым путём заражения при туберкулёзе является:

1. Алиментарный;
2. Контактный;
3. Аэрогенный;
4. Внутриутробный.

12. Наиболее частым источником инфицирования МБТ является:

1. Мясо крупного рогатого скота;
2. Человек больной туберкулёзом;
3. Посуда;
4. Молоко от больных туберкулёзом коров.

13. Чаще всего при туберкулёзе нарушаются:

1. Гуморальный иммунитет;
2. Клеточный иммунитет и фагоцитоз;
3. Фагоцитоз;
4. Неспецифические факторы защиты.

3.1.1.3 Тестовые задания для контроля компетенции ОПК-5 «способность и готовность к использованию лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных»

14. Преобладающим типом иммунологических реакций при туберкулёзе является:

1. Гиперчувствительность немедленного типа;
2. Гиперчувствительность замедленного типа;
3. Иммунокомплексный;
4. Аутоиммунный.

15. Патоморфоз – это:

1. Измененное течение заболевания;
2. Острое течение заболевания;

3. Осложненное течение;
4. Хроническое течение.

16. Идиопатический патоморфоз определяется:

1. Изменением экологии и возбудителя;
2. Изменением образа жизни;
3. Лекарственным лечением.

17. Патоморфоз, индуцированный под влиянием терапии, определяется:

1. Изменением возбудителя;
2. Лекарственным лечением;
3. Изменением экологии.

18. Наиболее частый путь прогрессирования первичного туберкулеза:

1. Бронхогенный;
2. Лимфогенный;
3. Гематогенный;
4. Лимфогематогенный.

19. Наиболее частый путь прогрессирования при вторичном туберкулезе:

1. Бронхогенный;
2. Лимфогенный;
3. Гематогенный;
4. Лимфогематогенный.

20. Эпидемиологическую ситуацию с туберкулезом характеризует:

1. Заболеваемость;
2. Болезненность;
3. Инфицированность;
4. Смертность;
5. Все перечисленное верно.

Вопросы для проведения опроса:

1. Назовите современные методы обнаружения МБТ.
2. На чем основан метод «БИОЧИП»
3. Иммуногистохимические методы обнаружения МБТ.
4. Дифференциальная диагностика туберкулеза и неспецифических заболеваний легких.
5. Дифференциальная диагностика туберкулеза и злокачественных новообразований легких.

3.1.2. *Контролируемый раздел дисциплины «Иновационные подходы к комплексному лечению туберкулеза легких» формируемые компетенции ОПК-4, ОПК-5*

3.1.2.1. Тестовые задания для контроля компетенции ОПК-4 «готовность к внедрению разработанных методов и методик, направленных на сохранения здоровья населения и улучшения качества жизни человека»

1. **Жалобы, наиболее характерные для больных ограниченными формами туберкулёза:**
 1. Слабость, похудание;
 2. Субфебрильная температура;
 3. Одышка;
 4. Гектического характера температура.
2. **Кашель, характерный для начальных форм туберкулёза:**

1. Покашливание, сухой;
 2. Влажный с обильной мокротой;
 3. Влажный со слизистой скудной мокротой;
 4. Приступообразный, сухой.
- 3. Хорошая переносимость высокой температуры тела характерна для:**
1. Пневмонии;
 2. Вирусных инфекций;
 3. Туберкулёза;
 4. Рака легкого.
- 4. Боли в груди и кровохарканье чаще всего возникают при:**
1. Туберкулёзе;
 2. Раке легкого;
 3. Эхинококкозе;
 4. Хроническом бронхите.
- 5. Положительный симптом Воробьева–Поттенжера (болезненность мышечных пучков верхней части спины при пальпации) определяется при:**
1. Пневмонии;
 2. Инфильтративном туберкулёзе;
 3. Раке лёгкого;
 4. Поликистозе лёгких.
- 6. Среднепузырчатые влажные хрипы чаще всего выслушиваются при:**
1. При эмфиземе легких;
 2. При экссудативном плеврите;
 3. При кавернозном туберкулёзе;
 4. При очаговом туберкулёзе;
- 7. Начальный метод рентгенологического обследования на наличие туберкулеза легких:**
1. Рентгеноскопия;
 2. Томография;
 3. Обзорная рентгенография;
 4. Компьютерная томограмма.
- 8. Самый быстрый метод обнаружения микобактерии туберкулеза:**
1. Простая бактериоскопия;
 2. БАКТЕК;
 3. Бактериологический;
 4. Биологический.
- 9. Самый информативный метод исследования на микобактерию туберкулеза:**
1. Люминесцентная бактериоскопия;
 2. Бактериологический;
 3. Биологический;
 4. Простая бактериоскопия.

3.1.2.2. Тестовые задания для контроля компетенции ОПК-5 «способность и готовность к использованию лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных»

- 10. Метод, позволяющий определить лекарственную устойчивость:**
1. Биологический;
 2. Простая бактериоскопия;
 3. Gene-Expert;
 4. Люминесцентная микроскопия.
- 11. Препарат для массовой туберкулинодиагностики:**
1. Альттуберкулин;
 2. Сухой очищенный туберкулин;
 3. ППД-Л в стандартном разведении;
 4. Эритроцитарный диагностикум.
- 12. Способ введения туберкулина при пробе Манту:**
1. Подкожный;
 2. Внутрикожный;
 3. Накожный;
 4. Кожный.
- 13. Период времени, через который читают реакцию Манту:**
1. 24 часа;
 2. 48 часов;
 3. 72 часа;
 4. 12 часов;
- 14. Частота проведения профилактической пробы Манту с 2 ТЕ:**
1. 1 раз в 2 года;
 2. 1 раз в год;
 3. 2 раза в год;
 4. 1 раз в 3 года.
- 15. Пробу Манту с 2 ТЕ может проводить:**
1. Участковый врач;
 2. Участковая медсестра;
 3. Школьная медсестра;
 4. Специально обученная медсестра.
- 16. Губительные для МБТ факторы:**
1. Ультрафиолетовые лучи;
 2. Кипячение;
 3. Хлорсодержащие вещества;
 4. Автоклавирование;
 5. Все перечисленное верно.
- 17. Массовую постановку пробы Манту с 2 ТЕ, проводят с целью:**
1. Определения инфицированности МБТ;
 2. Выявления детей и подростков с повышенным риском заболевания туберкулезом;
 3. Выявления подлежащих ревакцинации БЦЖ;
 4. Раннего выявления туберкулеза у детей и подростков;
 5. Все перечисленное верно.
- 18. К повышению чувствительности к туберкулину приводит:**

1. Мононуклеоз;
2. Коклюш;
3. Очаги хронической инфекции;
4. Новообразования;
5. Все перечисленное верно

19. К своевременно выявленным формам туберкулёза относятся:

1. Неосложнённая форма первичного туберкулёза;
2. Очаговая;
3. Ограниченная инфильтративная;
4. Ограниченная диссеминированная;
5. Все вышеперечисленные.

20. Основными методами выявления туберкулёза должны быть:

1. Профилактический;
2. Клинический;
3. Эпидемиологический;
4. КТ и МРТ-исследования.

Вопросы для проведения опроса:

1. Режимы лечения туберкулезной инфекции.
2. Современные медикаментозные средства в лечение туберкулеза.
3. Коллапсотерапия. Показания, противопоказания. Эффективность метода.
4. Побочные реакции противотуберкулезной химиотерапии и пути их коррекции.
5. Современные подходы к лечению туберкулезной инфекции.

3.1.3. *Контролируемый раздел дисциплины «Клинико-эпидемические аспекты туберкулёзного воспаления, протекающего на фоне вторичных иммунодефицитов»* формируемые компетенции ОПК-5, ПК-5

3.1.3.1 Тестовые задания для контроля компетенции ОПК-5

1. При выявлении больных туберкулёзом домашних животных очаг туберкулёзной инфекции относят:

1. К пятой группе;
2. К четвёртой группе;
3. К третьей группе;
4. Ко второй группе;
5. К первой группе.

2. Туберкулёзные очаги, которые формируют больные туберкулёзом органов дыхания с выделением МБТ, при условии, что в очаге проживают дети, подростки и другие лица с повышенной восприимчивостью к туберкулёзу относят:

1. К первой группе;
2. Ко второй группе;
3. К третьей группе;
4. К четвёртой группе;
5. К пятой группе.

3. Туберкулёзные очаги, которые формируют больные туберкулёзом органов дыхания с выделением МБТ, проживающие в общежитиях, коммунальных квартирах относят:

1. К первой группе;
2. Ко второй группе;
3. К третьей группе;
4. К четвёртой группе;
5. К пятой группе.

4. Туберкулёзные очаги, сформированные больным туберкулёзом органов дыхания с выделением МБТ, проживающие в отдельных квартирах без детей и подростков и соблюдающие санитарно-гигиенический режим относят:

1. К первой группе;
2. Ко второй группе;
3. К третьей группе;
4. К четвёртой группе;
5. К пятой группе.

5. В России учёту и регистрации в противотуберкулёзном диспансере подлежат:

1. Больные активным туберкулёзом легких и лица с остаточными изменениями после первичного туберкулёза;
2. Больные активным внелёгочным туберкулёзом и лица с остаточными изменениями после внелёгочного туберкулёза;
3. Только больные с рецидивами туберкулёза независимо от локализации процесса;
4. Лица с социальными и медико-биологическими факторами риска развития туберкулёза;
5. Все больные активным туберкулёзом.

6. При подозрении на туберкулёз необходимо обследование в условиях:

1. Поликлиники по месту жительства;
2. Диагностического центра;
3. Районных больниц;
4. Противотуберкулёзного диспансера;
5. Учреждений службы Госсанэпиднадзора;

7. Принадлежность очага туберкулёзной инфекции к определённой эпидемиологической группе определяют:

1. Участковые терапевт и фтизиатр;
2. Участковые терапевт и педиатр;
3. Участковые фтизиатр и педиатр;
4. Врач-эпидемиолог и участковый терапевт;
5. Участковый фтизиатр и врач-эпидемиолог.

8. Медицинские, ветеринарные и сельскохозяйственные работники, имеющие контакт с туберкулёзной инфекцией, должны быть обследованы на туберкулёз не реже:

1. 1 раза в год;
2. 3 раза в год;
3. 1 раза в 6 месяцев;
4. 1 раза в 9 месяцев;

5. 1 раз в 2 года.
9. **Контактные с больным открытой формой туберкулёза в случае его смерти наблюдаются:**
 1. В течение 1 года;
 2. В течение 2 лет;
 3. В течение 6 месяцев;
 4. В течение 3 месяцев.
10. **Дети и подростки, контактирующие с больным активным туберкулёзом наблюдаются:**
 1. Не менее 1 года с момента прекращения активности туберкулёзного процесса у больного;
 2. Для лиц, контактировавших с умершим от туберкулёза больным, - 2 года;
 3. Не менее 6 месяцев с момента прекращения активности туберкулёзного процесса у больного.

3.1.3.2 Тестовые задания для контроля компетенции ПК-5 «способность и готовность формулировать и проверять гипотезы о причинных факторах путем проведения различных типов эпидемиологических исследований, выявлять и подтверждать причинно-следственные связи заболеваемости населения и различных внутренних и внешних факторов, оценивать эпидемиологическую обстановку и осуществлять постановку эпидемиологического диагноза, расследовать эпидемические вспышки»

11. **В отличие от текущей дезинфекции заключительная дезинфекция в очаге туберкулёзной инфекции предусматривает:**
 1. Влажную уборку помещения;
 2. Обеззараживание мокроты;
 3. Камерную обработку мягкого постельного инвентаря;
 4. Проветривание помещений;
 5. Обработку посуды больного.
12. **Текущую дезинфекцию в туберкулёзных очагах осуществляют:**
 1. Работники противотуберкулёзного диспансера;
 2. Лица, проживающие в данном очаге;
 3. Силы и средства дезстанций.
13. **Лица, находящиеся в контакте с больным открытой формой туберкулёза или больными сельскохозяйственными животными, наблюдаются:**
 1. В I группе диспансерного учёта;
 2. В III группе диспансерного учёта;
 3. В VIA группе диспансерного учёта;
 4. В IV группе диспансерного учёта;
14. **Частота обследования в противотуберкулёзных диспансерах лиц, наблюдающихся по IV группе диспансерного учета (контактные с больными активной формой туберкулёза - бактериовыделителями):**
 1. 1 раз в год;
 2. Однократно при постановке на учет;
 3. 2 раза в год;
 4. Ежеквартально.

15. Взрослые, контактировавшие с больным открытой формой туберкулёза после снятия бактериовыделителя с эпид. учёта, наблюдаются в течение:

1. 1 года;
2. 2 лет;
3. 6 месяцев;
4. 3 месяцев.

16. Впервые выявленный больной с диссеминированным туберкулезом легких в фазе инфильтрации и распада, МБТ(+) должен наблюдаться:

1. В IA группе диспансерного учёта;
2. В IB группе диспансерного учёта;
3. В II группе диспансерного учёта;
4. В VIA группе диспансерного учёта;
5. В IV группе диспансерного учёта.

17. Больной с рецидивом инфильтративного туберкулеза и бактериовыделением должен наблюдаться:

1. В IA группе диспансерного учёта;
2. В IB группе диспансерного учёта;
3. В II группе диспансерного учёта;
4. В VIA группе диспансерного учёта;
5. В IV группе диспансерного учёта.

18. Ребёнок с выражением туберкулиновых проб должен наблюдаться:

1. По I группе диспансерного учёта;
2. По II группе диспансерного учёта;
3. По III группе диспансерного учёта;
4. По VIA группе диспансерного учёта;
5. По VIB группе диспансерного учёта.

19. Здоровым членам семьи больного туберкулёзом, выделяющего МБТ, проводят:

1. Санацию полости рта;
2. Ревакцинацию независимо от результатов туберкулиновых проб;
3. Химиопрофилактику;
4. Курс лечения туберкулином;
5. Пассивную противотуберкулезную иммунизацию.

20. В России основным источником финансирования лечебно-профилактических мероприятий при туберкулёзе является:

1. Фонд добровольного медицинского страхования;
2. Фонд обязательного медицинского страхования;
3. Средства госбюджета;
4. Международные фонды;
5. Благотворительные организации.

Вопросы для проведения опроса:

1. Сочетание противотуберкулезной химиотерапии и антиретровирусной терапии. Побочные реакции, пути их решения.

2. Особенности течения туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией.
3. Туберкулез и ВИЧ в детском возрасте.
4. Особенности иммунодиагностики туберкулеза у ВИЧ-положительных больных.
5. Алгоритм выявления больных туберкулезом среди ВИЧ-подложительного контингента.

3.1.4. *Контролируемый раздел дисциплины «Проблемы лекарственной устойчивости при туберкулезе легких»* формируемые компетенции УК-1, ОПК-5, ПК-5

3.1.4.1 Тестовые задания для контроля компетенции УК-1 «способностью к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях»

1. Идиопатический патоморфоз определяется:

4. Изменением экологии и возбудителя;
5. Изменением образа жизни;
6. Лекарственным лечением.

2. Патоморфоз, индуцированный под влиянием терапии, определяется:

4. Изменением возбудителя;
5. Лекарственным лечением;
6. Изменением экологии.

3. Наиболее частый путь прогрессирования первичного туберкулеза:

1. Бронхогенный;
2. Лимфогенный;
3. Гематогенный;
4. Лимфогематогенный.

4. Наиболее частый путь прогрессирования при вторичном туберкулезе:

1. Бронхогенный;
2. Лимфогенный;
3. Гематогенный;
4. Лимфогематогенный.

5. Эпидемиологическую ситуацию с туберкулезом характеризует:

1. Заболеваемость;
2. Болезненность;
3. Инфицированность;
4. Смертность;
5. Все перечисленное верно.

6. Показатель, при котором туберкулез считается не распространенным заболеванием:

1. 100 на 100.000;
2. 80 на 100.000;
3. 50 на 100.000;
4. 20 на 100.000;
5. 10 на 100.000.

7. Показатель, характеризующий резервуар туберкулезной инфекции:

1. Заболеваемость;
2. Болезненность;

3. Инфицированность;
4. Смертность;
5. Выявляемость.

3.1.4.2 Тестовые задания для контроля компетенции ПК-5 «способность и готовность формулировать и проверять гипотезы о причинных факторах путем проведения различных типов эпидемиологических исследований, выявлять и подтверждать причинно-следственные связи заболеваемости населения и различных внутренних и внешних факторов, оценивать эпидемиологическую обстановку и осуществлять постановку эпидемиологического диагноза, расследовать эпидемические вспышки»

8. Эпидемиологический показатель, определяемый при массовой туберкулинодиагностики:

1. Заболеваемость;
2. Болезненность;
3. Инфицированность;
4. Распространенность;
5. Выявляемость.

9. На темпы снижения заболеваемости туберкулезом влияют:

1. Социальные условия;
2. Уровень культуры населения;
3. Организация медицинской помощи;
4. Состояние здравоохранения;
5. Все перечисленное верно.

10. Обязательный клинический минимум при туберкулезе:

1. Анализ крови + анализ мочи + реакция Манту с 2 ТЕ + рентгеноскопия грудной клетки;
2. Анализ крови + анализ мочи + реакция Манту с 2 ТЕ + флюорография + бактериоскопическое и бактериологическое исследование на МБТ;
3. Анамнез + реакция Манту с 2 ТЕ + трахеобронхоскопия;
4. Реакция Манту с 2 ТЕ и томография.

11. Жалобы, наиболее характерные для больных ограниченными формами туберкулеза:

5. Слабость, похудание;
6. Субфебрильная температура;
7. Одышка;
8. Гектического характера температура.

12. Кашель, характерный для начальных форм туберкулеза:

1. Покашливание, сухой;
2. Влажный с обильной мокротой;
3. Влажный со слизистой скудной мокротой;
4. Приступообразный, сухой.

3.1.4.3 Тестовые задания для контроля компетенции ОПК-5 «способность и готовность к использованию лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных»

13. Хорошая переносимость высокой температуры тела характерна для:

1. Пневмонии;

2. Вирусных инфекций;
 3. Туберкулёза;
 4. Рака легкого.
- 14. Боли в груди и кровохарканье чаще всего возникают при:**
1. Туберкулёзе;
 2. Раке легкого;
 3. Эхинококкозе;
 4. Хроническом бронхите.
- 15. Положительный симптом Воробьева–Поттенжера (болезненность мышечных пучков верхней части спины при пальпации) определяется при:**
1. Пневмонии;
 2. Инфильтративном туберкулёзе;
 3. Раке лёгкого;
 4. Поликистозе лёгких.
- 16. Среднепузырчатые влажные хрипы чаще всего выслушиваются при:**
1. При эмфиземе легких;
 2. При экссудативном плеврите;
 3. При кавернозном туберкулёзе;
 4. При очаговом туберкулёзе;
- 17. Начальный метод рентгенологического обследования на наличие туберкулеза легких:**
1. Рентгеноскопия;
 2. Томография;
 3. Обзорная рентгенография;
 4. Компьютерная томограмма.
- 18. Самый быстрый метод обнаружения микобактерии туберкулеза:**
1. Простая бактериоскопия;
 2. БАКТЕК;
 3. Бактериологический;
 4. Биологический.
- 19. Самый информативный метод исследования на микобактерию туберкулеза:**
1. Люминесцентная бактериоскопия;
 2. Бактериологический;
 3. Биологический;
 4. Простая бактериоскопия.
- 20. Метод, позволяющий определить лекарственную устойчивость:**
1. Биологический;
 2. Простая бактериоскопия;
 3. Gene-Expert;
 4. Люминесцентная микроскопия.

Вопросы для проведения опроса:

1. Пути формирования лекарственной устойчивости.
2. Моно и полихимио резистентность.
3. Множественная и широкая лекарственная устойчивость.

4. Лекарственно устойчивый туберкулез у ВИЧ-положительных больных.

5. Определение лекарственной устойчивости.

Темы рефератов:

1. «Лекарственная устойчивость – методы борьбы с её формированием»

2. «Лекарственная устойчивость в Нижегородском регионе»

3. «Профилактика формирования лекарственной устойчивости»

3.1.5. *Контролируемый раздел дисциплины «Сочетание туберкулеза с другими заболеваниями в современных условиях»* формируемые компетенции ОПК-5, ПК-5

3.1.5.1 Тестовые задания для контроля компетенции ПК-5 «способность и готовность формулировать и проверять гипотезы о причинных факторах путем проведения различных типов эпидемиологических исследований, выявлять и подтверждать причинно-следственные связи заболеваемости населения и различных внутренних и внешних факторов, оценивать эпидемиологическую обстановку и осуществлять постановку эпидемиологического диагноза, расследовать эпидемические вспышки»

1. К форме туберкулеза, для которой характерно наличие лёгочного компонента, железистого компонента и лимфатической “дорожки” относится:

1. Кавернозный туберкулёз;
2. Туберкулёма;
3. Туберкулёзный бронхаденит;
4. Очаговый туберкулёз;
5. Первичный туберкулёзный комплекс.

2. Кальцинированный очаг в лёгочной ткани, являющийся исходом первичного туберкулёзного комплекса, называется:

1. Очаг Симона;
2. Каверна;
3. Туберкулёма;
4. Очаг Гона;

3. Первичный туберкулёзный комплекс в лёгких чаще всего дифференцируют:

1. С пневмонией;
2. С лимфогранулематозом;
3. С лакунарной ангиной.
4. С миоцитом;
5. С хроническим тонзиллитом.

4. Диссеминированный туберкулёз лёгких подразделяют на:

1. Туморозный и инфильтративный;
2. Юношеский и старческий;
3. Ранний и хронический;
4. Острый, подострый и хронический.

5. Генерализованный просовидный диссеминированный процесс называют также:

1. Казеозным;
2. Альвеолярным;
3. Бронхо-лобулярным;
4. Милиарным.

6. Милиарный туберкулёз различается по формам:

1. Подострая и хроническая;
2. Диффузная и локальная;
3. Кавернозная, туморозная и цирротическая;

4. Лёгочная, тифоидная и менингеальная.
- 7. Формой милиарного туберкулеза, дающей наибольшую летальность, является:**
 1. Тифоидная форма;
 2. Лёгочная форма;
 3. Туберкулёзный менингит;
 4. Туберкулёзный пиелит.
- 8. Рентгенологическая картина милиарного туберкулёза характеризуется:**
 1. Крупноочаговой прикорневой диссеминацией;
 2. Равномерной по всем полям мелкоочаговой диссеминацией;
 3. Подтянутостью корней кверху и очагами в базальных сегментах;
 4. Расширением корней и сетчатым фиброзом.
- 9. К заболеваниям, описываемым как лёгочные диссеминации, относят:**
 1. Пневмония, центральный рак;
 2. Гистициотоз Х, альвеолярный протеиноз, синдром Гудпасчера;
 3. Периферический рак и мезотелиома плевры;
 4. Эмпиему плевры, пневмоторакс и бериллиоз.
- 10. При диссеминированном туберкулёзе чаще всего встречается поражение бронхов в виде:**
 1. Диффузного эндобронхита;
 2. Туберкулёза бронха;
 3. Гнойного эндобронхита;
 4. Изменений бронхов нет.

3.1.5.2 Тестовые задания для контроля компетенции ОПК-5 «способность и готовность к использованию лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных»

- 11. Нередким спутником, а иногда и дебютом диссеминированного туберкулёза является:**
 1. Туберкулёз кожи;
 2. Туберкулёз селезёнки;
 3. Туберкулёз гортани;
 4. Туберкулёз печени.
- 12. Уменьшение в объёме обеих верхушек лёгких, наличие старых и кальцинированных очагов, подтянутость корней вверх характерны для:**
 1. Мякоочагового туберкулёза;
 2. Острого диссеминированного туберкулёза;
 3. Округлого инфильтрата;
 4. Хронического диссеминированного туберкулёза.
- 13. Дополнительным методом исследования, позволяющим уточнить этиологию диссеминированного процесса в лёгких, является:**
 1. Исследование мокроты на МБТ и цитологическое исследование;
 2. Томография;
 3. Клинический анализ крови и мочи;
 4. Трахеобронхоскопия.

14. Очаговый туберкулёз, как клиническая форма - это:

1. Наличие немногочисленных очагов преимущественно продуктивного характера, воспалительный процесс в легких ограниченный с малосимптомным клиническим течением;
2. Воспалительный процесс в легких с малосимптомным течением, но занимающий более двух сегментов;
3. Воспалительный процесс ограниченный, с выраженной клинической картиной;
4. Распространенный процесс с выраженной клинической симптоматикой.

15. Наиболее частым методом выявления очагового туберкулёза является:

1. Флюорографический;
2. Клинический;
3. Бактериологический;
4. Эпидемиологический.

16. Клиническое течение, наиболее часто встречаемое при очаговом туберкулёзе - это:

1. Бессимптомное;
2. Малосимптомное;
3. Прогрессирующее;
4. С выраженными симптомами интоксикации.

17. Тень на обзорной рентгенограмме называемая очагом, если:

1. Тень до 1 см в диаметре;
2. От 1 до 2 см в диаметре;
3. От 2 до 5 см в диаметре;
4. Более 5 см в диаметре.

18. При очаговом процессе поражается:

1. Один-два сегмента;
2. Доля;
3. Две доли;
4. Легкое.

19. Наиболее частой локализацией очагового туберкулёза является:

1. I–II сегменты;
2. III сегмент;
3. V сегмент;
4. VIII–X сегмент.

20. Наиболее частый исход очагового туберкулёза - это:

1. Клиническое излечение с малыми остаточными изменениями;
2. Клиническое излечение с выраженными остаточными изменениями;
3. Отсутствие эффекта;
4. Прогрессирование процесса.

Вопросы для проведения опроса:

1. Туберкулез и пылевые заболевания легких.
2. Туберкулез и саркоидоз.
3. Туберкулез и рак легких.
4. Туберкулез и неспецифические заболевания легких.
5. Туберкулез и редкие заболевания легких (альвеолиты, гистиоцитоз X и тд.).

Темы рефератов:

1. «Дифференциальная диагностика туберкулеза и кист легкого»
2. «Аномалии и пороки развития легких»
3. «Туберкулез и аспиргилезы»

3.1.6. *Контролируемый раздел дисциплины «Социальные вопросы организации лечения больных туберкулезом легких»* формируемые компетенции УК-1, ОПК-4, ОПК-5

3.1.6.1 Тестовые задания для контроля компетенции УК-1 «способностью к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях»

1. Комплексность и комбинированность в лечении туберкулёза определяются:

1. Слабым антимикробным действием и низкой эффективностью лекарств;
2. Быстрым развитием устойчивости при монолекарственной терапии и необходимостью увеличения бактериостатической активности крови;
3. Уменьшением частоты побочного действия лекарств при полихимиотерапии;
4. Наличием сопутствующих инфекционных и неинфекционных заболеваний.;
5. Экономическими соображениями.

2. К препаратам первого ряда относят:

1. Изониазид, рифампицин, ПАСК, протионамид;
2. Изониазид, рифампицин, пиразинамид, стрептомицин, этамбутол;
3. Протионамид, канамицин, капреомицин, офлоксацин, ПАСК;
4. Этамбутол, протионамид, изониазид, ПАСК;
5. Фенозид, рифабутин, линезолид, бедаквилин.

3. Препаратами резервного ряда считают:

1. Изониазид, рифампицин, ПАСК, протионамид;
2. Изониазид, рифампицин, пиразинамид, стрептомицин, этамбутол;
3. Протионамид, канамицин, капреомицин, офлоксацин, ПАСК;
4. Амикацин, этионамид, тибон, рифабутин, феназид;
5. Изониазид, рифампицин, теризидон, бедаквилин.

4. Наиболее активной комбинацией противотуберкулёзных препаратов является:

1. ПАСК и тибон;
2. Канамицин и протионамид;
3. Изониазид и рифампицин;
4. Тизамид и циклосерин;
5. Кларитромицин и линезолид.

5. К препаратам группы ГИНК относят:

1. Изониазид;
2. Фтивазид;
3. Метазид;
4. Феназид;
5. Все выше перечисленные.

3.1.6.2 Тестовые задания для контроля компетенции ОПК-4 «готовность к внедрению разработанных методов и методик, направленных на сохранения здоровья населения и улучшения качества жизни человека»

6. Для лечения туберкулёза в особых ситуациях используются:

1. Кларитромицин;
2. Амоксиклав;
3. Линезолид;

4. Меропенем;
 5. Все выше перечисленные.
- 7. К основным принципам лечения туберкулёза относят все ниже перечисленные, кроме:**
1. Длительность;
 2. Непрерывность;
 3. Контролируемость;
 4. Комплексность и комбинированность;
 5. Прерывистость приёма препаратов.
- 8. Наиболее частым побочным эффектом при лечении рифампицином является:**
1. Невриты и невралгии;
 2. Гепатотоксические реакции и диспепсические расстройства;
 3. Нарушения зрения и слуха;
 4. Изменение гемограммы;
 5. Кожная сыпь.
- 9. В российской фтизиатрии применяются следующие виды климатотерапии, кроме:**
1. Климат курортов средней полосы;
 2. Климат морских побережий Черного моря;
 3. Климат курортов умеренных горных местностей;
 4. Климат пустынь и полупустынь;
 5. Климат степных районов.
- 10. Калорийность питания больных туберкулёзом вне обострения процесса должна составлять:**
1. 2000 ккал;
 2. 3300-3600 ккал;
 3. 4000 ккал;
 4. 3000-3200 ккал;
 5. 2500 ккал.
- 11. Для профилактики нейротоксических побочных эффектов ГИНК необходимо назначить:**
1. Димедрол;
 2. Рибоксин;
 3. Пиридоксин;
 4. Никотинамид;
 5. Витамин С.
- 12. Назначение глюкокортикоидов при туберкулёзе лёгких:**
1. Противопоказано;
 2. Показано при вялом течении процесса;
 3. Показано при выраженном экссудативном типе воспаления;
 4. Показано при распространённом деструктивном процессе;
 5. Показано при лёгочном кровотечении.

3.1.6.3 Тестовые задания для контроля компетенции ОПК-5 «способность и готовность к использованию лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных»

- 13. При туберкулёзе применяют следующие средства патогенетической терапии, кроме:**
1. Лидаза;

2. Витамин Е;
3. Бромгексин;
4. Преднизолон;
5. Тиосульфат натрия.

14. При туберкулёзе используют следующие средства иммунокорригирующей терапии кроме:

1. Рибомунил;
2. Беталейкин;
3. Полиоксидоний;
4. Витамин С;
5. Амиксин.

15. При выявлении больных туберкулёзом домашних животных очаг туберкулёзной инфекции относят:

1. К пятой группе;
2. К четвёртой группе;
3. К третьей группе;
4. Ко второй группе;
5. К первой группе.

16. Туберкулёзные очаги, которые формируют больные туберкулёзом органов дыхания с выделением МБТ, при условии, что в очаге проживают дети, подростки и другие лица с повышенной восприимчивостью к туберкулёзу относят:

1. К первой группе;
2. Ко второй группе;
3. К третьей группе;
4. К четвёртой группе;
5. К пятой группе.

17. Туберкулёзные очаги, которые формируют больные туберкулёзом органов дыхания с выделением МБТ, проживающие в общежитиях, коммунальных квартирах относят:

1. К первой группе;
2. Ко второй группе;
3. К третьей группе;
4. К четвёртой группе;
5. К пятой группе.

18. Туберкулёзные очаги, сформированные больным туберкулёзом органов дыхания с выделением МБТ, проживающие в отдельных квартирах без детей и подростков и соблюдающие санитарно-гигиенический режим относят:

1. К первой группе;
2. Ко второй группе;
3. К третьей группе;
4. К четвёртой группе;
5. К пятой группе.

19. В России учёту и регистрации в противотуберкулёжном диспансере подлежат:

1. Больные активным туберкулёзом легких и лица с остаточными изменениями после первичного туберкулёза;
2. Больные активным внелёгочным туберкулёзом и лица с остаточными изменениями после внелёгочного туберкулёза;
3. Только больные с рецидивами туберкулёза независимо от локализации процесса;
4. Лица с социальными и медико-биологическими факторами риска развития туберкулёза;
5. Все больные активным туберкулёзом.

20. При подозрении на туберкулёз необходимо обследование в условиях:

1. Поликлиники по месту жительства;
2. Диагностического центра;
3. Районных больниц;
4. Противотуберкулёзного диспансера;
5. Учреждений службы Госсанэпиднадзора;

Вопросы для проведения опроса:

1. Очаги туберкулезной инфекции. Их оздоровление, совместная работа в очаге фтизиатра и участкового врача.
2. Очаги туберкулезной инфекции. Их оздоровление, совместная работа в очаге фтизиатра и эпидемиолога..
3. Эпидемиология туберкулеза. Россия и Нижегородская область.
4. Туберкулез как социально значимое заболевание.
5. Организация диспансерной работы.

3.2. Промежуточный контроль

3.2.1. Контролируемый раздел дисциплины «Инновационные подходы к комплексному лечению туберкулеза легких»

1. Термин «туберкулёз» был введён в медицину:

6. Я.Сильвиусом;
7. Р.Мортоном;
8. Р.Лаэннеком и Шенлейном;
9. Гиппократом;
10. Ю.Конгеймом и Б.Вильменом.

2. Одним из первых инфекционную природу туберкулёза доказал:

6. Гален;
7. Авиценна;
8. Гиппократ;
9. Р.Кох;
10. Б.Вильмен.

3. Возбудитель туберкулеза был открыт:

6. Б.Вильменом;
7. Р.Мортоном;
8. Ю.Конгеймом;
9. Р.Кохом;

10. Я.Сильвиусом.

4. Среди факторов, способствующих развитию туберкулёза, Кох особенно подчёркивал роль:

6. Венерических заболеваний;
7. ВИЧ-инфекции;
8. Применения гормональных перпаратов;
9. Социального неблагополучия;
10. Табакокурения.

5. В процессе работы с культурой микобактерии туберкулёза Р.Кохом был создан лечебно-диагностический препарат:

6. Стрептомицин;
7. Туберкулин;
8. Кахектин;
9. Корд-фактор МБТ;
10. Фрагмент 16S рРНК.

6. Принципиальная возможность использования туберкулина для обнаружения присутствия МБТ в организме человека была доказана:

6. Ш.Манту;
7. К.Пирке;
8. С.Эрлихом;
9. А.Гоном;
10. Р.Кохом.

7. Принципиальные изменения в представлении о патогенезе туберкулёза были внесены:

6. Н.Аничковым;
7. Ф.Цилем и Ф.Нельсеном;
8. А.Абрикосовым;
9. Г.Менделем;
10. И.Давыдовским.

8. Внутривоженная туберкулиновая проба разработана:

6. К.Пирке;
7. Ш.Манту и Ф.Менделем;
8. Р.Кохом;
9. Ф.Цилем и Ф.Нельсеном;
10. А.Кальметом и К.Гереном.

9. Противотуберкулёзная вакцина была создана и апробирована:

6. А.Кальметом и К.Гереном в 1921 году во Франции;
7. Ш.Манту и Ф.Менделем в 1910 году в Швейцарии;
8. Р.Кохом в 1989 году в Германии;
9. Ф.Цилем и Ф.Нельсеном в 1982-1984 годах в Швеции;
10. В.Рентгеном в 1895 году в Германии.

10. Наиболее частым возбудителем туберкулёза у человека является:

5. Мышиный тип;
6. Птичий тип;
7. Бычий тип;

8. Человеческий тип.

3.2.2 Контролируемый раздел дисциплины «**Иновационные подходы к комплексному лечению туберкулеза легких**»

- 1. Препарат для массовой туберкулинодиагностики:**
 1. Альттуберкулин;
 2. Сухой очищенный туберкулин;
 3. ППД-Л в стандартном разведении;
 4. Эритроцитарный диагностикум.
- 2. Способ введения туберкулина при пробе Манту:**
 1. Подкожный;
 2. Внутрикожный;
 3. Накожный;
 4. Кожный.
- 3. Период времени, через который читают реакцию Манту:**
 1. 24 часа;
 2. 48 часов;
 3. 72 часа;
 4. 12 часов;
- 4. Частота проведения профилактической пробы Манту с 2 ТЕ:**
 1. 1 раз в 2 года;
 2. 1 раз в год;
 3. 2 раза в год;
 4. 1 раз в 3 года.
- 5. Пробу Манту с 2 ТЕ может проводить:**
 1. Участковый врач;
 2. Участковая медсестра;
 3. Школьная медсестра;
 4. Специально обученная медсестра.
- 6. Губительные для МБТ факторы:**
 1. Ультрафиолетовые лучи;
 2. Кипячение;
 3. Хлорсодержащие вещества;
 4. Автоклавирование;
 5. Все перечисленное верно.
- 7. Массовую постановку пробы Манту с 2 ТЕ, проводят с целью:**
 1. Определения инфицированности МБТ;
 2. Выявления детей и подростков с повышенным риском заболевания туберкулезом;
 3. Выявления подлежащих ревакцинации БЦЖ;
 4. Раннего выявления туберкулеза у детей и подростков;
 5. Все перечисленное верно.
- 8. К повышению чувствительности к туберкулину приводит:**
 1. Мононуклеоз;
 2. Коклюш;

3. Очаги хронической инфекции;
4. Новообразования;
5. Все перечисленное верно
9. **К своевременно выявленным формам туберкулёза относятся:**
 6. Неосложнённая форма первичного туберкулёза;
 7. Очаговая;
 8. Ограниченная инфильтративная;
 9. Ограниченная диссеминированная;
 10. Все вышеперечисленные.
10. **Основными методами выявления туберкулёза должны быть:**
 5. Профилактический;
 6. Клинический;
 7. Эпидемиологический;
 8. КТ и МРТ-исследования.

3.2.3. *Контролируемый раздел дисциплины «Клинико-эпидемические аспекты туберкулёзного воспаления, протекающего на фоне вторичных иммунодефицитов»*

1. **Дети и подростки, контактирующие с больным активным туберкулёзом наблюдаются:**
 1. Не менее 1 года с момента прекращения активности туберкулёзного процесса у больного;
 2. Для лиц, контактировавших с умершим от туберкулёза больным, - 2 года;
 3. Не менее 6 месяцев с момента прекращения активности туберкулёзного процесса у больного.
2. **В отличие от текущей дезинфекции заключительная дезинфекция в очаге туберкулёзной инфекции предусматривает:**
 6. Влажную уборку помещения;
 7. Обеззараживание мокроты;
 8. Камерную обработку мягкого постельного инвентаря;
 9. Проветривание помещений;
 10. Обработку посуды больного.
3. **Текущую дезинфекцию в туберкулёзных очагах осуществляют:**
 1. Работники противотуберкулёзного диспансера;
 2. Лица, проживающие в данном очаге;
 3. Силы и средства дезстанций.
4. **Лица, находящиеся в контакте с больным открытой формой туберкулеза или больными сельскохозяйственными животными, наблюдаются:**
 5. В I группе диспансерного учёта;
 6. В III группе диспансерного учёта;
 7. В VIA группе диспансерного учёта;
 8. В IV группе диспансерного учёта;
5. **Частота обследования в противотуберкулёзных диспансерах лиц, наблюдающихся по IV группе диспансерного учета (контактные с больными активной формой туберкулёза - бактериовыделителями):**

5. 1 раз в год;
6. Однократно при постановке на учет;
7. 2 раза в год;
8. Ежеквартально.

6. Взрослые, контактировавшие с больным открытой формой туберкулёза после снятия бактериовыделителя с эпид. учёта, наблюдаются в течение:

5. 1 года;
6. 2 лет;
7. 6 месяцев;
8. 3 месяцев.

7. Впервые выявленный больной с диссеминированным туберкулезом легких в фазе инфильтрации и распада, МБТ(+) должен наблюдаться:

6. В IA группе диспансерного учёта;
7. В IB группе диспансерного учёта;
8. В II группе диспансерного учёта;
9. В VIA группе диспансерного учёта;
10. В IV группе диспансерного учёта.

8. Больной с рецидивом инфильтративного туберкулеза и бактериовыделением должен наблюдаться:

6. В IA группе диспансерного учёта;
7. В IB группе диспансерного учёта;
8. В II группе диспансерного учёта;
9. В VIA группе диспансерного учёта;
10. В IV группе диспансерного учёта.

9. Ребёнок с выражением туберкулиновых проб должен наблюдаться:

6. По I группе диспансерного учёта;
7. По II группе диспансерного учёта;
8. По III группе диспансерного учёта;
9. По VIA группе диспансерного учёта;
10. По VIБ группе диспансерного учёта.

10. Здоровым членам семьи больного туберкулёзом, выделяющего МБТ, проводят:

6. Санацию полости рта;
7. Ревакцинацию независимо от результатов туберкулиновых проб;
8. Химиопрофилактику;
9. Курс лечения туберкулином;
10. Пассивную противотуберкулезную иммунизацию.

3.2.4. Контролируемый раздел дисциплины «Проблемы лекарственной устойчивости при туберкулезе легких»

1. Показатель, при котором туберкулез считается не распространенным заболеванием:

1. 100 на 100.000;
2. 80 на 100.000;
3. 50 на 100.000;

4. 20 на 100.000;

5. 10 на 100.000.

2. Показатель, характеризующий резервуар туберкулезной инфекции:

1. Заболеваемость;

2. Болезненность;

3. Инфицированность;

4. Смертность;

5. Выявляемость.

3. Эпидемиологический показатель, определяемый при массовой туберкулинодиагностики:

1. Заболеваемость;

2. Болезненность;

3. Инфицированность;

4. Распространенность;

5. Выявляемость.

4. На темпы снижения заболеваемости туберкулезом влияют:

1. Социальные условия;

2. Уровень культуры населения;

3. Организация медицинской помощи;

4. Состояние здравоохранения;

5. Все перечисленное верно.

5. Обязательный клинический минимум при туберкулёзе:

5. Анализ крови + анализ мочи + реакция Манту с 2 ТЕ + рентгеноскопия грудной клетки;

6. Анализ крови + анализ мочи + реакция Манту с 2 ТЕ + флюорография + бактериоскопическое и бактериологическое исследование на МБТ;

7. Анамнез + реакция Манту с 2 ТЕ + трахеобронхоскопия;

8. Реакция Манту с 2 ТЕ и томография.

6. Жалобы, наиболее характерные для больных ограниченными формами туберкулёза:

9. Слабость, похудание;

10. Субфебрильная температура;

11. Одышка;

12. Гектического характера температура.

7. Кашель, характерный для начальных форм туберкулёза:

4. Покашливание, сухой;

5. Влажный с обильной мокротой;

6. Влажный со слизистой скудной мокротой;

7. Приступообразный, сухой.

8. Хорошая переносимость высокой температуры тела характерна для:

4. Пневмонии;

5. Вирусных инфекций;

6. Туберкулёза;

7. Рака легкого.

9. Боли в груди и кровохарканье чаще всего возникают при:

4. Туберкулёзе;

5. Раке легкого;
6. Эхинококкозе;
7. Хроническом бронхите.
- 10. Положительный симптом Воробьева–Поттенжера (болезненность мышечных пучков верхней части спины при пальпации) определяется при:**
 4. Пневмонии;
 5. Инфильтративном туберкулёзе;
 6. Раке лёгкого;
 7. Поликистозе лёгких.

3.2.5. Контролируемый раздел дисциплины «Сочетание туберкулеза с другими заболеваниями в современных условиях»

- 1. Диссеминированный туберкулёз лёгких подразделяют на:**
 5. Туморозный и инфильтративный;
 6. Юношеский и старческий;
 7. Ранний и хронический;
 8. Острый, подострый и хронический.
- 2. Генерализованный просовидный диссеминированный процесс называют также:**
 5. Казеозным;
 6. Альвеолярным;
 7. Бронхо-лобулярным;
 8. Милиарным.
- 3. Милиарный туберкулёз различается по формам:**
 5. Подострая и хроническая;
 6. Диффузная и локальная;
 7. Кавернозная, туморозная и цирротическая;
 8. Легочная, тифоидная и менингеальная.
- 4. Формой милиарного туберкулеза, дающей наибольшую летальность, является:**
 5. Тифоидная форма;
 6. Лёгочная форма;
 7. Туберкулёзный менингит;
 8. Туберкулёзный пиелит.
- 5. Рентгенологическая картина милиарного туберкулёза характеризуется:**
 5. Крупноочаговой прикорневой диссеминацией;
 6. Равномерной по всем полям мелкоочаговой диссеминацией;
 7. Подтянутостью корней кверху и очагами в базальных сегментах;
 8. Расширением корней и сетчатым фиброзом.
- 6. К заболеваниям, описываемым как лёгочные диссеминации, относят:**
 5. Пневмония, центральный рак;
 6. Гистициотоз Х, альвеолярный протеиноз, синдром Гудпасчера;
 7. Периферический рак и мезотелиома плевры;
 8. Эмпиему плевры, пневмоторакс и бериллиоз.

7. **При диссеминированном туберкулёзе чаще всего встречается поражение бронхов в виде:**
 5. Диффузного эндобронхита;
 6. Туберкулёза бронха;
 7. Гнойного эндобронхита;
 8. Изменений бронхов нет.
8. **Нередким спутником, а иногда и дебютом диссеминированного туберкулёза является:**
 5. Туберкулёз кожи;
 6. Туберкулёз селезёнки;
 7. Туберкулёз гортани;
 8. Туберкулёз печени.
9. **Уменьшение в объёме обеих верхушек лёгких, наличие старых и кальцинированных очагов, подтянутость корней вверх характерны для:**
 5. Мягкоочагового туберкулёза;
 6. Острого диссеминированного туберкулёза;
 7. Округлого инфильтрата;
 8. Хронического диссеминированного туберкулёза.
10. **Дополнительным методом исследования, позволяющим уточнить этиологию диссеминированного процесса в лёгких, является:**
 5. Исследование мокроты на МБТ и цитологическое исследование;
 6. Томография;
 7. Клинический анализ крови и мочи;
 8. Трахеобронхоскопия.

3.2.6. Контролируемый раздел дисциплины «Социальные вопросы организации лечения больных туберкулезом легких»

1. **В отличие от текущей дезинфекции заключительная дезинфекция в очаге туберкулёзной инфекции предусматривает:**
 11. Влажную уборку помещения;
 12. Обеззараживание мокроты;
 13. Камерную обработку мягкого постельного инвентаря;
 14. Проветривание помещений;
 15. Обработку посуды больного.
2. **Текущую дезинфекцию в туберкулёзных очагах осуществляют:**
 1. Работники противотуберкулёзного диспансера;
 2. Лица, проживающие в данном очаге;
 3. Силы и средства дезстанций.
3. **Лица, находящиеся в контакте с больным открытой формой туберкулеза или больными сельскохозяйственными животными, наблюдаются:**
 9. В I группе диспансерного учёта;
 10. В III группе диспансерного учёта;
 11. В VIA группе диспансерного учёта;
 12. В IV группе диспансерного учёта;

- 4. Частота обследования в противотуберкулёзных диспансерах лиц, наблюдающихся по IV группе диспансерного учёта (контактные с больными активной формой туберкулёза - бактериовыделителями):**
9. 1 раз в год;
 10. Однократно при постановке на учёт;
 11. 2 раза в год;
 12. Ежеквартально.
- 5. Взрослые, контактировавшие с больным открытой формой туберкулёза после снятия бактериовыделителя с эпид. учёта, наблюдаются в течение:**
9. 1 года;
 10. 2 лет;
 11. 6 месяцев;
 12. 3 месяцев.
- 6. Впервые выявленный больной с диссеминированным туберкулезом легких в фазе инфильтрации и распада, МБТ(+) должен наблюдаться:**
11. В IA группе диспансерного учёта;
 12. В IB группе диспансерного учёта;
 13. В II группе диспансерного учёта;
 14. В VIA группе диспансерного учёта;
 15. В IV группе диспансерного учёта.
- 7. Больной с рецидивом инфильтративного туберкулеза и бактериовыделением должен наблюдаться:**
11. В IA группе диспансерного учёта;
 12. В IB группе диспансерного учёта;
 13. В II группе диспансерного учёта;
 14. В VIA группе диспансерного учёта;
 15. В IV группе диспансерного учёта.
- 8. Ребёнок с выражением туберкулиновых проб должен наблюдаться:**
11. По I группе диспансерного учёта;
 12. По II группе диспансерного учёта;
 13. По III группе диспансерного учёта;
 14. По VIA группе диспансерного учёта;
 15. По VIБ группе диспансерного учёта.
- 9. Здоровым членам семьи больного туберкулёзом, выделяющего МБТ, проводят:**
11. Санацию полости рта;
 12. Ревакцинацию независимо от результатов туберкулиновых проб;
 13. Химиопрофилактику;
 14. Курс лечения туберкулином;
 15. Пассивную противотуберкулёзную иммунизацию.
- 10. В России основным источником финансирования лечебно-профилактических мероприятий при туберкулёзе является:**
6. Фонд добровольного медицинского страхования;

7. Фонд обязательного медицинского страхования;
8. Средства госбюджета;
9. Международные фонды;
10. Благотворительные организации.