

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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

По дисциплине \_\_\_\_\_ «Сочетание туберкулеза с другими заболеваниями в  
современных условиях» \_\_\_\_\_

*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 «Сочетание туберкулеза с другими заболеваниями в современных условиях» 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 «Сочетание туберкулеза с другими заболеваниями в современных условиях» осуществляется в течение всего срока освоения данной дисциплины.

Промежуточная аттестация обучающихся по дисциплине «Сочетание туберкулеза с другими заболеваниями в современных условиях» проводится по итогам обучения и является обязательной.

**1. Паспорт фонда оценочных средств**  
по дисциплине « Сочетание туберкулеза с другими заболеваниями в современных условиях »

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1	<b>Инновационные подходы к комплексному лечению туберкулеза легких</b>	ОПК-4	<b>Знать:</b> Нормативно-правовые основы внедрения разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан	Тестовые задания Собеседование	20 тестовых заданий, 5 вопросов
			<b>Уметь:</b> Формировать научную тематику, и организовывать внедрение разработанных методов и методик направленных на охрану здоровья граждан		
			<b>Владеть:</b> Технологией проектирования образовательного процесса, на уровне высшего образования, на базе результатов внедрения разработанных методов и методик		
		ОПК-5	<b>Знать:</b> Нормативно-правовые основы использования лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных		
			<b>Уметь:</b> Формировать научную тематику, и организовывать использование лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных		
			<b>Владеть:</b> Технологией проектирования образовательного процесса, на уровне высшего образования, по результатам лабораторных и инструментальных методик получения научных данных		
2	<b>Сочетание туберкулеза с другими заболеваниями в современных условиях</b>	ОПК-5	<b>Знать:</b> Нормативно-правовые основы использования лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных	Тестовые задания Собеседование Реферат	20 тестовых заданий, 5 вопросов, 3 темы рефератов
			<b>Уметь:</b> Формировать научную тематику, и организовывать использование лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных		
			<b>Владеть:</b> Технологией проектирования образовательного процесса, на уровне высшего образования, по результатам лабораторных и инструментальных методик получения научных данных		
		ПК-5	<b>Знать:</b> Цели и значимость профилактических медицинских		

			<p>осмотров и диспансеризации, принципы организации профилактических медицинских осмотров и диспансеризации пациентов, формирования диспансерных групп, нозологические формы, подлежащие диспансерному наблюдению, количественные и качественные показатели диспансеризации</p> <p><b>Уметь:</b> Рассчитывать показатели диспансеризации, анализировать данные профилактических медицинских осмотров и формировать группы для углубленного обследования или наблюдения</p> <p><b>Владеть:</b> Навыками организации и проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации населения</p>		
3	Социальные вопросы организации лечения больных туберкулезом легких	УК-1	<p><b>Знать:</b> 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><b>Уметь:</b> Анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные результаты реализации этих вариантов</p> <p><b>Владеть:</b> Навыками анализа методологических проблем, возникающих при решении исследовательских и практических задач</p>	Тестовые задания Собеседование	20 тестовых заданий, 5 вопросов
ОПК-4		<p><b>Знать:</b> Нормативно-правовые основы внедрения разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан</p> <p><b>Уметь:</b> Формировать научную тематику, и организовывать внедрение разработанных методов и методик направленных на охрану здоровья граждан</p> <p><b>Владеть:</b> Технологией проектирования образовательного процесса, на уровне высшего образования, на базе результатов внедрения разработанных методов и методик</p>			
ОПК-5		<p><b>Знать:</b> Нормативно-правовые основы использования лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных</p> <p><b>Уметь:</b> Формировать научную тематику, и организовывать использование лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных</p> <p><b>Владеть:</b> Технологией проектирования образовательного процесса, на уровне высшего образования, по результатам лабораторных и инструментальных</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>	<i>Итоговая форма оценки знаний</i>	<i>Перечень вопросов и заданий к экзамену по дисциплине</i>
-----	----------------------------------	-------------------------------------	---

## 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 препаратов;
  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 1889 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 «Инновационные 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 четвертой 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 четвертой 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 четвертой 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 раз в год;
2. 3 раза в год;
3. 1 раз в 6 месяцев;
4. 1 раз 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 учёта (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 VIБ 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 туберкулёзе:**
  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 туберкулёза:**
  5. Слабость, похудание;
  6. Субфебрильная температура;
  7. Одышка;
  8. Гектического характера температура.
12. **Кашель, характерный для начальных форм туберкулёза:**
  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 Гопа;

**3. Первичный туберкулёзный комплекс в лёгких чаще всего дифференцируют:**

1. С пневмонией;
2. С лимфогранулематозом;
3. С лакунарной ангиной.
4. С миозитом;
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. Легочная, 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. Мягкоочагового 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 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.

**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 «Иновационные 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. Внутрикожная 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. Мышинный 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 учёта (контактные с больными активной формой туберкулеза - бактериовыделителями):**
5. 1 раз в год;
  6. Однократно при постановке на учёт;
  7. 2 раза в год;
  8. Ежеквартально.
- 6. Взрослые, контактировавшие с больным открытой формой туберкулеза 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 туберкулезе:**

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 туберкулеза:**

9. Слабость, похудание;
10. Субфебрильная температура;
11. Одышка;
12. Гектического характера температура.

**7. Кашель, характерный для начальных форм туберкулеза:**

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 туберкулеза - бактериовыделителями):**
9. 1 раз в год;
  10. Однократно при постановке на учет;
  11. 2 раза в год;
  12. Ежеквартально.
- 5. Взрослые, контактировавшие с больным открытой формой туберкулеза 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 противотуберкулезную 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.