

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

« 02 » сентября 20 21 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому,
дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.1 «Фтизиатрия»
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.51 «Фтизиатрия»

Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики:

Заведующая кафедрой, д.м.н. профессор (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	М.Э.Лозовская (расшифровка)
Доцент кафедры, к.м.н. (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	Е.Б. Васильева (расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры
фтизиатрии

название кафедры
« 31 » 08 2021 г., протокол заседания № 1

Заведующая кафедрой

Д.м.н., профессор (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	фтизиатрии название кафедры М.Э.Лозовская (расшифровка)
--	--	--

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы
ординатуры по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б.1.Б.1.1 Организация противотуберкулезной помощи населению	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
2.	Б.1.Б.1.2 Методы обследования больных туберкулезом	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
3.	Б.1.Б.1.3 Туберкулез органов дыхания и внелегочный туберкулез	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
4.	Б.1.Б.1.4 Лечение и реабилитация больных туберкулезом	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Б.1.Б.1 «Фтизиатрия»

Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
		Знать	Уметь	Владеть
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	особенности получения непосредственной информации об объектах и событиях в	в массиве данных обнаруживать причинно-следственные связи	методиками проведения психологических замеров и тестирований

		форме индивидуальных конкретно-чувственных образов и данных		
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	основы первичной профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы	составить план профилактических мероприятий	навыками работы с группами риска
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	основные вопросы фтизиатрии, применительно к методам диагностики и лечения, заболеваний.	выявить специфические анамнестические особенности; определять характер и выраженность отдельных признаков; оформлять учетно-отчетную документацию	способностью сопоставлять выявленные при исследовании признаки с данными клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования;
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	основы исследования с учетом современных представлений о патологии; основы международной классификации болезней.	расчитывать основных параметров и их производные в оптимальном режиме исследования	навыками обследования больного с патологией
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании фтизиатрической медицинской помощи	этиологию, патогенез и клинику основных заболеваний в соответствующей области, применения особенности организации помощи больным фтизиатрическими заболеваниями в специализированных стационарах	определять показания и целесообразность к проведению ультразвукового, ангиографического исследований; выбирать адекватные методы исследования	методиками проведения диагностических и лечебных вмешательств у пациентов с туберкулезом
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии	основы реабилитации и курортологии; основы общей патологии человека, иммунобиологии и	учесть деонтологические проблемы при принятии решения; квалифицированно	основами психологии; последовательным и комплексным подходом к проведению

	и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	реактивности организма	оформлять медицинское заключение	медицинской реабилитации
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения	организовать в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала	опыт руководящей работы; опыт распределения по времени и месту обязанности персонала и контроля за выполнении этих обязанностей
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	современные представления о качестве и дефекте оказания медицинской помощи; законодательные акты РФ в стандарте экспертной оценки	определить правильность выбора медицинской технологии; степень достижения запланированного результата	методикой оценки типовых медико-статистических показателей

1. Контрольные мероприятия и применяемые оценочные средства для промежуточной аттестации по дисциплине «Фтизиатрия»

1, 2, 3-ий семестр

1-семестр

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	1-500	1-143	1-23	1-15
2.	ПК-1	22-29,35,40	2,5,8,10,19	9	11
4.	ПК-2	22-29,35,40	2,5,8,10,19		1-5
5.	ПК-5	1-180	1-111	1-8,10,11	1-15
6.	ПК-6	181-240	111-143		1-15

2 семестр

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач

		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	1-500	1-143	1-23	1-15
2.	ПК-1	22-29,35,40	2,5,8,10,19	9	11
4.	ПК-2	22-29,35,40	2,5,8,10,19		1-5
5.	ПК-5	1-180	1-111	1-8,10,11	1-15
6.	ПК-6	181-240	111-143		1-15
7.	ПК-8	182-190	113,120,126,127,141		10,12,15

3 семестр

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	1-500	1-143	1-23	1-15
2.	ПК-1	22-29,35,40	2,5,8,10,19	9	11
4.	ПК-2	22-29,35,40	2,5,8,10,19		1-5
5.	ПК-5	1-180	1-111	1-8,10,11	1-15
6.	ПК-6	181-240	111-143		1-15
7.	ПК-8	182-190	113,120,126,127,141		10,12,15
8.	ПК-10			14,18,23	
9.	ПК-11			14,18,23	

2. Критерии оценки, шкалы оценивания

2.1.Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

2.2.Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к

самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

2.3.Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибку в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работу не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружились в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

2.4.Критерии оценивания задачи:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее ½ вопросов, выполнены менее ½ заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

3. Оценочные средства

3.1. Тесты

1. Под очагом туберкулезной инфекции следует понимать:

- 1) больного, выделяющего МБТ
- 2) жилище больного, выделяющего МБТ
- 3) окружение больного, выделяющего МБТ
- 4) все перечисленное

2. Самым опасным очагом туберкулезной инфекции является:

- 1) бактериовыделитель с наличием в окружении его детей или лиц с асоциальным поведением
- 2) больной с наличием детей и подростков
- 3) скудный бактериовыделитель при контакте только со взрослыми
- 4) бактериовыделитель с факультативным выделением МБТ и при контакте только со взрослыми
- 5) верно все

3. Больные с диагнозом активного туберкулеза получают лечение:

- 1) платно
- 2) бесплатно
- 3) амбулаторное
- 4) в санатории
- 5) интермитирующее

4. Предупреждение заражения туберкулезом человека от животных включает:

- 1) выявление больного туберкулезом животного
- 2) постоянный бактериологический контроль за молоком и молочными продуктами
- 3) постоянный бактериологический контроль за мясом забитых животных
- 4) уничтожение больного туберкулезом животного
- 5) все перечисленное

5. Причинами несвоевременного выявления туберкулеза являются:

- 1) дефекты в профилактической работе
- 2) неполноценное обследование в поликлинике и стационаре
- 3) небрежное отношение больного к своему здоровью
- 4) незнание врачами общей сети "масок" туберкулеза (врачебные ошибки)
- 5) все перечисленное

6. Для своевременного выявления туберкулеза необходимо проводить

- 1) массовые профилактические обследования населения на туберкулез
- 2) обследование на туберкулез больных в общих и специализированных лечебных учреждениях
- 3) регулярное и качественное обследование групп риска по туберкулезу
- 4) санитарно-просветительную работу с населением
- 5) все перечисленное

7. Основными источниками туберкулезной инфекции для человека являются:

- 1) предметы окружающей среды
- 2) продукты питания
- 3) больной человек
- 4) больные бактериовыделители
- 5) все перечисленное

8. Показатель распространенности туберкулеза — это:

- 1) число больных туберкулезом, стоящих на учете на конец года, в пересчете на 100000 жителей так же на конец года
 - 2) число больных активным туберкулезом на конец года
 - 3) удельный вес больных туберкулезом среди всех больных на данной территории
 - 4) число больных туберкулезом в пересчете на 1000 жителей
 - 5) число больных туберкулезом, состоящих на учете в диспансере
9. К низкому показателю заболеваемости населения туберкулезом можно отнести выявление
- 1) 100 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения
 - 2) 30-50 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения
 - 3) 20 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения
 - 4) 80 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения
 - 5) все верно
10. К низкому показателю болезненности населения туберкулезом можно отнести
- 1) 500 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения
 - 2) 200 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения
 - 3) 100 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения
 - 4) 80 больных туберкулезом, находящихся на учете, на 100 000 населения
11. Ежегодный прирост инфицирования населения туберкулезом, оцененный по динамике кожной туберкулиновой пробы, свидетельствующий о высокой пораженности населения данного города (района, области) туберкулезом, начинается
- 1) с 20% и более
 - 2) с 10% и более
 - 3) с 1% и более
 - 4) с 0.1% и более
 - 5) с 0,5%
12. Сроки диспансерного наблюдения лиц «0» группы:
- 1) 6 мес.
 - 2) 4 мес.
 - 3) 1 год
 - 4) не наблюдаются
 - 5) 3 мес.
13. Наибольшую опасность для окружающих представляет
- 1) больной с инфильтративным туберкулезом без распада, МБТ+ в мокроте методом бактериокопии
 - 2) больной с инфильтративным туберкулезом в фазе распада, МБТ+ в мокроте методом посева
 - 3) больной с инфильтративным туберкулезом без распада
 - 4) больной с милиарным туберкулезом
 - 5) все верно
14. Направлению в тубдиспансер подлежат дети с:
- 1) виражем тубпроб
 - 2) гиперпробой на туберкулин
 - 3) нарастанием чувствительности к туберкулину на 6 мм и более
 - 4) из контакта с больным туберкулезом
 - 5) все верно
15. Среди инфекционных заболеваний туберкулез, как причина, приведшая к летальному исходу, занимает
- 1) 1-е место
 - 2) 5-е место
 - 3) 6-е место
 - 4) 8-е место
 - 5) 3-е место
16. "Случай туберкулеза", по критериям ВОЗ - это
- 1) хроническое заболевание, сопровождающееся рецидивирующими кашлем с выделением мокроты и изменениями на рентгенограмме, специфичными для него

- 2) заболевание, сопровождающееся изменениями на рентгенограмме в области верхних отделов легких, а также в прикорневых лимфоузлах
- 3) заболевание, подтвержденное специфическими изменениями на рентгенограмме или морфологическими изменениями в виде гигантоклеточной гранулемы с казеозным некрозом
- 4) заболевание, подтвержденное обнаружением микобактерий туберкулеза, выделенных из очага поражения (с мокротой, мочой и т.д.) или полученных из тканей путем биопсии
- 5) верно все перечисленное

17. Основными методами выявления туберкулеза у детей является:

- 1) массовая туберкулинодиагностика
- 2) флюорография
- 3) обследование на туберкулез групп риска
- 4) обследование на туберкулез лиц, обратившихся к фтизиатру
- 5) эпидемиологический метод

18. Ведущий метод выявления туберкулеза у подростков — это:

- 1) туберкулинодиагностика
- 2) обследование по контакту
- 3) флюорография
- 4) рентгенография
- 5) исследование мокроты на МБТ

19. Массовую туберкулинодиагностику среди детей следует проводить:

- 1) 1 раз в 6 месяцев
- 2) 1 раз в 1 год
- 3) 4 раза в 1 год
- 4) 1 раз в 2 года
- 5) 1 раз в 3 года

20. Флюорографическое обследование подростков должно проводиться:

- 1) 1 раз в 1 год
- 2) 1 раз в 2 года
- 3) 2 раза в 1 год
- 4) в зависимости от эпидситуации и профориентации подростка
- 5) 1 раз в 6 месяцев

21. Противотуберкулезными мероприятиями, которые осуществляет общая педиатрическая сеть, являются:

- 1) массовая туберкулинодиагностика
- 2) вакцинация БЦЖ
- 3) ревакцинация БЦЖ
- 4) раннее выявление туберкулеза
- 5) правильно все

22. К основным группам детей, подверженных риску заразиться туберкулезом относятся:

- 1) невакцинированные БЦЖ
- 2) недоношенные дети, часто и длительно болеющие
- 3) живущие в очагах туберкулезной инфекции
- 4) не имеющие поствакцинального знака
- 5) все верно

23. Группами "риска" по туберкулезу для подростков являются:

- 1) перенесшие ранее локальный туберкулез
- 2) давно инфицированные
- 3) из очагов туберкулезной инфекции
- 4) курящие
- 5) все верно

24. Противотуберкулезными мероприятиями, осуществляемыми санитарно-эпидемиологической службой, являются:

- 1) планирование массовой туберкулинодиагностики и контроль за ее выполнением

- 2) планирование вакцинации и ревакцинации БЦЖ
- 3) контроль за правильностью хранения вакцины БЦЖ
- 4) контроль за правильностью прививок БЦЖ
- 5) все перечисленное

25. Основные мероприятия, составляющие работу противотуберкулезного диспансера:

- 1) наблюдение за контингентом по группам учета
- 2) ведение документации и отчетности
- 3) амбулаторное лечение больных и проведение химиопрофилактики
- 4) диагностика туберкулеза
- 5) все перечисленное

26. Основные формы работы противотуберкулезного диспансера — это:

- 1) наблюдение за контингентом по группам учета, ведение документации на них и отчетности
- 2) амбулаторное лечение больных туберкулезом и проведение химиопрофилактики
- 3) диагностика туберкулеза
- 4) работа в туберкулезном очаге
- 5) все перечисленное

27. В диспансере дети из очагов туберкулезной инфекции осматриваются:

- 1) 1 раз в 3 месяца
- 2) 1 раз в 2 месяца
- 3) 1 раз в 6 месяцев
- 4) 1 раз в год
- 5) 1 раз в 2 года

28. Дети из очагов туберкулезной инфекции до 3 лет осматриваются фтизиатром:

- 1) 1 раз в год
- 2) 1 раз в 2 года
- 3) 1 раз в 6 месяцев
- 4) 1 раз в 3 месяца
- 5) 1 раз в 3 года

29. Проведение массовой туберкулинодиагностики осуществляется:

- 1) общей педиатрической сетью
- 2) противотуберкулезным диспансером
- 3) противотуберкулезным стационаром
- 4) санитарноэпидемиологической службой
- 5) все ответы верны

30. Основными эпидемиологическими показателями, используемыми фтизиатром в своей работе, являются:

- 1) заболеваемость туберкулезом
- 2) инфицированность и риск инфицирования населения микобактериями туберкулеза
- 3) болезненность населения туберкулезом
- 4) смертность от туберкулеза
- 5) все перечисленное

31. Противотуберкулезная вакцинация и ревакцинация БЦЖ — это:

- 1) неспецифическая профилактика туберкулеза
- 2) специфическая профилактика туберкулеза
- 3) мероприятия, которые иногда предупреждают туберкулез
- 4) ранняя профилактика туберкулеза
- 5) социальная профилактика

32. При направлении в тубдиспансер участковый врач должен провести следующие мероприятия:

- 1) обследование контактных
- 2) анализ крови ребенку
- 3) рентгенограмму ребенку
- 4) выписать динамику туберкулиновых проб
- 5) все верно

33. Число всех больных активным туберкулезом, состоящих на диспансерном учете на конец года, как в текущем, так и в предыдущие годы на 100 тыс. населения отражает показатель:

- 1) выявляемость
- 2) распространенность
- 3) болезненность
- 4) заболеваемость
- 5) инфицированность

34. Интенсивность распространения туберкулезной инфекции среди населения в конкретный период характеризует показатель:

- 1) выявляемость
- 2) распространенность
- 3) пораженность
- 4) риск инфицирования
- 5) инфицированность

35. Профилактика бывает:

- 1) санитарной
- 2) социальной
- 3) специфической
- 4) неспецифической
- 5) все верно

36. Больные с диагнозом активного туберкулеза получают лечение:

- 1) платно
- 2) бесплатно
- 3) амбулаторное
- 4) в санатории
- 5) интермитирующее

37. Предупреждение заражения туберкулезом человека от животных включает:

- 1) выявление больного туберкулезом животного
- 2) постоянный бактериологический контроль за молоком и молочными продуктами
- 3) постоянный бактериологический контроль за мясом забитых животных
- 4) уничтожение больного туберкулезом животного
- 5) все перечисленное

38. Какой из эпидемических показателей характеризует резервуар туберкулезной инфекции:

- 1) смертность
- 2) заболеваемость
- 3) потенциальный очаг
- 4) инфицированность
- 5) болезненность

39. К основным группам детей, подверженных риску заразиться туберкулезом относятся:

- 1) невакцинированные БЦЖ
- 2) недоношенные дети, часто и длительно болеющие
- 3) живущие в очагах туберкулезной инфекции
- 4) не имеющие поствакцинального знака
- 5) все верно

40. Группами "риска" по туберкулезу для подростков являются:

- 1) перенесшие ранее локальный туберкулез
- 2) давно инфицированные
- 3) из очагов туберкулезной инфекции
- 4) курящие
- 5) все верно

41. Для химиопрофилактики используется:

- 1) тубазид
- 2) стрептомицин
- 3) рифампицин
- 4) пиразинамид
- 5) все верно

42. О распространенности туберкулеза свидетельствуют такие показатели:

- 1) как заболеваемость
- 2) как болезненность
- 3) как смертность
- 4) как инфицированность
- 5) все перечисленное

43. Заболеваемость туберкулезом – это:

- 1) число больных туберкулезом в пересчете на 1000 жителей
- 2) число больных туберкулезом в пересчете на 10 000 жителей
- 3) процент больных, исчисленный к населению данной местности
- 4) число больных туберкулезом, выявленных в данном году
- 5) число вновь выявленных больных туберкулезом в пересчете на 100 000 населения

44. Показатель болезненности при туберкулезе – это:

- 1) число больных туберкулезом, состоящих на учете на конец года, в пересчете на 100 000 жителей
- 2) число больных активным туберкулезом на конец года
- 3) удельный вес больных туберкулезом среди всех больных на данной территории
- 4) число больных туберкулезом в пересчете на 1000 жителей
- 5) число впервые заболевших за год на 100000 жителей

45. Прививка DCG -М делается новорожденным детям с массой тела:

- 1) менее 3000 гр.
- 2) менее 2500 гр.
- 3) менее 2000 гр.
- 4) менее 2300 гр.
- 5) менее 1500 гр.

46. 4. Реакция на прививку BCG отмечается у детей в медицинской документации в возрасте:

- 1) 1 мес.
- 2) 3 мес.
- 3) 6 мес.
- 4) 12 мес.
- 5) все верно

47. Химиопрофилактика проводится в следующих случаях:

- 1) здоровым лицам, имеющим контакт с бактериовыделителем
- 2) детям с «виражом» Пробы Манту с 2ТЕ
- 3) детям с гиперергической реакцией на туберкулин
- 4) переболевшим туберкулезом при тяжелых интеркуррентных заболеваниях
- 5) все верно

48. Показатель абациллирования контингентов - это

- 1) число абациллированных и снятых с учета в текущем году больных, умноженное на 100 и деленное на число больных с БК+ в учетном году
- 2) процент больных с БК(-) ко всему контингенту больных
- 3) число больных с БК(-) на 100 больных с БК(+)
- 4) число больных, снятых с бациллярного учета

49. Факт временной утраты трудоспособности устанавливает

- 1) лечащий врач
- 2) главный врач
- 3) бюро МСЭ
- 4) заведующий отделением

50. максимальная длительность пребывания больного на больничном листе составляет:

- 1) период стационарного лечения
- 2) 4 мес. в году
- 3) 10 мес. в году
- 4) 6 мес. в году
- 5) весь срок лечения

52. Патоморфоз туберкулеза - это:

- 1) уменьшение заболеваемости туберкулезом
- 2) изменение клинического течения и морфологических проявлений инфекционного процесса
- 3) уменьшение смертности от туберкулеза
- 4) снижение инфицированности населения
- 5) увеличение очагового туберкулеза

53. Микобактерии могут попасть в организм следующим путем:

- 1) алиментарным
- 2) контактным путем
- 3) трансплацентарно
- 4) воздушно-капельным путем
- 5) все верно

53. Предрасполагают к заболеванию туберкулезом:

- 1) наследственность
- 2) возрастной фактор
- 3) морфологические дефекты
- 4) функциональные дефекты
- 5) все верно

54. Риск развития заболевания туберкулезом у инфицированных МБТ лиц в течение жизни составляет:

- 1) 5%
- 2) 10%
- 3) 20%
- 4) 50%
- 5) 75%

55. Риск развития заболевания туберкулезом в течение раннего туберкулезного периода составляет:

- 1) 5%
- 2) 10%
- 3) 20%
- 4) 50%
- 5) 75%

56. Латентная туберкулезная инфекция – это:

- 1) Состояние, при котором микобактерии туберкулеза присутствуют в организме человека, обуславливая положительные реакции на туберкулезные аллергены
- 2) Состояние, при котором микобактерии туберкулеза присутствуют в организме человека при отсутствии клинических и рентгенологических признаков туберкулеза
- 3) Состояние, при котором микобактерии туберкулеза присутствуют в организме человека, обуславливая положительные реакции на туберкулезные аллергены, при отсутствии клинических и рентгенологических признаков туберкулеза
- 4) Состояние, при котором микобактерии туберкулеза присутствуют в организме человека, обуславливая положительные реакции на туберкулезные аллергены, при наличии клинических и рентгенологических признаков туберкулеза
- 5) Состояние, при котором микобактерии туберкулеза присутствуют в организме человека при отсутствии наличия интоксикационного синдрома и отсутствии рентгенологических признаков туберкулеза

57. Состояние, при котором микобактерии туберкулеза присутствуют в организме человека, обуславливая положительные реакции на туберкулезные аллергены, при отсутствии клинических и рентгенологических

признаков туберкулеза – это:

- 1) преаллергический период
- 2) период виража
- 3) инкубационный период
- 4) латентная туберкулезная инфекция
- 5) Ранний период туберкулезной инфекции

58. Латентная туберкулезная инфекция отмечается у инфицированных МБТ людей с частотой:

- 1) 25% случаев
- 2) 50% случаев
- 3) 75% случаев
- 4) 90% случаев
- 5) 95% случаев

59. У лиц с наличием латентной туберкулезной инфекции микобактерии туберкулеза сохраняются в виде:

- 1) типичном палочковом
- 2) кокковидном
- 3) зернистом
- 4) L-форм
- 5) фильтрующихся форм

60. У лиц с наличием латентной туберкулезной инфекции микобактерии туберкулеза сохраняются в ткани:

- 1) легочной
- 2) бронхов
- 3) селезенки
- 4) лимфатических узлов
- 5) слизистой верхних дыхательных путей

61. Диаскинтест представляет собой

- 1) рекомбинантный белок, продуцируемый генетически модифицированной *Escherichia coli*
- 2) рекомбинантный белок, продуцируемый генетически модифицированной *M.tuberculosis*
- 3) препарат, содержащий два специфических антигена ESAT-10 и CFP-6
- 4) препарат, содержащий три специфических антигена ESAT-6, CFP-10 и TB-7
- 5) рекомбинантный туберкулин

62. Диаскинтест вводится

- 1) подкожно
- 2) внутримышечно
- 3) наочно
- 4) внутрикожно
- 5) эндоназально

63. Если ребенку проведены профилактические прививки, то пробу с препаратом диаскинтест осуществляют не ранее, чем через

- 1) 2 недели после прививки
- 2) 1 месяц после прививки
- 3) 2 мес. после прививки
- 4) 6 мес. после прививки

64. Проба с диаскинтестом считается положительной

- 1) при наличии инфильтрата (папулы) любого размера
- 2) при наличии инфильтрата (папулы) 5 мм и более.
- 3) при наличии папулы или гиперемии любого размера
- 4) при увеличении размеров папулы на 6 мм в течение года
- 5) при наличии инфильтрата (папулы) 3 мм и более

65. При выполнении компьютерной томографии толщина срезов составляет:

- 1) 1 – 5 мм
- 2) 5 – 15 мм

- 3) 1 – 10 мм
- 4) 10 – 20 мм
- 5) 0,5–1 мм

66. При диагностике внутригрудных аденопатий КТ позволяет получить следующую информацию, кроме

- 1) выявлять лимфатические узлы всех групп с определением их точной величины
- 2) оценить состояние окружающих тканей
- 3) определять плотность и структуру лимфатических узлов
- 4) определять наличие кальцинатов во внутригрудных лимфоузлах
- 5) определить патоморфологические изменения внутри лимфатического узла

67. Признаками кальцинированных внутригрудных лимфоузлов (ВГЛУ) при туберкулезе у детей по данным КТ являются

- 1) плотность ВГЛУ 300–650 ед. Н., располагаются по ходу бронхов и в местах деления трахеи и бронхов
- 2) плотность ВГЛУ 30–45 ед. Н., располагаются по ходу сосудов
- 3) только краевая, скорлупообразная кальцинация
- 4) крупные ВГЛУ, всегда кальцинированные целиком
- 5) ВГЛУ треугольной и веретенообразной формы

68. Величина отдельных ВГЛУ, выявляемых КТ при туберкулезе у детей, составляет

- 1) 5–10 мм
- 2) 10–40 мм
- 3) 2–18 мм
- 4) 1–5 мм
- 5) 0,1–0,5 мм

69. Величина конгломератов ВГЛУ, выявляемых КТ при туберкулезе у детей составляет

- 1) до 5 мм
- 2) до 10 мм
- 3) до 25 мм
- 4) до 40 мм
- 5) до 50 мм

70. При наличии кальцинированных очагов в легочной ткани у детей их туберкулезный характер не вызывает сомнений за исключением возможности

- 1) муковисцидоза
- 2) токсоплазмоза
- 3) аскаридоза
- 4) токсокароза
- 5) филиноза

71. КТ грудной клетки с целью исключения локальной формы туберкулеза у ребенка целесообразно проводить не ранее следующего интервала после перенесенного ОРВИ

- 1) 3 недели
- 2) 2 недели
- 3) 1 месяц
- 4) 1 неделя
- 5) 2 месяца

72. Недостатком метода КТ-ангиографии является

- 1) менее точное определение размеров лимфоузлов
- 2) увеличение дозы облучения ребенка в 2–3 раза
- 3) увеличение дозы облучения ребенка в 8–10 раз
- 4) невозможность выявления казеозного некроза во ВГЛУ
- 5) увеличение толщины томографического среза в 2 раза

73. КТ-признак внутрилегочных лимфатических узлов:

- 1) прилежит к плевре
- 2) округлой формы
- 3) нечеткие контуры

- 4) связан дорожкой с корнем
- 5) размеры более 4 мм

74. Среднее время определения МБТ методом ПЦР составляет

- 1) 24 дня
- 2) 7 дней
- 3) 1 день
- 4) 14 дней
- 5) 30 минут

75. Прибор GeneXpert Dx на основе ПЦР позволяет определить наличие МБТ в исследуемом материале в течение времени

- 1) 24 часов
- 2) 2 часа
- 3) 2 дня
- 4) 7 дней
- 5) 30 минут

76. BACTEC MGIT 960 это

- 1) полу-автоматизированная система для роста, детекции и тестов на лекарственную чувствительность *M.tuberculosis*.
- 2) полностью автоматизированная система для роста, детекции и тестов на лекарственную чувствительность *M.tuberculosis*.
- 3) полностью автоматизированная система для роста и детекции *M.tuberculosis*, без возможности проведения тестов на лекарственную чувствительность
- 4) полностью автоматизированная система для роста, детекции и тестов на лекарственную чувствительность *M.tuberculosis* и *M.leprae*.
- 5) компьютерная система для подсчета колоний и результатов тестов на лекарственную чувствительность *M.tuberculosis*.

77. Детям, привитым в родильном доме вакциной БЦЖ, массовая туберкулинодиагностика проводится, начиная с возраста

- 1) 2 месяцев
- 2) 6 месяцев
- 3) 12 месяцев
- 4) 2 года
- 5) 7 лет

78. Профилактическое флюорографическое обследование населения начинается с возраста

- 1) 12 месяцев
- 2) 7 лет
- 3) 14
- 4) 15 лет
- 5) 18 лет

79. Проявлением параспецифических реакций при туберкулезе является наличие

- 1) лимфаденита
- 2) блефарита, фликтенулезного керато-конъюнктивита
- 3) симптомов интоксикации
- 4) холодного абсцесса
- 5) натечного абсцесса

80. Цифровая рентгенофлюорография имеет следующие отличия от обычной пленочной рентгенографии

- 1) аксиальная проекция
- 2) большая лучевая нагрузка
- 3) меньшая лучевая нагрузка
- 4) невозможность распечатки на пленочные носители
- 5) меньшая чувствительность

81. Ультразвуковое исследование в диагностике туберкулеза у детей позволяет определить

- 1) состояние периферических лимфатических узлов
- 2) состояние бронхопульмональных лимфатических узлов
- 3) наличие очагов в легочной ткани
- 4) наличие полостей в легочной ткани
- 5) проходимость бронхов

82. Аналогом диаскинтеста «in vitro» является

- 1) ИФА с туберкулезным антигеном
- 2) ПЦР
- 3) Квантифероновый тест
- 4) Иммунофлюоресцентный тест
- 5) Совместная постановка РНГА и РСК с туберкулином

83. Постановка пробы Манту с 2 ТЕ в массовом порядке показана

- 1) Всем здоровым детям с 5 лет каждый год
- 2) всем здоровым детям с 1 года каждый год
- 3) всем привитым вакциной БЦЖ здоровым детям с 1 года каждый год и непривитым вакциной БЦЖ здоровым детям с 6 месяцев каждые 6 месяцев
- 4) всем здоровым детям с 6 месяцев каждый год
- 5) всем привитым вакциной БЦЖ здоровым детям с 5 лет каждый год и непривитым вакциной БЦЖ здоровым детям с 1 года каждые 6 месяцев

84. Усиливают чувствительность к туберкулину :

- 1) вирусные инфекции, глистные инвазии, гипертиреоз
- 2) глистные инвазии, гипертиреоз, лимфогранулематоз
- 3) вирусные инфекции, саркоидоз, глистные инвазии
- 4) гипертиреоз, глистные инвазии, вода
- 5) гипертиреоз, хронические инфекции стафилококковой и стрептококковой этиологии, глистные инвазии

85. Для диагностики туберкулеза бронхов необходимо сделать:

- 1) рентгенограмму грудной клетки
- 2) КТ органов средостения
- 3) бронхоскопическое исследование
- 4) клинический анализ крови
- 5) линейную томограмму средостения

86. Какие из биохимических исследований помогут в установлении диагноза локального туберкулеза:

- 1) АЛТ, АСТ
- 2) уровень сахара крови
- 3) общий белок, фракции
- 4) уровень мочевой кислоты
- 5) уровень креатинина

87. К инструментальным методам исследования при туберкулезе легких относятся:

- 1) ЭКГ
- 2) торакоскопия
- 3) ЭЭГ
- 4) сбор мокроты
- 5) аускультация легких

88. Экссудат, полученный при плевральной пункции, у больного туберкулезом имеет:

- 1) геморрагический характер
- 2) количество нейтрофилов > 50%
- 3) уровень плевральной АДА > 45 ед./мл
- 4) высокое содержание мезотелиальных клеток (>10%)
- 5) наличие клеток Пирогова-Лангханса

89. Окончательный результат роста возбудителя туберкулеза на среде Левенштейна-Йенсена получают через:

- 1) 5-7 дней
- 2) 20 дней
- 3) 45 дней
- 4) 90 дней

90. Проведенное исследование спинномозговой жидкости при базиллярном менингите туберкулезной природ позволяет выявить:

- 1) бесцветный цвет ликвора, пониженное содержание сахара, пониженное содержание хлоридов, выпадение пленки
- 2) желтый цвет ликвора, повышенное содержание белка, пониженное содержание сахара, пониженное содержание хлоридов
- 3) желтый цвет ликвора, повышенное содержание белка, пониженное содержание сахара, повышенное содержание хлоридов
- 4) бело-мутный цвет ликвора, повышенное содержание белка, пониженное содержание сахара, выпадение пленки
- 5) бесцветный цвет ликвора, повышенное содержание белка, пониженное содержание сахара, повышенное содержание хлоридов

91. Отрицательная чувствительность к туберкулину обычно отмечается при следующих формах туберкулеза

- 1) диссеминированный туберкулез, туберкулезный менингит, казеозная пневмония
- 2) острый милиарный туберкулез, хронический диссеминированный туберкулез, казеозная пневмония, цирротический туберкулез
- 3) хронический диссеминированный туберкулез, казеозная пневмония, фиброзно-кавернозный туберкулез, цирротический туберкулез
- 4) острый милиарный туберкулез, казеозная пневмония, цирротический туберкулез
- 5) острый милиарный туберкулез, казеозная пневмония, туберкулезный менингит

92. В обязательный минимум обследования ребенка 3 летнего возраста из семейного бациллярного контакта входит

- 1) рентгенограмма грудной клетки
- 2) биохимия крови
- 3) фибробронхоскопия
- 4) иммуноферментный анализ
- 5) тест лекарственной чувствительности

93. Детям, не привитым вакциной БЦЖ в период новорожденности, массовая туберкулинодиагностика в плановом порядке проводится, начиная с возраста

- 1) 6 месяцев
- 2) 12 месяцев
- 3) 3 года
- 4) 7 лет

94. При выявлении выража туберкулиновых реакций и гиперергии у детей и подростков необходимо провести флюорографическое обследование всех взрослых членов семьи

- 1) в двухнедельный срок
- 2) в срок 1 мес.
- 3) в течение 3-х дней
- 4) в течение 6 мес.

95. Окраска по Циль-Нильсену микобактерий туберкулеза основана на:

- 1) 1). щелочеустойчивости МБТ
- 2) кислотоустойчивости МБТ
- 3) термостабильности МБТ
- 4) спиртоустойчивости МБТ
- 5) избирательном окашивании туберкулопротеинов

96. Проведение в лаборатории ПЦР-анализа начинается с этапа:

- 1) посев материала на питательную среду
- 2) выделение ДНК

- 3) амплификация ДНК-фрагментов
- 4) гибридизация ДНК-продуктов амплификации
- 5) детекция ДНК-продуктов амплификации

97.Симптом Кораньи позволяет выявлять:

- 1) очаги в верхушках легочной ткани
- 2) увеличенные бронхопульмональные лимфатические узлы
- 3) увеличенные бифуркационные лимфатические узлы
- 4) реакцию медиастинальной плевры
- 5) наличие жидкости в плевральной полости

98.Симптом чаши Философова позволяет выявлять:

- 1) очаги в верхушках легочной ткани
- 2) увеличенные бронхопульмональные лимфатические узлы
- 3) увеличенные бифуркационные лимфатические узлы
- 4) реакцию медиастинальной плевры
- 5) увеличенные паратрахеальные лимфатические узлы

99.Симптом Поттенджера-Штемберга позволяет выявлять:

- 1) очаги в верхушках легочной ткани
- 2) увеличенные бронхопульмональные лимфатические узлы
- 3) увеличенные бифуркационные лимфатические узлы
- 4) реакцию медиастинальной плевры
- 5) увеличенные паратрахеальные лимфатические узлы

100.Обследованию на туберкулез подлежат пациенты с длительностью кашля:

- 1) более 2-х недель
- 2) более 3-х недель
- 3) более 2-х месяцев
- 4) более 6 недель

101. Квантифероновый тест оценивает продукцию сенсibilизированными лимфоцитами

- 1) Интерферона – альфа
- 2) Интерферона – бета
- 3) Интерферона – гамма
- 4) Фактора некроза опухолей
- 5) Интерлейкина – 2

102. Быстрым методом определения лекарственной устойчивости МБТ является

- 1) метод биологических микроципов
- 2) посев на твердые питательные среды, содержащие противотуберкулезные препараты
- 3) иммуноферментный анализ
- 4) определение бактериостатической активности крови
- 5) Бактек

103. Для обнаружения МБТ в патологическом материале его нужно окрасить методом:

- 1) Грама
- 2) Бойля-Мариота
- 3) Ван-Гизона
- 4) Пирогова-Лантгханса
- 5) Циля-Нильсена

104. Наиболее информативный метод выявления фазы распада при туберкулезе легких:

- 1). фибробронхоскопия
- 2). магнитно-резонансная томография (МРТ)
- 3). боковая рентгенография
- 4). линейная томография
- 5). компьютерная томография (КТ)

105. При туберкулезе органов дыхания из эндоскопических методов чаще используют:

- 1) фибробронхоскопию
- 2) медиастиноскопию
- 3) торакоскопию
- 4) ларингоскопию
- 5) риноскопию

106. Современный стандарт этиологической диагностики туберкулеза обязательно включает:

- 1) исследование двух образцов диагностического материала методами микроскопии, ПЦР, посева на жидкие и/или плотные питательные среды
- 2) исследование трех образцов диагностического материала методами микроскопии, посева на жидкие и/или плотные питательные среды
- 3) исследование трех образцов диагностического материала методами микроскопии, ПЦР, посева на жидкие и/или плотные питательные среды
- 4) исследование двух образцов диагностического материала методами микроскопии, посева на плотные питательные среды
- 5) исследование двух образцов диагностического материала методами микроскопии, посева на жидкие питательные среды

107. Преимущества цифровой рентгенографии перед аналоговой состоят в следующем:

- 1) снижение дозы облучения, меньшая стоимость оборудования
- 2) снижение дозы облучения, возможность сохранения в цифровом формате
- 3) возможность сохранения в цифровом формате, построения трехмерных изображений
- 4) возможность избежать эффекта суммации,
- 5) количественное определение плотности изображения

108. У ребенка реакция на диаскинтест – папула 7 мм. Оцените результат

- 1) Отрицательная
- 2) Сомнительная
- 3) Положительная, нормергическая
- 4) Гиперергическая
- 5) Адекватная

109. Внеочередному ФЛГ обследованию подлежат граждане

- 1) учащиеся высших учебных заведений
- 2) сотрудники транспорта
- 3) сотрудники детских учреждений
- 4) лица, проживающие в коммунальных квартирах, общежитиях
- 5) лица, у которых впервые установлен диагноз ВИЧ-инфекция

110. Картридная технология GeneXpert MBT/RIF позволяет

- 1) в очень короткие сроки (2,5 часо3) и проводить выявление ДНК МБТ определять устойчивость МБТ к рифампицину
- 2) определять устойчивость МБТ к противотуберкулезным препаратам
- 3) позволяет в короткие сроки (3 дня) получить рост колоний микобактерий и провести их идентификацию
- 4) позволяет в очень короткие сроки (3 час1) проводить определение аминокислот МБТ
- 5) позволяет в короткие сроки (3 дня) получить рост колоний микобактерий и провести их идентификацию, определить лекарственную устойчивость к основным препаратам

111. Для получения результатов при посеве на жидкие питательные среды системы ВАСТЕС необходимо время

- 1) 3-7 дней
- 2) 24 часа
- 3) 30 – 38 дней
- 4) 12-22 дня
- 5) 28 –32 дня

112. Наиболее эффективен и достоверен в выявлении МБТ метод исследования:

1. люминисцентная микроскопия
2. культуральный посев
3. бактериоскопия

4. биохимическое исследование
5. иммуноферментный анализ

113. Основным материалом для обнаружения МБТ являются:

1. кал
2. моча
3. мокрота
4. кровь
5. слюна

114. Основным методом выявления туберкулеза у детей является:

1. флюорография
2. туберкулинодиагностика
3. клинический метод
4. эпидемиологический метод
5. бактериологический метод

115. Основным методом выявления туберкулеза у подростков является:

1. туберкулинодиагностика
2. клинический метод
3. флюорография
4. бактериологический метод
5. работа с группами риска

116. Выберите по названию лабораторных технологий не прямые методы серологической диагностики туберкулеза

1. T-Spot (QUANTIFERON)
2. Geno Type MTBDRplus
3. MGIT
4. GXpert
5. MIRU VNTR

117. Метод исследования молекулярной эпидемиологии

- 1) T-Spot (QUANTIFERON)
- 2) Geno Type MTBDRplus
- 3) MGIT
- 4) GXpert
- 5) MIRU VNTR метод

118. Для достоверной бактериологической диагностики туберкулеза в РФ необходимо использовать следующие лабораторные методы

- 1) микроскопию, посев на твердые среды
- 2) микроскопию, посев на твердые среды, жидкие среды
- 3) микроскопию, посев на твердые среды, жидкие среды, молекулярно-генетические методы
- 4) микроскопию, посев на твердые среды, жидкие среды, серологические методы
- 5) микроскопию, посев на твердые среды, молекулярно-генетические методы
- 6) серологические методы

119. Основным методом выявления начальных ограниченных форм туберкулеза у взрослых является

- 1) проба Манту с 2 ТЕ
- 2) профилактическая флюорография
- 3) микроскопия мазка мокроты
- 4) посев смывов бронхов на МБТ

120. В клинический минимум обследования на туберкулез входят ниже перечисленные методы, кроме:

- 1) проба Манту с 2 ТЕ

- 2) градуированная кожная проба
- 3) обзорная рентгенограмма грудной клетки
- 4) клинические анализы крови и мочи
- 5) бактериоскопия мазка мокроты на МБТ

121). Первичный туберкулезный комплекс - это

- а) первичный туберкулез, характеризующийся наличием туберкулезных изменений в легких
- б) туберкулез, характеризующийся наличием инфильтрата в легких, воспалительной дорожки к корню легкого и регионарным лимфаденитом
- в) туберкулез первичного периода, характеризующийся наличием очага или инфильтрат в легком, воспалительной дорожки и регионарным лимфаденитом

122). Пневмоническую фазу первичного туберкулезного комплекса необходимо дифференцировать

- а) с раком легкого с метастазами в лимфатические узлы легкого
- б) с острой пневмонией
- в) с пороком развития легкого
- г) с эозинофильным инфильтратом

123). Кальцинаты в лимфатических узлах при заживлении первичного туберкулезного комплекса

- а) формируются всегда
- б) не формируются
- в) формируются в порядке исключения
- г) формируются при выраженном казеозном некрозе

124). Формирование кальцинатов в лимфатическом узле при заживлении первичного туберкулезного комплекса зависит

- а) от характера проведенного лечения
- б) от величины лимфатического узла
- в) от выраженности казеозного некроза в лимфатическом узле
- г) от наличия или отсутствия осложнений процесса

125). Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов может осложниться

- а) туберкулезом бронхов и бронхолегочным поражением
- б) ателектазом
- в) диссеминацией
- г) плевритом
- д) всем перечисленным

126). Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов требует проведения дифференциальной диагностики

- а) с неспецифическим лимфаденитом
- б) с лимфогранулематозом
- в) с саркоидозом
- г) со злокачественной опухолью
- д) со всем перечисленным

127). Диссеминированный туберкулез легких может протекать по всем перечисленным клиническим вариантам, кроме

- а) острого
- б) подострого
- в) хронического
- г) рецидивирующего

128). Для острого милиарного туберкулеза легких характерно

- а) обильное бактериовыделение
- б) скудное бактериовыделение
- в) отсутствие бактериовыделения

129). Размер очагов в легких при остром милиарном туберкулезе

- а) мелкий
- б) средний
- в) крупный
- г) разный

130). Клинические признаки, позволяющие заподозрить у больного острый милиарный туберкулез - это

- а) лихорадка, одышка, сильный сухой кашель, рассеянные сухие хрипы в легких
- б) лихорадка, постепенно нарастающая одышка при отсутствии в легких физикальной симптоматики, тахикардия
- в) лихорадка, кашель с мокротой, рассеянные сухие и локальные влажные хрипы в легких

131). Для подострого гематогенно-диссеминированного туберкулеза легких при его выявлении характерны следующие начальные проявления, кроме

- а) внезапного
- б) постепенного
- в) малосимптомного

132). Деструктивные изменения в легких при хроническом гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких

- а) возможны
- б) имеют место всегда
- в) не встречаются

133). Клинические проявления заболевания при обнаружении очагового туберкулеза легких чаще

- а) выраженные
- б) стертые
- в) отсутствуют
- г) правильные ответы б) и в)

134). Размеры полости распада при очаговом туберкулезе легких характеризуются

- а) малыми размерами
- б) средними размерами
- в) значительными размерами
- г) любыми из перечисленных

135). Наружные контуры очаговых теней в легких при наличии активности туберкулезного процесса являются

- а) четкими
- б) размытыми
- в) закономерности не выявляется

136). Клинико-рентгенологический синдром круглого инфильтрата в первую очередь требует дифференциальной диагностики

- а) с пневмонией
- б) с раком легкого
- в) с эхинококком
- г) с доброкачественной опухолью
- д) с ретенционной кистой

137). Облаковидный инфильтрат характеризуется

- а) клиническими признаками пневмонии
- б) клиническими симптомами бронхита
- в) отсутствием клинических проявлений
- г) болями на стороне поражения
- д) повышением температуры тела

138). Туберкулезный лобит необходимо дифференцировать

- а) с крупозной пневмонией
- б) с раком легкого
- в) с эозинофильной пневмонией
- г) со всем перечисленным

139). Основным морфологическим отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза

является

- а) большой объем поражения
- б) преобладание казеозного некроза
- в) более частый распад
- г) склонность к бронхогенной диссеминации
- д) поражение крупных бронхов

140). Казеозная пневмония характеризуется

- а) скудным выделением МБТ
- б) обильным выделением МБТ
- в) редким выделением МБТ
- г) однократным выделением МБТ

141). Туберкулема легкого представляет собой

- а) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфической грануляционной ткани
- б) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфического и неспецифического воспаления
- в) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный соединительнотканной капсулой с включением клеточных элементов туберкулезной гранулемы

142). Туберкулемы могут иметь следующий вариант клинического течения

- а) стационарный
- б) прогрессирующий
- в) регрессирующий
- г) все ответы правильные

143). Туберкулему легкого обычно приходится дифференцировать

- а) с периферическим раком
- б) с аспергиллемой
- в) с ретенционной кистой
- г) с гамартохондромой
- д) все ответы правильные

144). Кавернозный туберкулез отличается от фазы распада при других формах туберкулеза

- а) устранением клинико-рентгенологической симптоматики, присущей той или иной легочной форме туберкулеза, на фоне которой формируется кавернозный туберкулез
- б) рентгенологической характеристикой процесса, где полостное образование является ведущим рентгенологическим признаком легочной патологии
- в) скудным бактериовыделением
- г) всем перечисленным

145). Распространенность поражения при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких чаще

- а) не превышает одного сегмента легкого
- б) не превышает двух сегментов легкого
- в) не превышает трех сегментов легкого
- г) захватывает долю легкого и более

146). Основным критерием, позволяющим отличить фиброзно-кавернозный туберкулез легких от полостной формы рака и хронического абсцесса, является

- а) клиническое течение заболевания
- б) рентгенологическая картина легочных изменений
- в) обнаружение микобактерий туберкулеза

147). Повышает операбельность больных, страдающих фиброзно-кавернозным туберкулезом легких

- а) предоперационная специфическая химиотерапия
- б) лечение сопутствующих заболеваний
- в) лечение хронического "легочного сердца" и дыхательной недостаточности
- г) применение наряду с резекцией легкого (лобэктомией и пневмонэктомией) торакопластики и кавернотомии
- д) все перечисленное

- 148). Туберкулезный плеврит - это воспаление плевры туберкулезной этиологии. Такое определение
- а) правильно
 - б) неправильно
 - в) неточно
- 149). В комплекс лечебных мероприятий у больных туберкулезным экссудативным плевритом следует включать
- а) этиотропные химиопрепараты
 - б) противовоспалительные препараты
 - в) плевральные пункции с эвакуацией экссудата
 - г) все перечисленное
- 150). Наиболее достоверными критериями для доказательства специфического поражения стенки бронха туберкулезом является
- а) обнаружение во время эндоскопии локальных изменений (инфильтрации, грануляций, изъязвления)
 - б) обнаружение в материале биопсии микобактерий туберкулеза и клеток эпителиоидно-гигантоклеточной гранулемы
 - в) наличие туберкулезных изменений в легких
- 151). Ведущий путь проникновения возбудителя в организм ребенка при первичном инфицировании
- а) алиментарный
 - б) аэрогенный
 - в) трансплацентарный
 - г) контактный
- 152). Туберкулезную интоксикацию следует дифференцировать со следующими наиболее частыми заболеваниями нетуберкулезной этиологии
- а) хронической патологией носоглотки, затяжными и хроническими бронхолегочными заболеваниями
 - б) воспалительными заболеваниями печени, желчевыводительных путей, желудочно-кишечного тракта и глистными инвазиями
 - в) воспалительными заболеваниями почек и мочевых путей
 - г) вегето-сосудистой дистонией и эндокринными заболеваниями
 - д) всем перечисленным
- 153). Основной причиной перехода первичного инфицирования в заболевание туберкулезом является
- а) массивная суперинфекция
 - б) неблагоприятный преморбидный фон, интеркуррентные заболевания
 - в) возрастная несостоятельность иммунных механизмов и несостоятельность вакцинного иммунитета
 - г) организационные дефекты в выявлении и лечении детей в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции
 - д) все перечисленное
- 154). Инволюция первичного легочного аффекта характеризуется основными этапами
- а) рассасыванием перифокального воспаления
 - б) развитием соединительнотканной капсулы вокруг казеозного очага
 - в) полным рассасыванием казеозного центра с образованием рубца
 - г) обезвоживанием казеоза, отложением солей извести, полной кальцинацией очага
 - д) все перечисленное
- 155). Заживление в регионарных лимфатических узлах происходит
- а) раньше, чем в легочной ткани
 - б) более медленно с длительным сохранением активности процесса
 - в) возможно и то, и другое
 - г) закономерности нет
- 156). Наиболее частым исходом первичного туберкулезного комплекса при отсутствии лечения является
- а) полное рассасывание
 - б) кальцинация во внутригрудных лимфоузлах и образование очага Гона
 - в) образование очага Гона и фиброзной дорожки к корню
- 157). При лимфогранулематозе чаще увеличиваются
- а) лимфоузлы верхнего средостения

- б) бронхопульмональные лимфоузлы
- в) медиастинальные лимфоузлы
- г) все перечисленные

158). Для лимфогранулематоза характерны следующие клинические симптомы

- а) лихорадка
- б) системное увеличение лимфоузлов
- в) острая нарастающая интоксикация
- г) гепатолиенальный синдром
- д) все перечисленное

159). Основными отличительными чертами хронически текущего первичного туберкулеза как формы процесса являются

- а) давность заболевания - не менее 2 лет
- б) волнообразное течение - чередование инфильтративных вспышек с периодами относительной стабилизации
- в) торпидное, прогрессирующее течение с вовлечением новых групп лимфоузлов, поражения бронхов и легочной ткани
- г) морфологический полиморфизм - наряду с частично кальцинированными определяются свежие казеозно измененные лимфатические узлы
- д) все перечисленное

160). Вспышки хронически текущего процесса могут выражаться

- а) любым видом бронхолегочных осложнений
- б) гематогенной генерализацией
- в) поражением бронхиального дерева
- г) вовлечением в процесс новых групп внутригрудных лимфоузлов
- д) всем перечисленным

161). При лечении больных с хронически текущим первичным туберкулезом необходимо учитывать

- а) длительное существование в организме ребенка казеозно-некротических изменений
- б) трофические и функциональные изменения в органах и тканях, как следствие длительной интоксикации
- в) хроническую гипоксию и метаболический ацидоз
- г) гиперсенситизацию организма, в частности, гиперергическую настроенность эндотелия сосудов
- д) все перечисленное

162). Критерии активности специфического процесса базируются

- а) на клинических признаках заболевания
- б) на изменениях при рентгеномографических исследованиях
- в) лабораторных и биологических критериях
- г) всем перечисленным

163). Провокационная проба Коха основана

- а) на реактивности специфического процесса в очаге поражения вследствие размножения микобактерий туберкулеза
- б) на появлении токсико-аллергического перифокального воспаления в зоне местной гиперсенситизации ткани вокруг очага
- в) на появлении воспалительных сдвигов в гемо- и протеинограмме, как неспецифической ответной реакции на введение аллергена-туберкулина
- г) всего перечисленного

164) Силикотическая гранулема представлена

- а) фиброзными тяжами, казеозными массами, солями кальция
- б) коллагеновыми волокнами, аневризматически расширенными сосудами
- в) пылевыми частицами, клеточными элементами, коллагеновыми волокнами
- г) пылевыми частицами, скоплениями лимфоцитов, гигантскими клетками
- д) пылевыми частицами, эпителиоидными и плазматическими клетками

165) При бронхоскопии у больных силикозом, как правило, обнаруживают

- а) гиперемию слизистой оболочки бронха
- б) атрофию слизистой оболочки бронха

- в) дистонию бронхов
- г) пылевые пятна в слизистой оболочке бронха
- д) папилломатоз бронха

166) У больных сахарным диабетом чаще развивается

- а) туберкулез плевры
- б) туберкулезный менингит
- в) инфильтративный туберкулез легких
- г) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
- д) туберкулез брюшины

167) Наиболее распространенной формой туберкулеза у больных алкоголизмом является

- а) очаговый туберкулез легких
- б) туберкулез кишечника
- в) фиброзно-кавернозный туберкулез легких
- г) цирротический туберкулез
- д) эмпиема плевры

168) Чем представлена силикотическая гранулема

- а) фиброзными тяжами
- б) пылевыми частицами
- в) казеозными массами
- г) солями кальция
- д) верно 1,3,4

169) У больных с сочетанием туберкулеза и психического заболевания

- а) первым чаще бывает туберкулез
- б) первым чаще бывает психическое заболевание
- в) установить последовательность развития заболевания невозможно
- г) последовательность развития заболеваний зависит от социальных условий
- д) заболевания развиваются одновременно

170) У детей туберкулезную интоксикацию нередко принимают за проявления

- а) краснухи
- б) ветрянки
- в) коклюша
- г) хронического тонзилита
- д) дифтерии

171) Расширение тени корня легкого чаще выявляют у больных

- а) эозинофильной пневмонией
- б) туберкулезной интоксикацией
- в) ТВГЛУ бронхопульмональной группы
- г) с доброкачественными новообразованиями легкого
- д) периферическим раком легкого

172) Гистиоцитоз Х отличается от диссеминированного туберкулеза

- а) присутствием в легочной ткани сидеробластов
- б) лихорадкой
- в) сетчатым фиброзом
- г) одышкой
- д) рецидивирующим спонтанным пневмотораксом

173) Метастатическое поражение легких отличается от диссеминированного туберкулеза легких

- а) наличием симптома «плакучей ивы»
- б) наличием симптома «разменной монеты»
- в) признаками «сотового» легкого
- г) наличием кальцинатов
- д) сетчатым фиброзом

174) Для терапии *ex juvantibus* при подозрении на туберкулез используют

- а) туберкулин или БЦЖ
- б) изониазид и этамбутол
- в) антибиотики широкого спектра действия
- г) изониазид и рифампицин
- д) глюкокортикоидные гормоны

175) Туберкулиновая проба у больных раком легкого чаще

- а) отрицательная
- б) сомнительная
- в) положительная
- г) гиперергическая
- д) отрицательная или сомнительная

176) Чаще метастазируют в легкие

- а) рак желудка
- б) рак печени
- в) злокачественная хорионэпителиома
- г) рак кишечника
- д) рак поджелудочной железы

177) Опасность выполнения трансторакальной пункции у больных эхинококкозом обусловлена, главным образом, угрозой развития

- а) экссудативного плеврита
- б) анафилактического шока
- в) кровотечения
- г) легочно-сердечной недостаточности
- д) пневмоторакса

178) Из всех пневмокониозов чаще всего осложняется туберкулезом

- а) антракоз
- б) асбестоз
- в) силикоз
- г) бериллиоз
- д) алюминоз

179) Кто чаще всего болеет силикотуберкулезом

- а) женщины в возрасте 50-60 лет
- б) мужчины и женщины в возрасте 60-80 лет
- в) мужчины в возрасте 30-40 лет
- г) женщины в возрасте 20-30 лет
- д) женщины и мужчины в возрасте 40-60 лет

180) У больных с пневмокониозом морфологически в легких обнаруживаются силикотуберкулезные образования, в которых казеозный некроз перемежается

- а) только с коллагенозными волокнами
- б) только с силикотическими гранулемами
- в) только с угольной пылью
- г) Верно 1 и 3
- д) Верно 1,2,3

181. Основными принципами противотуберкулезной терапии являются:

- 1) Раннее и своевременное назначение, непрерывность, комбинированность, добровольность, длительность, комплексность
- 2) Своевременное назначение, периодичность, комбинированность, контролируемость, длительность, комплексность
- 3) Раннее и своевременное назначение, непрерывность, комбинированность, контролируемость, длительность, комплексность
- 4) Раннее и своевременное назначение, непрерывность, комбинированность, контролируемость, длительность, сочетанность
- 5) Своевременное назначение, регулярность, комбинированность, контролируемость, длительность, комплексность

182. К наиболее эффективным противотуберкулезным препаратам относятся следующие:

- 1) Изониазид и пиразинамид
- 2) Изониазид и стрептомицин
- 3) Изониазид и рифампицин
- 4) Изониазид, рифампицин и стрептомицин
- 5) Изониазид, рифампицин, пиразинамид

183. К противотуберкулезным препаратам средней группы эффективности относятся следующие:

- 1) Рифампицин, пиразинамид, стрептомицин, амикацин, этамбутол, протионамид
- 2) Стрептомицин, амикацин, пиразинамид, этамбутол, протионамид, этионамид
- 3) Стрептомицин, амикацин, пиразинамид, этамбутол, протионамид, ПАСК
- 4) Пиразинамид, стрептомицин, амикацин, этамбутол, протионамид, тиаоацетазон, этионамид
- 5) Пиразинамид, рифампицин, стрептомицин, амикацин, этамбутол, протионамид, ПАСК

184. К противотуберкулезным препаратам умеренной группы эффективности относятся следующие:

- 1) ПАСК и протионамид
- 2) ПАСК и пиразинамид
- 3) Пиразинамид и этамбутол
- 4) Пиразинамид и тиаоацетазон
- 5) Тиаоацетазон и ПАСК

185. Выделяют следующие фазы в специфической терапии туберкулеза:

- 1) Интенсивная фаза, поддерживающая фаза
- 2) Основная фаза, фаза продолжения
- 3) Интенсивная фаза, фаза продолжения
- 4) Основная фаза, поддерживающая фаза
- 5) Первая фаза, вторая фаза

186. К противотуберкулезным препаратам 1 ряда относятся следующие:

- 1) Изониазид, стрептомицин, амикацин, протионамид, этионамид
- 2) Изониазид, стрептомицин, циклосерин, этамбутол, пиразинамид
- 3) Изониазид, стрептомицин, пиразинамид, этамбутол, протионамид
- 4) Изониазид, рифампицин, стрептомицин, этамбутол, пиразинамид
- 5) Изониазид, рифампицин, стрептомицин, протионамид, пиразинамид

187. К противотуберкулезным препаратам 2 ряда относятся следующие:

- 1) Амикацин, рифампицин, ПАСК, пиразинамид, меропенем
- 2) Амикацин, ПАСК, этионамид, протионамид, фторхинолоны
- 3) Амикацин, канамицин, ко-амоксиклав, этионамид, протионамид
- 4) Стрептомицин, амикацин, пиразинамид, этионамид, протионамид
- 5) Рифампицин, стрептомицин, амикацин, ко-амоксиклав, цефотаксим

188. К противотуберкулезным препаратам 3 ряда относятся следующие:

- 1) ПАСК, тиацетазон, ко-амоксиклав, азитромицин, капреомицин
- 2) Тиацетазон, линезолид, ко-амоксиклав, азитромицин, бедаквилин
- 3) Рифабудин, азитромицин, кларитромицин, линезолид, имипенем
- 4) Азитромицин, кларитромицин, капреомицин, ко-амоксиклав, амикацин
- 5) Азитромицин, кларитромицин, линезолид, ко-амоксиклав, меропенем

189. Обладает только бактериостатическим действием из перечисленных противотуберкулезных препаратов:

- 1) изониазид
- 2) стрептомицин
- 3) этамбутол
- 4) пиразинамид
- 5) рифампицин

190. Инактивируется в печени с образованием неактивных метаболитов элиминирующихся с мочой:

- 1) изониазид
- 2) рифампицин
- 3) этамбутол
- 4) пиразинамид
- 5) стрептомицин

191. Инактивируется в печени с образованием активных метаболитов элиминирующихся с мочой:

- 1) изониазид
- 2) стрептомицин
- 3) этамбутол
- 4) пиразинамид
- 5) рифампицин

192. Выводится из организма основном с желчью:

- 1) изониазид
- 2) рифампицин
- 3) этамбутол
- 4) пиразинамид
- 5) стрептомицин

193. Наиболее часто вызывает аллергические реакции:

- 1) изониазид
- 2) рифампицин
- 3) этамбутол
- 4) пиразинамид
- 5) стрептомицин

194. Наиболее гепатотоксичным противотуберкулезным препаратом является:

- 1) изониазид
- 2) рифампицин

- 3) этамбутол
- 4) пиразинамид
- 5) стрептомицин

195. Наиболее нейротоксичным противотуберкулезным препаратом является:

- 1) изониазид
- 2) рифампицин
- 3) этамбутол
- 4) пиразинамид
- 5) стрептомицин

196. Подагроподобные боли в суставах может вызывать противотуберкулезный препарат:

- 1) изониазид
- 2) рифампицин
- 3) ПАСК
- 4) пиразинамид
- 5) стрептомицин

197. Может токсично воздействовать на зрительный нерв следующий противотуберкулезный препарат:

- 1) изониазид
- 2) рифампицин
- 3) этамбутол
- 4) пиразинамид
- 5) ПАСК

198. Выделение стандартных режимов химиотерапии основано на выделении терапевтических категорий больных туберкулезом в зависимости от:

- 1) Распространенности и фазы специфического процесса
- 2) Распространенности, локализации, наличия осложнений, выявления бактериовыделения
- 3) Применяемых ранее курсов противотуберкулезной терапии
- 4) Наличия или отсутствия лекарственной устойчивости МБТ либо факторов риска ее возникновения к противотуберкулезным препаратам, наличия фоновых и сопутствующих заболеваний
- 5) Возраста пациента, наличия сопутствующих, сочетанных заболеваний

199. Первый режим химиотерапии показан следующей терапевтической категории:

- 1) Больным с бактериовыделением при установленной чувствительности МБТ к Н и R, а также до получения результатов чувствительности МБТ при отсутствии достоверного контакта с больным туберкулезом с МЛУ МБТ
- 2) Больным туберкулезом с установленной устойчивостью МБТ к Н или а Н и другим ПТП, но при сохранении чувствительности к R
- 3) Больным без бактериовыделения и отсутствия риска МЛУ МБТ
- 4) Больным с установленной ЛУ МБТ к R или R и Н при неизвестной лекарственной чувствительности к другим ПТП, а также больные с риском МЛУ
- 5) Больным с установленной ЛУ МБТ к Н и R в сочетании с установленной или предполагаемой устойчивостью к Ofx.

200. Второй режим химиотерапии показан следующей терапевтической категории:

- 1) Больным с бактериовыделением при установленной чувствительности МБТ к Н и R, а также до получения результатов чувствительности МБТ при отсутствии достоверного контакта с больным туберкулезом с МЛУ МБТ
- 2) Больным туберкулезом с установленной устойчивостью МБТ к Н или к Н и другим ПТП, но при сохранении чувствительности к R
- 3) Больным без бактериовыделения и отсутствия риска МЛУ МБТ
- 4) Больным с установленной ЛУ МБТ к R или R и Н при неизвестной лекарственной чувствительности к другим ПТП, а также больные с риском МЛУ
- 5) Больным с установленной ЛУ МБТ к Н и R в сочетании с установленной или предполагаемой устойчивостью к Ofx.

201. Третий режим химиотерапии показан следующей терапевтической категории:

- 1) Больным с бактериовыделением при установленной чувствительности МБТ к Н и R, а также до получения результатов чувствительности МБТ при отсутствии достоверного контакта с больным туберкулезом с МЛУ МБТ
- 2) Больным туберкулезом с установленной устойчивостью МБТ к Н или к Н и другим ПТП, но при сохранении чувствительности к R
- 3) Больным без бактериовыделения и отсутствия риска МЛУ МБТ
- 4) Больным с установленной ЛУ МБТ к R или R и Н при неизвестной лекарственной чувствительности к другим ПТП, а также больные с риском МЛУ
- 5) Больным с установленной ЛУ МБТ к Н и R в сочетании с установленной или предполагаемой устойчивостью к Ofx.

202. Четвертый режим химиотерапии показан следующей терапевтической категории:

- 1) Больным с бактериовыделением при установленной чувствительности МБТ к Н и R, а также до получения результатов чувствительности МБТ при отсутствии достоверного контакта с больным туберкулезом с МЛУ МБТ
- 2) Больным туберкулезом с установленной устойчивостью МБТ к Н или к Н и другим ПТП, но при сохранении чувствительности к R
- 3) Больным без бактериовыделения и отсутствия риска МЛУ МБТ
- 4) Больным с установленной ЛУ МБТ к R или R и Н при неизвестной лекарственной чувствительности к другим ПТП, а также больные с риском МЛУ
- 5) Больным с установленной ЛУ МБТ к Н и R в сочетании с установленной или предполагаемой устойчивостью к Ofx.

203. Пятый режим химиотерапии показан следующей терапевтической категории:

- 1) Больным с бактериовыделением при установленной чувствительности МБТ к Н и R, а также до получения результатов чувствительности МБТ при отсутствии достоверного контакта с больным туберкулезом с МЛУ МБТ
- 2) Больным туберкулезом с установленной устойчивостью МБТ к Н или к Н и другим ПТП, но при сохранении чувствительности к R
- 3) Больным без бактериовыделения и отсутствия риска МЛУ МБТ
- 4) Больным с установленной ЛУ МБТ к R или R и Н при неизвестной лекарственной чувствительности к другим ПТП, а также больные с риском МЛУ
- 5) Больным с установленной ЛУ МБТ к Н и R в сочетании с установленной или предполагаемой устойчивостью к Ofx.

204. Больным туберкулезом с установленной молекулярно-генетическим методом лекарственной чувствительностью МБТ к изониазиду и рифампицину до получения результатов определения лекарственной чувствительности МБТ культуральным методом на жидких или плотных питательных

средах в соответствии с методическими рекомендациями МЗ РФ следует назначить режим химиотерапии:

1. I (первый)
2. II (второй)
3. III (третий)
4. IV (четвертый)
5. V (пятый)

205. Больным туберкулезом внелегочных локализаций без бактериодвыделения при отсутствии риска множественной лекарственной устойчивости возбудителя в соответствии с методическими рекомендациями МЗ РФ следует назначить режим химиотерапии:

1. I (первый)
2. II (второй)
3. III (третий)
4. IV (четвертый)
5. V (пятый)

206. Больным туберкулезом с бактериовыделением, подтвержденным микроскопией и / или / посевом на жидкие или плотные питательные среды при установленной чувствительности МБТ к изониазиду и рифампицину в соответствии с методическими рекомендациями МЗ РФ следует назначить режим химиотерапии:

1. I (первый)
2. II (второй)
3. III (третий)
4. IV (четвертый)
5. V (пятый)

207. Длительность интенсивной фазы химиотерапии I режима для больных впервые выявленным туберкулезом в соответствии с приказом МЗ РФ составляет не менее:

- 1) 1 месяца
- 2) 6-8 недель
- 3) 2-х месяцев
- 4) 3-х месяцев
- 5) Зависит от возраста пациента

208. Длительность фазы продолжения терапии по I режиму для больных впервые выявленным туберкулезом в соответствии с приказом МЗ РФ составляет не менее:

- 1) 4 месяцев
- 2) 5 месяцев
- 3) 6 месяцев
- 4) 7 месяцев
- 5) 8 месяцев

209. Больным туберкулезом при установленной молекулярно-генетическими и / или / культуральными методами лекарственной устойчивости МБТ к изониазиду или к изониазиду в сочетании с устойчивостью к другим противотуберкулезным препаратам, но не к рифампицину в соответствии с методическими рекомендациями МЗ РФ следует назначить режим химиотерапии:

1. I (первый)
2. II (второй)
3. III (третий)
4. IV (четвертый)

5. V (пятый)

210. Длительность фазы интенсивной терапии II режима в соответствии с приказом МЗ РФ составляет не менее:

- 1) 1 месяца
- 2) 6-8 недель
- 3) 2-х месяцев
- 4) 3-х месяцев
- 5) Зависит от возраста пациента

211. Длительность фазы продолжения терапии II режима в соответствии с приказом МЗ РФ составляет не менее:

- 1) 4 месяцев
- 2) 5 месяцев
- 3) 6 месяцев
- 4) 7 месяцев
- 5) 8 месяцев

212. Больным туберкулезом при установленной лекарственной устойчивости МБТ к рифампицину или к рифампицину при неизвестной лекарственной чувствительности к другим противотуберкулезным препаратам, а также больным с риском множественной лекарственной устойчивости МБТ в соответствии с методическими рекомендациями МЗ РФ следует назначить режим химиотерапии:

1. I (первый)
2. II (второй)
3. III (третий)
4. IV (четвертый)
5. V (пятый)

213. Больным туберкулезом без бактериовыделения, подтвержденной микроскопией или посевом на жидкие или плотные питательные среды и при отсутствии риска множественной лекарственной устойчивости в соответствии с методическими рекомендациями МЗ РФ следует назначить режим химиотерапии:

1. I (первый)
2. II (второй)
3. III (третий)
4. IV (четвертый)
5. V (пятый)

214. Длительность интенсивной фазы химиотерапии по III режиму для больных впервые выявленным туберкулезом в соответствии с методическими рекомендациями МЗ РФ составляет не менее:

- 1) 1 месяца
- 2) 6-8 недель
- 3) 2-х месяцев
- 4) 3-х месяцев
- 5) Зависит от возраста пациента

215. Длительность фазы продолжения терапии по III режиму для больных впервые выявленным туберкулезом в соответствии с методическими рекомендациями МЗ РФ составляет не менее:

- 1) 4 месяцев
- 2) 5 месяцев
- 3) 6 месяцев
- 4) 7 месяцев
- 5) 8 месяцев

216. Больным туберкулезом при установленной лекарственной устойчивостью МБТ к изониазиду и рифампицину в сочетании с установленной или предполагаемой устойчивостью к офлоксацину в соответствии с методическими рекомендациями МЗ РФ следует назначить режим химиотерапии:

1. I (первый)
2. II (второй)
3. III (третий)
4. IV (четвертый)
5. V (пятый)

217. При назначении изониазида обязательным в патогенетической терапии является назначение:

- 1) Витамина B1
- 2) Витамина B2
- 3) Витамина B6
- 4) Витамина B12
- 5) Препаратов калия

218. В случае развития ототоксического эффекта показано назначение лекарственного препарата:

- 1) Витамина B1
- 2) Витамина B2
- 3) Витамина B5
- 4) Витамина B6
- 5) Пантогама

219. Гормонотерапия показана больным:

1. Первичным туберкулезным комплексом в фазе распада
2. Экссудативным плевритом
3. Казеозной пневмонией
4. Хронически диссеминированным туберкулезом
5. Фиброзно-кавернозным туберкулезом

220. Показаниями к назначению туберкулинотерапии являются:

- 1) ограниченные первичные формы туберкулеза с тенденцией к отграничению и преобладанием продуктивной тканевой реакции на ранних сроках лечения
- 2) впервые выявленные вторичные формы туберкулеза с выраженным экссудативным компонентом воспаления
- 3) казеозная пневмония
- 4) острый милиарный туберкулез
- 5) туберкулезный менингит

221. Показаниями для рассасывающей терапии являются:

- 1) Инфильтративный туберкулез в фазе инфильтрации и распада
- 2) Первичный туберкулезный комплекс в фазе инфильтрации
- 3) Экссудативный плеврит
- 4) Первичные или вторичные формы туберкулеза в фазе уплотнения и рубцевания
- 5) Очаги Гона, кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах
- 6)

222. Основным показанием к коллапсотерапии является:

- 1) наличие каверн при недостаточной эффективности химиотерапии
- 2) ограниченный фиброзно-кавернозный туберкулез
- 3) деструктивный туберкулез при наличии эластичной свежей каверны
- 4) при формировании каверны из туберкулемы
- 5) при формировании аденогенной каверны

223. Показаниями к экстренным операциям при туберкулезе являются:

- 1) легочное кровотечение, бронхолит
- 2) напряженный пневмоторакс, казеозная пневмония
- 3) легочное кровотечение, напряженный пневмоторакс
- 4) легочное кровотечение, бронходулярный свищ
- 5) экссудативный плеврит, казеозная пневмония

224. Лечебная тактика при туберкулезе определяется

- 1) возрастом больных
- 2) клинической формой туберкулеза и наличием деструктивных изменений
- 3) наличием массивного бактериовыделения
- 4) наличием сопутствующих заболеваний и их характером
- 5) всем перечисленным

225. Основной предпосылкой эффективности химиотерапии туберкулеза является

- 1) хорошая переносимость лечения
- 2) высокий уровень защитных сил организма больного
- 3) чувствительность микобактерий к применяемым препаратам
- 4) хорошая или удовлетворительная фармакокинетика

226. Контролируемая химиотерапия необходима

- 1) на начальном этапе лечения
- 2) на амбулаторном этапе лечения
- 3) на всем протяжении химиотерапии

227. Пути введения химиопрепаратов определяются с учетом

- 1) особенностей химиопрепаратов и их биотрансформации
- 2) локализации и характера туберкулезного процесса
- 3) переносимости химиотерапии
- 4) возраста больных
- 5) всего перечисленного

228. Патогенетическая терапия при туберкулезе имеет цель

- 1) повысить сопротивляемость организма
- 2) повысить концентрацию химиопрепаратов в очаге поражения
- 3) замедлить формирование рубцовой ткани
- 4) подавить или усилить воспалительную реакцию
- 5) все перечисленное

229. Комплексное лечение туберкулеза состоит из:

- 1) этиотропная терапия
- 2) патогенетическое лечение
- 3) лечение сопутствующих заболеваний
- 4) все перечисленное

230. Курс химиотерапии состоит из фаз:

- 1) фазы интенсивной и продолжительной терапии
- 2) фазы обратного развития и стабилизации
- 3) фазы лечения и наблюдения

231. Режим химиотерапии это:

- 1) длительность лечения
- 2) сочетание препаратов
- 3) сроки обследования
- 4) все перечисленное

232. С целью устранения витаминной недостаточности и профилактики ее нарастания наиболее целесообразно назначение

- 1) тиамин и рибофлавин
- 2) никотинамид и пиридоксин
- 3) пантотеновой кислоты и ретинола
- 4) аскорбиновой кислоты и пиридоксина
- 5) комплекса витаминов в сбалансированных соотношениях между ними

233. Ингаляции аэрозолей противотуберкулезных препаратов показаны

- 1) при туберкулезе мелких бронхов
- 2) при двустороннем туберкулезе крупных бронхов
- 3) при деструктивном туберкулезе
- 4) при всех перечисленных состояниях

234. Климатические факторы у больных туберкулезом

- 1) повышают сопротивляемость организма
- 2) нормализуют обмен веществ
- 3) улучшают функцию нервной системы
- 4) определяют все перечисленное

235. Горно-климатические курорты показаны больным

- 1) всеми формами туберкулеза легких в фазе инфильтрации
- 2) всеми деструктивными формами туберкулеза легких
- 3) ограниченными торпидно текущими формами туберкулеза легких
- 4) всеми формами туберкулеза легких с признаками легочно-сердечной недостаточности

236. Основные клинические симптомы спонтанного пневмоторакса - это

- 1) лихорадка, кашель с мокротой, боли в груди и одышка
- 2) боли в груди и одышка
- 3) лихорадка, сухой надсадный кашель, боли в груди
- 4) боли в груди, затрудненное дыхание, кашель с мокротой

237. Длительность лечения больного туберкулезным менингитом

1. 12 месяцев
2. 3 месяца
3. 2 недели
4. 7 дней
5. 5 месяцев

238. Лечение больного туберкулезом периферических лимфоузлов включает

- 1) использование одного туберкулостатического препарата
- 2) использование двух туберкулостатических препаратов
- 3) удаление пораженных лимфоузлов
- 4) обкалывание лимфоузла лидазой
- 5) применение полуспиртовых компрессов

239. Какой из противотуберкулезных АБП является наиболее гепатотоксичным?

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

240. Какой препарат не следует назначать больным туберкулезом легких в сочетании с сахарным диабетом?

1. Изониазид
2. Стрептомицин
3. Рифампицин
4. Пиразинамид
5. Канамицин

241. Хронически-текущий первичный туберкулез характеризуется:

1. сохранением активного очага туберкулезного воспаления, гиперергической чувствительностью к туберкулину, наклонностью к лимфогеманогенной диссеминации
2. сохранением активного очага туберкулезного воспаления, нормергической чувствительностью к туберкулину, наклонностью к лимфогеманогенной диссеминации
3. сохранением активного очага туберкулезного воспаления, гиперергической чувствительностью к туберкулину, наклонностью к бронхогенной диссеминации
4. сохранением активного очага туберкулезного воспаления, нормергической чувствительностью к туберкулину, наклонностью к лимфогенной диссеминации
5. сохранением активного очага туберкулезного воспаления, гиперергической чувствительностью к туберкулину, наклонностью к лимфогенной и бронхогенной диссеминации

242. Общими характерными чертами первичных форм туберкулеза являются:

1. распространение МБТ лимфогенным путем, преимущественное поражение легочной ткани, склонность к распаду и обсеменению, склонность к самозаживлению
2. распространение МБТ лимфогематогенным, преимущественное поражение лимфоидной ткани, склонность к распаду и обсеменению
3. распространение МБТ лимфогематогенным путем, преимущественное поражение легочной ткани, склонность к генерализации, отсутствие склонности к самозаживлению
4. распространение МБТ лимфогенным путем, преимущественное поражение лимфоидной ткани, развитие параспецифических реакций, склонность к распаду и обсеменению
5. распространение МБТ лимфогематогенным путем, преимущественное поражение лимфоидной ткани, развитие параспецифических реакций, склонность к самозаживлению

243. Общими характерными чертами вторичных форм туберкулеза являются:

1. распространение МБТ бронхогенным путем, преимущественное поражение легочной ткани, склонность к распаду и обсеменению, склонность к самозаживлению
2. распространение МБТ бронхогенным и лимфогенным путем, преимущественное поражение лимфоидной и легочной ткани, склонность к распаду и обсеменению
3. распространение МБТ бронхогенным и лимфогенным путем, преимущественное поражение легочной ткани, склонность к распаду и обсеменению, отсутствие склонности к самозаживлению
4. распространение МБТ бронхогенным и лимфогенным путем, преимущественное поражение легочной ткани, развитие параспецифических реакций, склонность к распаду и обсеменению
5. распространение МБТ бронхогенным и лимфогенным путем, преимущественное поражение легочной ткани, склонность к распаду и обсеменению, склонность к самозаживлению

244. Вторичные формы могут развиваться, если после инфицирования микобактериями туберкулеза прошел срок:

1. 1 год
2. 2 года
3. 3 года

4. 4 года
5. 5 лет

245. Развитие вторичного туберкулеза возможно вследствие:

1. эндогенной реактивации из заживших первичных очагов или массивной экзогенной суперинфекции на фоне сниженного иммунитета
2. только вследствие эндогенной реактивации из заживших первичных очагов
3. только вследствие массивной экзогенной суперинфекции
4. при длительном течении первичных форм туберкулеза
5. при условии развития вторичной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза

246. Морфологически воспалительные реакции во вторичном периоде туберкулеза характеризуются:

1. инфильтративной и продуктивной реакцией
2. инфильтративной реакцией
3. продуктивной реакцией
4. инфильтративной реакцией и распадом
5. продуктивной реакцией и кальцинацией

247. Кальцинаты, сформированные в верхушках легких после перенесения первичных форм туберкулеза, называются:

1. очагами Абрикосова
2. очагами Симона
3. очагами Гона
4. очагами Ашоффа-Пуля
5. очагами Пирогова

248. Очагами Симона являются:

1. кальцинаты в верхушках легочной ткани после перенесения первичного туберкулеза
2. очаги лимфогенного отсева после перенесения туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов
3. кальцинаты в легочной ткани, сформированные после перенесения первичного туберкулезного комплекса
4. кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах после перенесения первичного туберкулезного комплекса
5. кальцинаты в легочной ткани после перенесения диссеминированного туберкулеза

249. Патоморфологически свежие туберкулезный очаг при вторичном туберкулезе:

1. панбронхитом с инфильтрацией в просвете бронха
2. панбронхитом с казеозом в просвете бронха
3. казеозным альвеолитом
4. инфильтративным лимфаденитом
5. казеозным лимфаденитом

250. При вторичном туберкулезе препятствует проникновению лимфоцитов и макрофагов в очаг воспаления:

1. обызвествленная ткань
2. вал из эпителиоидных клеток и клеток Пирогова-Лангханса
3. сегментоядерный лейкоцитарный вал
4. некроз, поражающий сосуды
5. неспецифическое воспаление сосудов

251. Распространение микобактерий туберкулеза во вторичном периоде характерно путями:

1. только лимфогенным
2. лимфогенным и гематогенным

3. лимфогенным и бронхогенным
4. только бронхогенным
5. гематогенным и бронхогенным

252. Для вторичных форм туберкулеза характерно заживление путем:

1. рассасывания и уплотнения
2. уплотнения и фиброза
3. уплотнения, фиброза и кальцинации
4. образованием каверн
5. кальцинации

253. Очаги Ашоффа-Пуля – это:

1. патологически измененные участки легких при очаговом туберкулезе, представляющие собой осумкованные петрификаты или очаги творожистого некроза
2. патологически измененные участки легких при диссеминированном туберкулезе, представляющие собой осумкованные петрификаты или очаги творожистого некроза
3. патологически измененные участки легких при очаговом туберкулезе, представляющие собой осумкованные петрификаты
4. патологически измененные участки легких при очаговом туберкулезе, представляющие собой очаги творожистого некроза
5. патологически измененные участки легких при диссеминированном туберкулезе, представляющие собой осумкованные петрификаты

254. Патологически измененные участки легких (в пределах ацинуса или дольки) при очаговом туберкулезе, представляющие собой осумкованные петрификаты или очаги творожистого некроза – это:

1. очаги Симона
2. Очаги Абрикосова
3. Очаги Ашоффа-Пуля
4. Очаги Ранке
5. Очаги Гона

255. Очаги Абрикосова – это:

1. Свежие очаги вторичного туберкулеза, возникшие в I , II, VI сегментах преимущественно правого легкого
2. Свежие очаги вторичного туберкулеза, возникшие в II или III сегментах преимущественно правого легкого
3. Свежие очаги вторичного туберкулеза, возникшие в I или II сегментах преимущественно правого легкого
4. Уплотненные очаги вторичного туберкулеза, возникшие в I , II , VI сегментах преимущественно правого легкого
5. Уплотненные очаги вторичного туберкулеза, возникшие в I или II сегментах преимущественно правого легкого

256. Свежие очаги вторичного туберкулеза, возникшие в I или II сегментах преимущественно правого легкого – это:

1. очаги Симона
2. Очаги Абрикосова
3. Очаги Ашоффа-Пуля
4. Очаги Ранке
5. Очаги Гона

257. Наличие при туберкулезе перифокальной реакции отражает фазу воспаления:

1. альтеративную

2. экссудативную
3. пролиферативную
4. экссудативную и пролиферативную
5. уплотнения

258. Противотуберкулезный иммунитет снижен в возрастные периоды:

1. ранний детский, младший школьный, подростковый, старческий
2. ранний детский, подростковый, 30–40 лет, старческий
3. ранний детский, дошкольный, подростковый, старческий
4. ранний детский, младший школьный, подростковый, 40–50 лет, старческий
5. ранний детский, подростковый, у женщин – период беременности, родов, послеродовой, старческий

259. Туберкулин вводят подкожно

о при постановке пробы:

1. Проба Манту с 2 ТЕ
2. Градуированная кожная проба
3. Проба Пирке
4. Проба Коха
5. Проба Манту с 2 ТЕ и проба Коха

260. Следующие концентрации туберкулина используют при постановке градуированной пробы Пирке:

1. 100%; 75%; 25%; 5%
2. 100%; 50%; 25%; 5%
3. 100%; 25%; 5%; 1%
4. 100%; 25%; 5%; 0%
5. 100%; 50%; 25%; 1%

261. Следующие иммунологические пробы вводят внутрикожно:

1. Только пробу Манту с 2ТЕ
2. Градуированную кожную пробу Пирке
3. Пробу Коха
4. Только пробу диаскинтест
5. Пробу Манту с различными концентрациями туберкулина и пробу диаскинтест

262. Усиливают чувствительность к туберкулину:

1. вирусные инфекции, глистные инвазии, аллергические заболевания, вода
2. глистные инвазии, хронические инфекции стрептококковой и стафилококковой этиологии, сахарный диабет
3. глистные инвазии, хронические инфекции стрептококковой и стафилококковой этиологии, гипертиреоз, лимфогранулематоз
4. аллергические заболевания, хронические инфекции стрептококковой и стафилококковой этиологии, гипертиреоз, силикоз
5. аллергические заболевания, хронические инфекции стрептококковой и стафилококковой этиологии, глистные инвазии, коклюш

263. Снижают чувствительность к туберкулину:

1. вирусные инфекции, гепатохолецистопатии, саркоидоз, лимфогранулематоз
2. глистные инвазии, гиповитаминозы, голодание, саркоидоз, вирусные инфекции
3. гипертиреоз, хронические инфекции стрептококковой и стафилококковой этиологии, вирусные инфекции, сахарный диабет
4. вирусные инфекции, сахарный диабет, лимфогранулематоз, саркоидоз, рахит
5. гиповитаминозы, голодание, сахарный диабет, лимфогранулематоз, силикоз
6. саркоидоз, инфекции мочевыводящих путей, рахит, сахарный диабет

264. Диаскинтест - это::

1. Рекомбинантный белок, продуцируемый генетически модифицированный *M. tuberculosis*, содержащие специфические антигены ESAT-6, TB-7
2. Рекомбинантный белок, продуцируемый *M. bovis*, содержащий антигены ESAT-6, CFP-10, TB -7.
3. Рекомбинантный белок, продуцируемый генетически модифицированной *Escherichia coli*, содержащий антигены ESAT-6, CFP10
4. Белок *M. tuberculosis*, содержащий специфические антигены ESAT-6, CFP-10, TB -7.
5. Рекомбинантный белок, продуцируемый *M. tuberculosis*, содержащий антигены ESAT-6, CFP-10

265. Диаскинтест вводится:

1. Подкожно
2. Внутримышечно
3. Кожно
4. Накожно
5. Внутривожно

266. Проба с диаскинтестом считается положительной:

1. При наличии инфильтрата (папулы) любого размера
2. При наличии инфильтрата (папулы) 5 мм и более
3. При наличии инфильтрата (папулы) или гиперемии любого размера
4. При увеличении размера папулы на 6 мм в течение года
5. При наличии инфильтрата (папулы) 3 мм и более

267. Проба диаскинтест может быть отрицательной:

1. У больных туберкулезом с выраженными иммунопатологическими нарушениями, при хронических аллергических заболеваниях
2. У детей раннего возраста, у пациентов с иммунодефицитными состояниями
3. На ранних стадиях инфицирования МБТ, у пациентов с остаточными посттуберкулезными изменениями
4. На ранних стадиях инфицирования МБТ, у пациентов с иммунодефицитами состояниями
5. При длительном инфицировании МБТ(более 1 год), у пациентов с остаточными посттуберкулезными изменениями

268. Квантифероновый тест регистрирует:

1. Количество sensibilized Т-лимфоцитов в организме пациента
2. Уровень антигенспецифичной продукции интерферона-гамма циркулирующими клетками цельной крови
3. Уровень неспецифической продукции интерферона макрофагами крови
4. Уровень антиген-индуцированного ФНО-альфа
5. Продукцию иммуноглобулинов В-лимфоцитами крови

269. Положительный квантифероновый тест свидетельствует о:

1. сформированном поствакцинальном иммунитете
2. инфицировании микобактериями туберкулеза или атипичными микобактериями
3. инфицировании микобактериями туберкулеза при любой активности туберкулезной инфекции
4. инфицировании микобактериями туберкулеза и высокой активности туберкулезной инфекции
5. инфицировании микобактериями туберкулеза и низкой активности туберкулезной инфекции

270. В тест-системе «Тубинферон» в отличие от квантиферонового теста вместо неспецифического митогена используется:

1. Антиген вакцинного штамма БЦЖ

2. Туберкулин
3. Специфический иммуноглобулин G
4. Фосфатидный антиген
5. Корд-фактор

271. Инфицированность – это:

1. процент лиц, имеющих положительную реакцию на туберкулин
2. процент лиц, имеющих гиперергическую реакцию на туберкулин
3. процент лиц, имеющих положительную сомнительную реакцию на туберкулин
4. процент лиц, имеющих положительную реакцию на туберкулин от общего числа обследованных с помощью пробы Манту, за вычетом поствакцинальной аллергии
5. процент лиц, имеющих сомнительную и положительную реакцию на туберкулин, за вычетом поствакцинальной аллергии

272. Процент лиц, имеющих положительную реакцию на туберкулин от общего числа обследованных с помощью пробы Манту, за вычетом поствакцинальной аллергии – это:

1. инфицированность
2. риск инфицирования
3. заболеваемость
4. пораженность
5. болезненность

273. Риск инфицирования – это:

1. число больных малыми формами туберкулеза на 100 тыс. населения, выявленных в данном году
2. процент лиц, контактировавших с больным туберкулезом в данном году
3. ежегодный прирост лиц, выраженный в процентах, имеющих положительную реакцию на туберкулин от общего числа обследованных с помощью пробы Манту, за вычетом поствакцинальной аллергии
4. процент лиц, имеющих положительную реакцию на пробу с диаскинтестом от общего числа обследованных в данном году по сравнению с предыдущим годом
5. число больных, впервые выявленных в данном году, от общего числа обследованных с помощью пробы Манту на 100 тыс. населения

274. Ежегодный прирост лиц, выраженный в процентах, имеющих положительную реакцию на туберкулин от общего числа обследованных с помощью пробы Манту, за вычетом поствакцинальной аллергии – это:

1. инфицированность
2. риск инфицирования
3. заболеваемость
4. пораженность
5. болезненность

275. Заболеваемость – это:

1. количество вновь выявленных больных туберкулезом за год на 100 тыс. населения
2. количество больных туберкулезом за год на 100 тыс. населения
3. процент вновь выявленных больных туберкулезом за год среди населения
4. процент больных туберкулезом за год среди населения
5. количество больных активными формами туберкулеза туберкулезом за год на 100 тыс. населения

276. Количество вновь выявленных больных туберкулезом за год на 100 тыс. населения – это:

1. инфицированность
2. риск инфицирования
3. заболеваемость
4. пораженность
5. болезненность

277. Болезненность – это:

1. процент заболевших активным туберкулезом лиц в обследуемом коллективе
2. число вновь выявленных больных туберкулезом, состоящих на диспансерном учете на конец года, как в текущем, так и в предыдущие годы на 100 тыс. населения
3. число всех больных активным туберкулезом, состоящих на диспансерном учете на конец года, как в текущем, так и в предыдущие годы на 100 тыс. населения
4. число всех больных активным туберкулезом, состоящих на диспансерном учете на конец текущего года на 100 тыс. населения
5. число всех больных активным и неактивным туберкулезом, состоящих на диспансерном учете на конец года, как в текущем, так и в предыдущие годы на 100 тыс. населения

278. Число всех больных активным туберкулезом, состоящих на диспансерном учете на конец года, как в текущем, так и в предыдущие годы на 100 тыс. населения отражает показатель:

1. выявляемость
2. распространенность
3. болезненность
4. заболеваемость
5. инфицированность

279. Инфицированность туберкулезом лиц в возрасте 20-25 лет в РФ составляет около:

1. 10%
2. 30%
3. 50%
4. 80%
5. 100%

280. Инфицированность туберкулезом детей в подростковом возрасте (к 14 годам) в РФ составляет около:

1. 10%
2. 30%
3. 50%
4. 80%
5. 100%

281. Интенсивность распространения туберкулезной инфекции среди населения в конкретный период характеризует показатель:

1. Выявляемость
2. Распространенность
3. Пораженность
4. риск инфицирования
5. инфицированность

282. Риск инфицирования в дошкольном и младшем школьном возрасте в РФ составляет около:

1. 1% в год
2. 5% в год
3. 10% в год
4. 15% в год

5. 20% в год

283. ВОЗ считает ситуацию в стране благоприятной, при уровне показателя инфицированность:

1. менее 1%
2. менее 10%
3. менее 30%
4. менее 40%
5. менее 50%

284. ВОЗ считает ситуацию в стране благоприятной при уровне показателя риск инфицированности:

1. менее 30%
2. менее 10%
3. менее 1%
4. менее 0,3%
5. менее 0,01%

285. На территории РФ эпидемическая обстановка по туберкулезу считается благоприятной, если уровень заболеваемости:

1. менее 10,0 на 100 тыс. населения
2. менее 20,0 на 100 тыс. населения
3. менее 30,0 на 100 тыс. населения
4. менее 40,0 на 100 тыс. населения
5. менее 50,0 на 100 тыс. населения

286. На территории РФ эпидемическая обстановка по туберкулезу считается благоприятной при уровне выявляемости туберкулеза:

1. менее 0,1 на 1000 обследованных
2. менее 0,3 на 1000 обследованных
3. менее 0,5 на 1000 обследованных
4. менее 3,0 на 1000 обследованных
5. менее 5,0 на 1000 обследованных

287. На территории РФ эпидемическая обстановка считается благоприятной при удельном весе больных фиброзно-кавернозным туберкулезом среди впервые выявленных больных туберкулезом легких менее:

1. 0,1%
2. 0,3%
3. 0,5%
4. 5%
5. 10%

288. Клиническая классификация туберкулеза содержит следующие разделы:

1. клинические формы, характеристика туберкулезного процесса, осложнения туберкулеза, остаточные изменения после излеченного туберкулеза
2. клинические формы, характеристика туберкулезного процесса, характеристика остаточных изменений
3. клинические формы, характеристика туберкулезного процесса, характеристика осложнений
4. клинические формы, осложнения туберкулеза, остаточные изменения после излеченного туберкулеза, сочетанные заболевания
5. клинические формы, осложнения туберкулеза, очаги гематогенного отсева, остаточные изменения после излеченного туберкулеза

289. Первый раздел клинической классификации включает следующие группы клинических форм:

1. Туберкулезная интоксикация, туберкулез органов дыхания, туберкулез других органов и систем

2. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков, туберкулез органов дыхания, туберкулез других органов и систем
3. Безлокальные формы, локальные формы, генерализованные формы
4. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков, туберкулез органов дыхания, генерализованные формы туберкулеза
5. Безлокальные формы, локальные формы, генерализованные формы туберкулеза, сочетанные формы

290. В клинической классификации туберкулеза к активным фазам специфического воспаления относятся:

1. альтерации, инфильтрации, распада
2. инфильтрации, распада
3. инфильтрации, распада, обсеменения
4. распада, обсеменения
5. инфильтрации, казеификации

291. Согласно клинической классификации туберкулеза к осложнениям туберкулеза относятся:

1. кровохарканье, кровотечение, спонтанный пневмоторакс, туберкулез бронхов, туберкулема, ателектаз...
2. кровохарканье, кровотечение, каверна, спонтанный пневмоторакс, туберкулез бронхов, ателектаз...
3. кровохарканье, кровотечение, спонтанный пневмоторакс, туберкулез бронхов, ателектаз, амилоидоз, сердечно-легочная недостаточность...
4. кровохарканье, кровотечение, спонтанный пневмоторакс, ателектаз, пневмоцирроз, обызвествление...
5. кровохарканье, кровотечение, спонтанный пневмоторакс, бронхолегочное поражение, туберкулез бронхов, ателектаз, пневмоцирроз...

292. Согласно клинической классификации туберкулеза к остаточным изменениям после излеченного туберкулеза относятся:

- 1) фиброзные, фиброзно-очаговые, буллезно-дистрофические, цирроз, обызвествление...
- 2) фиброзные, буллезно-дистрофические, плевропневмосклероз, цирроз, амилоидоз...
- 3) фиброзные, буллезно-дистрофические, плевропневмосклероз, ателектаз, обызвествление...
- 4) фиброзные, буллезно-дистрофические, плевропневмосклероз, цирроз, свищи, обызвествление...
- 5) фиброзные, буллезно-дистрофические, плевропневмосклероз, каверна, цирроз...

293. Согласно клинической классификации туберкулеза плевропневмофиброз относится к:

1. активной форме туберкулеза
2. вариантом генерализации туберкулеза
3. неактивной форме туберкулеза
4. осложнению туберкулеза
5. остаточному изменению после излеченного туберкулеза

294. Согласно клинической классификации спонтанный пневмоторакс относится к:

1. активной форме туберкулеза
2. вариантом генерализации туберкулеза
3. неактивной форме туберкулеза
4. осложнению туберкулеза
5. остаточному изменению после излеченного туберкулеза

295. Согласно клинической классификации амилоидоз относится к:

1. активной форме туберкулеза
2. вариантом генерализации туберкулеза
3. неактивной форме туберкулеза
4. осложнению туберкулеза
5. остаточному изменению после излеченного туберкулеза

296. Вторым разделом клинической классификации туберкулеза является:

1. характеристика туберкулезного процесса
2. локальные клинические формы
3. клинические формы внелегочных локализаций
4. остаточные изменения после излеченного туберкулеза
5. осложнения туберкулеза

297. Третьим разделом клинической классификации туберкулеза является:

1. клинические формы внелегочных локализаций
2. осложнения туберкулеза
3. характеристика туберкулезного процесса
4. остаточные изменения после излеченного туберкулеза
5. Группа диспансерного учета

298. Согласно клинической классификации туберкулеза туберкулема относится к:

1. активной форме туберкулеза
2. вариантом генерализации туберкулеза
3. неактивной форме туберкулеза
4. осложнению туберкулеза
5. остаточному изменению после излеченного туберкулеза

299. Согласно клинической классификации туберкулез бронхов относится к:

1. активной форме туберкулеза
2. вариантом генерализации туберкулеза
3. неактивной форме туберкулеза
4. осложнению туберкулеза
5. остаточному изменению после излеченного туберкулеза

300. Согласно клинической классификации туберкулезный плеврит относится к:

1. активной форме туберкулеза
2. вариантом генерализации туберкулеза
3. неактивной форме туберкулеза
4. сочетанному заболеванию
5. остаточному изменению после излеченного туберкулеза

301. Согласно клинической классификации туберкулез мезентериальных лимфатических узлов относится к:

1. активной форме туберкулеза
2. вариантом генерализации туберкулеза
3. неактивной форме туберкулеза
4. осложнению туберкулеза
5. остаточному изменению после излеченного туберкулеза

302. Формулировка диагноза туберкулеза должна быть в следующей последовательности:

1. основная клиническая форма, фаза процесса, локализация, бактериовыделение, осложнения, остаточные изменения
2. основная клиническая форма, локализация, фаза процесса, бактериовыделение, остаточные изменения, осложнения
3. основная клиническая форма, фаза процесса, локализация, сочетанные заболевания, бактериовыделение, осложнения, остаточные изменения
4. основная клиническая форма, локализация, фаза процесса, сочетанные заболевания, бактериовыделение, остаточные изменения, осложнения
5. основная клиническая форма, локализация, фаза процесса, остаточные изменения, осложнения, бактериовыделение

303. Согласно клинической классификации туберкулезная каверна относится к:

1. активной форме туберкулеза
2. вариантом прогрессионирования туберкулеза
3. неактивной форме туберкулеза
4. осложнению туберкулеза
5. остаточному изменению после излеченного туберкулеза

304. Согласно клинической классификации сердечно-легочная недостаточность относится к:

1. сопутствующему заболеванию туберкулеза
2. сочетанному заболеванию туберкулеза
3. прогрессионированию туберкулеза
4. осложнению туберкулеза
5. остаточному изменению после излеченного туберкулеза

305. Согласно клинической классификации буллезно-дистрофические изменения относятся к:

1. сопутствующему заболеванию туберкулеза
2. сочетанному заболеванию туберкулеза
3. неактивной форме туберкулеза
4. осложнению туберкулеза
5. остаточному изменению после излеченного туберкулеза

306. При оценке технического качества обзорной рентгенограммы органов грудной клетки в прямой проекции следует учитывать

- 1) правильность установки и полноту охвата
- 2) степень жесткости
- 3) фазу дыхания, в которую выполнена рентгенограмма
- 4) артефакты
- 5) все ответы правильные

307. Боковая рентгенограмма грудной клетки позволяет получить всю дополнительную информацию, кроме

- 1) состояния отделов грудной клетки, не получивших отображения в прямой проекции
- 2) локализации патологического процесса относительно долей и сегментов легких
- 3) распространенности патологического процесса в легких
- 4) состояния легочного рисунка
- 5) состояния междолевых щелей

308. Бронхоскопия у больных туберкулезом показана

- 1) при всех формах легочного туберкулеза, протекающих с деструкцией и бактериовыделением
- 2) при предоперационном обследовании больных
- 3) при туберкулезных плевритах и туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов
- 4) при бактериовыделении из очага неясной локализации

5) при всех перечисленных случаях

309. Дренаж лимфы, оттекающей из органов грудной полости, осуществляют

- 1) передние шейные лимфатические узлы
- 2) лимфатические узлы прескаленного клеточного пространства
- 3) задние шейные лимфатические узлы
- 4) подмышечные лимфатические узлы
- 5) подчелюстные лимфатические узлы

310. Клинико-рентгенологический синдром круглого инфильтрата в первую очередь требует дифференциальной диагностики

- 1) с пневмоний
- 2) с раком легкого
- 3) с эхинококком
- 4) с доброкачественной опухолью
- 5) с ретенционной кистой

311. Туберкулезный лобит необходимо дифференцировать

- 1) с крупозной пневмонией
- 2) с раком легкого
- 3) с эозинофильной пневмонией
- 4) с саркоидозом
- 5) со всем перечисленным

312. Основными методами выявления туберкулеза мочевой системы являются

- 1) рентгенологический
- 2) микробиологический
- 3) туберкулиновых проб
- 4) клинический
- 5) все вышеперечисленные факторы

313. Основными методами выявления туберкулеза у детей является

- 1) массовая туберкулинодиагностика
- 2) флюорография
- 3) обследование на туберкулез групп риска
- 4) обследование на туберкулез лиц, обратившихся к фтизиатру
- 5) бактериологический

314. Клинической симптоматикой, как правило, сопровождается

- 1) очаговый туберкулез легких
- 2) туберкулема легких
- 3) инфильтративный туберкулез легких
- 4) малая форма туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов
- 5) все перечисленное

315. Среди критериев дифференциальной диагностики поствакциной и инфекционной аллергии главное

- 1) наличие или отсутствие прививки БЦЖ
- 2) срок, прошедший после прививки БЦЖ
- 3) наличие и размер поствакцинального знака
- 4) сведения о контакте и симптомы, подозрительные на туберкулез
- 5) все перечисленное

316. При оценке технического качества обзорной рентгенограммы органов грудной клетки степень жесткости считается нормальной, если
- 1) четко видны тела трех-четырех грудных позвонков
 - 2) четко видны межпозвонковые диски
 - 3) позвоночный столб намечается на фоне тени средостения
 - 4) не переработана структура костных элементов
 - 5) все ответы правильные
317. Прямая томография корней легких и средостения позволяет получить информацию
- 1) о состоянии внутригрудных лимфоузлов
 - 2) о состоянии просвета трахеи и крупных бронхов
 - 3) о состоянии крупных сосудов
 - 4) все ответы правильные
318. В лаважной жидкости, полученной из легкого здорового человека, преобладают
- 1) лимфоциты
 - 2) нейтрофилы
 - 3) альвеолярные макрофаги
 - 4) эпителиоидные клетки
 - 5) моноциты
319. Трансторакальная биопсия легкого иглой показана
- 1) при перибронхиальной локализации поражения
 - 2) при прикорневой локализации процесса
 - 3) при субплевральной локализации поражения
 - 4) при центральной локализации поражения
 - 5) при наддиафрагмальной локализацией поражения
320. Наружные контуры очаговых теней в легких при наличии экссудативных очагов являются
- 1) четкими
 - 2) размытыми
 - 3) лучистыми
 - 4) полициклическими
 - 3) закономерности не выявляется
321. Казеозную пневмонию необходимо дифференцировать
- 1) с клебсиеллопневмонией
 - 2) со стафилококковой пневмонией
 - 3) с пневмококковой пневмонией
 - 4) с раком легкого
 - 5) с пневмонией, вызванной одновременно клебсиеллой и стафилококком
322. При обследовании больных с подозрением на туберкулез мочевой системы вспомогательное значение имеет
- 1) рентгенологический метод
 - 2) микробиологический метод
 - 3) серологический метод
 - 4) проба Манту
 - 5) провокационная туберкулиновая проба
323. Основные клинические симптомы спонтанного пневмоторакса - это
- 1) лихорадка, кашель с мокротой, боли в груди и одышка
 - 2) боли в груди и одышка
 - 3) лихорадка, сухой надсадный кашель, боли в груди

- 4) боли в груди, затрудненное дыхание, кашель с мокротой
- 5) сухие хрипы, кровохарканье

324. Жалобы больного туберкулезом

- 1) специфичны для этого заболевания и позволяют по ним провести дифференциальную диагностику с другой легочной патологией
- 2) имеют черты специфичности и позволяют заподозрить туберкулез органов дыхания
- 3) неспецифичны и не позволяют с уверенностью судить о природе заболевания
- 4) однозначно указывают на туберкулез и не требуют дифференциальной диагностики
- 5) строго специфичны только при туберкулезе легких

325. Условия жизни больного

- 1) не оказывают существенного влияния на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса
- 2) оказывают существенное влияние на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса
- 3) оказывают только некоторое влияние на риск заболеть туберкулезом и совсем мало влияют на его течение
- 4) оказывают определяющее влияние на риск заболеть туберкулезом
- 5) оказывают влияние на риск заболеть туберкулезом только в экономически слабо развитых странах

326. Семейный анамнез представляет для фтизиатра интерес с точки зрения

- 1) наличия или отсутствия контакта с родственниками, больными заразной формой туберкулеза
- 2) семейной предрасположенностью к данному инфекционному заболеванию
- 3) как контакта с родственником, больным туберкулезом, так и семейной предрасположенностью к бронхо-легочным заболеваниям
- 4) предрасположенности к онкологическим заболеваниям легких
- 5) продолжительности жизни у родственников пациента

327. Формы туберкулеза, протекающие с малым накоплением микобактерий туберкулеза в очаге (очагах) поражения и характеризующиеся преимущественно продуктивной воспалительной реакцией выявляются обычно

- 1) клиническим методом исследования
- 2) флюорографическим методом исследования
- 3) лабораторным методом исследования
- 4) бактериологическим методом исследования
- 5) всеми перечисленными методами исследования

328. При туберкулезе органов дыхания между данными клинических методов исследования и изменениями, обнаруженными на рентгенограмме, как правило

- 1) имеется полное соответствие
- 2) нет полного соответствия, клиническая симптоматика более богата
- 3) нет полного соответствия, рентгенологические изменения более обширны
- 4) имеется полное несоответствие
- 5) верно все перечисленное

329. Участок уплотнения легочной ткани определяется методом перкуссии при его расположении

- 1) в субплевральном отделе
- 2) в промежуточном отделе легкого
- 3) в глубине легкого
- 4) в перикардальном отделе
- 5) в наддиафрагмальном отделе

330. Облегчает обнаружение хрипов в легких

- 1) форсированное дыхание больного

- 2) кашель
- 3) подкашливание с последующим резким вдохом
- 4) подкашливание с последующим резким выдохом
- 5) вдох после задержки дыхания

331. Наиболее распространенные методы выявления микобактерий туберкулеза включают все перечисленные ниже, кроме

- 1) бактериоскопического
- 2) культурального
- 3) метода обогащения (флотация)
- 4) ПЦР
- 5) биологического

332. Основными объектами исследования на микобактерии туберкулеза служат все перечисленные, кроме

- 1) мокроты
- 2) промывных вод бронхов
- 3) пунктата из закрытых полостей
- 4) мочи
- 5) слюны

333. Основными питательными средами, применяемыми для культивирования микобактерий туберкулеза, являются все указанные, кроме

- 1) плотных сред
- 2) среды Школьниковой
- 3) жидких сред
- 4) микрокультивирования по Прайсу
- 5) среды Левенштейна-Йенсена

334. Основным критерием понятия "вираж" чувствительности к туберкулину может служить

- 1) переход отрицательной пробы в положительную
- 2) появление впервые положительной пробы при условии ежегодной туберкулинодиагностики
- 3) появление впервые положительной туберкулиновой пробы в данном году после ранее отрицательной или сомнительной, или нарастание размера инфильтрата на 6 мм и более
- 4) появление впервые положительной туберкулиновой пробы при постановке 2 раза в год у ребенка, не привитого БЦЖ
- 5) все перечисленные

335. Реакция на введение туберкулина может быть

- 1) очаговой
- 2) общей
- 3) местной
- 4) сочетанием реакций
- 5) характеризоваться всем перечисленным

336. Среди критериев дифференциальной диагностики поствакцинной и инфекционной аллергии главное

- 1) наличие или отсутствие прививки БЦЖ
- 2) срок, прошедший после прививки БЦЖ
- 3) наличие и размер поствакцинального знака
- 4) сведения о контакте и симптомы, подозрительные на туберкулез
- 5) все перечисленное

337. Дополнительными критериями инфекционной аллергии служат

- 1) окраска папулы

- 2) четкость ее контура, наличие пигментации
- 3) размер инфильтрата
- 4) наличие гиперемии
- 5) все перечисленное

338. При оценке технического качества обзорной рентгенограммы органов грудной клетки установка считается правильной, если

- 1) медиальные отрезки ключиц отстоят на одинаковом расстоянии от остистых отростков позвонков
- 2) медиальные отрезки ключиц отстоят на одинаковом расстоянии от края позвонков
- 3) остистые отростки позвонков делят грудную клетку на две симметричные половины
- 4) лопатки выведены за пределы грудной клетки
- 5) все ответы правильные

339. При оценке технического качества обзорной рентгенограммы органов грудной клетки степень жесткости считается нормальной, если

- 1) четко видны тела трех-четырех грудных позвонков
- 2) четко видны межпозвонковые диски
- 3) позвоночный столб намечается на фоне тени средостения
- 4) не переработана структура костных элементов
- 5) все ответы правильные

340. При оценке фазы дыхания, в которой выполнена прямая обзорная рентгенограмма грудной клетки, следует учитывать

- 1) положение правого купола диафрагмы
- 2) положение левого купола диафрагмы
- 3) положение правого и левого куполов диафрагмы
- 4) степень прозрачности легочных полей
- 5) характер дуг средостения

341. При оценке технического качества обзорной рентгенограммы грудной клетки артефактами следует считать

- 1) повреждения на пленке
- 2) посторонние предметы (косы, булавки, украшения и т.п.)
- 3) детали изображения, не свойственные органам грудной клетки
- 4) участки загрязнения пленки
- 5) все ответы правильные

342. При рентгеноанатомическом анализе обзорной рентгенограммы грудной клетки в прямой проекции следует учитывать

- 1) состояние мягких тканей
- 2) состояние костного скелета
- 3) состояние корней легких, легочного рисунка, легочных полей
- 4) состояние средостения, диафрагмы, костно-диафрагмальных синусов
- 5) все ответы правильные

343. Прямая томография корней легких и средостения позволяет получить информацию

- 1) о состоянии внутригрудных лимфоузлов
- 2) о состоянии просвета трахеи и крупных бронхов
- 3) о состоянии крупных сосудов
- 4) об аномалиях строения бронхов
- 5) все ответы правильные

344. Томография с поперечным направлением размазывания в прямой проекции дает дополнительную информацию

- 1) о состоянии стенок трахеи и крупных бронхов

- 2) о состоянии бифуркации трахеи с выявлением кальцинатов в зоне бифуркации трахеи
- 3) о невидимых на томограмме с продольным размазыванием щелевидных полостях в легких
- 4) о наличии распада
- 5) все ответы правильные

345. Сцинтиграфия легких с изотопами позволяет уточнить

- 1) состояние мелких сосудов легких
- 2) состояние крупных сосудов легких
- 3) состояние мелких и крупных сосудов легких
- 4) состояние капиллярного кровотока легких
- 5) состояние венозного кровотока легких

346. Уменьшению лучевой нагрузки на пациента при рентгенологическом исследовании в первую очередь способствует

- 1) правильный выбор метода исследования
- 2) широкое применение различных защитных приспособлений
- 3) рациональное использование сложных рентгенологических методик, применение которых увеличивает лучевую нагрузку
- 4) уменьшение кратности исследований
- 5) все ответы правильные

347. При описании тенеобразований в легких, не относящихся к их анатомическим структурам, следует отобразить

- 1) локализацию и характер тени
- 2) количество теней, их величину и форму
- 3) контур тени, ее интенсивность и структуру
- 4) состояние окружающего фона
- 5) все вышеперечисленные

348. Полиморфизм очаговых теней в легких определяют все перечисленные ниже признаки, кроме

- 1) разной их величины
- 2) разного характера их контура
- 3) разной их формы
- 4) разной их интенсивности
- 5) разной их локализации

349. Заключение протокола рентгенологического исследования может быть

- 1) конкретным
- 2) с указанием дифференциально-диагностического ряда, включающим не более двух нозологических форм
- 3) с рекомендациями применения дополнительных методов для уточнения диагноза в неясном случае
- 4) содержать сравнение с предыдущими исследованиями
- 5) всем вышеперечисленным

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

- 1) локализацию процесса
- 2) распространенность процесса
- 3) активность процесса (его фазу)
- 4) вариант процесса
- 5) все перечисленное

351. Бронхоскопия у больных туберкулезом показана

- 1) при всех формах легочного туберкулеза, протекающих с деструкцией и бактериовыделением
- 2) при предоперационном обследовании больных
- 3) при туберкулезных плевритах и туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов

- 4) при бактериовыделении из очага неясной локализации
- 5) при всех перечисленных случаях

352. Трансторакальная биопсия легкого иглой показана

- 1) при перибронхиальной локализации поражения
- 2) при прикорневой локализации процесса
- 3) при субплевральной локализации поражения
- 4) при наддиафрагмальной локализации поражения
- 5) при медиастинальной локализации поражения

353. Медиастиноскопия по Карленсу показана при поражении

- 1) всех групп внутригрудных лимфатических узлов
- 2) перикардальных
- 3) паратрахеальных, трахеобронхиальных, бифуркационных и частично бронхопульмональных
- 4) внутрилегочных лимфоузлов
- 5) парааортальных лимфоузлов

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

- 1) динамическое наблюдение
- 2) пробное лечение, выбор препарата определяется наиболее вероятным видом патологии
- 3) открытую биопсию легкого
- 4) плевроскопию с биопсией плевры
- 5) медиастиноскопию

355. Генетические различия между *M.tuberculosis* и *M.bovis* BCG лежат в основе

1. иммуноферментного анализа
2. кожного туберкулинового теста
3. метода БАКТЕК
4. определения противотуберкулезных антител
5. диаскинтеста

356. Квантифероновый тест регистрирует

1. количество сенсибилизированных Т-лимфоцитов в организме пациента
2. уровень антигенспецифичной продукции интерферона – гамма циркулирующими клетками цельной крови
3. уровень неспецифической продукции интерферона макрофагами крови
4. уровень антиген-индуцированного ФНО – альфа
5. фагоцитарную активность макрофагов

357. Квантифероновый тест дает положительный результат у детей

1. имеющих сочетанную инфекцию ВИЧ/ТВ
2. вакцинированных БЦЖ
3. с кальцинатами во внутригрудных лимфатических узлах
4. при латентной туберкулезной инфекции с риском заболевания
5. инфицированных МБТ

358. Для выполнения квантиферонового теста требуется время

1. несколько минут
2. несколько часов
3. несколько дней
4. несколько недель

5. несколько секунд

359. После контакта с больным туберкулезом конверсия квантиферонового теста происходит, как правило, через

1. 5-10 дней
2. 2-3 недели
3. 6-8 недель
4. 3-6 месяцев
5. 6-12 месяцев

360. При постановке квантиферонового теста используется контроль с неспецифическим митогеном с целью

1. исключения неспособности лимфоцитов к адекватной выработке интерферона-гамма
2. исключения острого заболевания
3. определения уровня неспецифической сенсibilизации лимфоцитов
4. исключения персистирующей вирусной инфекции
5. определения поствакцинальной аллергии

361. В тест-системе «Тубинферон» в отличие от квантиферонового теста вместо неспецифического митогена используется

1. антигены вакцинного штамма БЦЖ
2. туберкулин
3. специфический иммуноглобулин G
4. фосфатидный антиген
5. корд-фактор МБТ

362. В отличие от квантиферонового теста, тест с «Тубинфероном» позволяет определять

1. ранний период первичной туберкулезной инфекции
2. наличие активной формы туберкулеза
3. латентную туберкулезную инфекцию
4. наличие иммунодефицита
5. наличие поствакцинальной аллергии

363. Для определения тактики диспансерного наблюдения и превентивного лечения детей в настоящее время обязательно используется

1. ПЦР
2. Диаскинтест
3. Квантифероновый тест
4. Тест с Тубинфероном
5. T-SPOT-TB

364. Причиной положительной пробы Манту с 2 ТЕ может быть

1. инфицирование МБТ
2. инфицирование неспецифической микрофлорой
3. пищевая аллергия
4. вакцинация АКДС
5. перенесенные детские инфекции: корь, коклюш, ветряная оспа
6. перенесенный рахит

365. Парааллергия это

1. гиперергическая и неадекватная чувствительность к туберкулину
2. аллергическая реакция на неспецифические антигены у детей больных туберкулезом
3. усиление чувствительности к туберкулину под влиянием неспецифических факторов
4. вариант лекарственной аллергии

5. аллергическая реакция на консервант, добавляемый в раствор туберкулина

366. Диаскинтест представляет собой

1. рекомбинантный белок, продуцируемый генетически модифицированной *Escherichia coli*
2. рекомбинантный белок, продуцируемый генетически модифицированной *M.tuberculosis*
3. препарат, содержащий два специфических антигена ESAT-10 и CFP-6
4. препарат, содержащий три специфических антигена ESAT-6, CFP-10 и TB-7
5. рекомбинантный туберкулин

367. Диаскинтест вводится

1. подкожно
2. внутримышечно
3. накожно
4. внутрикожно
5. эндоназально

368. Если ребенку проведены профилактические прививки, то пробу с препаратом диаскинтест осуществляют не ранее, чем через

1. 2 недели после прививки
2. 1 месяц после прививки
3. 2 мес. после прививки
4. 6 мес. после прививки

369. Проба с диаскинтестом считается положительной

1. при наличии инфильтрата (папулы) любого размера
2. при наличии инфильтрата (папулы) 5 мм и более.
3. при наличии папулы или гиперемии любого размера
4. при увеличении размеров папулы на 6 мм в течение года
5. при наличии инфильтрата (папулы) 3 мм и более

370. При выполнении компьютерной томографии толщина срезов составляет:

1. 1 – 5 мм
2. 5 – 15 мм
3. 1 – 10 мм
4. 10 – 20 мм
5. 0,5–1 мм

371. При диагностике внутригрудных аденопатий КТ позволяет получить следующую информацию, кроме

1. выявлять лимфатические узлы всех групп с определением их точной величины
2. оценить состояние окружающих тканей
3. определять плотность и структуру лимфатических узлов
4. определять наличие кальцинатов во внутригрудных лимфоузлах
5. определить патоморфологические изменения внутри лимфатического узла

372. Признаками кальцинированных внутригрудных лимфоузлов (ВГЛУ) при туберкулезе у детей по данным КТ являются

1. плотность ВГЛУ 300–650 ед. Н., располагаются по ходу бронхов и в местах деления трахеи и бронхов
2. плотность ВГЛУ 30–45 ед. Н., располагаются по ходу сосудов
3. только краевая, скорлупообразная кальцинация
4. крупные ВГЛУ, всегда кальцинированные целиком
5. ВГЛУ треугольной и веретенообразной формы

373. Величина отдельных ВГЛУ, выявляемых КТ при туберкулезе у детей, составляет

1. 5–10 мм

2. 10-40 мм
3. 2-18 мм
4. 1-5 мм
5. 0,1-0,5 мм

374. Величина конгломератов ВГЛУ, выявляемых КТ при туберкулезе у детей составляет

1. до 5 мм
2. до 10 мм
3. до 25 мм
4. до 40 мм
5. до 50 мм

375. При наличии кальцинированных очагов в легочной ткани у детей их туберкулезный характер не вызывает сомнений за исключением возможности

1. муковисцидоза
2. токсоплазмоза
3. аскаридоза
4. токсокароза
5. филиноза

376. КТ грудной клетки с целью исключения локальной формы туберкулеза у ребенка целесообразно проводить не ранее следующего интервала после перенесенного ОРВИ

1. 3 недели
2. 2 недели
3. 1 месяц
4. 1 неделя
5. 2 месяца

377. Недостатком метода КТ-ангиографии является

1. менее точное определение размеров лимфоузлов
2. увеличение дозы облучения ребенка в 2-3 раза
3. увеличение дозы облучения ребенка в 8-10 раз
4. невозможность выявления казеозного некроза во ВГЛУ
5. увеличение толщины томографического среза в 2 раза

378. КТ-признак внутрилегочных лимфатических узлов:

1. прилежит к плевре
2. округлой формы
3. нечеткие контуры
4. связан дорожкой с корнем
5. размеры более 4 мм

379. Среднее время определения МБТ методом ПЦР составляет

1. 24 дня
2. 7 дней
3. 1 день
4. 14 дней
5. 30 минут

380. Прибор GeneXpert Dx на основе ПЦР позволяет определить наличие МБТ в исследуемом материале в течение времени

1. 24 часов

2. 2 часа
3. 2 дня
4. 7 дней
5. 30 минут

381. БАСТЕС MGIT 960 это

1. полу-автоматизированная система для роста, детекции и тестов на лекарственную чувствительность *M.tuberculosis*.
2. полностью автоматизированная система для роста, детекции и тестов на лекарственную чувствительность *M.tuberculosis*.
3. полностью автоматизированная система для роста и детекции *M.tuberculosis*, без возможности проведения тестов на лекарственную чувствительность
4. полностью автоматизированная система для роста, детекции и тестов на лекарственную чувствительность *M.tuberculosis* и *M.leprae*.
5. компьютерная система для подсчета колоний и результатов тестов на лекарственную чувствительность *M.tuberculosis*.

382.. Детям, привитым в родильном доме вакциной БЦЖ, массовая туберкулинодиагностика проводится, начиная с возраста

1. 2 месяцев
2. 6 месяцев
2. 12 месяцев
3. 2 года
4. 7 лет

383. Профилактическое флюорографическое обследование населения начинается с возраста

1. 12 месяцев
2. 7 лет
3. 14
4. 15 лет
5. 18 лет

384.. Проявлением параспецифических реакций при туберкулезе является наличие

1. лимфаденита
2. блефарита, фликтенулезного керато-конъюнктивита
3. симптомов интоксикации
4. холодного абсцесса
5. натечного абсцесса

385. Цифровая рентгенофлюорография имеет следующие отличия от обычной пленочной рентгенографии

1. аксиальная проекция
2. большая лучевая нагрузка
3. меньшая лучевая нагрузка
4. невозможность распечатки на пленочные носители
5. меньшая чувствительность

386. Ультразвуковое исследование в диагностике туберкулеза у детей позволяет определить

1. состояние периферических лимфатических узлов
2. состояние бронхопульмональных лимфатических узлов
3. наличие очагов в легочной ткани
4. наличие полостей в легочной ткани
5. проходимость бронхов

387. Диаскинтест – это

1. Одновременная постановка двух кожных тестов
2. рекомбинантный белок, продуцируемый генетически модифицированной *Escherichia coli*
3. модифицированный препарат туберкулина
4. рекомбинантный белок, продуцируемый генетически модифицированной *Mycobacterium tuberculosis*
5. проба, основанная на определении интерферона-гамма

388. Диаскинтест используется для различных диагностических целей, кроме:

1. определения показаний к превентивному лечению
2. диагностики туберкулеза и оценки активности процесса;
3. дифференциальной диагностики туберкулеза
4. дифференциальной диагностики поствакцинальной и инфекционной аллергии
5. отбора детей на вакцинацию БЦЖ

389. Техника проведения пробы с диаскинтестом идентична технике

1. Квантиферонового теста
2. Пробы Коха
3. Пробы Манту с 2 ТЕ
4. Пробы Пирке
5. Теста Тубинферон

390. Аналогом диаскинтеста «in vitro» является

1. ИФА с туберкулезным антигеном
2. ПЦР
3. Квантифероновый тест
4. Иммунофлюоресцентный тест
5. Совместная постановка РНГА и РСК с туберкулином

391. Кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах указывают на то, что:

1. туберкулезный процесс потерял активность
2. туберкулезный процесс активен
3. туберкулез перешел в хроническую стадию
4. необходимо провести уточнение активности туберкулезных изменений
5. данные за локальную форму туберкулеза отсутствуют

392. При туберкулезном менингите характерно следующее содержание сахара и хлоридов в ликворе

1. сахар и хлориды повышены
2. сахар повышен, хлориды в норме
3. сахар снижен, хлориды повышены
4. сахар и хлориды снижены
5. сахар в норме, хлориды снижены

393. Туберкулин представляет собой

1. Убитые микобактерии туберкулеза человеческого типа
2. Убитые микобактерии туберкулеза человеческого и бычьего типа
3. Живые микобактерии туберкулеза человеческого типа
4. Экстракт микобактерий человеческого типа
5. Экстракт микобактерий человеческого и бычьего типа

394. Постановка пробы Манту с 2 ТЕ в массовом порядке показана

1. Всем здоровым детям с 5 лет каждый год
2. всем здоровым детям с 1 года каждый год
3. всем привитым вакциной БЦЖ здоровым детям с 1 года каждый год и непривитым вакциной БЦЖ здоровым детям с 6 месяцев каждые 6 месяцев
4. всем здоровым детям с 6 месяцев каждый год
5. всем привитым вакциной БЦЖ здоровым детям с 5 лет каждый год и непривитым вакциной БЦЖ здоровым детям с 1 года каждые 6 месяцев

395. Усиливают чувствительность к туберкулину:

1. вирусные инфекции, глистные инвазии, гипертиреоз
2. глистные инвазии, гипертиреоз, лимфогранулематоз
3. вирусные инфекции, саркоидоз, глистные инвазии
4. гипертиреоз, глистные инвазии, вода
5. гипертиреоз, хронические инфекции стафилококковой и стрептококковой этиологии, глистные инвазии

396. Для диагностики туберкулеза бронхов необходимо сделать:

1. рентгенограмму грудной клетки
2. КТ органов средостения
3. бронхоскопическое исследование
4. клинический анализ крови
5. линейную томограмму средостения

397. Какие из биохимических исследований помогут в установлении диагноза локального туберкулеза:

1. АЛТ, АСТ
2. уровень сахара крови
3. общий белок, фракции
4. уровень мочевой кислоты
5. уровень креатинина
- 6.

398. К инструментальным методам исследования при туберкулезе легких относятся:

1. ЭКГ
2. Торакоскопия
3. ЭЭГ
4. сбор мокроты
5. аускультация легких

399. Экссудат, полученный при плевральной пункции, у больного туберкулезом имеет:

1. геморрагический характер
2. количество нейтрофилов > 50%
3. уровень плевральной АДА > 45 ед./мл
4. высокое содержание мезотелиальных клеток (>10%)
5. наличие клеток Пирогова-Лангханса

400. Окончательный результат роста возбудителя туберкулеза на среде Левенштейна-Йенсена получают через:

1. 5-7 дней
2. 20 дней
3. 45 дней
4. 90 дней

401. Проведенное исследование спинномозговой жидкости при базиллярном менингите туберкулезной природ позволяет выявить:

1. бесцветный цвет ликвора, пониженное содержание сахара, пониженное содержание хлоридов, выпадение пленки
2. желтый цвет ликвора, повышенное содержание белка, пониженное содержание сахара, пониженное содержание хлоридов

3. желтый цвет ликвора, повышенное содержание белка, пониженное содержание сахара, повышенное содержание хлоридов
4. бело-мутный цвет ликвора, повышенное содержание белка, пониженное содержание сахара, выпадение пленки
5. бесцветный цвет ликвора, повышенное содержание белка, пониженное содержание сахара, повышенное содержание хлоридов

402. Отрицательная чувствительность к туберкулину обычно отмечается при следующих формах туберкулеза

1. диссеминированный туберкулез, туберкулезный менингит, казеозная пневмония
2. острый милиарный туберкулез, хронический диссеминированный туберкулез, казеозная пневмония, цирротический туберкулез
3. хронический диссеминированный туберкулез, казеозная пневмония, фиброзно-кавернозный туберкулез, цирротический туберкулез
4. острый милиарный туберкулез, казеозная пневмония, цирротический туберкулез
5. острый милиарный туберкулез, казеозная пневмония, туберкулезный менингит

403. Какой характер периферических лимфатических узлов наблюдается при туберкулезной инфекции?

1. периферический микрополиаденит
2. мягкие с флюктуацией
3. спаянные с кожей, бугристые
4. плотные, овальной формы
5. аденомегалия

404.. Назовите перкуторные симптомы бронхоаденита:

1. симптом чаши Философова
2. укорочение перкуторного звука на верхушках легких
3. ограничение подвижности легочного края
4. уменьшение высоты стояния верхушек
5. симптом Кернига

405. Назовите аускультативные симптомы бронхоаденита

1. жесткое дыхание
2. симптом д'Эспина
3. сухие хрипы
4. симптом Аркавина
5. симптом чаши Философова

406.. Назовите параспецифические реакции при туберкулезе

1. узловатая эритема
2. кожный зуд
3. келоидный рубец
4. крапивница
5. увеличение лимфатических узлов

407. К методам обнаружения МБТ относится

1. туберкулинодиагностика
2. серологический метод
3. бактериологический метод
4. диаскинтест
5. иммуноферментный анализ

408. В обязательный минимум обследования ребенка 3 летнего возраста из семейного бациллярного контакта входит

1. рентгенограмма грудной клетки
2. биохимия крови
3. фибробронхоскопия
4. иммуноферментный анализ
5. тест лекарственной чувствительности

409. Детям, не привитым вакциной БЦЖ в период новорожденности, массовая туберкулинодиагностика в плановом порядке проводится, начиная с возраста

- 1) 6 месяцев
- 2) 12 месяцев
- 3) 3 года
- 4) 7 лет

410. При выявлении выража туберкулиновых реакций и гиперергии у детей и подростков необходимо провести флюорографическое обследование всех взрослых членов семьи

- 1) в двухнедельный срок
- 2) в срок 1 мес.
- 3) в течение 3-х дней
- 4) в течение 6 мес.

411. Окраска по Циль-Нильсену микобактерий туберкулеза основана на:

- 1). щелочеустойчивости МБТ
- 2) кислотоустойчивости МБТ
- 3) термостабильности МБТ
- 4) спиртоустойчивости МБТ
- 5) избирательном окашивании туберкулопротеинов

412. Проведение в лаборатории ПЦР-анализа начинается с этапа:

1. посев материала на питательную среду
2. выделение ДНК
3. амплификация ДНК-фрагментов
4. гибридизация ДНК-продуктов амплификации
5. детекция ДНК-продуктов амплификации

413.Симптом Кораньи позволяет выявлять:

- 1) очаги в верхушках легочной ткани
- 2) увеличенные бронхопульмональные лимфатические узлы
- 3) увеличенные бифуркационные лимфатические узлы
- 4) реакцию медиастинальной плевры
- 5) наличие жидкости в плевральной полости

414.Симптом чаши Философова позволяет выявлять:

- 1) очаги в верхушках легочной ткани
- 2) увеличенные бронхопульмональные лимфатические узлы
- 3) увеличенные бифуркационные лимфатические узлы
- 4) реакцию медиастинальной плевры
- 5) увеличенные паратрахеальные лимфатические узлы

415.Симптом Поттенджера-Штемберга позволяет выявлять:

- 1) очаги в верхушках легочной ткани
- 2) увеличенные бронхопульмональные лимфатические узлы

- 3) увеличенные бифуркационные лимфатические узлы
- 4) реакцию медиастинальной плевры
- 5) увеличенные паратрахеальные лимфатические узлы

416.Повышение температуры при туберкулезе характерно в часы суток:

- 1) утренние – с 8 – до 10 часов
- 2) вечерние – с 20 до 22 часов
- 3) утренние – с 4 до 6 часов
- 4) вечерние – с 16 до 20 часов

417.Самыми первыми симптомами заболевания при туберкулезе органов дыхания обычно являются симптомы:

- 1) кашель
- 2) слабость, утомляемость
- 3) тахикардия
- 4) лихорадка
- 5) боль в грудной клетке

418. К симптомам увеличения внутригрудных лимфатических узлов относятся:

- 1) симптом Кораньи
- 2) симптом Щеткина-Блюмберга
- 3) симптом Клиина
- 4) симптом Керника
- 5) симптом Ортнера

419.Обследованию на туберкулез подлежат пациенты с длительностью кашля:

- 1) более 2-х недель
- 2) более 3-х недель
- 3) более 2-х месяцев
- 4) более 6 недель

420.Туберкулезные изменения в легочной ткани чаще локализуются:

- 1) в верхних отделах
- 2) в прикорневых отделах
- 3) в нижних отделах
- 4) по всем легочным полям

421. При туберкулезном поражении легочной ткани более выражены изменения при обследовании методом:

- 1) перкуссии
- 2) аускультации
- 3) голосового дрожания
- 4) бронхофонии
- 5) пальпации

422. Цифровая рентгенофлюорография имеет отличие от обычной пленочной рентгенографии

- 1) большая скорость получения изображения
- 2) большая лучевая нагрузка
- 3) невозможность распечатки на пленочные носители
- 4) меньшая чувствительность
- 5) позволяет получить послойное изображение

423. Ультразвуковое исследование при диагностике туберкулеза позволяет определить

- 1) величину и плотность внутригрудных лимфатических узлов
- 2) наличие, расположение экссудата в плевральной полости
- 3) наличие очагов в легочной ткани
- 4) состояние бронхов
- 5) наличие полостей распада

424. При постановке пробы с диаскинтестом препарат вводится

- 1) в дозе 0,1 мл внутрикожно
- 2) в дозе 1 мл подкожно
- 3) в дозе 1 мл внутримышечно
- 4) в дозе 0,2 мл накожно
- 5) в дозе 0, 1 мл подкожно

425. Проба с диаскинтестом оценивается как гиперергическая при размерах папулы

- 1) 5 мм и более
- 2) 10 мм и более
- 3) 15 мм и более
- 4) 17 мм и более
- 5) 21 мм и более

426. Аналогом диаскинтеста «in vitro» является

ИФА с туберкулезным антигеном

ПЦР

Квантифероновый тест

Иммунофлюоресцентный тест

Совместная постановка РНГА, РСК и РПГ с туберкулином

427. На результаты диаскинтеста может влиять

- 1) наличие поствакцинальной аллергии
- 2) наличие иммунодефицита
- 3) локализация туберкулезного процесса
- 4) время, прошедшее после вакцинации БЦЖ
- 5) эндокринная патология

428. Квантифероновый тест оценивает продукцию сенсibilизированными лимфоцитами

1. Интерферона – альфа
2. Интерферона – бета
3. Интерферона – гамма
4. Фактора некроза опухолей
5. Интерлейкина – 2

429. Быстрым методом определения лекарственной устойчивости МБТ является

1. метод биологических микрочипов
2. посев на твердые питательные среды, содержащие противотуберкулезные препараты

иммуноферментный анализ

3. определение бактериостатической активности крови
4. Бактек

430. Для обнаружения МБТ в патологическом материале его нужно окрасить методом:

1. Грама
2. Бойля-Мариота
3. Ван-Гизона
4. Пирогова-Лантгханса
5. Циля-Нильсена

431. Пробу Коха используют с целью

1. диагностики первичного инфицирования МБТ
2. выявления поствакцинальной аллергии
3. определения резистентности к туберкулезной инфекции
4. дифференциальной диагностики туберкулеза и других заболеваний
5. выявления положительной анергии к МБТ

432. Микобактериоз легких подтверждается методом

1. биопсией легких с окраской по Цилю-Нильсену
2. фибробронхоскопией
3. исследованием плеврального экссудата
4. компьютерной томографией легких
5. посевом материала с идентификацией микобактерий

433. Наиболее информативный метод выявления фазы распада при туберкулезе легких:

- 1) фибробронхоскопия
- 2) магнитно-резонансная томография (МРТ)
- 3) боковая рентгенография
- 4) линейная томография
- 5) компьютерная томография (КТ)

434. При туберкулезе органов дыхания из эндоскопических методов чаще используют:

1. фибробронхоскопию
2. медиастиноскопию
3. торакоскопию
4. ларингоскопию
5. риноскопию

435. Для получения диагностического материала из стенки долевого бронха обычно проводят биопсию

- 1). трансбронхиальную
- 2) аспирационную
- 3) щеточную
- 4) трансторакальную игловую
- 5) прескаленную

436. При активном туберкулезе легких в общем анализе крови часто выявляют:

1. анемию и тромбоцитопению
2. лейкопению и лимфоцитоз
3. олигохромазию и анизоцитоз
4. лейкоцитоз и лимфопению
5. лейкоцитоз и моноцитопению

437. Интегральным показателем для оценки функции внешнего дыхания являются:

1. показатели газового состава и кислотно-щелочного состояния крови
2. данные спирографии
3. результаты общей плетизмографии
4. результаты капилляроскопии
5. показатели остаточного объема легких

438. Преимущество квантиферонового теста перед диаскинтестом состоит в

1. отрицательном ответе при поствакцинальной аллергии
2. диагностике инфицирования на более раннем этапе
3. отсутствии противопоказаний со стороны обследуемого
4. в простоте выполнения
5. меньшей себестоимости

439. Минимальное количество микобактерий в патологическом материале может быть определено методом

1. полимеразной цепной реакции
2. люминисцентной микроскопии
3. флотации
4. посева на плотную среду
5. посева на жидкую среду

440. Для подтверждения малой формы туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов необходимым исследованием является

1. фибробронхоскопия
2. линейная томография средостения
3. компьютерная томография органов грудной полости
4. эхография внутригрудных лимфатических узлов
5. сцинтиграфия легких
- 6.

441. Для ребенка 4 лет, не инфицированного МБТ, привитого вакциной БЦЖ, характерно следующее соотношение кожных проб:

1. Проба Манту – положительная, диаскинтест – положительный
2. Проба Манту – положительная, диаскинтест – отрицательный
3. Проба Манту – отрицательная, диаскинтест – положительный
4. Проба Манту – отрицательная, диаскинтест – отрицательный

442. Диаскинтест нельзя использовать

1. при сопутствующей аллергической патологии
2. у ребенка с иммунодефицитом
3. при наличии выраженных симптомов интоксикации
4. для отбора на ревакцинацию БЦЖ
5. при обследовании на туберкулез взрослых

443. Рост микобактерий туберкулеза на твердых питательных средах окончательно завершается к сроку:

1. 2-3 недель
2. 40-42 дней
3. 2,5- 3 месяцев
4. 4,5-6 месяцев
5. 10-12 дней

444. Постановка пробы Манту с 2 ТЕ осуществляется с целью:

1. профилактики инфицирования микобактериями туберкулеза
2. профилактики заболевания туберкулезом
3. выявления туберкулезной интоксикации
4. выявления инфицирования микобактериями туберкулеза
5. выявления больных-бактериовыделителей

445. Интенсивность пробы Манту с 2 ТЕ оценивается нормергической при следующих размерах папул:

1. 3 мм
2. 4 мм
3. 10 мм
4. 17 мм
5. 21 мм

446. Современный стандарт этиологической диагностики туберкулеза обязательно включает:

1. исследование двух образцов диагностического материала методами микроскопии, ПЦР, посева на жидкие и/или плотные питательные среды
2. исследование трех образцов диагностического материала методами микроскопии, посева на жидкие и/или плотные питательные среды
3. исследование трех образцов диагностического материала методами микроскопии, ПЦР, посева на жидкие и/или плотные питательные среды
4. исследование двух образцов диагностического материала методами микроскопии, посева на плотные питательные среды
5. исследование двух образцов диагностического материала методами микроскопии, посева на жидкие питательные среды

447. Преимущества цифровой рентгенографии перед аналоговой состоят в следующем:

1. снижение дозы облучения, меньшая стоимость оборудования
2. снижение дозы облучения, возможность сохранения в цифровом формате
3. возможность сохранения в цифровом формате, построения трехмерных изображений
4. возможность избежать эффекта суммации,
5. количественное определение плотности изображения

448. У ребенка реакция на диаскинтест – папула 7 мм. Оцените результат

1. Отрицательная
2. Сомнительная
3. Положительная, нормергическая
4. Гиперергическая
5. Адекватная

449. Внеочередному ФЛГ обследованию подлежат граждане

1. учащиеся высших учебных заведений
2. сотрудники транспорта
3. сотрудники детских учреждений
4. лица, проживающие в коммунальных квартирах, общежитиях
5. лица, у которых впервые установлен диагноз ВИЧ-инфекция

450. Картриджная технология GeneXpert MBT/RIF позволяет

1. в очень короткие сроки (2,5 часо3) и проводить выявление ДНК МБТ определять устойчивость МБТ к рифампицину
2. определять устойчивость МБТ к противотуберкулезным препаратам
3. позволяет в короткие сроки (3 дня) получить рост колоний микобактерий и провести их идентификацию
4. позволяет в очень короткие сроки (3 час1) проводить определение аминокислот МБТ
5. позволяет в короткие сроки (3 дня) получить рост колоний микобактерий и провести их идентификацию, определить лекарственную устойчивость к основным препаратам

451. Для получения результатов при посеве на жидкие питательные среды системы ВАСТЕС необходимо время

1. 3-7 дней
2. 24 часа
3. 30 – 38 дней
4. 12-22 дня
5. 28 –32 дня

452. Наиболее эффективен и достоверен в выявлении МБТ метод исследования:

1. люминисцентная микроскопия
2. культуральный посев
3. бактериоскопия
4. биохимическое исследование

5. иммуноферментный анализ

453. Для обнаружения МБТ в диагностическом материале используется окраска

1. По Граму
2. Ван-Гизона
3. Циля-Нильсена
4. Гематоксилин-эозин
5. Азур-эозин

454. Распространенное затемнение на рентгенограмме соответствует:

1. кавернозному туберкулезу
2. очаговому туберкулезу
3. лобиту
4. милиарному туберкулезу
5. бронхообулярному инфильтрату

455. Наиболее частым симптомом цирротического туберкулеза легких является

1. боль в грудной клетке
2. приступообразный кашель
3. одышка
4. повышение температуры тела
5. ночная потливость

456. Основным материалом для обнаружения МБТ являются:

1. кал
- 2 моча
3. мокрота
4. кровь
5. слюна

457. Основным методом выявления туберкулеза у детей является:

- 1 флюорография
- 2 туберкулинодиагностика
- 3 клинический метод
- 4 эпидемиологический метод
- 5 бактериологический метод

458. Основным методом выявления туберкулеза у подростков является:

- 1 туберкулинодиагностика
- 2 клинический метод
- 3 флюорография
- 4 бактериологический метод
- 5 работа с группами риска

459. Тип температурной кривой , наиболее характерный для первичного туберкулеза

1. гектическая
2. монотермичная
3. субфебрильная
4. интермиттирующая
5. лихорадка постоянного типа

460. Возраст, начиная с которого выполняется профилактическая ФГ

- 1) с 3-х лет
- 2) с 7 лет
- 3) с 14 лет

- 4) с 15 лет
- 5) с 18 лет

461. Метод бактериологической диагностики, позволяющий в течение 2-х часов обнаружить МБТ и определить лекарственную устойчивость к рифампицину

- 1. T-Spot
- 2. Geno Type MTBDRplus
- 3. MGIT
- 4. GXPert
- 5. MIRU VNTR

462. Симптом заболевания, при котором врач должен заподозрить туберкулез и направить больного на бактериологическое исследование

- 1. боли в грудной клетке
- 2. удушье
- 3. одышка при физической нагрузке
- 4. кашель с мокротой более 3 недель
- 5. субфебрильная температура

463. Выберите по названию лабораторных технологий не прямые методы серологической диагностики туберкулеза

- 1. T-Spot (QUANTIFERON)
- 2. Geno Type MTBDRplus
- 3. MGIT
- 4. GXPert
- 5. MIRU VNTR

464. Метод исследования молекулярной эпидемиологии

- 1. T-Spot (QUANTIFERON)
- 2. Geno Type MTBDRplus
- 3. MGIT
- 4. GXPert
- 5. MIRU VNTR метод

465. Для достоверной бактериологической диагностики туберкулеза в РФ необходимо использовать следующие лабораторные методы

- 1. микроскопию, посев на твердые среды
- 2. микроскопию, посев на твердые среды, жидкие среды
- 3. микроскопию, посев на твердые среды, жидкие среды, молекулярно-генетические методы
- 4. микроскопию, посев на твердые среды, жидкие среды, серологические методы
- 5. микроскопию, посев на твердые среды, молекулярно-генетические методы
- 6. серологические методы

466. Основным методом выявления начальных ограниченных форм туберкулеза у взрослых является

- 1. проба Манту с 2 ТЕ
- 2. профилактическая флюорография
- 3. микроскопия мазка мокроты
- 4. посев смывов бронхов на МБТ

467. В клинический минимум обследования на туберкулез входят ниже перечисленные методы, кроме:

1. проба Манту с 2 ТЕ
2. градуированная кожная проба
3. обзорная рентгенограмма грудной клетки
4. клинические анализы крови и мочи
5. бактериоскопия мазка мокроты на МБТ

468. Основным методом дифференциальной диагностики казеозной и неспецифической пневмонии является

1. клинический
2. обзорная рентгенограмма грудной клетки
3. трехкратная микроскопия мазка мокроты с окраской по Цилю-Нильсену
4. определение титров противотуберкулезных антител
5. фибробронхоскопия

469. При объективном обследовании больного с плевритом отмечается все симптомы кроме:

1. Шума трения плевры
2. Влажных хрипов
3. Ослабления дыхания
4. Ослабления голосового дрожания
5. Притупления перкуторного звука

470. При серозном туберкулезном плеврите в клеточном составе плеврального экссудата обычно преобладают:

1. Моноциты
2. Нейтрофилы
3. Эозинофилы
4. Мезотелиальные клетки
5. Лимфоциты

471.. При диагностике туберкулемы легких целесообразно проводить дифференциальный диагноз с ниже перечисленными заболеваниями, кроме:

1. рак легкого
2. киста легкого
3. доброкачественная опухоль легкого
4. острая пневмония

472. Какой из рентгенологических признаков свидетельствует в пользу туберкулемы при ее дифференциальной диагностике с раком легкого:

1. однородная структура тени
2. неоднородная структура тени с включением солей кальция
3. увеличение корня легкого
4. бугристый контур образования

473. Какой характер туберкулиновой чувствительности характерен для туберкулем:

1. реакция отрицательная
2. реакция сомнительная
3. реакция положительная, часто – гиперергическая
4. при туберкулемах туберкулиновые пробы не ставятся

474. При осмотре больного цирротическим туберкулезом характерны ниже перечисленные симптомы, кроме:

1. цианоз
2. ограничение подвижности грудной клетки
3. западение межреберных промежутков в верхних отделах грудной клетки
4. узловатая эритема
5. истощение больного

475. Укажите характер туберкулиновой чувствительности по пробе Манту с 2 ТЕ, наиболее характерный для казеозной пневмонии
1. сомнительная
 2. положительная нормергическая
 3. положительная гиперергическая
 4. отрицательная
 5. гиперергическая с везико-некротическими реакциями
476. Основным методом дифференциальной диагностики туберкулеза и микобактериоза является:
1. Гистологическое исследование биоптата легких
 2. Ретроспективный анализ рентгенограмм
 3. Иммуноферментный метод
 4. Бактериологическая идентификация микобактерий
 5. Цитологическое исследование бронхоальвеолярного лаважа
477. Укажите группы лимфатических узлов, наиболее часто поражающихся при туберкулезе:
1. паховые
 2. подчелюстные
 3. шейные
 4. подколенные
 5. подмышечные
478. При туберкулезном менингите в ликворе отмечается:
1. нормальное содержания сахара и хлоридов
 2. повышение содержания сахара и хлоридов
 3. преимущественно нейтрофильный характер цитоза
 4. сниженное содержание белка
 5. сниженное содержание сахара и хлоридов
479. При обследовании ребенка больного туберкулезом наибольшее значение придается:
1. пальпации
 2. перкуссии
 3. аускультации
 4. рентгенологическому исследованию
 5. анализу крови
480. Флюорографическим методом наиболее часто выявляется туберкулез
1. у пожилых людей
 2. у детей
 3. у подростков
 4. у взрослых
 5. у инвалидов
481. Распад легочной ткани обнаруживают при помощи:
1. бронхоскопии
 2. томографии
 3. перкуссии
 4. биопсии
 5. бронхографии
482. Среда для посева выделений больного туберкулезом содержится в
1. пробирках
 2. плевательницах
 3. чашках Петри
 4. капиллярах

5. колбах

483. Наиболее частыми методами забора крови для выполнения иммунологического исследования являются

1. Стерильная пункция
2. Венепункция
3. Прокол кожи пальца
4. Пункция лимфатического узла
5. Прокол кожи пятки

484. Элементами тетрады Эрлиха являются следующие компоненты мокроты, кроме:

1. Микобактерии туберкулеза
2. Соли кальция
3. Кристаллы холестерина
4. Эластические волокна
5. Эритроциты

485. Для выявления небольшого количества свободной жидкости в плевральной полости наиболее эффективной современной методикой является:

1. рентгенография
2. линейная томография
3. латерография
4. УЗИ плевральных полостей
5. компьютерная томография

486. Наиболее информативный метод диагностики патологических процессов, локализованных в корнях легких

1. Линейная томография
2. Обзорная рентгенография легких в двух проекциях
3. Рентгеноскопия
4. Латерография
5. Компьютерная томография

487. Уточняющей методикой при подозрении на деструкцию легочной ткани является

1. Рентгеноскопия
2. Компьютерная томография
3. Бронхография
4. Латерография
5. Правильные ответы 1 и 3

488. Кольцевидная тень в легком – рентгенологический признак

1. Кавернозного туберкулеза
2. Очаговой пневмонии
3. Пневмоторакса
4. Очагового туберкулеза
5. Эмфиземы легкого

489. Округлая тень в легком – рентгенологический признак

1. центрального рака легкого
2. туберкулемы, периферического рака легкого
3. диссеминированного туберкулеза
4. пневмоторакса
5. гидроторакса

490. Жидкость в плевральной полости имеет горизонтальный уровень

1. При неосложненном экссудативном плеврите

2. В случае гидропневмоторакса
3. При эмпиеме плевры
4. При осумкованном плеврите
5. Во всех случаях

491. Смещение органов средостения в сторону поражения вызывает

1. Напряженный пневмоторакс
2. Ателектаз
3. Цирротический туберкулез
4. Напряженный гидроторакс
5. Правильные ответы 2 и 3
- 6.

492. Смещение органов средостения в сторону противоположную поражению вызывает

1. Напряженный пневмоторакс
2. Ателектаз
3. Цирротический туберкулез
4. Напряженный гидроторакс
5. Правильные ответы 1 и 4

493. Коэффициент ослабления рентгеновского излучения при КТ выражается в единицах

1. Рентген
2. Хаунсфилд
3. Зиверт
4. Кюри
5. Тесла

494. Лучевой ионизирующей нагрузкой на пациента обладают все перечисленные методы, кроме

1. Рентгенография
2. Компьютерная томография
3. Радионуклидное исследование
4. Магнитно-резонансная томография
5. Рентгеноскопия

495. Метод, позволяющий получать поперечные срезы анатомических структур при помощи рентгеновских лучей

1. КТ
2. Сцинтиграфия
3. Латерография
4. МРТ
5. УЗИ

496. При культивировании первые признаки роста МБТ макроскопически обычно обнаруживают по истечении

- 1-2 сут.
- 3– 5 сут.
- 5–10 сут.
- 5 – 20 сут.
- 5 – 30 сут.

497. Отличительным компонентом туберкулезной гранулемы являются

1. Лимфоциты
2. Клетки Порогова–Лангханса
3. Казеозные массы
4. Эпителиоидные клетки

498. В туберкулезной гранулеме редко обнаруживают

1. Лимфоциты
2. Клетки Порогова–Лангханса
3. Казеозные массы
4. Эпителиоидные клетки
5. Эозинофилы

499. Основным исследованием, позволяющим определить объем поражения при туберкулезе женских половых органов, является

1. Гистеросальпингография
2. КТ органов малого таза
3. МРТ органов малого таза
4. Лапароскопия
5. УЗИ органов малого таза

500. Основным диагностическим критерием туберкулеза глаз является

1. Наличие болевого синдрома
2. Положительная проба Манту
3. Положительная очаговая реакция при проведении пробы Коха
4. Помутнение стекловидного тела
5. Характерная локализация поражения

1-4	20-4	39-5	58-4	77-2	2	96-3	115-А	133-Д	153д	172 4	191 4	4
2-1	21-5	40-5	59-4	78-4	3	97-1	116-Б	135 -Д	154Б	173 2	3	1
3-2	22-5	41-1	60-4	79-2	3	98-5	117-А	136 Б	155Б	174 5	4	4
4-4	23-5	42-5	61-1	80-3	4	99-3	118-А	137 Б	156Д	175 2	3	5
5-5	24-5	43-5	62-4	81-1	3	100-2	119-А	138 Г	157Г	176 1	3	4
6-5	25-5	44-1	63-1	82-3	3	101-2	120-Б	139 Д	158Б	177 4	1	4
7-4	26-5	45-2	64-2	83-3	1	102-в	121-Б	140Д	159В	178 3	5	3
8-1	27-3	46-5	65- 3	84-5	5	103-6	122-В	141Д	160В	179 4	3	2
9-3	28-3	47-5	66-5	85-3	5	104-Г	123-Г	142Д	161Д	180 1	2	1
10-3	29-1	48-1	67-1	86-3	1	105-В	124-Д	143Г	162 3	181 2	2	3
11-3	30-5	49-1	68-3	87-2	1	106-Д	125-Г	144Г	163-3	182 3	1	3
12-5	31-2	50-3	69-4	88-3	2	107-Д	126-Г	145А	164 2	183 4	4	1
13-1	32-5	51-2	70-2	89-4	3	108-Г	127-В	146Г	165 5	184 5	3	
14-5	33-3	52-5	71-1	90-1	5	109-В	128-Д	147В	166 3	185 1	3	
15-1	34-4	53-5	72-2	91-5	4	110-А	129-А	148В	167 4	186 1	5	
16-4	35-5	54-2	73-1	92-1	4	111-Б	130-Г	149Д	168 2	187 1	3	
17-1	36-2	55-1	74-3	93-1	2	112-А	131-Б	150Б	169 5	188 3	3	
18-3	37-5	56-3	75-2	94-1	3	113-А	132-Б	151В	170 3	189 1	5	
19-2	38-3	57-4	76-2	95-2	2	114-Г	133-Д	152В	171 1	190 2	5	
241) 1	260) 3	297) 2	334) 5	372) 1	390) 3	409) 1	427) 2	446) 1	464) 5	483) 2		
242) 5	261) 5	298) 1	335) 5	373) 3	391) 4	410) 1	428) 3	447) 2	465) 3	484) 5		
243) 3	262) 4	299) 4	336) 5	374) 4	392) 4	411) 2	429) 1	448) 3	466) 2	485) 4		
244) 5	263) 4	300) 1	337) 5	375) 2	393) 5	412) 2	430) 5	449) 5	467) 2	486) 5		
245) 1	264) 3	301) 1	338) 5	376) 1	394) 3	413) 3	431) 4	450) 4	468) 3	487) 2		
246) 4	265) 5	302) 2	339) 5	377) 2	395) 5	414) 3	432) 5	451) 4	469) 2	488) 1		
247) 2	266) 1	303) 1	340) 1	378) 1	396) 3	415) 4	433) 5	452) 2	470) 5	489) 2		
248) 1	267) 4	304) 4	341) 5	379) 3	397) 3	416) 4	434) 1	453) 3	471) 4	490) 4		
249) 2	268) 2	305) 5	342) 5	380) 2	398) 2	417) 2	435) 3	454) 3	472) 2	491) 5		

250) 4	269) 4	306) 5	343) 5	381) 2	399) 3	418) 1	436) 4	455) 3	473) 3	492)5
251) 3	270) 2	307) 4	344) 5	382) 2	400) 4	419) 3	437) 1	456) 3	474) 4	493) 2
252) 2	271) 4	308) 5	345) 4	383) 4	401) 1	420) 1	438) 3	457) 2	475) 4	494) 4
253) 1	272) 1	309) 2	346) 5	384) 2	402) 5	421) 1	439) 1	458) 3	476) 4	495) 1
254) 3	273) 3	310) 2	347) 5	385) 3	403) 1	422) 1	440) 3	459) 3	477) 3	496) 4
255) 3	274) 2	311) 1	348) 5	386) 1	404) 1	423) 2	441) 2	460) 4	478) 5	497) 5
256) 2	275) 1	312) 2	349) 5	387) 2	405) 2	424) 1	442) 4	461) 4	479) 4	498) 5
257) 2	276) 3	313) 1	350) 5	388) 5	406) 1	425) 3	443) 3	462) 4	480) 4	499) 1
258) 5	277) 3	314) 3	351) 5	389) 3	407) 3	426) 3	444) 4	463) 1	481) 2	500) 3
259) 4	278) 3	315) 5	352) 3		408) 1		445) 3		482) 1	
	296) 1	233) 4	370) 3							
			371) 5							

3.2 Вопросы собеседования

1. Возбудитель туберкулеза, его свойства. Источники и пути передачи инфекции
2. Особенности проведения профилактических прививок против инфекций детям, инфицированным и больным туберкулезом.
3. Критерии инфицирования микобактериями туберкулеза.
4. Латентная туберкулезная инфекция: определение понятия, диагностика, лечение.
5. Химиопрофилактика и превентивное лечение туберкулеза у детей: определение, показания, схемы проведения
6. Туберкулез и материнство.
7. Врожденный туберкулез, клиника, диагностика.
8. Группы риска по заболеванию туберкулезом среди детей, подростков и взрослых. Работа врача педиатра с группами риска
9. Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу и виды туберкулезных контактов
10. Профилактика туберкулеза, ее виды. Санитарная профилактика туберкулеза. Понятие об очаге туберкулезной инфекции. Классификация очагов.
11. Классификация противотуберкулезных профилактических мероприятий.
12. Противотуберкулезный диспансер, его задачи. Группы диспансерного учета.
13. Вакцинация и ревакцинация БЦЖ. Вакцина БЦЖ и БЦЖ-М, показания и противопоказания.
14. Осложнения вакцинации БЦЖ, диагностика, классификация, лечение, наблюдение за детьми.
15. Особенности и эффективность основных методов профилактики туберкулеза у детей и подростков в современных условиях.
16. Методы профилактики туберкулеза у детей, проживающих в очагах инфекции.
17. Химиопрофилактика и превентивное лечение туберкулеза у детей и подростков: методы проведения, показания.
18. Принципы проведения противотуберкулезных мероприятий в детском коллективе.
19. Группы риска по заболеванию туберкулезом среди детей, подростков и взрослых. Работа врача педиатра с группами риска.
20. Туберкулезный санаторий в диагностике и лечении туберкулеза у детей и подростков.
21. Классификация туберкулезных очагов в зависимости от эпидемиологической опасности, мероприятия в очагах туберкулезной инфекции
22. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу у детей и подростков в Российской Федерации.
23. Современные подходы к диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей
24. Клиническое и эпидемиологическое значение лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза
25. Социальные факторы в развитии туберкулеза на современном этапе
26. Техника проведения вакцинации и ревакцинации БЦЖ, формирование кожного знака.
27. Туберкулин. Механизм туберкулиновых реакций. Методы постановки туберкулиновых проб.
28. Диаскинтест – характеристика, значение в диагностике туберкулезной инфекции
29. Значение результатов диаскинтеста в выборе тактики диспансерного наблюдения детей.
30. Дифференциальная диагностика поствакцинальной и инфекционной аллергии. Факторы, влияющие на чувствительность к туберкулину. Противопоказания к постановке туберкулиновых проб.
31. Индивидуальная туберкулинодиагностика. Клиническое значение адекватных и инвертированных реакций на введение разных концентраций туберкулина.
32. Методы выявления раннего и своевременного выявления туберкулеза у детей, подростков и взрослых.

33. Понятие о выражении туберкулиновой чувствительности. Методика обследования и наблюдения за ребенком с выражением туберкулиновой чувствительности.
34. Клинический минимум обследования на туберкулез.
35. Клиническое и эпидемиологическое значение гиперергических реакций на и диаскинтест.
36. Туберкулин Квантифероновый тест – принцип метода, показания к применению, интерпретация результатов
37. Основные принципы дифференциальной диагностики туберкулеза и неспецифических заболеваний органов дыхания и других систем у детей и подростков.
38. Основные методы обследования инфицированных МБТ детей, страдающих неспецифическими заболеваниями легких.
39. Основные признаки первичной туберкулезной инфекции. Ранний период первичной туберкулезной инфекции.
40. Роль врача педиатра в выявлении туберкулеза
41. Методы раннего и своевременного выявления туберкулеза у детей, подростков и взрослых
42. Лабораторные методы исследования у больных туберкулезом детей и подростков.
43. Значение гистологических исследований при туберкулезе. Строение туберкулезной гранулемы (бугорка).
44. Методология этиологической диагностики туберкулеза в современных условиях.
45. Тесты лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза, методика проведения, значение для клинической практики
46. Молекулярно-генетическая диагностика туберкулеза: принцип метода, методики, значение для этиологической диагностики и определения лекарственной устойчивости возбудителя.
47. Новые методы лабораторной диагностики туберкулеза
48. Применение компьютерной томографии в диагностике туберкулеза у детей
49. Значение ультразвуковой диагностики при туберкулезе детей, подростков и взрослых
50. Основные жалобы родителей ребенка, больного туберкулезом. Характер температурной кривой у больного туберкулезом ребенка. Характер кашля при первичных формах туберкулеза.
51. Методы исследования на МБТ мокроты, мазков из гортани, промывных вод бронхов и желудка.
52. Методы определения туберкулезной инфекции *in vitro* (квантифероновый тест и тубинферон), основанные на индукции специфического интерферона-гамма.
53. Диаскинтест. Показания и трактовка результатов.
54. Методы рентгенологического исследования грудной клетки у ребенка, больного туберкулезом.
55. Алгоритм диагностики туберкулеза органов дыхания в медицинских организациях
56. Туберкулезная интоксикация детей и подростков: клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
57. Клиническая классификация туберкулеза. Принципы формулировки диагноза.
58. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
59. Первичный туберкулезный комплекс, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
60. Варианты туберкулиновой чувствительности при разных формах туберкулеза у детей.
61. Осложнение локальных форм первичного туберкулеза у детей.
62. Милиарный туберкулез. Клиника, дифференциальная диагностика, особенности лечения.
63. Туберкулезный менингит, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
64. Зависимость исхода от своевременности диагностики и лечения.
65. Дифференциальная диагностика серозных менингитов у детей.
66. Особенности течения первичного туберкулеза у детей раннего возраста.
67. Структура внелегочных форм туберкулеза у детей. Основные принципы диагностики.

- 68.Туберкулез органов дыхания вторичного периода. Основная семиотика, пути выявления.
- 69.Клиническая картина инфильтративного туберкулеза у подростков, методы его диагностики
- 70.Эпидемическая опасность различных клинических форм туберкулеза взрослых
- 71.Хронические деструктивные формы туберкулеза: кавернозный, фиброзно-кавернозный, цирротический, клиника, диагностика, лечение.
- 72.Туберкулез у детей и подростков, проживающих в очагах туберкулезной инфекции: клинические формы, симптомы заболевания, сроки лечения.
- 73.Диссеминированный туберкулез легких у подростков, частота, особенности клинического течения.
- 74.Структура и особенности течения туберкулеза у подростков
- 75.Туберкулез периферических и мезентериальных лимфатических узлов: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
- 76.Туберкулезный плеврит: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
- 77.Особенности туберкулеза у детей раннего возраста
- 78.Эволюция клинической классификации туберкулеза
- 79.Туберкулезный менингит – современное течение, диагностика, лечение
- 80.Лекарственно-устойчивый туберкулез у детей и подростков
- 81.Группы риска по внелегочному туберкулезу, принципы диагностики внелегочных форм
- 82.Туберкулез на фоне эндокринной патологии
- 83.Туберкулез в сочетании с ВИЧ-инфекцией у взрослых
- 84.Туберкулез в сочетании с ВИЧ-инфекцией у детей
- 85.Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся увеличением периферических лимфоузлов у детей
- 86.Дифференциальная диагностика диссеминированных процессов у детей
- 87.Врожденный туберкулез: особенности патогенеза, диагностика, лечение, профилактика
- 89.Параспецифические проявления при первичной туберкулезной инфекции.
90. Патогенез первичной туберкулезной инфекции.
- 91.Осложнения и исходы первичного туберкулезного комплекса.
- 92.Дифференциальная диагностика первичного туберкулезного комплекса и неспецифической пневмонии.
- 93.Определение туберкулезного бронхоаденита и топография внутригрудных лимфоузлов (по Сукенникову).
- 94.Клинико-рентгенологическая характеристика инфильтративного бронхоаденита.
- 95.Клинико-рентгенологическая характеристика туморозного бронхоаденита.
- 96.Патогенез туберкулеза бронхов при первичном туберкулезе. Клинические проявления туберкулеза бронхов. Методы диагностики. Лечение.
- 97.Степени нарушения бронхиальной проходимости по Джэксону. Клинико-рентгенологические их проявления.
- 98.Дифференциальная диагностика туберкулезного бронхоаденита с реактивным корнем при детских инфекциях, лимфогрануломатозом, саркоидозом.
- 99.Туберкулома легких. Клиника, диагностика и лечение.
- 100.Состав спинномозговой жидкости при туберкулезном менингите.
- 101.Особенности течения туберкулезного менингита в раннем возрасте.
- 102.Клинические проявления легочной формы милиарного туберкулеза, рентгенологическая характеристика.
103. Осложнения туберкулезного менингита.
104. Отличия вторичных форм туберкулеза у детей старшего возраста и подростков от первичных форм.
105. Очаговый туберкулез легких. Клиника, диагностика.
106. Пневмоторакс и борьба с ним.
107. Туберкулез костей и суставов. Диагностика, клиника, лечение.

108. Туберкулез почек. Клиника, диагностика, лечение и наблюдение.
109. Ателектаз и бронхолегочное поражение. Патогенез, диагностика и лечение.
110. Легочное кровотечение и борьба с ним.
111. Особенности химиотерапии туберкулеза в детском возрасте
112. Основные принципы лечения больного туберкулезом.
113. Особенности питания больных туберкулезом детей.
114. Принципы патогенетического лечения больного туберкулезом.
115. Изониазид и другие препараты группы ГИНК: характеристика препарата, дозировка, побочные действия, меры их устранения
116. Основные препараты в лечении туберкулеза.
117. Резервные препараты в лечении туберкулеза.
118. Побочные действия основных противотуберкулезных препаратов и их профилактика
119. Диагностика и лечение туберкулеза у беременных женщин
120. Стандартные режимы противотуберкулезной химиотерапии
121. Новые противотуберкулезные препараты: характеристика, особенности применения
122. Рифампицин: дозировка, побочные действия, меры их устранения.
123. Этамбутол: : дозировка, побочные действия, меры их устранения.
124. Пиразинамид: : дозировка, побочные действия, меры их устранения.
125. Лечение туберкулеза у детей с ВИЧ-инфекцией.
126. Диета и режим при туберкулезе.
127. Санаторно-курортное лечение при туберкулезе. Виды климатических курортов
128. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза, ее виды
129. Лечение больных с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя
130. Коррекция нежелательных побочных эффектов противотуберкулезной терапии
131. Обследование больных туберкулезом в период проведения химиотерапии
132. Особенности проведения химиотерапии при хирургическом лечении туберкулеза
133. Химиотерапия больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией
134. Общие принципы химиотерапии туберкулеза
135. Методы коллапсотерапии во фтизиатрии
136. Хирургическое лечение фтизиатрических больных
137. Виды оперативных вмешательств при туберкулезе
137. Дезинтоксикационная терапия при туберкулезе
139. Гормонотерапия фтизиатрических больных
140. Особенности лечения больных внелегочным туберкулезом
141. Клинические проявления и методы устранения побочных реакций на противотуберкулезные препараты
141. Методы реабилитации больных туберкулезом
142. Лечебное питание при туберкулезе
143. Физиотерапевтические методы при туберкулезе

3.3. Алгоритмы практических навыков

1. расспрос больного, сбора анамнестических и катamnестических сведений, наблюдения за пациентом;
2. анализ получаемой информации;
3. постановка туберкулиновых проб;
4. проведение физикального обследования органов дыхания;
5. забор промывных бронхов для исследования на МБТ;
6. проведение пункции периферического лимфатического узла;
7. проведение плевральной пункции;
8. проведение эндотрахеальной санации;

9. сбор мокроты для бактериологического и цитологического исследований;
10. проведение провокационных проб с высокими дозами туберкулина;
11. проведение искусственного лечебного пневмоторакса;
12. проведение искусственного диагностического и лечебного пневмоперитонеума;
13. проведение бронхоспирометрии;
14. проведение постурального и позиционного дренажа бронхов;
15. обследование очага туберкулезной инфекции;
16. использование диагностических и оценочных шкал, применяемых во фтизиатрии;
17. диагностика и подбор адекватной терапии различных форм туберкулезного процесса;
18. распознавание и лечение неотложных состояний в клинике туберкулеза органов дыхания;
19. расчет и анализ статистических показателей, характеризующих состояние здоровья населения и системы здравоохранения;
20. анализ деятельности различных подразделений медицинской организации;
21. составление различных отчетов, подготовки организационно– распорядительных документов;
22. оформление официальных медицинских документов, ведения первичной медицинской документации;
23. работа с медицинскими информационными ресурсами и поиска профессиональной информации в сети Интернет;
24. работа с научно– педагогической литературой;
25. Владение приемами психической саморегуляции в процессе обучения других;
26. общение по формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
27. применение основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первичной врачебной медико– санитарной помощи при угрожающих жизни состояниях;
28. организация санитарно– противоэпидемических (профилактических) мероприятий при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера в мирное и военное время;
29. правильное ведение медицинской документации в чрезвычайных ситуациях.

3.4. Ситуационные задачи

Задача 1.

Мальчик 11 месяцев.

Анамнез заболевания: В течение трех недель беспокоил сухой кашель, периодические подъемы температуры до субфебрильных цифр. Госпитализирован с диагнозом «Пневмония». После обследования переведен в туберкулезное отделение.

Анамнез жизни: Мальчик от 2-ой беременности, от матери страдающей ВИЧ-инфекцией. Масса тела при рождении 3200 г., длина 51 см. Вакцинация БЦЖ не проводилась. Выписан из родильного дома на 4 сутки жизни. Условия жизни неудовлетворительные, проживают в коммунальной квартире. За месяц до заболевания ребенка у соседа выявлен: «Инфильтративный туберкулез в фазе распада. МБТ(+))».

Объективное обследование

Состояние средней тяжести, температура 37,6⁰ С. Вес 7500 г., рост 80 см. Отмечается бледность, вялость, снижение тургора тканей, синева по глазам, пониженного питания, периферический лимфопролиаденит. Частота дыхания 30 в 1 мин. При перкуссии – укорочение звука над верхней долей справа, там же выслушивается ослабленное дыхание. Тоны сердца ритмичные приглушены. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, безболезненная, эластической консистенции. Селезенка увеличена на 2 см.

Клинический анализ крови: Нб 90 г/л, эр. $3,8 \times 10^{12}/л$, Лейк – $9,0 \times 10^9/л$, (п/я 10%, с/я 67%, лимф. 11%, мон. 12%), СОЭ 16 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии

Проба Манту с 2ТЕ – папула 12мм.

Рентгенограмма органов грудной клетки: Корень правого легкого расширен, гомогенное затемнение в проекции верхней доли правого легкого, сливающееся с корнем.

Задание

Поставьте предварительный клинический диагноз

Какие дополнительные исследования необходимы?

Каковы основные факторы, способствующие развитию заболевания в данном случае?

Как проводится профилактика ВИЧ-инфекции детям из перинатального контакта?

В каких случаях проводится противотуберкулезная вакцинация детей из перинатального контакта по ВИЧ-инфекции и какой вакциной?

Дайте вашу интерпретацию результатов туберкулинодиагностики.

Какие еще осложнения туберкулезного процесса возможны у ребенка?

Какие мероприятия должны были проводиться для исключения туберкулезного контакта новорожденного ребенка?

Каковы принципы лечения заболевания?

Каков патогенез развития бронхолегочного процесса возможен у этого ребенка?

Ответ:

Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, бронхопульмональной группы справа, осложненный бронхолегочным поражением. МБТ (– ?).

Задача 2.

Мальчик 5 лет

Анамнез заболевания: В течение последних 2х месяцев отмечались субфебрилитет, утомляемость, капризность, похудание.

Анамнез жизни: ребенок от 2-ой нормально протекающей беременности, 2-х срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г., длина 52 см. Привит вакциной БЦЖ в родильном доме, рубчик отсутствует. В раннем возрасте развивался нормально, болел редко. За 6 месяцев до появления жалоб имел в течение нескольких дней туберкулезный контакт с бабушкой, у которого был выявлен инфильтративный туберкулез, МБТ (+). Динамика пробы Манту с 2 ТЕ: в 1 год – папула 5 мм, в 2 года – папула 6 мм, в 3 года – папула 5 мм, в 4 года – папула 6 мм, в 5 лет – папула 12 мм, лимфангит. Мальчик направлен в противотуберкулезный диспансер

Объективное обследование

Состояние удовлетворительное. Мальчик бледен, синева под глазами, пальпируются периферические лимфатические узлы в 10 группах, до 2-3 размера, безболезненные, мягкие. Масса тела 12 кг, рост – 120 см. В легких без катаральных явлений, при аускультации сердца систолический шум на верхушке. Печень увеличена на 2 см. Анализ крови: Нб 112 г/л, эр. $4,2 \times 10^{12}/л$, Лейк. – $12,6 \times 10^9/л$, (п/я 8%, с/я 65%, эоз.4, лимф.15%, мон.8%) СОЭ-20мм/час. Анализ мочи без патологии. На обзорной рентгенограмме и при компьютерной томографии органов грудной полости – изменений нет. Диаскинтест – гиперемия 5 мм.

Задание

Поставьте предварительный клинический диагноз

Какие дополнительные исследования необходимы?

Оцените динамику туберкулиновых проб

Оцените результаты пробы с диаскинтестом

Когда в следующий раз необходимо провести пробу с диаскинтестом?

В какой группе диспансерного учета наблюдаются дети с этим диагнозом?

С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика ?

Какие профилактические мероприятия должны были проводиться?

Каков срок лечения?

Назовите фамилию ученого, создавшего учение об этой форме туберкулеза

Ответы

Туберкулезная интоксикация детей и подростков

Задача 3.

Девочка 7 лет . Поступила в стационар с жалобами на повышение температуры тела до 38,6-39,5 °С; кашель, одышку, боли в грудной клетке.

Анамнез заболевания.

Заболевание началось остро. Участковым педиатром заподозрена пневмония и ребенок госпитализирован.

Анамнез жизни. У отца 6 месяцев назад выявлен инфильтративный туберкулез легких в фазе распада, МБТ (+). Ребенок для обследования в противотуберкулезный диспансер не являлся, химиопрофилактика не проводилась. Динамика туберкулиновой чувствительности : с 1 года до 5 лет все пробы Манту отрицательные. В возрасте 6 лет проба Манту – папула 5 мм.

Объективное обследование

Состояние средней тяжести. Бледность, периоральный цианоз, одышка в покое, вынужденное положение на правом боку. ЧД – 36 в 1 мин. Периферические лимфоузлы пальпируются в 8 группах, размерами до 1 см в диаметре, эластической консистенции, безболезненны. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены. Справа в нижних отделах грудной клетки определяется укорочение перкуторного звука, дыхание ослаблено. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, безболезненна, эластической консистенции.

Анализ крови: Hb 120 г/л, эр. $4,5 \times 10^{12}/л$, Лейк. – $6,0 \times 10^9/л$, (п/я 3%, с/я 57%, эоз.3, лимф.25%, мон.12%), СОЭ-35 мм/час. Анализ мочи без патологии. Обзорная рентгенограмм грудной клетки: Гомогенное затемнение в нижних отделах правого легкого с четкой косой границей, идущей сверху вниз и снаружи внутрь. Проведена плевральная пункция: получено 200 мл прозрачной плевральной жидкости, белок 20 г/л, в экссудате преобладают лимфоциты. При линейной томографии средостения (после плевральной пункции) – признаки увеличения бронхопульмональных лимфоузлов справа и трахеобронхиальной слева.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Как называется косая граница гомогенного затемнения?
4. Какой характер голосового дрожания будет определяться при обследовании данного ребенка (при поступлении)
5. В какой группе диспансерного учета должен наблюдаться ребенок?
6. Определите степень дыхательной недостаточности.
7. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
8. Определите динамику туберкулиновых проб
9. Какие ошибки допущены при ведении ребенка?
10. Каковы возможные исходы заболевания?

Ответ

Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов бронхопульмональной группы справа и трахеобронхиальной группы слева, осложненный правосторонним экссудативным плевритом МБТ (– ?)

Задача 4.

Девочка 10 лет находится на лечении в туберкулезном отделении

Анамнез заболевания: Выявлена по обращаемости с жалобами на кашель в течение 2-х месяцев, слабость, снижение аппетита, температура нормальная. По данным туберкулиновой чувствительности инфицирована МБТ с 8 лет, по поводу выража не обследована, профилактическое лечение не проведено. На фоне специфического лечения в туберкулезном отделении (тремя основными противотуберкулезными препаратами) через 2 месяца отмечалось ухудшение состояния девочки: периодически фебрильная температура, усиление кашля, появление мокроты с прожилками крови.

Анамнез жизни: Росла и развивалась здоровым ребенком. Летом, за 6 месяцев до заболевания, девочка отдыхала в деревне в семье своего дяди. Уже после постановки диагноза и начала терапии ребенку выяснено, что дядя девочки состоит на учете в противотуберкулезном диспансере в течение последних 2х лет с диагнозом: «Фиброзно-кавернозный туберкулез, МБТ(+). Множественная лекарственная устойчивость».

Объективное обследование

Состояние удовлетворительное. Девочка бледновата, вялая, аппетит снижен. Пальпируются периферические лимфатические узлы в 12 группах, до 0,5-1 см в диаметре, безболезненные, мягкие. Масса тела 19 кг, рост – 130 см. Над легкими участок притупления звука в 3-м межреберьи по передней поверхности грудной клетки. Дыхание в этой области жесткое, единичные влажные хрипы на ограниченном участке. При аускультации сердца систолический шум на верхушке. Печень увеличена на 1, 5 см. Анализ крови: Hb 90 г/л, эр. $3,9 \times 10^{12}/л$, Лейк. – $6,8 \times 10^9/л$, (п/я 10%, с/я 54%, эоз.4, лимф.20%, мон.12%) СОЭ-25 мм/час. Анализ мочи без патологии. На обзорной рентгенограмме и при компьютерной томографии органов грудной полости в S₃ левого легкого выявлен фокус инфильтрации 3 см в диаметре с нечетким контуром с участком просветления (полостью) в центре. Увеличены лимфатические узлы бронхопульмональной и трахеобронхиальной групп слева. Диаскинтест – папула 15 мм.

Задание

1. Сформулируйте предположительный основной диагноз.
2. Каких данных не хватает для формулировки диагноза?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Назовите группу диспансерного наблюдения ребенка
5. Устойчивость к каким противотуберкулезным препаратам была у источника заражения ребенка
6. Какой стандартный режим химиотерапии должен использоваться при этом варианте лекарственной устойчивости
7. С чем, по-вашему, связано ухудшение в течении заболевания?
8. Какие исходы процесса возможны при благоприятном и неблагоприятном течении процесса?
9. Оцените результаты диаскинтеста
10. Какие ошибки были допущены в ведении ребенка?

Ответ

Первичный туберкулезный комплекс в S₃ левого легкого в фазе распада.

Задача 5.

Подросток 14 лет (2001г.р.) поступил в туберкулезное отделение в 02.2015г. *Из анамнеза:* Привит вакциной БЦЖ в родильном доме, рубчик 4 мм. Подросток из массивного семейного длительного контакта (отец и дед в течение 4х лет больны фиброзно-кавернозным туберкулезом, МБТ (+) с МЛУ). По динамике туберкулиновой чувствительности: до 2009 г. проба Манту – отр., в 2010г. – р.6, в 2011

г. – р.16, в 2012 – р.15, в 2013 – р.17, 2014 – р.12, 01.2015 – р.17. С 2011 г – диагноз: Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Проведен курс лечения в стационаре, санатории. В 2013 снят с диспансерного учета. Осенью 2014 года часто болел «простудными заболеваниями», сопровождающимися субфебрильной температурой, покашливанием. Появилась утомляемость, потливость, сонливость, снизилась успеваемость в школе, похудел на 6 кг в течение 3-х месяцев. В поликлинике поставлен диагноз: «ОРВИ. Вегето-сосудистая дистония» 28.01.2015г резкое ухудшение: появились жалобы на подъем температуры до $39 - 40^{\circ}\text{C}$, сильный кашель с мокротой, одышку, озноб, проливные поты.

Объективно при поступлении: выраженная интоксикация, бледность, акроцианоз. Перкуторно - притупление звука в верхних отделах слева, аускультативно – ослабление дыхания, влажные среднепузырчатые множественные хрипы. Рентгенологически – затемнение верхней доли слева с участками просветления неправильной формы с нечеткими контурами. В нижней доле – очаги бронхогенного обсеменения. Томорама – множественные полости распада в верхней доле левого легкого. Клинический анализ крови: Анализ крови: Нб 100 г/л, эр. $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$, Лейк. – $12 \times 10^9/\text{л}$, (п/я 16%, с/я 67%, эоз.0, лимф.12%, мон.5%) СОЭ-40 мм/час. Анализ мочи: удельный вес 1010, белок – следы, эритроциты – 5 п/зр., лейкоциты – 10 п/пр. В мокроте (окраска по Цилю Нильсену) – кислотоустойчивые палочки в большом количестве.

Задание

1. О каком диагнозе можно думать?
2. Какие дополнительные сведения и исследования необходимы?
3. В какой группе диспансерного учета должен наблюдаться ребенок?
4. Нужна ли была ревакцинация БЦЖ и в каком возрасте?
5. Каков патогенез заболевания?
6. С каким заболеванием требуется дифференциальная диагностика?
7. Объясните термин «кислотоупорные палочки», что это за бактерии?
8. В чем ошибка педиатра поликлиники?
9. Каков прогноз заболевания?
10. Устойчивость микобактерий туберкулеза к каким препаратам можно предположить, будет ли эта устойчивость первичной или вторичной?

Ответы

Казеозная пневмония верхней доли левого легкого в фазе распада и обсеменения. МБТ (+)

Задача 6.

Девочка 5 лет

Анамнез заболевания: заболела остро 20/X, повысилась температура до $38,2^{\circ}\text{C}$, появились жалобы на головную боль. В течение ближайших дней самочувствие не улучшалось. Температура продолжала колебаться в пределах $38,6-39,8^{\circ}\text{C}$, появилось покашливание, пропал аппетит. Участковый врач диагностировал грипп. На 6-й день болезни в анализе крови был обнаружен нейтрофильный лейкоцитоз ($15,2 \times 10^9$) со значительным ядерным сдвигом влево (5% юных форм, 22% палочкоядерных, 59% сегментоядерных) и полным отсутствием эозинофилов. Красная кровь в пределах нормы. СОЭ – 26 мм в час. В моче следы белка, единичные эритроциты не в каждом поле зрения. Состояние девочки прогрессивно ухудшалось. В инфекционную клинику она поступила на 12 день заболевания.

Из анамнеза жизни: известно, что девочка единственный ребенок в семье, от I нормально протекавшей беременности, срочных родов, родилась с массой 3.200 г, привита вакциной БЦЖ на 5-й день жизни, с поствакцинальным рубчиком 5 мм на правом плече. Проба Манту с 2 ТЕ в 2 года – р 10, в 3 года – р 8, в 4 года – р 4, в 5 лет (5/IX) р 10. Живет в хороших бытовых условиях, ничем до сих

пор серьезно не болела, прививки по возрасту. За четыре месяца до описываемого заболевания перенесла корь, легкое течение.

При обследовании в клинике: у ребенка выражена небольшая одышка с раздуванием крыльев носа: частота дыхания – 42 в минуту при пульсе – 98 (соотношение 1:2,5). В легких определялся тимпанический оттенок перкуторного звука, ограничение подвижности нижних границ, положительный симптом Кораньи – на 4 грудном позвонке, расширенное паравертебральное притупление справа. При аускультации выслушивалось лишь жесткое дыхание и скудные сухие хрипы. Сердце без отклонений от нормы. Девочка правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожа бледновата, губы слегка цианотичны. Периферические лимфоузлы пальпировались в 8 группах, мягко - эластичной консистенции, 2-5 мм в диаметре, безболезненные. Временами мучительное короткое покашливание без отделения мокроты. Несколько болезнен край левой доли печени, мягкая селезенка, выступающая на 2 см из-под реберной дуги. Живот мягкий, безболезненный, толстый кишечник спастически сокращен. Стул задержан. При рентгенологическом исследовании грудной клетки выявлялись множественные однотипные мелкие очажки равномерно симметрично расположенные по всем легочным полям на фоне обедненного сосудистого рисунка, правый корень расширен, неструктурен.

После более детального опроса родителей удалось выяснить, что летом девочка отдыхала в деревне у бабушки, в гости к которой часто приходила соседка, болеющая туберкулезом (в VIII она была госпитализирована и ей был наложен искусственный пневмоторакс).

Задание

Сформулируйте предположительный основной диагноз.

Выделите характерные признаки, позволяющие правильно поставить диагноз

Каких данных не хватает для формулировки диагноза?

Какие методы обследования необходимо назначить?

Определите тактику ведения ребенка?

Какую фазу процесса можно предположить у источника заражения (с учетом наложения искусственного пневмоторакса)?

Оцените соотношение частоты сердечных сокращений и дыхания у ребенка?

О каком источнике диссеминации процесса можно думать

Какие внелегочные локализации туберкулеза возможны в данном случае?

Какие ошибки допущены в ведении ребенка

Ответ: Милиарный туберкулез

Задача № 7

Подросток 14 лет

Анамнез заболевания:

3 месяца ранее перенес правостороннюю нижнедолевую пневмонию. Лечился в стационаре, выписан через 3 недели с клиническим улучшением, существенной рентгенологической динамики выявлено не было. После выписки направлен в санаторий для общеукрепляющего лечения, где отмечалось длительное подкашливание - в течение двух месяцев. В связи с чем проведено контрольное рентгенологическое обследование: выявлены множественные неоднородно-инфильтративные очаги диаметром 5-10 мм в верхних и средних отделах правого легкого, во внутригрудных лимфатических узлах бронхопульмональной группы справа обызвествления, снижение структурности корней легких с двух сторон. Подросток направлен в пульмонологическое отделение на обследование и лечение.

Анамнез жизни:

Ребенок от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания на 24 неделе. Роды I срочные. Вес при рождении – 3.200, рост 51 см. Вакцинирован БЦЖ при рождении – рубчика нет. Наследственность отягощена по туберкулезу (в детстве болели бабушка и прадедушка). Наблюдался у невролога до 1 года с диагнозом перинатальная энцефалопатия, в школьном возрасте – с диагнозом нервные тики. Часто болел ОРВИ в дошкольном возрасте. Переносил пневмонии в 3 года, в 4 года, в 14 лет.

Объективное обследование: Жалоб не предъявляет. Активный. Состояние с учетом самочувствия удовлетворительное. Астенического телосложения. Рост 171 см, вес 55,650 кг. Сколиоз грудного отдела позвоночника. Бледность кожных покровов, периорбитальный цианоз, Холодные влажные ладони. Периферические лимфатические узлы пальпируются в 5 группах. Положительный симптом Франка. Отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Притупление перкуторного тона в верхних и средних отделах справа, там же при аускультации – ослабление дыхания, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке. Печень не выступает из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: Hb126 г/л L $3,6 \cdot 10^9$ /л п/я 2% с/я 44 % эоз 0% лимф 44% мон 9% СОЭ 19мм/ч

Протеинограмма: общий белок 76 г/л, альбумины 54%, глобулины: α_1 -3 %, α_2 -14%, β 11%, γ 16%

Общий анализ мочи – без патологии

Проба Манту с 2 ТЕ – р 5 мм

МСКТ органов грудной полости: в S 2,3,4,5,6, 10 правого легкого обильная диссеминация в виде очагов с нечеткими контурами, сливающихся в небольшие инфильтраты, в очаге в S6 полость распада до 3 мм в диаметре. Обызвествления в бронхопульмональной и трахеобронхиальной группе внутригрудных лимфатических узлов справа.

Фибробронхоскопия: ограниченный участок выбухания медиальной стенки правого главного бронха.

Задание:

Поставьте предварительный клинический диагноз

Какие обследования еще необходимо провести

Какие ошибки были допущены врачами стационара

Какие ошибки были допущены врачами санатория

Какой патогенез развития заболевания наиболее вероятен у данного ребенка

Оцените клинический анализ крови

Оцените протеинограмму

Оцените пробу Манту с 2 ТЕ

О чем свидетельствуют данные фибробронхоскопии

Какие принципы лечения заболевания

Ответ:

Подострый диссеминированный туберкулез правого легкого в фазе инфильтрации и распада, МБТ (-?).

Задача № 8

Девочка 9 лет.

Поступила в туберкулезное отделение с диагнозом: первичный туберкулезный комплекс S9 правого в фазе инфильтрации и уплотнения, МБТ (-?)

Анамнез заболевания: В течение последнего года отмечается умеренная слабость. Периодически беспокоят боли в нижних отделах правой грудной клетки. В связи с чем была сделана обзорная рентгенограмма органов грудной полости: выявлен округлый интенсивный участок затемнения 45-48 мм с четкими контурами.

Анамнез жизни. Беременность протекала без особенностей. Роды в срок, вес при рождении 3.300, рост 50 см. Привита БЦЖ при рождении – рубчик 5 мм. Динамика РМ с 2 ТЕ: в 1 год – р. 8 мм, в 2 года – р. 9 мм, в 3 года – р. 8 мм, в 4 года – р. 7 мм; в 5 лет – р. 12 мм, в 6 лет – р. 11 мм, в 7 лет – р. 12 мм, в 8 лет – р. 10 мм. На учете в ПТД не состояла. Приехала с семьей из Петропавловск-Камчатского 2 года назад. Простудными заболеваниями болеет редко. Пищевая аллергия на цитрусовые, шоколад, рыбу.

Объективное обследование: Жалобы на умеренную утомляемость к концу дня, периодические тупые боли в нижних отделах правой грудной клетки, тупые боли в правом подреберье. Состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения. Рост 136 см, вес 31,650 кг. Кожные покровы с проявлениями аллергодерматита на лице. Периферические лимфатические узлы пальпируются в 6 группах. Притупление перкуторного тона в нижних отделах справа, дыхание в этих зонах ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, край плотный, умеренно болезненный, селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: Hb144 г/л L $6,7 \cdot 10^9$ /л п/я 1% с/я 42% эоз 3% лимф 45% мон 8% СОЭ 11 мм/ч

Протеинограмма: общий белок 76 г/л, альбумины 54%, глобулины: α_1 -3%, α_2 -14%, β 11%, γ 16%

Общий анализ мочи – без патологии

Проба Манту с 2 ТЕ – р 13 мм; Проба Манту с 0,01 ТЕ – р 5 мм, с 0,001 ТЕ – р 2 мм

Диаскинтест - отрицательный

МСКТ органов грудной полости: в S 9 правого легкого округлое образование с четкими контурами.

Внутригрудные лимфатические узлы диаметром 2-4 мм неизменной плотности.

Промывные воды бронхов на МБТ методом флотации, посева – отрицательны.

Задание:

Поставьте предварительный диагноз

Какой патогенез данного заболевания

Оцените динамику пробы Манту с 2 ТЕ

Оцените пробу Манту с 2 ТЕ, поставленную при обследовании

О чем свидетельствуют результаты проб Манту с 0,01 ТЕ и 0,001 ТЕ.

Какие исследования надо еще провести

О чем свидетельствует отрицательный диаскин тест?

Показано ли проведение превентивного противотуберкулезного лечения или противотуберкулезной терапии данному ребенку?

К каким последствиям может привести прогрессирование данного заболевания?

Какое лечение данного заболевания показано?

Ответы:

Инфицирована МБТ. Эхинококковая киста нижней доли правого легкого.

Задача № 9

Мальчик 8 лет.

Поступил в онкологическое отделение с диагнозом: гамартохондрома нижней доли левого легкого?

Анамнез заболевания: Ребенок состоял на учете ПТД в связи с заболеванием туберкулезом. Получал специфическую терапию по поводу диагноза: Первичный туберкулезный комплекс СЗ правого легкого в фазе инфильтрации. Интенсивную фазу лечения получил в стационаре в течение трех месяцев, периодически отмечалась дисфункция ЖКТ, повышение трансаминаз печени. Достигнута положительная рентгенологическая динамика рассасывания специфических изменений в легочной ткани. Фаза долечивания начата в санатории с неудовлетворительной переносимостью, через 1 месяц ребенка забрали родители. Лечение со слов родителей продолжено амбулаторно с хорошей переносимостью. Общий срок терапии составил 12 месяцев. На контрольное обследование родители

ребенка не приводили. Через полгода после окончания основного курса лечения при выполнении обзорной рентгенограммы и линейных томограмм органов грудной полости выявлено: в нижней доле левого легкого округлое интенсивное неоднородное образование с четкими контурами диаметром 46-54 мм, спайка с диафрагмой. В левом легком инфильтративных и очаговых изменений не выявлено. Корни легких уплотнены с двух сторон.

Анамнез жизни. Беременность протекала с токсикозом первой половины. Роды в срок, вес при рождении 3.250, рост 51 см. Привит БЦЖ при рождении – рубчик 4 мм. Динамика РМ с 2 ТЕ: в 1 год – р. 6 мм, в 2 года – р. 5 мм, в 3 года – р. 5 мм, в 4 года – р. 6 мм; в 5 лет – р. 4 мм, в 6 лет – р. 6 мм, в 7 лет – р. 14 мм, в 8 лет – р. 12 мм. Простудными заболеваниями болеет редко.

Объективное обследование: Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения. Рост 140 см, вес 33 кг. Кожные покровы чистые. Периферические лимфатические узлы пальпируются в 5 группах. Притупление перкуторного тона в нижних отделах слева, дыхание в этих зонах, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные. Печень выступает на 0,5 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: Hb136 г/л L $6,4 \cdot 10^9$ /л п/я 1% с/я 43 % эоз 2% лимф 45% мон 9% СОЭ 5 мм/ч

Протеинограмма: общий белок 78 г/л, альбумины 56%, глобулины: α_1 -2 %, α_2 -15%, β 12%, γ 15%

Общий анализ мочи – без патологии

Проба Манту с 2 ТЕ – р 8 мм

Проба Манту с 0,01 ТЕ – р 2 мм, с 0,001 ТЕ – р 6 мм

РНГА с фосфатидным антигеном 1/32++

МСКТ органов грудной полости: в S 8 левого легкого округлое образование с четкими контурами с зоной просветления 2х3 мм, участки отложения кальция на внутренней поверхности стенки, плотная спайка с диафрагмой. Немногочисленные мелкие очаги отсева в окружающей легочной ткани.

Внутригрудные лимфатические узлы диаметром 2-4 мм повышенной плотности.

Промывные воды бронхов на МБТ методом флотации, посева – отрицательны.

Задание:

Поставьте предварительный диагноз

Какой патогенез развития данного заболевания

Оцените динамику пробы Манту с 2 ТЕ

Оцените результаты туберкулиновых проб в стационаре

Оцените результат РНГА с фосфатидным антигеном

Какими причинами обусловлены нормальные показатели клинического анализа крови

Оцените протеинограмму

Какие исследования следует еще провести

Были ли допущены ошибки врачами стационара, ПТД?

Какие виды терапии показаны данного заболевания?

Ответ:

Туберкулема S8 левого легкого.

Задача 10.

Мальчик 4-х лет.

Анамнез заболевания: Болен в течение 2-х недель. Жалобы на лихорадку, кашель. Амбулаторно получал супракс, флемоксин без эффекта. Был госпитализирован в инфекционное отделение с подозрением на пневмонию. На R гр.клетки – без очаговых и инфильтративных изменений.

Диагноз пневмонии был снят. Через два дня отмечалось повышение температуры тела до фебрильных цифр, сильная головная боль, повторные рвоты, менингеальные симптомы $\pm$, заподозрен менингит. После обследования переведен в туберкулезное отделение.

Анамнез жизни: Родился от IV беременности, III срочных родов с массой тела 3700 г./48 см, по шкале Апгар 8/8 баллов. У мамы В-23, беременность на фоне приема алкоголя и наркотиков, курения. Не привит вакциной БЦЖ. Получал ретровир-сироп. С рождения семейный контакт с отцом, страдавшим В-23 и умершим от двустороннего инфильтративного туберкулеза в фазе распада и обсеменения, МБТ (+), когда мальчику было 4 мес. По этому поводу на первом году жизни был проведен курс химиопрофилактики.

Объективное обследование: Состояние тяжелое, сознание ясное, вялый, горизонтальный нистагм в крайних отведениях, больше справа, мышечный тонус снижен, с-м Бабинского с обеих сторон, гиперестезия, резко положительные менингеальные симптомы.

В анализе крови: гемоглобин-106 г/л, эритроц.- $4,59 \times 10^{12}$, лейкоц.- $8,7 \times 10^9$, с.-70%, п.-11%, э.-0, л.-15%, м.-4%, СОЭ-21 мм/ч.

Анализ мочи – без патологии.

Проба Манту с 2 Т.Е. папула 12 мм. Диаскинтест – папула 17 мм.

Исследование спинномозговой жидкости: цитоз 1296/3, белок 2,64 г/л, 1096 – мононуклеаров, 200 нейтрофилов, Cl – 93 ммоль/л, сахар – 0,7 ммоль/л (в крови – 4,4 ммоль/л). Из образовавшейся пленки в ликворе после окраски по Ziehl-Neelsen методом прямой микроскопии были получены *M.tuberculosis*.

КТ головного мозга: патологических изменений головного мозга не выявлено.

КТ органов грудной клетки: выявлены единичные кальцинаты в С₆ левого легкого, обызвествления в бронхопульмональных и бифуркационных лимфоузлах слева.

Задание

1. Поставьте предварительный клинический диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимы?
3. Каковы основные факторы, способствующие развитию заболевания?
4. Как проводится профилактика ВИЧ-инфекции ребенку из перинатального контакта?
5. Оцените данные туберкулинодиагностики
6. Оцените данные спинномозговой пункции
7. С какими заболеваниями будете проводить дифференциальную диагностику?
8. Как обследуется пациент, находящийся в контакте с бациллярным больным туберкулезом?
9. Назначьте терапию данному пациенту
10. Какой прогноз заболевания у данного пациента?

Ответ

1. Первичный генерализованный туберкулез: туберкулезный менингит, МБТ (+), туберкулез внутригрудных лимфатических узлов бифуркационной и бронхопульмональной групп слева в фазе кальцинации, осложненный очагами отсева в С₆ левого легкого, МБТ (-).

Задача №11.

У молодого человека Д., 18 лет, без определенных занятий выявлена патология при прохождении медицинской комиссии в военкомате.

Анамнез: Пациент из плохих материально-бытовых условий, живет с матерью в коммунальной квартире. В дошкольном возрасте имел периодический контакт с дядей больным туберкулезом. В противотуберкулезном диспансере не наблюдался, химиопрофилактика не проводилась. В течение последних трех месяцев беспокоила слабость, сонливость, повышенная потливость, утомляемость, по поводу которых Д. к врачу не обращался. Кашля не было.

Данные осмотра: Состояние удовлетворительное. Симптомы интоксикации выражены умеренно в виде бледности, пониженной массы тела. Периферические лимфоузлы пальпируются в трех группах, размерами с горошину, безболезненны. При пальпации определяется болезненность и ригидность мышц левого надплечья. Над легкими – ясный легочный звук, дыхание жесткое в верхних отделах слева, хрипов нет. По остальным органам – без патологии.

Клинический анализ крови: Нb–134г/л, Лейк– $4,3 \times 10^9$ /л, Э–2%, П–1%, С–42%, Л–51%, М–10%, СОЭ–17мм/ч.

Общий анализ мочи – без патологии.

Промывные воды бронхов: Методом флотации и посева МБТ (–).

Рентгено–томографическое исследование: В S1–S2 левого легкого на фоне усиленного легочного рисунка группа очаговых теней малой интенсивности диаметром от 4 до 10 мм.

Фиброbronхоскопия–без патологии.

Задание:

1. Оцените объем и качество мероприятий по профилактике и выявлению туберкулеза.
2. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
3. Под маской каких заболеваний протекает эта форма туберкулеза.
4. Относился ли данный пациент группе риска по туберкулезу?
5. Назначьте лечение, каков прогноз при своевременно и несвоевременно начатом лечении?

Задача №12.

Девочка 1 год 9 месяцев. Поступила 3.01.99 г.

Анамнез жизни: ребенок от IV беременности, 4-х преждевременных родов. Беременность у матери протекала с токсикозом первой половины, во второй половине – нефропатия. Девочка родилась на 33-ей недели. Масса тела при рождении 1500 г, оценка по Апгар – 3/5 баллов. В периоде новорожденности находилась в отделении недоношенных. Выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение невропатолога по месту жительства.

Вакциной БЦЖ не вакцинирована.

Перенесла ОРВИ в 10 и 11 месяцев.

Анамнез заболевания: перед вакцинацией БЦЖ поставлена реакция Манту с 2ТЕ ППД-Л – 22.11.98 г. – 8 мм. Обследована по поводу положительной реакции Манту. При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки от 26.11. и 14.12.98 г. выявлены изменения в легких, ребенок консультирован в КТБ №7, рекомендована госпитализация в специализированный стационар.

При поступлении: состояние средней тяжести. Температура тела $36,7^{\circ}\text{C}$. Масса тела – 9100 г. Выражены симптомы интоксикации, симптомы лимфаденопатии. В легких выслушивается жесткое дыхание, перкуторно – над легкими ясный легочный звук, частота дыхания – 34 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, частота сердечных сокращений – 132 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка выступают из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненные. Со стороны других органов отклонений не выявлено.

Общий анализ крови: Нb – 103 г/л, Эр – $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $7,4 \times 10^9$ /л; п/я – 1%, с/я – 68%, э – 1%, л – 28%, м – 2%, СОЭ – 5 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция – кислая, относительная плотность – 1022, белок – следы, плоск. эпителий – в значительном количестве, лейкоциты – 3-5 в п/з.

Рентгенограмма органов грудной клетки: справа в области третьего сегмента определяется инфильтративно-ателектатическое затемнение с четкими границами, расширение срединной тени вправо за счет увеличенных всех групп лимфоузлов с нечеткими контурами и слева инфильтративное изменение в области бронхопульмональных лимфоузлов.

Задание

1. Оцените действия педиатра, фтизиатра.
2. На основании каких признаков можно заподозрить заболевание?

3. Проанализируйте данные лабораторных показателей и рентгенограммы органов грудной клетки.
4. Наметьте план дополнительного обследования.
5. Оцените показатели туберкулиновых проб и дайте заключение.
6. Сформулируйте клинический диагноз.
7. Назначьте лечение.
8. Объясните основные патогенетические звенья в развитии патологии процесса.
9. Выделите факторы, способствующие развитию этого заболевания.
10. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
11. Какие возможны варианты исхода бронхолегочного процесса?
12. Какие мероприятия необходимо проводить после выписки ребенка из стационара?

Задача №13.

У больной Т., 25 лет, патология выявлена при флюорографическом исследовании, в связи с устройством на работу.

В анамнезе: Вакцинирована БЦЖ в родильном доме, рубчик 5 мм. В детстве в течение двух лет имела туберкулезный контакт с матерью, которая умерла от туберкулеза, когда девочке было 7 лет. Наблюдалась в противотуберкулезном диспансере в течение года, проведен один курс химиопрофилактики изониазидом в течение 3-х месяцев.

Два года назад переносила бронхо-легочное заболевание, с длительным повышением температуры до субфебрильных цифр, беспокоил кашель без мокроты в течение четырех месяцев. По этому поводу пациентка обращалась в поликлинику, где был поставлен диагноз «затяжной бронхит». Флюорографию проходила три года назад.

Данные осмотра: Жалобы отсутствуют. Женщина пониженного питания – масса тела 46 кг, при росте 164 см. Кожные покровы чистые, бледные. Периферические лимфоузлы пальпируются в 4 группах, плотно-эластической консистенции, не спаяны, безболезненны. Тоны сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений 80 уд/мин. Левая половина грудной клетки уменьшена в объеме в верхних отделах. Перкуторно определяется укорочение звука слева над остью лопатки. Дыхание жесткое в верхних отделах слева, хрипов нет. Со стороны органов брюшной полости – без особенностей. Температура тела нормальная.

Клинический анализ крови: Hb–110 г/л, Эр– $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк.– $6,5 \times 10^9$ /л, П–1%, Э–1%, С–52%, Л–41%, М–5%, СОЭ–17мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии.

Рентгено-томографическое исследование: В S1–S2 левого легкого на фоне фиброза определяется округлой формы плотный, четко очерченный фокус размерами 2,5х1,5 см, пронизанный тяжами, выше – единичные мелкие плотные очаги, часть из них с отложениями солей кальция. Кальцинированные лимфоузлы в корне левого легкого.

МБТ методом флотации и посева – не обнаружены.

Фибробронхоскопия: Рубцовые изменения слизистой оболочки бронха второго сегмента слева.

Задание:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие ошибки допущены в диспансерном наблюдении и лечении больной?
3. Проведите дифференциальный диагноз с «округлыми образованиями» другой этиологии.
4. Назначьте лечение. Каков прогноз заболевания?

Задача №14.

Больная М., 20 лет, поступила для обследования в туберкулезное хирургическое отделение.

Анамнез: В возрасте 11 лет имела кратковременный контакт с дядей больным туберкулезом, вернувшимся из мест лишения свободы. Первые симптомы заболевания появились 2 года назад, когда после перенесенного простудного заболевания длительно сохранялась субфебрильная температура. Последних 6 мес. беспокоит покашливание, потеряла в массе тела 15 кг. Состояние резко ухудшилось после переохлаждения, повысилась температура до $38,5^{\circ}$, появился кашель с мокротой, одышка. Госпитализирована в стационар с диагнозом «Острая пневмония». Лечение неспецифическими антибиотиками в течение месяца без эффекта. Состояние ухудшилось, появилось кровохарканье. Больная была переведена в туберкулезное отделение, где находилась 18 месяцев с диагнозом: «Двусторонний инфильтративный туберкулез в фазе распада и обсеменения, МБТ (+).

Данные осмотра: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Над- и подключичные ямки западают. Укорочение перкуторного звука в верхних отделах с обеих сторон. В нижних отделах перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание в верхних отделах легких жесткое, в нижних – ослабленное. Тоны сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений 80 уд/мин. Со стороны других органов – без особенностей.

Клинический анализ крови: Hb–120 г/л, Эр– $4,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк.– $6,0 \times 10^9$ /л, П–2%, С–58%, Э–3%, М–10%, Л–27%, СОЭ–12 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии.

Рентгено-томографическое исследование: Верхние доли обоих легких уменьшены в объеме, пронизаны фиброзными тяжами, воздушность их снижена. Справа имеется щелевидная полость. Корни подтянуты вверх. Нижние отделы легких эмфизематозные.

МБТ методом флотации и посева – не обнаружены.

ФБС– рубцовый стеноз III степени бронха второго сегмента справа.

Задание

1. Какие ошибки допущены в ведении больной?
2. Поставьте и обоснуйте диагноз. Какие осложнения характерны для данной формы туберкулеза?
3. Какова дальнейшая тактика лечения и наблюдения больной?

Задача №15.

Девочка 11 месяцев. Поступила 1.02.98 г.

Анамнез жизни: девочка от II нормально протекавшей беременности, роды со стимуляцией. Масса тела при рождении – 3500 г, длина тела – 53 см. На третьи сутки ребенок переведен из роддома в психоневрологическое отделение Института Охраны материнства и детства – с судорожным синдромом. Выписана через 1 месяц.

Вакцинация БЦЖ не проводилась.

Отмечено отставание в физическом и психомоторном развитии.

Перенесла в 6 месяцев ОРВИ, в 8 месяцев – ветряную оспу.

Отец ребенка умер от легочного кровотечения, на секции установлен диагноз – туберкулез.

Анамнез заболевания: впервые осмотрена фтизиатром 26.01.98 года и рекомендована госпитализация в специализированный стационар. За две недели до госпитализации появился кашель, периодические подъемы температуры до $38,8^{\circ}\text{C}$.

При поступлении: состояние средней тяжести. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$, вес – 8500 г, рост – 79 см. Выражены симптомы интоксикации и лимфоаденопатии. Частота дыхания 28 в 1 минуту. При перкуссии легких – притупление перкуторного звука справа над областью проекции верхней доли.

Там же при аускультации – ослабленное дыхание, единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 124 уд/мин. Печень выступает ниже реберного края на 2,5 см. Селезенка на 1,5 см, безболезненные, плотно эластичные.

Общий анализ крови: Hb – 90 г/л, Эр – $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,9, Лейк – $8,6 \times 10^9$ /л; п/я – 10%, с/я – 46%, э – 1%, л – 31%, м – 11%, плазматические клетки – 1, СОЭ – 3 мм/час.

Общий анализ мочи: прозрачность – полная, цвет – со л.-желтый, реакция – кислая, глюкоза и белок – не найдены, относительная плотность – 1018, лейкоциты – 2-3 в п/з.

Реакция Манту с 2ТЕ ППД-Л:

26.01.98 г. – 11 мм;

12.02.98 г. – 12 мм с некрозом.

Рентгенограмма органов грудной клетки: инфильтративно-ателектатическое теНв в области третьего сегмента справа с четкими краями, увеличение всех групп лимфоузлов справа в фазе инфильтрации.

1. Проанализируйте данные лабораторных показателей и рентгенограммы органов грудной клетки.
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. Оцените показатели туберкулиновых проб и дайте заключение.
4. Сформулируйте клинический диагноз.
5. Назначьте лечение.
6. Объясните основные патогенетические звенья в развитии патологии процесса.
7. Выделите факторы, способствующие развитию этого заболевания.
8. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
9. Какие возможны варианты исхода бронхолегочного процесса?
10. Какие мероприятия необходимо проводить после выписки ребенка из стационара?

Название рефератов/докладов

1. Основные принципы борьбы с туберкулезом в России.
2. Основные законодательные акты по борьбе с туберкулезом в России.
3. Задачи и роль врача в осуществлении противотуберкулезных мероприятий.
4. Методы выявления туберкулеза в различных возрастных группах.
5. Группы лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом (социальные, поликлинические, фтизиатрические).
6. Структура противотуберкулезного диспансера.
7. Основные показатели работы диспансера.
8. Группы диспансерного учета, их характеристика.
9. Профилактика туберкулеза, классификация профилактических мероприятий.
10. Санитарная профилактика.
11. Социальная профилактика.
12. Химиопрофилактика.
13. Вакцинопрофилактика.
14. Туберкулез и материнство.
15. Раннее и своевременное выявление туберкулеза.
16. Очаги туберкулезной инфекции.
17. Роль врача в осуществлении противотуберкулезных мероприятий.
18. Оказание санитарно-противоэпидемических мероприятий населению Р.Ф
19. Работа в очагах туберкулезной инфекции.

20. Санитарно просветительская работа.
21. Химиопрофилактика, определение, цели.
22. Вакцина БЦЖ и БЦЖ-М, их различия.
23. Сроки проведения прививок БЦЖ и БЦЖ-М.
24. Техника прививок, дозировка.
25. Местная реакция на введение вакцины.
26. Противопоказания к вакцинации БЦЖ.
27. Противопоказания к ревакцинации БЦЖ.
28. Кому используется вакцина БЦЖ-М.
29. Осложнения на прививки БЦЖ.
30. Регистрация осложнений на прививку БЦЖ.
31. Лечение осложнений на прививки БЦЖ.
32. Классификация осложнений на прививки БЦЖ.
33. Причины осложнений на прививки БЦЖ.
34. Характеристика вакцины БЦЖ.
35. Характеристика вакцины БЦЖ-М.
36. Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза в России».
37. Приказ МЗ РФ от 21 марта 2003г. № 109.
38. Приказ от 13 февраля 2004г. № 50 « О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза».
39. Группы диспансерного наблюдения и учета взрослых контингентов противотуберкулезных учреждений.
40. Группы диспансерного наблюдения и учета детских и подростковых контингентов противотуберкулезных учреждений.
41. Порядок диспансерного наблюдения и учета взрослых контингентов состоящих на учете противотуберкулезных учреждений.
42. Порядок диспансерного наблюдения контингентов детей и подростков, состоящих на учете противотуберкулезных учреждений РФ.
43. Схема обследования взрослых пациентов, состоящих на диспансерном учете.
44. Схема обследования детей и подростков , состоящих на диспансерном учете.
45. Организация и этапы лабораторной диагностики туберкулеза.
46. Клиническая классификация туберкулеза.
47. Инструкция по применению туберкулиновых проб.
48. Инструкция по вакцинации и ревакцинации БЦЖ и БЦЖ-М.
49. Инструкция по химиотерапии больных туберкулезом.
50. Режимы химиотерапии.
51. Организация раннего выявления туберкулеза у взрослого населения.
52. Организация раннего выявления туберкулеза у детей и подростков.
53. Мероприятия в очагах туберкулезной инфекции.
54. Положение об организации дневного стационара в противотуберкулезных учреждениях.
55. Стандартные режимы химиотерапии.
56. Использование Диаскинтеста в диагностике туберкулеза.
57. Микробиологические методы диагностики туберкулеза.
58. Туберкулез и материнство.

59. Профилактика туберкулеза у ребенка, рожденного от больной туберкулезом матери.
60. Врожденный туберкулез.
61. Туберкулез и ВИЧ-инфекция.
62. Вакцинопрофилактика туберкулеза у ВИЧ-инфицированных детей.
63. Вакцинопрофилактика туберкулеза у детей, рожденных от ВИЧ- инфицированных матерей.