

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

УТВЕРЖДЕНО

На заседании

Учебно-методического совета

« 09 » сентября 2021 года, протокол № 1

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

СОГЛАСОВАНО

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



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего
образования – программы ординатуры по специальности

31.08.51 «Фтизиатрия»

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

фтизиатрии

название кафедры

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

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ
Перечень компетенций и этапы их формирования по уровням освоения.

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.1Б.1 «Фтизиатрия»	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
2.	Б.1Б.2 «Общественное здоровье и здравоохранение»	УК-1 УК-2 ПК-1 ПК-4 ПК-9 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
3.	Б.1Б.3 «Педагогика»	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-9	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
4.	Б.1Б.4 «Патология»	УК-1 ПК-5	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
5.	Б.1Б.5 «Медицина чрезвычайных ситуаций»	УК-1 ПК-3 ПК-7 ПК-12	- тесты	- тестирование
6.	Б.1.В.ОД.1 «Пульмонология»	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
7.	Б.1.В.ДВ.1 «Лучевая диагностика»	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПСК-2	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
8.	Б.1.В.ДВ.2 «Основы медицинской статистики»	УК-1 ПК-4 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты	- устно - тестирование

9.	Б.2.1 Производственная практика (базовая часть)	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
10.	Б.2.2 Производственная практика (вариативная часть)	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

Матрица компетенций выпускника, формируемых в результате освоения аккредитуемой ОП по специальности 31.08.51 Фтизиатрия

Индекс	Наименование учебных циклов, разделов, модулей, практик и ГИА	УК-1	УК-2	УК-3	ПК-1	ПК-2	ПК-3	ПК-4	ПК-5	ПК-6	ПК-7	ПК-8	ПК-9	ПК-10	ПК-11	ПК-12	Промежуточная аттестация	Семестр
Б1.Б	Базовая часть																	
Б1.Б.1	Фтизиатрия	+			+	+			+	+		+		+	+		1,2,3,4	1,2
Б1.Б.2	Общественное здоровье и здравоохранение	+	+		+			+					+	+	+			1
Б1.Б.3	Педагогика	+	+	+									+					2
Б1.Б.4	Патология	+							+									1
Б1.Б.5	Медицина чрезвычайных ситуаций	+					+				+					+		2
<i>Б1.В</i>	<i>Вариативная часть</i>																	
<i>Б1.В.ОД</i>	<i>Обязательные дисциплины</i>																	
Б1.В.ОД.1	Пульмонология	+			+	+	+		+	+		+						1
<i>Б1.В.ДВ</i>	<i>Дисциплины по выбору</i>																	
Б1.В.ДВ.1.1	Лучевая диагностика	+			+	+			+	+								2
Б1.В.ДВ.1.2	Пульмонология	+						+						+	+			2
Б2	Практики																	
Б2.1	Производственная практика (Баз)	+			+	+	+		+	+	+	+	+				2,3,4	2,3,4
Б2.2	Производственная практика (Вар)	+			+	+			+	+		+	+				4	4
Б3	Государственная итоговая аттестация	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		4

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

№	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	1-1000	1-373	1-29	1-30
4.	ПК-1			2,4,15	2-4,6,7,8
5.	ПК-2	41-55	154-190,191-205	2,4,15,16	2-4,6,8,10-14
8.	ПК-5	288-305,407-570	89-91,92-154	1,3-16	1-30
9.	ПК-6	332-406	92-154	1,3-16	1-30
11.	ПК-8	802-856	257-275	17,18	
13.	ПК-10			20,21	
14.	ПК-11			20,21	

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 сформулированы 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 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

3. Оценочные средства

3.1. Тесты

1. Какой из эпидемических показателей характеризует резервуар туберкулезной инфекции:

- 1) смертность
 - 2) заболеваемость
 - 3) потенциальный очаг
 - 4) инфицированность
 - 5) болезненность
2. Под очагом туберкулезной инфекции следует понимать:
- 1) больного, выделяющего МБТ
 - 2) жилище больного, выделяющего МБТ
 - 3) окружение больного, выделяющего МБТ
 - 4) все перечисленное
3. 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
4. Больные с диагнозом активного туберкулеза получают лечение:
- 1) платно
 - 2) бесплатно
 - 3) амбулаторное
 - 4) в санатории
 - 5) интермитирующее
5. 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
6. 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
7. 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
8. Основными источниками туберкулезной инфекции для человека являются:
- 1) предметы окружающей среды

- 2) продукты питания
- 3) больной человек
- 4) больные бактериовыделители
- 5) все перечисленное

9. Чаще других поражаются туберкулезом и могут явиться источником заражения человека следующие виды животных:

- 1) крупный рогатый скот
- 2) кошки
- 3) птицы и крупный рогатый скот
- 4) собаки
- 5) морские свинки

10. Чаще заболевают туберкулезом и умирают от него:

- 1) мужчины
- 2) женщины
- 3) дети
- 4) подростки
- 3) одинаково часто и мужчины, и женщины

11. В возрасте 70 лет и старше чаще заболевают туберкулезом и умирают от него:

- 1) мужчины
- 2) женщины
- 3) дети
- 4) подростки
- 3) одинаково часто и мужчины, и женщины
- 5) верно все

12. "Суперинфекция" при туберкулезе – это:

- 1) заболевание вследствие поступления инфекции извне в уже инфицированный организм
- 2) заболевание, возникшее вследствие экзогенного инфицирования
- 3) заболевание, наступившее вследствие длительного контакта с бактериовыделителем
- 4) заболевание, наступившее после выздоровления
- 5) верно все

13. "Эндогенная реинфекция" – это:

- 1) активация ранее скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции
- 2) возникновение очага туберкулезной инфекции во внутренних органах вследствие поступления инфекции в организм
- 3) активация скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции вследствие нового поступления инфекции
- 4) повторное заболевание
- 5) все верно

14. Очаг туберкулезной инфекции со скудным бактериовыделением (обнаружение БК только методом посева) не имеет существенного значения для инфицирования лиц ближайшего окружения:

- 1) при высокой пораженности туберкулезом населения в данном районе
- 2) при умеренной пораженности населения туберкулезом
- 3) при малой пораженности населения туберкулезом в данном районе

- 4) при средней пораженности населения туберкулезом
- 5) все верно

15. К высокой заболеваемости населения туберкулезом можно отнести выявление:

- 1) 100 заболевших на 100 000 населения
- 2) 30-50 заболевших на 100 000 населения
- 3) 20 заболевших на 100 000 населения
- 4) 80 заболевших на 100 000 населения
- 5) все верно

16. К умеренной заболеваемости населения туберкулезом следует отнести показатель при выявлении:

- 1) 100 заболевших на 100 000 населения
- 2) 30-50 заболевших на 100 000 населения
- 3) 20 заболевших на 100 000 населения
- 4) 80 заболевших на 100 000 населения
- 5) все верно

17. Очаг туберкулезной инфекции - это:

- 1) больной туберкулезом человек, выделяющий в окружающую среду микобактерии туберкулеза (МБТ)
- 2) больное домашнее животное, выделяющее в окружающую среду МБТ
- 3) жилище больного туберкулезом человека
- 4) предметы, с которыми соприкасался больной туберкулезом человек или животное, выделяющие МБТ
- 5) верно А и Б

18. Бактериовыделитель — это:

- 1) больной активным туберкулезом, у которого микобактерии туберкулеза были обнаружены хотя бы один раз любым методом
- 2) больной, выделявший микобактерии туберкулеза не менее 2 раз
- 3) больной туберкулезом, выделявший микобактерии туберкулеза многократно
- 4) больной туберкулезом, в мокроте которого однократно обнаружены МБТ
- 5) все перечисленные варианты

19. Основным источником туберкулезной инфекции для человека является:

- 1) предметы окружающей среды
- 2) продукты питания
- 3) больной человек бактериовыделитель
- 4) больное животное
- 5) верно В и Г

20. Самым опасным очагом туберкулезной инфекции является тот, в котором проживает больной:

- 1) бактериовыделитель, в мокроте которого МБТ обнаруживаются методом посева
- 2) страдающий фиброзно-кавернозным туберкулезом легких
- 3) страдающий инфильтративным туберкулезом легких с распадом
- 4) бактериовыделитель, МБТ которого выявляются в материале методом микроскопии, а при его посеве рост МБТ обнаруживается на 1 месяце инкубирования
- 5) правильно Б и В

21. Наиболее неблагоприятной по туберкулезу территория является та, где зарегистрировано много:
- 1) больных, страдающих фиброзно-кавернозным туберкулезом легких
 - 2) очагов туберкулезной инфекции
 - 3) бактериовыделителей, в мокроте которых МБТ обнаружены микроскопически, а при её посеве рост колоний обнаружен на 1 месяце инкубирования
 - 4) правильны все ответы
 - 5) правильно А и В
22. Самый частый путь заражения туберкулезной инфекцией — это:
- 1) воздушно-капельный
 - 2) с пищевыми продуктами
 - 3) контактный (через поврежденную кожу и слизистую)
 - 4) трансплацентарный
 - 5) ятрогенный (при медицинских манипуляциях)
23. Условия передачи туберкулезной инфекции прерываются или становятся более затруднительными при:
- 1) госпитализации бациллярного больного в стационар до стойкого прекращения бактериовыделения
 - 2) предоставлении больному в семье отдельной комнаты
 - 3) строгом соблюдении правил личной гигиены при пользовании предметами домашнего обихода (посуда, белье и т. д.)
 - 4) направление больного в санаторий
 - 5) все ответы верны
24. Угрожаемый по туберкулезу контингент населения дифференцируется по:
- 1) возрастному и половому признаку
 - 2) генетическому признаку (ближайшие родственники)
 - 3) иммунологическому признаку
 - 4) сопутствующим заболеваниям, а также по признаку социальной дезадаптации (мигранты, бомжи, заключенные)
 - 5) все ответы верны
25. Наибольший риск заражения туберкулезной инфекцией имеет место у:
- 1) грудных детей и детей до 3-х лет жизни
 - 2) подростков
 - 3) лиц молодого возраста
 - 4) лиц старшего возраста
 - 5) пожилых и лиц старческого возраста
26. Риск заболеть туберкулезом повышается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:
- 1) диабета, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки
 - 2) пороков развития легких
 - 3) злокачественных новообразований легких и других органов
 - 4) первичных и вторичных иммунодефицитов, вызванных различными причинами
 - 5) гипертонической болезни
27. У человека, перенесшего ранее туберкулез и имеющего остаточные рентгенологические изменения (архи3), риск заболеть туберкулезом по сравнению с прочим населением выше:
- 1) в 2 раза

- 2) в 3 раза
- 3) в 5-10 раз
- 4) в 50 раз
- 5) нет риска

28. О распространенности туберкулеза свидетельствуют такие показатели, как:

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

29. 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

30. 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

31. 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

32. 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%

33. Сроки диспансерного наблюдения лиц «0» группы:

- 1) 6 мес.
- 2) 4 мес.
- 3) 1 год
- 4) не наблюдаются
- 5) 3 мес.

34. 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
35. Сроки диспансерного наблюдения детей в «У!» группе диспансерного учета:
- 1) 3 мес.
 - 2) 4 мес.
 - 3) 6 мес.
 - 4) 1 год
 - 5) 2 года
36. Направлению в тубдиспансер подлежат дети с:
- 1) выражением тубпроб
 - 2) гиперпробой на туберкулин
 - 3) нарастанием чувствительности к туберкулину на 6 мм и более
 - 4) из контакта с больным туберкулезом
 - 5) все верно
37. 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
38. "Случай туберкулеза", по критериям ВОЗ - это
- 1) хроническое заболевание, сопровождающееся рецидивирующим 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
39. 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
40. Туберкулез у взрослых чаще всего выявляется:

- 1) по обращаемости за медицинской помощью
- 2) при массовой флюорографии населения
- 3) с помощью туберкулинодиагностики
- 4) при биопсии во время инструментального исследования или операции
- 5) при секционном исследовании умерших

41. Основными методами выявления туберкулеза у детей являются:

- 1) массовая туберкулинодиагностика
- 2) флюорография
- 3) обследование на туберкулез групп риска
- 4) обследование на туберкулез детей, обратившихся в поликлинику
- 5) все ответы верны

42. Ведущий метод выявления туберкулеза у подростков — это:

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

43. 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

44. 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

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

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

46. 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

47.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

48. 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

49. 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

50.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

51.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

52.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

53.Проведение массовой туберкулинодиагностики осуществляется:

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

54. Причинами несвоевременного выявления туберкулеза являются:

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

55. Для проведения противотуберкулезной вакцинации диспансер осуществляет:

- 1) подготовку врачей и медицинских сестер по вакцинации
- 2) методическое руководство и инструктирование
- 3) контроль за вакцинацией и ревакцинацией в очагах туберкулезной инфекции
- 4) изоляцию бактериовыделителей на период формирования поствакцинального иммунитета
- 5) все перечисленное

56. Оптимальной температурой режима хранения вакцины БЦЖ:

- 1) 20°C
- 2) 2°C
- 3) 4°C
- 4) 0°C
- 5) 5 C

57. Вакцины БЦЖ вводятся:

- 1) внутрь и интраназально
- 2) внутримышечно
- 3) накожно
- 4) подкожно
- 5) внутрикожно

58. Вакцинация и ревакцинация БЦЖ осуществляется

- 1) работниками общей медицинской сети
- 2) работниками СЭС
- 3) врачами фтизиопедиатрами
- 4) врачами фтизиатрами
- 5) все верно

59. Проведение массовой туберкулинодиагностики осуществляется:

- 1) общей педиатрической сетью
- 2) противотуберкулезным диспансером
- 3) противотуберкулезным стационаром
- 4) санитарно-эпидемиологической службой
- 5) все верно

60. Вакцина БЦЖ:

- 1) должна обладать иммуногенностью
- 2) должна быть стабильна при хранении
- 3) должна быть авирулентной
- 4) должна быть стерильна

5) соответствовать всем перечисленным требованиям

61. 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

62. 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

63. 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

64. Вакцина БЦЖ – это:

- 1) живые МБТ
- 2) убитые МБТ
- 3) живые, но ослабленные микобактерии вакцинного штамма
- 4) аллергены
- 5) генно-инженерный препарат

65. Вакцина БЦЖ

- 1) должна обладать иммуногенностью
- 2) должна быть стабильна при хранении
- 3) должна быть авирулентной
- 4) не вызывать заболевания
- 5) соответствовать всем перечисленным требованиям

66. Абсолютные противопоказания к ревакцинации БЦЖ:

- 1) острые заболевания
- 2) хронические заболевания
- 3) карантин
- 4) инфицирование ребенка МБТ
- 5) туберкулез у родственников в анамнезе

67. Поствакцинальный рубчик свидетельствует о:

- 1) эффективности лечения
- 2) сформировавшемся иммунитете

- 3) выздоровлении ребенка
- 4) инфицировании МБТ
- 5) осложнении на прививку

68. Место введения вакцины БЦЖ:

- 1) подлопаточная область
- 2) область живота
- 3) верхняя треть плеча
- 4) граница верхней и средней трети плеча
- 5) середина предплечья

69. После правильно проведенной вакцинации и ревакцинации БЦЖ на коже остается:

- 1) пятно
- 2) рубец
- 3) звездчатый рубец
- 4) келоидный рубец
- 5) пигментное пятно

70. Оптимальный размер рубца:

- 1) 1-3 мм
- 2) 3-5 мм
- 3) 5-8 мм
- 4) 8-10 мм
- 5) 10-15 мм

71. Рубец после вакцинации у новорожденных к 1 году формируется у:

- 1) 20%
- 2) 30%
- 3) 85%
- 4) 95%
- 5) 100%

72. С вакциной БЦЖ ребенок получает микробных тел:

- 1) 300 000
- 2) 500 000-1500 000
- 3) 3 000 000
- 4) 500 000
- 5) более 3млн.

73. Вакцинация БЦЖ проводится:

- 1) в роддоме
- 2) в детском саду
- 3) в поликлинике
- 4) на дому
- 5) в тубдиспансере

74. С вакциной БЦЖ-М ребенок получает микробных тел:

- 1) 300 000
- 2) 1 000 000

- 3) 500 000-750 000
- 4) более 1млн.
- 5) до 500 000

75.Вакцина БЦЖ:

- 1) должна обладать иммуногенностью
- 2) должна быть стабильна при хранении
- 3) должна быть авирулентной
- 4) должна быть стерильна
- 5) соответствовать всем перечисленным требованиям

76. Язва считается осложнением :

- 1) когда она появляется после 5 мес. от прививки
- 2) когда не заживает больше 3 месяцев
- 3) при диаметре больше 10 мм.
- 4) когда не заживает больше 6 мес.
- 5)) при диаметре больше 5 мм.

77. Вакцинация БЦЖ проводится:

- 1) постовой медсестрой
- 2) врачом-педиатром
- 3) фтизиопедиатром
- 4) неонатологом
- 5) специально обученной медсестрой

78. Вакцинация БЦЖ здоровых новорожденных проводится:

- 1) на 5-7-й день жизни
- 2) на 1-е сутки жизни
- 3) на 3-7е сутки жизни
- 4) на 10-12-й день жизни
- 5) на 1-м месяце жизни

79.Доза вводимой вакцины составляет:

- 1) 0,5мл.
- 2) 1,0 мл.
- 3) 0,1 мл.
- 4) 0,01 мл
- 5) 0,2мл.

81. Основное показание к проведению ревакцинации БЦЖ – это:

- 1) положительная реакция Манту с 2 ТЕ
- 2) отрицательная реакция Манту с 2 ТЕ
- 3) сомнительная реакция Манту с 2 ТЕ
- 4) контакт с больным туберкулезом
- 5) отсутствие туберкулеза

83. Отличие вакцины БЦЖ от БЦЖ-М:

- 1) в дозе препарата
- 2) в количестве живых микробных тел

- 3) в приготовлении вакцины
- 4) способе введения
- 5) месте введения

84. Ревакцинация БЦЖ проводится в:

- 1) 6-7 лет
- 2) каждые 7 лет
- 3) в 5, 10, 15 лет
- 4) в 7,14 лет
- 5) зависит от эпидситуации

85. Длительность хранения открытой вакцины БЦЖ должна быть не более:

- 1) 3 часов
- 2) 5 часов
- 3) 8 часов
- 4) одних суток
- 5) 4 часов

86. Поствакцинальный знак формируется:

- 1) на 3-м месяце
- 2) на 6-м месяце
- 3) к 1-му году
- 4) ко 2-му году
- 5) к 3-м годам

87. При проведении у детей вакцинации БЦЖ необходима предварительная постановка реакции Манту с 2 ТЕ, начиная:

- 1) с 1-го месяца жизни
- 2) со 2-го месяца жизни
- 3) с 3-го месяца жизни
- 4) с 6-го месяца жизни
- 5) с 5-го месяца жизни

88. Ревакцинация БЦЖ проводится:

- 1) при сомнительной реакции Манту с 2 ТЕ
- 2) при положительной реакции Манту с 2 ТЕ
- 3) при отрицательной реакции Манту с 2 ТЕ
- 4) при отрицательном диаскинтесте
- 5) при отрицат. квантифероновом тесте

89. Профилактика бывает:

- 1) санитарной
- б) социальной
- 3) специфической
- 4) неспецифической
- д) все верно

90. Иммуитет после вакцинации БЦЖ держится:

- 1) 5 лет

- 2) 7 лет
- 3) 12 лет
- 4) 15 лет
- 5) более 15 лет

91. После вакцинации БЦЖ при наличии в семье больного туберкулезом ребенок изолируется:

- 1) на 1 месяца
- 2) на 2 месяца
- 3) на 5 месяцев
- 4) на 1 год
- 5) до выздоровления больного

92. Для химиопрофилактики используется:

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

93. О распространенности туберкулеза свидетельствуют такие показатели:

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

94. 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

95. 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

96. 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.

97. 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

98. 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

99. Бактериовыделитель - это

- 1) больной активным туберкулезом, у которого микобактерии туберкулеза были обнаружены хотя бы один раз любым методом
- 2) больной, выделявший микобактерии туберкулеза не менее 2 раз
- 3) больной туберкулезом, выделяющий микобактерии всеми лабораторными методами исследования
- 4) все перечисленные варианты

100. 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

101. Факт временной утраты трудоспособности устанавливает

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

102. 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

103. 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

104. Микобактерии могут попасть в организм следующим путем:

- 1) алиментарным

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

105). Предрасполагают к заболеванию туберкулезом:

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

106) Возбудитель туберкулеза был открыт:

- 1. Гиппократом
- 2. А. Гоном
- 3. Р. Лаэннеком
- 4. Р. Кохом
- 5. А. Кальметтом

107) Роберту Коху принадлежат достижения:

- 1)открытие возбудителя туберкулеза и создание туберкулина
- 2)открытие возбудителя туберкулеза и противотуберкулезных препаратов
- 3)создание противотуберкулезной вакцины
- 4) открытие возбудителя туберкулеза и создание противотуберкулезной вакцины

108) Предложил чахотку называть туберкулезом:

- 1)Гон
- 2) Лаэннек
- 3)Р. Кальметт
- 4)К. Пирке
- 5) Ш. Манту

109) Понятие «аллергия» ввел:

- 1)Р.Кох
- 2)Р. Лаэннек
- 3)А. Кальметт
- 4)У. Герен
- 5)К. Пирке

110. Предложил использовать кожную пробу с туберкулином для выявления инфицированных людей:

- А. Гон
- Р. Лаэннек
- Р. Кальметт
- К. Пирке
- Ш. Манту

111. Впервые описал обызвествленный первичный туберкулезный очаг:

- Р.Кох

Р. Лазннек
А. Кальметт
А. Гон

У. Герен

112. Первый противотуберкулезный препарат получил:

1. Р. Кох
2. У. Герен
3. С.Я. Ваксман
4. Л.А. Тарасевич
5. А.И. Каграманов

113. Первым противотуберкулезным препаратом является:

изониазид
стрептомицин
рифампицин
ПАСК
Пиразинамид

114. Основателем туберкулинодиагностики является:

1. Р.Кох
2. У. Герен
3. С.Я. Ваксман
4. Л.А. Тарасевич
5. К. Пирке

115. Внутривакцинация в России осуществляется:

1. с 1925 года
2. с 1928 года
3. с 1968 года
4. с 1972 года
5. с 1984 года

116. Противотуберкулезная вакцина создана учеными:

1. А. Кальметтом
2. У.Гереном
3. К. Пирке
4. А. Кальметтом и У.Гереном
5. А. Кальметтом и К. Пирке

117. Вакцина БЦЖ впервые была применена ребенку возраста:

1. новорожденному
2. младшего школьного
3. дошкольного
4. младшего школьного
5. подросткового

118. Благотворительным днем по борьбе с туберкулезом называется:

1. день «Белого халата»
2. день «Белой ромашки»
3. день «Красного мака»

4. день «Белых журавлей»
5. день «Красной розы»

119. День «Белой ромашки» проводится:

1. 3 апреля
2. 14 апреля
3. 24 апреля
4. 4 мая
5. 24 мая

120. Возбудитель туберкулеза принадлежит к роду:

1. *Mycobacterium*
2. *Bacillus*
3. *Clotridium*
4. *Candida*
5. *Intractillularis*

121. К группе *Mycobacterium tuberculosis complex* относятся виды микобактерий::

1. *M.tuberculosis*, *M.bovis*
2. *M.tuberculosis*, *M.bovis*, *M.africanum*
3. *M.tuberculosis*, *M.bovis*, *M.africanum*, *M. microti*
4. *M.tuberculosis*, *M.bovis*, *M.africanum*, *M. avium*
5. *M.tuberculosis*, *M.bovis*, *M.africanum*, *M. microti*, *M.canetti*

122. *M. tuberculosis* является причиной заболеваний туберкулезом человека в:

1. 25% случаев
2. 50% случаев
3. 75% случаев
4. 95% случаев
5. 99% случаев

123. В 95% случаев причиной заболевания туберкулезом является возбудитель:

1. *M.tuberculosis* и *M.bovis*
2. *M.tuberculosis*
3. *M.bovis*
4. *M.africanum*
5. *M.tuberculosis* и *M.africanum*

124. Микобактерии туберкулеза имеют следующие морфологические свойства:

1. Тонкие прямые или слегка изогнутые палочки, неподвижны, не образуют эндоспор, капсул
2. Слегка изогнутые палочки, неподвижные, образуют эндоспоры, не образуют капсул
3. Тонкие или слегка изогнутые палочки, подвижные, не образуют эндоспор, капсул
4. Тонкие или слегка изогнутые палочки, подвижные, не образуют эндоспор, образуют капсулы
5. Тонкие прямые палочки, неподвижные, не образуют эндоспор, образуют капсулы

125. Микобактерии туберкулеза образуют:

1. клеточную стенку
2. капсулу

3. конидии
4. экзотоксины
5. споры

126. Окраска по Циль-Нильсену основана на свойстве микобактерий туберкулеза:

1. устойчивости к спиртам
2. устойчивости к кислотам
3. устойчивости к щелочам
4. чувствительности к УФ-облучению
5. чувствительности к раствору хлорной извести

127. Кислото-устойчивость микобактерий туберкулеза обусловлена биохимическими компонентами:

1. полисахаридами
2. липидами
3. туберкулопротеинами
4. липидами и полисахаридами
5. туберкулопротеинами и липидами

128. Спирто- устойчивость микобактерий туберкулеза обусловлена биохимическими компонентами:

1. полисахаридами
2. липидами
3. туберкулопротеинами
4. липидами и полисахаридами
5. туберкулопротеинами и липидами

129. Щелочеустойчивость микобактерий туберкулеза обусловлена биохимическими компонентами:

1. полисахаридами
2. липидами
3. туберкулопротеинами
4. липидами и полисахаридами
5. туберкулопротеинами и липидами

130. Патогенность микобактерий туберкулеза обусловлена биохимическими компонентами:

1. полисахаридами
2. липидами
3. туберкулопротеинами
4. липидами и полисахаридами
5. туберкулопротеинами и липидами

131. Антигенные свойства микобактерий туберкулеза обусловлены биохимическими компонентами:

1. полисахаридами
2. липидами
3. туберкулопротеинами
4. липидами и полисахаридами
5. туберкулопротеинами и липидами

132. Вирулентность микобактерий туберкулеза обусловлена биохимическими компонентами:

1. полисахаридами
2. липидами

3. туберкулопротеинами
 4. липидами и полисахаридами
 5. туберкулопротеинами и липидами
133. Антигенные свойства микобактерий туберкулеза обусловлены биохимическими компонентами:
1. полисахаридами
 2. липидами
 3. туберкулопротеинами
 4. липидами и полисахаридами
 5. туберкулопротеинами и липидами
134. Образование гранулемы происходит обусловлены биохимическими компонентами:
1. полисахаридами
 2. липидами
 3. туберкулопротеинами
 4. липидами и полисахаридами
 5. туберкулопротеинами и липидами
135. Микобактерии туберкулеза чувствительны к:
1. спиртам , щелочам, раствору хлорной извести
 2. кислотам, щелочам, УФ-свету
 3. УФ-свету, кипячению, спиртам, кислотам
 4. УФ-свету, кипячению, спиртам, раствору хлорамина
 5. УФ-свету, раствору хлорамина, раствору хлорной извести
136. В уличной пыли микобактерии туберкулеза сохраняются в течение:
1. 12 часов
 2. 1 суток
 3. 3 суток
 4. 10 дней
 5. 2 месяцев
137. Микобактерии туберкулеза наиболее чувствительны к:
1. Кипячению
 2. обработке спиртом
 3. действию сухого жара
 4. солнечному свету
 5. УФ-облучению
138. Микобактерии туберкулеза устойчивы к:
1. кипячению
 2. действию щелочей
 3. обработке хлорсодержащими растворами
 4. обработке формалином
 5. действию сухого жара
139. Микобактерии туберкулеза устойчивы к действию:
1. Раствору хлорной извести

2. Раствору хлорамина
3. Кипячению
4. Действию формалина
5. УФ-свету

140. В результате изменчивости микобактерии туберкулеза могут переходить в следующие морфологические формы:

1. нитевидные, зернистые, кокковидные, вибрионы, L-формы
2. нитевидные, зернистые, жгутиковые, мицелиоподобные, L-формы
3. нитевидные, зернистые, кокковидные, мицелиоподобные, L-формы
4. нитевидные, зернистые, кокковидные, спираиллы, мицелиоподобные
5. нитевидные, зернистые, мицелиоподобные, вибрионы, L-формы

141. L-формы микобактерий туберкулеза характеризуются:

1. сниженным уровнем метаболизма, ослабленной вирулентностью, размножением путем почкования
2. сохранным уровнем метаболизма, ослабленной вирулентностью, размножением путем поперечного деления
3. сохранным уровнем метаболизма, ослабленной вирулентностью, размножением путем почкования
4. сохранным уровнем метаболизма, сохранный вирулентностью, размножением путем почкования
5. сниженным уровнем метаболизма, ослабленной вирулентностью, размножением путем поперечного деления

142. Ослабленной вирулентностью характеризуются следующие формы микобактерий:

1. зернистые
2. мицелиоподобные
3. кокковидные
4. L-формы
5. нитевидные

143. Наиболее сниженным уровнем метаболизма характеризуются следующие формы микобактерий:

1. зернистые
2. мицелиоподобные
3. L-формы
4. кокковидные
5. нитевидные

144. Заражение экспериментальных животных L-формами микобактерий туберкулеза сопровождается у них:

1. образованием специфических гранул, склонных к самозаживлению
2. неспецифическими воспалительными реакциями
3. неспецифическими и параспецифическими воспалительными реакциями
4. образованием специфических гранул, склонных к некрозу

5. образованием специфических гранул и параспецифическими воспалительными реакциями

145. Через бактериальные фильтры проходят следующие формы микобактерий туберкулеза:

типичные в виде палочек

мицелиоподобные

L-формы

Зернистые

Фильтрующиеся

146. Наиболее упрощенной структурой характеризуются следующие формы микобактерий туберкулеза:

1. зернистые

2. мицелиоподобные

3. фильтрующиеся

4. L-формы

5. зернистые

147. При посеве на твердые питательные среды рост МБТ появляется через:

1. 3 дня

2. 7 дней

3. 10-12 дней

4. 2-4 недели

5. 6 недель

148. Используются следующие твердые питательные среды для выявления микобактерий туберкулеза:

1. Левенштейна-Йенсена, Гельбера, Школьниковой, Финна-П

2. Школьниковой, Финна-П, Эндо, Петроньяни

3. Левенштейна-Йенсена, Огавы, Школьниковой, Левина

4. Левенштейна-Йенсена, Петроньяни, глюкозо-кровяной агар, Левина

5. Левенштейна-Йенсена, Огавы, Школьниковой, Версена

149. При посеве на жидкие питательные среды методом ВАСТЕС рост микобактерий туберкулеза появляется через:

1. 3 дня

2. 7 дней

3. 10-12 дней

4. 2-4 недели

5. 6 недель

150. На жидких питательных средах вырастают колонии микобактерий туберкулеза в виде:

1. нитей

2. пленки

3. воронки

4. кос

5. цветной капусты

151. Окончательная идентификация микобактерий туберкулеза при посеве на твердые питательные среды возможна через:

1. 10-12 дней
2. 2-4 недели
3. 1 месяц
4. 40-42 дня
5. 2,5-3 месяца

152. Окончательная идентификация микобактерий туберкулеза при посеве на жидкие питательные среды методом ВАСТЕС возможна через:

1. 10-12 дней
2. 2-4 недели
3. 1 месяц
4. 40-42 дня
5. 2,5-3 месяца

153. Оптимальная температура для роста микобактерий туберкулеза:

1. 36-37
2. 37-38
3. 36-38
4. 38-39
5. 37-39

154. Из животных чаще источником заболевания туберкулезом для человека являются:

1. Крысы
2. Собаки
3. Кролики
4. Свиньи
5. Крупный и мелкий рогатый скот

155. Источником заболевания туберкулезом могут быть:

1. Больные туберкулезом люди, выделяющие микобактерии туберкулеза и инфицированные туберкулезом люди
2. Больные туберкулезом люди, выделяющие микобактерии туберкулеза; больные животные, выделяющие микобактерии туберкулеза
3. Только больные туберкулезом люди, выделяющие микобактерии туберкулеза
4. Больные туберкулезом люди, выделяющие микобактерии туберкулеза, инфицированные туберкулезом люди, больные туберкулезом животные, выделяющие микобактерии туберкулеза и инфицированные туберкулезом животные
5. Все инфицированные туберкулезом люди, все инфицированные туберкулезом животные

156. Чаще всего источником заболевания туберкулезом являются:

1. Все инфицированные микобактериями туберкулезом лица
2. Инфицированные микобактериями туберкулезом лица в инкубационном периоде
3. Носители микобактерий туберкулеза
4. Больные туберкулезом люди, выделяющие микобактерии туберкулеза

5. Перенесшие туберкулез лица с наличием у них сформированных остаточных посттуберкулезных изменений
157. Пути передачи туберкулеза являются:
1. аэрогенный, гематогенный, контактный, внутриутробный
 2. аэрогенный, алиментарный, гематогенный, контактный
 3. аэрогенный, алиментарный, гематогенный, трансмиссионный
 4. аэрогенный, алиментарный, контактный, внутриутробный
 5. аэрогенный, алиментарный, половой, внутриутробный
158. Основным путем инфицирования микобактериями туберкулеза является:
1. воздушно-капельный
 2. воздушно-пылевой
 3. гематогенный
 4. контактный
 5. алиментарный
159. Алиментарный путь заражения наиболее характерен при заражении видом микобактерий:
1. *M.tuberculosis*
 2. *M.bovis*
 3. *M.africanum*
 4. *M. Microti*
 5. *M.canetti*
160. Различают следующие виды туберкулезных контактов:
1. семейный, родственный, квартирный, учебный, случайный
 2. семейный, родственный, производственный, учебный, случайный
 3. семейный, коммунальный, коллективный, случайный, периодический
 4. семейный, родственный, коммунальный, производственный, учебный
 5. семейный, родственный, квартирный, производственный, случайный
161. Чаще всего инфицирование микобактериями туберкулеза происходит в условиях следующего контакта:
1. семейного
 2. родственного
 3. квартирного
 4. производственного
 5. случайного
162. Входными воротами для микобактерий туберкулеза являются
1. слизистая верхних и нижних дыхательных путей
 2. слизистая верхних дыхательных путей, кишечника, кожа
 3. слизистая верхних дыхательных путей, кишечника, поврежденная кожа
 4. слизистая нижних дыхательных путей, кишечника
 5. слизистая нижних дыхательных путей, поврежденная кожа
163. Наиболее часто входными воротами для микобактерий туберкулеза являются:

1. слизистая верхних и нижних дыхательных путей
2. слизистая верхних дыхательных путей
3. слизистая нижних дыхательных путей
4. слизистая кишечника
5. поврежденная кожа

164. Основная защитная роль в патогенезе туберкулеза принадлежит развитию аллергической реакции:

1. немедленного типа
2. гуморального цитотоксического типа
3. опосредованной иммунными комплексами
4. клеточно-опосредованной гиперчувствительности
5. опосредованной иммунными комплексами и клеточно-опосредованной гиперчувствительности

165. Ведущая роль в механизме сопротивляемости организма туберкулезу принадлежит:

1. В- лимфоцитам
2. макрофагам и Т-лимфоцитам
3. Т-лимфоцитам
4. комплементу, интерферону
5. В – лимфоцитам и интерферону

166. При первичном инфицировании первое взаимодействие микобактерий туберкулеза происходит с:

1. Т-лимфоцитами
2. В-лимфоцитами
3. макрофагами
4. лейкоцитами
5. гуморальными факторами резистентности

167. Микобактерии туберкулеза при взаимодействии с макрофагами как правило:

1. только фиксируются на клеточной мембране макрофага
2. полностью подвергаются фагоцитозу
3. некоторое время сохраняют жизнеспособность, впоследствии подвергаются фагоцитозу
4. не взаимодействуют с макрофагами
5. сохраняют жизнеспособность и размножаются при высокой вирулентности

168. Макрофаги, фагоцитировавшие микобактерии туберкулеза, при разрушении выделяют медиаторы, которые активируют:

1. только Т-лимфоциты
2. только В-лимфоциты
3. Т и В – лимфоциты
4. фибробласты
5. Т-лимфоциты и фибробласты

169. Тормозит образование фаголизосом в макрофагах биохимический компонент микобактерий туберкулеза:

1. туберкулопротеины низкой массы
2. туберкулопротеины высокой массы

3. полисахариды
4. фосфолипиды
5. корд-фактор

170. Туберкулин представляет собой:

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

171. Активной частью туберкулина является:

1. микробные тела
2. туберкулопротеины
3. полисахариды
4. фосфолипиды
5. корд-фактор

172. Позволяет выявлять уровень поствакцинального иммунитета иммунологические пробы:

1. только проба Манту с 2ТЕ
2. только диаскинтест
3. только квантифероновый тест
4. проба Манту с 2ТЕ и тубинфероновый тест
5. диаскинтест и квантифероновый тест

173. Постановка пробы Манту с 2 ТЕ в массовом порядке показана:

1. Всем привитым вакциной БЦЖ здоровым детям с 5 лет один раз в год и непривитым вакциной БЦЖ здоровым детям с 1 года один раз в год
2. всем здоровым детям с 1 года один раз в год
3. непривитым вакциной БЦЖ здоровым детям с 6 месяцев каждые 6 месяцев, привитым вакциной БЦЖ здоровым детям – с 1 года один раз в год
4. непривитым вакциной БЦЖ здоровым детям с 6 месяцев один раз в год, привитым вакциной БЦЖ здоровым детям с 1 года один раз в год
5. привитым вакциной БЦЖ здоровым доношенным детям с 1 года один раз в год, всем недоношенным детям с 6 месяцев каждые 6 месяцев

174. В массовом порядке для выявления первичного инфицирования показана следующая иммунологическая проба:

1. проба Манту с 2ТЕ
2. диаскинтест
3. квантифероновый тест
4. тубинфероновый тест
5. ИФА с туберкулином

175. Абсолютным противопоказанием к постановке пробы Манту с 2 ТЕ является:

1. острые инфекционные заболевания
2. аллергические заболевания в стадию обострения
3. инфицирование МБТ
4. заболевание туберкулезом
5. идиосинкразия к туберкулину

176. Вираж – это:

1. только переход от отрицательной чувствительности к туберкулину к положительной
2. переход от отрицательной и сомнительной чувствительности к туберкулину к положительной
3. переход от отрицательной чувствительности к туберкулину к положительной и резкое ее нарастание (на 6 мм и более в год)
4. переход от отрицательной и сомнительной чувствительности к туберкулину к положительной и резкое ее нарастание (на 6 мм и более в год)
5. переход от отрицательной к туберкулину к положительной и резкое ее нарастание до гиперергической

177. Абсолютным критерием инфицирования микобактериями туберкулеза являются:

1. выявление положительной туберкулиновой пробы у ребенка, невакцинированного против туберкулеза
2. нарастание на 6 мм и более папулы Манту с 2 ТЕ по сравнению с предыдущим годом
3. гиперергическая чувствительность к туберкулину
4. появление впервые положительной пробы Манту с 2 ТЕ после предыдущей отрицательной
5. наличие кальцинатов в органах грудной клетки

178. У детей с поствакцинальной аллергией выраженность иммунологических проб следующая:

1. отрицательная или нормергическая проба Манту с 2ТЕ, нормергический диаскинтест
2. отрицательная или нормергическая проба Манту с 2ТЕ, отрицательный диаскинтест
3. отрицательная или нормергическая проба Манту с 2ТЕ, отрицательный или нормергический диаскинтест
4. только отрицательная проба Манту с 2ТЕ, отрицательный диаскинтест
5. только нормергическая проба Манту с 2ТЕ, нормергический диаскинтест

179. ответ на введение туберкулина в организм пациента может развиваться:

1. развитие заболевания туберкулезом
2. обострение туберкулезного процесса
3. инфицирование микобактериями туберкулеза
4. местная, очаговая и общая реакции
5. сердечная недостаточность

180. Положительная реакция на туберкулин развивается вследствие:

1. только инфицирования микобактериями туберкулеза

2. инфицирования микобактериями туберкулеза и атипичными микобактериями
3. только иммунизации против туберкулеза
4. инфицирования атипичными микобактериями туберкулеза и иммунизации против туберкулеза
5. инфицирования микобактериями туберкулеза и иммунизации против туберкулеза

181. Положительная реакция на пробу диаскинтест развивается вследствие:

1. поствакцинального иммунитета и инфицирования микобактериями туберкулеза
2. инфицирования типичными и атипичными микобактериями туберкулеза
3. инфицирования микобактериями туберкулеза при их высокой вирулентности и активного размножения
4. инфицирования микобактериями туберкулеза и осложненного течения вакцинации БЦЖ
5. инфицирования микобактериями туберкулеза только человеческого вида.

182. Гиперергическая чувствительность к туберкулину может развиваться вследствие:

1. высокой активности туберкулезной инфекции и наличии неспецифических факторов, усиливающих чувствительность к туберкулину
2. только в случае высокой активности туберкулезной инфекции
3. только при наличии факторов, усиливающих чувствительность к туберкулину
4. резкого снижения иммунитета
5. во всех случаях инфицирования микобактериями туберкулеза

183. Гиперергическая чувствительность пробы диаскинтест может быть обусловлена:

1. высокой активностью туберкулезной инфекции и наличием неспецифических факторов, усиливающих чувствительность к туберкулину
2. только в случае высокой активности туберкулезной инфекции
3. только при наличии факторов, усиливающих чувствительность к туберкулину
4. резким снижением иммунитета
5. во всех случаях инфицирования микобактериями туберкулеза

184. Иммунобиологическая перестройка организма наиболее интенсивно происходит в период:

1. в течение первого месяца после установления факта инфицирования МБТ
2. в течение первых трех месяцев после установления факта инфицирования МБТ
3. в течение первых шести месяцев после установления факта инфицирования МБТ
4. в течение первого года после установления факта инфицирования МБТ
5. в течение первых пяти лет после установления факта инфицирования МБТ

185. Сенсibilизацию организма к микобактериям туберкулеза можно выявить с помощью:

1. туберкулиновых проб, биохимического анализа крови
2. туберкулиновых проб, рентгенологического обследования
3. туберкулиновых проб, диаскинтеста, иммунологических исследований крови
4. туберкулиновых проб, диаскинтеста, полимеразной цепной реакции
5. туберкулиновых проб, диаскинтеста, метода ВАСТЕС

186. Туберкулиновые пробы выявляют:

1. только активность туберкулезной инфекции в организме
2. только выраженность поствакцинального иммунитета

3. только позволяют определить время инфицирования МБТ
4. заболевание туберкулезом
5. выраженность поствакцинального иммунитета, время инфицирования МБТ, активность туберкулезной инфекции в организме

187. Гиперчувствительность замедленного типа позволяют выявить следующие методы:

1. ПЦР
2. ВАСТЕС
3. ИФА
4. туберкулиновые пробы, диаскинтест
5. диаскинтест, ПЦР

188. Ранний период туберкулезной инфекции – это:

1. период до появления виража
2. Период в течение первых шести месяцев после инфицирования МБТ
3. период в течение первого года после инфицирования МБТ
4. период в течение 4-5 лет после инфицирования МБТ
5. период от инфицирования МБТ до развития заболевания туберкулезом

189. Период в течение первого года после инфицирования МБТ – это:

1. преаллергический период
2. период виража
3. инкубационный период
4. период латентной туберкулезной инфекции
5. ранний период туберкулезной инфекции

190. Противотуберкулезный поствакцинальный иммунитет является:

1. абсолютным, постоянным
2. относительным, постоянным
3. абсолютным, временным
4. относительным, временным
5. относительным, постоянным или временным

191. При поствакцинальном иммунитете характерны следующие результаты иммунологических проб:

1. Нормергическая чувствительность к туберкулину, нормергический диаскинтест
2. Нормергическая чувствительность к туберкулину, сомнительный диаскинтест
3. Нормергическая чувствительность к туберкулину, отрицательный диаскинтест
4. Отрицательная чувствительность к туберкулину, нормергический диаскинтест
5. Отрицательная чувствительность к туберкулину, положительный диаскинтест

192. Противотуберкулезный иммунитет после инфицирования микобактериями туберкулеза обычно сохраняется в течение периода:

1. одного года
2. 4-5 лет
3. 5-10 лет
4. 10-15 лет

5. всей жизни

193. Аллергический период туберкулезной инфекции после внедрения МБТ в организм обычно развивается через:

1. 7-10 дней
2. 10-14 дней
3. 2-3 недели
4. 6-8 недель
5. 3 месяца

194. Аллергический период туберкулезной инфекции характеризуется:

1. наличием сомнительных или положительных на туберкулезные аллергены
2. наличием положительных реакций на туберкулезные аллергены
3. наличием гиперергических реакций на туберкулезные аллергены
4. клиническими проявлениями параспецифических реакций
5. развитием заболевания туберкулезом

195. Аллергический период обычно длится:

1. 2 месяца после инфицирования МБТ
2. 1 год после инфицирования МБТ
3. 4-5 лет после инфицирования МБТ
4. 5-10 лет после инфицирования МБТ
5. всю жизнь

196. Наиболее вероятный клинический инкубационный период туберкулеза составляет:

1. 4-6 недель
2. 6-8 недель
3. 6 месяцев
4. 1 год
5. 5 лет

197. Самый короткий клинический инкубационный период туберкулеза составляет:

1. 7-10 дней
2. 12-14 дней
3. 14-15 дней
4. 16-17 дней
5. 14-21 день

198. Самый длинный клинический инкубационный период туберкулеза составляет:

1. 1 год
2. 5 лет
3. 10-15 лет
4. 15-25 лет
5. не ограничен в течение жизни

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

1. 5%

2. 10%
3. 20%
4. 50%
5. 75%

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

1. 5%
2. 10%
3. 20%
4. 50%
5. 75%

201. 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

202. 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

203. 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

204. 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

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

1. легочной
2. бронхов
3. селезенки
4. лимфатических узлов
4. слизистой верхних дыхательных путей

206. После инфицирования микобактериями туберкулеза они обычно сохраняются в организме в течение периода:

1. одного года после выража
2. 4-5 лет после выража
3. в период заболевания
4. в период заболевания и 1 год после него
5. в течение всей жизни инфицированного

207. Наиболее тропная ткань к микобактериям туберкулеза в первичном периоде туберкулеза:

1. слизистая верхних дыхательных путей
2. слизистая бронхов
3. легочная
4. лимфоидная
5. Нервная

208. Наиболее тропная ткань к микобактериям туберкулеза во вторичном периоде туберкулеза:

1. слизистая верхних дыхательных путей
2. слизистая бронхов
3. легочная
4. лимфоидная
5. Нервная

209. В первичном периоде туберкулезной инфекции характерно распространение микобактерий туберкулезом следующими путями:

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

210. Морфологическую основу параспецифических реакций представляют:

1. продуктивно-эпителиоидные бугорки до развития казеозного некроза
2. диффузные и узелковые лимфо-гистиоцитарные инфильтрации, неспецифические васкулиты, фибриноидные некрозы

3. наличие микобактерий в тканях без развития инфильтративных изменений
4. диффузные лейкоцитарно-лимфоцитарные, макрофагальные инфильтрации, развитие неспецифических некрозов
5. специфические васкулиты

211. Клиническими проявлениями параспецифических реакций могут быть:

1. аллергические ринит, бронхит, бронхоаденит, аллергические блефариты и конъюнктивиты
2. аллергических ринит, бронхит, узловатая эритема, гематогенный ретиноваскулит
3. узловатая эритема, аллергические блефариты и конъюнктивиты, гематогенный ретиноваскулит
4. аллергических ринит, бронхит, узловатая эритема, аллергические блефариты и конъюнктивиты
5. аллергических ринит, узловатая эритема, туберкулезная волчанка, аллергические блефариты и конъюнктивиты

212. Наиболее вероятный клинический инкубационный период для развития заболевания туберкулезом составляет:

1. 4-6 недель
2. 6-8 недель
3. 3 месяца
4. 9 месяцев
5. 1 год

213. Риск развития заболевания туберкулезом у инфицированных микобактериями туберкулеза лиц составляет:

1. 3-5%
2. 5-10%
3. 15-20%
4. 25-50%
5. 75-90%

214. Неспецифическая воспалительная инфильтрация трансформируется в специфическое воспаление обычно в течение:

1. 3-4 недели
2. 4-6 недель
3. 1,5-2 месяцев
4. 2-3 месяцев
5. 3-6 месяцев

215. Туберкулез начинается с воспалительной реакции, представленной клетками:

1. сегментоядерными лейкоцитами, лимфоцитами, мононуклеарами
2. лимфоцитами, гистиоцитами, эпителиоидными клетками
3. мононуклеарами, эпителиоидными клетками
4. эпителиоидными клетками, клетками Пирогова-Лангханса
5. эпителиоидными клетками, макрофагами

216. В зависимости от массивности, вирулентности инфекции и

реактивности макроорганизма бугорки могут быть:

1. альтеративными, экссудативными, лимфоцитарными, продуктивными, некротическими
2. альтеративными, лимфоцитарными, лейкоцитарными, продуктивными, эпителиоидно-клеточными, некротическими
3. экссудативными, лимфоцитарными, продуктивными, эпителиоидно-клеточными, некротическими, обызвествленными
4. экссудативными, лимфоцитарными, продуктивными, эпителиоидно-клеточными, некротическими
5. альтернативными, некротическими, инфильтративными, продуктивными, фиброзными

217. Туберкулезный бугорок представлен следующими зонами:

1. казеозного некроза, инфильтрации, уплотнения
2. казеозного некроза, перифокальной реакции, фиброза
3. казеозного некроза, зоны специфического воспаления, фиброза
4. зоны специфического и неспецифического воспаления
5. казеозного некроза, зоны специфического воспаления, зоны неспецифического воспаления

218. Центральной зоной туберкулезного бугорка является:

1. участок обызвествления некротизированной ткани
2. казеозный некроз
3. клетки Пирогова-Лангханса
4. клетки Пирогова-Лангханса и эпителиоидные клетки
5. инфильтративный очаг, предсталенный макрофагами и лимфоцитами

219. Периферической зоной туберкулезного бугорка является:

1. перифокальный фиброз
2. прогрессирующий казеозный некроз
3. клетки Пирогова-Лангханса
4. клетки Пирогова-Лангханса и эпителиоидные клетки
5. зона инфильтрации макрофагами и лимфоцитами

220. Макрофаги возникают из клеток:

1. только из моноцитов крови
2. только из тканевых гистиоцитов
3. только из сегментоядерных лейкоцитов
4. из моноцитов крови и лимфоцитов
5. из моноцитов крови и тканевых гистиоцитов

221. Клетками, окружающие казеозный некроз, являются:

1. клетки Березовского-Штемберга
2. лимфоциты
3. макрофаги
4. клетки Пирогова-Лангханса и эпителиоидные клетки
5. клетки Пирогова-Лангханса и макрофаги

222. Специфическую воспалительную реакцию в организме индуцируют компоненты МБТ:

1. туберкулопротеины
2. липиды
3. туберкулопротеины и липиды
4. полисахариды
5. туберкулопротеины и полисахариды

223. Специфическими для туберкулезной инфекции являются клетки:

1. эпителиоидные
2. многоядерные клетки Пирогова-Лангханса
3. клетки Березовского-Штемберга
4. клетки Абrikосова
5. клетки Гоша

224. Клетки Пирогова-Лангханса – это:

1. одноклеточные клетки , характеризующихся периферическим расположением овальных ядер
2. двуклеточные гигантские клетки , характеризующихся центральным расположением овальных ядер
3. многоядерные гигантские клетки, характеризующихся периферическим расположением гигантских овальных ядер
4. многоядерные гигантские клетки , характеризующихся центральным расположением гигантских овальных ядер
5. многоядерные гигантские клетки , характеризующихся центральным расположением гигантских округлых ядер

225. Клетки Пирогова-Лангханса встречаются при следующих заболеваниях:

1. только туберкулезе
2. туберкулезе и лимфогранулематозе
3. туберкулезе и мононуклеозе
4. туберкулезе и саркоидозе
5. туберкулезе и экзогенном аллергическом альвеолите

226. Клетки Пирогова-Лангханса образуются следующими путями:

1. слиянием эпителиоидных клеток, или делением их ядер, или пролиферацией и слиянием клеток эндотелия капилляров
2. слиянием лимфоцитов, или делением их ядер
3. слиянием сегментоядерных лейкоцитов, или делением их ядер
4. слиянием фибробластов, или делением их ядер
5. слиянием лимфоцитов или фибробластов

227. Альтеративно-экссудативный характер специфического воспаления преобладает при:

1. массивной вирулентной инфекции и высокой сопротивляемости организма
2. массивной вирулентной инфекции и низкой сопротивляемости организма
3. массивной вирулентной инфекции и высокой сенсibilизации организма
4. умеренно вирулентной инфекции и высокой сопротивляемости организма
5. умеренно вирулентной инфекции и низкой сопротивляемости организма

228. Образование специфических туберкулезных изменений характерно в следующих органах:

1. гортани, бронхах, легочной ткани, щитовидной железе, миокарде, почках, печени, селезенке
2. гортани, бронхах, легочной ткани, щитовидной железе, слезной и слюнной железах, печени, селезенке
3. гортани, бронхах, легочной ткани, щитовидной железе, надпочечниках, слезной железе, почках, печени, селезенке
4. гортани, бронхах, легочной ткани, щитовидной железе, надпочечниках, глазах, почках, печени, селезенке

229. В покое у здоровых людей кровотоки в долях легкого:

1. в верхней повышен, в средней – снижается, в нижней – минимальный
2. в верхней повышен, в средней – повышен, в нижней – снижен
3. в верхней – снижен, в средней – повышен, в нижней – максимальный
4. в верхней – снижен, в средней – снижен, в нижней – повышен
5. в верхней – снижен, в средней – повышен, в нижней – снижен

230. В покое у здоровых людей тонус кровеносных сосудов в долях легкого:

1. в верхней повышен, в средней – снижается, в нижней – минимальный
2. в верхней повышен, в средней – повышен, в нижней – снижен
3. в верхней – снижен, в средней – повышен, в нижней – максимальный
4. в верхней – снижен, в средней – снижен, в нижней – повышен
5. в верхней – снижен, в средней – повышен, в нижней – снижен

231. Сурфактант располагается в:

1. только в альвеолах
2. только в альвеолах и альвеолярных ходах
3. только в альвеолах, альвеолярных ходах, респираторных бронхиолах
4. в альвеолах, альвеолярных ходах, респираторных бронхиолах, терминальных бронхиолах
5. в альвеолярных ходах, респираторных бронхиолах, терминальных бронхиолах

232. Величина доли легкого составляет:

1. 1-2 мм
2. 3-5 мм
3. 5-10 мм
4. 1-2 см
5. 3-5 см

233. В правом легком выделяют бронхолегочных сегментов:

1. 7
2. 8
3. 9
4. 10
5. 11

234. Наименьшей анатомо-функциональной структурой легкого является:

1. сегмент
2. субсегмент
3. доля
4. ацинус
5. альвеола

235. В левом легком выделяют бронхолегочных сегментов:

1. 7
2. 8
3. 9
4. 10
5. 11

236. Спонтанное заживление туберкулезного воспаления без применения противотуберкулезных препаратов в первичном периоде туберкулезной инфекции наиболее характерно путем:

1. рассасывания
2. уплотнения
3. фиброза
4. образования каверн
5. обызвествления

237. Заживление туберкулезного воспаления путем рассасывания:

1. возможно в первичном периоде туберкулезной инфекции при самопроизвольном заживлении
2. возможно в первичном и вторичном периоде туберкулезной инфекции при самопроизвольном заживлении
3. возможно в первичном периоде туберкулезной инфекции при условии раннего начала противотуберкулезного лечения
4. возможно во вторичном периоде туберкулезной инфекции при условии раннего начала противотуберкулезного лечения
5. не возможно

238. Заживление туберкулезного воспаления путем обызвествления наиболее характерно:

1. в первичном периоде туберкулезной инфекции при самопроизвольном заживлении
2. во вторичном периоде туберкулезной инфекции при самопроизвольном заживлении
3. в первичном периоде туберкулезной инфекции при раннем начале противотуберкулезного лечения
4. во вторичном периоде туберкулезной инфекции при раннем начале противотуберкулезного лечения
5. не характерно для туберкулеза

239. Очаг Гона – это:

1. сформированный кальцинат после зажившего специфического казеозного воспаления в лимфатическом узле
2. сформированный кальцинат после зажившего специфического казеозного воспаления в легочной ткани после перенесения первичного туберкулезного комплекса
3. зона специфического казеозного воспаления во внутригрудном лимфатическом узле

4. зона специфического казеозного воспаления в легочной ткани
5. зона гиалиноза после специфического воспаления в легочной ткани

240. Сформированный кальцинат после зажившего специфического казеозного воспаления в легочной ткани после перенесения первичного туберкулезного комплекса – это:

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

241. Хронически-текущий первичный туберкулез характеризуется:

1. сохранением активного очага туберкулезного воспаления, гиперергической чувствительностью к туберкулину, склонностью к лимфогематогенной диссеминации
2. сохранением активного очага туберкулезного воспаления, нормергической чувствительностью к туберкулину, склонностью к лимфогематогенной диссеминации
3. сохранением активного очага туберкулезного воспаления, гиперергической чувствительностью к туберкулину, склонностью к бронхогенной диссеминации
4. сохранением активного очага туберкулезного воспаления, нормергической чувствительностью к туберкулину, склонностью к лимфогенной диссеминации
5. сохранением активного очага туберкулезного воспаления, гиперергической чувствительностью к туберкулину, склонностью 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 кадиссеминированного 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, послеродовый, 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. Внутрикожно

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 сенсibilизированных 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. прогрессированию 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 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
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
- 5) 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 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

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 трансбронхиальной 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 сенсibilизированных 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. наочно
4. внутриочно
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. BASTEC 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 виража 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 окрашивании 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 на кожно
- 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 час³) 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. бронхолобулярному 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. Стернальная 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
5. Верно все перечисленное

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

501. Междолевой плеврит можно отчетливо визуализировать с помощью

1. Прямой томографии
2. Прямой рентгенографии
3. Боковой рентгенографии
4. Видеобронхоскопии
5. УЗИ легких

502. При туберкулезе бронхов ведущим клиническим симптомом является

1. повышение температуры тела
2. осиплость голоса
3. выделение мокроты полным ртом
4. сухой упорный кашель
5. боли в межлопаточном пространстве

503. Основным методом диагностики туберкулеза бронхов является

1. исследование мокроты на МБТ
2. КТ органов грудной клетки
3. бронхоскопия с биопсией
4. полимеразная цепная реакция бронхиального содержимого
5. МРТ грудной клетки

504. Туберкулезную этиологию плеврита позволяет заподозрить обнаружение в экссудате

1. хлоридов
2. трансферрина
3. гаптоглобина
4. малонового диальдегида
5. аденозиндезаминазы

505. Туберкулезную каверну от полостной формы рака легкого позволяет отличить:

1. спирография
2. бронхоскопия
3. рентгенография
4. радионуклидное исследование
5. исследование бронхоальвеолярной жидкости на МБТ и опухолевые клетки

506. Первичный туберкулезный комплекс - это

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

507. Пневмоническую фазу первичного туберкулезного комплекса необходимо дифференцировать

- 1) с раком легкого с метастазами в лимфатические узлы легкого
- 2) с острой пневмонией
- 3) с пороком развития легкого
- 4) с эозинофильным инфильтратом

508. Кальцинаты в лимфатических узлах при заживлении первичного туберкулезного комплекса

- 1) формируются всегда
- 2) не формируются
- 3) формируются в порядке исключения
- 4) формируются при выраженном казеозном некрозе

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

- 1) от характера проведенного лечения
- 2) от величины лимфатического узла
- 3) от выраженности казеозного некроза в лимфатическом узле
- 4) от наличия или отсутствия осложнений процесса

510. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов может осложниться

- 1) туберкулезом бронхов и бронхолегочным поражением
- 2) ателектазом
- 3) диссеминацией
- 4) плевритом
- 5) всем перечисленным

511. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов требует проведения дифференциальной диагностики

- 1) с неспецифическим лимфаденитом
- 2) с лимфогранулематозом
- 3) с саркоидозом
- 4) со злокачественной опухолью
- 5) со всем перечисленным

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

- 1) острого
- 2) подострого
- 3) хронического
- 4) рецидивирующего

513. Для острого милиарного туберкулеза легких характерно

- 1) обильное бактериовыделение
- 2) скудное бактериовыделение
- 3) отсутствие бактериовыделения

514. Размер очагов в легких при остром милиарном туберкулезе

- 1) мелкий
- 2) средний
- 3) крупный
- 4) разный

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

- 1) лихорадка, одышка, сильный сухой кашель, рассеянные сухие хрипы в легких

- 2) лихорадка, постепенно нарастающая одышка при отсутствии в легких физикальной симптоматики, тахикардия
- 3) лихорадка, кашель с мокротой, рассеянные сухие и локальные влажные хрипы в легких

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

- 1) внезапного
- 2) постепенного
- 3) малосимптомного

517. Деструктивные изменения в легких при хроническом гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких

- 1) возможны
- 2) имеют место всегда
- 3) не встречаются

518. Клинические проявления заболевания при обнаружении очагового туберкулеза легких чаще

- 1) выраженные
- 2) стертые
- 3) отсутствуют
- 4) правильные ответы 2) и 3)

519. Размеры полости распада при очаговом туберкулезе легких характеризуются

- 1) малыми размерами
- 2) средними размерами
- 3) значительными размерами
- 4) любыми из перечисленных

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

- 1) четкими
- 2) размытыми
- 3) закономерности не выявляется

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

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

522. Облаковидный инфильтрат характеризуется

- 1) клиническими признаками пневмонии
- 2) клиническими симптомами бронхита
- 3) отсутствием клинических проявлений
- 4) болями на стороне поражения
- 5) повышением температуры тела

523. Туберкулезный лобит необходимо дифференцировать

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

524. Основным морфологическим отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является

- 1) большой объем поражения
- 2) преобладание казеозного некроза
- 3) более частый распад
- 4) склонность к бронхогенной диссеминации
- 5) поражение крупных бронхов

525. Казеозная пневмония характеризуется

- 1) скудным выделением МБТ
- 2) обильным выделением МБТ
- 3) редким выделением МБТ
- 4) однократным выделением МБТ

526. Туберкулема легкого представляет собой

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

527. Туберкулемы могут иметь следующий вариант клинического течения

- 1) стационарный
- 2) прогрессирующий
- 3) регрессирующий
- 4) все ответы правильные

528. Туберкулему легкого обычно приходится дифференцировать

- 1) с периферическим раком
- 2) с аспергиллемой
- 3) с ретенционной кистой
- 4) с гамартохондромой
- 5) все ответы правильные

529. Кавернозный туберкулез отличается от фазы распада при других формах туберкулеза

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

530. Распространенность поражения при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких чаще

- 1) не превышает одного сегмента легкого
- 2) не превышает двух сегментов легкого
- 3) не превышает трех сегментов легкого
- 4) захватывает долю легкого и более

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

- 1) клиническое течение заболевания
- 2) рентгенологическая картина легочных изменений
- 3) обнаружение микобактерий туберкулеза

532. Повышает операбельность больных, страдающих фиброзно-кавернозным туберкулезом легких

- 1) предоперационная специфическая химиотерапия
- 2) лечение сопутствующих заболеваний
- 3) лечение хронического "легочного сердца" и дыхательной недостаточности
- 4) применение наряду с резекцией легкого (лобэктомией и пневмонэктомией) торакопластики и кавернотомии
- 5) все перечисленное

533. Туберкулезный плеврит - это воспаление плевры туберкулезной этиологии. Такое определение

- 1) правильно
- 2) неправильно
- 3) неточно

534. В комплекс лечебных мероприятий у больных туберкулезным экссудативным плевритом следует включать

- 1) этиотропные химиопрепараты
- 2) противовоспалительные препараты
- 3) плевральные пункции с эвакуацией экссудата
- 4) все перечисленное

535. Наиболее достоверными критериями для доказательства специфического поражения стенки бронха туберкулезом является

- 1) обнаружение во время эндоскопии локальных изменений (инфильтрации, грануляций, изъязвления)
- 2) обнаружение в материале биопсии микобактерий туберкулеза и клеток эпителиоидно-гигантоклеточной гранулемы
- 3) наличие туберкулезных изменений в легких

536. Ведущий путь проникновения возбудителя в организм ребенка при первичном инфицировании

- 1) алиментарный
- 2) аэрогенный
- 3) трансплацентарный
- 4) контактный

537. Туберкулезную интоксикацию следует дифференцировать со следующими наиболее частыми заболеваниями нетуберкулезной этиологии

- 1) хронической патологией носоглотки, затяжными и хроническими бронхолегочными заболеваниями
- 2) воспалительными заболеваниями печени, желчевыводительных путей, желудочно-кишечного тракта и глистными инвазиями
- 3) воспалительными заболеваниями почек и мочевых путей
- 4) вегето-сосудистой дистонией и эндокринными заболеваниями
- 5) всем перечисленным

538. Основной причиной перехода первичного инфицирования в заболевание туберкулезом является

- 1) массивная суперинфекция
- 2) неблагоприятный преморбидный фон, интеркуррентные заболевания
- 3) возрастная несостоятельность иммунных механизмов и несостоятельность вакцинного иммунитета
- 4) организационные дефекты в выявлении и лечении детей в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции
- 5) все перечисленное

539. Инволюция первичного легочного аффекта характеризуется основными этапами

- 1) рассасыванием перифокального воспаления
- 2) развитием соединительнотканной капсулы вокруг казеозного очага
- 3) полным рассасыванием казеозного центра с образованием рубца
- 4) обезвоживанием казеоза, отложением солей извести, полной кальцинацией очага
- 5) все перечисленное

540. Заживление в регионарных лимфатических узлах происходит

- 1) раньше, чем в легочной ткани
- 2) более медленно с длительным сохранением активности процесса
- 3) возможно и то, и другое
- 4) закономерности нет

541. Наиболее частым исходом первичного туберкулезного комплекса при отсутствии лечения является

- 1) полное рассасывание
- 2) кальцинация во внутригрудных лимфоузлах и образование очага Гона
- 3) образование очага Гона и фиброзной дорожки к корню

542. Внутригрудные лимфатические узлы становятся доступны рентгенологической диагностике

- 1) при наличии перифокального воспаления
- 2) при значительной гиперплазии
- 3) при отложении извести
- 4) при всех перечисленных изменениях

543. По данным рентгенологического обследования можно выделить следующие фазы течения туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов

- 1) фаза инфильтрации
- 2) фаза рассасывания
- 3) фаза уплотнения
- 4) фаза обызвествления
- 5) все перечисленное

544. Рентгенологическими признаками инфильтративной фазы туберкулеза внутригрудных лимфоузлов являются

- 1) увеличение тени корня в размере (как в длину, так и в ширину, ее деформированиб)
- 2) размытость, четкость, полицикличность наружного контура тени корня
- 3) снижение структурности тени корня
- 4) завулированность просвета стволового бронха
- 5) верно все перечисленное

545. Наличие малой формы туберкулеза внутригрудных лимфоузлов в активной фазе можно заподозрить по следующим дополнительным критериям

- 1) наличию умеренных признаков интоксикации и параспецифические реакции
- 2) выражу или нарастанию чувствительности к туберкулину до гиперергической
- 3) воспалительным сдвигам в гемограмме
- 4) величине, форме кальцината, степени кальцинации
- 5) все перечисленное

546. У большинства детей туберкулез внутригрудных лимфоузлов начинается

- 1) остро
- 2) подостро
- 3) мало- или бессимптомно

547. Выраженность клинических проявлений заболевания определяется

- 1) возрастом ребенка
- 2) состоянием естественного иммунитета
- 3) направленностью вакцинного иммунитета
- 4) морфологическим субстратом поражения внутригрудных лимфоузлов
- 5) все перечисленное

548. В зависимости от морфологического характера процесса во внутригрудных лимфоузлах и адекватности проводимой терапии течение заболевания может быть

- 1) гладким с формированием незначительных остаточных изменений
- 2) прогрессирующим с развитием осложнений
- 3) торпидным с переходом в хронически текущий первичный туберкулез
- 4) все перечисленное

549. Подбор исходной комбинации и дозы химиопрепаратов определяется

- 1) фазой специфического процесса
- 2) предполагаемым морфологическим субстратом
- 3) распространенностью изменений во внутригрудных лимфоузлах
- 4) преморбидным фоном и возрастом ребенка
- 5) всем перечисленным

550. К неспецифическим воспалительным и врожденным заболеваниям органов дыхания, с которыми приходится дифференцировать туберкулез внутригрудных лимфоузлов, относятся

- 1) реактивные изменения корней легкого при острых и хронических заболеваниях носоглотки, бронхов, легких
- 2) гиперплазия вилочковой железы, опухоли и кисты средостения
- 3) широкие сосуды средостения (вариант развития)

- 4) системные гранулематозы (саркоидоз) лимфы средостения
- 5) все перечисленные

551. Для верификации системных и злокачественных заболеваний лимфатических узлов обязательным методом диагностики является

- 1) рентгенотомография
- 2) бронхоскопия
- 3) функциональные пробы
- 4) пробная терапия
- 5) биопсия лимфатических узлов

552. При лимфогранулематозе чаще увеличиваются

- 1) лимфоузлы верхнего средостения
- 2) бронхопульмональные лимфоузлы
- 3) медиастинальные лимфоузлы
- 4) все перечисленные

553. Для лимфогранулематоза характерны следующие клинические симптомы

- 1) лихорадка
- 2) системное увеличение лимфоузлов
- 3) острая нарастающая интоксикация
- 4) гепатолиенальный синдром
- 5) все перечисленное

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

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

555. Вспышки хронически текущего процесса могут выражаться

- 1) любым видом бронхолегочных осложнений
- 2) гематогенной генерализацией
- 3) поражением бронхиального дерева
- 4) вовлечением в процесс новых групп внутригрудных лимфоузлов
- 5) всем перечисленным

556. При лечении больных с хронически текущим первичным туберкулезом необходимо учитывать

- 1) длительное существование в организме ребенка казеозно-некротических изменений
- 2) трофические и функциональные изменения в органах и тканях, как следствие длительной интоксикации
- 3) хроническую гипоксию и метаболический ацидоз
- 4) гиперсенситбилизацию организма, в частности, гиперергическую настроенность эндотелия сосудов
- 5) все перечисленное

557. Критерии активности специфического процесса базируются

- 1) на клинических признаках заболевания
- 2) на изменениях при рентгеномографических исследованиях
- 3) лабораторных и биологических критериях
- 4) всем перечисленным

558. Провокационная проба Коха основана

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

559. Основной причиной, способствующей осложненному течению первичного туберкулеза у детей, является

- 1) ранний возраст ребенка
- 2) массивная суперинфекция
- 3) позднее выявление заболевания у невакцинированных БЦЖ детей
- 4) нерациональное лечение, без учета чувствительности микобактерий туберкулеза
- 5) все перечисленное

560. Туберкулез внутригрудных лимфоузлов наиболее часто осложняется

- 1) поражением крупных бронхов
- 2) возникновением ателектаза
- 3) бронхолегочным поражением
- 4) гематогенной и бронхогенной диссеминацией
- 5) распадом легочной ткани

561. В основе развития туберкулеза бронхов лежит

- 1) переход воспалительного процесса с капсулы лимфоузла на перибронхиальную соединительную ткань, а затем на стенку бронха
- 2) проникновение микобактерий туберкулеза в стенку бронха при дыхании
- 3) и то, и другое
- 4) ни то, и ни другое

562. Диагностика туберкулеза бронхов основана

- 1) на клинических критериях
- 2) на лабораторных данных
- 3) на рентгенологическом обследовании
- 4) на иммунологическом обследовании, туберкулинодиагностике
- 5) на инструментальном обследовании

563. Прямыми рентгеномографическими признаками поражения бронхов являются

- 1) сдавление просвета бронха
- 2) обтурация бронха
- 3) сужение бронха

- 4) деформация бронха
- 5) все перечисленное

564. В основе патогенеза нарушения бронхиальной проходимости лежит

- 1) обтурация просвета бронха казеозными массами
- 2) аспирация казеозных масс
- 3) сдавление бронха извне увеличенными лимфоузлами
- 4) все перечисленное

565. Под бронхолегочным поражением понимают

- 1) поражение бронха с наличием ателектаза (сегментарного или долевого) и специфического и неспецифического воспаления
- 2) поражение бронха с наличием ателектаза
- 3) ателектаз и специфическое воспаление

566. Основным клиническим проявлением бронхогенной диссеминации является

- 1) повышение температуры тела
- 2) общее недомогание
- 3) появление кашля
- 4) все перечисленное

567. Характерным признаком очагов бронхогенного обсеменения является

- 1) их локализация и их распространенность
- 2) их расположение по отношению к бронху
- 3) их форма и размеры
- 4) характер очертаний и интенсивность тени очагов
- 5) все перечисленное

568. К поражению серозных оболочек при первичном туберкулезе предрасполагает

- 1) гиперергическое состояние серозных оболочек
- 2) склонность процесса к лимфо-гематогенной диссеминации
- 3) склонность возбудителя к фиксации во многих органах и тканях
- 4) длительное существование инфекции в казеозно измененных лимфоузлах
- 5) все перечисленное

569. При свободном выпоте в плевральную полость физикально выявляется

- 1) притупление перкуторного звука над экссудатом с верхней границей в виде параболы (линия Дамуазо)
- 2) тимпанит над зоной выпота (треугольник Горланд1)
- 3) притупление на здоровой стороне за счет смещения органов средостения (треугольник Раухфус1)
- 4) над выпотом дыхание и голосовое дрожание ослаблено или отсутствует
- 5) все перечисленное

570. Для определения небольшого количества свободного выпота в плевральной полости следует

- 1) сделать рентгеновский снимок в положении больного на боку
- 2) произвести плевральную пункцию
- 3) наложить диагностический пневмоторакс

571. Наиболее частым исходом очагового туберкулеза у подростков при раннем его выявлении и правильном лечении является

- 1) рассасывание с малыми остаточными изменениями
- 2) фиброз
- 3) кальцинация
- 4) все перечисленное

572. Инфильтративные формы туберкулеза у подростков чаще выявляют методом:

- 1) туберкулинодиагностики
- 2) эпидемиологическим
- 3) клиническим
- 4) флюорографический
- 5) бактериологическим

573. Инфильтративный туберкулез-это:

- 1) казеозно-некротический фокус, окруженный зоной перифокального воспаления
- 2) инкапсулированный казеозно-некротический фокус
- 3) группа казеозно-некротических очагов
- 4) специфическая полость распада
- 5) группа кальцинированных очагов

574. Интоксикационный синдром больше выражен при:

- 1) инфильтративной форме
- 2) кавернозной форме
- 3) туберкулеме
- 4) казеозной пневмонии
- 5) очаговом туберкулезе

575. При туберкулезной интоксикации у ребенка школьного возраста встречаются следующие симптомы:

- 1) ухудшение памяти, внимания
- 2) снижение успеваемости
- 3) субфебрилитет
- 4) снижение аппетита
- 5) все перечисленные

576. Одышка может наблюдаться при следующих формах туберкулеза:

- 1) милиарный туберкулез
- 2) экссудативный плеврит
- 3) спонтанный пневмоторакс
- 4) значительное увеличение внутригрудных лимфатических узлов
- 5) все перечисленные

577. Появление общих симптомов при туберкулезной инфекции обусловлено:

- 1) поражением пищеварительной системы
- 2) токсическим влиянием МБТ на нервную систему
- 3) поражением костной системы
- 4) неправильным вскармливанием

5) проявлением рахита

578. Характер кашля при туберкулезе у детей:

- 1) сухой
- 2) битональный
- 3) коклюшеподобный
- 4) влажный
- 5) все перечисленные

579. Наиболее частый путь инфицирования плода МБТ:

- 1) энтеральный
- 2) контактный
- 3) трансплацентарный
- 4) аэрогенный

580. Первичный туберкулезный комплекс при трансплацентарном заражении формируется:

- 1) в легких
- 2) в желудочно-кишечном тракте
- 3) в печени
- 4) в коже
- 5) в головном мозге

581. Наиболее частым истинно-клиническим признаком у новорожденных при трансплацентарной передаче МБТ является:

- 1) кашель
- 2) одышка
- 3) лихорадка
- 4) геморрагическая сыпь
- 5) желтуха

582. Туберкулезный процесс у детей раннего возраста прогрессирует:

- 1) бронхогенным путем
- 2) контактным путем
- 3) гематогенным путем
- 5) лимфогенным путем

583. Основной метод выявления туберкулеза у детей раннего возраста:

- 1) клинический
- 2) бактериологический
- 3) туберкулинодиагностика
- 4) эпидемиологический
- 5) рентгенологический

584. Наиболее частое осложнение первичного туберкулеза у детей:

- 1) диссеминация
- 2) туберкулез бронха
- 3) ателектаз
- 4) бронхолегочное поражение

5) казеозная пневмония

585. Противопоказанием для грудного вскармливания является:

- 1) инфицирование МБТ
- 2) Очаг Гона
- 3) туберкулез почек
- 4) активный туберкулез легких с бактериовыделением

586. К параспецифическим реакциям не относится:

- 1) кашель
- 2) одышка
- 3) узловатая эритема
- 4) кератоконъюнктивит
- 5) артрит

587. Особенностью течения первичного туберкулеза у детей раннего возраста не является:

- 1) формирование цирротических изменений
- 2) склонность к генерализации процесса с развитием милиарного туберкулеза и менингита
- 3) частое присоединение воспалительно-ателектатических изменений в легочной ткани
- 4) вовлечение в процесс бронха

588. При первичном туберкулезе ателектаз развивается вследствие:

- 1) бронхоспазма
- 2) компрессии бронха
- 3) туберкулеза бронха
- 4) инородного тела бронха
- 5) пневмонии

589. Прогрессирование первичного туберкулеза у детей раннего возраста идет:

- 1) контактным путем
- 2) лимфогематогенным путем
- 3) бронхогенным путем
- 4) лимфогенным путем
- 5) гематогенным путем

590. При хронически текущем первичном туберкулезе источником дальнейшего прогрессирования процесса являются следующие остаточные изменения:

- 1) массивный пневмофиброз
- 2) плотные кальцинаты в узлах
- 3) мелкие очаги Гона в легких
- 4) казеозно-измененные лимфатические узлы с неполной кальцинацией
- 5) участки неспецифического воспаления в легочной ткани

591. Течение туберкулеза после родов чаще

- 1) благоприятное
- 2) не отличается от имевшего место во время беременности
- 3) характеризуется значительной опасностью прогрессирования процесса

592. У женщин, больных туберкулезом, при беременности следует избегать в первую очередь применения

- 1) изониазида
- 2) стрептомицина
- 3) рифампицина
- 4) этамбутола

593. 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

594. 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

595. Контролируемая химиотерапия необходима

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

596. 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

597. 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

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

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

599. 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

600. Климатические факторы у больных туберкулезом

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

601. 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

602. 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

603. Комплексное лечение туберкулеза состоит из:

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

604. Курс химиотерапии состоит из фаз:

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

605. Режим химиотерапии это:

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

606. Спинномозговая жидкость при базилярной форме туберкулезного менингита

1. бесцветная опалесцирующая
2. розовая
3. мутно белая
4. зеленоватая
5. желтая

607. Количество белка в спинномозговой жидкости при туберкулезном менингите

1. 0,01 г/л
2. 0,2 г/л
3. 0,33 г/л
4. 1,2 г/л
5. 25 г/л

608. Какие клетки в спинномозговой жидкости при туберкулезном менингите преобладают

1. эозинофилы
2. лимфоциты
3. базофилы
4. эритроциты
5. нейтрофилы

609. Количество сахара в спинномозговой жидкости

1. постепенно нарастает
2. очень высокое
3. нормальное
4. снижено
5. сначала нормальное, затем повышается

610. В продромальном периоде туберкулезного менингита необходимо обратить внимание на

1. температуру тела 39°
2. жидкий стул
3. рвоту
4. кашель
5. заложенность носа

611. Особенности течения туберкулезного менингита в раннем возрасте являются

1. постепенное начало заболевания
2. появление судорог на 3-й неделе болезни
3. отсутствие менингеальных симптомов
4. изменения только в легких
5. появление на ранних сроках судорог, потеря сознания, парезы, параличи

612. Проведенное исследование спинномозговой жидкости при базиллярном менингите туберкулезной природы позволяет выявить

1. давление ликвора 80 мм вод.ст.
2. выпадение грубой фибринозной пленки
3. пониженное содержание сахара и хлоридов
4. повышенное содержание сахара и хлоридов
5. нормальное содержание белка

613. Клиническими проявлениями туберкулезного менингоэнцефалита являются

1. сохранение сознания
2. парезы и параличи по периферическому типу
3. судороги
4. нормальная температура тела
5. нарушение тазовых функций

614. В диагностике туберкулезного менингита помогают следующие данные

1. сведения о контакте с больным ВИЧ-инфекцией
2. вирусный гепатит в анамнезе
3. отсутствие данных о пробах Манту с 2 Т.Е.
4. наблюдение неврологом по поводу эпилепсии
5. обследование в прошлом в противотуберкулезном диспансере по поводу факта инфицирования МБТ

615. Заболевания ЦНС, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику туберкулезного менингита следующие

1. посттравматическая гидроцефалия
2. серозные менингиты (при эпидемическом паротите, кори, энтеровирусныб)
3. эпилепсия
4. задержка психомоторного и речевого развития
5. гнойные менингиты

616. Продромальный период при туберкулезном менингите у детей длится

1. 1-2 дня
2. 3-5 дней
3. 1 неделя
4. 5 недель
5. 2 месяца

617. Для благоприятного исхода заболевания диагноз туберкулезного менингита необходимо установить

1. в первые часы от начала заболевания
2. до 10 дня заболевания
3. через 2 недели от начала болезни
4. на 21 день от начала заболевания
5. через 1 месяц от начала болезни

618. Какое количество противотуберкулезных препаратов назначают больному при установлении диагноза туберкулезного менингита

1. два
2. три
3. один
4. четыре
5. шесть

619. В периоде раздражения ЦНС при туберкулезном менингите у детей определяются следующие симптомы

- 1) нормальная температура тела
- 2) поражение черепно-мозговых нервов
- 3) увеличение печени
- 4) судороги
- 5) пятнисто-папулезная сыпь на теле

620. Период раздражения ЦНС при базилярной форме туберкулезного менингита начинается

1. с 8 по 14 день

2. на 21 день
3. с 1 по 7 день
4. с 30 по 35 день
5. через 1,5 мес.

621. При спинальной форме туберкулезного менингита ликвор

1. бесцветный
2. с нормальным содержанием сахара и хлоридов
3. с повышенным содержанием сахара и хлоридов
4. выявляется белково-клеточная диссоциация
5. выявляется клеточно-белковая диссоциация

622. Осложнениями туберкулезного менингита являются

1. хронический гепатит
2. гидроцефалия
3. хронический бронхит
4. нейродермит
5. хронический гастрит

623. Как часто возможно обнаружить возбудитель туберкулеза в ликворе методом посева

1. 100%
2. 1%
3. 50%
4. 70%
5. 15%

624. Каких специалистов необходимо привлечь для осмотра больного туберкулезным менингитом

1. окулиста
2. пульмонолога
3. кардиолога
4. физиотерапевта
5. отоларинголога

625. Длительность лечения больного туберкулезным менингитом

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

626. В диагностике туберкулеза внелегочной локализации помогают

1. сведения о прививках против гриппа
2. сведения о частых простудных заболеваниях
3. признаки гипотиреоза

обнаружение МБТ в отделяемом из свища

применение гормональной терапии

627. Туберкулез периферических лимфоузлов характеризуется наличием

1. тестоватых на ощупь увеличенных во многих группах периферических лимфоузлов
2. наличием увеличенных плотных безболезненных не спаянных друг с другом лимфоузлов ("картошка в мешке")
3. в пунктате определяются МБТ
4. в пунктате определяются гигантские клетки Березовского-Штернберга

5. в пунктате обнаруживается хламидия

628. Симптомами туберкулезного мезаденита являются

1. высокая лихорадка
2. повышенный аппетит
3. боли в животе (вокруг пупка или в правой подвздошной области)

“ малиновый ” язык

4. фонтановидная постоянная рвота

629. Заподозрить туберкулез мочевыделительной системы позволяют

1. данные о контактах с больным ВИЧ-инфекцией
2. длительное упорное малосимптомное течение урологического заболевания
3. увеличение печени и селезенки
4. поствакцинная аллергия
5. температура тела 39°

630. При туберкулезном спондилите выявляется

1. боли в дневное время суток
2. поражение тел позвонков
3. поражение дужек позвонков
4. отсутствие изменений со стороны мягких тканей
5. нарушение тазовых функций

631. У больного туберкулезным менингитом в периферической крови отмечается

1. умеренный лейкоцитоз
2. эозинофилия
3. лимфоцитоз
4. анемия III ст.
5. нормальная СОЭ

631. В спинномозговой жидкости в люмбальном отделе при спинальной форме туберкулезного менингита определяется

1. значительное снижение сахара и хлоридов
2. нормальное содержание сахара и хлоридов
3. ликвор бесцветный
4. образование грубой фибринозной пленки
5. нормальное содержание белка

632. Факторами, которые способствуют развитию туберкулезного менингита, являются

1. наличие в анамнезе сахарного диабета
2. лечение антибиотиками
3. введение γ-глобулинов
4. наличие контакта с туберкулезными больными
5. наличие миопии высокой степени

633. Схожесть в показателях спинномозговой жидкости при туберкулезном и пневмококковом менингитах заключается

1. в высоком давлении

2. в повышении сахара и хлоридов
3. в снижении сахара и хлоридов
4. в выпадении грубой фибринозной пленки
5. в нейтрофильном плеоцитозе

634. Особенности костно-суставного туберкулеза у детей раннего возраста являются

1. малосимптомное начало заболевания
2. выявление активных туберкулезных изменений в легочной ткани и (или) внутригрудных лимфоузлах
3. положительные туберкулиновые пробы
4. отрицательная туберкулиновая чувствительность
5. перелом по типу "зеленой веточки"

635. Экссудат, полученный при проколе брюшины, у больного перитонитом туберкулезной природы

1. белого цвета
2. проба Ривальта отрицательная
3. реакция кислая
4. удельный вес 1001-1010
5. лимонно-желтого цвета

636. Больной экссудативным перикардитом туберкулезной природы

1. лежит в кровати
2. сидит наклонившись кзади
3. с резкой бледностью, цианозом, одышкой
4. с гиперемизованным лицом
5. печень и селезенка не увеличены

637. 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

638. Туберкулез периферических лимфоузлов необходимо дифференцировать

1. с корью
2. с саркоидозом
3. с псевдотуберкулезом
4. с лимфогрануломатозом
5. со скарлатиной

639. Диагноз туберкулезного лимфаденита ставится на основании

1. контакта с больным мононуклеозом
2. жалоб на кашель
3. укуса кошки
4. клинического исследования крови
5. гистологического исследования периферического лимфоузла

640. При туберкулезном лимфадените чаще поражаются

1. кубитальные лимфоузлы
2. шейные и подчелюстные
3. затылочные лимфоузлы
4. брахиальные
5. подключичные

641. На самых ранних этапах туберкулезного лимфаденита пораженные лимфоузлы

1. увеличены до 0,5-1 см эластичные
2. плотные
3. болезненные
4. спаянные неподвижные
5. с явлениями периаденита

642. Чувствительность к туберкулину при туберкулезе периферических лимфоузлов чаще

1. неадекватная парадоксальная
2. гиперергическая
3. сомнительная или нормергическая
4. отрицательная
5. уравнивающая

643. При свищевой форме туберкулезного лимфаденита обычно применяют

1. только консервативную терапию
2. только хирургическое лечение
3. консервативную и физиотерапию
4. комбинацию хирургического и консервативного лечения
5. антибактериальную терапию широкого спектра

644. Начинают терапию туберкулезного лимфаденита с применения

1. трех туберкулоостатиков
2. двух туберкулоостатиков
3. четырех туберкулоостатиков
4. одного туберкулоостатика
5. двух антибиотиков широкого спектра

645. В клинической диагностике при костно-суставном туберкулезе следует учитывать

1. усиление болей после нагрузки и устойчивый характер хромоты
2. признаки «горячего» воспаления в пораженном суставе
3. отсутствие атрофии тканей больной конечности
4. отсутствие контрактуры сустава
5. высокую температуру тела

646. Основными рентгенологическими признаками туберкулезного поражения кости являются

1. остеосклероз кости
2. нормальная величина суставной щели
3. поздняя деформация и нарушение правильной оси конечности
4. строго изолированный характер поражения в эпифизе кости
5. очаговый характер первичной костной деструкции

647. При ограниченных очаговых поражениях кости туберкулезной природы применяют

1. аппарат Илизарова
2. некрэктомию и костно-пластическое заполнение костного дефекта
3. радикально-восстановительную операцию
4. радикально-реконструктивную операцию
5. наложение давящей повязки

648. Дифференциальную диагностику туберкулезного спондилита необходимо проводить

1. с болезнью «кошачьей царапины»
2. со сколиозом
3. с опоясывающим лишаем
4. с остеомиелитом
5. с остеохондромой

649. Для активных форм костно-суставного туберкулеза в анализе крови отмечается

1. эозинофилия
2. лейкоцитоз с нейтрофилезом
3. лимфопения
4. моноцитопения
5. нормальная СОЭ

650. Лечение больного с костно-суставным туберкулезом проводят

1. в поликлинике
2. в хирургическом отделении районной больницы
3. в костно-туберкулезном стационаре
4. в санатории общего профиля
5. в противотуберкулезном диспансере

651. Каким путем МБТ попадает в почки

1. лимфогенным
2. бронхогенным
3. уриногенным
4. трансплацентарным
5. гематогенным

652. Начало заболевания туберкулеза паренхимы почек

1. постепенное, малозаметное
2. острое
3. с резкого подъема температуры тела до фебрильных цифр
4. с резких болей в области пупка
5. с рвоты

653. При клиническом исследовании мочи больного с нефротуберкулезом выявляется

1. цилиндурия
2. щелочная реакция мочи
3. большая протеинурия
4. небольшая протеинурия
5. макролейкоцитурия

654. Дифференциальная диагностика туберкулеза почек проводится

1. с аднекситом
2. с пиелонефритом
3. с вульвовагинитом
4. с эндометриозом
5. острым простатитом

655. Основным методом выявления туберкулеза мочевой системы являются

1. рентгенологический
2. микробиологический
3. туберкулинодиагностика
4. клинический
5. эпидемиологический

656. Внутривенная урография для диагностики туберкулеза почек

1. является единственным методом диагностики
2. не является единственным методом диагностики
3. является малоэффективным методом диагностики
4. является основой морфологической диагностики
5. является основой для бактериологической диагностики

657. Для диагностики туберкулеза мочевой системы, особенно для детей и подростков, следует учитывать

1. наличие контакта с больными туберкулезом
2. ранее перенесенный внелегочный туберкулез
3. текущий туберкулез других локализаций
4. отсутствие вакцинации БЦЖ
5. все выше перечисленные факторы

658. При обследовании больных с подозрением на туберкулез мочевой системы вспомогательное значение имеет

1. рентгенологический метод
2. микробиологический метод
3. серологический метод
4. провокационная туберкулиновая проба
5. реносцинтиграфия

659. Понижение дозы противотуберкулезных препаратов у больных туберкулезом мочеполовой системы применяют в случае

1. нарушения функции почек
2. распространенного процесса
3. присоединения туберкулеза кожи
4. присоединения бактериального менингита
5. присоединения острой пневмонии

660. Основная цель патогенетической терапии при мочеполовом туберкулезе - это

1. уменьшить интенсивность воспаления
2. препятствовать возникновению стеноза мочевых путей
3. уменьшить аллергическое действие противотуберкулезных препаратов
4. усилить действие противотуберкулезных препаратов

5. способствовать исчезновению микобактерии туберкулеза из мочи

661. Уменьшение вдвое суточной дозы препаратов больным со сниженной функцией почек или единственной почки обусловлено

1. кумуляцией препаратов в организме и риском возникновения их токсического действия
2. риском появления аллергических реакций
3. и тем, и другим
4. ни тем, ни другим
5. риском присоединения вторичной инфекции

662. Основной путь проникновения микобактерий туберкулеза в кости и суставы

1. лимфогенный путь из внутригрудных лимфатических узлов
2. лимфогенный из очагов в легочной ткани
3. гематогенный путь
4. контактный путь при переходе инфекции с мягких тканей на костную
5. трансплацентарный

663. Наиболее информативным методом диагностики костно-суставного туберкулеза – это

1. туберкулинодиагностика
2. рентгенологическое исследование
3. бактериологическое исследование
4. лабораторные анализы крови и ее плазмы
5. серологическое исследование

664. Основной путь проникновения микобактерии туберкулеза в орган зрения – это

1. лимфогенный, из очага поражения в периферических лимфоузлах
2. лимфогенный, из пораженных внутригрудных лимфоузлов
3. гематогенный, из первичного очага в легочной ткани
4. гематогенный (период бактеримии)
5. контактный

665. Наиболее частая локализация процесса туберкулеза глаз – это

1. туберкулез конъюнктивы глаз
2. туберкулезный кератит и склерит
3. туберкулезный иридоциклит
4. туберкулезный увеит
5. туберкулезный хореоретинит

666. Туберкулино-глазная проба

1. не имеет диагностической ценности
2. имеет диагностическое значение
3. улучшает самочувствие больного
4. является критерием назначения неспецифической терапии
5. является прогностической

667. Оптимальным вариантом лечебных мероприятий при туберкулезе глаз является

1. общее лечение противотуберкулезными препаратами
2. общее и местное лечение противотуберкулезными препаратами
3. только местное лечение противотуберкулезными препаратами

4. хирургическое лечение
5. общее лечение противотуберкулезными препаратами в сочетании с хирургическим

668. Применение патогенетических средств при лечении туберкулеза глаз позволяет

1. уменьшить побочное действие химиопрепаратов
2. снизить воспалительную реакцию
3. уменьшить применение количества туберкулостатических препаратов
4. уменьшить аллергические реакции
5. уменьшить развитие рубцовых изменений в структурах органа зрения

669. Основным клиническим признаком туберкулеза периферических лимфоузлов является

1. увеличение лимфатических узлов с признаками периаденита
2. увеличение лимфатических узлов без признаков периаденита
3. появление свища
4. отечность кожи в области лимфаденита
5. болезненность при пальпации лимфоузла

670. Туберкулез периферических лимфоузлов обычно приходится дифференцировать

1. с опухолевыми их поражениями (лимфома Ходжкина, лимфосаркома и др.)
2. с неспецифическим лимфаденитом
3. с поражением лимфатических узлов при саркоидозе
4. с фелинозом
5. со всеми перечисленными болезнями

671. Наиболее информативным методом диагностики туберкулеза периферических лимфатических узлов является

1. клиническая картина заболевания
2. пробное лечение антибиотиками
3. биопсия
4. контакт с больным туберкулезом
5. отсутствие ревакцинации БЦЖ

672. Туберкулез периферических лимфатических узлов чаще всего сочетается

1. с туберкулезом легких
2. с костно-суставным туберкулезом
3. с туберкулезом почек
4. с туберкулезом внутригрудных лимфоузлов
5. с туберкулезом глаз

673. Наиболее частым осложнением туберкулезного лимфаденита является

1. образование свищей
2. кровотечение
3. аллергические реакции
4. присоединение вторичной флоры
5. появление язвы

674. При туберкулезе периферических лимфоузлов целесообразно

1. применить только общее лечение
2. применить только местное лечение
3. сочетать общее лечение с местным

4. иногда сочетать общее лечение с местным
5. только хирургическое лечение

675. Критериями излечения туберкулеза периферических лимфатических узлов является

1. закрытие свищей
2. исчезновение интоксикации
3. уменьшение размера лимфоузлов
4. уплотнение ткани лимфоузлов
5. все перечисленные

676. Основным показанием к оперативному лечению при туберкулезе периферических лимфатических узлов является

1. отечность в области лимфоузла
2. образование свища
3. уплотнение ткани лимфоузла
4. кальцинат 0,8 см
5. зуд кожи в области пораженного лимфоузла

677. Основной путь проникновения инфекции в мозговые оболочки – это

1. лимфогенный из очага в легком
2. лимфогенный из периферических лимфоузлов
3. лимфогенный из внутригрудных лимфоузлов
4. гематогенный, из первичного очага или очагов отсевов первичного туберкулеза
5. все перечисленные

678. Специфический процесс при туберкулезном менингите локализуется преимущественно

1. в веществе головного мозга
2. в мозговых оболочках
3. в стволе головного мозга
4. в веществе спинного мозга
5. в сосудах головного мозга

679. Основным методом в дифференциальной диагностике туберкулезного менингита от других заболеваний центральной нервной системы является

1. исследование периферической крови
2. биохимическое исследование крови
3. исследование спинномозговой жидкости
4. исследование глазного дна
5. рентгенологическое исследование

680. Показаниями к проведению спинномозговой пункции являются

1. потеря сознания
2. нарушение иннервации черепно-мозговых нервов
3. головная боль
4. рвота
5. наличие менингеальных симптомов

681. Патологоанатомически при туберкулезе кишечника различают

1. язвенную форму

2. гипертрофическую форму
3. язвенно-гипертрофическую
4. все вышеперечисленные
5. инфильтративную и фистулезную форму

682. При заживлении язвенных изменений туберкулеза кишечника наступает

1. сужение просвета кишки
2. значительное укорочение кишки
3. сужение и укорочение кишки
4. расширение просвета кишки
5. изменений не определяется

683. Туберкулез кишечника развивается

1. медленно в течение нескольких лет
2. постепенно в течение месяца
3. быстро в течение недели
4. быстро в течение недели
5. внезапно

684. В дифференциальной диагностики заболеваний играют значительную роль

1. копрологическое исследование
2. исследование на микобактерии туберкулеза
3. серологические тесты
4. объективное обследование
5. реакция Грегерсена

685. Важными клиническими проявлениями при туберкулезе кишечника будут

1. похудание, вплоть до истощения
2. ноющие боли вокруг пупка и в правой подвздошной области
3. тошнота, отрыжка, метеоризм
4. нерегулярный стул
5. все перечисленное

686. Дифференцировать туберкулез кишечника необходимо

1. с хроническим аппендицитом
2. с глистной инвазией
3. с язвенным колитом
4. с опухолями кишечника
5. все перечисленное

687. Лечение туберкулеза кишечника включает

1. применение антибиотиков
2. применение туберкулостатиков
3. хирургическое лечение
4. использование противотуберкулезных препаратов и диеты
5. применение противовоспалительных и десенсибилизирующих средств

688. Наиболее информативный метод диагностики туберкулеза кишечника – это

1. туберкулинодиагностика

2. рентгенологическое исследование
3. копрологическое исследование
4. лабораторные анализы крови и ее плазмы
5. серологическое исследование

689. Длительность туберкулостатической терапии при туберкулезе кишечника составляет

1. 8-12 мес.
2. 2-3 мес.
3. 21 день
4. 6 мес.
5. 4 недели

690. Туберкулез брюшины возникает лимфогематогенным путем

1. из первичного очага
2. является осложнением туберкулезного мезаденита
3. является осложнением туберкулеза кишечника
4. является осложнением туберкулеза позвоночника
5. все перечисленное

691. При экссудативной форме туберкулеза брюшины определяется

1. симптом Штирлина
2. феномен «шахматной доски»
3. симптом ундуляции
4. симптом Щеткина-Блюмберга
5. симптом Пастернацкого

692. При слипчивой форме туберкулезного перитонита характерно

1. острое течение
2. волнообразное течение
3. и острое, и волнообразное течение
4. подострое течение
5. подострое и волнообразное течение

693. Осложнениями слипчивого туберкулезного перитонита могут быть

1. абсцесс на париетальной брюшине
2. сужение кишечника
3. частичная непроходимость
4. казеозно-некротические язвы на поверхности брюшины
5. все перечисленное

694. Туберкулиновая чувствительность при туберкулезном перитоните, как правило,

1. отрицательная
2. сомнительная
3. инвертированная
4. гиперергическая
5. положительная

695. Исследование крови при туберкулезных перитонитах выявляет

1. анемию

2. умеренный лейкоцитоз
3. лимфопению и моноцитоз
4. палочкоядерный сдвиг влево и высокую СОЭ
5. все вместе

696. Исследование экссудата при туберкулезных перитонитах выявляет

1. цвет белесоватый, мутный
2. содержание белка до 5 г/л
3. содержание белка 20-60 г/л
4. количество нейтрофилов 70-80%
5. количество лимфоцитов 20%

697. В диагностике туберкулезного перитонита помогает

1. поиски возбудителя в экссудате
2. серология
3. туберкулинодиагностика
4. анализы крови
5. клиническая картина

698. В диагностике туберкулезного мезаденита помогает

1. туберкулинодиагностика
2. рентгенологическая картина
3. клиническая картина
4. серологические тесты
5. исследование крови

699. Длительность лечения туберкулеза брыжеечных лимфатических узлов

1. 7 -10 дней
2. 1 месяц
3. 3 месяца
4. 10-12 мес. и больше
5. 6 месяцев

700. Хороший эффект в лечение туберкулезного мезаденита оказывает

1. применение преднизолона
2. использование больших доз витамина В12
3. применение гепатопротекторов
4. использование рибоксина
5. использование парацетамола

701. В клинической картине туберкулезного мезаденита обращают внимание

1. на боли вокруг пупка
2. боли в правой подвздошной области
3. тошнота, рвота
4. неустойчивый стул
5. все вместе

702. Какая форма туберкулеза кожи является причиной различных мутиляций на лице, конечностях

1. бородавчатый туберкулез кожи

2. лихеноидный туберкулез кожи
3. туберкулезная волчанка
4. уплотненная (индуративная) эритема
5. папуло-некротическая форма туберкулеза кожи

703. Туберкулезный перикардит возникает

1. гематогенным путем
2. лимфогенным путем
3. контактным путем
4. любым из перечисленных
5. ни одним из перечисленных

704. Туберкулезный слипчивый хронический перикардит с сердечной недостаточностью требует

1. только консервативной терапии туберкулостатиками
2. хирургического лечения
3. санаторного лечения
4. амбулаторного лечения
5. только наблюдения кардиолога

705. Повышают риск развития туберкулеза все перечисленные заболевания, кроме

1. сахарного диабета
2. гастродуоденальной язвы
3. пневмокониозов
4. алкоголизма
5. гипертонической болезни

706. К туберкулезным и посттуберкулезным изменениям в легких чаще всего присоединяются

1. бластомикоз
2. аспергиллез
3. гистоплазмоз
4. актиномикоз
5. верно 1,3,4

707) В легких при силикозе на фоне прогрессирующего фиброза могут формироваться силикотические узлы диаметром:

1. 1-2 мм
2. 2-3 мм
3. 2-3 см и более
4. 5-10 мм
5. Верно 1 и 2

708) проба Манту у ВИЧ-инфицированных ставится:

1. 1 раз в год
2. ежемесячно
3. два раза в год
4. при постановке на учет
5. раз в два года

709) Туберкулез у больных хроническим бронхитом в сравнении со средней частотой наблюдается:

- 1) чаще
- 2) реже в 2-5 раз
- 3) не отличается от средней частоты
- 4) значительно реже
- 5) почти всегда

710) К «группе риска» по туберкулезу в детской поликлинике относятся:

1. Инфицированные, часто болеющие дети
2. Инфицированные дети с сахарным диабетом
3. Инфицированные с хроническим пиелонефритом
4. Инфицированные дети с бронхиальной астмой
5. Все перечисленные

711) Основным противопоказанием к назначению рифампицина является:

1. сахарный диабет
2. язвенная болезнь желудка
3. катаракта
4. заболевание центральной и периферической нервной систем
5. нарушение функций печени

712) Основным противопоказанием к назначению изониазида является:

1. заболевание центральной и периферической нервной системы
2. язвенная болезнь желудка;
3. сахарный диабет;
4. кохлеарный неврит;
5. холецистит.

713) Перечислите группы детей, нуждающихся в консультации фтизиопедиатра:

1. С нарастанием пробы Манту на 6 мм и более
2. С нарастанием пробы Манту на 2 мм и более
3. С гиперергической реакцией Манту
4. Верны ответы 1 и 2
5. Верны ответы 1 и 3

714) К факторам, повышающим туберкулиновую чувствительность, относятся все, кроме:

1. Гельминтозов
2. Ревматизма
3. Лимфогранулематоза
4. ОРВИ
5. Бронхиальной астмы

715) К факторам, снижающим туберкулиновую чувствительность, относятся все, кроме:

1. Саркоидоза
2. Лимфосаркомы
3. Кахексии
4. Хр. тонзиллита
5. Тяжелых форм туберкулеза

716) Какой из противотуберкулезных АБП является наиболее гепатотоксичным?

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

717) Какой препарат не следует назначать больным туберкулезом легких в сочетании с сахарным диабетом?

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

718) Саркоидозом чаще болеют:

1. Мужчины 20-40 лет
2. Женщины 20-40 лет
3. Подростки
4. Дети раннего возраста
5. Все ответы верны

719) При назначении какого препарата требуется консультация окулиста?

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

720) Длительность лечения при активном саркоидозе:

1. 3 месяца
2. 6 месяцев
3. 1 год
4. 2 года
5. 1,5 года

721) Через какие сроки при адекватном лечении саркоидоза проводится рентгенконтроль?

1. Через 3 недели
2. Через 1 месяц
3. Через 2 месяца
4. Через 3 месяца
5. Через 1 неделю

722) Для течения язвенной болезни при ее сочетании с туберкулезом характерно все перечисленное, кроме:

1. Менее выраженного болевого синдрома
2. Менее выраженного диспепсического синдрома
3. Меньшего числа осложнений язвенной болезни

4. Большого числа осложнений язвенной болезни
5. Все ответы верны

723) Высокий риск развития туберкулеза наблюдается у ВИЧ-инфицированных при содержании CD4 лимфоцитов менее:

1. $0,6 \times 10^9/\text{л}$
2. $0,4 \times 10^9/\text{л}$
3. $0,3 \times 10^9/\text{л}$
4. $0,5 \times 10^9/\text{л}$
5. $0,2 \times 10^9/\text{л}$

724) Реакция Манту у ВИЧ-инфицированных больных чаще:

1. Отрицательная
2. Гиперергическая
3. Сомнительная
4. Положительная
5. Слабоположительная

725) У ВИЧ-инфицированных, как правило, наблюдаются следующие проявления туберкулеза, кроме:

1. Диссеминированные формы
2. Поражение внутригрудных лимфоузлов
3. Менингит
4. Очаговый туберкулез
5. Плеврит

726) Какой из АБП нельзя назначать больному с невритом слухового нерва?

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

727) Клинические проявления силикоза:

1. Сухой кашель
2. Синдром интоксикации
3. Боли в грудной клетке при дыхании
4. Одышка при небольшой физической нагрузке
5. Верны ответы 1 и 4

728) Для силикоза характерны следующие изменения:

1. Однотипные очаги
2. Полиморфные очаги
3. Несоответствие клинической и рентгенологической картины
4. Верны ответы 1 и 2
5. Верны ответы 2 и 3

729) Для превентивного лечения туберкулеза у больных силикозом чаще используются:

1. Рифампицин

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

730) Течение туберкулеза у больных хроническим бронхитом:

1. Не отличается от обычного
2. Характеризуется менее благоприятным течением
3. Можно охарактеризовать неблагоприятным только у части больных
4. Ведет к быстрому прогрессированию туберкулеза
5. Верны все ответы

731) Какие заболевания могут привести к развитию хронического легочного сердца?

1. Хронический обструктивный бронхит
2. Силикоз
3. Силикотуберкулез
4. Фиброзно-кавернозный туберкулез
5. Все перечисленные

732) При сочетании туберкулеза легких с язвенной болезнью относительно чаще встречаются следующие его клинические формы:

1. Очаговые
2. Диссеминированные
3. Инфильтративные
4. Туберкуломы
5. Правильные ответы 2 и 3

733) Каково течение силикотуберкулеза?

1. Стабильное
2. Неуклонно прогрессирующие
3. Регрессирующие у большинства больных
4. Регрессирующие у меньшинства больных
5. Верны ответы 1 и 4

734) Повышают риск развития туберкулеза все перечисленные заболевания, кроме:

1. Сахарного диабета
2. Гастродуоденальной язвы
3. Пневмокониозов
4. Алкоголизма
5. Гипертонической болезни

735) У больного сахарным диабетом, осложненным полинейропатией, диагностирован инфильтративный туберкулез легких. Какой из противотуберкулезных препаратов противопоказан больному?

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

736) У больных сахарным диабетом чаще встречаются следующие формы туберкулеза легких, кроме:

1. Очагового
2. Инфильтративного типа лобита
3. Туберкуломы
4. Казеозной пневмонии
5. Инфильтративного типа перициссурита

737) При сочетании туберкулеза и сахарного диабета:

1. Чаще первым заболеванием является сахарный диабет
2. Чаще первым заболеванием является туберкулез
3. Примерно с одинаковой частотой первым заболеванием может быть и туберкулез, и сахарный диабет
4. Верны ответы 1 и 3
5. Верны ответы 2 и 3

738) Какие противотуберкулезные препараты противопоказаны больному, страдающему хроническим алкоголизмом?

1. Изониазид, этамбутол
2. Рифампицин, этамбутол
3. Рифампицин, пиразинамид
4. Этамбутол, стрептомицин
5. Изониазид, стрептомицин

739) Какие противотуберкулезные препараты противопоказаны больному, страдающему шизофренией?

1. Рифампицин
2. Изониазид
3. Циклосерин
4. Верны ответы 1 и 2
5. Верны ответы 2 и 3

740) Туберкулез легких у больных алкоголизмом характеризуется:

1. Прогрессирующим течением
2. Склонностью к распаду
3. Обильным бактериовыделением
4. Большой распространенностью процесса
5. Всем перечисленным

741) Лечение больных туберкулезом в сочетании с алкоголизмом отличается всеми следующими особенностями, кроме:

1. Более продолжительного лечения
2. Проводимого в основном стационарного лечения
3. Лечение, проводимого преимущественно в амбулаторных условиях
4. Строго контролируемого лечения
5. Одновременного лечения и алкоголизма

742) Тактика врача при подозрении на рак легкого у туберкулезного больного:

1. Провести пробную специфическую терапию

2. Многократно исследовать мокроту на атипичные клетки
3. Быстро решать вопрос об операции
4. Верны ответы 2 и 3
5. Верны ответы 1 и 2

743) Рак легкого:

1. Не оказывает отрицательного влияния на течение туберкулезной инфекции
2. Способствует прогрессированию инфекционного процесса
3. Способствует более вялому, хроническому течению туберкулезной инфекции
4. Верны ответы 1 и 2
5. Верны ответы 2 и 3

744) Какие категории больных относятся к группам повышенного риска по туберкулезу?

1. Больные сахарным диабетом
2. Больные с тонзиллитом
3. Больные острым холециститом
4. Больные с тугоухостью
5. Больные ИБС

745) Морфологические изменения при туберкулезе, развившемся на фоне других заболеваний, характеризуются всем перечисленным, кроме

- 1) преобладания продуктивных процессов
- 2) преобладания экссудативных процессов
- 3) преобладания казеозных изменений
- 4) преобладания альтеративных изменений
- 5) Верны 2 и 4

746) У лиц с посттуберкулезными изменениями в легких по сравнению с населением соответствующего возраста и пола рак легкого встречается

- 1) в 10 раз чаще
- 2) в 100 раз чаще
- 3) в 3-5 раз чаще
- 4) на частоту влияния нет
- 5) в 2 раза реже

747) Развитию туберкулеза способствуют все перечисленные механизмы действия глюкокортикоидных гормонов на организм, кроме:

- 1) выведения кальция из организма
- 2) подавления фагоцитоза
- 3) подавления образования антител
- 4) снижения активности Т-лимфоцитов
- 5) Верно 1 и 4

748) В комплексе лечебных мероприятий при туберкулезе у ВИЧ-инфицированных больных:

1. обязательно должна быть включена психо-терапевтическая помощь
2. редких случаях может быть включена психо-терапевтическая помощь
3. по просьбе пациента должна быть включена психо-терапевтическая помощь
4. комплексе лечебных мероприятий не включает психо-терапевтическую помощь

5. должна быть включена помощь невролога

749) Обострение хронического бронхита, как правило, влияния на клиническое течение туберкулеза:

- 1) не оказывает
- 2) оказывает
- 3) всегда способствует обострению
- 4) может способствовать обострению и возникновению рецидивов туберкулеза
- 5) может способствовать обострению процесса, но никогда не вызывает рецидивов

750) Пневмония на течение туберкулеза:

1. никогда не оказывает влияния
2. оказывает влияние, приводя, как правило, к прогрессированию туберкулеза
3. оказывает влияние и может привести к прогрессированию туберкулеза
4. оказывает влияние, как правило, вызывая осложнения туберкулеза
5. Верно 2 и 4

751) Лучевая терапия, а также гормональные препараты и цитостатические средства больным, страдающим активным туберкулезом и раком легкого

1. противопоказаны, так как это может привести к прогрессированию туберкулеза
2. назначаются в редких случаях, так как имеется риск вспышки туберкулеза
3. назначаются по показаниям под прикрытием противотуберкулезной химиотерапии
4. назначаются всегда, без оглядки на туберкулезный процесс
5. назначаются только при инфильтративном туберкулезе

752) У женщин, больных туберкулезом, при беременности следует избегать в первую очередь применения

1. изониазида
2. стрептомицина
3. рифампицина
4. этамбутола
5. ПАСК

753) Наиболее частой формой пневмокониоза является:

1. берилиоз
2. силикоз
3. асбестоз
4. алюминеоз
5. антракоз

754) Для развития туберкулеза у больных силикозом имеет значение:

1. Пол
2. возраст
3. локализация силикатических поражений
4. степень поражения бронхиального дерева
5. распространенность силикотического поражения

755) Среди больных туберкулезом и сахарным диабетом преобладают:

1. мужчины в возрасте 20-40 лет
2. женщины в возрасте 20-50 лет

3. дети школьного возраста и подростки
4. дети дошкольного возраста
5. люди преклонного возраста

756) Клиническая картина течения ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в основном обусловлена

1. особенностями гормонального профиля
2. активностью гуморального звена иммунитета
3. наличие или отсутствием гипохромной анемии
4. стадией ВИЧ-инфекции и степенью иммунных нарушений
5. давностью первичного инфицирования МБТ

757) Подавление противотуберкулезного иммунитета у больных с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза проявляется

1. гипогликемией
2. положительной анергией
3. отрицательной анергией
4. гектической лихорадкой
5. вегето-сосудистой дистонией

758) Силикотическая гранулема представлена

1. фиброзными тяжами, казеозными массами, солями кальция
2. коллагеновыми волокнами, аневризматически расширенными сосудами
3. пылевыми частицами, клеточными элементами, коллагеновыми волокнами
4. пылевыми частицами, скоплениями лимфоцитов, гигантскими клетками
5. пылевыми частицами, эпителиоидными и плазматическими клетками

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

1. гиперемию слизистой оболочки бронха
2. атрофию слизистой оболочки бронха
3. дистонию бронхов
4. пылевые пятна в слизистой оболочке бронха
5. папилломатоз бронха

760) У больных сахарным диабетом чаще развивается

1. туберкулез плевры
2. туберкулезный менингит
3. инфильтративный туберкулез легких
4. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
5. туберкулез брюшины

761) Наиболее распространенной формой туберкулеза у больных алкоголизмом является

1. очаговый туберкулез легких
2. туберкулез кишечника
3. фиброзно-кавернозный туберкулез легких
4. цирротический туберкулез
5. эмпиема плевры

762) Чем представлена силикотическая гранулема

1. фиброзными тяжами
2. пылевыми частицами
3. казеозными массами
4. солями кальция
5. верно 1,3,4

763) У больных с сочетанием туберкулеза и психического заболевания

1. первым чаще бывает туберкулез
2. первым чаще бывает психическое заболевание
3. установить последовательность развития заболевания невозможно
4. последовательность развития заболеваний зависит от социальных условий
5. заболевания развиваются одновременно

764) У детей туберкулезную интоксикацию нередко принимают за проявления

1. краснухи
2. ветрянки
3. коклюша
4. хронического тонзиллита
5. дифтерии

765) Расширение тени корня легкого чаще выявляют у больных

1. эозинофильной пневмонией
2. туберкулезной интоксикацией
3. ТВГЛУ бронхопультмональной группы
4. с доброкачественными новообразованиями легкого
5. периферическим раком легкого

766) Гистиоцитоз Х отличается от диссеминированного туберкулеза

1. присутствием в легочной ткани сидеробластов
2. лихорадкой
3. сетчатым фиброзом
4. одышкой
5. рецидивирующим спонтанным пневмотораксом

767) Метастатическое поражение легких отличается от диссеминированного туберкулеза легких

1. наличием симптома «плакучей ивы»
2. наличием симптома «разменной монеты»
3. признаками «сотового» легкого
4. наличием кальцинатов
5. сетчатым фиброзом

768) Для терапии ex juvantibus при подозрении на туберкулез используют

1. туберкулин или БЦЖ
2. изониазид и этамбутол
3. антибиотики широкого спектра действия
4. изониазид и рифампицин
5. глюкокортикоидные гормоны

769) Туберкулиновая проба у больных раком легкого чаще

1. отрицательная
2. сомнительная
3. положительная
4. гиперергическая
5. отрицательная или сомнительная

770) Чаще метастазируют в легкие

1. рак желудка
2. рак печени
3. злокачественная хорионэпителиома
4. рак кишечника
5. рак поджелудочной железы

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

1. экссудативного плеврита
2. анафилактического шока
3. кровотечения
4. легочно-сердечной недостаточности
5. пневмоторакса

772) Из всех пневмокониозов чаще всего осложняется туберкулезом

1. антракоз
2. асбестоз
3. силикоз
4. бериллиоз
5. алюминоз

773) Кто чаще всего болеет силикотуберкулезом

1. женщины в возрасте 50-60 лет
2. мужчины и женщины в возрасте 60-80 лет
3. мужчины в возрасте 30-40 лет
4. женщины в возрасте 20-30 лет
5. женщины и мужчины в возрасте 40-60 лет

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

1. только с коллагенозными волокнами
2. только с силикотическими гранулемами
3. только с угольной пылью
4. Верно 1 и 3
5. Верно 1,2,3

775) При силикозе при аускультации определяются

1. сухие хрипы
2. влажные хрипы
3. сухие и, редко, влажные хрипы
4. хрипы не характерны
5. Крупнопузырчатые и мелкопузырчатые хрипы

776) Лимфогранулематозом чаще болеют

1. лица молодого и среднего возраста мужского пола
2. лица среднего возраста независимо от пола
3. лица молодого и среднего возраста независимо от пола
4. лица среднего возраста женского пола
5. возраст и пол не влияют на частоту встречаемости заболевания

777) В течение какого срока туберкулез протекает без особенностей после заражения ВИЧ

1. 4-5 лет
2. 2-3 года
3. 6-7 лет
4. 1-3 года
5. 10 лет

778) При лимфогранулематозе, в отличие от ТВГЛУ, в биоптате обнаруживают

1. клетки Пирогова-Лангханса
2. эпителиоидные клетки
3. лимфоциты
4. клетки Березовского-Штернберга
5. гистиоциты

779) У сколько % больных с ВИЧ-инфекцией удастся обнаружить МБТ

1. около 80 %
2. около 20 %
3. около 60%
4. около 5%
5. не удастся обнаружить МБТ

780) К группе риска по туберкулезу относятся больные

1. с сахарным диабетом
2. с межреберной невралгией
3. бронхиальной астмой легкого течения
4. хронической пневмонией
5. верно 1 и 4

781) К группе риска по туберкулезу относятся больные

1. с сахарным диабетом
2. с межреберной невралгией
3. бронхиальной астмой тяжелого течения, гормональнозависимой
4. хронической пневмонией
5. Верно 1,3,4

782) К группе риска по туберкулезу относятся больные

1. коллагенозом
2. язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки
3. с миозитом
4. верно 1, 2
5. Все ответы верны

783) К группе риска по туберкулезу относятся больные

1. острым гломерулонефритом
2. бронхиальной астмой легкого течения
3. СПИДом
4. Хроническим гломерулонефритом
5. Верно 3,4

784) К группе риска по туберкулезу относятся больные

1. с бронхиальной астмой тяжелого течения, СПИДом, хроническим гломерулонефритом
2. острым гломерулонефритом
3. бронхиальной астмой тяжелого течения
4. СПИДом
5. хроническим гломерулонефритом

785) К группе риска по туберкулезу относятся больные

1. сахарным диабетом
2. ишемической болезнью сердца
3. язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки
4. верно 1,3
5. верно 2,3

786) Факторы, относящие детей к группе риска по туберкулезу

1. семейный контакт с больным туберкулезом
2. бронхиальная астма легкого течения
3. респираторный аллергоз
4. отсутствие поствакцинального рубчика
5. Верно 1,4

787) Факторы, относящие детей к группе риска по туберкулезу

1. частые заболевания органов дыхания
2. семейный контакт с больным туберкулезом
3. острая пневмония
4. верно 2,3
5. верно 1,2

788) Факторы, относящие детей к группе риска по туберкулезу

1. острый гастрит
2. острая пневмония
3. семейный контакт с больным туберкулезом
4. верно 1,3
5. все верно

789) Факторы, относящие к группе риска по туберкулезу

1. пребывание в местах заключения
2. перенесенный грипп
3. геморрагический васкулит
4. верно 1, 3
5. верно 1, 2

790) Хорошая переносимость температуры характерна для больных

1. пневмонией
2. вирусными инфекциями
3. туберкулезом
4. раком легкого
5. малярией

791) Положительный симптом Воробьева-Поттенжера (болезненность мышечных пучков при пальпации) определяется

1. при пневмонии
2. инфильтративном туберкулезе
3. раке легкого
4. поликистозе легких
5. саркоидозе

792) Заболевания, относящиеся к группе риска по туберкулезу

1. пневмокониозы
2. острый пиелонефрит
3. алкоголизм
4. язвенная болезнь желудка
5. верно 1,3,4

793) К группе повышенного риска по заболеванию туберкулезом относятся дети

1. с перенесенной ангиной
2. частыми заболеваниями органов дыхания
3. острым пиелонефритом
4. не вакцинированные БЦЖ
5. верно 2,4

794) Факторы, определяющие группы риска по туберкулезу

1. наркомания
2. послеродовой период
3. резекция желудка по поводу язвенной болезни
4. все ответы верны
5. верно 1, 3

795) Факторы, определяющие группы риска по туберкулезу

1. сахарный диабет
2. гипертоническая болезнь
3. алкоголизм
4. верно 1,3
5. ишемическая болезнь сердца и сахарный диабет

796) Факторы, относящие детей к группе повышенного риска по заболеванию туберкулезом

1. длительная кортикостероидная терапия
2. ОРВИ
3. острый гастрит

4. перенесенный грипп
5. острый пиелонефрит

797) Детям и подросткам, относящимся к группам повышенного риска по туберкулезу, проба Манту с 2 ТЕ проводится

1. 1 раз в год
2. 1 раз в 6 месяцев
3. 1 раз в 2 года
4. каждый месяц
5. 1 раз в 3 года

798) Проба Манту с 2 ТЕ детям из группы повышенного риска по заболеванию туберкулезом начинают проводить с возраста

1. 12 месяцев
2. 6 месяцев
3. полутора лет
4. 3 месяцев
5. с 2 лет

799) На клиническое течение туберкулеза грипп

- 1) существенно не влияет
- 2) влияет, увеличивая риск прогрессирования процесса у лиц, страдающих хроническим туберкулезом легких
- 3) влияет, увеличивая риск обострения и прогрессирования при всех проявлениях туберкулезного процесса
- 4) влияет, увеличивая риск прогрессирования при инфильтративном туберкулезе
- 5) существенно не влияет

800) Рак легкого

1. не оказывает отрицательного влияния на течение туберкулезной инфекции
2. способствует прогрессированию инфекционного процесса
3. способствует более вялому, хроническому течению туберкулезной инфекции
4. способствует обострению инфекционного процесса только у ВИЧ-инфицированных больных
5. крайне редко способствует прогрессированию инфекционного процесса

801) К туберкулезным и посттуберкулезным изменениям в легких чаще всего присоединяются

1. бластомикоз
2. аспергиллез
3. гистоплазмоз
4. актиномикоз
5. антракоз

802) Аспергиллез обычно сочетается

1. с кавернозным и фиброзно-кавернозным туберкулезом
2. с диссеминированным туберкулезом
3. с ТВГЛУ
4. с цирротическим туберкулезом
5. с туберкулемой

803) Аспергиллез обычно локализуется

1. в очагах казеозного некроза
2. в посттуберкулезных рубцах
3. в санированных кавернах и бронхоэктазах
4. в лимфатических узлах средостения
5. в периферических лимфатических узлах

804) Присоединение аспергиллеза обычно локализуется

1. лихорадкой
2. появлением гнойной мокроты
3. появлением кровохарканья
4. появлением слизисто-гнойной мокроты
5. увеличением периферических лимфатических узлов

805) При возникновении аспергиллеза в полости распада характерным рентгенологическим признаком является

1. симптом контрастной каймы
2. симптом полумесяца
3. симптом погребушки
4. верно 1 и 3
5. все ответы правильные

806) Эффективным средством лечения легочного аспергиллеза является

1. рифампицин
2. амфотерицин В
3. нистатин
4. все перечисленные
5. ничего из перечисленного

807) Взаимоотношения между туберкулезом и сахарным диабетом являются

1. нейтральными
2. антагонистическими
3. синергидными
4. могут быть и нейтральными, и синергидными
5. могут быть и нейтральными, и антагонистическими

808) Основными факторами, способствующими возникновению туберкулеза и его неблагоприятное течение с другими заболеваниями служат все перечисленные кроме

1. нарушение обмена веществ
2. изменения иммунной системы
3. нарушение функции паренхиматозных органов
4. поражение органов кровообращения
5. все перечисленное относится к основным факторам, способствующим возникновению туберкулеза

809) Клиническое течение туберкулеза в сочетании с другими заболеваниями

1. не отличается от обычного
2. имеет склонность к прогрессированию
3. имеет замедленную регрессию при лечении
4. верно 2,3
5. нет верного ответа

810) У больных ВИЧ инфекцией микобактерии туберкулеза

1. практически не встречаются
2. встречаются только в виде L-форм
3. встречаются только в виде штамма БЦЖ
4. полностью вытеснены нетуберкулезными микобактериями
5. обнаруживаются часто, наряду с другими микобактериями

811) Смертность от туберкулеза среди ВИЧ инфицированных больных, по сравнению с ВИЧ не инфицированными

1. выше
2. несколько ниже
3. не отличается
4. незначительно выше
5. существенно ниже

812) При туберкулезе, возникшем у больных сахарным диабетом, преобладают все следующие морфологические изменения, кроме

1. продуктивных
2. экссудативных
3. альтеративных
4. казеозных
5. нет верного ответа

813) Развитию туберкулеза у больных алкоголизмом способствует

1. угнетение иммунной системы
2. развитие хронического бронхита
3. нарушение всасываемости в пищеварительном тракте
4. несоблюдение правил гигиены
5. все перечисленное верно

814) У больных алкоголизмом заболеваемость и болезненность туберкулезом вышесредней

1. в 2 раза
2. в 5 раз
3. в 10 раз
4. в 20 раз
5. в 50 раз

815) Туберкулез легких у больных алкоголизмом характеризуется:

1. прогрессирующим течением
2. склонностью к распаду
3. обильным выделением МБТ
4. большой распространенностью процесса
5. все перечисленное верно

816) Химиотерапия туберкулеза

1. как правило не приводит к ухудшению течения ишемической болезни сердца
2. применение изониазида может привести к ухудшению течения ишемической болезни сердца
3. применение аминогликозидов может привести к ухудшению течения ишемической болезни

сердца

4. применение рифампицина привести к ухудшению течения ишемической болезни сердца

5. все перечисленное верно

817) Частота гипертонической болезни у больных туберкулезом

1. не отличается от обычной
2. ниже, чем у нетуберкулезных
3. выше, чем у нетуберкулезных
4. выше при инфильтративном туберкулезе
5. выше при ТВГЛУ

818) Патологические состояния печени при туберкулезе:

1. специфические (туберкулезные) поражения печени
2. повреждения клеток печени
3. уменьшение массы функционирующей ткани
4. верно 1, 3
5. все перечисленное верно

819) Выбор препаратов и путей их введения при химиотерапии туберкулеза в сочетании с язвенной болезнью определяется

1. необходимостью интенсификации лечения туберкулеза
2. особенностью течения туберкулезного процесса
3. фазой течения язвенной болезни
4. наличием осложнений язвенной болезни
5. всем перечисленным

820) Наиболее высоким риском обострения и прогрессирования туберкулеза характеризуется

1. 1-й триместр беременности
2. 2-й триместр беременности
3. 3-й триместр беременности
4. 2-й и 3-й триместры беременности
5. беременность не влияет на течение туберкулеза

821) Вспышка и прогрессирование чаще наблюдается

1. при туберкулезе, выявленном до беременности и подвергавшимся химиотерапии
2. при туберкулезе, выявленном во время беременности
3. при хроническом деструктивном туберкулезе легких
4. верно 2 и 3
5. все перечисленное верно

822) Показаниями к прерыванию беременности при туберкулезе служит:

1. наличие активного туберкулезного процесса
2. наличие неактивных туберкулезных изменений
3. хронический деструктивный туберкулез
4. верно 1, 3
5. верно 1, 2

823) У женщин, больных туберкулезом, при беременности следует избегать в первую очередь применения

1. изониазида
2. стрептомицина
3. рифампицина
4. этамбутола
5. всех противотуберкулезных препаратов

824) Нервно-психические расстройства, вызванные самим туберкулезным процессом, могут быть связаны:

1. с общей интоксикацией организма;
2. с локальным поражением тех или иных органов и систем.
3. с побочным действием противотуберкулезных препаратов
4. со всем вышеперечисленным
5. ни с чем из вышеперечисленного

825) Какие психогенные реакции, чаще всего возникают у больного в связи с диагностированием у него туберкулезного заболевания

1. депрессивное состояние;
2. выраженная реактивная депрессия;
3. соматогенная астения
4. верно 1 и 3
5. психогенные реакции у таких больных некогда не возникают

826) Психические расстройства особенно отчетливо выступают при:

1. милиарном туберкулезе;
2. туберкулезном менингите;
3. подостром диссеминированном туберкулезе
4. далеко зашедшем фиброзно-кавернозном туберкулезе
5. все ответы верны

827) При туберкулезе, возникшем у больных сахарным диабетом, преобладают все следующие морфологические изменения, кроме

1. продуктивных
2. экссудативных
3. альтернативных
4. казеозных
5. нет верного ответа

828) Более вероятной причиной выпота в плевральную полость у лиц пожилого возраста является

1. саркоидоз
2. пневмония
3. туберкулез
4. злокачественная опухоль легкого
5. ТВГЛУ

829) У больных сахарным диабетом чаще встречаются следующие формы туберкулеза легких, кроме

1. очагового
2. инфильтративного

3. туберкулемы
4. верно 1,2
5. нет верного ответа

830) Течение сахарного диабета при присоединении туберкулеза характеризуется всем перечисленным, кроме

1. не изменяется
2. повышения потребности в инсулине
3. выявления потребности в инсулинотерапии
4. выявления склонности к кетоацидозу
5. чаще развивающихся других осложнений сахарного диабета

831) Кальцинация лимфоузлов при силикотуберкулезном бронхоадените

1. происходит по типу «тутовой ягоды»
2. происходит по типу «яичной скорлупы»
3. не происходит
4. может происходить как по типу «тутовой ягоды», так и по типу «яичной скорлупы»
5. все ответы не верны

832) Наиболее важным сиалогическим признаком, косвенно подтверждающим туберкулезную этиологию поражения легких, является

1. полость распада
2. инфильтрация вокруг патологического образования
3. фиброз в ткани вокруг патологического образования
4. полиморфные очаги в легочной ткани
5. гиперплазия внутригрудных лимфатических узлов

833) На течение туберкулеза у больных алкоголизмом существенно влияет

1. сниженный аппетит
2. недооценка больным своего состояния
3. плохая переносимость химиопрепаратов
4. большая распространенность туберкулезных изменений
5. все перечисленное

834) Развитию туберкулеза при системной красной волчанке способствует

1. изменения иммунной системы
2. проводимая глюкокортикоидная терапия
3. диспротеинемия
4. плохая переносимость медикаментов
5. изменения в легких, обусловленные системной красной волчанкой

835) Структура клинических форм туберкулеза у детей с ВИЧ-инфекцией

1. преимущественно регистрируется ПТК
2. преимущественно регистрируется ТВГЛУ
3. генерализованные формы встречаются у 50% детей
4. преобладают вторичные формы
5. нет верного ответа

836) Назовите особенности противотуберкулезной терапии больным, получающим калетру и ритонавир

1. не назначается рифампицин
2. назначается рифабутин
3. назначается рифампицин в высоких дозах
4. назначается рифампицин в низких дозах
5. верно 2,3

837. Показания к проведению химиопрофилактики туберкулеза детям с ВИЧ-инфекцией

1. детям из контактов с больными туберкулезом
2. в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции
3. с гиперэргической реакцией на туберкулин
4. при наличии иммунодефицита
5. все перечисленное

838.) Туберкулез при диффузных болезнях соединительной ткани в основном развивается в связи

1. с применением глюкокортикоидных гормонов
2. с хроническим течением этих болезней
3. с плохой переносимостью многих болезней
4. с нарушением белкового обмена
5. со всем вышеперечисленным

839) При осложнении гормональной терапии туберкулезом

1. гормоны следует отменить
2. суточную дозу гормонов необходимо уменьшить
3. суточную дозу гормона увеличить
4. тактику гормональной терапии определяют состояние заболевания, по поводу которого они применены
5. суточную дозу гормона менять не следует

840) Течение туберкулеза после родов чаще

1. благоприятное
2. не отличается от имевшего место во время беременности
3. характеризуется значительной опасностью прогрессирования процесса
4. характеризуется значительной опасностью прогрессирования только при хроническом туберкулезе
5. характеризуется значительной опасностью прогрессирования только при сочетании туберкулеза и ВИЧ инфекции

841) Повышенный риск заболевания сочетанной инфекцией имеют следующие группы лиц:

1. внутривенные наркоманы
2. лица, занимающиеся платными сексуальными услугами
3. социально-дезадаптированные элементы
4. медицинские работники
5. все перечисленные

842) При лимфогранулематозе у вакцинированного ребенка может быть анергия:

1. Первичная
2. Вторичная активная
3. Вторичная пассивная

4. Вторичная спонтанная

5. Все ответы верны

843) У психически больных бактериовыделение встречается

1. в 10-20 %

2. в 30-40%

3. в 60-70%

4. в 20-30%

5. в 90-100%

844) У психически больных в легких при туберкулезе обнаруживают полости распада

1. 50%

2. 20%

3. 80%

4. 40%

5. 30%

845) У каких психически больных туберкулез протекает более торпидно и менее тяжелого

1. у апатичных

2. у бездейтельных, заторможенных больных

3. у активных, подвижных больных

4. у заторможенных больных

5. все ответы неверны

846) Кто чаще всего заболевает туберкулезом, среди людей, страдающих психическими заболеваниями

1. шизофрения

2. расстройства настроения (аффективные расстройства)

3. невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства

4. умственная отсталость

5. все ответы верны

847) Туберкулез в сочетании с алкоголизмом чаще возникает

1. у мужчин и женщин в возрасте от 30 до 40 лет

2. у мужчин и женщин в возрасте от 20 до 30 лет

3. у мужчин в возрасте от 30 до 60 лет

4. у женщин в возрасте от 30 до 60 лет

5. в любом возрасте, независимо от пола

848) При кавернозном, ограниченном фиброзно-кавернозном туберкулезе, туберкулезе у людей, страдающих алкоголизмом

1. обязательно хирургическое вмешательство

2. возможно хирургического вмешательства

3. хирургическое вмешательство не требуется

4. лечение производится амбулаторно

5. все ответы не верны

849) При прогрессирующем туберкулезе у больных, страдающих алкоголизмом, проявляются

1. симптомы интоксикации, сухой кашель

2. субфебрильная температура, боль в боку, сухой кашель
3. фебрильная температура, симптому интоксикации, кашей мокротой, одышка
4. субфебрильная температура, кашель с мокротой
5. все ответы неверны

850) Признаками силикотуберкулеза являются

1. наличие инкапсулированной каверны
2. наличие только нодулобронхиальных свищей
3. наличие инкапсулированной каверны, одного или нескольких нодулобронхиальных свищей
4. либо наличие инкапсулированной каверны, либо нескольких нодулобронхиальных свищей
5. данные признаки не характерны для силикотуберкулеза

851) Неспецифическое воспаление является постоянным морфологическим и клиническим компонентом

1. только при диссеминированном туберкулезе
2. только при фиброзно-кавернозном туберкулезе
3. только при цирротическом туберкулезе
4. при диссеминированном, фиброзно-кавернозном и цирротическом туберкулезе
5. при диссеминированном и цирротическом туберкулезе

852) У больных активным туберкулезом при обострении неспецифического воспаления у больных сахарным диабетом

1. появляется одышка и цианоз, повышается температура тела, увеличивается СОЭ
2. одышка и цианоз не характерны
3. появляется одышка и цианоз, снижается СОЭ
4. появляется одышка и цианоз, температура тела остается нормальной, СОЭ не повышается
5. все признаки не характерны

853) Казеозная пневмония у больных сахарным диабетом сопровождается

1. значительным укорочением перкуторного звука
2. разнокалиберными влажными хрипами
3. значительным укорочением перкуторного звука и разнокалиберными влажными хрипами
4. сухими хрипами
5. мелкопузырчатыми влажными хрипами

854) Ограниченные формы туберкулеза легких у больных сахарным диабетом протекают

1. с маловыраженными клиническими симптомами
2. с ярко выраженными клиническими симптомами
3. бессимптомно
4. с высокой температурой
5. без температуры, но сопровождаясь сильной болью в боку

855) Туберкулез в сочетании с язвенной болезнью желудка чаще возникает

1. у женщин 30-40 лет
2. у женщин 40-60 лет
3. у мужчин 30-40 лет
4. у детей
5. у мужчин 40-60 лет

856) Показания к назначению химиопрофилактики туберкулеза ВИЧ-инфицированным беременным женщинам:

1. положительная реакция на туберкулин
2. наличие контакта с больным туберкулезом
3. наличие контакта с больным туберкулеза в анамнезе
4. все перечисленное
5. ничего из вышеперечисленного

857). Ликвор при базилярной форме туберкулезного менингита

1. белого цвета
2. бесцветный опалесцирующий
3. розовый
4. зеленый
5. желтый

858). При исследовании ликвора при туберкулезном менингите количества белка будет

1. 1,5 г/л
2. 0,25 г/л
3. 0,15 г/л
4. 0,033 г/л
5. 20 г/л

859). В клеточном составе при исследовании ликвора больного туберкулезным менингитом преобладают

1. эозинофилы
2. нейтрофилы
3. базофилы
4. эритроциты
5. лимфоциты

860). Количество сахара в спинномозговой жидкости у больного туберкулезным менингитом

1. постепенно нарастает
2. очень высокое
3. снижено
4. нормальное
5. сначала нормальное, затем повышается

861. Важный симптом продромального периода при туберкулезном менингите не

1. температура тела 39°
2. рвота
3. жидкий стул
4. кашель
5. заложенность носа

862. У ребенка раннего возраста особенностями туберкулезного менингита являются

1. постепенное начало заболевания
2. появление судорог на 3-й неделе болезни
3. отсутствие менингеальных симптомов
4. появление на ранних сроках судорог, потеря сознания, парезы, параличи
5. изменения только в легких

863. В ликворе при базилярном менингите туберкулезной природы можно определить

1. давление ликвора 80 мм вод.ст.

2. выпадение грубой фибринозной пленки
3. повышенное содержание сахара и хлоридов
4. пониженное содержание сахара и хлоридов
5. нормальное содержание белка

864. Туберкулезный менингоэнцефалит характеризуется

1. судорогами
2. парезами и параличами по периферическому типу
3. сохранением сознания
4. нормальной температурой тела
5. нарушением тазовых функций

865. Диагноз туберкулезного менингита ставится на основании

1. сведений о контакте с больным ВИЧ-инфекцией
2. вирусного гепатита в анамнезе
3. отсутствия данных о пробах Манту с 2 Т.Е.
4. наблюдения неврологом по поводу эпилепсии
5. обследования в прошлом в противотуберкулезном диспансере по поводу факта инфицирования МБТ

866. Дифференциальную диагностику туберкулезного менингита проводят

1. с посттравматической гидроцефалией
2. с серозными менингитами (при эпидемическом паротите, кори, энтеровирусе)
3. с эпилепсией
4. с задержкой психомоторного и речевого развития
5. гнойные менингиты

867. Длительность продромального периода при туберкулезном менингите у детей составляет

1. 1-3 дня
2. 1 неделя
3. 2,5 недели
4. 6-8 недель
5. 6 месяцев

868. Для благоприятного исхода заболевания диагноз туберкулезного менингита необходимо установить

1. в первые 2 дня заболевания
2. в течение месяца
3. до 10 дня заболевания
4. до 21 дня от начала заболевания
5. через 1,5 месяца от начала болезни

869. Какое количество противотуберкулезных препаратов назначают больному при установлении диагноза туберкулезного менингита

1. четыре
2. три
3. один
4. два
5. шесть

870. В периоде раздражения ЦНС при туберкулезном менингите у детей определяются следующие симптомы

- 1) нормальная температура тела

- 2) поражение черепно-мозговых нервов
- 3) судороги
- 4) положительные менингеальные симптомы
- 5) второй и четвертый ответы

871. Обычно период раздражения ЦНС при базилярной форме туберкулезного менингита начинается

- 1. через 3 дня от начала болезни
- 2. на 21 день
- 3. с 1 по 7 день
- 4. с 8 по 14 день
- 5. через 1,5 мес.

872. Спинномозговая жидкость при спинальной форме туберкулезного менингита

- 1. бесцветная
- 2. с нормальным содержанием сахара и хлоридов
- 3. с повышенным содержанием сахара и хлоридов
- 4. выявляется клеточно-белковая диссоциация
- 5. выявляется белково-клеточная диссоциация

873. Осложнением туберкулезного менингита может быть

- 1. хронический гепатит
- 2. хронический бронхит
- 3. гидроцефалия
- 4. нейродермит
- 5. хронический гастрит

874. С какой вероятностью можно обнаружить возбудителя туберкулеза в ликворе методом посева

- 1. 100%
- 2. 10-20%
- 3. 50%
- 4. 70%
- 5. 1%

875. Осмотру каких специалистов подвергается больной туберкулезным менингитом

- 1. окулиста
- 2. пульмонолога
- 3. кардиолога
- 4. физиотерапевта
- 5. отоларинголога

876. Возбудителем иммунодефицита человека 1 и 2 типа является

- а) ретровирусы
- б) цитомегаловирус
- в) атипичные микобактерии
- г) вирус простого герпеса
- д) все перечисленные

877. Резервуаром инфекции ВИЧ является:

- а) человек, больной СПИДом

- б) бессимптомный вирусоноситель
- в) вирусоноситель на любой стадии процесса
- г) все перечисленные

878. Передача вируса ВИЧ реализуется всеми перечисленными путями, кроме:

- а) при гемотрансфузии
- б) при лечебно-диагностических манипуляциях
- в) при трансплантации органов
- г) при искусственном оплодотворении
- д) аэрогенным путем

879. Повышенный риск заболевания сочетанной инфекцией имеют следующие группы лиц:

- а) внутривенные наркоманы
- б) лица, занимающиеся платными сексуальными услугами
- в) социально-дезадаптированные элементы
- г) медицинские работники
- д) все перечисленные

880. Более высокая заражающая доза ВИЧ содержится в:

- а) грудном молоке
- б) вагинальном секрете
- в) в сперме
- г) в крови
- д) в слюне

881. Назовите пути передачи ВИЧ ребенку от матери:

- а) перинатальный
- б) антенатальный
- в) грудное вскармливание
- д) все перечисленные

882. Наименее опасный путь передачи ВИЧ ребенку от матери:

- а) перинатальный
- б) антенатальный
- в) грудное вскармливание

883. Трансплацентарное заражение плода подтверждается:

- а) наличием положительной ПЦР ДНК ВИЧ у плода на 8-12 неделе беременности
- б) выделением ВИЧ при рождении
- в) факт ранней заболеваемости младенцев
- г) все перечисленные

884. Послеродовая передача вируса подтверждается:

- а) выделение ВИЧ в компонентах грудного молока
- б) отказ от кормления
- в) ранняя заболеваемость младенцев
- г) выявление положительной ПЦР ДНК ВИЧ в первые дни после рождения

885. Инфицирование в родах подтверждается:

- а) обнаружением вируса в течение 48 часов после рождения
- б) обнаружение вируса между 7 и 90 днями после рождения
- в) обнаружение вируса у плода

886. Факторы, влияющие на передачу ВИЧ от матери ребенку:

- а) вирусные
- б) материнские
- в) акушерские
- г) плодные
- д) младенческие
- е) все перечисленные

887. Вирусные факторы, влияющие на передачу ВИЧ от матери ребенку:

- а) вирусная нагрузка
- б) вирусный генотип
- в) вирусная устойчивость
- г) все перечисленные

888. Длительность лечения больного туберкулезным менингитом составляет

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

889. Для диагностики туберкулеза внелегочной локализации необходимо учесть

- 1. сведения о прививках против гриппа
- 2. сведения о частых простудных заболеваниях
- 3. обнаружение МБТ в отделяемом из свища
- 4. признаки гипотиреоза
- 5. применение гормональной терапии

890. При туберкулез периферических лимфоузлов определяются

- 1. тестоватые на ощупь увеличенные во многих группах периферические лимфоузлы
- 2. увеличенные плотные безболезненные не спаянные друг с другом лимфоузлы ("картошка в мешке")
- 3. в пунктате обнаруживаются гигантские клетки Березовского-Штернберга
- 4. в пунктате обнаруживается хламидия
- 5. в пунктате обнаруживаются МБТ

891. При объективном осмотре больного туберкулезным мезоаденитом следует обратить внимание

- 1. на высокую лихорадку
- 2. "малиновый" язык
- 3. повышенный аппетит
- 4. боли в животе (вокруг пупка или в правой подвздошной области)
- 5. фонтановидную постоянную рвоту

892. Заподозрить туберкулез мочевыделительной системы позволяют

1. поствакцинная аллергия
2. данные о контактах с больным ВИЧ-инфекцией
3. длительное упорное малосимптомное течение урологического заболевания
4. увеличение печени и селезенки
5. температура тела 39°

893. Туберкулезный спондилит характеризуется

1. нарушением тазовых функций
2. поражением тел позвонков
3. поражением дужек позвонков
4. отсутствием изменений со стороны мягких тканей
5. болями в спине в дневное время суток

894. В показателях периферической крови у больного туберкулезным менингитом можно отметить

1. эозинофилию
2. умеренный лейкоцитоз
3. лимфоцитоз
4. анемию III ст.
5. нормальную СОЭ

895. При спинальной форме туберкулезного менингита в ликворе в люмбальном отделе определяется

1. образование грубой фибринозной пленки
2. значительное снижение сахара и хлоридов
3. нормальное содержание сахара и хлоридов
4. ликвор бесцветный
5. нормальное содержание белка

896. Имеют значение для развития туберкулезного менингита

1. наличие в анамнезе сахарного диабета
2. лечение антибиотиками
3. введение γ -глобулинов
4. наличие контакта с туберкулезными больными
5. наличие миопии высокой степени

897. Схожими показателями в спинномозговой жидкости при туберкулезном и пневмококковом менингитах будут

1. повышение сахара и хлоридов
2. снижение сахара и хлоридов
3. высокое давление
4. выпадение грубой фибринозной пленки
5. нейтрофильный плеоцитоз

898. Особенности костно-суставного туберкулеза у детей раннего возраста являются

1. малосимптомное начало заболевания
2. положительные туберкулиновые пробы
3. выявление активных туберкулезных изменений в легочной ткани и (или) внутригрудных лимфоузлах
4. отрицательная туберкулиновая чувствительность
5. перелом по типу "зеленой веточки"

899. У больного туберкулезным перитонитом экссудат

1. белого цвета
2. проба Ривальта отрицательная
3. реакция кислая
4. удельный вес 1001-1010
5. лимонно-желтого цвета

900. Для туберкулезного перитонита не характерно

1. наличия интоксикации
2. наличие диспепсических расстройств
3. гиперемия кожных покровов и слизистых
4. наличие тошноты и рвоты
5. боли в животе

901. Комплексное лечение больного туберкулезным лимфаденитом включает

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

902. Проводить дифференциальную диагностику туберкулезного лимфаденита нужно

1. с лимфогранулематозом
2. с корью
3. с саркоидозом
4. с псевдотуберкулезом
5. со скарлатиной

903. Диагностируется туберкулезный лимфаденит на основании

1. контакта с больным мононуклеозом
2. жалоб на кашель
3. укуса кошки
4. гистологического исследования периферического лимфоузла
5. клинического исследования крови

904. Для туберкулеза периферических лимфоузлов чаще не характерно поражение

1. подмышечных лимфоузлов
2. шейных лимфоузлов
3. затылочных лимфоузлов
4. паховых лимфоузлов
5. подчелюстных лимфоузлов

905. В начале заболевания туберкулезным лимфаденитом пораженные лимфоузлы

1. с явлениями периаденита
2. плотные
3. болезненные
4. спаянные неподвижные
5. увеличены до 0,5-1 см эластичные

906. Туберкулиновая чувствительность при туберкулезе периферических лимфоузлов чаще

1. неадекватная парадоксальная
2. отрицательная
3. сомнительная или нормергическая
4. гиперергическая
5. уравнивающая

907. При свищевой форме туберкулезного лимфаденита используют

1. антибактериальную терапию широкого спектра
2. только хирургическое лечение
3. консервативную терапию и физиотерапию
4. комбинацию хирургического и консервативного лечения
5. только консервативную терапию

908. Лечение туберкулезного лимфаденита начинают с

1. трех туберкулостатических препаратов
2. четырех туберкулостатических препаратов
3. двух туберкулостатических препаратов
4. одного туберкулостатика и антибиотика широкого спектра
5. двух антибиотиков широкого спектра

909. В клинической картине у больного костно-суставным туберкулезом можно отметить

1. признаки «горячего» воспаления в пораженном суставе
2. усиление болей после нагрузки и устойчивый характер хромоты
3. отсутствие атрофии тканей больной конечности
4. отсутствие контрактуры сустава
5. высокую температуру тела

910. Для туберкулезного поражения кости основными рентгенологическими признаками являются

1. остеосклероз кости
2. нормальная величина суставной щели
3. очаговый характер первичной костной деструкции
4. строго изолированный характер поражения в эпифизе кости
5. поздняя деформация и нарушение правильной оси конечности

911. При ограниченных очаговых поражениях кости туберкулезной природы применяют

1. аппарат Илизарова
2. наложение давящей повязки
3. радикально-восстановительную операцию
4. радикально-реконструктивную операцию
5. некрэктомию и костно-пластическое заполнение костного дефекта

912. Дифференцировать туберкулезный спондилит необходимо

1. с болезнью «кошачьей царапины»
2. со сколиозом
3. с опоясывающим лишаем
4. с остеохондромой
5. с остеомиелитом

913. Активные формы костно-суставного туберкулеза дают в клиническом анализе крови

1. лейкоцитоз с нейтрофилезом
2. эозинофилию
3. лимфопению
4. моноцитопению
5. нормальную СОЭ

914. Лечение больного с костно-суставным туберкулезом осуществляется

1. в поликлинике
2. в хирургическом отделении районной больницы
3. в санатории общего профиля
4. в костно-туберкулезном стационаре
5. в противотуберкулезном диспансере

915. Микобактерия туберкулеза проникает в почки

1. лимфогенным путем
2. гематогенным путем
3. уриногенным путем
4. трансплацентарным путем
5. бронхогенным путем

916. При туберкулеза паренхимы почек начало заболевания чаще

1. острое
2. постепенное, малозаметное
3. с резкого подъема температуры тела до фебрильных цифр
4. с резких болей в области пупка
5. с рвоты

917. При нефротуберкулезе в моче больного определяется

1. цилиндрурия
2. щелочная реакция мочи
3. небольшая протеинурия
4. большая протеинурия
5. макролейкоцитурия

918. Дифференцируют туберкулез почек

1. с аднекситом
2. с острым простатитом
3. с вульвовагинитом
4. с эндометриозом
5. с пиелонефритом

919. Основным методом выявления нефротуберкулеза являются

1. рентгенологический
2. клинический
3. туберкулинодиагностика
4. микробиологический
5. эпидемиологический

920. Проведение внутривенной урографии больному нефротуберкулезом

1. является единственным методом диагностики
2. не является единственным методом диагностики
3. является малоэффективным методом диагностики
4. является основой морфологической диагностики
5. является основой для бактериологической диагностики

921. Для установления диагноза туберкулеза мочевой системы следует обращать внимание на

1. наличие контакта с больными туберкулезом
2. ранее перенесенный внелегочный туберкулез
3. текущий туберкулез других локализаций
4. отсутствие вакцинации БЦЖ
5. все выше перечисленные факторы

922. Вспомогательное значение у больных с подозрением на туберкулез мочевой системы имеет

1. рентгенологический метод
2. микробиологический метод
3. провокационная туберкулиновая проба
4. серологический метод
5. реносцинтиграфия

923. Меньшие дозы противотуберкулезных препаратов у больных нефротуберкулезом используют в случае

1. распространенного процесса
2. нарушения функции почек
3. присоединения туберкулеза кожи
4. присоединения бактериального менингита
5. присоединения острой пневмонии

924. Использовать патогенетическую терапию при мочеполовом туберкулезе - это

1. препятствовать возникновению стеноза мочевых путей
2. уменьшить интенсивность воспаления
3. уменьшить аллергическое действие противотуберкулезных препаратов
4. усилить действие противотуберкулезных препаратов
5. способствовать исчезновению микобактерии туберкулеза из мочи

925. Снижение вдвое суточной дозы туберкулостатиков больным со сниженной функцией почек или единственной почкой обусловлено

1. риском появления аллергических реакций
2. кумуляцией препаратов в организме и риском возникновения их токсического действия
3. и тем, и другим
4. ни тем, ни другим
5. риском присоединения вторичной инфекции

926. Микобактерии туберкулеза проникают в кости и суставы

1. лимфогенным путем из внутригрудных лимфатических узлов
2. лимфогенным из очагов в легочной ткани
3. трансплацентарным путем
4. контактным путем при переходе инфекции с мягких тканей на костную

5. гематогенным путем

927. Наибольшую информацию для диагностики костно-суставного туберкулеза дает

1. туберкулинодиагностика
2. бактериологическое исследование
3. рентгенологическое исследование
4. лабораторные анализы крови и ее плазмы
5. серологическое исследование

928. Микобактерии туберкулеза проникают в орган зрения

1. лимфогенным путем, из очага поражения в периферических лимфоузлах
2. лимфогенным путем, из пораженных внутригрудных лимфоузлов
3. гематогенным путем, из первичного очага в легочной ткани
4. гематогенным путем (период бактеримии)
5. контактным путем

929. Чаще туберкулез глаз протекает как

1. туберкулез конъюнктивы глаз
2. туберкулезный кератит и склерит
3. туберкулезный иридоциклит
4. туберкулезный хореоретинит
5. туберкулезный увеит

930. Туберкулино-глазная проба

1. имеет диагностическое значение
2. не имеет диагностической ценности
3. улучшает самочувствие больного
4. является критерием назначения неспецифической терапии
5. является прогностической

931. Лечебные мероприятия при туберкулезе глаз включают в себя

1. общее лечение противотуберкулезными препаратами
2. общее и местное лечение противотуберкулезными препаратами
3. только местное лечение противотуберкулезными препаратами
4. хирургическое лечение
5. общее лечение противотуберкулезными препаратами в сочетании с хирургическим

932. Использование патогенетических средств при лечении туберкулеза глаз позволяет

1. уменьшить побочное действие химиопрепаратов
2. снизить воспалительную реакцию
3. уменьшить развитие рубцовых изменений в структурах органа зрения
4. уменьшить применение количества туберкулостатических препаратов
5. уменьшить аллергические реакции

933. В клинической картине туберкулеза периферических лимфоузлов доминирует

1. отечность кожи в области лимфаденита
2. болезненность при пальпации лимфоузла
3. появление свища
4. увеличение лимфатических узлов с признаками периаденита

5. увеличение лимфатических узлов без признаков периаденита

934. Дифференцировать туберкулезный лимфаденит необходимо

1. с опухолевыми поражениями (лимфома Ходжкина, лимфосаркома и др.)
2. с неспецифическим лимфаденитом
3. с поражением лимфатических узлов при саркоидозе
4. с фелинозом
5. со всеми перечисленными болезнями

935. Основным методом диагностики туберкулеза периферических лимфатических узлов является

1. биопсия
2. пробное лечение антибиотиками
3. клиническая картина заболевания
4. выявленный контакт с больным туберкулезом
5. сведения об отсутствии ревакцинации БЦЖ

936. Туберкулезный лимфаденит чаще сочетается

1. с туберкулезом легких
2. с туберкулезом внутригрудных лимфоузлов
3. с туберкулезом почек
4. с костно-суставным туберкулезом
5. с туберкулезом глаз

937. Наиболее частым осложнением туберкулезного лимфаденита является

1. присоединение вторичной флоры
2. кровотечение
3. аллергические реакции
4. образование свищей
5. появление язвы

938. При туберкулезном лимфадените применяют

1. только общее лечение
2. только местное лечение
3. сочетают общее лечение с местным
4. иногда сочетают общее лечение с местным
5. только хирургическое лечение

939. Критериями излечения туберкулезного лимфаденита является

1. закрытие свищей
2. исчезновение интоксикации
3. уменьшение размера лимфоузлов
4. уплотнение ткани лимфоузлов
5. все перечисленные

940. Основным показанием к оперативному лечению при туберкулезе периферических лимфатических узлов является

1. отечность в области лимфоузла
2. кальцинат 1 см
3. уплотнение ткани лимфоузла

4. образование свища
5. зуд кожи в области пораженного лимфоузла

941. Основной путь проникновения микобактерий туберкулеза в мозговые оболочки – это

1. лимфогенный из очага в легком
2. лимфогенный из периферических лимфоузлов
3. лимфогенный из внутригрудных лимфоузлов
4. гематогенный, из первичного очага или очагов отсевов первичного туберкулеза
5. все перечисленные

942. При туберкулезном менингите преимущественно поражаются

1. мозговые оболочки
2. вещество головного мозга
3. ствол головного мозга
4. вещество спинного мозга
5. сосуды головного мозга

943. В дифференциальной диагностике туберкулезного менингита и других заболеваний центральной нервной системы помогает

1. исследование периферической крови
2. исследование спинномозговой жидкости
3. биохимическое исследование крови
4. исследование глазного дна
5. рентгенологическое исследование

944. Показаниями для проведения люмбальной пункции являются

1. потеря сознания
2. нарушение иннервации черепно-мозговых нервов
3. наличие менингеальных симптомов
4. рвота
5. головная боль

945. При патологоанатомическом исследовании туберкулеза кишечника можно выделить

1. язвенную форму
2. гипертрофическую форму
3. язвенно-гипертрофическую
4. инфильтративную и фистулезную форму
5. первую, вторую и третью

946. После заживления туберкулезного язвенного поражения кишечника обнаруживается

1. сужение просвета кишки
2. значительное укорочение кишки
3. сужение и укорочение кишки
4. расширение просвета кишки
5. изменений не определяется

947. Развитие туберкулеза кишечника идет

1. постепенно в течение месяца
2. медленно в течение нескольких лет

3. быстро в течение недели
4. волнообразно в течение 2-х дней
5. внезапно

948. В дифференциальной диагностике туберкулеза кишечника играет значительную роль

1. копрологическое исследование
2. объективное обследование
3. серологические тесты
4. исследование на микобактерии туберкулеза
5. реакция Грегерсена

949. Важно обратить внимание при туберкулезе кишечника у больного на

1. похудание, вплоть до истощения
2. ноющие боли вокруг пупка и в правой подвздошной области
3. тошноту, отрыжку, метеоризм
4. нерегулярный стул
5. все перечисленное

950. Туберкулез кишечника дифференцируют

1. с хроническим аппендицитом
2. с глистной инвазией
3. с язвенным колитом
4. с опухолями кишечника
5. со всем перечисленным

951. Лечебные мероприятия при туберкулезе кишечника включают

1. применение антибиотиков
2. применение туберкулостатиков
3. хирургическое лечение
4. использование противотуберкулезных препаратов и диеты
5. применение противовоспалительных и десенсибилизирующих средств

952. Наибольшую информацию для диагностики туберкулеза кишечника имеет

1. рентгенологическое исследование
2. туберкулинодиагностика
3. копрологическое исследование
4. лабораторные анализы крови и ее плазмы
5. серологическое исследование

953. Длительность специфической терапии при туберкулезе кишечника составляет

1. 2-3 мес.
2. 8-12 мес.
3. 7-14 дней
4. 6 мес.
5. 4 недели

954. Туберкулез брюшины развивается лимфогематогенным путем

1. из первичного очага
2. является осложнением туберкулезного мезоаденита

3. является осложнением туберкулеза кишечника
4. является осложнением туберкулеза позвоночника
5. все перечисленное

955. Экссудативная форма туберкулеза брюшины характеризуется наличием

1. симптома Штирлина
2. феномена «шахматной доски»
3. симптома Щеткина-Блюмберга
4. симптома ундуляции
5. симптома Пастернацкого

956. При слипчивой форме туберкулезного перитонита характерно

1. острое течение
2. волнообразное течение
3. и острое, и волнообразное течение
4. подострое течение
5. подострое и волнообразное течение

957. Осложнениями слипчивого туберкулезного перитонита являются

1. сужение кишечника
2. абсцесс на париетальной брюшине
3. частичная непроходимость
4. казеозно-некротические язвы на поверхности брюшины
5. все перечисленное

958. Чувствительность к туберкулину при туберкулезном перитоните чаще

1. отрицательная
2. сомнительная
3. гиперергическая
4. инвертированная
5. положительная

959. В клиническом анализе крови у больного туберкулезным перитонитом выявляется

1. умеренный лейкоцитоз
2. анемия
3. лимфопения и моноцитоз
4. палочкоядерный сдвиг влево и высокая СОЭ
5. все вместе

960. При исследовании экссудата у больного туберкулезным перитонитом выявляется

1. цвет белесоватый, мутный
2. содержание белка 20-60 г/л
3. содержание белка до 5 г/л
4. количество нейтрофилов 70-80%
5. количество лимфоцитов 20%

961. Для диагностики туберкулезного перитонита важное значение имеет

1. клиническая картина
2. серология

3. туберкулинодиагностика
4. анализы крови
5. поиски возбудителя в экссудате

962. Диагностируют туберкулезный мезоаденит на основании

1. туберкулинодиагностики
2. клинической картины
3. рентгенологической картины
4. серологических тестов
5. исследования крови

963. Длительность лечения туберкулеза брыжеечных лимфатических узлов

1. 7 -10 дней
2. 1 месяц
3. 3 месяца
4. 6 месяцев
5. 10-12 мес. и больше

964. Положительный эффект в лечение туберкулезного мезоаденита оказывает

1. использование рибоксина
2. использование больших доз витамина В12
3. применение гепатопротекторов
4. применение преднизолона
5. использование парацетамола

965. Туберкулезный мезоаденит характеризуется

1. болями вокруг пупка
2. болями в правой подвздошной области
3. тошнотой, рвотой
4. неустойчивым стулом
5. все вместе

966. Какая форма туберкулеза кожи является причиной различных мутиляций на лице, конечностях

1. бородавчатый туберкулез кожи
2. туберкулезная волчанка
3. лихеноидный туберкулез кожи
4. уплотненная (индуративная) эритема
5. папуло-некротическая форма туберкулеза кожи

967. Какие формы туберкулеза кожи чаще встречаются у детей

1. скрофулодерма
2. бородавчатый туберкулез кожи
3. лихеноидный туберкулез кожи
4. язвенный туберкулез кожи
5. ни один из перечисленных

968. Какие признаки не характерны для туберкулеза кожи

1. в большом количестве высеив микобактерий туберкулеза
2. положительные туберкулиновые пробы

3. обнаружение лимфоидных, эпителиоидных и гигантских клеток Лангханса
4. наличие очагов скрофулодермы на шее, в надключичной и подключичной областях
5. все перечисленные

969. Периферическая полиадения характерна для туберкулезной инфекции:

1. первичного периода
2. вторичного периода
3. первичного и вторичного периода
4. при сочетании с ВИЧ-инфекцией
5. не характерна для туберкулеза

970. 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
5. ночные - с 1 до 4 часов

971. К клиническим проявлениям параспецифических реакций относятся следующие:

1. рубец после БЦЖ, аллергические блефариты, конъюнктивиты, аллергические сыпи
2. узловатая эритема, келоидный рубец, аллергический кератоконъюнктивит
3. аллергический ринит, бронхит; аллергические конъюнктивиты, блефариты; узловатая эритема
4. туберкулезная волчанка, узловатая эритема, аллергические сыпи, аллергический блефарит
5. аллергические конъюнктивиты, блефариты, очаговые ретиноваскулиты; невриты зрительного и слухового нервов; узловатая эритема

972. Самыми первыми симптомами заболевания при туберкулезной инфекции обычно являются симптомы:

1. кашель
2. слабость, утомляемость
3. тахикардия
4. одышка
5. субфебрильная температура

973. К симптомам увеличения внутригрудных лимфатических узлов относятся следующие:

1. Симптом Поттенджера-Штемберга, симптом д'Эспина, симптом Аркавина, симптом чаши Философова
2. Симптом чаши Философова, симптом д'Эспина, симптом Аркавина, симптом Клиина
3. Симптом чаши Философова, симптом д'Эспина, симптом Аркавина, симптом, симптом Волковича
4. Симптом чаши Философова, симптом Франка, Симптом Поттенджера-Штемберга, симптом д'Эспина, симптом Аркавина

5. Симптом чаши Философова, симптом Видергофера, Симптом Поттенджера-Штемберга, симптом д'Эспина, симптом Аркавина

974. Симптом чаши Философова позволяет выявлять:

1. очаги в верхушках легочной ткани
2. увеличенные бронхопульмональные лимфатические узлы
3. увеличенные паратрахеальные и трахеобронхиальные лимфатические узлы
4. увеличенные бифуркационные внутригрудные лимфатические узлы
5. очаги в 4, 5 сегментах легочной ткани

975. Симптом Кораньи позволяет выявлять:

1. очаги в верхушках легочной ткани
2. увеличенные бронхопульмональные лимфатические узлы
3. увеличенные паратрахеальные и бронхопульмональные лимфатические узлы
4. увеличенные бифуркационные лимфатические узлы
5. очаги в нижних отделах легких

976. Симптом Поттенджера-Штемберга позволяет выявлять:

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

977. Мокрота при туберкулезе имеет следующие характерные признаки:

1. зеленого цвета, вязкая, обильная
2. желтого цвета, жидкая, скудная
3. бело-серого цвета, вязкая, скудная
4. ржавого цвета, жидкая, обильная
5. темно-красного цвета, вязкая, скудная

978. При туберкулезном бронхоадените кашель может быть следующего характера:

1. длительное сухое подкашливание, астмоподобный, коклюшеподобный
2. длительный кашель с умеренной слизистой мокротой
3. длительный кашель со скудной мокротой бело-серого цвета
4. периодический кашель с вязкой мокротой темно-красного цвета
5. при данной форме туберкулеза не наблюдается

979. При первичном туберкулезе наиболее характерны следующие виды осложнений:

1. Легочное кровотечение, ателектаз, эмфизема, бронхолегочное поражение
2. Ателектаз, легочное кровотечение, гематогенная диссеминация, гиповентиляция
3. Плеврит, легочное кровотечение, ателектаз, бронхолегочное поражение

4. Пневмоторакс, плеврит, ателектаз, гематогенная диссеминация
5. Ателектаз, плеврит, бронхолегочное поражение, гематогенная диссеминация

980. При вторичном туберкулезе наиболее характерны следующие виды осложнений:

1. Легочное кровотечение, бронхолегочное поражение, гиповентиляция, амилоидоз внутренних органов
2. Плеврит, ателектаз, туберкулез бронхов, лимфогенная и гематогенная диссеминация, спонтанный пневмоторакс
3. Амилоидоз внутренних органов, сердечно-легочная недостаточность, легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс
4. Спонтанный пневмоторакс, легочное кровотечение, сердечно-легочная недостаточность, бронхолегочное поражение
5. Легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, плеврит, амилоидоз внутренних органов

981. Различают следующие три формы туберкулеза бронхов:

1. Инфильтративная, язвенная, пролиферативная
2. Инфильтративная, язвенная, индуративная
3. Инфильтративная, индуративная, фистулезная
4. Инфильтративная, язвенная, фистулезная
5. Экссудативная, язвенная, пролиферативная

982. Бронхолегочное поражение могут включать следующие патологические изменения:

1. специфическое воспаление в дренирующем бронхе, специфическое или неспецифическое воспаление в вентилируемой измененным бронхом легочной ткани
2. неспецифическое воспаление в дренирующем бронхе, специфическое или неспецифическое воспаление в вентилируемой измененным бронхом легочной ткани
3. специфическое воспаление в вентилируемой измененным бронхом легочной ткани, неспецифическое воспаление в вентилируемой измененным бронхом легочной ткани
4. специфическое воспаление в дренирующем бронхе, специфическое воспаление в вентилируемой измененным бронхом легочной ткани
5. специфическое или неспецифическое воспаление в вентилируемой измененным бронхом легочной ткани, перифокальный плеврит

983. Различают следующие три формы туберкулезного плеврита:

1. гиперергический, преимущественно экссудативный, собственно туберкулез плевры
2. преимущественно аллергический, преимущественно экссудативный, собственно туберкулез плевры
3. преимущественно экссудативный, перифокальный, собственно туберкулез плевры
4. преимущественно аллергический, экссудативный, собственно туберкулез плевры
5. преимущественно аллергический, перифокальный, собственно туберкулез плевры

984. При бронхоскопическом исследовании инфильтративная форма туберкулеза бронха визуализируется в виде:

1. разлитой инфильтрации слизистой бронха с переходом на нижележащие бронхиальные ветви
2. Разлитой инфильтрации слизистой бронха с переходом на смежные бронхиальные ветви

3. Разлитой инфильтрации слизистой бронха с переходом на вышележащие бронхиальные ветви
4. Ограниченной незначительно выбухающей в просвет бронха инфильтрацией
5. Ограниченной значительно выбухающей в просвет бронха инфильтрацией

985. При туберкулезном плеврите характерен следующий состав экссудата:

1. нейтрофильный цитоз, небольшое количество мезотелиальных клеток, повышенное содержание эозинофилов
2. лимфоцитарный цитоз, небольшое количество мезотелиальных клеток, повышенное содержание эозинофилов
3. нейтрофильный цитоз, небольшое количество мезотелиальных клеток, сниженное содержание эозинофилов
4. лимфоцитарный цитоз, повышенное количество мезотелиальных клеток, повышенное содержание эозинофилов
5. лимфоцитарный цитоз, небольшое количество мезотелиальных клеток, сниженное содержание эозинофилов

986. Гематогенные кальцинированные очаги отсева в легочной ткани называются очагами:

1. Гона
2. Коха
3. Кораньи
4. Симона
5. Филатов

987. При казеозной пневмонии в легочной ткани преобладают следующие морфологические изменения:

1. инфильтративные
2. казеозно-инфильтративные
3. казеозный распад
4. казеозно-продуктивное воспаление
5. деформирующий фиброз

988. При каких видах осложнений первичного туберкулеза как правило имеет место бактериовыделение:

1. язвенная форма туберкулеза бронха, гематогенные очаги отсева, первичная каверна
2. туберкулезный плеврит, первичная каверна, казеозная пневмония
3. язвенная форма туберкулеза бронха, казеозная пневмония, первичная каверна
4. первичная каверна, язвенная форма туберкулеза бронха, туберкулезный плеврит
5. язвенная форма туберкулеза бронха, первичная каверна, очаги Симона

989. Сухой кашель наиболее характерен для следующих видов осложнений:

1. казеозная пневмония, бронхолегочное поражение, туберкулезный плеврит
2. бронхолегочное поражение, спонтанный пневмоторакс, туберкулезный плеврит
3. ателектаз, туберкулез, бронха, бронхолегочное поражение

4. ателектаз, туберкулез бронха, туберкулезный плеврит
5. туберкулезный плеврит, бронхолегочное поражение, ателектаз

990. Влажный продуктивный кашель наиболее характерен для следующих видов осложнений:

1. казеозная пневмония, бронхолегочное поражение
2. бронхолегочное осложнение, ателектаз
3. ателектаз, туберкулезный плеврит
4. туберкулез бронха, казеозная пневмония
5. туберкулезный плеврит, бронхолегочное поражение

991. Преимущественно аллергический плеврит характеризуется следующими клиническими признаками:

1. сухим кашлем, болями в грудной клетке при наклоне в здоровую сторону, субфебрильной температурой
2. влажным кашлем, болями в грудной клетке при наклоне в здоровую сторону, фебрильной температурой
3. сухим кашлем, болями в грудной клетке при наклоне в здоровую сторону, фебрильной температурой
4. сухим кашлем, болями в грудной клетке при наклоне в больную сторону, фебрильной температурой
5. влажным кашлем, болями в грудной клетке при наклоне в больную сторону, субфебрильной температурой

992. Казеозная пневмония характеризуется следующими результатами исследований:

1. гиперергическая проба Манту с 2 ТЕ, отрицательная проба диаскинтест, бактериовыделение
2. нормергическая проба Манту с 2 ТЕ, гиперергическая проба диаскинтест, как правило – отсутствие бактериовыделения
3. отрицательная проба Манту с 2 ТЕ, отрицательная проба диаскинтест, как правило – отсутствие бактериовыделения
4. положительная проба Манту с 2 ТЕ, положительная проба диаскинтест, бактериовыделение
5. отрицательная проба Манту с 2ТЕ, отрицательная проба диаскинтест, бактериовыделение

993. Туберкулезную этиологию экссудативного плеврита будут подтверждать следующие данные:

1. отрицательная проба Манту с 2 ТЕ, отрицательная проба диаскинтест, положительная ПЦР на ДНК МБТ в экссудате
2. гиперергическая проба Манту с 2 ТЕ, положительная проба диаскинтест, положительная ПЦР на ДНК МБТ в экссудате
3. отрицательная проба Манту с 2ТЕ, положительная проба диаскинтест, положительная ПЦР на ДНК МБТ в экссудате
4. отрицательная проба Манту с 2ТЕ, положительная проба диаскинтест, бактериовыделение
5. положительная проба Манту с 2ТЕ, положительная проба диаскинтест,

бактериовыделение

994. К неотложным состояниям при туберкулезе легких относят следующие:

1. Кровохарканье, легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, образование каверны
2. Легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, острая сердечно-легочная недостаточность
3. Кровохарканье, легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, амилоидоз внутренних органов
4. Острый плеврит, спонтанный пневмоторакс, легочное кровотечение
5. Легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, «разрушенное легкое» при цирротическом туберкулезе

995. Морфологической основой для легочных кровотечений как правило являются:

1. Только аррозированные ветви легочной артерии
2. Только аррозированные ветви бронхиальных артерий
3. Арровзированные ветви легочной и бронхиальных артерий
4. Аневризматически расширенные ветви бронхиальных артерий, хрупкие анастомозы между бронхиальными и легочными артериями
5. Только анастомозы между бронхиальными и легочными артериями в основном на уровне артериол и капилляров

996. По тяжести легочное кровотечение считается малым при кровопотере до:

1. 10 мл крови
2. 50 мл крови
3. 100 мл крови
4. 300 мл крови
5. 500 мл крови

997. По тяжести легочное кровотечение считается средним при кровопотере:

1. От 50 до 100 мл крови
2. От 100 до 300 мл крови
3. От 100 до 500 мл крови
4. От 300 до 500 мл крови
5. От 500 до 1000 мл крови
- 6.

998. По тяжести легочное кровотечение считается тяжелым при кровопотере более:

1. 100 мл крови
2. 300 мл крови
3. 500 мл крови
4. 700 мл крови
5. 1000 мл крови

999. Следующие формы туберкулеза чаще осложняются легочным кровотечением:

1. Фиброзно-кавернозный, деструктивный инфильтративный, туберкулема
2. Кавернозный, фиброзно-кавернозный, острый милиарный, деструктивный инфильтративный
3. Кавернозный, фиброзно-кавернозный, деструктивный инфильтративный, деструктивный очаговый
4. Фиброзно-кавернозный, цирротический, туберкулема
5. Фиброзно-кавернозный, деструктивный инфильтративный, казеозная пневмония
- 6.

1000. Отличительными признаками легочного кровотечения являются:

1. Внезапность возникновения, темная со сгустками кровь, может быть с пеной
2. Постепенное нарастание кровотечения, алая, может быть с пеной
3. Внезапность возникновения, алая или темная кровь, свертывается
4. Постепенное нарастание с кашлевыми толчками, алая кровь, может быть с пеной, не свертывается
5. Внезапность возникновения, алая с кашлевыми толчками, не свертывается, может быть с пеной

1) 3	38) 4	75) 5	112) 3	149) 3	186) 5	223) 2	260) 3	297) 2	334) 5
2) 4	39) 1	76) 3	113) 2	150) 4	187) 4	224) 3	261) 5	298) 1	335) 5
3) 1	40) 1	77) 5	114) 5	151) 5	188) 3	225) 4	262) 4	299) 4	336)м5
4) 2	41) 1	78) 3	115) 3	152) 4	189) 5	226) 1	263) 4	300) 1	337) 5
5) 4	42) 3	79) 3	116) 4	153) 2	190) 4	227) 2	264) 3	301) 1	338) 5
6) 5	43) 2	80) 4	117) 1	154) 5	191) 3	228) 5	265) 5	302) 2	339) 5
7) 5	44) 4	81) 2	118) 2	155) 2	192)5	229) 3	266) 1	303) 1	340) 1
8) 4	45) 5	82) 1	119) 3	156) 4	193) 4	230) 3	267) 4	304) 4	341) 5
9) 1	46) 5	83) 2	120) 1	157) 4	194) 2	231) 3	268) 2	305) 5	342) 5
10) 1	47) 5	84) 1	121)5	158) 1	195) 5	232) 4	269) 4	306) 5	343) 5
11) 2	48) 5	85) 1	122) 4	159) 2	196) 4	233) 4	270) 2	307) 4	344) 5
12) 1	49)5	86) 3	123) 2	160) 5	197) 4	234) 4	271) 4	308) 5	345) 4
13) 1	50) 5	87) 2	124) 1	161) 1	198) 5	235) 3	272) 1	309) 2	346) 5
14) 1	51) 3	88) 3	125) 1	162) 3	199) 2	236) 5	273) 3	310) 2	347) 5
15) 1	52) 3	89) 5	126) 2	163) 2	200) 1	237) 3	274) 2	311) 1	348) 5

16) 2	53) 1	90) 4	127) 2	164) 4	201) 3	238) 1	275) 1	312) 2	349) 5
17) 5	54) 5	91) 2	128) 2	165) 2	202) 4	239) 2	276) 3	313) 1	350) 5
18) 5	55) 5	92) 1	129) 2	166) 3	203) 4	240) 5	277) 3	314) 3	351) 5
19) 5	56) 3	93) 5	130) 2	167) 5	204) 4	241) 1	278) 3	315) 5	352) 3
20) 4	57) 5	94) 5	131) 3	168) 3	205) 4	242) 5	279) 4	316) 5	353) 3
21) 3	58) 1	95) 1	132) 2	169) 5	206) 5	243) 3	280) 3	317) 4	354) 3
22) 1	59) 1	96) 2	133) 3	170) 4	207) 4	244) 5	281) 4	318) 3	355) 5
23) 5	60) 5	97) 5	134) 2	171) 2	208) 3	245) 1	282) 2	319) 3	356) 2
24) 5	61) 5	98) 5	135) 5	172) 4	209) 4	246) 4	283) 1	320) 2	357) 4
25) 1	62) 2	99) 4	136) 4	173) 3	210) 2	247) 2	284) 5	321) 5	358) 2
26) 5	63) 5	100) 1	137) 5	174) 1	211) 4	248) 1	285) 3	322) 6	359) 3
27) 3	64) 3	101) 1	138) 2	175) 5	212) 5	249) 2	286) 2	323) 2	360) 1
28) 2	65) 5	102) 3	139) 5	176) 3	213) 2	250) 4	287) 3	324) 3	361) 2
29) 1	66) 4	103) 2	140) 3	177) 1	214) 2	251) 3	288) 1	325) 2	362) 5
30) 3	67) 2	104) 5	141) 1	178) 2	215) 1	252) 2	289) 4	326) 3	363) 2
31) 3	68) 4	105) 5	142) 4	179) 4	216) 4	253) 1	290) 3	327) 2	364) 1
32) 3	69) 2	106) 4	143) 3	180) 5	217) 5	254) 3	291) 3	328) 3	365) 3
33) 5	70) 3	107) 1	144) 3	181) 3	218) 2	255) 3	292) 1	329) 1	366) 1
34) 1	71) 3	108) 2	145) 5	182) 1	219) 5	256) 2	293) 5	330) 3	367) 4
35) 4	72) 2	109) 5	146) 3	183) 2	220) 5	257) 2	294) 4	331) 5	368) 1
36) 5	73) 1	110) 4	147) 4	184) 4	221) 4	258) 5	295) 4	232) 5	369) 2
37) 1	74) 3	111) 4	148) 1	185) 3	222) 2	259) 4	296) 1	233) 4	370) 3
371) 5									

372) 1	409) 1	446) 1	483) 2	520) 2	557) 4	594) 3	631) 1	668) 2
373) 3	410) 1	447) 2	484) 5	521) 1	558) 4	595) 3	632) 1	669) 5
374) 4	411) 2	448) 3	485) 4	522) 1	559) 5	596) 5	633) 4	670) 1
375) 2	412) 2	449) 5	486) 5	523) 1	560) 1	597) 5	634) 3	671) 5
376) 1	413) 3	450) 4	487) 2	524) 2	561) 1	598) 5	635) 2	672) 3
377) 2	414) 3	451) 4	488) 1	525) 2	562) 5	599) 4	636) 5	673) 4
378) 1	415) 4	452) 2	489) 2	526) 3	563) 5	600) 4	637) 3	674) 1
379) 3	416) 4	453) 3	490) 4	527) 4	564) 4	601) 3	638) 3	675) 3
380) 2	417) 2	454) 3	491) 5	528) 5	565) 1	602) 2	639) 4	676) 5
381) 2	418) 1	455) 3	492) 5	529) 4	566) 4	603) 4	640) 5	677) 2
382) 2	419) 3	456) 3	493) 2	530) 4	567) 5	604) 1	641) 2	678) 4
383) 4	420) 1	457) 2	494) 4	531) 3	568) 5	605) 4	642) 1	679) 2

384) 2	421) 1	458) 3	495) 1	532) 5	569) 5	606) 1	643) 3	680) 3
385) 3	422) 1	459) 3	496) 4	533) 1	570) 1	607) 4	644) 4	681) 5
386) 1	423) 2	460) 4	497) 5	534) 4	571) 1	608) 2	645) 3	682) 4
387) 2	424) 1	461) 4	498) 5	535) 2	572) 4	609) 4	646) 1	683) 3
388) 5	425) 3	462) 4	499) 1	536) 2	573) 1	610) 3	647) 5	684) 1
389) 3	426) 3	463) 1	500) 3	537) 5	574) 4	611) 5	648) 2	685) 2
390) 3	427) 2	464) 5	501) 3	538) 5	575) 5	612) 3	649) 4	686) 5
391) 4	428) 3	465) 3	502) 4	539) 5	576) 5	613) 3	650) 2	687) 5
392) 4	429) 1	466) 2	03) 3	540) 2	577) 2	614) 5	651) 3	688) 4
393) 5	430) 5	467) 2	504) 1	541) 2	578) 5	615) 2	652) 5	689) 2
394) 3	431) 4	468) 3	505)5	542) 3	579) 3	616) 3	653) 1	690) 1
395) 5	432) 5	469)2	506) 3	543) 5	580) 3	617) 2	654) 4	691) 5
396) 3	433) 5	470) 5	507) 2	544) 5	581) 5	618) 4	655) 2	692) 3
397) 3	434) 1	471) 4	508)4	545) 5	582) 5	619) 2	656) 2	693) 2
398) 2	435) 3	472) 2	509) 3	546) 3	583) 1	620) 1	657) 2	694) 5
399) 3	436) 4	473) 3	510)5	547) 5	584) 2	621) 4	658) 5	695)4
400) 4	437) 1	474) 4	511)5	548) 4	585) 4	622) 3	659) 4	696)5
401) 1	438) 3	475) 4	512) 4	549) 5	586) 2	623) 5	660) 1	697)3
402) 5	439) 1	476) 4	513) 3	550) 5	587) 1	624) 1	661) 2	698) 1
303) 1	440) 3	477) 3	514)1	551) 5	588) 3	625) 1	662) 1	699)2
304) 1	441) 2	478) 5	515) 2	552) 4	589) 2	626) 4	663) 3	700) 4
305) 2	442) 4	479) 4	516) 1	553) 5	590) 4	627) 3	664) 2	701) 1
306) 1	443) 3	480) 4	517) 1	554) 5	591) 3	628) 3	665) 4	702) 5
307) 3	444) 4	481) 2	518) 4	555) 5	592) 2	629) 2	666) 4	703) 3
308) 1	445) 3	482) 1	519) 1	556) 5	593) 5	630) 2	667) 2	704) 4

705) 5	725) 4	745) 1	765)3	785) 4	805)5	825) 4	845) 3
706) 2	726) 2	746) 3	766)5	786) 5	806) 2	826) 5	846) 1
707) 3	727) 5	747) 1	767)2	787) 5	807) 3	827) 1	847) 3
4708) 3	728) 5	748) 1	768)2	788) 3	808) 4	828) 4	848) 2
709) 1	729) 2	749) 4	769)5	789) 1	809) 4	829) 1	849) 3
710) 5	730) 2	750) 3	770)4	790) 3	810) 5	830) 1	850) 3
711) 5	731) 5	751) 3	771)2	791) 2	811) 1	831) 2	851) 4
712) 1	732) 5	752) 2	772)3	792) 5	812) 1	832) 4	852) 1
713) 5	733) 2	753)2	773)3	793) 5	813) 5	833) 5	853) 3
714) 3	734) 5	754) 5	774)5	794) 4	814) 4	834) 2	854) 1

715) 4	735) 2	755)1	775)3	795) 4	815) 5	835) 2	855) 3
716) 3	736) 1	756) 4	776)3	796) 1	816) 2	836) 3	856) 4
717) 1	737) 1	757) 3	777)3	797) 2	817) 1	837) 5	857). 2
718) 2	738) 3	758)1	778)4	798) 2	818) 5	838) 1	858). 1
719) 2	739) 5	759)4	779) 2	799) 3	819) 5	839) 4	859). 5
720)3	740) 5	760)3	780) 5	800) 2	820) 1	840) 2	860). 3
721) 3	741) 3	761)3	781) 5	801) 2	821) 4	841) 5	861). 3
722) 3	742) 4	762)5	782) 4	802) 4	822) 3	842) 3	862). 4
723) 5	743) 2	763)2	783) 5	803) 3	823) 2	843) 3	863). 4
724) 1	744) 1	764)3	784) 1	804) 3	824) 4	844) 3	864). 1

865). 5	898). 2	931). 2	964). 1	997) 3					
866). 4	899). 5	932). 5	965). 5	998) 3					
867). 2	900). 3	933). 1	966). 3	999) -5					
868). 2	901). 3	934). 5	967). 4	1000) 5					
869). 3	902). 4	935). 3	968). 2						
870). 1	903). 5	936). 4	969) 1						
871). 5	904). 2	937). 1	970)4						
872). 4	905). 1	938). 3	971) 3						
873). 5	906). 3	939). 5	972) 2						
874). 3	907). 4	940). 2	973) 5						
875). 2	908). 3	941). 4	974) 3						
876) 1	909). 1	942). 2	975) 4						
877)4	910). 5	943). 3	976) 5						
878)5	911). 2	944). 5	977) 3						
879)5	912). 4	945). 4	978) 1						
880)4	913). 2	946). 3	979) 5						
881)5	914). 3	947). 1	980) 3						
882)3	915). 5	948). 2	981) 4						
883)4	916). 1	949). 5	982) 1						

884)1	917). 4	950). 5	983) 5						
885)2	918). 2	951). 4	984) 4						
886)5	919). 2	952). 2	985) 2						
887)4	920). 2	953). 1	986) 4						
888) 1	921). 5	954). 5	987) 3						
889). 4	922). 4	955). 3	988) 3						
890). 3	923). 1	956). 2	989) 4						
891). 3	924). 2	957). 5	990) 1						
892). 2	925). 1	958). 4	991) 3						
893). 2	926). 3	959). 5	992) 5						
894). 1	927). 2	960). 3	993) 2						
895). 1	928). 4	961). 1	994) 2						
896). 4	929). 4	962). 2	995) 4						
897). 3	930). 2	963). 4	996) 3						

3.2 Вопросы собеседования

1. Эпидемиологические, социальные и клинические особенности туберкулеза
2. Роль Р. Коха в развитии фтизиатрии
3. Создание вакцины БЦЖ и ее влияние на патоморфоз туберкулезной инфекции.
4. Создание туберкулина и развитие туберкулинодиагностики.
5. Открытие и внедрение противотуберкулезных препаратов, их влияние на течение туберкулеза.
6. Организация борьбы с туберкулезом в России. День «Белой ромашки».
7. Морфологические и биохимические свойства микобактерий туберкулеза.
8. Основные биохимические компоненты микобактерий туберкулеза, их функциональная роль
9. Полиморфизм микобактерий туберкулеза: различные морфологические формы, особенности структуры, метаболизма.
10. Устойчивость и изменчивость микобактерий туберкулеза.
11. Устойчивость и чувствительность микобактерий туберкулеза. Основные методы дезинфекции туберкулезной инфекции.
12. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза: первичная и вторичная.
13. Компоненты микобактерий туберкулеза, определяющие патогенность, вирулентность, аллергенные свойства.
14. L-формы микобактерий туберкулеза: особенности строения, метаболизма, роль в туберкулезной инфекции.
15. Атипичные микобактерии туберкулеза. Основные виды. Особенности эпидемиологии.
16. Основные методы выявления микобактерий туберкулеза. Сравнение их чувствительности и времени определения.
17. Бактериологические методы выявления микобактерий туберкулеза: посев на твердые и

жидкие питательные среды.

18. Методы определения чувствительности микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам.
19. Микроскопические методы выявления микобактерий туберкулеза.
20. Микроскопия по Циль-Нильсену и метод флотации. Техника проведения, чувствительность.
21. Микроскопия по Циль-Нильсену и флюоресцентная микроскопия. Техника проведения, чувствительность.
22. ПЦР: методика проведения и чувствительность, клиническое значение.
23. Генетические и иммунологические методы, позволяющие определять наличие микобактерий туберкулеза в организме.
24. Биологический метод выявления микобактерий туберкулеза: методика, чувствительность.
25. Гистологическая диагностика туберкулеза. Строение туберкулезного бугорка. Диагностическая значимость гистологического исследования.
26. Эпидемиология туберкулезной инфекции: источники и пути передачи инфекции.
27. Основные виды микобактерий туберкулеза, вызывающих туберкулез у человека. Источники заболевания туберкулезом для человека. Виды микобактерий, вызывающий микобактериозы. Эпидемиология микобактериозов.
28. Источники и пути передачи туберкулезной инфекции: их вероятность, условия инфицирования.
29. Пути передачи и входные ворота туберкулезной инфекции.
30. Виды контактов с больным туберкулезом. Влияние характера туберкулезного контакта на вероятность развития заболевания туберкулезом.
31. Основные этапы патогенеза туберкулезной инфекции первичного периода
32. Инфицирование микобактериями туберкулеза и латентная туберкулезная инфекция. Их диагностика.
33. Латентная туберкулезная инфекция. Определение. Вероятность развития и диагностика.
34. Вероятность развития заболевания туберкулезом в первичном периоде туберкулезной инфекции. Эпидемиологические, социальные и медико-биологические факторы риска развития заболевания туберкулезом.
35. Ранний период первичной туберкулезной инфекции. Варианты развития патогенеза, клинических проявлений.
36. Параспецифические реакции: морфологическая основа и клинические проявления.
37. Клинический инкубационный период: наиболее вероятный, короткий и продолжительный. Факторы риска развития заболевания туберкулезом.
38. Биологический и клинический инкубационные периоды. Патогенез туберкулезной инфекции при ее латентном течении.
39. Вираз туберкулиновых проб. Выявление, тактика ведения пациентов с виразом туберкулиновых проб.
40. Вираз туберкулиновых проб. Механизм развития положительной реакции на введение туберкулина.
41. Механизм развития реакции гиперчувствительности замедленного типа, методы ее выявления.

42. Роль клеточного и гуморального иммунитета при туберкулезной инфекции.
43. Роль вирулентности и патогенности микобактерий туберкулеза и функциональной активности макрофагов и лимфоцитов в иммунитете при развитии туберкулезной инфекции.
44. Роль гуморального иммунитета при туберкулезной инфекции. Методы определения уровня противотуберкулезных антител в организме.
45. Дифференциальная диагностика поствакцинальной и инфекционной аллергии.
46. Неспецифические факторы, влияющие на чувствительность к туберкулину.
47. Показания и противопоказания к постановке пробы Манту с 2ТЕ
48. Абсолютные и относительные критерии инфицирования микобактериями туберкулеза.
49. Диагностическая значимость пробы Манту с 2ТЕ и пробы диаскинтест при выявлении инфицирования микобактериями туберкулеза.
50. Динамика чувствительности к туберкулину при развитии поствакцинального иммунитета. Результаты иммунологических проб.
51. Динамика чувствительности к туберкулину при инфицировании микобактериями туберкулеза. Результаты иммунологических проб.
52. Состояния организма, при которых возможны отрицательные результаты иммунологических проб (проба Манту с 2ТЕ, диаскинтест, тубинфероновый тест)
53. Состояния организма, при которых развиваются гиперергические результаты иммунологических проб (проба Манту с 2ТЕ, диаскинтест, тубинфероновый тест).
54. Основные черты туберкулезной инфекции первичного периода.
55. Иммунологические методы выявления сенсibilизации организма к микобактериям туберкулеза.
56. Варианты взаимодействия макрофага и микобактерий туберкулеза.
57. Туберкулезный бугорок. Этапы формирования. Прогрессирования и заживление.
58. Морфологические виды туберкулезных бугорков. Тропные к туберкулезной инфекции органы и ткани в первичном периоде туберкулезной инфекции.
59. Пути заживления туберкулеза в первичном периоде.
60. Хронически текущий первичный туберкулез. Причины, патогенез.
61. Хронически текущий первичный туберкулез. Варианты клинических проявлений.
62. Основные черты туберкулезной инфекции вторичного периода.
63. Факторы, способствующие развитию форм заболевания вторичного туберкулеза.
64. Возрастные группы риска развития заболевания туберкулезом. Формы туберкулеза, характерные для различных возрастных периодов.
65. Пути возникновения и патогенез форм вторичного туберкулеза.
66. Патоморфология специфического воспаления вторичных форм туберкулеза.
67. Пути заживления специфического воспаления туберкулеза во вторичном периоде. Варианты заживления различных форм туберкулеза вторичного периода.
68. Очаги Гона, Симона, Ашоффа-Пуля. Их роль в развитии вторичных форм туберкулеза.
69. Состояние реактивности организма в первичном и вторичном периоде туберкулеза.
70. Морфологические различия специфических воспалительных реакций в первичном и во вторичном периоде туберкулеза.
71. Пути распространения микобактерий туберкулеза и варианты прогрессирования заболевания в первичном и вторичном периоде распространения туберкулезной инфекции.

72. Анатомия бронхолегочной системы: сегментарное строение легких.
73. Классификация внутригрудных лимфатических узлов, основные пути лимфооттока от долей и сегментов легких к группам внутригрудных лимфатических узлов.
74. Структура корней легких. Отображение корней легких на рентгенограмме в норме.
75. Строение бронхиального дерева, роль мукоцилиарного аппарата бронхов.
76. Возрастные особенности бронхолегочной системы
77. Определение и физиологическая роль сурфактанта.
78. Строение и функции альвеол.
79. Особенности регионарного кровотока в легких.
80. Особенности лимфооттока в легочной ткани.
81. Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу: определение и характеристика.
82. Эпидемическая ситуация в РФ. Изменение показателей в зависимости от исторических периодов.
83. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в развитых и развивающихся странах.
84. Заболеваемость и болезненность. Определение и уровень показателей у детей и взрослых.
85. Инфицированность и риск инфицирования. Определение и уровень показателей в различных возрастных группах.
86. Эпидемические показатели, характеризующие распространенность туберкулезной инфекции.
87. Оценка эпидемической ситуации в РФ согласно уровню основных эпидемических показателей (заболеваемость, выявляемость, удельный вес больных фиброзно-кавернозным туберкулезом)
88. История создания клинической классификации туберкулеза.
89. Основные разделы клинической классификации туберкулеза.
90. Принцип построения диагноза туберкулеза на основании клинической классификации.
91. Информативность и назначение различных методов для выявления, диагностики и динамического наблюдения за состоянием органов и систем в процессе лечения.
92. Микробиологическая диагностика туберкулеза – микроскопия, посев, биопроба. Система ВАСТЕС . Молекулярно-генетические методы исследования, полимеразная цепная реакция.
93. Методы определения лекарственной резистентности микобактерий.
94. Иммунологические методы, иммуноферментный анализ, квантифероновый тест.
95. Цитологическое и гистологическое исследование.
96. Инструментальные методы исследования Методы рентгенологического исследования при туберкулезе. Рентгенологические синдромы туберкулеза и других заболеваний органов дыхания.
97. Компьютерная томография в диагностике туберкулеза и других заболеваний легких, средостения и плевры.
98. Ультразвуковые методы исследование плевры и легких. Методы радионуклидных исследований.
99. Бронхоскопия, исследование бронхоальвеолярной лаважной жидкости. Показания для эндобронхиальной и трансbronхиальной биопсии.

100. Торакоскопия и видеоторакоскопия. Медиастиноскопия. Показания, методика проведения и взятия биоптатов. Показания для открытой биопсии легкого.
101. Пункция плевральной полости. Игловая аспирационная биопсия, игловая пункционная (трепанационная биопсия)
102. Исследование функций легких, сердечно-сосудистой системы, печени и других органов.
103. Механизм туберкулиновых реакций. Методика постановки туберкулиновых проб (кожные, внутрикожные, подкожные). Применение туберкулиновых проб при обследованиях детей и подростков.
104. Индивидуальная туберкулинодиагностика: градуированная кожная проба, проба Манту с малыми концентрациями туберкулина.
105. Проба Коха. Постановка и оценка.
106. Проба с диаскинтестом.
107. Методы выявления туберкулеза в различных возрастных группах населения: лучевые методы диагностики, микробиологическое исследование мокроты, туберкулинодиагностика.
108. Приказ МЗ СР РФ №855 о применении диаскинтеста, рекомендации по диспансерному наблюдению детей в зависимости от результатов диаскинтеста.
109. Характеристика диаскинтеста. Применение диаскинтеста для выявления инфицирования детей и определения активности туберкулезной инфекции.
110. Значение компьютерной томографии для диагностики туберкулеза у детей.
111. Диагностика малых форм туберкулеза у детей.
112. Роль и значение анамнеза больного туберкулезом.
113. Симптомы начала болезни. Основные жалобы больного туберкулезом органов дыхания и их клиническое значение.
114. Физические методы исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Клиническая интерпретация выявленных изменений, значение для диагноза и последующего обследования.
115. Основные методы диагностики туберкулеза (обязательные, дополнительные и факультативные). Этапы диагностического процесса.
116. Особенности общего анализа крови и мочи в зависимости от клинической формы и фазы туберкулезного процесса;
117. Методы бактериоскопического и культурального обнаружения возбудителя туберкулеза. Бактериологическая верификация диагноза.
118. Определение лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза и ее клиническое значение. Флюорография, рентгенография.
119. Нормограмма органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях. Методологические принципы описания изменений при рентгенологическом исследовании органов дыхания
120. Методы исследования функций дыхания и кровообращения. Функциональные тесты легочной вентиляции, газообмена и их использование в определении дыхательной недостаточности, значение в диагностике заболеваний легких.
121. Цитологическое исследование мокроты, содержимого бронхов, плевральной жидкости, пунктатов лимфатических узлов больных туберкулезом и нетуберкулезными заболеваниями легких.
122. Торакоскопия и видеоторакоскопия в диагностике заболеваний плевры и

- легких. Торакоскопическая биопсия. Трансторакальная игловая биопсия легких и плевры, открытая биопсия легких. Медиастиноскопия.
123. Эндоскопические методы исследования. Трахеобронхоскопия. возможности визуализации различных отделов бронхиального дерева, показания к проведению при туберкулезе и других заболеваниях органов дыхания.
124. Бронхоальвеолярный лаваж, состав лаважной жидкости при туберкулезе и при других заболеваниях легких.
125. Трахеобронхоскопическая биопсия при заболеваниях бронхов и легких, показания, возможности получения биоптата и аспирата для гистологического, цитологического и микробиологического исследования.
126. Биохимическое и иммунологическое исследование крови в диагностике туберкулеза и в определении его активности при поражении органов дыхания и при внелегочном туберкулезе.
127. Биохимические, цитологические и иммунологические исследования экссудата, бронхоальвеолярной лаважной жидкости и другого патологического материала в диагностике туберкулеза.
128. Значение биохимических и иммунологических показателей в оценке эффективности лечения больных туберкулезом и его переносимости.
129. Биохимические методы изучения функции печени и других органов у больных туберкулезом.
130. Техника постановки пробы Манту с 2ТЕ. Применение пробы для установления первичного инфицирования микобактериями, раннего выявления туберкулеза у детей и подростков, определения показаний к вакцинации и ревакцинации ВЦЖ и БЦЖ-М.
131. Использование пробы Манту с 2 ТЕ для выявления лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом, нуждающихся в обследовании на туберкулез. Противопоказания к проведению пробы Манту с 2 ТЕ. Инфекционная и поствакцинальная чувствительность к туберкулину, дифференциальная диагностика.
132. Препарат Диаскинтест, характеристика, показания и противопоказания, техника проведения
133. Диагностика латентной туберкулезной инфекции и риска заболевания туберкулезом с использованием препарата Диаскинтест, Приказ МЗ РФ №855.
134. Федеральные клинические рекомендации о диагностике латентной туберкулезной инфекции.
135. Иммунодиагностика туберкулеза на современном этапе. Приказ МЗ РФ №951.
136. Приказ № 951 (2014) о скрининге туберкулезной инфекции у детей
137. Значение тестов антиген-специфической индукции интерферона-гамма в диагностике туберкулезной инфекции у детей
138. Специальные лучевые (УЗИ, радионуклидные) исследования при заболеваниях легких и внелегочном туберкулезе, показания к их применению.
139. Рентгенография и традиционная томография, показания к выполнению различных видов рентгенографии и томографии.
140. Рентгенологические синдромы туберкулеза и других заболеваний органов дыхания. Алгоритмы описания патологических образований в легких и средостении, клиническая интерпретация с учетом возрастных особенностей обследуемых.
141. Лучевое исследование органов грудной клетки, цели и возможности выявления различных заболеваний.
142. Цифровые технологии в лучевой диагностике. Компьютерная томография в диагностике туберкулеза и других заболеваний легких, средостения, плевры и в оценке динамики туберкулезного процесса.
143. Лучевые исследования при внелегочном туберкулезе.
144. Магнитно-резонансная томография при туберкулезе.

145. Компьютерная томография в диагностике туберкулеза у детей.
146. Микробиологические исследования. Методы обнаружения микобактерий туберкулеза в мокроте и другом патологическом материале, значение их результатов для диагноза туберкулеза и определения фазы туберкулезного процесса.
147. Информативность различных лабораторных методов обнаружения микобактерий: бактериоскопия мазка, метод посева, ВАСТЕС.
148. Обнаружение бактериовыделения методом полимеразной цепной реакции.
149. Лекарственная устойчивость микобактерий, моно-, мульти- и полирезистентность. Клиническое значение лекарственной устойчивости. Методы определения лекарственной устойчивости.
150. L-формы микобактерий, атипичные микобактерий. Показания к обследованию на бактериовыделение лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом. Иммуноферментный анализ в диагностике туберкулеза.
151. Молекулярно-биологические методы исследования (полимеразная цепная реакция) в диагностике туберкулеза органов дыхания и туберкулеза внелегочной локализации.
152. Общие клинические лабораторные методы. Диагностическое значение сдвигов количества форменных элементов периферической крови и СОЭ при различных формах и фазах туберкулезного процесса.
153. Показатели мочи больных легочным и мочеполовым туберкулезом.
154. Физикальные методы обследования. Осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация больного туберкулезом органов дыхания.
155. Осмотр и пальпация при внелегочных локализациях туберкулеза. Клиническая интерпретация выявленных изменений, значение для диагноза и последующего обследования
156. Расспрос. Причины, способствующие развитию заболевания. Контакт с больным туберкулезом, наследственность. Факторы риска инфицирования МБТ и заболевания туберкулезом.
157. Основные жалобы больного туберкулезом органов дыхания, их клиническое значение.
158. Перкуторные симптомы поражения внутригрудных лимфатических узлов при туберкулезе у детей.
159. Типы температурных кривых при туберкулезе.
160. Латентная туберкулезная инфекция. Методы диагностики.
161. Клинический минимум обследования на туберкулез.
162. Методика и техника постановки реакции Манту и Диаскинтеста. Критерии оценки.
163. Накожные и подкожные туберкулиновые пробы. Цели и оценка результатов.
164. Этиологическая диагностика туберкулеза. Виды. Значение.
165. Изменения лабораторных показателей при туберкулезе. Необходимые методы обследования и их значение при лечении туберкулеза.
166. Особенности осмотра больного туберкулезом. Анамнез. Физикальное обследование.
167. Тест QuantiFERON, принцип действия, практическое значение
168. Тест TB-Spot, принцип действия, практическое значение
169. Детекция роста микобактерий в автоматизированном комплексе ВАСТЕС, принцип действия, возможности и преимущества использования
170. Профилактическая флюорография как метод своевременного выявления туберкулеза у взрослых и подростков
171. Особенности применения методов обследования при туберкулезе в различных возрастных группах
172. Особенности обследования на туберкулез беременных женщин
173. Бактериологическое исследование как метод выявления туберкулеза
174. Картина ликвора при туберкулезном менингите

175. Исследование плеврального экссудата при подозрении на туберкулез
176. Гистологическое подтверждение диагноза туберкулеза: показания, забор материала, характерная гистологическая картина
177. Современная стратегия этиологической диагностики туберкулеза
178. Особенности сбора патологического материала при этиологической диагностике легочного и внелегочного туберкулеза
179. Микроскопия микобактерий: достоинства и недостатки метода, техника проведения
180. Методы определения лекарственной чувствительности микобактерий
181. Молекулярно-генетические исследования и биочипы во фтизиатрии
182. Использование радионуклидных методов во фтизиатрии
183. Методы визуализации (КТ, МРТ) при туберкулезе костей и суставов
184. Особенности диагностики при туберкулезе мочеполовой системы
185. Бронхоскопия, диагностические манипуляции, применяемые при бронхоскопии
186. Функциональные методы исследования во фтизиатрии
187. Игловая биопсия: технические варианты проведения, показания, противопоказания, информативность.
188. Открытые диагностические операции: биопсия периферических лимфатических узлов, открытая биопсия легких: техника проведения, показания, противопоказания, информативность.
189. Эндохирургические операции: торакоскопия, медиастиноскопия техника проведения, показания, противопоказания, информативность.
190. Плевральная пункция, техника проведения. Плевроскопия, биопсия плевры.

191. Клиническое и эпидемиологическое значение гиперергических реакций на туберкулин и диаскинтест.
192. Критерии инфицирования микобактериями туберкулеза
193. Эволюция клинической классификации туберкулеза
194. Клиническая классификация туберкулеза. Принципы формулировки диагноза.
195. Основные признаки первичной туберкулезной инфекции.
196. Ранний период первичной туберкулезной инфекции..
197. Латентная туберкулезная инфекция: определение понятия.
198. Современные подходы к диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей
199. Туберкулезная интоксикация детей и подростков: клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
200. Основные жалобы родителей ребенка, больного туберкулезом. Характер температурной кривой у больного туберкулезом ребенка.
201. Характер кашля при первичных формах туберкулеза.
202. Параспецифические проявления при первичной туберкулезной инфекции.
203. Патогенез первичных форм туберкулеза.
204. Особенности первичных форм туберкулеза.
205. Особенности выявления первичных форм туберкулеза в разных возрастных группах.
206. Определение туберкулезного бронхоаденита и топография внутригрудных лимфоузлов (по Сукенникову).
207. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
208. Клинико-рентгенологическая характеристика инфильтративного бронхоаденита.
209. Клинико-рентгенологическая характеристика туморозного бронхоаденита.
210. Критерии диагностики малых форм бронхоаденита.

211. Осложнения локальных форм первичного туберкулеза. Причины развития осложнений в различных возрастных группах.
212. Патогенез туберкулеза бронхов при первичном туберкулезе. Клинические проявления туберкулеза бронхов. Методы диагностики. Лечение.
213. Бронхолегочные поражения у детей раннего возраста. Степени нарушения бронхиальной проходимости по Джэксону. Клинико-рентгенологические проявления.
214. Ателектаз легкого. Клинико- рентгенологические проявления.
215. Первичная каверна, причины развития.
216. Гематогенная, лимфогенная, бронхогенная диссеминация, особенности рентгенологической диагностики.
217. Казеозная пневмония у детей и подростков.
218. Диагностические критерии туберкулезного плеврита у детей.
219. Дифференциальная диагностика туберкулезного бронхоаденита с неспецифическими лимфоаденопатиями при детских инфекциях.
220. Дифференциальная диагностика туберкулезного бронхоаденита с лимфогрануломатозом, саркоидозом, тимомой.
221. Первичный туберкулезный комплекс. Патогенез и патоморфология.
222. Клинико-рентгенологические стадии первичного туберкулезного комплекса.
223. Варианты клинических исходов первичных форм туберкулеза у детей.
224. Варианты туберкулиновой чувствительности при разных формах туберкулеза у детей.
225. Дифференциальная диагностика первичного туберкулезного комплекса и неспецифической пневмонии.
226. Первичные формы туберкулеза у взрослых, особенности течения.
227. Клинические проявления легочной формы милиарного туберкулеза у детей раннего возраста, особенности течения и прогноз.
228. Милиарный туберкулез у взрослых. Клиника, дифференциальная диагностика, особенности лечения.
229. Особенности течения первичного туберкулеза у детей раннего возраста.
230. Туберкулез и материнство.
231. Врожденный туберкулез, клиника, диагностика.
232. Основные принципы дифференциальной диагностики туберкулеза и неспецифических заболеваний органов дыхания у детей и подростков.
233. Структура и особенности течения туберкулеза у подростков, клиника, лечение.
234. Туберкулез органов дыхания вторичного периода. Основная семиотика, пути выявления.
235. Особенности выявления и течения вторичных форм у подростков.
236. Очаговый туберкулез. Клиническая, рентгенологическая картина заболевания.
237. Клиническая картина инфильтративного туберкулеза у подростков, методы его диагностики.
238. Ограниченные и распространенные формы инфильтративного туберкулеза, рентгенологическая характеристика.
239. Туберкулема легких. Патоморфологическая картина, рентгенологические признаки.
240. Тактика ведения больных с туберкулемой легких.
241. Хронические деструктивные формы туберкулеза. Причины развития.
242. Кавернозный туберкулез легких. Клинико-рентгенологические признаки.
243. Фиброзно-кавернозный туберкулез, клинико-рентгенологическая характеристика.
244. Цирротический туберкулез легких, частота выявления, клиника.
245. Тактика и особенности лечения больных деструктивными формами.

246. Хирургические методы терапии деструктивных форм.
247. Острый и подострый туберкулез, клинико-рентгенологическая картина.
248. Хронический диссеминированный туберкулез, клинико-рентгенологическая картина, прогноз.
249. Диссеминированный туберкулез легких у подростков, частота, особенности клинического течения.
250. Дифференциальная диагностика диссеминированных процессов у детей, подростков и взрослых.
251. Отличия вторичных форм туберкулеза у детей старшего возраста и подростков от первичных форм.
252. Туберкулезный плеврит: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика
253. Осложнения вторичного туберкулеза, причины развития, частота.
254. Легочное кровотечение и борьба с ним.
255. Пневмоторакс и борьба с ним.
256. Амилоидоз, клиника и лечение.
257. Основные принципы лечения больного туберкулезом.
258. Особенности режима и питания больных туберкулезом детей.
259. Основные препараты в лечении туберкулеза.
260. Изониазид и другие препараты группы ГИНК: характеристика препарата, дозировка, побочные действия, меры их устранения.
261. Рифампицин: дозировка, побочные действия, меры их устранения.
262. Стрептомицин, канамцин, амикацин: дозировка, побочное действие, меры предупреждения
263. Этамбутол: : дозировка, побочные действия, меры их устранения.
264. Пиразинамид: : дозировка, побочные действия, меры их устранения
265. Стандартные режимы противотуберкулезной химиотерапии
266. Принципы патогенетического лечения больного туберкулезом.
267. Побочные действия основных противотуберкулезных препаратов и их профилактика
268. Лекарственно-устойчивый туберкулез у детей и подростков, особенности лечения.
269. Резервные препараты в лечении туберкулеза.
270. Новые противотуберкулезные препараты: характеристика, особенности применения
271. Комбинированные противотуберкулезные препараты, возможности применения в детском возрасте.
272. Особенности применения противотуберкулезных препаратов во время беременности.
273. Терапевтический эффект противотуберкулезных препаратов.
274. Лечение первичных форм туберкулеза у детей раннего возраста.
275. Показания к применению гормональных препаратов в лечении туберкулеза.
276. Туберкулезный санаторий в диагностике и лечении туберкулеза у детей и подростков.
277. Санаторный этап лечения туберкулеза у взрослых, его значение.
278. Показания и противопоказания к лечению детей и подростков в противотуберкулезном санатории клинического типа.
279. Климатическое санаторное лечение больных туберкулезом детей, подростков и взрослых.
280. Методы реабилитации на санаторном этапе.
281. Диетотерапия детей и подростков на санаторном этапе.

282. Реабилитация больных деструктивными формами.
283. Особенности санаторного лечения взрослых больных в послеоперационном периоде
284. Патологическая анатомия и патогенез туберкулезного менингита.
285. Клинические формы туберкулезного менингита.
286. Клиническая картина базиллярной формы туберкулезного менингита.
287. Клиническая картина туберкулезного менингоэнцефалита.
288. Клиническая картина спинальной формы туберкулезного менингита.
289. Характеристика ликвора при базиллярной форме туберкулезного менингита.
290. Характеристика ликвора при менингоэнцефалите.
291. Характеристика ликвора при спинальной форме туберкулезного менингита.
292. Особенности течения туберкулезного менингита у детей раннего возраста.
293. С какими заболеваниями следует дифференцировать туберкулезный менингит.
294. Показатели спинномозговой жидкости при менингитах различной этиологии.
295. Осложнения туберкулезного менингита.
296. Характеристика анализа крови у больного туберкулезным менингитом.
297. Обоснование диагноза туберкулезного менингита.
298. Предпосылки развития туберкулезного менингита.
299. Гидроцефалия как осложнение туберкулезного менингита.
300. Лечение больного туберкулезным менингитом.
301. Патогенетическая терапия больного туберкулезным менингитом.
302. Гормональная терапия у больного туберкулезным менингитом.
303. Прогноз у больных, перенесших туберкулезный менингит.
304. Диспансерное наблюдение за больными, перенесшими туберкулезный менингит.
305. Санаторное лечение больных туберкулезным менингитом.
306. Патогенез туберкулезного периферического лимфаденита.
307. Клиника и течение различных форм туберкулеза периферических лимфоузлов.
308. Исходы туберкулеза периферических лимфатических узлов.
309. Методы лечения туберкулеза периферических лимфоузлов.
310. Дифференциальная диагностика с лимфаденитами другой этиологии (гнойным, вирусным), лимфогранулематозом, БЦЖ-лимфаденитом.
311. Обоснование диагноза туберкулезного лимфаденита.
312. Диспансерное наблюдение за больными туберкулезом периферических лимфоузлов.
313. Санаторное лечение больных туберкулезным лимфаденитом.
314. Клинические формы туберкулезных мезоаденитов.
315. Осложнения туберкулезного мезоаденита.
316. Исходы туберкулезного мезоаденита.
317. Диагностика туберкулезного мезоаденита.
318. Лечение туберкулезного мезоаденита.
319. Диспансерное наблюдение за больными, перенесшими туберкулез брыжеечных лимфоузлов.
320. Дифференциальная диагностика с аппендицитом, панкреатитом, язвенной болезнью желудка, холециститом, мезентериальной формой лимфогранулематоза.
321. Патогенез туберкулезных перитонитов.
322. Классификация туберкулезных перитонитов.
323. Клиническая картина туберкулезного перитонита.
324. Осложнения туберкулезного перитонита.
325. Исходы туберкулезных перитонитов.
326. Лечение туберкулезного перитонита.
327. Диспансерное наблюдение за больными, перенесшими туберкулезный

- перитонит.
- 328. Патогенез туберкулеза кишечника.
 - 329. Клинические проявления туберкулеза кишечника.
 - 330. Лечение туберкулеза кишечника.
 - 331. Дифференциальная диагностика с неспецифическим колитом, хроническим аппендицитом, опухолью кишечника, дизентерией.
 - 332. Диспансерное наблюдение за больными, перенесшими туберкулез кишечника.
 - 333. Диета больного туберкулезом кишечника.
 - 334. Патогенетическая терапия при туберкулезе кишечника.
 - 335. Патогенез костно-суставного туберкулеза.
 - 336. Классификация костно-суставного туберкулеза.
 - 337. Клиническая картина туберкулезного спондилита.
 - 338. Клиническая картина туберкулезного коксита.
 - 339. Клиническая картина туберкулезного гонита.
 - 340. Диагностика костно-суставного туберкулеза.
 - 341. Рентгенологическая диагностика туберкулезного спондилита.
 - 342. Рентгенологическая диагностика туберкулезного коксита.
 - 343. Рентгенологическая диагностика туберкулезного гонита.
 - 344. Течение туберкулезного спондилита.
 - 345. Исходы туберкулезного спондилита.
 - 346. Лечение туберкулезного спондилита.
 - 347. Диспансерное наблюдение за больными, перенесшими туберкулезный спондилит.
 - 348. Санаторное лечение больных туберкулезным спондилитом.
 - 349. Особенности костно-суставного туберкулеза у детей раннего возраста.
 - 350. Течение туберкулезного коксита.
 - 351. Исходы туберкулезного коксита.
 - 352. Лечение туберкулезного коксита.
 - 353. Диспансерное наблюдение за больными, перенесшими туберкулезный коксит.
 - 354. Санаторное лечение больных туберкулезным кокситом.
 - 355. Течение туберкулезного гонита.
 - 356. Исходы туберкулезного гонита.
 - 357. Лечение туберкулезного гонита.
 - 358. Диспансерное наблюдение за больными, перенесшими туберкулезный гонит.
 - 359. Санаторное лечение больных туберкулезным гонитом.
 - 360. Дифференциальная диагностика костно-суставного туберкулеза с воспалительными заболеваниями (остеомиелит, хронические артриты, сифилис, актиномикоз и др.) и не воспалительными (костные и хрящевые доброкачественные и злокачественные опухоли, врожденные аномалии развития скелета, фиброзные дисплазии, дистрофии, системные поражения костей).
 - 361. Профилактика костно-суставного туберкулеза среди детей и подростков.
 - 362. Патогенез и патоморфология туберкулеза почек.
 - 363. Клиническая классификация туберкулеза почек.
 - 364. Клиническая картина туберкулеза почек у детей и подростков.
 - 365. Клинические проявления туберкулеза почек у взрослых.
 - 366. Специальное урологическое обследование больных туберкулезом почек.
 - 367. Обоснование диагноза туберкулеза почек.
 - 368. Дифференциальная диагностика с хроническими воспалительными заболеваниями (пиелонефрит, пузырно-мочеточниковый рефлюкс), с аномалиями развития верхних мочевых путей, мочекаменной болезнью.
 - 369. Лечение больных туберкулезом почек.
 - 370. Диспансерное наблюдение и профилактика за больными туберкулезом почек.

- 371. Клиника, течение и исходы туберкулеза глаз у детей, подростков и взрослых.
- 372. Клиника, течение и исходы туберкулеза кожи у детей, подростков и взрослых.
- 373. Клиника, течение и исходы туберкулезного перикардита.

3.3. Алгоритмы практических навыков

1. расспрос больного, сбор анамнестических и катamnестических сведений, наблюдение за пациентом;
2. анализа 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 подбора 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. приемы 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. основные врачебные диагностические и лечебные мероприятия 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 ведения медицинской документации

3.4. Ситуационные задачи

Задача №1.

Ребенок 10 месяцев.

На левом плече в верхней трети у ребенка 10 мес. плотно-эластичное опухолевидное образование, которое в течение трех месяцев постепенно увеличивается. Температура не повышалась, жалоб нет, образование безболезненное.

Анамнез жизни:

Ребенок от 1-ой нормально протекавшей беременности срочных родов. Оценка по шкале Апгар 9 баллов. Родился с весом 3400г, длина 51см. Вакцинация BCG-M на 3 сутки в роддоме. Выписан на 5 сутки, грудное вскармливание до 7 мес., практически не болел. Тубконтакт отрицает.

Объективное обследование:

Состояние удовлетворительное, температура 36,6. Вес 9350г. рост 86 см. со стороны внутренних органов без особенностей. Местно на левом плече в верхней трети определяется плотно – эластичное образование размером 12 мм, безболезненное. Пальпируются подмышечные лимфоузлы слева размером 8 мм, безболезненные, плотно-эластичные.

Клинический анализ крови без отклонений, общий анализ мочи в норме, проба Манту с 2ТЕ – папула 11 мм.

Задание

1. сформулируйте диагноз
2. какие дополнительные исследования нужно сделать?
3. что является причиной данной патологии
4. оцените пробу Манту?
5. куда и как проводится вакцинация BCG-M?
6. как лечится данная патология?
7. как долго наблюдается ребенок у фтизиатра?
8. каков патогенез увеличения подмышечных лимфоузлов?
9. какие могут быть осложнения данного процесса?
10. как часто необходимо делать анализы крови и мочи при лечении данной патологии?

Задача №2

Ребенок 8 лет.

Анамнез заболевания: за последние 2 месяца ребенок стал уставать, временами появляется субфебрильная температура, стал хуже учиться в школе, появилась потливость. Для обследования был госпитализирован в ЦРБ.

Анамнез жизни: мальчик от второй беременности, родился с весом 3650, рост 54см., по Апгар 8-9 баллов, привит БЦЖ в роддоме, рубец 4 мм, выписан домой на 5 сутки. Проживает в коммунальной квартире (три соседа еще), соседи злоупотребляют алкоголем не работают. Посещал дет.сад. В семье есть старший брат 15 лет.

Объективное обследование

Состояние средней тяжести, вялый, температура 37.5, вес 14350г., рост 113см. При осмотре отмечается бледность кожных покровов вялость, синева под глазами, периферическая полиаденопатия. При перкуссии над легкими ясный легочный звук, справа паравертебрально незначительное укорочение легочного звука, дыхание везикулярное хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные. Печень, селезенка не увеличены. Стул, диурез в норме.

Клинический анализ крови в пределах нормы, анализ мочи без патологии.

Динамика проб Манту: 2 года- р.-6мм., 4 года – р.- 7мм, 5 лет – 5мм, 6 лет – 12мм., 7 лет 12 мм. При постановке пробы Манту с 2ТЕ в стационаре – 17мм. Рентгенограмма гр.клетки: в легких без очаговых и инфильтративных изменений, справа корень легкого расширен, неструктурен.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Какие еще исследования необходимо провести ребенку.
3. Что нужно сделать в квартире.

4. Какое обследование необходимо старшему брату?
5. Оцените пробы Манту с 2ТЕ, когда было инфицирование?
6. Какие ошибки допущены педиатром?
7. Где должен лечиться данный ребенок?
8. Принципы лечения данного заболевания.
9. Сколько должен лечиться больной?
10. Прогноз заболевания.

Задача №3

Мальчик 15 лет 5 мес.

Анамнез заболевания: При первичном флюорографическом обследовании у подростка выявлена очаговая тень 8-9мм в верхушке слева. Госпитализирован на туберкулезное отделение для уточнения диагноза.

Анамнез жизни: Мальчик от 3 беременности вторых родов. Родился с весом 3500г., рост 54см. привит БЦЖ в роддоме рубец 4 мм. Выписан с срок. Рос и развивался соответственно возраста. Перенес краснуху, ветряную оспу, в 8 лет очаговую пневмонию, вирусный гепатит в 13 лет. Контакт с больными туберкулезом не установлен. Социально бытовые условия удовлетворительные. В квартире живут четверо взрослых и три ребенка.

Объективное обследование: Жалобы на незначительную слабость, особенно при физической нагрузке, потливость, изредка субфебрильную температуру. Состояние средней тяжести, вялый, бледноват, синева под глазами, отстаёт в физическом развитии. Пальпируются 5 групп периферических лимфоузлов мелкие, безболезненные, не спаянные. При перкуссии ясный легочный звук над всеми полями, границы сердца не расширены. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ясные, ритмичные. Печень, селезенка не увеличены. Стул диурез в норме. В клиническом анализе крови: Нб 110 г/л, эр. 5.4 x 10/12л, лейкоц-9.9 x 10/9л, (п/я 10%, с/я 67%, лимф. 11%, мон. 12%), СОЭ 17мм/час. Общий анализ мочи в норме.

Пробы Манту ставились нерегулярно: в 3г. р-7мм., в 7 лет-9мм., в 13 лет- 15мм, в 14 лет-15мм. У фтизиатра не наблюдался. Ревакцинация не проводилась.

Рентгенологически: в 1 сегменте слева очаговая единичная мягкоочаговая тень 9мм. в диаметре. Остальные легочные поля чистые. Корни не расширены. Границы сердца в пределах нормы.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования нужно провести больному?
3. Оцените клинический анализ крови.
4. Оцените пробы Манту.
5. Какие ошибки допущены педиатром?
6. Какие факторы могли способствовать заболеванию?
7. Что нужно сделать в квартире?
8. Как будем лечить ребенка?
9. Сколько времени необходимо лечить?
10. Каков прогноз заболевания?

Задача №4.

Подросток 15 лет

Анамнез заболевания: Заболел остро с повышения температуры до 39 градусов, слабость, одышка, небольшой кашель с мокротой. Был госпитализирован на детское отделение с диагнозом пневмония. При рентгенологическом обследовании в легких с двух сторон были обнаружены множественные мелкоочаговые тени. Получал антибактериальную терапию, но улучшения не наступало, после 2х недель лечения консультирован фтизиатром и переведен в специализированный стационар.

Анамнез жизни: Ребенок от 1 нормально протекавшей беременности срочных родов. В семье еще 3 детей. Привит БЦЖ в роддоме, слабое пятно на месте прививки 4мм. В 7 лет проведена ревакцинация БЦЖ – рубец – 5мм.

Пробы Манту с 2ТЕ до 7 лет отрицательные, в 9 лет р-13мм, в 10 лет р-13мм., в 12 лет р-15мм., в 13 лет р-14мм., в 14 лет р-15мм. Проживает в коммунальной квартире, у соседа был обнаружен инфильтративный туберкулез в фазе распада 5 мес. назад, мальчик у фтизиатра не наблюдался, химиопрофилактику не получал. Часто болеет простудными заболеваниями, за 3 мес. до настоящего заболевания перенес корь в тяжелой форме. Курит

Объективное обследование

Состояние ребенка тяжелое, температура 38.6, выраженная интоксикация, бледность, тахикардия до 96 в минуту, одышка до 38 в 1 минуту, кашляет со слизистой мокротой, отстаёт в весе на 5 кг. При пальпации определяется периферическая полиаденопатия. При перкуссии ясный легочный звук. Дыхание жестковатое хрипов нет. Печень увеличена на 1 см. из под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. В клиническом анализе крови незначительная анемия, лейкоцитоз без сдвига влево, умеренная лимфопения, увеличение СОЭ до 23мм/час. Проба Манту в стационаре папула 5мм. На рентгенограмме легких без отчетливой динамики, сохраняются мелкоочаговые тени с двух сторон, больше в верхних отделах.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Что можно сделать дополнительно для подтверждения диагноза?
3. Что способствовало развитию заболевания?
4. Какие ошибки были допущены врачами?
5. Оцените пробы Манту, почему в стационаре она была низкая?
6. Почему до 7 лет пробы Манту были отрицательные?
7. Что необходимо сделать в квартире?
8. Как нужно лечить такого больного?
9. Сроки лечения больного.
10. Прогноз заболевания.

Задача №5.

Ребенок 1 год 2 месяца.

Анамнез заболевания: мать, купая ребенка, обнаружила в подмышечной области слева плотное новообразование размером с небольшой грецкий орех безболезненное. Педиатр скорой помощи, вызванный матерью, госпитализировал ребенка в общесоматический стационар на детское хирургическое отделение. Дежурный врач прооперировал ребенка под наркозом, при разрезе увидел казеозный некроз, после чего вызвал фтизиатра, и больной был переведен на фтизиатрическое отделение.

Анамнез жизни: мальчик от первой, протекавшей с токсикозом первой и второй половины беременности, срочных родов, по шкале Апгар 4-5 баллов. Вес при рождении 2350г., рост 42 см. Находился 2 месяца в стационаре на этапе выхаживания новорожденных. Выписан с весом 2950г. Наблюдался в поликлинике неврологом. Привит БЦЖ – М в 6.5 месяцев в поликлинике. На грудном вскармливании до 5 мес. В дальнейшем практически не болел, тубконтакт отрицает. Условия жизни хорошие.

Объективное обследование

Состояние средней тяжести, температура 37,2 градуса, бледноват, срыгивает изредка при кормлении. Вес 9800г., рост 67 см. Реагирует адекватно на окружающих. Кожа, слизистые чистые. При пальпации определяются подчелюстные, подмышечные справа, шейные лимфоузлы мелкие безболезненные. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, границы сердца не расширены. Аускультативно в легких пуэрильное дыхание хрипов нет, тоны сердца ясные, ритмичные 42 в

минуту. Печень, селезенка не увеличены, стул, диурез в норме. Местно в левой подмышечной области свежий рубец и 3 шва после операции. Лимфоузлы не пальпируются. Клинический анализ крови: Нб 135г/л, эр. $4,3 \times 10^{12}/л$, Лейк. – $5,4 \times 10^9/л$, (п/я.-4%, с/я.-73%, лимф.-9%, мон.-14%) СОЭ-12мм/час. Анализ мочи без патологии. Проба Манту с2ТЕ р. – 12мм. На рентгенограмме в легких без очаговых и инфильтративных изменений, корни легких не расширены, структурны.

Задание

1. Какой диагноз можно поставить ребенку?
2. Какая ошибка у педиатра Скорой помощи?
3. Какая ошибка у детского хирурга?
4. Что могло спровоцировать данное заболевание?
5. оцените анализ крови ребенка.
6. Оцените пробу Манту.
7. В каких случаях при данной патологии прибегают к хирургическому вмешательству?
8. Как необходимо лечить дальше ребенка?
9. Как часто встречается данная патология?
10. Каков дальнейший прогноз?

Задача №6.

Больная Ирина Т., 15 лет, наблюдается противотуберкулезным диспансером с 1998 года.

В анамнезе: Вакцинирована БЦЖ в родильном доме, рубчик 5 мм. В дошкольном и младшем школьном возрасте росла и развивалась нормально, болела редко. С 1996 г. имела туберкулезный контакт с матерью, которая умерла от туберкулеза в 1997 г. В 1996 – 97 годах девочка наблюдалась в противотуберкулезном диспансере, проведен один курс химиопрофилактики. В 1998 году снята с диспансерного учета. Динамика туберкулиновых проб: 1983–93 – все пробы отрицательные, 1994–р7мм, 1996–р17мм, 1997–р20, 1998–р15, 1999–р17мм. В январе 1999 г. при профилактической ФГ в школе выявлен неоднородный инфильтрат с распадом в верхней доле левого легкого МБТ (+). В январе–марте 1999 года в течение 3 месяцев лечилась в стационаре, затем амбулаторно. Противотуберкулезные препараты получала нерегулярно. В январе 2000 года вновь направлена в стационар.

Данные осмотра: Жалобы на слабость, потливость. Масса тела 46 кг, длина тела 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, выслушиваются немногочисленные сухие хрипы. Со стороны органов брюшной полости – без особенностей. Температура тела нормальная.

Клинический анализ крови: Нб–110 г/л, Эр– $3,5 \times 10^{12}$, Лейк.– $6,5 \times 10^9$, 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.

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 этиотропную и патогенетическую терапию. Каков прогноз заболевания?
5. Какие имеются показания и противопоказания к оперативному лечению этой формы туберкулеза?

Задача №7.

Больная Инна М., 16 лет (1984), поступила для обследования в туберкулезное хирургическое отделение в марте 2001 года.

Анамнез: Родилась от второй нормально протекавшей беременности, вторых срочных родов. Вакцинирована БЦЖ в родильном доме, рубчик–5мм, ревакцинирована в 7 лет, рубчик–4мм. В дошкольном и младшем школьном возрасте росла и развивалась нормально. В 11 лет имела кратковременный контакт с дядей больным туберкулезом, вернувшимся из мест лишения свободы. В диспансере не наблюдалась. Динамика туберкулиновых проб: 1984–90г р5мм–р3мм, 1991–отр., 1992–р10мм, 1993–р10мм, 1995–р17мм, 1996–р12, 1997–р10мм, 1999–р16мм. Считает себя больной с января 1999г, когда после перенесенного простудного заболевания длительно сохранялась субфебрильная температура. Весной «простудные заболевания» рецидивировали, нарастала слабость, снижение аппетита и массы тела. С этими жалобами неоднократно обращалась в поликлинику, диагноз – ОРВИ. В июне 1999г. состояние резко ухудшилось, повысилась температура до 38,5⁰, появился кашель с мокротой, одышка. Потеряла в массе тела 15 кг за 6 месяцев. Госпитализирована в стационар с диагнозом «Острая пневмония». Лечение неспецифическими антибиотиками без эффекта. Состояние ухудшилось, появилось кровохарканье. Находилась на лечении в туберкулезном отделении с июля 1999г до февраля 2001 года–18 месяцев с диагнозом: «Двусторонний инфильтративный туберкулез в фазе распада и обсеменения, МБТ (+). Осложнение лечения – неврит слухового нерва.

После 18 месяцев лечения направлена на консультацию хирурга.

Данные осмотра: Жалобы на одышку при физической нагрузке. 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, справа–сухие хрипы. В нижних отделах легких–дыхание ослабленное. Тоны сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений 80 уд/мин. Со стороны других органов–без особенностей.

Клинический анализ крови: Нб–120 г/л, Эр–4,0х10¹², Лейк.–6,0х10⁹, 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.

Заключение хирурга–хирургическое лечение не показано.

Задание:

1. Какие ошибки допущены в наблюдении и лечении подростка?
2. С чем может быть связан неврит слухового нерва, в чем состоит его профилактика?
3. Поставьте и обоснуйте диагноз. Какие осложнения характерны для данной формы туберкулеза?
4. В какой группе диспансерного учета следует наблюдать подростка?
5. Объясните заключение хирурга.
6. Какие профессии противопоказаны подростку?

Задача №8.

Подросток Елена Б., 15 лет (1981 г.р.) поступила в стационар в октябре 1996 г.

Анамнез: Девочка от первой нормально протекавшей беременности, первых срочных родов. Вакциной БЦЖ привита на 5 сутки жизни, рубчик 8 мм. В дошкольном и младшем школьном возрасте часто болела простудными заболеваниями. В 1985 и 1986 гг. дважды болела пневмониями, лечилась амбулаторно. В 1993 г. диагностирована язвенная болезнь желудка. В 1994 г. выявлен туберкулезный контакт с отцом, который неоднократно находился в ИТУ. Диагноз отца: Фиброзно-кавернозный туберкулез обоих легких, МБТ (+), лекарственная устойчивость к стрептомицину, рифампицину. В 1995 г. отец умер от туберкулеза. Ребенок наблюдался в противотуберкулезном диспансере по контакту с 1994 г. Проведено 2 курса химиопрофилактики изониазидом в 1994 и 1995 гг. Материально-бытовые условия тяжелые. У девочки есть мать 36 лет и сестра 10 лет. Заболевание выявлено в октябре 1996 г. при очередном обследовании по контакту. Динамика туберкулиновых проб: 1984–p10мм, 1985–p17мм, 1986–p16мм, 1989–p10мм, 1990–p7мм, 1991–p12мм, 1992–p12мм, 1994–p16мм, 1995–p15мм.

Данные осмотра: Жалобы на плохой аппетит, периодически боли в эпигастриально области. слабость, нарушение менструального цикла. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные. Снижен тургор и тонус тканей. Масса тела 40 кг, длина тела 150 см. Телосложение астеническое. Периферические лимфоузлы пальпируются в 5 группах, мелкие, плотные. Плевромышечные и плевро-медиастинальные симптомы отрицательные. Над всей поверхностью легких – ясный легочный звук. Дыхание в верхних отделах правого легкого с жестковатым оттенком, в остальных отделах – везикулярное, хрипов нет. Пульс 86 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушены, функциональный систолический шум с максимумом на верхушке. Артериальное давление колеблется от 85/45 мм рт.ст. до 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в области эпигастрия. Со стороны других органов отклонений не выявлено. Клинический анализ крови: Hb–118 г/л, Эр.– $4,0 \times 10^{12}$, Лейк.– $3,9 \times 10^9$, Э–2%, П–3%, С–68%, Л–14%, М–12%, СОЭ–22 мм/ч.

Анализ мочи: без патологии.

Градуированная кожная проба: 100%–p15L, 25%–p12, 5%–p5, 1%–p2. Проба Манту с 2ТЕ–p15 мм.

Рентгено-томографическое исследование: Справа в S-1–S-2 группа очагов размерами 0,4–0,6 см на фоне усиленного легочного рисунка. Корни не расширены, фиброзно трансформированы. Слева – парамедиастинальная спайка.

МБТ методом флотации и посева: не обнаружены.

Задание:

1. Оценить объем и качество мероприятий по профилактике и выявлению туберкулеза.
2. Поставить клинический диагноз.
3. В каких группах диспансерного учета наблюдался подросток до и после выявления заболевания? Какова тактика наблюдения в этих группах?
4. Дайте эпидемиологическую характеристику очага, в котором живет подросток, наметьте план его оздоровления.
5. Назначьте лечение. Какие особенности будет иметь химиотерапия в данном случае?
6. Какие меры для профилактики осложнений ХТ необходимо принять.

Задача №9.

Женщина 36 лет, по профессии – парикмахер, отмечает ухудшение самочувствия с февраля 2000 года, когда после перенесенного ОРВИ в течение двух месяцев беспокоили слабость, потливость, снижение работоспособности, раздражительность, нарушение сна. Наблюдалось повышение t до $37,2$ – $37,5^{\circ}\text{C}$, снижение массы тела на 2 кг. С этими жалобами больная обратилась к терапевту в апреле 2000 г. При объективном обследовании патологии не выявлено. Пациентка была направлена на консультацию к эндокринологу с диагнозом «Тиреотоксикоз?», но эндокринной патологии не выявлено. В конце мая 2000 г. появились боли в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты. Больная вновь обратилась к терапевту.

При осмотре: умеренно выраженные симптомы интоксикации в виде бледности, потливости, снижения массы тела. Над легкими – справа в верхних отделах – небольшое укорочение перкуторного звука. Здесь же выслушиваются ослабленное дыхание и единичные влажные хрипы непостоянного характера. Тоны сердца приглушены, тахикардия. 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–8%, С–54%, Э–1%, М–9%, Л–28%, СОЭ–22 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии.

Флюорография 28/V 2000: В верхней доле правого легкого определяется участок инфильтрации округлой формы с нечеткими контурами, диаметром около 3 см, неоднородной структуры. Вокруг инфильтрата несколько очагов размерами 0,3–0,6 см.

Предыдущая ФГ 15/II 1998 – без патологии.

Больная направлена в терапевтический стационар с диагнозом: «Пневмония».

Задание:

Поставьте предварительный диагноз.

Какое дообследование необходимо назначить?

С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?

Оцените тактику терапевта, какие ошибки им допущены?

Назначьте лечение, какова его длительность?

Задача №10.

Больной – мужчина 40 лет, профессия – милиционер.

В анамнезе – язвенная болезнь желудка с 1997 г., курит в течение 15 лет. Последние 5 лет часто беспокоит кашель со слизисто–гнойной мокротой.

Ухудшение самочувствия с осени 2000 г. – слабость, утомляемость, усиление кашля, появление прожилок крови в мокроте. Обратился к терапевту в ноябре 2000г., лечился с диагнозом “хронический бронхит”. В январе 2001 г. – усиление слабости, подъемы температуры до 38°C , кашель. Похудел за последние 6 месяцев на 6 кг. Лечился в поликлинике с диагнозами: «ОРВИ», «Язвенная болезнь желудка». Патология легких выявлена при очередном ФГ–обследовании по месту работы в феврале 2001 года. Предыдущая ФГ в декабре 1998 г – норма.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Умеренно выражены симптомы интоксикации – бледность, похудание, избыточная потливость. Грудная клетка эмфизематозная. ЧД = 28 в 1 минуту. Над верхней долей правого легкого укорочение перкуторного звука, там же выслушивается жесткое дыхание, немногочисленные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, систолический шум в области верхушки. ЧСС – 100 в 1 минуту.

Клинический анализ крови: Hb–110 г/л, Эр– $3,9 \times 10^{12}$, Лейк.– $10,0 \times 10^9$, П–12%, С–53%, Э–1%, М–10%, Л–25%, СОЭ–25 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии.

Р–Манту с 2 ТЕ – р 10 мм.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки: Верхняя доля правого легкого неравномерно затемнена за счет участков сливной инфильтрации и очагов различного размера и интенсивности. В центре инфильтрата – полость неправильно–округлой формы диаметром 2 см. В S₄₋₅ правого и левого легких группы очагов размерами 5–10 мм.

Анализ мокроты: обнаружены кислотоупорные палочки методом бактериоскопии.

Задание:

Поставьте предварительный диагноз, назначьте дообследование.

Относился ли данный больной к «группам риска» по туберкулезу?

Оцените тактику ведения больного.

С какими заболеваниями необходим дифференциальный диагноз?

При установлении правильного диагноза какой будет продолжительность основного курса лечения?

Задача №11.

В приемный покой терапевтического отделения доставлен мужчина 26 лет с диагнозом: «Острая правосторонняя крупозная пневмония». Профессия – учитель в школе.

Из анамнеза известно, что заболевание началось остро 3 дня назад после переохлаждения. Отмечалось повышение температуры до 39°C , боли в грудной клетке, кашель со слизисто-гноющей мокротой с прожилками крови. Больной страдает сахарным диабетом в течение 5 лет. Последние 3 месяца отмечал нарастание слабости, снижение аппетита, похудание, что расценивал как ухудшение в течении сахарного диабета. В прошлом году имел туберкулезный контакт с родственником. Химиопрофилактику не получал.

При осмотре: Состояние средней тяжести. Истощен. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, акроцианоз. Одышка – ЧД=40 в 1 минуту. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Укорочение перкуторного звука над верхней долей правого легкого. Там же выслушивается бронхиальное дыхание, множественные мелко- и среднепузырчатые хрипы. ЧСС=120 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. В остальном – без особенностей.

Клинический анализ крови: Нб–95 г/л, Эр– $3,8 \times 10^{12}$, Лейк.– $15,0 \times 10^9$, П–14%, С–70%, Э–1%, М–7%, Л–8%, СОЭ–45 мм/ч.

Сахар крови натощак 15 мм/л

Общий анализ мочи: уд.вес.1030, лейкоциты 5–8 в п/зр., эритроциты 4–5 в п/зр., белок 1,5 г/л, сахар (+), ацетон (+), гиалиновые цилиндры 3–4 в п/зр.

Р–Манту с 2 ТЕ – отрицательная

Обзорная рентгенограмма грудной клетки: В верхней и средней долях правого легкого – массивная неоднородная инфильтрация с множественными полостями распада. Очаги обсеменения в нижних долях обоих легких.

Задание:

Поставьте предварительный диагноз и назначьте дополнительное обследование.

Оцените тактику ведения больного, относился ли он к группе риска по заболеванию туберкулезом.

С какими заболеваниями требуется дифференциальная диагностика.

Назовите возможные осложнения заболевания

Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?

Задача №12

Больной М., 46 лет, по профессии – строитель, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, одышку, повышение температуры до 39°C .

Анамнез: В течение трех месяцев отмечал повышенную утомляемость, повышение температуры до субфебрильных цифр, колющие боли под левой лопаткой, которые расценивались как невралгия. Самочувствие ухудшилось резко после переохлаждения на работе: появились кашель без мокроты, одышка при небольшой нагрузке, боли и тяжесть в грудной клетке, связанные с дыханием, повысилась температура.

При осмотре: состояние средней тяжести. Бледность, одышка с ЧД 32 в минуту. Пульс 110 в 1 минуту, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Отмечается укорочение перкуторного звука над нижними отделами левого легкого, голосовое дрожание ослаблено, дыхание в этих отделах не прослушивается. Со стороны органов брюшной полости – без особенностей.

Клинический анализ крови: Нб–120 г/л, Эр– $4,8 \times 10^{12}$ /л, Лейкоциты– $5,0 \times 10^9$ /л, П–8%, С–66%, Э–1%, М–7%, Л–18%, СОЭ–35 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии

R-Манту с 2 ТЕ – папула 14 мм.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки: Отмечается гомогенное затемнение нижних отделов левого легочного поля. Затемнение имеет косую верхнюю границу, идущую сверху вниз и снаружи внутрь на уровне IV ребра. Интенсивность тени возрастает сверху вниз.

Задание:

Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.

Какое дополнительное обследование необходимо провести?

С какими заболеваниями требуется дифференциальная диагностика.

Какова тактика лечения и прогноз заболевания ?

Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?

Задача №13.

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: Hb–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.

Фибробронхоскопия–без патологии.

Задание:

Оцените объем и качество мероприятий по профилактике и выявлению туберкулеза.

Поставьте диагноз и обоснуйте его.

Под маской каких заболеваний протекает эта форма туберкулеза.

Относился ли данный пациент группе риска по туберкулезу?

Назначьте лечение, каков прогноз при своевременном и несвоевременно начатом лечении?

Задача №14.

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°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: Нб – 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

Оцените действия педиатра, фтизиатра.

На основании каких признаков можно заподозрить заболевание?

Проанализируйте данные лабораторных показателей и рентгенограммы органов грудной клетки.

Наметьте план дополнительного обследования.

Оцените показатели туберкулиновых проб и дайте заключение.

Сформулируйте клинический диагноз.

Назначьте лечение.

Объясните основные патогенетические звенья в развитии патологии процесса.

Выделите факторы, способствующие развитию этого заболевания.

С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Какие возможны варианты исхода бронхолегочного процесса?

Какие мероприятия необходимо проводить после выписки ребенка из стационара?

Задача №15.

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: Нб–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–17 мм/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:

Сформулируйте клинический диагноз.

Какие ошибки допущены в диспансерном наблюдении и лечении больной?

Проведите дифференциальный диагноз с «округлыми образованиями» другой этиологии.

Назначьте лечение. Каков прогноз заболевания?

Задача №16.

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: Нб–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

Какие ошибки допущены в ведении больной?

Поставьте и обоснуйте диагноз. Какие осложнения характерны для данной формы туберкулеза?

Какова дальнейшая тактика лечения и наблюдения больной?

Задача №17.

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.

г. 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°C.

При поступлении: состояние средней тяжести. Температура тела 36,6°C, вес – 8500 г, рост – 79 см. Выражены симптомы интоксикации и лимфаденопатии. 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: Нб – 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 теНб 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?

Задача №18.

Больной 50 лет по профессии инженер, поступил в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, кашель с единичными плевками мокроты.

Анамнез: Условия жизни неблагоприятные – проживает в общежитии, семьи нет. Пациент злоупотребляет алкоголем, длительное время курит, последние 3 года его беспокоит частый приступообразный кашель, одышка при физической нагрузке. Поводом для обращения к врачу было кровохарканье.

Данные осмотра: Состояние удовлетворительное. Температура 37,5°C. При глубоком вдохе боль под углом правой лопатки. Перкуторно справа в подлопаточной области укорочение звука, там же выслушиваются скудные влажные хрипы на фоне жесткого дыхания. Частота дыханий 24 в минуту. Пульс 80 в мин., удовлетворительного наполнения, тоны сердца приглушены. Со стороны органов брюшной полости – без особенностей.

Клинический анализ крови: Нб–105 г/л, Эр– $3,5 \times 10^{12}/л$, Лейк.– $10,0 \times 10^9/л$, П–10%, С–54%, Э–3%, М–10%, Л–23%, СОЭ – 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии.

Рентгено-томографическое исследование: В S₆ правого легкого определяется кольцевидная тень размерами 3×3 см с четкими внутренними и нечеткими наружными контурами. Ширина стенок полости до 6 мм, жидкости в ней не обнаруживается. Вблизи полости единичные очаги средней интенсивности. В остальных отделах легких очаговые и инфильтративные изменения отсутствуют.

МБТ методом флотации и посева – в мокроте обнаружены МБТ.

ФБС– локальное утолщение и гиперемия слизистой оболочки бронха шестого сегмента справа, сужение и деформация его просвета.

Через 4 месяца лечения противотуберкулезными препаратами: больной жалоб не предъявляет. Рентгенологически диаметр кольцевидной тени не изменился, но ширина стенки уменьшилась до 3 мм, очаги уменьшились и уплотнились.

Задание:

Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.

Перечислите признаки каверны, обнаруживаемые при физикальном обследовании больного.

Назовите исходные клинические формы туберкулеза легких, из которых образуется кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез

С какими заболеваниями требуется проведение дифференциальной диагностики ?

Задача к №19.

Мальчик 9 месяцев. Поступил 8.09.98 г. переводом из реанимационного отделения детской инфекционной больницы.

Анамнез жизни: ребенок от 2-й беременности, протекавшей с токсикозом, роды на 38-й неделе. Масса тела 3350,0, длина 50 см. Приложен к груди на 1-е сутки. На естественном вскармливании до 5 мес.

Вакцинация БЦЖ-М в роддоме, рубчик отсутствует.

Анамнез заболевания: с 2-месячного возраста стал часто болеть ОРВИ, бронхитами, температура до 38°C, кашель. Плохая прибавка в весе. Получал лечение симптоматическими средствами, но без эффекта. В середине августа 1998 г. – ухудшение состояния: частый кашель, рвота, понос, температура тела до 38°C.

30.08.98 г. – в тяжелом состоянии поступил в реанимационное отделение ДИБ №5 с явлениями ОДН 2 степени, лечение: инфузионная терапия, рифампицин, гентамицин, цефамизин – без эффекта.

06.09.98 г. – консультирован фтизиатром, после чего госпитализирован в специализированный стационар.

При поступлении: состояние тяжелое. Температура тела 37,6°C. Вес

6 кг, окружность головы – 43,5 см. Положение вынужденное. Голова запрокинута. Сознание сохранено. Выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы бледные. Подкожно-жировой слой отсутствует. Синдром лимфаденопатии. Влажный кашель. Одышка 65 в минуту, втяжение уступчивых мест грудной клетки. Перкуторно над легкими справа – коробочный звук, слева – притупление над верхней долей. Слева на фоне ослабленного дыхания выслушиваются сухие и разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 120 в минуту. Живот вздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на 7,5 см, селезенка выступает из-под края реберной дуги на 4 см.

Неврологический осмотр: определяются менингеальные симптомы. Большой родничок 2х2 см, не выбухает, не пульсирует. Правая глазная щель сужена, опущен левый угол рта. Спастическая гемиплегия слева. Сухожильные рефлексы вызываются, брюшные рефлексы вялые.

Анализ крови общий от 5.09.98 г.: Нб – 96 г/л, Эр – $3,56 \times 10^{12}/л$, Ц.п. – 0,82, Лейк – $8,2 \times 10^9/л$; п/я – 11%, с/я – 39%, э – 1%, л – 34%, м – 15%, СОЭ – 10 мм/час.

Анализ крови общий от 9.09.98 г.: НВ – 100 г/л, Эр – $3,3 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,9, Лейк – $7,2 \times 10^9$ /л; п/я – 7%, с/я – 47%, э – 1%, л – 31%, м – 14%, СОЭ – 25 мм/час.

Анализ мочи общий от 5.09.98 г.: реакция – кислая, относительная плотность – 1011, белок – 0,165 г/л, глюкозы – нет, лейкоциты – 30-40 в п/з., неизм. эритроциты – 20-30 в п/з.

Рентгенограмма органов грудной клетки: по всем легочным полям мелкоочаговые тени, имеющие тенденцию к слиянию в верхних долях обоих легких, инфильтративная теНб в области 1,2,3 сегментов левого легкого с участками просветления, увеличение всех групп лимфоузлов с обеих сторон в фазе инфильтрации.

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?

Задача №20.

Больной 40 лет поступил в стационар с жалобами на кашель с мокротой, кровохарканье, одышку, подъемы температуры до фебрильных цифр, обильное потоотделение.

Анамнез: Пациент одинокий, употребляет алкоголь, в течение двух лет находился в местах лишения свободы. Через полгода после освобождения был выявлен инфильтративный туберкулез легких в фазе распада. Длительность основного курса составляла 4 месяца с клиническим улучшением, после чего пациент самовольно покинул стационар, не лечился и не наблюдался в диспансере. Повторная госпитализация через год с ухудшением самочувствия.

Данные осмотра: Состояние средней тяжести. Больной бледен, истощен, определяется акроцианоз. У пациента впалая грудь, дряблая мускулатура, выглядит старше своих лет. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, в верхних ее отделах сужены межреберные промежутки. Над верхними отделами грудной клетки справа определяется укорочение перкуторного звука, жесткое дыхание, сухие и влажные среднепузырчатые хрипы.

Клинический анализ крови: Нб – 95 г/л, Эр – $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк. – $9,5 \times 10^9$ /л, П – 12%, С – 61%, Э – 2%, М – 7%, Л – 18%, СОЭ – 30 мм/ч.

Общий анализ мочи: Уд. вес 1018, сахар – нет, белок – следы, лейкоциты 10-12 в п/зр., эритроциты 4-5 в п/зр..

Рентгено-томографическое исследование: Уменьшение в объеме верхней доли правого легкого, смещение органов средостения вправо. В S₁₋₂ правого легкого определяется кольцевидная тень неправильной формы размерами 4×3 см с четкими внутренними и наружными контурами, шириной стенок до 7мм. В средних отделах левого легкого определяются очаги различной величины и интенсивности.

Проба Манту – папула 8 мм.

МБТ методом флотации и посева – в мокроте обнаружены МБТ, устойчивые к стрептомицину, изониазиду, рифампицину.

ФБС – инфильтрат с гиперемией слизистой оболочки правого верхнедолевого бронха.

Задание:

Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.

Почему у больного развилась данная форма туберкулеза легких?

Какие осложнения туберкулезного процесса имеются у больного?

С какими заболеваниями требуется проведение дифференциальной диагностики при кавернозном туберкулезе.

Задача №21.

Больной 37 лет поступил в терапевтический стационар с жалобами на одышку при физической нагрузке, кашель со скудной мокротой, снижение аппетита, общую слабость.

Анамнез: Заболел остро за три дня до поступления, когда стали беспокоить боли в грудной клетке, подъемы температуры до 39°C. При рентгенологическом исследовании выявлен левосторонний экссудативный плеврит. При плевральной пункции удалено 1,5 литра жидкости соломенного цвета. После проведения неспецифического лечения больной выписан в удовлетворительном состоянии. Через 8 месяцев у больного появились общая слабость, недомогание, похудание на 5 кг. Госпитализирован для обследования.

Данные осмотра: Состояние удовлетворительное. Питание снижено, бледен. Температура тела 37,6°C. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Тоны сердца чистые. Пульс 84 ударов в мин., удовлетворительного наполнения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Укорочения перкуторного тона нет. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги.

Клинический анализ крови: СОЭ – 31 мм/час, в остальном без изменений.

Анализ мокроты: методом бактериоскопии отрицательный, методом посева – обнаружено 10 колоний МБТ.

Рентгенограмма грудной клетки: В обоих легких симметрично, преимущественно в верхних и средних отделах на фоне усиленного легочного рисунка определяются множественные очаговые тени, которые на отдельных участках сливаются между собой.

После лечения противотуберкулезными препаратами отмечена положительная рентгенологическая динамика, значительное рассасывание очагов в обоих легких. Исчезли симптомы туберкулезной интоксикации.

Задание:

Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

С какими заболеваниями требуется проведение дифференциальной диагностики?

Какие факты из анамнеза жизни больного необходимо уточнить?

Задача №22.

Больная 18 лет поступила в стационар с жалобами на резкую слабость, повышение температуры до 38° С, небольшой кашель без мокроты, боли в области мелких суставов.

Анамнез: Больна в течение месяца: постепенно усиливающаяся слабость, утомляемость, снижение массы тела. Резкое ухудшение самочувствия в течение последних двух дней. Туберкулезный контакт не установлен. Известно, что в парадной дома, где проживает девушка, собирались наркоманы. За 6 месяцев до заболевания при обследовании в колледже поставлена проба Манту с 2 ТЕ – папула 14 мм. Предыдущая проба Манту, поставленная год назад, была отрицательной.

Данные осмотра: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Частота пульса 100 ударов в 1 мин. На передней поверхности голеней – узловатая эритема. Суставы внешне не изменены. Периферические лимфоузлы пальпируются в 7 группах, эластической консистенции, размерами до 2 см. Перкуторно притупление в парастернальной зоне с двух сторон. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Остальные данные – без особенностей.

Клинический анализ крови: Гемоглобин 105 г/л, эритроциты $3,5 \times 10^{12}$ /л, СОЭ – 25 мм/час, лейкоциты – $4,5 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула без особенностей.

Рентгенограмма грудной клетки и томограмма средостения: Средостение резко расширено в обе стороны за счет паратрахеальных внутригрудных лимфоузлов, которые увеличены по опухолевому типу. Менее выраженное увеличение внутригрудных лимфатических бронхопульмональных групп.

С предварительным диагнозом «Лимфогранулематоз» переведена в онкологическое отделение, где выполнена биопсия периферического лимфоузла (надключичного):

Результат гистологического исследования – в ткани лимфоузла определяются гранулемы, состоящие из эпителиоидных клеток, гигантских многоядерных клеток Пирогова-Лангханса и лимфоцитов, с казеозным некрозом в центре.

Задание:

Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

С какими заболеваниями требуется проведение дифференциальной диагностики?

Какие ошибки допущены при ведении пациентки?

Каковы особенности патогенеза заболевания в данном случае?

Задача №23

Женщина 29 лет, по профессии продавец продовольственных товаров, поступила в терапевтический стационар с жалобами на повышение температуры до 38°C, боли в суставах, появление плотных багрово-синюшных пятен на голенях.

Анамнез: В возрасте 7 лет пациентка наблюдалась в противотуберкулезном диспансере с диагнозом «вираж туберкулиновых проб», получила курс химиопрофилактики изониазидом. В дальнейшем считала себя практически здоровой. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Настоящее заболевание началось остро, с повышения температуры до 39°C, появления болей в грудной клетке и суставах, сухого кашля, багровых пятен на голенях.

Данные осмотра: Состояние больной удовлетворительное. Масса тела несколько выше нормы. На коже голеней – узловатая эритема. Периферические лимфатические узлы увеличены до размера 2-2,5 см, в надключичных, шейных, подмышечных, локтевых и паховых группах плотно-эластической консистенции, подвижны, безболезненны. Пульс 96 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Перкуторно над легкими определяется симметричное укорочение звука в парастернальной зоне и в межлопаточном пространстве с двух сторон. Аускультативная картина легких – в норме. Со стороны других органов патологии не выявлено.

Клинический анализ крови: Гемоглобин 130 г/л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, СОЭ – 40 мм/час, лейкоциты – $3,5 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула: П–5%, С–69%, Э–2%, М–6%, Л–18%.

Анализ мочи – без патологии

Проба Манту с 2 ТЕ – отрицательная, МБТ в промывных водах бронхов не обнаружены

Рентгенограмма грудной клетки Симметричное расширение тени средостения и корней легких за счет внутригрудных лимфоузлов, увеличенных по опухолевому типу.

Задание

Сформулируйте и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз.

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

С какими заболеваниями требуется проведение дифференциальной диагностики?

Какие симптомы заболевания входят в синдром Леффрена?

Опишите гистологическую картину, позволяющую подтвердить данный диагноз.

Задача №24.

Больная 42 лет поступила на обследование с жалобами на тупые боли в правой поясничной области, учащенное мочеиспускание, субфебрильную температуры, периодически появление мочи, окрашенной кровью.

Анамнез: Считает себя больной около двух лет, когда стали беспокоить боли в поясничной области, дизурические явления. Лечилась у терапевта, а затем у уролога с диагнозом «пиелонефрит»,

получила несколько курсов уросептиков и антибиотиков широкого спектра действия, однако улучшения не отмечалось. В детстве имела контакт с родственником больным туберкулезом, часто болела простудными заболеваниями, фтизиатром не наблюдалась.

Данные осмотра: Состояние больной удовлетворительное. Симптомы интоксикации явно не выражены, но пациентка астенического телосложения, пониженного питания (с детства). Пульс 72 в 1 мин., ритмичен. АД 150/90 мм рт. ст. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторная и аускультативная картина легких – в норме. Болезненно поколачивание по поясничной области справа. Со стороны других органов патологии не выявлено.

Клинический анализ крови: Гемоглобин 110 г/л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, СОЭ – 20 мм/час, лейкоциты – $7,5 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула: П–10%, С–54%, Э–2%, М–6%, Л–28%.

Анализ мочи – мутная, белок 0,33 г/л, сахар – нет, удельный вес 1010, лейкоциты 8-10 в поле зрения, эритроциты 15 в поле зрения.

Проба Манту с 2 ТЕ – 15 мм

Рентгенограмма грудной клетки В легких без очаговых и инфильтративных изменений. В корнях обоих легких – кальцинированные лимфоузлы.

Задание:

Какой диагноз можно предположить?

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Оцените тактику ведения пациентки.

Охарактеризуйте изменения со стороны анализов крови и мочи

В чем состоят основные принципы диагностики внелегочных форм туберкулеза?

Какие локализации внелегочного туберкулеза являются наиболее частыми у взрослых?

Задача № 25.

Больной 35 лет, по профессии охранник, поступил в стационар с жалобами на резкую слабость, утомляемость, подъемы температуры до фебрильных цифр, похудание, кашель с мокротой. В анамнезе профессиональный контакт с асоциальными лицами в исправительно-трудовом учреждении, химиопрофилактику не получал. Шесть месяцев назад пережил стрессовую ситуацию. Ухудшение состояния постепенное: отмечалось нарастание слабости, жажда, кожный зуд. Позже появился кашель с мокротой, повышение температуры. В поликлинике получал симптоматическую и антибактериальную терапию с диагнозом «бронхит» в течение месяца, при этом состояние продолжало ухудшаться.

Данные осмотра: Состояние больного тяжелое, лихорадка с колебанием суточной температуры 37–40°C, кашель с большим количеством гнойной мокроты. Частота дыханий 30 в минуту. Частота пульса 120 в минуту. Над верхней долей левого легкого – укорочение перкуторного звука. Выслушивается большое количество разнокалиберных влажных хрипов на фоне бронхиального дыхания. Пальпируется край печени, безболезненный эластической консистенции.

Клинический анализ крови: Гемоглобин 90 г/л, СОЭ – 48 мм/час, лейкоциты – $10 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула: П–20%, С–62%, Э – 0, М–6%, Л–12%.

Сахар крови натощак 19,7 – 21,3 ммоль / л.

Анализ мочи: Уд. вес 1030, белок 0,33 г/л, сахар ++, ацетон +, лейкоциты 4-5 в поле зрения, эритроциты 3-4 в поле зрения.

Рентгенограмма грудной клетки На протяжении всей верхней доли левого легкого массивная инфильтрация неоднородного характера, группа очагов в среднем отделе правого легкого

Микроскопия мокроты: Кислотоустойчивые палочки более 100 в поле зрения.

Проба Манту с 2 ТЕ – отрицательная

Задание:

Поставьте основной и сопутствующий диагноз?

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Оцените тактику ведения пациента.

Оцените изменения со стороны лабораторных показателей.

Какое значение для течения и исхода основного процесса имеет сопутствующая патология.

С какими заболеваниями часто сочетается туберкулезный процесс?

Задача №26.

Молодой человек О., 19 лет, не работающий, обратился с жалобами на слабость, повышение температуры до 37,5–38,0°С, боли в грудной клетке, кашель со слизисто-гнойной мокротой с прожилками крови, одышку при физической нагрузке.

Из анамнеза известно, что пациент из неблагоприятных социальных и материальных условий. С 10 лет начал курить, периодически употреблял алкоголь. За два года до данного заболевания юноша находился в туберкулезном контакте со старшим братом, вернувшимся из исправительно-трудового учреждения. Ухудшение состояния пациента происходило постепенно в течение года: похудание больного на 15 кг, прогрессирование одышки и слабости, кашля. Единственное ФЛГ обследование сделано 5 лет назад (норма).

Данные осмотра: Состояние средней тяжести. Истощен. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, акроцианоз. Одышка – ЧД = 30 в 1 минуту. Укорочение перкуторного звука над верхними отделами обоих легких. Там же выслушивается бронхиальное дыхание, немногочисленные среднепузырчатые хрипы. ЧСС = 100 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. В остальном – без особенностей.

Клинический анализ крови: Hb–95 г/л, Эр–3,8х10¹², Лейк.–15,0х10⁹, П–14%, С–70%, Э–1%, М–7%, Л–8%, СОЭ–25 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии.

R–Манту с 2 ТЕ – папула 8 мм.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки: В верхних отделах обоих легких участки очаговой и фокусной инфильтрации различной величины и плотности, неоднородной структуры, на фоне пневмофиброза. Симметрично расположенные полости распада размерами до 2 см в диаметре.

Микроскопия мокроты: обнаружены МБТ (+) методом флотации и посева, устойчивые к стрептомицину и рифампицину.

Задание:

Поставьте и обоснуйте диагноз.

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Оцените тактику ведения пациента.

Охарактеризуйте изменения со стороны лабораторных показателей.

Назначьте лечение. Каков прогноз заболевания?

Задача №27.

Больная Б., 37 лет (1988 г.р.), по профессии повар поступила в стационар с жалобами на подъем температуры до 39°С, кашель с мокротой, одышку.

Анамнез. Больной себя считает около двух недель. Отмечался резкий подъем температуры, сухой кашель, боль в левой половине грудной клетки при дыхании. Лечилась симптоматическими средствами и антибиотиками. В связи с отсутствием эффекта была госпитализирована в стационар с диагнозом «Левосторонняя пневмония».

Данные осмотра. Состояние при поступлении средней тяжести. Отмечалась бледность, снижение массы тела на 10 кг, одышка. Над левым легким – укорочение перкуторного звука, дыхание жесткое, выслушиваются единичные влажные хрипы на ограниченном участке слева в верхних отделах.

В анализе крови: гемоглобин 121 г/л, лейкоциты – 6,7*10⁹/л, СОЭ – 23 мм/час. Лейкоцитарная формула: п/я – 10%, с/я – 62%, лимфоциты – 20%, моноциты – 5%, эозинофилы – 3%.

На рентгенограмме – инфильтративное затемнение в левом легком, преимущественно в верхнем и среднем отделах, неоднородной структуры. Больная получила два курса неспецифической

антибактериальной терапии: цефазолин 10 дней, затем – ровамицин 10 дней. Клинического улучшения нет.

На повторной рентгенограмме (после лечения) неоднородная инфильтрация в S₁₋₂₋₃ левого легкого с границей по междолевой щели, где она наиболее плотная, в S_{4,5} очаговая, местами сливная инфильтрация. Рентгенологически отмечается прогрессирование заболевания.

Бактериоскопическое исследование мокроты на МБТ с окраской по Цилю-Нильсену проведено через 25 дней после поступления в стационар. Результат положительный: 6-8 МБТ в препарате.

Проба Манту – папула 14 мм.

При фибробронхоскопии выявлен инфильтративный туберкулез левого верхнедолевого бронха.

Сбор эпидемиологического анамнеза показал, что в общежитии квартирного типа, в котором проживала больная, на том же этаже был выявлен больной туберкулезом.

Задание:

Поставьте и обоснуйте диагноз.

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Оцените тактику ведения пациента.

Охарактеризуйте изменения со стороны лабораторных показателей.

Какие клиничко-рентгенологические варианты данной формы процесса существуют?

Каков прогноз заболевания?

Задача №28.

Больной 67 лет, электросварщик поступил на обследование в связи с выявленной патологией, жалоб не предъявляет.

Анамнез. Туберкулезный контакт не установлен. При профилактической флюорографии выявлены изменения в левом легком в виде округлого образования с полостью деструкции внутри. Предыдущая ФЛГ 3 года назад – без патологии. В результате дообследования в клинике глубоких микозов, онкологическом и противотуберкулезном диспансерах поставлен диагноз «Инфильтративный туберкулез S₁₋₂ левого легкого в фазе распада МБТ (–)». Противотуберкулезная терапия в течение 6 месяцев без эффекта. Направлен на хирургическое лечение с диагнозом «Кавернозный туберкулез S₁₋₂ левого легкого в фазе распада МБТ (–)».

Данные осмотра. Состояние при поступлении удовлетворительное. Отмечалась небольшая слабость, потливость, покашливание. Над верхними отделами левого легкого – укорочение перкуторного звука. Хрипов не выслушивается.

В анализе крови: СОЭ – 25 мм/час, в остальном – без особенностей.

На рентгенограмме – в S₁₋₂ левого легкого каверна величиной 2,2×1,8 см с ровным внутренним контуром. От наружного контура в разные стороны отходят пневмосклеротические тяжи.

Бактериоскопическим методом МБТ не выявлены

Бактериологическое исследование: методом посева мокроты выделены множественные ярко-желтые колонии, которые идентифицированы как *M. scrofulaceum*

Клинический диагноз больного был изменен.

Больному проведена операция: резекция S₁₋₂ левого легкого.

Из резецированного материала высеяны колонии *M. scrofulaceum*, устойчивые к стрептомицину, изониазиду, рифампицину.

Через 6 месяцев после операции пациент переведен в III группу диспансерного учета.

Задание:

Поставьте и обоснуйте диагноз.

На чем основана дифференциальная диагностика данного заболевания и туберкулеза?

Оцените тактику ведения больного.

Назовите показания к хирургическому лечению у данного пациента.

К каким микобактериям относятся *M. scrofulaceum*, каковы особенности патогенеза заболеваний, вызываемых этими микобактериями?

Задача №29.

Больной 60 лет, пенсионер. Жалуется на слабость, утомляемость, одышку при умеренной нагрузке, кашель с мокротой, кровохарканье.

Анамнез. В течение 12 лет работал пескоструйщиком. В возрасте 55 лет был установлен диагноз: «Очаговый туберкулез в фазе инфильтрации, МБТ (–), силикоз I стадии». После проведенного лечения самочувствие и клинико-рентгенологическая картина заболевания были стабильными, туберкулезный процесс в фазе уплотнения. Ухудшение состояния постепенное в течение последних шести месяцев.

Данные осмотра. Состояние средней тяжести. Температура 38°C. ЧД – 24 в 1 минуту в покое. Отмечается бледность, потливость. Пульс 102 в 1 минуту, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушены. Грудная клетка эмфизематозная. При перкуссии укорочение звука над верхней долей справа, там же выслушиваются влажные хрипы. В остальных отделах легких – коробочный оттенок перкуторного звука, рассеянные сухие хрипы.

В анализе крови: гемоглобин 105 г/л, лейкоциты – $12 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ – 35 мм/час. Лейкоцитарная формула: п/я – 10%, с/я – 60%, лимфоциты – 17%, моноциты – 10%, эозинофилы – 3%.

В мокроте МБТ (+), методами бактериоскопии и посева.

Рентгенограмма грудной клетки Сетчатый пневмофиброз и немногочисленные мелкие узелковые тени, главным образом в средних отделах легких, ближе к корню, явления эмфиземы легких. Корни легких расширены и уплотнены, имеется обызвествление внутригрудных лимфатических узлов – симптом «яичной скорлупы». В верхушке правого легкого определяется инфильтрат размерами 4×5 см с полостью распада.

Задание:

Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.

Прогрессированием какого из двух сочетанных заболеваний объясняется ухудшение состояние данного больного?

Какие клинические особенности появляются при сочетании туберкулеза с силикозом?

С какими заболеваниями часто сочетается туберкулез и почему?

Какие еще профессиональные вредности способствуют развитию туберкулеза и как его предупредить у этих категорий пациентов.

Задача № 30.

Женщина 32 лет по профессии врач-стоматолог поступила в стационар с жалобами на лихорадку гектического типа, резкую общую слабость, похудание, кашель без мокроты.

Анамнез. В детстве имела туберкулезный контакт с родственником, наблюдалась в противотуберкулезном диспансере. Последние 5 лет страдает системной красной волчанкой, получает курсы кортикостероидной терапии. Ухудшение состояния внезапное: озноб, повышение температуры до 39,6°C, головная боль, спутанность сознания. Доставлена в инфекционное отделение с диагнозом «грипп».

Данные осмотра. Состояние тяжелое. Суточные колебания температуры 40° – 37°C. Выраженная потливость, адинамия, бледность, цианоз. Периферические лимфоузлы увеличены до 2 см, подвижны, безболезненны. Положение вынужденное, полулежачее. ЧД – 50 в 1 минуту в покое. Пульс 130 ударов в 1 минуту, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены. При перкуссии легочный звук с тимпаническим оттенком, рассеянные сухие и влажные хрипы, особенно в паравертебральных отделах. Печень и селезенка увеличены.

В анализе крови: гемоглобин 95 г/л, лейкоциты – $5,5 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ – 45 мм/час. Лейкоцитарная формула: п/я – 12%, с/я – 66%, лимфоциты – 10%, моноциты – 12%, эозинофилы – 0.

В мокроте МБТ (–), методами бактериоскопии и посева.

Проба Манту – отрицательная

В анализе мочи: белок – следы, уд.вес 1014, лейкоциты до 12 в поле зрения, эритроциты до 10 в поле зрения

Рентгенограмма грудной клетки Двустороннее тотальное симметричное обсеменение легких очень мелкими (1-2мм) однотипными очагами. На томограмме средостения выявлены кальцинированные очаги в корнях легких.

Задание:

Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.

Назначьте дополнительное обследование

Дифференциальную диагностику с какими заболеваниями следует провести?

Оцените тактику ведения пациентки. Почему у нее возникла данная форма процесса.

Какие клинические и лабораторные изменения характерны именно для этой формы заболевания

ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.2 «Общественное здоровье и здравоохранение»

1. Общественное здоровье на 50% и более обусловлено:

- а) состоянием внешней среды
- б) гигиеническими факторами
- в) состоянием здравоохранения
- г) наличие гигиенических навыков
- д) условиями и образом жизни

2. На здоровье населения влияют:

- а) социально-экономические факторы
- б) социально-биологические факторы
- в) медицинские факторы
- г) природно-климатические факторы
- д) все перечисленное верно

3. Основным методом изучения показателей статистики населения следует считать:

- а) текущую регистрацию рождаемости
- б) перепись населения
- в) выборочные демографические исследования
- г) социологический опрос населения
- д) все перечисленное верно

4. Динамика населения изучает:

- а) механическое движение населения
- б) естественное движение населения
- в) миграционные процессы
- г) все перечисленное верно

5. При вычислении показателя рождаемости учитывается число родившихся за год:

- а) живыми
- б) мертвыми
- в) живыми и мертвыми
- г) проживших 168 часов

6. Основной причиной материнской смертности является:

- а) акушерские причины
- б) инфекционные заболевания
- в) новообразования
- г) болезни органов дыхания
- д) заболевания ССС

7. Для вычисления показателя младенческой смертности необходимо знать число детей:

- а) умерших в возрасте до 1 года
- б) родившихся мертвыми
- в) умерших с 28 недель беременности
- г) населения в возрасте до 1 года
- д) умерших в течении 168 часов

8. При расчете показателя мертворождаемости учитываются дети:

- а) умершие на 1 году жизни
- б) родившиеся живыми и мертвыми
- в) умершие на 1 месяце жизни
- г) умершие на 1-ой неделе жизни

9. Распространенность (или болезненность) населения – это совокупность заболеваний:

- а) выявленных по данным о причинах смерти
- б) выявленных при медицинском осмотре
- в) выявленных впервые в данном году и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больной вновь обратился за медицинской помощью в этом году
- г) все перечисленное верно

10. Единицей наблюдения при изучении заболеваемости по данным обращаемости является:

- а) посещение больным ЛПУ
- б) первичное обращение по поводу данного заболевания в данном году
- в) заболевание, выявленное при медицинском осмотре
- г) больной, обратившийся по поводу заболевания

11. В структуре заболеваемости по данным обращаемости населения России на первом месте стоят болезни:

- а) системы кровообращения
- б) желудочно-кишечного тракта
- в) органов дыхания
- г) нервной системы
- д) новообразования

12. Основным учетным документом при изучении инфекционной заболеваемости является:

- а) медицинская карта амбулаторного больного
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения
- в) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку
- г) карта эпидемиологического обследования
- д) все перечисленное верно

13. Основным документом для изучения госпитализированной заболеваемости является:

- а) карта стационарного больного
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения
- в) статистическая карта выбывшего из стационара
- г) карта эпидемиологического обследования

14. Международная статистическая классификация болезней – это:

- а) перечень наименований болезней
- б) перечень диагнозов
- в) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний
- г) система группировки болезней и патологических состояний
- д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов

15. Акселерация это:

- а) увеличение удельного веса городского населения
- б) превышение показателя смертности над показателем рождаемости
- в) превышение удельного веса лиц старше 50 лет, над удельным весом детей
- г) ускорение роста и развития детей и подростков
- д) увеличение удельного веса детей в возрастной структуре населения

16. Медицинская профилактика может быть:

- а) первичной
- б) вторичной
- в) третичной
- г) все перечисленное верно

17. Вторичная профилактика – это:

- а) комплекс медицинских мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
- б) комплекс социальных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
- в) комплекс медицинских, санитарно-гигиенических и психологических мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений профилактики:
- г) все перечисленное верно

18. Компонентами вторичной профилактики являются:

- а) осуществление медицинского скрининга с целью снижения влияния факторов риска и раннего выявления и предупреждения заболеваний
- б) целевое санитарно-гигиеническое воспитание
- в) проведение целевых медицинских профилактических осмотров для раннего выявления социально-значимых заболеваний
- г) проведение диспансеризации групп риска
- д) все перечисленное верно

19. Для размещения поликлиник в городе рекомендуются следующие основные уровни:

- а) общегородской уровень
- б) межрайонный уровень
- в) районный уровень
- г) все перечисленное верно

20. К основным видам профилактических осмотров относятся:

- а) скрининг осмотры
- б) периодические
- в) предварительные
- г) целевые
- д) все перечисленное верно

21. К основным показателям, характеризующим эффективность диспансеризации, относятся:

- а) показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности
- б) исходы лечения
- в) показатели первичного выхода на инвалидность
- г) все перечисленное верно

22. Нагрузка участкового терапевта на амбулаторном приеме определяется:

- а) числом посещений на 1 час приема
- б) числом посещений в смену
- в) числом посещений в месяц
- г) функцией врачебной должности
- д) все перечисленное верно

23. В зависимости от административно-территориального положения больницы делятся на:

- а) областные (краевые, республиканские)
- б) городские
- в) районные
- г) участковые
- д) все перечисленное верно

24. По профилю больницы делятся на:

- а) многопрофильные
- б) стационары диспансеров
- в) специализированные

г) все перечисленное верно

25. Выберите из нижеперечисленных, структурные подразделения, входящие в состав больницы для взрослых:

- а) лечебные отделения
- б) отделение (кабинет) медицинской статистики
- в) патологоанатомическое отделение
- г) приемное отделение
- д) все перечисленное верно

26. Деятельность дневных стационаров приводит к:

- а) максимально гибкий график работы в соответствии с пожеланиями пациентов;
- б) приближение объема и структуры оказываемой помощи к условиям круглосуточного стационара;
- в) преимущественное использование методов восстановительного лечения, медицинской реабилитации больных;
- г) сокращение сроков пребывания на койках круглосуточного содержания;
- д) все перечисленное верно.

27. Ведущая роль в оказании амбулаторной акушерско-гинекологической помощи принадлежит:

- а) консультации "Брак и семья"
- б) центрам перинатальной диагностики
- в) женским консультациям
- г) поликлиникам
- д) центрам планирования семьи

28. Поздним взятием беременных под наблюдение женской консультации считается постановка на учет после:

- а) 5 недель
- б) 7 недель
- в) 12 недель
- г) 18 недель
- д) 28 недель

29. В приемно-смотровом блоке родильного дома необходимо иметь помещения кроме:

- а) комнату-фильтр
- б) две смотровые комнаты
- в) две комнаты санитарной обработки
- г) родовую палату

30. В наблюдательное отделение родильного дома направляют рожениц:

- а) с признаками острого заболевания
- б) с мертвым плодом
- в) с высокой температурой

г) все перечисленное верно

31. Основными документами, которые ведутся в родильном доме являются, кроме:

- а) история родов
- б) история развития новорожденного
- в) индивидуальной карты беременной и родильницы
- г) обменная карта родильного дома

32. Боксы Мельцера-Соколова включают в себя следующие помещения, кроме:

- а) предбоксник
- б) санитарный узел
- в) палату
- г) манипуляционную
- д) шлюз для медицинского персонала

33. В целях предупреждения заноса инфекционных заболеваний в стационар детской больницы необходимо обеспечить:

- а) наличие боксированного приемного покоя
- б) учет сведений о контактах с инфекционными больными
- в) проведение регулярных медицинских осмотров персонала
- г) прием игрушек и книг, только не бывших в употреблении
- д) все перечисленное верно

34. Детская поликлиника осуществляет медицинскую помощь детям:

- а) до 7 лет
- б) до 12 лет
- в) до 14 лет
- г) до 15 лет
- д) до 18 лет

35. Принцип непрерывного динамического наблюдения за здоровьем детей называется:

- а) принцип участковости
- б) преемственность в работе врачей
- в) принцип диспансерного наблюдения
- г) этапность в лечении
- д) принцип единого педиатра

36. Основной документацией детской поликлиники является:

- а) экстренное извещение об инфекционном заболевании
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения
- в) история развития ребенка
- г) карта профилактических прививок
- д) все перечисленное верно

37. Различают следующие виды медицинского страхования:

- а) обязательное и добровольное
- б) имущественное
- г) налоговое
- д) все перечисленное верно

38. Маркетинг изучает:

- а) вопросы управления
- б) вопросы рыночных отношений
- в) вопросы экономики
- г) вопросы планирования

39. Медицинская услуга подразумевает оказание:

- а) профилактической помощи и лечебной помощи
- б) обследования
- в) реабилитации
- г) санаторно-курортного лечения
- д) все перечисленное верно

40. В городе N проводилось изучение ранней неонатальной смертности за 20.. год. Объектом исследования были:

- а) все дети, умершие в первые четыре недели жизни в 20.. году
- б) один ребенок, умерший в первые четыре недели жизни в 20.. году
- в) все дети, умершие в первые 168 часов жизни в 20.. году
- г) один ребенок, умерший в первые 168 часов жизни в 20.. году
- д) все дети, умершие в первые 42 дня жизни в 20.. году

41. С целью изучения медицинской активности проведен социологический опрос всех матерей Выборгского района с фамилией на букву "Д". Какой метод медико-социального исследования был использован:

- а) сплошной
- б) метод основного массива
- в) метод монографического исследования
- г) серийной выборки
- д) случайной выборки

42. Проведен социологический опрос всех женщин, родивших в Москве в январе 20.. года. Какой метод медико-социального исследования был использован:

- а) сплошной
- б) когортный метод
- в) серийной выборки
- г) многоступенчатого отбора
- д) направленного отбора

43. Показатель плодовитости это:

- а) экстенсивный показатель

- б) интенсивный показатель
- в) показатель соотношения
- г) показатель наглядности
- д) все ответы не верны

44. Метод стандартизации применяется для:

- а) сравнения интенсивных показателей, рассчитанных в различной среде
- б) оценки величины изменения явления на протяжении определенного промежутка времени
- в) выявления и измерения связи между явлениями
- г) предоставление обобщенной характеристики трех и более средних величин или показателей

45. При расчете распространенности заболеваний в качестве явления принимаются:

- а) число всех имевшихся у населения заболеваний, как впервые выявленных в данном году, так и зарегистрированных ранее, по поводу которых больной вновь обратился в этом году
- б) средняя численность населения
- в) число заболеваний выявленных на профилактических осмотрах
- г) число новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году выявленных заболеваний
- д) число заболеваний выявленных по данным о причинах смерти

46. Основной правовой базой, охватывающий широкий круг общественных отношений в области здравоохранения, является:

- а) ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»
- б) ФЗ РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;
- в) ФЗ РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
- г) Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации
- д) Концепция развития здравоохранения до 2020 года

47. В Российской Федерации выделяют следующие системы здравоохранения:

- а) государственную, муниципальную и частную
- б) ведомственную и вневедомственную
- в) городскую и сельскую
- г) взрослую и детскую
- д) только государственную и муниципальную

48. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют:

- а) анамнез
- б) историю болезни
- в) врачебную тайну
- г) личное дело
- д) катамнез

49. Бесплатно медицинская помощь гражданам оказывается в следующем объеме:

- а) в рамках «Программы госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи»
- б) в полном объеме все виды помощи
- в) только экстренная помощь
- г) только стационарная помощь
- д) вся стационарная и первичная медико-санитарная помощь

50. Министр МЗ РФ назначается на должность:

- а) правительством РФ
- б) президентом РФ
- в) общественной палатой РФ
- г) советниками президента
- д) главными специалистами

Номера правильных ответов:

- 1. д
- 2. д
- 3. б
- 4. г
- 5. а
- 6. а
- 7. а
- 8. б
- 9. в
- 10. б
- 11. в
- 12. в
- 13. в
- 14. г
- 15. г
- 16. г
- 17. в
- 18. д
- 19. г
- 20. д
- 21. г
- 22. а
- 23. д
- 24. г
- 25. д
- 26. г
- 27. в
- 28. д
- 29. г
- 30. г
- 31. в
- 32. г
- 33. д
- 34. д
- 35. в

- 36. д
- 37. б
- 38. б
- 39. д
- 40. в
- 41. д
- 42. б
- 43. б
- 44. а
- 45. а
- 46. а
- 47. а
- 48. в
- 49. а
- 50. б

ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ

ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.2 «Общественное здоровье и здравоохранение»

1. Общественное здоровье и здравоохранение как медицинская наука, изучающая закономерности формирования здоровья населения с целью разработки стратегии и тактики здравоохранения, ее определение и содержание.
2. Общественное здоровье и здравоохранение в системе естественных и общественных наук, интеграция общественного здоровья с другими отраслями науки и практики государственного строительства.
3. Место общественного здоровья и здравоохранения как предмета преподавания среди медицинских, гигиенических и общественных наук в системе медицинского образования и в практической деятельности врача.
4. Роль общественного здоровья и здравоохранения в практической деятельности органов и учреждений здравоохранения, в экономике, планировании, управлении, организации труда в здравоохранении.
5. Основные методы исследования общественного здоровья и здравоохранения: статистический, экономический, исторический, экспериментальное моделирование, экспертных оценок, системный анализ, социологические и эпидемиологические методы.
6. Возникновение и развитие общественного здоровья и здравоохранения (общественной медицины) в России и зарубежных странах. Виднейшие деятели российского общественного здоровья и здравоохранения (Н.А. Семашко, З.П. Соловьев, А.В. Мольков, М.Ф. Владимирский, Г.Н. Каминский, З.Г. Френкель, П.А. Кувшинников, Н.А. Виноградов, Г.А. Баткис, С.В. Курашов, Б.В. Петровский, А.Ф. Серенко).
7. Характерные особенности развития современного общественного здоровья и практики здравоохранения за рубежом.
8. Социальные и биологические закономерности здоровья населения. Социальные условия и социальные факторы, их влияние на здоровье населения.
9. Зависимость здоровья трудящихся от способа производства и материальных условий жизни общества. Болезнь и здоровье в философском понимании.
10. Действие социальных факторов и образа жизни на здоровье людей в условиях развития рыночных отношений.
11. Эпидемиология и социально-гигиенические проблемы наиболее распространенных и социально-значимых заболеваний.
12. Основные принципы охраны здоровья населения России.
13. Схема изучения состояния здоровья населения, источники информации, методы

- изучения состояния здоровья населения.
14. Демография. Предмет и содержание демографии. Население как объект социально-гигиенического изучения. Значение демографических данных в практике здравоохранения (медицинская демография).
 15. Прогнозирование основных показателей здоровья населения (заболеваемость, смертность, в том числе младенческая смертность, средняя продолжительность предстоящей жизни). методические подходы при прогнозировании, краткие и долгосрочные прогнозы.
 16. Заболеваемость. Роль государственной статистики заболеваемости в изучении состояния здоровья населения. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; основные принципы ее построения. Методика изучения заболеваемости. Понятия «заболеваемость», «болезненность», «распространенность».
 17. Инвалидность как медико-социальная проблема. Определение. Эпидемиология инвалидности. Организация медико-социальной экспертизы.
 18. Система профилактики, целевые комплексные программы.
 19. Федеральные и региональные программы здравоохранения; программы государственных гарантий медицинской помощи населению.
 20. Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению. Организация базовых поликлиник и кабинетов. Поликлиника и поликлиническое отделение больницы, их ведущее значение в системе медицинского обслуживания и обеспечения работы врача общей практики; структура, организация работы.
 21. Городской участок, организация и содержание работы участкового врача-терапевта, медицинской сестры участка.
 22. Роль консультаций «брак и семья», медико-генетических консультаций в организации медико-социальной помощи детям.
 23. Рациональные графики работы медицинского персонала амбулаторно-поликлинических учреждений, режим работы самих учреждений и их структурных подразделений.
 24. Основные документы, регламентирующие деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений.
 25. Организация отделений профилактики, восстановительного лечения в городских поликлиниках.
 26. Развитие специализированной медицинской помощи на базе стационаров, диагностических центров и поликлиник при крупных стационарах.
 27. Медицинские осмотры, их организация, диспансеризация определенных контингентов, санитарно-профилактическая работа в поликлинике.
 28. Отделения восстановительного лечения и реабилитации, их структура, функционирование, связь с другими службами поликлиники и стационара.
 29. Управление системой приема и движения больных в поликлинике; роль кабинета инфекционных болезней в поликлинике; связь с центром госсанэпиднадзора. Роль санитарного актива в мероприятиях по борьбе с инфекционными болезнями.
 30. Стационар больницы, порядок поступления и выписки больных. Структура и функции приёмного отделения. Организация работы врача, медицинской сестры, младшего медицинского персонала.
 31. Специализированные отделения больниц, принципы их организации, структуры, функционирования. Лечебно-охранительный режим в больнице.
 32. Организация работы патологоанатомического отделения больницы. Формы и методы контроля за качеством диагностики и лечения больных в стационаре; клинко-анатомические конференции.
 33. Организация специализированной медицинской помощи. Мероприятия по борьбе с внутрибольничными инфекциями. Медицинская и социальная реабилитация. Этапное лечение.

34. Больницы и отделения восстановительного лечения. Роль загородных больниц и отделений.
35. Скорая и неотложная медицинская помощь населению. Объединение больниц и станций скорой медицинской помощи.
36. Объединение и самостоятельная деятельность скорой и неотложной медицинской помощи. Специализированные бригады скорой медицинской помощи.
37. Организация, задачи, содержание, методы и средства гигиенического образования и воспитания населения в поликлинике и больнице.
38. Организация материального и медицинского снабжения и контроль за расходованием средств в стационаре и поликлинике.
39. Медицинская документация, учет, отчетность, показатели деятельности стационара и поликлиники. Методы оценки эффективности работы.
40. Особенности структуры больниц специализированной помощи - больниц скорой медицинской помощи, больниц реабилитации и др.
41. Сестринская помощь в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях (учреждениях).
42. Содержание и технологии диспансерного наблюдения отдельных групп населения и больных, виды специальных диспансеров, их структура, формы, методы их работы.
43. Специальные диспансеры-кабинеты (противотуберкулезные, кожно-венерологические, онкологические, наркологические др.). Показатели качества и эффективности диспансеризации.
44. Правовые, организационные и экономические основы деятельности здравоохранения России. Органы здравоохранения и медицинского страхования, их место в общей системе государственных и общественных органов управления страны.
45. Формы собственности в здравоохранении и их взаимодействие. Структура, функции, порядок подчинения и сотрудничества в системе здравоохранения.
46. Номенклатура учреждений здравоохранения. Лицензирование и аккредитация учреждений здравоохранения. Стандартизация в системе здравоохранения.
47. Теоретические и организационные основы управления в условиях становления рыночных отношений и конкуренции.
48. Функции руководителя медицинского учреждения и организация его труда, финансовый менеджмент. Управленческий цикл.
49. Организация работы органов управления здравоохранением на различных уровнях.
50. Развитие региональных систем здравоохранения. Роль комитетов здравоохранения представительных органов управления страны, субъектов Федерации и местного самоуправления.
51. Правовое, административное и экономическое регулирование труда медицинского и фармацевтического персонала.
52. Экономические методы управления учреждениями здравоохранения.
53. Вклад здравоохранения в повышение уровня жизни и обеспечение устойчивости социально-экономического развития страны.
54. Медико-социальное страхование здоровья.
55. Деятельность фонда обязательного медицинского страхования граждан России как важнейшего источника финансирования и экономического стимулирования в здравоохранении.
56. Система научного обеспечения развития здравоохранения России.
57. Рост материально-технической базы здравоохранения, подготовка медицинских кадров — основа повышения качества медицинской помощи населению.
58. Система управления и менеджмента в здравоохранении.
59. Система управления (обеспечения) качеством медицинской помощи.
60. Стандартизация в здравоохранении. Протоколы ведения больных. Задачи по развитию и оптимизации деятельности в стране больнично-поликлинической помощи.

61. Внутри- и вневедомственный контроль качества медицинской помощи.
62. Понятия «трудоспособность», «временная нетрудоспособность», «стойкая нетрудоспособность», «частичная нетрудоспособность». Временная нетрудоспособность. Врачебная экспертиза временной нетрудоспособности.
63. Задачи врачебной экспертизы трудоспособности по обеспечению права на труд и материальное обеспечение трудящихся.
64. Листок нетрудоспособности как основной документ медицинского, юридического и финансового характера. Порядок выдачи больничных листов при различных видах временной нетрудоспособности. Контроль за правильной выдачей листов и сроками восстановления трудоспособности.
65. Бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ); его структура, функции и методы работы по определению инвалидности.
66. Определение экономики здравоохранения. Разделы экономики здравоохранения и основные направления научных исследований в этой области.
67. Медицинское страхование в развитии бюджетно-страховой системы здравоохранения. Организация медицинского страхования.
68. Понятие об экономической эффективности здравоохранения. Ценообразование в здравоохранении.
69. Ресурсы здравоохранения и их рациональное использование. Маркетинг в здравоохранении.
70. Предпринимательство в здравоохранении. Платная медицинская помощь. Экономические основы обеспечения взаимной заинтересованности в оптимизации деятельности и использования ресурсов здравоохранения.
71. Определение планирования. Задачи, теоретические основы и принципы планирования. Основные методы планирования. Основные нормативы медицинской помощи (амбулаторно-поликлинической, стационарной и др.). Основные показатели плана здравоохранения, их измерители.
72. Стратегическое планирование, бизнес-планирование. Текущие и перспективные планы развития здравоохранения. Территориально-отраслевые планы.
73. Планирование амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи (уровень, потребность, сеть учреждений, их мощность, объем деятельности, кадры). Особенности планирования лечебно-профилактической помощи сельскому населению.
74. Понятие о нормировании труда, основные методические подходы для разработки штатных нормативов медицинского персонала учреждений здравоохранения. Штатное расписание учреждений здравоохранения.
75. Источники финансирования здравоохранения. Финансирование программ здравоохранения. Принципы одноканального финансирования в здравоохранении.
76. Планирование расходов на здравоохранение. Смета медицинского учреждения, основное содержание статей расходов. Режим экономии и использование внутренних резервов. Системы оплаты и материальное стимулирование труда работников здравоохранения.
77. Основы и методы медицинской статистики. Предмет и определение медицинской статистики, ее методологические основы; статистика здоровья населения и статистика здравоохранения. Организация государственной статистики в России.
78. Статистическая совокупность; ее определение, групповые свойства статистической совокупности. Понятие генеральной и выборочной совокупности. Репрезентативность выборки.
79. Организация статистического исследования и его этапы. Объект и единица наблюдения. Программа сбора и анализа материала. Характеристика разнообразия изучаемого признака.
80. Статистические таблицы. Использование абсолютных величин. Относительные

- величины, их особенности, методы расчета. Виды средних величин, методы расчета.
81. Оценка достоверности результатов исследования. Доверительные границы средних и относительных величин. Оценка достоверности разности между средними величинами. Применение критерия соответствия с χ^2 (хи-квадрат). Особенности статистической обработки данных на достоверность при малой выборке.
 82. Регрессионный анализ. Вычисление коэффициента регрессии, решение уравнения регрессии, расчет сигмы регрессии. Составление и использование шкалы регрессии.
 83. Дисперсионный анализ. Непараметрические критерии. Динамические ряды, способы их выравнивания и анализа. Метод стандартизации, его значение и применение.
 84. Корреляционный анализ. Методы расчета коэффициентов корреляции и их оценок. Графические изображения в статистическом исследовании. Виды диаграмм, правила их построения и применения.
 85. Использование компьютерных технологий в обработке статистического материала. Пути и возможности применения в медицине системы Интернет. Основы и принципы доказательной медицины.
 86. Применение математических методов и вычислительных средств в системе управления и в деятельности учреждений здравоохранения страны. Автоматизированные системы сбора и обработки медицинской информации. Технические средства управления.
 87. Применение современных экономико-математических методов, вычислительной техники в планировании здравоохранения.
 88. Медицинская учетная документация, используемая в стационарах и поликлиниках; учетная форма, формат, вид и тип документа; условия сбора статистических сведений, сроки хранения документации.
 89. Формирование и свод из учетных форм различных отчетных документов. Отчет лечебно-профилактического учреждения. Годовой отчет о сети, деятельности и кадрах учреждений системы Министерства здравоохранения России.
 90. Информационное обеспечение управления здравоохранением. Требования к нему, современные принципы построения.
 91. Статистическая оценка деятельности учреждений здравоохранения; показатели способы их расчета; показатели эффективности деятельности и качества медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях.
 92. Основные принципы правовой система охраны здоровья населения Российской Федерации.
 93. Действующие Федеральные законы, регулирующие медицинскую деятельность в России.
 94. Правовые основы обеспечения качества медицинской помощи. Каким образом производится возмещение вреда, причиненного здоровью граждан при оказании медицинских услуг.
 95. Основы трудового законодательства в здравоохранении.
 96. Основные требования, предъявляемые законодательством для занятия медицинской и фармацевтической деятельностью.
 97. Современные проблемы медицинской этики и деонтологии. Биоэтика.
 98. Виды юридической ответственности медицинских работников. В каких случаях и каким образом наступают различные виды ответственности медицинских работников за нарушения, связанные с профессиональной деятельностью.
 99. Социальные и профессиональные права, предоставляемые законодательством для занятия медицинской и фармацевтической деятельностью.
 100. Основные права пациента при обращении за медицинской помощью.

ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.3
«Педагогика»

1. Компонентами педагогического процесса являются...
 1. цели, содержание, формы и методы воспитания и обучения
 2. семья, школа, общество
 3. знания, умения и навыки учащихся
 4. педагоги, учащиеся, родители
2. Укажите ведущую деятельность младшего школьного возраста:
 1. предметно-манипулятивная деятельность
 2. учебная деятельность
 3. сюжетно-ролевая игра
 4. непосредственное эмоциональное общение
3. Отбор содержания образования определяется уровнем...
 1. подготовки педагогов
 2. развития технологий обучения
 3. требований родителей
 4. социальных и научных достижений
4. Единство и взаимодействие компонентов, составляющих педагогический процесс, определяют его...
 1. целенаправленность
 2. индивидуальность
 3. управляемость
 4. целостность
5. Ошибочную основу воспитания детей в семье составляет...
 1. строгость в сочетании с эмоциональной холодностью в отношениях с ребенком
 2. помощь ребенку в преодолении проблем
 3. забота о ребенке в сочетании с требовательностью
 4. бескорыстная любовь к ребенку
6. Авторитарная система отношений «врач-больной» - это модель...
 1. модель контракта
 2. партнерства
 3. руководства-партнерства
 4. руководства
7. Основными категориями педагогики являются...
 1. знания, умения, навыки
 2. среда, наследственность, воспитание
 3. воспитание, обучение, образование
 4. созревание, система, социализация
8. В древней Греции педагогами называли...

1. преподавателей ораторского искусства
2. рабов, сопровождающих детей своего господина в школу
3. старейшин, возглавлявших школу в Афинах
4. учителей Спарты

9. Сопоставьте педагогическую категорию с ее определением

1. Процесс и результат количественных и качественных изменений в организме человека
2. Процесс взаимодействия учителя и учащихся, в результате которого обеспечивается развитие человека
3. Активная целенаправленная деятельность человека, направленная на самообразование, совершенствование положительных и преодоление отрицательных личностных качеств
4. Процесс становления человека как социального существа под воздействием всех без исключения факторов: экономических, социальных, идеологических, психологических и др.
 - а. формирование
 - б. обучение
 - в. самовоспитание
 - г. развитие

10. Волевое и личностное развитие человека в онтогенезе...

1. генетически ограничены
2. определяются только влиянием наследственности
- 3.предопределены анатомо-физиологическими особенностями нервной системы
4. не имеют предела

11. Предметом педагогики как науки является...

- 1.целенаправленно организуемый педагогический процесс
2. профессиональная педагогическая деятельность
3. развитие личности
- 4.образовательные системы

12. В структуру педагогических наук не входит...

1. андрогогика
2. анатомия
3. педагогика высшей школы
4. история педагогики

13.В содержание психологической структуры педагогического процесса входят:

- 1.Познавательные процессы, мотивация, темперамент
- 2.Познавательные процессы, мотивация, активность
- 3.Когитивные процессы, эмоции

14. Укажите ведущую деятельность детей дошкольного возраста:

- 1.сюжетно-ролевая игра

2. непосредственное эмоциональное общение
3. предметно-манипулятивная деятельность
4. учебная деятельность

15. Манипулятивное общение – это

16. Укажите возможные типы манипуляторов:

1. активный, пассивный, ригидный
2. активный, пассивный, безразличный
3. пассивный, ригидный, безразличный

17. Цели обучения определяются...

1. средствами обучения
2. потребностями и возможностями общества
3. мастерством педагога
4. индивидуальными особенностями учащегося

18. Умение педагога доступно излагать учебный материал, пользоваться различными источниками учебной информации относится к _____ умениям.

1. рефлексивным
2. информационно-дидактическим
3. организационным
4. коммуникативным

19. В процессе лечебного взаимодействия не проявляется _____ психологическая установка.

1. адекватная
2. катотимная
3. неадекватная
4. позитивная

20. При каком типе отношения к болезни для пациента характерно желание скрыть от других людей информацию о своей болезни:

1. анозогностический
2. тревожный
3. сенситивный

21. Перечислите основные принципы, характерные для гуманистического общения.....

22. Ситуация, когда человек не знает, почему он поступает так или иначе, а иногда даже заблуждается в побуждениях относительно своего поведения, возможна при доминировании _____ мотивов.

1. смыслообразующих
2. реально действующих

3. неосознаваемых
4. понимаемых

23. Механизмом познания и понимания личностного своеобразия воспитанника является...

1. обмен знаниями
2. конфликт
3. теоретический анализ
4. эмпатия

24. Стилъ педагогического общения, при котором педагог единолично определяет цели взаимодействия и субъективно оценивает результаты деятельности ученика, называется...

1. демократическим
2. игнорирующим
3. авторитарным
4. попустительским

25. Следующие методы подготовки специалиста-медика: анализ конкретных ситуаций, анализ последовательных ситуаций (например, этапы диагностики, лечения, реабилитации и т.д.) называются....

1. словесными
2. неимитационными
3. наглядными
4. имитационными

26. К эмпирическим (практическим) методам педагогического исследования относится...

1. эксперимент, моделирование, рейтинг, тестирование
2. наблюдение, беседа, анкетирование, эксперимент
3. наблюдение, анализ, эксперимент, интервьюирование
4. беседа, классификация, синтез, шкалирование

27. Установите соответствие *между* функциональными компонентами педагогической деятельности и их характеристиками.

1. Диагностирующая функция
2. Презентативная функция
3. Корректирующая функция

- а. ориентирована на изложение учебного материала
- б. связана с исправлением результатов деятельности учащихся
- в. обеспечивает обратную связь

28. Расставьте в правильном порядке этапы учебного познания

1. активное воспроизведение информации
2. восприятие объекта
3. процесс запоминания
4. осмысление

29.Субъектами педагогической деятельности врача являются ... (укажите все возможные варианты ответа)

- 1.пациенты с установленными диагнозами
- 2.здоровые люди
- 3.родственники пациентов
- 4.пациенты, проходящие диагностическое обследование

30.Эмпатия – это

- 1.способность отойти от своей позиции и взглянуть на взаимоотношения глазами стороннего наблюдателя
- 2.устойчивое позитивное чувство к другому человеку
- 3.вчувствование в переживания другого человека

31. Основными целями педагогической деятельности врача являются ... (укажите все возможные варианты ответа)

- 1.популяризация здорового образа жизни
- 2.формирование мотивации пациентов на повышение материальных затрат на медицинские услуги
- 3.формирование мотивации самосохранительного и здоровьесберегающего поведения
- 4.выявление моделей и методов эффективного взаимодействия с пациентами и их родственниками

32.Эффект привлекательности как эффект восприятия – это

- 1.стремление произвести наилучшее впечатление на собеседника
- 2.тенденция к привлечению внимания к себе
- 3.тенденция к переоценке качеств внешне привлекательного человека

33. Установите соответствие *между* стилями педагогического общения и их характеристиками

- 1.диалог между педагогом и учащимися происходит с позиции «на равных», активно используются обсуждение, понимание, убеждение
- 2.педагог самоустраняется от руководства группой либо идет на поводу желаний учащихся
- 3.педагог стремится как можно меньше вмешиваться в жизнедеятельность учащихся, ограничиваясь формальным выполнением обязанностей передачи учебной и административной информации

- А.попустительский
Б.игнорирующий
В.демократический

34.К барьерам коммуникации относят:

- 1.незнание языка
- 2.эмоциональное состояние

3.некорректная обратная связь

4.все вышеперечисленное

35. Сознательное или неосознанное неаргументированное воздействие на другого человека или группу людей с целью изменения их состояния, отношения и предрасположенности к определенным действиям - это

1.внушение

2.заражение

3.убеждение

ОТВЕТЫ:

- | | |
|---------|----------------|
| 1. 1 | 19. 2 |
| 2. 2 | 20. 3 |
| 3. 4 | 21. |
| 4. 4 | 22. 3 |
| 5. 1 | 23. 4 |
| 6. 4 | 24. 3 |
| 7. 3 | 25. 4 |
| 8. 2 | 26. 2 |
| 9. 1г, | 27. 1в,2а,3б |
| 2б, 3в, | 28. 2,4,3,1 |
| 4а | 29. 1,2,3,4 |
| 10. 4 | 30. 3 |
| 11. 1 | 31. 1,3,4 |
| 12. 2 | 32. 3 |
| 13. 2 | 33. 1в, 2а, 3б |
| 14. 1 | 34. 4 |
| 15. | 35. 1 |
| 16. 2 | |
| 17. 2 | |
| 18. 2 | |

ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.3 «Педагогика»

- 1.Педагогика как наука.
- 2.Задачи педагогики.
- 3.Основные категории педагогики.
- 4.Образование как система, как процесс и как результат.
- 5.Обучение как педагогический процесс.
- 6.Структура педагогического процесса.
- 7.Средства обучения.
- 8.Воспитание и самовоспитание, закономерности и принципы.
- 9.Методы и формы воспитания.

10. Педагогическая деятельность и педагогическое взаимодействие в профессиональной деятельности врача.
11. Цели и задачи педагогической деятельности врача.
12. Субъекты педагогической деятельности врача.
13. Научно-педагогическая деятельность врача (цели, задачи, методы, приемы).
14. Когнитивные процессы и их значение в достижении педагогических задач.
15. Эмоции пациента и их роль и значение в педагогической деятельности врача.
16. Возрастно-половые и индивидуально-типические свойства индивида и их роль и значение в педагогической деятельности врача.
17. Особенности педагогического процесса в разных возрастных группах (младенческий возраст, раннее детство, дошкольный возраст, младший школьный возраст, подростковый возраст, молодость, зрелый возраст, старость).
18. Особенности педагогической деятельности врача с пациентами дошкольного возраста.
19. Особенности педагогической деятельности врача с пациентами школьного возраста.
20. Особенности педагогической деятельности врача с пациентами старших возрастных групп.
21. Мотивация и здоровье. Мотивация и болезнь.
22. Психологический смысл.
23. Влияние когнитивных процессов, эмоциональных особенностей и особенностей личности, половозрастных, социальных и профессиональных особенностей на восприятие собственного тела, восприятие болезни и здоровья
24. Типы отношения к болезни.
25. Биопсихосоциальная природа человека.
26. Педагогическая психология как наука.
27. Основные методы психолого-педагогического обследования: наблюдение, эксперимент, опрос, анализ результатов деятельности.
28. Психология образовательной деятельности. Самообразование медицинского работника.
29. Психология учебной деятельности.
30. Учебная мотивация, факторы ее формирования.
31. Психология усвоения знаний. Формирование и развитие навыков в процессе усвоения.
32. Стиль педагогической деятельности.
33. Общения, его функции, цели, задачи.
34. Виды и уровни общения.
35. Принципы гуманистического общения.
36. Структура общения (коммуникативная, интерактивная, перцептивная стороны).
37. Характеристики коммуникативной стороны общения. Основные каналы коммуникации и их функции, понятие обратной связи. Барьеры коммуникации.
38. Феномен межличностного влияния и противостояния влиянию. Виды влияния и противостояния влиянию
39. Интерактивная сторона общения. Основные стратегии взаимодействия (соперничество, сотрудничество, компромисс, приспособление, избегание).
40. Перцептивная сторона общения, ее механизмы. Эффекты восприятия.
41. Основные правила позитивного общения.
42. Конфликты, способы их профилактики и разрешения.
43. Педагогическое общение, его специфика, основные функции.

44. Стили педагогического общения.
45. Личность педагога, ее влияние на результат педагогического процесса.
46. Специальные и личностные нравственно-волевые качества личности.
47. Особенности потребностно-мотивационной сферы врача и их влияние на успешность профессиональной деятельности.
48. Направленность, самоопределение, рефлексия и их роль в профессиональной деятельности врача.
49. Самовоспитание и самоактуализация как движущие силы профессионального и личностного развития.
50. Этические принципы в деятельности врача.
51. Профессиональная, психологическая и педагогическая компетентность как фактор успешности профессиональной деятельности.
52. Эмпатия как фактор успешности профессиональной и педагогической деятельности врача.
53. Культура речи, дидактические и прогностические способности как факторы успешности профессиональной и педагогической деятельности врача.
54. Организаторские и коммуникативные умения и их важность в деятельности врача.
55. Особенности педагогической деятельности врача в условиях стационара и в условиях амбулаторного лечения/наблюдения.
56. Особенности педагогической деятельности врача в соматической и психиатрической практике.
57. Педагогические аспекты деятельности врача при индивидуальной и групповой формах работы со здоровыми лицами, пациентами и их родственниками.
58. Индивидуальные подходы при решении педагогических задач при разных типах отношения к болезни, видах мотивации, целей лечения.
59. Специфика педагогической деятельности при наличии рентных установок на болезнь.
60. Специфика педагогической деятельности при психосоматической природе заболевания.
61. Специфика педагогической деятельности при работе с детьми и их родителями.
62. Проблема комплаэнса в медицине. Использование педагогических и психологических приемов и методов с целью достижения оптимального комплаэнса.
63. Школы для пациентов и их родственников как одна из форм педагогической деятельности врача.
64. Педагогическая деятельность врача, направленная на обучение среднего и младшего медицинского персонала, формирование коллектива.
65. Понятие педагогики высшей школы.
66. Исторические аспекты развития высшей школы.
67. Методология и методы педагогических исследований в высшей школе.
68. Высшее учебное заведение как педагогическая система. Цели и содержание обучения в высшей школе.
69. Принципы обучения и специфика их реализации в высшей школе.
70. Процесс и стиль педагогического взаимодействия в высшей школе.
71. Формы обучения в высшей школе.
72. Средства обучения. Выбор методов и средств обучения. Технологии обучения в высшей школе.
73. Государственный образовательный стандарт и образовательные программы. Понятие и сущность содержания образования.

- 74.Образовательные учреждения высшего профессионального образования.
- 75.Профессиональное становление преподавателя высшей школы.
- 76.Профессионализм и саморазвитие личности педагога.
77. Научно-исследовательская деятельность преподавателя.
- 78.Педагогическая культура преподавателя.
- 79.Воспитательный процесс в высшей школе. Методы, средства и формы воспитания в современной педагогике.

ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.4 «Патологическая анатомия»

1. Дистрофия – это нарушения структуры
 - а) органов
 - б) тканей
 - в) клеток
 - г) органелл
 - д) организма
2. По локализации различают дистрофии
 - а) паренхиматозные
 - б) минеральные
 - в) белковые
 - г) врожденные
 - д) углеводные
3. Распад ультраструктур – это
 - а) трансформация
 - б) декомпозиция
 - в) инфильтрация
 - г) извращенный синтез
 - д) колликация
4. Образование не свойственных организму веществ - это
 - а) извращенный синтез
 - б) декомпозиция
 - в) коагуляция
 - г) трансформация
 - д) колликация
5. Гемосидероз печени не характерен для:
 - а) гемолитической анемии
 - б) механической желтухи
 - в) отравлений бертолетовой солью
 - г) малярии
 - д) гемобластозов
6. Распространенный меланоз характерен для:
 - а) альбинизма
 - б) аддисоновой болезни
 - в) меланомы

- г) невуса
 - д) витилиго
7. Если гистолог видит «массы фибриноида», то имеет место:
- а) затихание болезни
 - б) легкие, не опасные болезни
 - в) болезни в фазе обострения
 - г) аутоиммунные болезни
 - д) инфекции
8. Если кровоподтек зеленовато-буро-коричневатый, то он существует:
- а) около 1 часа
 - б) около 3х-5ти дней
 - в) больше месяца
 - г) около суток
 - д) около недели
9. Буро-коричневый цвет периферической зоны кровоподтека существующего около недели вызван
- а) меланином
 - б) гемосидерином
 - в) билирубином
 - г) гемоглобином
 - д) гематином
10. Если в почках возникают желтоватые мягкие камни с гладкой поверхностью, то по составу они
- а) оксалаты
 - б) фосфаты
 - в) ураты
 - г) кристаллоидные
 - д) коллоидные
11. Если трупные пятна имеют темно-фиолетовый цвет и при надавливании светлеют, то:
- а) это трупный аутолиз
 - б) это трупная имбибиция
 - в) смерть очевидно наступила 3-6 часов назад
 - г) смерть очевидно наступила более суток назад
 - д) это татуировки
12. У больного с периодическими болевыми приступами , обнаружены узловатые утолщения у мелких суставов. Они состоят из – кристаллических масс, вокруг - воспаление. Эти изменения говорят о:
- а) мочекаменной болезни
 - б) подагре
 - в) нарушении обмена углеводов
 - г) нарушении обмена жиров
 - д) наркомании
13. Рахитические «четки» это отложения:
- а) меди
 - б) кальция и фосфора

в) железа

г) калия

д) магния

14. Для органов с магистральным типом ветвления сосудов (селезенка, почка, головной мозг) характерны инфаркты

а) красные

б) белые

в) белые с красным венчиком

г) смешанные

д) синие

15. В гнойной полости обнаружен свободно лежащий фрагмент гомогенной кости, это:

а) сухой некроз

б) секвестр

в) инородное тело

г) тяжелая дистрофия

д) местная смерть

16. Творожистый некроз характерен для:

а) лимфогранулематоза

б) инфаркта

в) ревматизма

г) брюшного тифа

д) туберкулеза

17. Типовая локализация секвестров:

а) мышцы

б) печень

в) кости

г) яичник

д) почка

18. Причиной инфаркта является

а) артериальная гиперемия

б) диапедез эритроцитов

в) тромбоз сосудов

г) разрыв стенки сосуда

д) атеросклероз

19. Атеросклероз в основном поражает:

а) артерии эластического типа

б) артерии мышечного типа

в) артериолы

г) венулы

д) капилляры

20. Изменения почек при гипертонической болезни называются

а) вторично-сморщенные

б) первично-сморщенные

в) синдром Киммельстила-Уилсона

г) пиелонефритические сморщенные

д) поликистоз взрослого типа

21. Атероматоз это, когда преобладают:

а) пятна и полосы

б) фиброзные бляшки

в) бляшки с детритом

г) участки кальциноза

д) участки тромбоза

22. Для «лёгочного» сердца характерна гипертрофия :

а) левого желудочка

б) всех камер сердца

в) правого желудочка

г) левого предсердия

д) правого предсердия

23. Для ревматизма характерны:

а) Эпителиоидно клеточные гранулемы

б) гранулемы Ашофф-Талалаева

в) гуммы

г) кондиомы

д) папилломы

24. «Бородавки» при ревматическом эндокардите это:

а) мелкие тромбы

б) папилломки

в) микро грыжи створок

г) гранулемы

д) петрификаты

25. Воспалительное поражение всех оболочек сердца носит название

а) панкардит

б) ревмокардит

в) миокардит

г) перикардит

д) эндокардит

26. Карнификация лёгкого для крупозной пневмонией является

а) осложнением

б) проявлением

в) стадией

г) вариантом

д) этапом

27. Экссудат при крупозной пневмонии не бывает

а) гнилостным

б) фибринозно-геморрагическим

в) фибринозно-гнойным

г) фибринозным

д) серозным

28. К характерным морфологическим изменениям при узелковом периартериите относятся

а) артериолосклероз

- б) атеросклероз
- в) деструктивно-пролиферативный васкулит
- г) гиалиноз
- д) амилоидоз

29. Феномен «проволочных петель» в почках развивается при

- а) ревматизме
- б) системной красной волчанке
- в) атеросклерозе
- г) ревматоидном артрите
- д) склеродермии

30. При пневмофиброзе и эмфиземе легких в сердце развивается

- а) атрофия миокарда
- б) гипертрофия правого желудочка;
- в) гипертрофия левого желудочка
- г) ожирение
- д) инфаркт миокарда

31. Характерным признаком острого аппендицита является

- а) склероз серозы
- б) склероз слизистой
- в) инфильтрация стенки лейкоцитами
- г) лимфоплазмочитарная инфильтрация
- д) все перечисленные

32. Острый гастрит проявляется в форме

- а) трофического
- б) гипертрофического
- в) поверхностного
- г) гнойного
- д) с перестройкой эпителия

33. Для обострения язвы желудка характерны

- а) гиалиноз дна язвы
- б) очаги фибриноида в дне язвы
- в) регенерация
- г) лимфоплазмочитарные инфильтраты
- д) кишечная метаплазия

33. Основными гистологическими признаками активности хронического гепатита являются:

- а) распространенные некрозы
- б) тельца Маллори
- в) тельца Каунсильмена
- г) жировая дистрофия
- д) белковая дистрофия

34. При сахарном диабете в островках поджелудочной железы происходит:

- а) атрофия и склероз
- б) гипертрофия и гиперплазия
- в) гнойное воспаление
- г) некроз

д) микрокистоз

35. Наиболее частой причиной смерти при циррозе печени является

а) сепсис

б) перитонит

в) печёночная недостаточность

г) легочное кровотечение

д) кровотечение из вен пищевода

36. Морфологическим проявлением диабетической макроангиопатии является:

а) плазморрагия

б) «нисходящий» атеросклероз

в) васкулит

г) кальциноз

д) некроз

37. Развитию трубной беременности способствует:

а) гипоплазия маточных труб

б) внутриматочная спираль

в) все перечисленное

г) сальпингофорит

д) ничего из перечисленного

38. Причинами развития эндемического зоба является

а) недостаток йода

б) избыток йода

в) избыток калия

г) всё перечисленное

д) ничего из перечисленного

39. Признаки вторичного сифилиса-сифилиды, это все, кроме:

а) розеола

б) папулы

в) гуммы

г) пустулы

д) изъязвления

40. К развитию аддисоновой болезни приводит какая патология надпочечников:

а) феохромоцитома

б) туберкулез

в) аденома

г) гиперплазия

д) все перечисленное

41. Ветряную оспу, опоясывающий лишай, пустулезный дерматоз вызывают:

а) хламидии

б) вирусы герпеса

в) риккетсии

г) бактерии

д) грибы

42. Пейеровы бляшки в основном изменяются при:

а) холере

- б) дизентерии
 - в) брюшном тифе
 - г) вирусном гепатите
 - д) панкреанекрозе
43. Возбудителем чумы является:
- а) вибрион Эль-тор
 - б) иерсиния пестис
 - в) риккетсия Провачека
 - г) стрептококк
 - д) палочка Фридлендера
44. К гематогенному туберкулёзу относится:
- а) милиарный
 - б) острый кавернозный
 - в) цирротический
 - г) казеозная пневмония
 - д) фиброзно-кавернозный
45. При полиомиелите наиболее часто поражаются:
- а) оболочки спинного мозга
 - б) кора лобной доли головного мозга
 - в) кора затылочной доли головного мозга
 - г) мозжечок
 - д) передние рога спинного мозга
46. Бактериальный эндокардит чаще развивается на клапане
- а) митральном
 - б) трикуспидальном
 - в) аортальном
 - г) легочной артерии
 - д) клапанах вен
47. Первичная злокачественная опухоль пищевода чаще всего является:
- а) аденокарциномой
 - б) саркомой
 - в) меланомой
 - г) недифференцированным раком
 - д) плоскоклеточным раком
48. Для септической селезёнки не характерно:
- а) увеличение
 - б) плотная консистенция
 - в) гиперплазия пульпы
 - г) обильный соскоб пульпы
 - д) дряблая консистенция
49. Проявлением молниеносной менингококцемии является:
- а) гнойный лептоменингит
 - б) назофарингит
 - в) синдром Уотерхауса-Фридериксена
 - г) гидроцефалия

д) гнойные артриты

50. Морфогенез это:

а) динамика структурных изменений зародыша

б) развитие формы органов

в) последовательность развития структурных изменений по ходу болезней

г) возникновение тканевых структур

д) учение о тканях

51. Для туберкулезной гранулемы характерны:

а) клетки Ашоффа

б) клетки Ходжкина

в) клетки Пирогова-Лангханса

г) клетки Вирхова

д) клетки Рид-Штернберга

52. В сердце при дифтерии обычно развивается:

а) фибринозный перикардит

б) гнойный миокардит

в) токсический миокардит

г) порок сердца

д) возвратно-бородавчатый эндокардит

53. Для осложненного гриппа характерно

а) большое пестрое легкое

б) бронхоэктазы

в) гайморит

г) эмфизема

д) все верно

54. При брюшном тифе чаще поражается:

а) подвздошная кишка

б) двенадцатиперстная кишка

в) слепая кишка

г) сигмовидная кишка

д) прямая кишка

55. При развитии эндемического зоба у детей развивается

а) кретинизм

б) гигантизм

в) акромегалия

г) склеродермия

д) карликовость

56. Какое из следствий гонореи характерно только для маленьких детей:

а) уретрит

б) фарингит

в) конъюнктивит

г) альпингит

д) простатит

57. Характерные морфологические признаки уремии

а) жировой гепатоз

- б) гнойный плеврит
 - в) фибринозный перикардит
 - г) крупозная пневмония
 - д) ожирение
58. Развитию инфаркта миокарда при сахарном диабете способствует прежде всего
- а) микроангиопатия
 - б) макроангиопатия
 - в) ретинопатия
 - г) инфекционные осложнения
 - д) туберкулез
59. Для острого пиелонефрита характерны:
- а) инфильтрация клубочков
 - б) инфильтрация стромы лейкоцитами
 - в) рубцы в сосочках
 - г) всё перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
60. «Полулуния» в клубочках почек характерны для нефритов:
- а) острых
 - б) подострых
 - в) хронических
 - г) пиелонефритов
 - д) все неверно
61. К признакам первой стадии токсической дистрофии печени относится:
- а) ярко-желтый цвет ткани
 - б) уменьшение органа в размерах
 - в) уплотнение, склероз органа
 - г) диффузные кровоизлияния в ткани печени
 - д) все перечисленное
62. К гломерулопатиям относится:
- а) хронический пиелонефрит
 - б) гломерулонефрит
 - в) некротический нефроз
 - г) острый пиелонефрит
 - д) амилоидоз
63. Разрастание соединительной ткани с деформацией почки называется:
- а) гипоплазия
 - б) нефросклероз
 - в) гипертрофия
 - г) аплазия
 - д) гиперплазия
64. Для хронического атрофического гастрита характерны
- а) изъязвления
 - б) кровоизлияния
 - в) снижение высоты слизистой
 - г) дисплазия

д) фибринозное воспаление

65. В зависимости от механизма развития различают бронхоэктазы

а) деструктивные

б) мешотчатые

в) цилиндрические

г) веретеновидные

д) кубовидные

66. Наиболее часто к силикозу присоединяется:

а) брюшной тиф

б) грипп

в) туберкулез

г) склерома

д) актиномикоз

67. Преобладающими возбудителями внутрибольничных пневмоний являются

а) вирусы

б) грибы

в) представители условно-патогенной флоры

г) прионы

д) хламидии

68. Образным названием сердца при ревматическом перикардите является

а) лёгочное сердце

б) волосатое сердце

в) тигровое сердце

г) бычье сердце

д) шаровидное сердце

69. Возможным исходом гематомы головного мозга может быть:

а) бурая киста

б) рубцевание

в) восстановление ткани

г) аневризма

д) менингит

70. В группу ревматических болезней входит

а) атеросклероз

б) системная красная волчанка

в) болезнь Бадда-Киари

г) сахарный диабет

д) микоплазмоз

71. Кардиомиопатии это поражения:

а) воспалительные нарушения сократимости

б) ишемические нарушения ритма

в) невоспалительные нарушения сократимости

г) ложно-гипертрофические изменения

д) атрофия

72. Острым считается инфаркт миокарда

а) первые 8 недель любого очередного

- б) первые 4 недели первого инфаркта
- в) рецидивирующий
- г) имеющий тяжелую клинику
- д) первую неделю любого инфаркта

73. Изменения по типу «пятен и полосок» соответствуют какой стадии атеросклероза:

- а) Долипидной
- б) липоидоза
- в) липосклероза
- г) атероматоза
- д) атерокальциноза

74. Для гипертонических кризов в артериолах характерен:

- а) гиалиноз
- б) амилоидоз
- в) фибриноидный некроз
- г) атероматоз
- д) атеросклероз

75. Признаком острого лейкоза является

- а) инфильтраты состоящие из миелоцитов
- б) «лейкемический провал»
- в) увеличение селезенки
- г) геморрагический диатез
- д) сепсис

76. Лимфомы это

- а) вариант острых лейкозов
- б) опухоли лимфулов
- в) метастазы опухолей в лимфулы
- г) кровоизлияния в лимфулы
- д) вариант лимфаденита

77. Пернициозная анемия относится к группе

- а) постгеморрагических
- б) дефицитных
- в) гемолитических
- г) компенсаторных
- д) доброкачественных

78. Анемия это:

- а) уменьшение ОЦК
- б) уменьшение количества гемоглобина и эритроцитов
- в) снижение количества лейкоцитов
- г) повышенное кроверазрушение
- д) повышенное кровеобразование

79. Бластный криз это признак:

- а) острых лейкозов
- б) лимфом
- в) обострения хронических лейкозов
- г) миеломной болезни

- д) эритролейкоза
80. Злокачественной меланоцитарной опухолью является
- а) меланома
 - б) меланоз Дюбрейля
 - в) невус
 - г) голубой невус
 - д) сложный невус
81. Какой из признаков злокачественной опухоли лучше всего коррелирует с прогнозом
- а) размеры опухоли
 - б) некрозы и кровоизлияния в опухоли
 - в) метастазы в жизненно важные органы
 - г) степень дифференцировки опухоли
 - д) локализация опухоли
82. Опухоль Крукенберга представляет собой
- а) тератобластому яичников
 - б) саркому яичника
 - в) метастаз рака желудка в яичники
 - г) всё перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
83. Невозможность определения на глаз истинных границ опухоли связана с ростом
- а) экспансивным
 - б) de novo
 - в) инфильтрирующим
 - г) экзофитным
 - д) солидным
84. Механизм гиперплазии:
- а) увеличение количества клеток
 - б) разрастание соединительной ткани
 - в) разрастание жировой ткани
 - г) уменьшение размеров органа
 - д) декомпозиция
85. Патология ведущая к увеличению размеров кистей, стоп, нижней челюсти ("лошадиное" лицо) соответствует:
- а) физиологической гипертрофии
 - б) акромегалии
 - в) компенсаторной гипертрофии
 - г) дисплазии
 - д) рабочей гипертрофии
86. Механизм рабочей гипертрофии
- а) увеличение количества клеток
 - б) увеличение функционирующих элементов ткани
 - в) разрастание соединительной ткани
 - г) разрастание жировой ткани
 - д) компенсация
87. Примером физиологической рабочей гипертрофии является

- а) сердце спортсмена
- б) «пивное пузо»
- в) гинекомастия
- г) сердце ревматика

д) почка при гидронефрозе

88. «Полная» регенерация это:

- а) метаплазия
- б) гипертрофия
- в) реституция
- г) субституция
- д) склероз

89. Адаптация осуществляется с использованием:

- а) регенерации
- б) гипертрофии
- в) организации
- г) метаплазии
- д) всего перечисленного

90. Инкапсуляция - это

- а) воспаление
- б) отграничение
- в) обызвествление
- г) окостенение
- д) петрифицирование

91. Видом гипертрофии является

- а) церебральная
- б) ожирение
- в) викарная
- г) алиментарная
- д) исхудание

92. Примером компенсаторной гипертрофии является

- а) гипертрофия сердца при пороках клапанов
- б) гипертрофия беременной матки
- в) гипертрофия молочных желёз при лактации
- г) гинекомастия
- д) гиперплазия эндометрия

93. Если уменьшается только масса паренхимы, а масса стромы даже увеличиваются, то имеет место:

- а) физиологическая атрофия
- б) ложная гипертрофия
- в) дисфункциональная атрофия
- г) атрофия от действия физических факторов
- д) атрофия от сдавления

94. Обтурирующий камень в мочеточнике привел к превращению почки в тонкостенный мешок, это можно определить как

- а) физиологическую атрофию

- б) атрофию вызванную сдавлением
- в) гидроцефалию
- г) общую атрофию
- д) истощение

95. Если на месте погибшей ткани восстанавливается ей идентичная, то такой способ регенерации называется

- а) регенерационная гипертрофия
- б) реституция
- в) субституция
- г) конституция
- д) организация

96. Морфогенез амилоидоза основан на:

- а) декомпозиции
- б) извращенном синтезе
- в) инфильтрации
- г) трансформации
- д) трансдукции

97. Конго красный выявляет в тканях

- а) гликоген
- б) липофусцин
- в) амилоид
- г) жир
- д) меланин

98. Если в регионарном лимфоузле расширяются светлых центры фолликулов растет количество плазматических клеток, то это иммунный ответ по:

- а) гуморальный
- б) клеточный
- в) смешанному типу
- г) аутоиммунному
- д) иммунодефицитному

99. Сальный блеск паренхиматозных органов, порокрашивание в синий цвет тканей при нанесении раствора йода характерны для:

- а) фибриноидного набухания
- б) гиалиноза
- в) вторичного амилоидоза
- г) первичного амилоидоза
- д) мукоидного набухания

100. Тимус—это

- а) нижний отросток головного мозга
- б) центральный орган иммуопоеза орган гемопоэза
- в) придаток яичка
- г) верхний отросток головного мозга
- д) складка перикарда

ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ

ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.4 «Патологическая анатомия»

1. Современные методы исследования в детской патологии.
2. Дополнительные методы исследования при производстве детских аутопсий.
3. Основные рутинные и дополнительные гистологические окраски
Иммуногистохимические методы Принцип метода Области применения Интерпретация результатов
4. Молекулярно-биологические методы. Проточная цитометрия, , составление диагностической панели при различных заболеваниях. Гибридизация in situ. Метод FISH в онкоморфологии. ПЦР
5. Виды биопсий Эндоскопические биопсии. Срочные биопсии. Макроскопическое описание Вырезка биопсийного материала. Обработка биопсийного материала.
6. Диагностика заболеваний почек на биопсийном и операционном материале
Исследование пункционной и краевой биопсий почки Дифференциальный диагноз приобретённых и наследственных гломерулопатий и тубулопатий.
7. Биопсии эндометрия Функциональная морфология эндометрия Дифференциальный диагноз трофобластических болезней и триплоидии Дифференциальные диагностические гистологические критерии гиперпластических, метапластических процессов и рака эндометрия
8. Биопсии шейки матки диагностические гистологические критерии Цитопатическое действие папилломавируса Значение в онкогенезе Дисплазия шейки матки: причины развития
9. Задачи детской патологоанатомической службы.
10. Основные документы, регламентирующие работу детской патологоанатомической службы. Общие положения конструкции патологоанатомического диагноза. Понятие комбинированного основного заболевания.
11. Формулировка диагноза при наличии процессов, связанных с медицинским вмешательством.
12. Ятрогения: понятие, место в структуре патологоанатомического диагноза.
13. Определение категорий расхождения диагнозов.
14. Задачи и принципы работы ЛКК, КИЛИ, КАК.
15. Основная рабочая документация в детских и перинатальных патологоанатомических отделениях.
16. Особенности детских аутопсий.
17. Особенности аутопсий плодов и новорождённых.
18. Структура детской смертности.
19. Структура перинатальной смертности.
20. Особенности построения диагноза в перинатальной практике.
21. Общие положения конструкции патологоанатомического диагноза. Понятие комбинированного основного заболевания. Формулировка диагноза при наличии процессов, связанных с медицинским вмешательством.
22. Этиология и патогенез опухолей. Механизмы канцерогенеза. Протоонкогены и антионкогены. Изменение наследственного аппарата клетки при опухолевой трансформации. Виды канцерогенов. Механизмы и проявления опухолевой прогрессии.
23. Опухоли детского возраста: частота, принципы классификации. Особенности опухолей у детей, исходы, значение. Понятие о дизонтогенетических опухолях
24. Опухоли из соединительной ткани и её специализированных видов жировая, костная, хрящевая): классификация, основные морфологические проявления, пути метастазирования, исходы, значение.
25. Опухоли из мышечной ткани. Классификация, проявления, пути метастазирования, исходы, значение.
26. Опухоли из сосудов. Классификация, проявления, пути метастазирования, исходы,

значение.

27. Роль наследственности в развитии опухолей. Ретинобластома: этиопатогенез, морфологические особенности, исходы, значение. Осложнения противоопухолевой терапии. Причины развития вторых опухолей.

28. Опухоли из нервной ткани: принципы классификации. Опухоли вегетативной и периферической нервной системы: основные морфологические проявления, исходы, значение.

29. Опухоли ЦНС.

30. Опухоль Вильмса.

31. Герминогенные опухоли: виды, локализация, исходы, значение.

32. Опухоли системы крови. Принципы классификации. Варианты течения. Понятие «лейкоз». Острый лимфобластный лейкоз: морфологические проявления, исходы, значение.

33. Опухоли системы крови. Принципы классификации. Миелоидные опухоли: миелодиспластические синдромы, острые миелоидные лейкозы. Классификация, морфологические проявления, осложнения, исходы.

34. Лимфоидные опухоли. Принципы классификации. Клинико-морфологические формы. Основные варианты В-клеточных опухолей.

35. Лимфоидные опухоли. Принципы классификации. Клинико-морфологические формы. Основные варианты Т-клеточных опухолей. Гистиоцитарные опухоли.

36. Лимфома Ходжкина: классификация, морфологические проявления, исходы, значение.

37. Материнская летальность.

38. Патологическая анатомия сепсиса. Особенности гинекологического и акушерского сепсиса.

39. Неразвивающаяся беременность

40. Плацента: особенности строения, функции. Пороки развития, опухоли. Плацентарная недостаточность: причины, виды, морфологические проявления.

41. Плацентиты: этиология, пути инфицирования, основные морфологические проявления, исходы, значение. Инфекционные фетопатии: ВИЧ-инфекция, гепатиты, краснуха, герпес, хламидиоз, микоплазмоз. Пути инфицирования, основные морфологические проявления, осложнения, исходы, значение.

42. Инфекционные фетопатии: листериоз, сифилис. Пути инфицирования, особенности морфо- и патогенеза, основные морфологические проявления, осложнения, исходы.

43. Инфекционные фетопатии: цитомегалия, токсоплазмоз. Пути инфицирования, основные морфологические проявления, осложнения, исходы.

44. Неинфекционные фетопатии: муковисцидоз, диабетическая фетопатия, алкогольная фетопатия. Этиология, патогенез, основные морфологические проявления, осложнения, исходы.

45. Неинфекционные фетопатии: ГБН. Этиология, патогенез, основные морфологические проявления, осложнения, исходы.

46. Понятие недоношенности и незрелости, переносимость. Причины, основные морфологические проявления, исходы, значение. Внутрижелудочковые кровоизлияния. Пневмопатии. Бронхолёгочная дисплазия.

47. Асфиксия плода и новорожденного: классификация, этиология, патогенез, основные морфологические проявления, исходы, значение. Родовая травма: классификация, причины, основные морфологические проявления, исходы, значение.

48. Врожденные пороки развития новорожденного

49. Классификация врожденных пороков развития. Основные причины возникновения.

Общие закономерности морфогенеза. Врожденные пороки развития органов дыхания: основные морфологические проявления, осложнения, исходы.

Врожденные пороки сердца: классификация, морфологические проявления, особенности гемодинамики, осложнения, исходы.

**ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.5 «Патологическая физиология»**

1. Что является основным звеном патогенеза артериальной гиперемии?
 1. Затруднение оттока
 2. Усиленный приток
 3. Повреждение сосудистой стенки
 4. Тромбообразование
 5. Изменение состава крови

2. Что является основным звеном патогенеза венозной гиперемии?
 1. Тромбообразование
 2. Затруднение оттока
 3. Уменьшенный приток
 4. Ускоренный отток
 5. Цитокины воспаления

3. Что является основным звеном патогенеза ишемии?
 1. Ускоренный отток
 2. Нейрогенный спазм
 3. Уменьшенный приток
 4. Цитокины воспаления
 5. Лейкотриены

4. Триада Вирхова определяет
 1. Стадии тромбообразования
 2. Этапы свертывания крови
 3. Условия эмболии
 4. Условия тромбообразования
 5. Условия поэтапной активации компонентов системы комплемента

5. Причина тромбообразования
 1. Затруднение оттока
 2. Замедление скорости кровотока
 3. Преобладание системы коагуляции над антикоагуляционными механизмами
 4. Повреждение сосудистой стенки
 5. Затруднение притока

6. Механизмы первичного гемостаза достаточны в
 1. Артериях
 2. Венах
 3. Резистивных сосудах
 4. Шунтирующих сосудах
 5. Сосудах, диаметром < 100 мкм

7. Эмболы из венозной системы большого круга попадают
 1. В коронарные и церебральные сосуды
 2. В сосуды малого круга
 3. В печень

4. В сосуды внутренних органов
 5. В сосуды конечностей
8. Эмболы из легочных вен, левого сердца и аорты заносятся
1. В артерии малого круга
 2. В сосуды большого круга
 3. В печень
 4. В легкие
 5. В портальную систему
9. Эмболы, порожденные в непарных органах брюшной полости, заносятся
1. В сосуды малого круга
 2. В артерии большого круга
 3. В коронарные артерии
 4. В церебральные артерии
 5. В портальную систему
10. Феномен краевого стояния полиморфонуклеаров начинается в стадию
1. Артериальной гиперемии
 2. Венозной гиперемии
 3. Стаза
 4. При переходе артериальной гиперемии в смешанную
 5. При переходе смешанной гиперемии в венозную
11. Феномен краевого стояния обусловлен
1. Замедлением кровотока
 2. Тромбообразованием
 3. Изменением состава крови
 4. Образованием молекул адгезии клеток
 5. Непосредственным влиянием цитокинов
12. В классической модели воспаления Ю. Конгейма флогогеном является
- Разрушение спинного мозга
 - Боковой разрез кожи
 - Разрез стенки брюшной полости
 - Стерильный мясопептонный бульон
 - Подсыхание препарата брыжейки
13. Пример аутоаллергии, опосредованный ГЗТ
- Базедова болезнь
 - Тиреоидит Хашимото
 - Болезнь Гревса
 - Миастения Гравис
 - Системная красная волчанка
14. Пример иммунокомплексного васкулита
- Системная красная волчанка

Крапивница
Вазомоторный ринит
Аутоиммунная гемолитическая анемия
Эритробластоз плода

15. Пример иммунокомплексной Артюс-подобной реакции

Аллергическая бронхиальная астма
Аспергиллез
Базедова болезнь
Сывороточная болезнь
Аутоиммунная гемолитическая анемия

16. Пример анафилаксии

Аллергический васкулит
Ревматоидный артрит
Отеке Квинке
Инфекционная бронхиальная астма
Контактная экзема

17. Стресс – реакция, невозможна без

Надпочечников
Щитовидной железы
Тимуса
Гипофиза
Гипоталамуса

18. Какие гормоны обеспечивают повышение антигипоксической резистентности при общем адаптационном синдроме?

Тироксин и трийодтиронин
Инсулин
Соматотропин
Холецистокинин - панкреазимин
Катехоламины + глюкокортикоиды

19. Среди механизмов физиологического выхода из стресса решающую роль играют

Катехоламины
Меланоцитстимулирующий гормон
Опиоидные пептиды (эндорфины)
Серотонин
Гипоталамические статины

20. Во второй период полного голодания с водой изменяется до 0.7

Окислительный коэффициент мочи
Карбонурический коэффициент
Вакат кислорода

Дыхательный коэффициент
Калорический эквивалент кислорода

21. Длительность второго периода полного голодания с водой лимитируется
Запасом гликогена
Способностью организма образовывать достаточные уровни соматотропина
Доступностью восстановительных эквивалентов
Активностью гормонов щитовидной железы
Состоянием и размером жировых депо

22. Основной механизм повреждения островковых В-клеток при сахарном диабете 1-го типа
Фактор некроза опухолей альфа
Иммуноглобулины против инсулина В-клеток
Т-лимфоциты киллеры
Иммуноглобулины против поверхностных антигенов В-клеток
Комплемент

23. В основе патогенеза диабетической комы лежит
Гипергликемия
Гипонатриемия
Гиперглюкагонемия
Гиперкетонемия
Метаболический алкалоз

24. В основе хронических осложнений инсулинзависимого сахарного диабета лежит
Атеросклероз
Хроническая почечная недостаточность
Микроангиопатия
Инсулинорезистентность
Макроангиопатия

25. К диабетогенам не относятся
Вирус Коксаки
Вирус краснухи
Альбумин коровьего молока
Глюкоза
Нитрозамины

26. В патогенезе системных отеков существенны
Изменение парциального давления кислорода
Повышение парциального давления углекислоты
Повышение уровней адреналина и глюкагона
Торможение образования активного трийодтиронина
Возрастание концентрации альдостерона

27. Пусковым моментом в формировании сердечного отека является

Гипернатриемия

Нарушение функционирования юкта-гломерулярного аппарата

Гиперсекреция натрийуретического фактора

Малый систолический выброс

Гипопротеинемия

28. При метаболическом ацидозе парциальное давление углекислоты

Возрастает

Снижается

Не изменяется

Резко снижается

29. Какая из перечисленных липопротеидемий не является атерогенной?

Гиперлипопротеидемия I

Гиперлипопротеидемия II

Гиперлипопротеидемия III

Гиперлипопротеидемия IV

Гиперлипопротеидемия V

30. Основной патогенетический фактор первичного ожирения

Переедание

Гиподинамия

Гиперинсулинизм

Лептиновая недостаточность

Катехоламиновая недостаточность

ЭТАЛОН ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

1. (2)	4. (4)	7. (2)	10. (4)	13. (2)	16. (3)	19. (3)	22. (3)	25. (4)	28. (2)
2. (2)	5. (4)	8. (2)	11. (4)	14. (1)	17. (1)	20. (4)	23. (4)	26. (5)	29. (1)
3. (3)	6. (5)	9. (5)	12. (5)	15. (2)	18. (5)	21. (5)	24. (3)	27. (4)	30. (4)

ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.5 «Патологическая физиология»

Предмет и методы патологической физиологии. Общие принципы и типы медико-биологических экспериментов. Моделирование болезней и патологических процессов. Примеры моделей. Значение патофизиологии для клиники.

Здоровье как общемедицинская категория. Определения понятия «здоровье», определение ВОЗ. Критерии здоровья. Здоровье и норма. Относительность нормы.

Патологическая реакция, патологический процесс, патологическое состояние. Типовые патологические процессы. Определение понятия болезни, определение ВОЗ. Болезнь как

нозологическая форма, синдром.

Реакции повреждения и защиты в ходе развития болезни. Реакции защиты: приспособительные (срочные), адаптивные (долгосрочные), компенсаторные. Относительная целесообразность и потенциальная патогенность защитных реакций.

Принципы классификации болезней. Классификация ВОЗ. Стадии и исходы болезни. Выздоровление, полное и неполное. Ремиссии, рецидивы, осложнения.

Этиология, определение понятия. Причина и причинный фактор. Роль причинного фактора, условий и реактивности организма в развитии болезни. Этиотропный принцип лечения и профилактики болезней.

Понятие о патогенезе. Причинно-следственные отношения при патологических процессах. Проявления первичного и вторичного повреждения. Ведущее звено патогенеза, положительные и отрицательные обратные связи. Порочные круги в патогенезе.

Соотношение местных и общих изменений в патогенезе. Специфические и неспецифические компоненты патогенеза, их относительность. Временные аспекты протекания патологических процессов. Острые и хронические процессы. Критерии, возможность перехода одних в другие.

Внешние и внутренние причинные факторы болезней. Роль факторов внешней среды в возникновении и развитии болезней. Патогенное действие термического фактора. Гипертермия, гипотермия. Патогенез теплового и солнечного удара. Патогенез ожогов и отморожений.

Патогенез электротравмы. Механизм действия электрического тока. Условия, способствующие развитию электротравмы. Причины смерти. Этиология и патогенез кинетозов. Механизмы укачивания. Патогенное действие невесомости.

Патогенное действие на организм повышенного и пониженного барометрического давления. Высотная болезнь. Кессонная болезнь. Их причины и механизм развития. Патофизиологические основы гипербарооксигенотерапии.

Патогенное действие ионизирующих излучений. Этиология и патогенез лучевой болезни. Мутагенное, канцерогенное и тератогенное действие ионизирующих излучений. Особенности патогенного действия радионуклидов при их инкорпорации. Антимутагенные защитные механизмы клеток и организма.

Определение понятия реактивности организма. Роль реактивности в возникновении, развитии и исходе болезней. Виды реактивности. Реактивность и резистентность. Виды резистентности. Факторы пассивной переносимости и активной устойчивости. Относительная адекватность механизмов реактивности.

Факторы, определяющие реактивность. Роль генотипа и факторов внешней среды в формировании реактивности. Роль комплементарных взаимодействий в формировании реактивности. Условия обитания и реактивность. Роль биологических ритмов в формировании реактивности.

Учение о конституции организма. Конституция как форма групповой реактивности. Конституциональные типы: их классификации, различия и механизмы формирования.

Конституция, генотип и фенотип. Значение конституции в патологии. Конституционализм, достижения конституционализма, вклад конституционализма в современную синтетическую концепцию общей этиологии.

Повреждение клетки: обратимое (паранекроз), необратимое (некробиоз), насильственная клеточная смерть (некроз). Общие закономерности развития повреждения клетки. Апоптоз,

его роль в норме и при патологических процессах.

Роль свободно-радикальных процессов в защите, повреждении и гибели клетки. Механизмы свободно-радикального некробиоза. Примеры защитного и повреждающего действия активных радикалов. Антиоксидантные механизмы клеток. Свободно-радикальная теория старения.

Роль гипоксии в процессе повреждения и гибели клетки. Внутриклеточные изменения при гипоксии на начальных и глубоких стадиях. Механизмы и обратимость гипоксического некробиоза.

Значение наследственности в патологии. Методы изучения наследственности человека (цитогенетический, близнецовый, популяционный, генеалогический, биохимический). Понятие об антенатальной диагностике и экспресс-диагностике наследственных болезней.

Болезни наследственные и врожденные. Генокопии, фенокопии, моно- и полигенные наследственные болезни. Аддитивно-полигенное наследование с пороговым эффектом как основа наследственной предрасположенности к болезням.

Основные типы наследования дефектов генетического аппарата. Наследственные болезни, сцепленные с полом. Половой хроматин, значение его определения при патологии. Основы медико-генетического консультирования. Задачи медицинской генетики.

Общая этиология наследственных болезней. Мутации. Их виды, значение в патологии, последствия. Мутагены. Механизм их действия. Антимутационные защитные механизмы клеток и организма.

Повреждение клетки. Повреждение поверхностного аппарата клетки. Типовые последствия альтерации плазматической мембраны, механизмы набухания клеток. Активация арахидонового медиаторного каскада, ее роль при патологии. Повреждение цитоскелета.

Повреждение лизосом и пероксисом. Роль при патологических процессах. Повреждение митохондрий. Роль при патологии. Митохондриальные болезни. Патологические изменения при обратимых и необратимых стадиях повреждения клеток.

Информационные аспекты повреждения клетки. Нарушение рецепции. Примеры. Роль аутоантител в повреждении рецепторных свойств клетки на примере заболеваний эндокринной системы.

ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.6 «Медицина чрезвычайных ситуаций»

1. Геополитическое влияние России в мире определяется:
 - а) ходом её экономического развития;
 - б) реформой армии для повышения её обороноспособности;
 - в) стиранием грани между внутренней и внешней экономикой.
2. Какая мера борьбы с терроризмом является для России наиболее приемлемой?
 - а) объединение усилий всего международного сообщества;
 - б) повышение эффективности имеющихся форм и методов борьбы с этой угрозой;
 - в) принятие безотлагательных мер по её нейтрализации.
3. К какой сфере национальной безопасности относятся попытки противодействия укреплению России как одного из центров влияния в многополярном мире?

10. Положения военной доктрины конкретизируются:
- а) в посланиях Президента РФ Федеральному собранию;
 - б) в рамках военного планирования;
 - в) в ходе принятия военного бюджета страны.
11. В военную организацию государства не входят:
- а) ВС РФ;
 - б) другие войска, военные формирования и организации;
 - в) военно-промышленный и научный комплексы;
 - г) высшие учебные заведения федерального значения.
12. Что составляет ядро и основу военной безопасности?
- а) ВС РФ;
 - б) другие войска, военные формирования и организации;
 - в) военно-промышленный и научный комплексы;
 - г) высшие учебные заведения федерального значения.
13. Какое направление развития военной организации (военной реформы) является наиболее трудоёмким и непопулярным?
- а) создание единой системы управления военной организацией и обеспечение её эффективного функционирования;
 - б) развитие и совершенствование сил, обеспечивающих стратегическое сдерживание;
 - в) приведение структуры, состава и численности компонентов военной организации в соответствие с задачами обеспечения военной безопасности с учётом экономических возможностей страны;
 - г) совершенствование системы комплектования ВС на базе контрактно-призывного принципа;
 - д) повышение эффективности функционирования систем подготовки кадров.
14. Национальные интересы страны в военной сфере заключаются в:
- а) создании политических, правовых, организационных и других условий для обеспечения надёжной охраны государственной границы;
 - б) сохранении и укреплении нравственных ценностей общества, традиций патриотизма;
 - в) защите её независимости, суверенитета, государственной и территориальной целостности.
15. Угрозы национальной безопасности и интересам РФ в пограничной сфере обусловлены:
- а) опасностью ослабления политического, экономического и военного влияния России в мире;
 - б) экономической, демографической и культурно-религиозной экспансией сопредельных государств на российскую территорию;
 - в) укреплении военно-политических блоков и союзов, прежде всего расширением НАТО на восток;
 - г) возможностью появления в непосредственной близости от российских границ иностранных военных баз и крупных воинских контингентов.

16. Одним из основных принципов строительства и подготовки военной организации государства является:

- а) единство обучения и воспитания;
- б) совершенствование стратегического планирования на принципе единства применения ВС РФ и ВС РФ и других войск;
- в) развитие международного военно-политического и военно-технического сотрудничества;
- г) укрепление организованности, правопорядка и воинской дисциплины.

17. Изменение военно-политической стабильности в мире может привести, в первую очередь, к:

- а) новому витку гонки вооружения;
- б) корректировке военного планирования;
- в) изменению военной доктрины;
- г) увеличению военно-экономического потенциала страны.

18. Какой фактор неопределённости может существенно изменить мировую и региональную стабильность?

- а) снижение роли СБ ООН;
- б) возможность возвращения ЯО свойств реального военного инструмента;
- в) возможность усиления процессов распространения ОМП, включая ядерные технологии и средства доставки;
- г) перспективы и направленность развития ШОС;
- д) возможные направления развития процесса расширения НАТО.

19. Значительную роль в исходе вооружённого конфликта играют:

- а) развёрнутые группировки сил и средств;
- б) наличие боевого резерва и его отмобилизование;
- в) наличие сбалансированного состава сил и средств ВС.

20. К факторам неопределённости, влияющим на развитие военно-политической и военно-стратегической обстановки в мире относятся:

- а) возможность достижения военно-политических целей непрямыми, неконтактными действиями;
- б) перспективы и направленность развития ШОС;
- в) нейтрализация внешних угроз, а также участие в нейтрализации внутренних и трансграничных угроз.

21. Современные войны характеризуются:

- а) наличием ядерного оружия и возможностью его использования;
- б) завоеванием информационного пространства;
- в) созданием высокоэффективной обороноспособности страны.

22. Наиболее эффективным способом применения биологического оружия (БО) являются:

- а) аэрозольный;
- б) трансмиссивный,
- в) диверсионный.

23. По способности развития эпидемического процесса биологические средства разделяют на:

- а) стойкие;
- б) нестойкие;
- в) медленнодействующие;
- г) условно контагиозные.

24. К какой группе отравляющих веществ (ОВ) можно отнести адамсит?

- а) быстродействующие ОВ;
- б) медленнодействующие ОВ.

25. При одновременном воздействии на человека различных поражающих факторов ядерного взрыва возникают:

- а) сочетанные поражения;
- б) проникающие поражения;
- в) комбинированные поражения.

26. Синдром взаимного отягощения возникает при:

- а) комбинированных поражениях;
- б) сочетанных поражениях;
- в) множественных поражениях;
- г) изолированных поражениях.

27. При взрывах ядерных боеприпасов малой мощности преобладают:

- а) радиационные поражения;
- б) травматические повреждения;
- в) ожоги.

28. Организация медицинского обеспечения в очаге ядерного поражения не зависит от:

- а) массовых санитарных потерь;
- б) выхода из строя медицинских подразделений;
- в) радиоактивного заражения местности;
- г) использования профилактических антидотов.

29. В каком законе даётся формулировка понятия «военное положение»?

- а) Конституция РФ;
- б) Федеральный конституционный закон;
- в) Федеральный закон;
- г) Указ Президента РФ;
- д) Постановление Правительства РФ.

30. Какой закон определяет, что в случае агрессии против Российской Федерации Президент РФ вводит на территории РФ военное положение?

- а) Конституция РФ;
- б) Федеральный конституционный закон;
- в) Федеральный закон;
- г) Указ Президента РФ;
- д) Постановление Правительства РФ.

г) Указ Президента РФ;

31. Какой нормативно-правовой документ определяет основы и организацию обороны Российской Федерации?
- а) Конституция РФ; б) Федеральный конституционный закон;
в) Федеральный закон; д) Постановление Правительства РФ.
г) Указ Президента РФ;
32. Принципами мобилизационной подготовки и мобилизации не являются:
- а) централизованное руководство;
б) заблаговременность, плановость и контроль;
в) своевременность и преемственность;
г) комплексность и взаимосогласованность.
33. Особый правовой режим деятельности органов государственной власти, местного самоуправления, организаций определяется нормативно-правовым законом:
- а) Конституция РФ; б) Федеральный конституционный закон;
в) Федеральный закон; д) Постановление Правительства РФ.
г) Указ Президента РФ;
34. На основании какого нормативно-правового документа Правительство РФ организует бронирование граждан пребывающих в запасе (ГПЗ) и работающих в органах государственной власти, органах местного самоуправления и организациях?
- а) Конституция РФ; б) Федеральный конституционный закон;
в) Федеральный закон; д) Постановление Правительства РФ.
г) Указ Президента РФ;
35. В каком документе определена концепция национальной безопасности?
- а) Конституция РФ; б) Федеральный конституционный закон;
в) Федеральный закон; д) Постановление Правительства РФ.
г) Указ Президента РФ;
36. В каком нормативно-правовом документе излагаются официальные взгляды, определяющие основы обеспечения военной безопасности РФ?
- а) Конституция РФ; б) Федеральный конституционный закон;
в) Федеральный закон; д) Постановление Правительства РФ.
г) Указ Президента РФ;
37. Какие специальные формирования здравоохранения являются неотъемлемой составной частью современной системы этапного лечения?
- а) органы управления специальными формированиями;
б) тыловые госпитали здравоохранения;
в) наблюдательные пункты.

38. Какие специальные формирования здравоохранения являются противоэпидемическими учреждениями военного времени?
- а) органы управления специальными формированиями;
 - б) тыловые госпитали здравоохранения;
 - в) обсервационные пункты.
39. В системе медицинского обеспечения войск важным звеном являются:
- а) тыловые госпитали;
 - б) госпитальные базы;
 - в) больничные базы;
 - г) эвакуационные приемники;
 - д) обсервационные пункты
40. Комплектование органов управления специальных формирований здравоохранения производится:
- а) в военное время;
 - б) в мирное время;
 - в) в период, предшествующий военному положению.
41. Органы управления специальными формированиями расформируются:
- а) после окончания боевых действий;
 - б) после объявления об окончании войны;
 - в) после завершения работы тыловых госпиталей и обсервационных пунктов;
 - г) после прекращения поступления потока раненых и больных в тыловые госпитали.
42. Планирование и организация мобилизационной подготовки СФЗ возлагается на:
- а) Министерство здравоохранения и социального развития РФ;
 - б) органы управления здравоохранения субъектов РФ;
 - в) Генеральный штаб ВС РФ
43. Общее руководство эвакуацией раненых и больных в ТГЗ осуществляется:
- а) военно-медицинским управлением фронта;
 - б) органами управления здравоохранения;
 - в) медицинской службой военного округа;
 - г) главным военно-медицинским управлением МО;
 - д) службой военных сообщений;
 - е) министерством по чрезвычайным ситуациям;
 - ж) местными органами власти.
44. Какая задача является наиболее сложной и ответственной для госпитальной базы?
- а) отбор и подготовка раненых и больных к эвакуации за пределы фронта;
 - б) развёртывание прирельсовых эвакуационных пунктов;
 - в) погрузка раненых и больных в транспортные средства.
45. Эвакуации из госпитальной базы фронта в ТГЗ не подлежат раненые и больные:

- а) которые после лечения не могут быть возвращены в строй;
- б) нуждающиеся в длительном лечении;
- в) для оказания специализированной медицинской помощи.

46. Лечебная деятельность ТГЗ не осуществляется:

- а) по линии Министерства здравоохранения и социального развития;
- б) по линии Министерства обороны;
- в) по линии Министерства по чрезвычайным ситуациям.

47. Назначения и перемещения штатного состава из числа военнослужащих ТГЗ осуществляется:

- а) органами Министерства обороны;
- б) органами Министерства здравоохранения и социального развития;
- в) органами Министерства по чрезвычайным ситуациям.

48. Мобилизационная подготовка ТГЗ не предполагает:

- а) заблаговременного создания необходимой материальной базы на возможных театрах военных действий;
- б) готовности всех звеньев медицинской службы к работе в глубине страны;
- в) развёртыванию частей и учреждений медицинской службы в плановом порядке.

49. При размещении ТГЗ в первую очередь необходимо учитывать:

- а) их рассредоточенность;
- б) наличие жилого фонда;
- в) время доставки раненых и больных ;
- г) обеспечение электроэнергией, водой, топливом;
- д) организация контроля и помощи в лечебно-диагностической работе.

50. На деятельность госпитальных баз тыла страны будут оказывать негативное (увеличение объёма работы) влияние:

- а) возросшая тяжесть поражений и сложность их структуры;
- б) массовость санитарных потерь;
- в) увеличение санитарных потерь среди гражданского населения;
- г) недостаточная квалификация врачебного состава.;
- д) ухудшение экологической обстановки.

51. Вопросами мобилизационной подготовки врачебного состава по комплектованию ТГЗ медицинским персоналом и его усовершенствованию должны заниматься:

- а) Министерство здравоохранения и социального развития;
- б) Министерство обороны;
- в) местные органы здравоохранения.

52. Структура коечного фонда ТГЗ должна определяться:

- а) возможной структурой входящего потока раненых и больных из действующей армии и войск военного округа;

- б) наличием штатного состава сил и средств медицинской службы;
- в) наличием специалистов узкого профиля и их возможностью по оказанию специализированной медицинской помощи.

53. Какой из перечисленных ТГЗ является специализированным?

- а) базовый;
- б) нейрохирургический;
- в) терапевтический;
- г) травматологический;
- д) туберкулёзный.

54. Какой ТГЗ может выполнять в случае необходимости функции сортировочного?

- а) базовый;
- б) терапевтический;
- в) травматологический;
- г) туберкулёзный.

55. Какой принцип комплектования ТГЗ является наиболее приоритетным?

- а) специалистами из числа граждан, пребывающих в запасе и работающих в мирное время в организациях-исполнителях;
- б) гражданами, пребывающими в запасе и состоящими на общем воинском учёте;
- в) специалистами из числа граждан, не состоящих на воинском учёте и работающих в мирное время в организациях-исполнителях;
- г) гражданами, не состоящими на воинском учёте, путём их найма на работу в период мобилизации.

56. Объём и сроки медицинской эвакуации раненых и больных во внутренние районы страны не будут зависеть от:

- а) величины и структуры санитарных потерь;
- б) обстановки на фронтах;
- в) состояния в глубине страны дорожной сети;
- г) наличия и эвакуационной возможности транспортных средств;
- д) укомплектованности ТГЗ силами и средствами медицинской службы.

57. Эвакуация раненых и больных в ТГЗ в условиях современной войны предусматривает:

- а) отбор и подготовку раненых и больных к эвакуации;
- б) погрузку их в транспортные средства;
- в) оказание медицинской помощи;
- г) уход за ранеными и больными в пути следования;
- д) разгрузку транспортных средств в пунктах назначения;
- е) доставку раненых и больных в соответствующие ТГЗ;
- ж) оказание специализированной медицинской помощи.

58. В какой ТГЗ коллектора ГБТС будет направлен раненый психоневрологического профиля?

- а) базовый; в) терапевтический;
б) нейрохирургический; г) травматологический.

59. В ТГЗ по решению ВВК раненые и больные не могут быть:

- а) возвращены в строй;
- б) эвакуированы в госпитали инвалидов войны;
- в) уволены из ВС;
- г) направлены на дополнительное санаторно-курортное лечение;
- д) переведены в другие лечебные учреждения.

60. Какой принцип системы этапного лечения с эвакуацией по назначению основан на едином понимании военно-полевой медицинской доктрины?

- а) преємственність;
б) послідовність;
в) своєчасність;
г) евакуація по призначенню.

61. Основные мероприятия, осуществляемые Российской службой медицины катастроф:

- 1) медицинская разведка, оказание медицинской помощи, эвакуация пораженных, подготовка и ввод в район (к району) катастроф, анализ оперативной информации, пополнение запасов медицинского имущества и средств защиты;
- 2) проведение мероприятий по защите народного хозяйства, строительство защитных сооружений, рассредоточение и эвакуация населения, организация разведки, составление планов;
- 3) все виды помощи;
- 4) создание систем связи управления, организация наблюдения за внешней средой, использование защитных сооружений и подготовка загородной зоны, разработка планов Российской службы медицины катастроф;
- 5) проведение неотложных мероприятий.

62. Режимы функционирования Российской службы медицины катастроф:

- 1) неотложный и экстренный режим;
- 2) режим повседневной деятельности, режим повышенной готовности, режим чрезвычайной ситуации;
- 3) режим повышенной готовности, режим угрозы возникновения ЧС, режим ликвидации медицинских последствий ЧС;
- 4) режим защиты населения от факторов ЧС, режим ликвидации последствий ЧС, режим повышенной готовности,
- 5) режимы отсутствуют.

63. Силы Российской службы медицины катастроф представлены:

- 1) медицинскими учреждениями;
- 2) врачами-хирургами;
- 3) органами управления, комиссиями по чрезвычайным ситуациям;

4) бригадами скорой медицинской помощи, врачебно-сестринскими бригадами, бригадами специализированной медицинской помощи, подвижными госпиталями (различного профиля), медицинскими отрядами;

5) многопрофильными научно-практическими территориальными центрами "медицины катастроф", лечебно-профилактическими учреждениями.

64. Основные формирования Российской службы медицины катастроф:

1) стационарные и поликлинические учреждения;

2) бригады экстренной медицинской помощи, медицинские отряды, бригада экстренной специализированной медицинской помощи; специализированные медицинские бригады постоянной готовности, оперативные и специализированные противоэпидемические бригады, автономные выездные медицинские госпитали;

3) головная и профильные больницы;

4) лечебно-сестринские бригады; бригады скорой медицинской помощи, спасательные отряды, медицинские учреждения;

5) медицинский отряд, центральная районная больница; центр экстренной медицинской помощи, территориальные бригады лечебной доврачебной помощи, головная больница, бригады скорой медицинской помощи, санэпидотряд.

65. Основной целью прогнозирования возможной обстановки при катастрофах является:

1) определение санитарных потерь, необходимых сил и средств;

2) описание места происшествия;

3) расчет температуры и влажности;

4) определение гибели населения;

5) получение экономических затрат.

66. Последовательность работы по принятию решений начальников службы медицины катастроф в ЧС:

1) уяснить задачу на основании данных разведки, рассчитать санитарные потери, определить потребность в силах и средствах службы, а также в транспортных средствах для эвакуации;

2) контроль действий и дисциплина выполнения приказов;

3) создать группировку сил, принять решение и довести его до исполнителей, организовать контроль за ходом исполнения;

4) принять решение и довести его до исполнителей;

5) планирование действий и строгое их выполнение.

67. Организация медицинских мероприятий и накопление запасов имущества базируется на:

1) данных прогноза возможных последствий катастроф;

2) сведениях о наличии сил и средств здравоохранения;

3) распространении поражающих факторов;

4) разумной достаточности;

5) методических рекомендациях.

68. Комплектование имущества проводится за счет:

- 1) лечебного учреждения;
- 2) Материально-технического обеспечения учреждения;
- 3) неснижаемого запаса;
- 4) анализа оперативной информации;
- 5) текущего обеспечения лечебного учреждения и специальных ассигнований на Российскую службу медицины катастроф.

69. Основные задачи службы медицины катастроф:

- 1) организация медико-санитарного противоэпидемического обеспечения населения;
- 2) сохранение здоровья населения;
- 3) лечебная и гигиеническая;
- 4) обеспечение готовности медицинских учреждений и формирований;
- 5) поиск пораженных, сбор, оказание первой помощи и вынос из опасной зоны.

70. Силы территориальной службы медицины катастроф:

- 1) бригады специализированной медицинской помощи;
- 2) бригады скорой помощи, врачебные и фельдшерские;
- 3) медицинские отряды;
- 4) врачебно-сестринские бригады;
- 5) бригады доврачебной помощи.

71. Постоянно действующие органы управления Всероссийской службы медицины катастроф имеются на следующих уровнях:

- 1) федеральном;
- 2) региональном;
- 3) территориальном;
- 4) местном.

72. В состав врачебно-сестринской бригады по штату входят:

- 1) врач, 2 медицинские сестры;
- 2) 2 врача, 3 средних медицинских работника;
- 3) 1 врач, 5 медицинских сестер, 1 водитель;
- 4) врач и медицинская сестра;
- 5) 2 фельдшера.

73. Виды медицинской помощи, предусмотренные на догоспитальном этапе при крупномасштабной катастрофе:

- 1) любая, которую можно использовать;
- 2) первая медицинская
- 3) первая врачебная и квалифицированная;
- 4) первая медицинская и доврачебная;
- 5) госпитализация в лечебное учреждение.

74. Этап медицинской эвакуации определяется как:

1) силы и средства здравоохранения, развернутые на путях эвакуации пораженных для приема, проведения медицинской сортировки, оказания медицинской помощи в определенном объеме, лечения и, при необходимости, подготовки к дальнейшей эвакуации;

2) система организации оказания помощи;

3) догоспитальный, госпитальный,

4) место оказания помощи пострадавшим, их лечение и реабилитация,

5) особый вид помощи.

75. Медицинской сортировкой называется:

1) метод распределения пораженных на группы по признаку нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях;

2) разделение потока пострадавших;

3) разделение пострадавших по очередности их эвакуации;

4) распределение пораженных на однородные группы по характеру поражения;

5) разделение потока на "ходячих" и "носилочных".

76. Основное назначение медицинской сортировки заключается:

1) в обеспечении пострадавших своевременной медицинской помощью и рациональной эвакуацией;

2) оказание медицинской помощи в максимальном объеме;

3) в определении очередности оказания медицинской помощи;

4) в регулировании движения автотранспорта;

5) определяет лечебное учреждение.

77. При медицинской сортировке лучевых пораженных необходимо решать следующие задачи:

1) разделить пострадавших по степени тяжести для решения вопроса об очередности эвакуации;

2) выделить группы пострадавших с наиболее легкими поражениями;

3) выявить группы лиц, требующих медицинской помощи в ближайшее время,

4) определить сроки, объем помощи;

5) установить время госпитализации.

78. Основное место хранения медицинского имущества нештатных формирований службы медицины катастроф:

1) сами формирования;

2) учреждения формирователи;

3) склады ГО;

4) аптеки лечебных учреждений;

5) склады "Медтехника" и "Росфармация".

79. Первоочередной эвакуации в инфекционный стационар подлежат:

1) тяжелые больные и больные с высококонтагиозными инфекциями, имеющие поражения органов дыхания;

- 2) больные средней тяжести и больные контагиозными инфекциями с признаками поражения органов пищеварения;
- 3) тяжелые больные с признаками поражения нервной системы.

80. Основные противоэпидемические требования к эвакуации инфекционных больных из зоны

чрезвычайной ситуации:

- 1) организация эпидемиологического наблюдения;
- 2) выявление в местах сбора эвакуируемого населения инфекционных больных и подозрительных на инфекционные заболевания;
- 3) проведение экстренной и специфической профилактики;
- 4) оборудование изоляторов на путях эвакуации;
- 5) контроль за организацией банно-прачечного обслуживания;
- 6) борьба с насекомыми и грызунами в местах размещения эвакуируемых;
- 7) контроль за проведением санитарной обработки населения.

81 Общая экстренная профилактика в эпидемиологических очагах проводится :

- 1) до установления возбудителя;
- 2) после установления вида организма;
- 3) установления клинического диагноза у инфекционных больных.

82. Основные задачи госсанэпидслужбы в ликвидации чрезвычайных ситуаций:

- 1) принятие решений, обязательных для исполнения органами исполнительной власти, учреждениями, должностными лицами;
- 2) контроль за проведением специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний;
- 3) обеспечение постоянной готовности системы управления, сил и средств ЧС;
- 4) обеспечение контроля за готовностью лабораторной базы;
- 5) прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий.

83. Основные мероприятия проводимые службой Госсанэпиднадзора при чрезвычайных ситуациях (ЧС):

- 1) надзор за санитарно-эпидемической обстановкой в зоне ЧС;
- 2) подготовка формирований в зоне ЧС;
- 3) взаимодействие с ведомственными медико-санитарными службами;
- 4) организует работу сети наблюдения и лабораторного контроля;
- 5) участие в осуществлении государственной экспертизы в области защиты населения и территорий в условиях ЧС.

84. Гигиеническая диагностика при радиационных авариях включает:

- 1) обеспечение населения средствами индивидуальной защиты;
- 2) оценку для внешнего и внутреннего облучения населения и персонала;
- 3) определение уровней радиационного загрязнения территории;
- 4) проведение дезактивационных мероприятий.

85. В зоне землетрясения в первую очередь возникают следующие сан.гиг. последствия:

- 1) одномоментное разрушение водопроводов, коллекторов, появление большого числа погибших и пораженных;
- 2) массивное микробное загрязнение местности;
- 3) немедленное появление большого числа инфекционных больных;
- 4) наличие погибших животных и людей и несвоевременное их захоронение.

86. Мероприятия санэпиднадзора за полевым размещением спасателей включают:

- 1) дегазация и дезактивация территории;
- 2) санитарную оценку района размещения;
- 3) оценку возможностей ближайших мед. учреждений;
- 4) проверку готовности систем водообеспечения, удаления отходов, полевых жилищ.

87. Санитарно -эпидемиологический надзор в ЧС предусматривает :

- 1) надзор за размещением в ЧС спасателей;
- 2) надзор за состоянием здоровья населения;
- 3) надзор за оказанием лечебной помощи пострадавшим;
- 4) надзор за качеством и безопасностью пищевой воды и продовольствия.

88. Санитарно -эпидемиологический надзор за водоснабжением в зоне ЧС предусматривает:

- 1) контроль за безопасностью подаваемой воды;
- 2) распределение питьевых запасов;
- 3) проверку санитарного состояния сооружений водопровода;
- 4) допуск персонала к эксплуатации объектов водоснабжения.

89. Для оценки медико-санитарных последствий ЧС учреждения санэпиднадзора организуют

и проводят следующие виды разведок:

- 1) биологическую;
- 2) медицинскую;
- 3) радиационную;
- 4) сан.эпидемическую;
- 5) химическую.

90. Санитарно-противоэпидемическое обеспечение при чрезвычайных ситуациях осуществляется:

- 1) в зоне бедствия;
- 2) в эпидемических очагах;
- 3) на путях эвакуации;
- 4) в местах размещения эвакуируемых.

91. В чрезвычайных ситуациях к особо опасным инфекциям относятся заболевания:

- 1) чума (легочная форма);
- 2) брюшной тиф;

- 3) холера;
- 4) сибирская язва;
- 5) бруцеллез;
- 6) мелиоидоз;
- 6) гемморрагическая лихорадка.

92. Основные санитарно-гигиенические требования к эвакуации инфекционных больных из зоны чрезвычайной ситуации:

- 1) контроль за организацией питания, водоснабжения;
- 2) контроль за соблюдением санитарно-гигиенических правил снабжения питьевой водой, хранением пищевых продуктов;
- 3) контроль за санитарным состоянием мест пребывания эвакуируемых;
- 4) контроль за проведением санитарной обработки населения.

93. Очередность экстренной профилактики инфекционных заболеваний в зонах чрезвычайной ситуации:

- 1) формирования, участвующие в ликвидации вспышек инфекционных заболеваний;
- 2) в учреждениях, на предприятиях в очаге и продолжающих свою работу;
- 3) детские коллективы;
- 4) остальные категории населения.

94. Основными способами защиты населения являются:

- 1) оказание медицинской помощи;
- 2) вывод из очага катастрофы;
- 3) укрытие в защитных сооружениях;
- 4) прием медикаментов и эвакуация;
- 5) укрытие в защитных сооружениях, использование средств индивидуальной защиты, эвакуация и рассредоточение.

95. Частичная санитарная обработка проводится:

- 1) в очаге катастрофы не позднее 6-12 час. после воздействия;
- 2) эффективно специальными препаратами;
- 3) кожи, глаз, зева;
- 4) с помощью подручных средств;
- 5) хлорной известью.

96. Основные мероприятия, направленные на обеспечение радиационной безопасности населения на территории следа радиоактивного облака:

- 1) защита от внешнего гамма-облучения и радиоактивных веществ, дозиметрический контроль
- 2) укрытие в убежищах, полная санитарная обработка по выходе из них;
- 3) защита от внутреннего и внешнего облучения;
- 4) нахождение в зданиях;
- 5) укрытие в противорадиационных укрытиях.

97. Основные организационные мероприятия по ликвидации медико-санитарных последствий аварий на ядерном реакторе:

- 1) обеспечение средствами индивидуальной защиты, организация оказания первой медицинской помощи в очаге, эвакуация персонала и населения, организация лечения больных в ОЛБ;
- 2) проведение радиационной профилактики, ограничение поступления радионуклидов с пищей и водой, дезактивация (по показаниям), дозиметрический контроль, контроль за состоянием внешней среды, индивидуальная и коллективная защита персонала и населения, оказание медицинской помощи;
- 3) эвакуация персонала и населения, радиологический контроль, лечение пораженных, дезактивация;
- 4) дезактивация территории;
- 5) радиационная разведка.

98. Табельные медицинские средства индивидуальной защиты населения в ЧС:

- 1) ватно-марлевая повязка, изолирующий противогаз;
- 2) аптечка индивидуальная АИ-2, индивидуальный и противохимический пакеты ИПП-8, ИПП-10,
- 3) противогаз ГП-5, ГП-7, противохимический пакет ИПП-8, фильтрующая одежда;
- 4) противорадиационное укрытие, убежища, противогаз ГП-5;
- 5) средства защиты органов дыхания, средства защиты кожи.

99. Коллективные средства защиты включают:

- 1) больницы, станции переливания крови;
- 2) формирования ГО;
- 3) противогазы;
- 4) убежища, укрытия (противорадиационные, простейшие);
- 5) центры медицины катастроф.

100. Запас противогазов, йодистого калия больницей создается:

- 1) столько, сколько потребует МС ГО;
- 2) на весь персонал + 10% от численности коек;
- 3) выдается лишь при ЧС;
- 4) снабжается пораженное население;
- 5) снабжается работающая смена медицинского персонала.

ПРИМЕР ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО БИЛЕТА ДЛЯ ГИА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ

31.08.51 «Фтизиатрия»

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра Фтизиатрия
Специальность 31.08.51 «Фтизиатрия»

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Создание туберкулина и развитие туберкулинодиагностики.

2. Туберкулез и ВИЧ-инфекция.

Задача.

Больной 37 лет поступил в терапевтический стационар с жалобами на одышку при физической нагрузке, кашель со скудной мокротой, снижение аппетита, общую слабость.

Анамнез: Заболел остро за три дня до поступления, когда стали беспокоить боли в грудной клетке, подъемы температуры до 39°C. При рентгенологическом исследовании выявлен левосторонний экссудативный плеврит. При плевральной пункции удалено 1,5 литра жидкости соломенного цвета. После проведения неспецифического лечения больной выписан в удовлетворительном состоянии. Через 8 месяцев у больного появились общая слабость, недомогание, похудание на 5 кг. Госпитализирован для обследования.

Данные осмотра: Состояние удовлетворительное. Питание снижено, бледен. Температура тела 37,6°C. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Тоны сердца чистые. Пульс 84 ударов в мин., удовлетворительного наполнения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Укорочения перкуторного тона нет. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги.

Клинический анализ крови: СОЭ – 31 мм/час, в остальном без изменений.

Анализ мокроты: методом бактериоскопии отрицательный, методом посева – обнаружено 10 колоний МБТ.

Рентгенограмма грудной клетки: В обоих легких симметрично, преимущественно в верхних и средних отделах на фоне усиленного легочного рисунка определяются множественные очаговые тени, которые на отдельных участках сливаются между собой.

После лечения противотуберкулезными препаратами отмечена положительная рентгенологическая динамика, значительное рассасывание очагов в обоих легких. Исчезли симптомы туберкулезной интоксикации.

Задание:

Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

С какими заболеваниями требуется проведение дифференциальной диагностики?

Какие факты из анамнеза жизни больного необходимо уточнить?

Зав. кафедрой _____ подпись _____ расшифровка

« ____ » _____ 20 ____ г.

М.П.