

1. поражения плевры над инфильтратом
2. формирования бронхоnodулярного свища
3. развития лимфогематогенной диссеминации
4. поражения внутригрудного лимфатического узла
5. распада легочной ткани в зоне поражения

104. Наиболее достоверным методом диагностики деструктивного туберкулёза легких является:

1. профилактическая флюорография
2. диагностическая рентгенография
3. томография
4. ультразвуковое исследование
5. радиоизотопный метод

105. Не относится к деструктивному процессу следующая формулировка диагноза туберкулеза:

1. очаговый туберкулёз в фазе инфильтрации
2. фиброзно-кавернозный туберкулёз в фазе инфильтрации
3. инфильтративный туберкулёз в фазе распада
4. туберкулома в фазе распада
5. кавернозный туберкулёз легких

106. Для кавернозного туберкулёза в легких характерно наличие:

1. округлого фокуса затемнения с четким контуром
2. полости с нечетким внутренним и наружным контуром
3. затемнения негетерогенной структуры
4. округлой полости с равномерной тонкой стенкой с четким внутренним и наружным контуром
5. полости неправильной формы, с неравномерной толщиной стенки

107. В клинической картине кавернозного туберкулёза преобладает:

1. наличие выраженных симптомов интоксикации
2. волнообразное течение заболевания
3. симптомы легочно-сердечной недостаточности
4. наличие слабо выраженных симптомов интоксикации
5. наличие выраженного бронхоспастического синдрома

108. Наиболее достоверный рентгенологический признак, указывающий на туберкулёзный генез полости в легких:

1. наличие горизонтального уровня жидкости
2. парная полоска дренирующего бронха
3. бронхогенное обсеменение
4. наличие секвестра
5. локализация полости

109. Наиболее опасным для жизни осложнением легочного кровотечения является:

1. кровопотеря
2. ателектаз легкого
3. аспирационная пневмония
4. прогрессирование туберкулеза
5. асфиксия

110. При дифференциальной диагностике деструктивного туберкулёза с абсцессом целесообразно провести лечение:

1. противогрибковыми препаратами
2. антибиотиками широкого спектра действия

3. противотуберкулёзными препаратами
4. сердечными гликозидами
5. дезинтоксикационными средствами

111. Гистологические реакции при туберкулезе у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции характеризуются:

1. нейтрофильными реакциями
2. эозинофильными реакциями
3. продуктивными клеточными реакциями со слабо выраженными казеозно-некротическими реакциями
4. выраженными продуктивными клеточными реакциями при отсутствии казеозного некроза
5. выраженными экссудативно-некротическими реакциями при слабо выраженной клеточной реакции

112. Основной причиной легочного кровотечения у больных туберкулёзом является:

1. повреждение стенок кровеносных сосудов
2. нарушение в свертывающей системе крови
3. нарушение в противосвертывающей системе крови
4. застойные явления в малом кругу кровообращения
5. пороки развития сосудов

113. Экстренная помощь при напряженном пневмотораксе включает:

1. искусственную вентиляцию легких
2. ингаляцию кислорода
3. применение кардиотонических средств
4. электростимуляцию дыхания
5. пункцию полости плевры

114. Риск развития туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией:

1. Повышен в 1-2 раза по сравнению с общим населением
2. Понижен в 1-2 раза по сравнению с общим населением
3. Не изменяется по сравнению с общим населением
4. Повышен в 15-30 раз по сравнению с общим населением
5. Больные ВИЧ-инфекцией туберкулезом не заболевают

115. Продолжительность стационарного курса лечения больного туберкулёзом определяется:

1. клинической формой туберкулёза
2. наличием в легких деструктивных изменений
3. массивностью бактериовыделения
4. эффективностью проводимых лечебных мероприятий
5. все перечисленные

116. Основной предпосылкой эффективности противотуберкулёзной терапии является:

1. хорошая переносимость препаратов
2. высокий уровень защитных сил организма
3. чувствительность микобактерий к применяемым химиопрепаратам
4. хорошая фармакокинетика
5. применение патогенетических методов лечения

117. К противотуберкулёзным препаратам первой группы (наиболее эффективным) относятся:

1. стрептомицин + канамицин
2. протионамид + ПАСК
3. этамбутол + этионамид
4. изониазид + рифампицин

5. циклосерин + тибон + флоримицин

118. 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

119. Основным противопоказанием к назначению рифампицина является:

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

120. Основным противопоказанием к назначению стрептомицина является:

1. язвенная болезнь желудка
2. нарушение функции печени
3. кохлеарный неврит
4. сахарный диабет
5. катаракта

121. Основным методом выявления очагового туберкулёза легких является:

1. профилактическая флюорография
2. диагностическая флюорография
3. туберкулинодиагностика
4. определение возбудителя туберкулёза в мокроте
5. исследование периферической крови

122. Для туберкулёзного менингита не характерно:

1. поражение оболочек основания мозга
2. молниеносное течение
3. лимфоцитарный плеоцитоз в спинно-мозговой жидкости
4. астенический синдром
5. повышенное содержание белка в спинно-мозговой жидкости

123. Для проведения массовой туберкулинодиагностики используется:

1. проба Пирке
2. проба Коха
3. проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л
4. градуированная кожная проба
5. проба Квейма

124. Основными задачами массовой туберкулинодиагностики являются все, кроме:

1. отбор лиц, первично инфицированных микобактериями туберкулёза
2. отбор лиц для вакцинации и ревакцинации БЦЖ
3. выделение группы лиц с повышенным риском заболевания туберкулёзом
4. отбор контингентов для стационарного лечения
5. определение показателя инфицированности и ежегодного риска инфицирования

125. Туберкулема - это клиническая форма туберкулёза, проявляющаяся:

1. наличием в легком очагового затенения с перифокальным воспалением и выраженными симптомами интоксикации

2. наличием в легком очагового затемнения округлой формы с четким контуром и отсутствием клинических проявлений
 3. наличием в легких затемнения долевой протяженности и выраженных симптомов интоксикации
 4. наличием в легких округлого фокуса затемнения с четким контуром и слабо выраженными симптомами интоксикации
 5. наличием в легких тонкостенной полости округлой формы
126. Первичный туберкулёзный комплекс это: (выберите правильную комбинацию):
1. лимфаденит + перитонит + аднексит
 2. лимфаденит + сегментарный ателектаз + плеврит
 3. гидроторакс + увеличенная вилочковая железа + бронхоаденит
 4. лимфаденит + первичный аффект + лимфангоит
 5. лимфаденит + плеврит
127. При лечении больных с легочным кровотечением противопоказано:
1. наложение жгутов на конечности
 2. внутривенное введение раствора хлорида кальция и аминокaproновой кислоты
 3. лед на грудную клетку
 4. наложение лечебного пневмоперитонеума
 5. введение кислорода подкожно
128. Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов требует проведения дифференциального диагноза со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:
1. лимфогранулематоз
 2. метастазы злокачественных опухолей
 3. саркоидоз
 4. лимфосаркома
 5. трахеобронхит
129. Для туберкулёзной гранулёмы характерны:
1. клетки Ашоффа
 2. клетки Ходжкина
 3. клетки Рид – Штернберга
 4. клетки Вирхова
 5. клетки Пирогова – Лангханса
130. Непатогенными для человека являются микобактерии:
1. человеческого вида
 2. птичьего вида
 3. мышинного вида
 4. бычьего вида
 5. человеческого и бычьего вида
131. Изменения периферической крови, характерные для туберкулёза легких:
1. нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ, лимфопения, моноцитоз
 2. лейкопения с относительным лимфоцитозом
 3. лейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитоз, атипичные мононуклеары, ускорение СОЭ
 4. лейкопения, лимфоцитоз, моноцитоз
 5. анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз, ускорение СОЭ
132. Рентгенологическим методом массового обследования населения на туберкулёз является:
1. рентгеноскопия органов грудной клетки
 2. обзорная рентгенография органов грудной клетки

3. флюорография органов грудной клетки
4. компьютерная томография органов грудной клетки
5. ультразвуковое исследование органов грудной клетки

133. Инfiltrативный туберкулёз легких необходимо дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:

1. пневмонии
2. рака легкого
3. саркоидоза
4. эозинофильной пневмонии
5. доброкачественной опухоли

134. Для неосложненного течения инfiltrативного варианта внутригрудных лимфатических узлов характерны следующие рентгенологические признаки:

1. тень корня легких расширена
2. структура тени корня легкого нарушена
3. тень корня легкого расширена, наружный контур его четкий, бугристый
4. тень корня деформирована
5. тень корня расширена, наружный контур корня легкого нечеткий.

135. Казеозный некроз встречается:

1. при ревматизме
2. при газовой гангрене
3. при инфарктах головного мозга
4. при инфарктах миокарда
5. при туберкулёзе

136. Для какой клинической формы туберкулёза легких из перечисленных характерно образование пневмогенных каверн:

1. милиарный туберкулёз
2. диссеминированный туберкулёз
3. инfiltrативный туберкулёз
4. цирротический туберкулёз
5. плеврит

137. Какой путь прогрессирования (распространения) наиболее часто имеет место при инfiltrативном туберкулёзе легких?

1. гематогенный
2. лимфогенный
3. бронхогенный
4. лимфо – бронхогенный
5. лимфо – гематогенный

138. Основные проявления тифоидной формы милиарного туберкулёза:

1. Преобладание менингеальных симптомов
2. Выраженность респираторных нарушений
3. Преобладание симптомов интоксикации
4. Сыпь на коже
5. Малосимптомная клиническая картина

139. Укажите клиническую форму первичного туберкулёза:

1. Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов
2. Диссеминированный туберкулёз
3. Милиарный туберкулёз

4. Туберкулёз бронхов
5. Туберкулома

140. Какие отделы чаще поражаются при инфильтративном туберкулёзе легких?

1. Вентральные отделы
2. Дорзальные и субплевральные отделы
3. Прикорневые участки
4. Срединная зона
5. Верхние отделы

141. Для уточнения диагноза при спонтанном пневмотораксе наиболее информативна:

1. рентгенография
2. КТ грудной клетки
3. пункция полости плевры с манометрией
4. видеоторакоскопия
5. радионуклидное исследование вентиляции легких

142. Поражение каких групп лимфатических узлов наиболее характерно для туберкулёза внутригрудных лимфоузлов?

1. Многогруппное
2. Двустороннее симметричное поражение бронхопульмональных лимфоузлов
3. Бифуркационная
4. Паратрахеальная
5. Бронхопульмональная и трахеобронхиальная

143. Какие варианты туберкулиновых проб чаще встречаются у больных туберкулёзом внутригрудных лимфоузлов?

1. Отрицательные
2. Гиперергические
3. Нормергические
4. Слабоположительные
5. Сомнительные

144. Показанием к хирургическому лечению туберкулёза считаются такие его формы, как:

1. Облаковидный инфильтрат и перисцисурит
2. Острый и подострый диссеминированный туберкулёз
3. Кавернозный туберкулёз и туберкуломы
4. Ранняя и хроническая туберкулёзная интоксикация
5. Первичный туберкулезный комплекс

145. Поражение туберкулезным воспалением доли легкого соответствует:

1. Облаковидному инфильтрату
2. Округлому инфильтрату
3. Перисцисуриту
4. Лобиту
5. Бронхообулярному инфильтрату

146. Укажите доминирующий признак цирротического туберкулёза:

1. Туберкулёзная интоксикация
2. Формирование эмфиземы
3. Развитие фиброзной и рубцовой ткани в легких
4. Формирование бронхоэктазов
5. Развитие плеврофиброза

147. Какие больные относятся к III группе диспансерного наблюдения?

1. Больные с клинически излеченным легочным туберкулезом
2. Больные с активным затихающим легочным туберкулезом
3. Больные после спонтанно излеченного туберкулеза
4. Больные с внелегочными локализациями туберкулеза
5. Больные хроническими формами туберкулеза

148. Укажите наиболее достоверный признак, указывающий на туберкулезную этиологию плеврита:

1. возраст до 40 лет
2. наличие туберкулеза в анамнезе
3. положительная реакция Манту
4. синдром внутригрудной аденопатии
5. обнаружение туберкулезных изменений в биоптатах париетальной плевры

149. Наиболее эффективными противотуберкулезными препаратами считаются:

1. ПАСК и тибон
2. пипразинамид и циклосерин
3. канамицин и этионамид
4. изониазид и рифампицин
5. этамбутол и ломефлоксацин

150. Отметьте характерную картину очагов при остром милиарном туберкулезе:

1. очаги крупные
2. очаги разной величины
3. очаги мелкие мноморфные
4. очаги выражено нарастают к базальным отделам по густоте
5. очаги уменьшаются по величине в каудальном направлении

151. Параспецифические реакции наиболее характерны для:

1. инфильтративного туберкулеза
2. очагового
3. фиброзно-кавернозного
4. туберкуломы
5. первичного туберкулеза

152. Наиболее характерные клинические признаки сухого плеврита:

1. сухой кашель
2. боль в грудной клетке
3. одышка
4. боли в животе
5. тахикардия

153. Какая фаза туберкулезного процесса чаще всего сопровождается кровотечениями?

1. Инфильтрация
2. Распад
3. Рассасывание
4. Уплотнение
5. Кальцинация

154. Какое из перечисленных осложнений является причиной смерти при легочном кровотечении при туберкулезе?

1. Асфиксия
2. Аспирационная пневмония

3. Анемия
4. Ателектаз
5. Обсеменение

155. В настоящее время у больных с впервые выявленным туберкулёзом легких чаще всего обнаруживается:

1. очаговая форма туберкулеза
2. инфильтративная форма туберкулеза
3. диссеминированный туберкулез
4. туберкулома
5. фиброзно-кавернозный туберкулез

156. Какие гематологические показатели указывают на тяжесть туберкулёза легких?

1. уровень эритроцитов и гемоглобина
2. уровень лейкоцитов
3. уровень лимфоцитов, моноцитов и СОЭ
4. уровень эозинофилов
5. уровень лейкоцитов и тромбоцитов

157. Основной курс лечения впервые выявленных больных туберкулезом составляет:

1. 4 – 6 недель
2. 2 – 4 месяца
3. 4 – 6 месяцев
4. 6 - 12 месяцев
5. 2 года

158. Какой метод обследования наиболее информативен в диагностике туберкулом?

1. физикальное обследование
2. рентгенологический
3. бронхоскопический
4. исследование мокроты на МБТ
5. исследование крови

159. Ведущее звено патогенеза милиарного туберкулеза:

1. поражение бронхиального дерева
2. плеврит
3. поражение сосудистого тракта легкого, бактериемия
4. бактериовыделение
5. поражение лимфатического аппарата

160. При туберкулезном плеврите в экссудате характерно повышение уровня клеток:

1. нейтрофилов
2. эритроцитов
3. мезотелиальных клеток
4. эозинофилов
5. лимфоцитов

161. Какая реакция Манту является показанием для ревакцинации БЦЖ?

1. отрицательная
2. сомнительная
3. положительная
4. гиперергическая
5. «вираж» пробы Манту

162. Критерии диагностики туберкулёзной интоксикации детей и подростков:

1. субфебрилитет, «вираж» пробы Манту, увеличение внутригрудных лимфатических узлов
2. субфебрилитет, «вираж» пробы Манту, инфильтрация в легких
3. субфебрилитет, «вираж» пробы Манту, отсутствие рентгенологических изменений в органах грудной клетки
4. субфебрилитет, положительная проба Манту, увеличение периферических лимфатических узлов
5. субфебрилитет, сомнительная проба Манту, диссеминация в легких

163. Благоприятный исход первичного туберкулёзного комплекса:

1. туберкулома
2. кальцинация внутригрудных лимфатических узлов
3. очаги Симона
4. очаг Гона и кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах
5. плотные очаги на фоне фиброзных изменений

164. Достоверными критериями туберкулезной этиологии экссудативного плеврита являются все перечисленные, кроме:

1. наличие МБТ в плевральной жидкости или мокроте
2. контакт с больным туберкулезом в анамнезе, положительная реакция Манту
3. рентгенологические признаки активного туберкулезного процесса в легких
4. казеоз плевры при торакоскопии
5. специфические поражения бронха при бронхоскопии

165. Для инфильтративного туберкулёза наиболее характерны следующие рентгенологические признаки:

1. инфильтрация в нижних долях обоих легких
2. инфильтрат гомогенной структуры с четкими бугристыми контурами
3. инфильтрация неоднородной структуры в верхней доле
4. инфильтрация вокруг корня легкого
5. множественные очаги в верхних долях обоих легких

166. Исходом инфильтративного туберкулеза не может быть:

1. кавернозный туберкулез
2. плотные очаги на фоне фиброзных изменений
3. очаг Гона, кальцинаты в корнях
4. цирроз сегмента или доли
5. туберкулома

167. Наиболее важной характеристикой МБТ в мокроте больных хроническими деструктивными формами туберкулеза является:

1. наличие МБТ в виде L – форм
2. наличие МБТ с лекарственной резистентностью
3. сочетание МБТ с патогенной неспецифической флорой
4. массивность бактериовыделения
5. наличие МБТ бычьего или птичьего типов

168. Для фиброзно – кавернозного туберкулеза рентгенологически характерно:

1. уменьшение объема пораженной части легкого за счет фиброза, множественные мелкие полости
2. негомогенное затемнение в верхней доле легкого со смещением средостения в пораженную сторону
3. одна тонкостенная каверна с минимальными фиброзными изменениями вокруг
4. одна или несколько крупных каверн на фоне фиброза, очаги бронхогенного обсеменения в нижних отделах легких

5. инфильтрация в верхней доле с полостью распада

169. Характерное течение фиброзно – кавернозного туберкулеза:

- 1. хроническое течение, с обострениями и ремиссиями
- 2. быстро прогрессирующее, в течение нескольких месяцев
- 3. острое
- 4. хроническое торпидное, малосимптомное
- 5. латентное

170. К осложнениям туберкулёза легких не относится:

- 1. спонтанный пневмоторакс
- 2. амилоидоз внутренних органов
- 3. легочно – сердечная недостаточность
- 4. легочное кровотечение
- 5. цирроз легкого

171. Для менингита туберкулёзной этиологии не характерно:

- 1. в анализе крови – нейтрофильный лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, ускорение СОЭ
- 2. острое начало, сыпь на коже, мутный ликвор с преобладанием нейтрофилов
- 3. бугорковые высыпания в сосудистой оболочке глазного дна
- 4. постепенное начало, поражение черепно – мозговых нервов, прозрачный ликвор с преобладанием лимфоцитов
- 5. очаги диссеминации в верхних долях легких

172. Для казеозной пневмонии рентгенологически характерно:

- 1. несколько округлых казеозных фокусов с четкими контурами
- 2. неомогенная инфильтрация с мелкими полостями распада в пределах одной доли
- 3. массивная, часто двусторонняя инфильтрация с множественными крупными полостями распада и бронхогенными очагами
- 4. множественные очаги в верхних долях легких с тенденцией к слиянию и образованию инфильтратов и полостей
- 5. каверна с «дорожкой к корню»

173. Клиническое течение казеозной пневмонии:

- 1. остро прогрессирующее, тяжелое
- 2. малосимптомное
- 3. хроническое, торпидное
- 4. волнообразное, с периодами обострений и ремиссий
- 5. латентное

174. Казеозная пневмония чаще требует дифференциальной диагностики с:

- 1. острым бронхитом
- 2. крупозной пневмонией
- 3. раком легкого
- 4. саркоидозом
- 5. плевритом

175. Для казеозной пневмонии характерны все следующие клинические признаки, кроме:

- 1. в анализах крови – признаки воспаления, анемия, лимфопения, моноцитоз
- 2. массивное бактериовыделение
- 3. слизисто – гнойная мокрота, кровохарканье
- 4. гиперергическая реакция Манту
- 5. разнокалиберные влажные хрипы на фоне бронхиального дыхания

176. Больной казеозной пневмонией предъявляет жалобы:

1. длительный субфебрилитет, ночная потливость, снижение аппетита
2. кашель со слизистой мокротой на фоне периодического повышения температуры
3. сухой кашель и боли в боку на фоне повышения температуры до 37,5 – 37,8 градусов в течение недели
4. температура до 39 градусов в течение 2-х дней, ломота в конечностях, головные боли
5. лихорадка гектического типа, профузные ночные поты, прогрессирующее похудание, сильный кашель с гнойной мокротой, кровохарканье

177. В очаге туберкулёза I типа (с наибольшим риском заражения) источником инфекции является:

1. больной активным туберкулёзом органов дыхания без установленного выделения МБТ при взятии на учет
2. больной туберкулёзом органов дыхания, выделяющий МБТ
3. условный бактериовыделитель
4. больной, выделявший МБТ, выбывший из очага (умерший)
5. больной с внелегочной локализацией туберкулёза, выделяющий МБТ из язв и свищей

178. Наиболее важными критериями клинического излечения от туберкулёза являются:

1. исчезновение симптомов интоксикации и нормализация картины крови
2. значительное рассасывание инфильтративных и очаговых изменений в легких
3. прекращение бактериовыделения и закрытие полостей распада
4. хорошее самочувствие
5. появление фиброзных изменений в легких

179. В состав клеточной стенки МБТ входят:

1. ДНК
2. фосфолипиды
3. РНК
4. соли кальция
5. соли аморфных фосфатов

180. Корд-фактор МБТ – это:

1. Оболочка ядерной субстанции
2. компонент микрокапсулы
3. ядрышко ядерной субстанции
4. компонент клеточной стенки
5. фрагмент мезосомы

181. Носителями антигенных свойств МБТ являются:

1. липиды оболочки ядра
2. туберкулопротеиды
3. полисахариды микрокапсулы
4. полисахариды клеточной стенки
5. липиды микрокапсулы

182. Размножение МБТ происходит преимущественно:

1. почкованием
2. путем простого деления
3. ветвлением
4. почкованием и ветвлением
5. путем простого деления и ветвлением

183. Фактор вирулентности МБТ называют:

- 1. фактором изменчивости
- 2. фактором некроза опухоли
- 3. корд-фактором
- 4. фактором толерантности
- 5. фактором проницаемости

184. Вакцинация БЦЖ у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей:

- 1. Проводится всегда
- 2. Не проводится никогда
- 3. Проводится вакциной БЦЖ-М
- 4. Проводится вакциной БЦЖ
- 5. Проводится вакциной БЦЖ-М при отсутствии иммунодефицита

185. В развитии туберкулезной инфекции у человека принято выделять следующие периоды:

- 1. первичный, вторичный и третичный
- 2. первичный и вторичный
- 3. инкубационный и период клинических проявлений
- 4. начальный, развернутый и завершающий
- 5. доклинический и клинический

186. В условиях незавершенного фагоцитоза МБТ:

- 1. не фиксируются на поверхности макрофага
- 2. не поглощаются макрофагом
- 3. не могут размножаться
- 4. не разрушаются макрофагом
- 5. не вызывают ответной серологической реакции

187. Необходимое условие для формирования естественного противотуберкулезного иммунитета:

- 1. вакцинация БЦЖ
- 2. инфицирование МБТ
- 3. вакцинация и ревакцинация БЦЖ
- 4. превентивное лечение
- 5. регулярная туберкулинодиагностика

188. Клиническое излечение туберкулеза предполагает:

- 1. временное прекращение роста бактериальной популяции
- 2. появление устойчивых к лекарствам штаммов МБТ
- 3. элиминацию всех МБТ из организма
- 4. трансформацию МБТ в L-формы с инкапсуляцией в остаточных изменениях
- 5. постепенное исчезновение клеточного иммунитета к МБТ

189. Развитию туберкулеза может способствовать применение с лечебной целью:

- 1. неселективных ингибиторов моноаминоксидазы
- 2. нестероидных противовоспалительных средств
- 3. глюкокортикоидных гормонов
- 4. парасимпатомиметиков
- 5. противовирусных препаратов

190. 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

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

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

192. Основной метод лечения больных туберкулезом:

1. диетотерапия
2. химиотерапия
3. хирургический
4. коллапсотерапия
5. патогенетическая терапия

193. Множественная лекарственная устойчивость – это устойчивость МБТ к комбинации:

1. этамбутола, рифампицина, стрептомицина,
2. этамбутола, рифампицина, пипразинамида
3. изониазида, рифампицина
4. этамбутола, рифампицина, пипразинамида, ПАСК
5. стрептомицина, протионамида

194. Примером своевременного выявления туберкулеза считается обнаружение у впервые выявленного больного:

1. диссеминированного туберкулеза в фазе распада
2. очагового туберкулеза в фазе инфильтрации
3. туберкуломы в фазе распада и обсеменения
4. инфильтративного туберкулеза в фазе распада и обсеменения
5. фиброзно – кавернозного туберкулеза в фазе инфильтрации и обсеменения

195. Химические средства, применяемые в очаге туберкулезной инфекции:

1. спирты
2. кислоты
3. щелочи
4. хлорсодержащие вещества
5. фенолы

196. Здоровым членам семьи больного туберкулезом, выделяющего МБТ, проводят:

1. санацию полости рта
2. ревакцинацию независимо от результатов туберкулиновых проб
3. химиопрофилактику
4. курс лечения туберкулином
5. пассивную противотуберкулезную иммунизацию

197. Подавление противотуберкулезного иммунитета у больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции проявляется:

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

198. 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

199. Для туберкулезного менингита характерно:

1. наличие продромального периода
2. хаотическая клиническая картина
3. отсутствие лихорадки
4. молниеносное течение
5. доброкачественное течение

200. Основным методом диагностики туберкулеза бронхов является:

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

201. Противопоказанием для вакцинации БЦЖ новорожденного в родильном доме является:

1. туберкулез у матери
2. сахарный диабет у матери
3. сифилис у матери
4. ВИЧ-инфекция у матери
5. масса тела при рождении менее 3000г

202. Мероприятия, относящиеся к социальной профилактике туберкулеза:

1. применение дезинфицирующих средств в очагах туберкулеза
2. повышение материального благосостояния граждан
3. проведение вакцинации БЦЖ
4. проведение химиопрофилактики контактными лицам
5. изоляция бактериовыделителей из очага туберкулеза

203. Жилище больного внелегочным туберкулезом, проживающего в квартире с детьми, является очагом туберкулезной инфекции:

1. 5 группы
2. 4 группы
3. 3 группы
4. 2 группы
5. 1 группы

204. Дети, родившиеся у больных туберкулезом матерей, как правило:

1. больны туберкулезом
2. не инфицированы туберкулезом
3. имеют латентную туберкулезную инфекцию
4. инфицированы туберкулезом
5. обладают противотуберкулезным иммунитетом

205. Клиническая картина и течение ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в основном обусловлены:

1. особенностями гормонального статуса
2. активностью гуморального звена иммунитета
3. наличием или отсутствием гипохромной анемии

4. стадией ВИЧ-инфекции и степенью иммунных нарушений
5. давностью первичного инфицирования МБТ

206. Наиболее распространенной формой туберкулеза у больных алкоголизмом является:

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

207. Наиболее частой формой туберкулеза у больных сахарным диабетом является:

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

208. Повышают риск развития туберкулеза все перечисленные заболевания, кроме:

1. сахарного диабета
2. ВИЧ-инфекции
3. силикоза
4. алкоголизма
5. гипертонической болезни

209. Взаимоотношения между туберкулезом и сахарным диабетом при их сочетании являются:

1. нейтральными
2. антагонистическими
3. синергидными
4. ухудшается течение диабета
5. ухудшается течение туберкулеза

210. В наибольшей степени эмбриотоксичность противотуберкулезных препаратов проявляется:

1. в 1-м триместре беременности
2. во 2-м триместре беременности
3. в 3-м триместре беременности
4. в течение всего периода беременности
5. не выявляется никогда

211. Наиболее высоким риском появления и прогрессирования туберкулеза характеризуется:

1. 1-й триместр беременности и первые месяцы после родов
2. 2-й триместр беременности
3. 3-й триместр беременности
4. весь период беременности
5. 3-й триместр беременности и первые месяцы после родов

212. Для развития туберкулеза у больных силикозом имеет значение:

1. пол
2. возраст
3. локализация силикотических поражений
4. степень поражения бронхиального дерева
5. распространенность силикотического процесса

213. Минимальное число исследований мокроты на МБТ при обследовании на туберкулез:

1. два

2. три
3. четыре
4. пять
5. шесть

214. Плановое флюорографическое обследование на туберкулез 2 раза в год проходят:

1. больные сахарным диабетом
2. сотрудники учреждений социального обслуживания детей и подростков
3. больные, получающие иммуносупрессивную терапию
4. беженцы и мигранты
5. военнослужащие по призыву и работники родильных домов

215. При туберкулезе бронха ведущим клиническим симптомом является:

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

216. Клинический минимум обследования на туберкулез в учреждениях общей лечебной сети не предполагает обязательного выполнения:

1. общего анализа крови
2. общего анализа мочи
3. фибробронхоскопии
4. флюорографии органов грудной клетки
5. исследования мокроты на МБТ

217. Частым последствием туберкулеза бронха является:

1. гематогенная диссеминация
2. стеноз бронха
3. легочное кровотечение
4. облитерация плевральной полости
5. бронхопищеводный свищ

218. Бронхонодулярный свищ у больных туберкулезом образуется в результате:

1. ишемического некроза стенки бронха
2. прорыва казеозных масс их внутригрудного лимфоузла в бронх
3. повышения внутрибронхиального давления
4. лимфостаза
5. дистрофических нарушений в стенке бронха

219. Распад туберкулезного инфильтрата, сформировавшегося в стенке бронха, приводит к появлению:

1. стеноза бронха
2. бронхоспазма
3. язвы
4. ателектаза
5. бронхоэктаза

220. Туберкулез внелегочной локализации чаще поражает:

1. желудок и кожу
2. почки, кости, внутренние половые органы
3. глаза, кишечник
4. мягкие ткани полости рта

5. центральную нервную систему

221. При туберкулезе периферических лимфатических узлов чаще всего поражается:

1. паховая группа
2. подмышечная группа
3. шейная группа
4. надключичная группа
5. подчелюстная группа

222. Наиболее частым осложнением туберкулеза периферических лимфоузлов является:

1. свищ
2. кровотечение
3. аллергическая реакция
4. лимфангит
5. келоидный рубец

223. Основным путем проникновения МБТ в кости и суставы – это:

1. лимфогенный путь из внутригрудных лимфоузлов
2. гематогенный путь
3. контактный путь при переходе инфекции из мягких тканей на костную
4. бронхогенный путь
5. равноценны все пути распространения

224. Наиболее информативным методом диагностики костно – суставного туберкулеза является:

1. туберкулинодиагностика
2. молекулярно – биологическое исследование (ПЦР)
3. бактериологическое исследование
4. лабораторные анализы крови
5. рентгенологическое исследование

225. Основным путем распространения туберкулезной инфекции на мочевую систему является:

1. контактный
2. лимфогенный
3. гематогенный
4. бронхогенный
5. равноценны все пути распространения

226. Наиболее часто при костном туберкулезе поражаются:

1. кости кисти
2. позвонки поясничного отдела
3. тазобедренные суставы
4. кости плечевого пояса
5. кости голени

227. При туберкулезе женских половых органов всегда поражаются:

1. матка и маточные трубы
2. маточные трубы
3. яичники и маточные трубы
4. яичники
5. матка и яичники

228. Санитарная профилактика туберкулеза включает:

1. принятие государственных законов, регламентирующих противотуберкулезные мероприятия
2. пассивную противотуберкулезную иммунизацию

3. противотуберкулезную вакцинацию БЦЖ
4. дезинфекцию в очагах туберкулезной инфекции
5. создание благотворительных фондов поддержки больных туберкулезом

229. Основным диагностическим критерием туберкулеза глаз является:

1. наличие болевого синдрома
2. положительная проба Манту
3. положительная очаговая реакция при пробе Коха
4. помутнение стекловидного тела
5. характерная локализация поражения

230. К своевременно выявленным формам туберкулеза почки относится:

1. гидронефроз
2. облаковидный инфильтрат
3. туберкулезный пионефроз
4. туберкулезный папиллит
5. туберкулез почечной паренхимы

231. Проведение пробы Коха у больных туберкулезом мочевой системы необходимо для определения:

1. активности процесса
2. показаний для хирургического лечения
3. трудоспособности
4. степени нарушения функции почек
5. степени хронической почечной недостаточности

232. Из различных суставов туберкулез чаще поражает:

1. плечевой
2. локтевой
3. мелкие суставы кисти
4. мелкие суставы стопы
5. тазобедренный

233. Основными методами выявления туберкулеза мочевой системы являются

1. рентгенологическое исследование
2. микробиологическое исследование
3. туберкулиновые пробы
4. клиническое исследование
5. ультразвуковое исследование

234. Туберкулез периферических лимфатических узлов приходится дифференцировать со следующими заболеваниями, кроме:

1. лимфогранулематоза
2. неспецифического лимфаденита
3. саркоидоза
4. гистиоцитоза - X
5. лимфолейкоза

235. Наиболее информативным методом диагностики туберкулеза периферических лимфатических узлов является:

1. осмотр и пальпация лимфоузлов
2. пробное лечение антибиотиками
3. биопсия
4. ультразвуковое исследование

5. туберкулиновые пробы

236. Плевриты туберкулезной этиологии в структуре всех плевритов составляют:

1. менее 5%
2. около 10%
3. около 25%
4. около 50%
5. более 95%

237. Туберкулезный плеврит является:

1. осложнением цирротического туберкулёза лёгких
2. промежуточной формой заболевания между очаговым и кавернозным туберкулёзом лёгких
3. отдельной нозологической формой вторичного туберкулёза
4. отдельной нозологической формой первичного туберкулёза
5. компонентом первичного туберкулёзного комплекса

238. Для клинического течения туберкулезного плеврита характерно:

1. бессимптомное течение
2. жалобы на боли в грудной клетке, одышку, повышение температуры
3. жалобы на кашель с обильной гнойной мокротой
4. отёки нижних конечностей, гепатоспленомегалия, акроцианоз
5. резкая одышка, кровохаркание, удушье

239. Перифокальный туберкулезный плеврит возникает:

1. при контактном переходе туберкулёзного воспаления в лёгком на прилежащие отделы плевры
2. в костодиафрагмальном синусе
3. вследствие сенсбилизации плевры антигенами микобактерий
4. в результате лимфогематогенного обсеменения плевры туберкулёзными бугорками
5. при накоплении большого количества выпота в плевральной полости.

240. Относительными критериями туберкулезной этиологии плеврита являются все перечисленные, кроме:

1. молодой возраст, туберкулезный контакт в анамнезе
2. положительная проба Манту
3. кальцинаты в легких или внутригрудных лимфоузлах
4. лимфоцитоз, снижение уровня глюкозы, повышение АДА в плевральной жидкости
5. геморрагический характер экссудата и наличие атипических клеток

241. У больных туберкулезом легких над кавернами больших размеров может выслушиваться:

1. везикулярное дыхание
2. парадоксальное дыхание
3. амфорическое дыхание
4. стридорозное дыхание
5. шум плеска

242. У больных фиброзно кавернозным туберкулезом при осмотре может определяться:

1. баллотирование ключицы на стороне поражения в виде «клавиши»
2. западение над- и подключичных ямок на стороне поражения
3. триада Горнера
4. выбухание над- и подключичных ямок на стороне поражения
5. килевидная деформация грудной клетки

243. Одним из аускультативных признаков, определяющихся при туберкулезном бронхоадените, является:

1. крепитация на высоте вдоха в подлопаточных областях
 2. бронхиальное дыхание с рассеянными сухими хрипами
 3. симптом Штернберга
 4. ослабление дыхания в верхних отделах лёгких
 5. симптом Д'Эспина
244. У больных инфильтративным туберкулезом легких при перкуссии можно определить:
1. притупление перкуторного звука в проекции I, II, VI сегментов поражённого лёгкого
 2. притупление перкуторного звука в проекции VIII, IX, X сегментов поражённого лёгкого
 3. тимпанит в проекции I, II, III сегментов поражённого лёгкого
 4. коробочный оттенок перкуторного звука над верхними лёгочными полями
 5. притупление перкуторного звука в области V—VI грудных позвонков
245. У больных хроническим диссеминированным туберкулезом легких при осмотре можно отметить:
1. выбухание над- и подключичных ямок
 2. отставание левой или правой половины грудной клетки при дыхании
 3. цианоз кожи лица и шеи
 4. баллотирование грудины при дыхательных движениях
 5. деформацию дистальных фаланг и ногтевых пластин пальцев кистей в виде «барабанных палочек» и «часовых стёкол»
246. Первичная лекарственная устойчивость МБТ – это:
1. заражение лекарственно устойчивым штаммом возбудителя;
 2. лекарственная устойчивость у больных первичными формами туберкулеза;
 3. лекарственная устойчивость, вырабатываемая в процессе химиотерапии;
 4. лекарственная устойчивость у больных вторичными формами туберкулеза;
 5. лекарственная устойчивость у больных внелегочными формами туберкулеза;
247. Вторичная лекарственная устойчивость МБТ – это:
1. заражение лекарственно устойчивым штаммом возбудителя;
 2. лекарственная устойчивость у больных первичными формами туберкулеза;
 3. лекарственная устойчивость, вырабатываемая в процессе химиотерапии;
 4. лекарственная устойчивость у больных вторичными формами туберкулеза;
 5. лекарственная устойчивость у больных внелегочными формами туберкулеза;
248. Наиболее неблагоприятным вариантом лекарственной устойчивости МБТ является:
1. полирезистентность;
 2. множественная лекарственная устойчивость;
 3. монорезистентность;
 4. широкая лекарственная устойчивость;
 5. перекрестная лекарственная устойчивость
249. Множественная лекарственная устойчивость МБТ – это:
1. устойчивость более чем к одному препарату;
 2. устойчивость минимум к 4 препаратам;
 3. устойчивость минимум к двум ПТП, за исключением сочетанной устойчивости к изониазиду и рифампицину;
 4. устойчивость минимум одновременно к изониазиду и рифампицину;
 5. устойчивость ко всем препаратам основного ряда.
250. Минимальная продолжительность интенсивной фазы химиотерапии у больных туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью МБТ составляет:

1. 3 месяца;
2. 6 месяцев;
3. 8 месяцев
4. 12 месяцев;
5. 18 месяцев.

251. Химиопрофилактика не показана:

1. лицам, находящимся в контакте с бактериовыделителем;
2. детям с «виражом»;
3. детям с гиперэргическими реакциями на туберкулин;
4. лицам с остаточными изменениями в легких при возникновении повышенного риска рецидива туберкулеза;
5. лицам с положительной реакцией на туберкулин.

252. Минимальный курс химиопрофилактики составляет:

1. 1 месяц;
2. 2 месяца;
3. 3 месяца;
4. 6 месяцев;
5. 8 месяцев.

253. Наиболее часто для химиопрофилактики используется:

1. изониазид;
2. рифампицин;
3. пиразинамид;
4. аминогликозиды;
5. этамбутол.

254. К преимуществам диаскинтеста по сравнению с пробой Манту с 2 ТЕ относится:

1. более высокая чувствительность;
2. более высокая специфичность;
3. более высокая чувствительность и специфичность;
4. лучшая переносимость;
5. преимущества отсутствуют.

255. Диаскинтест не используется для:

1. определения первичного инфицирования;
2. отбора на химиопрофилактику;
3. отбора на вакцинацию и ревакцинацию БЦЖ;
4. диагностики туберкулеза;
5. дифференциальной диагностики туберкулеза.

256. Синдром средней доли отличается от осумкованного междолевого плеврита:

1. негетогенностью затемнения
2. высокой интенсивностью затемнения
3. прямолинейными контурами затемнения
4. повышением прозрачности окружающей легочной ткани
5. уменьшением объема средней доли

257. Заподозрить развитие туберкулеза у больного силикозом позволяют все перечисленные признаки, кроме:

1. появление симптомов интоксикации
2. появление очагов или инфильтрата в S1, S2 левого легкого средне-низкой интенсивности и с нечеткими контурами

3. появление в крови лейкоцитоза со сдвигом влево, ускорения СОЭ, лимфопении, моноцитоза
 4. появление обызвествления внутригрудных лимфатических узлов по типу «яичной скорлупы»
 5. появление полости распада в верхних отделах легкого и МБТ в мокроте
258. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции развиваются:
1. генерализованные, милиарные формы туберкулеза
 2. локальный ограниченный туберкулезный процесс
 3. только туберкулезная интоксикация
 4. изолированный туберкулезный менингит
 5. внелегочные формы туберкулеза без поражения легких
259. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции для туберкулеза не характерно:
1. высокая фебрильная лихорадка
 2. генерализованные формы с полиорганным поражением
 3. симметричная внутригрудная лимфаденопатия
 4. лимфопения в крови
 5. одностороннее увеличение ВГЛУ
260. К радикальным оперативным вмешательствам относятся все, кроме:
1. атипичная резекция легкого
 2. лобэктомия
 3. пневмонэктомия
 4. сегментарная резекция легкого
 5. кавернотомия
261. Широкая лекарственная устойчивость – это устойчивость МБТ к комбинации:
1. изониазида и рифампицина
 2. этамбутола, рифампицина, пипразинамида, ПАСК
 3. изониазида, рифампицина, офлоксацина
 4. изониазида, рифампицина, стрептомицина, офлоксацина
 5. стрептомицина, протионамида
262. Показанием к наложению искусственного пневмоторакса является:
1. фиброзная каверна не более 3 см в диаметре
 2. тонкостенная каверна от 5 до 8 см в диаметре
 3. тонкостенная каверна не более 3 см в диаметре
 4. толстостенная многокамерная каверна
 5. санированная киста
263. Основными осложнениями при наложении искусственного пневмоторакса являются все, кроме:
1. газовая эмболия
 2. травматический пневмоторакс
 3. подкожная или медиастинальная эмфизема
 4. хроническое легочное сердце
 5. эмпиема плевры
264. Основными причинами формирования лекарственной устойчивости МБТ являются все, кроме:
1. несвоевременное хирургическое лечение
 2. несвоевременное назначение патогенетической терапии
 3. тяжелые сопутствующие заболевания
 4. плохая переносимость противотуберкулезных препаратов
 5. нерегулярный прием больным противотуберкулезных препаратов

265. При проведении химиотерапии туберкулеза принято выделять:

1. два основных этапа
2. три основных этапа
3. один основной этап
4. различные этапы в зависимости от возраста больного
5. различные этапы в зависимости от формы туберкулеза

266. Основной метод лечения больных туберкулезом:

1. диетотерапия
2. химиотерапия
3. хирургический
4. коллапсотерапия
5. патогенетическая терапия

267. Принцип комбинированности химиотерапии подразумевает:

1. назначение химиопрепаратов на фоне рационального гигиено- диетического режима
2. назначение химиотерапии в сочетании с патогенетическими средствами
3. назначение химиотерапии в сочетании с наложением искусственного пневмоторакса
4. одновременное назначение нескольких противотуберкулезных препаратов
5. сочетание химиотерапии с хирургическими вмешательствами

268. Достаточная продолжительность и непрерывность химиотерапии уменьшают вероятность:

1. закрытия полостей распада
2. формирования фиброзных изменений в зоне поражения
3. быстрого развития устойчивости МБТ к лекарствам
4. появления нежелательных эффектов химиотерапии
5. Трансформации МБТ в L-формы

269. К основным противотуберкулезным препаратам относятся:

1. протионамид, ПАСК
2. канамицин, амикацин
3. офлоксацин, этионамид
4. циклосерин, капреомицин
5. изониазид, рифампицин

270. К резервным противотуберкулезным препаратам относятся:

1. изониазид
2. этамбутол
3. рифампицин
4. протионамид
5. пиразинамид

271. Преимущественно на внутриклеточно расположенные МБТ действуют:

1. изониазид
2. этамбутол
3. рифампицин
4. пиразинамид
5. стрептомицин

272. Преимущественно на внеклеточно расположенные МБТ действуют:

1. изониазид
2. циклосерин
3. рифампицин

4. пиразинамид
5. стрептомицин

273. Наиболее выраженным гепатотоксическим свойством обладает:

1. ПАСК
2. циклосерин
3. рифампицин
4. этамбутол
5. стрептомицин

274. Для профилактики нейротоксического эффекта препаратов группы ГИНК назначают витамин:

1. В1
2. В12
3. С
4. РР
5. В6

275. Консультация окулиста необходима перед назначением:

1. таваника
2. изониазида
3. этамбутола
4. рифампицина
5. пиразинамида

276. При устойчивости МБТ к стрептомицину его обычно заменяют:

1. изониазидом
2. этамбутолом
3. этионамидом
4. рифампицином
5. капреомицином

277. Торакопластику чаще производят при наличии в легком:

1. туберкуломы
2. свежей каверны
3. фиброзной каверны
4. очага Ашоффа-Пуля
5. очага Абрикосова

278. Принадлежность очага туберкулезной инфекции к определенной эпидемической группе определяют:

1. участковые терапевт и фтизиатр
2. участковые терапевт и педиатр
3. участковые фтизиатр и педиатр
4. врач-эпидемиолог и участковый терапевт
5. участковый фтизиатр и врач-эпидемиолог

279. Жилище больного туберкулезом легких с массивным бактериовыделением, проживающего совместно с детьми, наблюдают как очаг туберкулезной инфекции:

1. 5 группы
2. 4 группы
3. 3 группы
4. 2 группы
5. 1 группы

280. Первое мероприятие в отношении детей, проживающих в очаге туберкулезной инфекции:

1. постановка на учет в противотуберкулезном диспансере
2. назначение специфической химиотерапии
3. направление на санаторно-курортное лечение
4. ревакцинация БЦЖ независимо от результатов пробы Манту с 2ТЕ
5. оздоровление верхних дыхательных путей

281. Первое мероприятие в отношении взрослых, проживающих в очаге туберкулезной инфекции:

1. назначение противотуберкулезной терапии
2. лучевое обследование органов грудной клетки
3. ревакцинация БЦЖ независимо от результатов пробы Манту с 2ТЕ
4. диагностическая бронхоскопия
5. оздоровление верхних дыхательных путей

282. При выявлении больных туберкулезом домашних животных очаг туберкулезной инфекции относят:

1. к 5-й группе
2. к 4-й группе
3. к 3-й группе
4. к 2-й группе
5. к 1-й группе

283. Группа диспансерного наблюдения для взрослых, проживающих совместно с больным инфильтративным туберкулезом в фазе распада, МБТ+:

1. IA
2. ПА
3. III
4. IVA
5. IVB

284. Больных, много лет страдающих фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, наблюдают в противотуберкулезном диспансере в группе:

1. IA или IB
2. ПА или ПБ
3. III
4. IVA или IVB
5. 0A или 0Б

285. Группа диспансерного наблюдения больных с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания:

1. IA
2. ПА
3. III
4. IVA
5. 0A

286. Группа диспансерного учета взрослых с клиническим излечением туберкулеза:

1. IA
2. ПА
3. 0A
4. IVA
5. III

287. Своевременность обследования детей на туберкулез находится под контролем:

- 1. врача детского сада
- 2. участкового педиатра
- 3. участкового фтизиатра
- 4. врача-эпидемиолога
- 5. школьного врача

288. В РФ основной источник финансирования лечебно профилактических мероприятий при туберкулезе:

- 1. фонд добровольного медицинского страхования
- 2. фонд обязательного медицинского страхования
- 3. средства госбюджета
- 4. международные фонды
- 5. благотворительные организации

289. Извещение о больном, у которого впервые в жизни установлен диагноз туберкулеза, оформляется:

- 1. только в учреждениях общей лечебной сети
- 2. только в стационарах
- 3. в медицинских учреждениях независимо от ведомственной принадлежности
- 4. только в поликлиниках
- 5. в органах Госсанэпиднадзора

290. При лимфогранулематозе, в отличие от туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, в биоптате обнаруживают:

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

291. Для туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, в отличие от аденопатий другого генеза, характерно:

- 1. двустороннее симметричное увеличение бронхопульмональных и паратрахеальных лимфоузлов
- 2. двустороннее симметричное увеличение паратрахеальных лимфоузлов, «симптом трубы»
- 3. тотальное двустороннее симметричное выраженное увеличение всех групп лимфоузлов
- 4. преимущественно одностороннее увеличение бронхопульмональных лимфоузлов
- 5. одностороннее затемнение в корне с локальным изменением легочного рисунка по типу «радиарной лучистости»

292. Увеличение 5 – 7 групп периферических лимфоузлов с размерами до 6-8 мм, безболезненных, эластичных, подвижных характерно:

- 1. для туберкулеза внутригрудных лимфоузлов
- 2. для саркоидоза
- 3. для лимфогранулематоза
- 4. для центрального рака
- 5. для лимфосаркомы

293. Выявление у пациента 20 лет при флюорографическом обследовании двустороннего симметричного расширения корней легких при хорошем самочувствии и отрицательной пробе Манту с 2ТЕ позволяет заподозрить:

- 1. туберкулез внутригрудных лимфоузлов
- 2. лимфогранулематоз
- 3. саркоидоз

4. центральный рак
5. лимфосаркому

294. Наличие полости в S3 правого легкого с толстой бугристой стенкой без очагов вокруг, но с увеличенными лимфоузлами в корне характерно:

1. для кавернозного туберкулеза
2. для фиброзно-кавернозного туберкулеза
3. для нагноившейся кисты
4. для абсцесса
5. для полостной формы рака

295. Выявление толстостенной полости в нижней доле правого легкого с горизонтальным уровнем жидкости на фоне выраженной интоксикации и кашля с гнойной мокротой характерно:

1. для кавернозного туберкулеза
2. для фиброзно-кавернозного туберкулеза
3. для нагноившейся кисты
4. для абсцесса
5. для полостной формы рака

296. При проведении дифференциальной диагностики полостных образований в легких туберкулезный генез полости подтверждает обнаружение в мокроте:

1. кистостойчивых микобактерий
2. атипических клеток
3. неспецифической микрофлоры
4. эритроцитов и эластических волокон
5. кристаллов холестерина

297. Метастатическое поражение легких отличается от диссеминированного туберкулеза легких:

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

298. Наличие множественных очаговоподобных теней на фоне усиления и деформации легочного рисунка в нижних отделах легких при увеличении границ сердца влево характерно:

1. для диссеминированного туберкулеза
2. для саркоидоза
3. для «застойного легкого»
4. для силикоза
5. для карциноматоза

299. Двусторонняя очаговая пневмония отличается от диссеминированного туберкулеза легких всеми перечисленными признаками, кроме:

1. острое или подострое начало
2. многочисленные сухие и влажные хрипы в основном в нижних отделах легких
3. наличие множественных очаговых теней преимущественно в средне - нижних отделах легких
4. выявление неспецифической микрофлоры в мокроте
5. положительный клинико – рентгенологический эффект на антибактериальную терапию

300. Для терапии ex juvantibus при подозрении на туберкулез используют:

1. туберкулин или БЦЖ
2. основные противотуберкулезные препараты
3. антибиотики широкого спектра действия

4. изониазид и рифампицин
5. глюкокортикоидные гормоны

301. Преимущественно верхнедолевая локализация очаговой диссеминации в обоих легких – характерный признак:

1. карциноматоза
2. саркоидоза
3. хронического диссеминированного туберкулеза
4. силикоза
5. двусторонней очаговой пневмонии

302. Укажите группу облигатно-патогенных микобактерий:

- 1) *M. avium*, *M. kansasii*, *M. intracellulare*
- 2) *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. lepre*
- 3) *M. gadium*, *M. aurum*, *M. triviale*
- 4) *M. bovis*, *M. africanum*, *M. kansasii*
- 5) *M. avium*, *M. intracellulare*, *M. kansasii*.

303. В каком случае исследуют на микобактерии туберкулёза промывные воды желудка:

- 1) при отсутствии мокроты
- 2) при кровохарканьи
- 3) у маленьких детей, которые заглатывают мокроту
- 4) при сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваниях
- 5) у больных с сочетанием туберкулёза и ВИЧ-инфекции.

304. Укажите абсолютно патогномичный признак наличия туберкулёза:

- 1) обнаружение повышенного количества противотуберкулёзных антител методом иммуноферментного анализа в диагностическом материале
- 2) обнаружение микобактерий туберкулёза в мокроте методом посева
- 3) папула 22 мм в диаметре при пробе Манту
- 4) снижение показателя реакции бласттрансформации лимфоцитов с ППД до 0, 9%
- 5) обнаружение 10 КУМ (кислотоустойчивых микобактерий) в одном поле зрения.

305. Укажите вариант широкой лекарственной устойчивости МБТ:

- 1) устойчивость к изониазиду, приазинамиду и рифампицину
- 2) устойчивость к стрептомицину, изониазиду и этамбутолу
- 3) устойчивость к изониазиду, рифампицину, фторхинолону и канамицину/амикацину/капреомицину
- 4) устойчивость к изониазиду и всем фторхинолонам
- 5) устойчивость к изониазиду, рифампицину, стрептомицину и бедаквилину.

306. Укажите на чём основывается LAM- test:

- 1) на обнаружении эластических волокон в мокроте
- 2) на выявлении ДНК микобактерии туберкулёза
- 3) на выявлении лекарственной устойчивости МБТ к рифампицину
- 4) на выявлении специфических белков клеточной стенки МБТ
- 5) на обнаружении антифосфатидных антител к МБТ.

307. Укажите метод определения лекарственной чувствительности МБТ, при использовании которого получают результат в течение 90 минут:

- 1) ТБ-биочип
- 2) ДНК-стрип Hain-Life
- 3) ВАСТЕС
- 4) Gene-Xpert МБТ/RIF
- 5) посев на твёрдые питательные среды.

001-2	101-2	201-4	301-3
002-4	102-4	202-2	302-2
003-1	103-5	203-3	303-3
004-2	104-3	204-2	304-2
005-3	105-1	205-4	305-3
006-4	106-4	206-3	306-4
007-3	107-4	207-3	307-4
008-3	108-3	208-5	
009-4	109-5	209-3	
010-2	110-2	210-1	
011-3	111-5	211-1	
012-2	112-1	212-5	
013-1	113-5	213-2	
014-4	114-4	214-5	
015-3	115-5	215-4	
016-4	116-3	216-3	
017-3	117-4	217-2	
018-1	118-1	218-2	
019-3	119-5	219-3	
020-2	120-3	220-2	
021-4	121-1	221-3	
022-1	122-2	222-1	
023-2	123-3	223-2	
024-1	124-4	224-5	
025-2	125-4	225-3	
026-2	126-4	226-2	
027-1	127-5	227-2	
028-1	128-5	228-4	
029-1	129-5	229-3	
030-1	130-3	230-5	
031-5	131-1	231-1	
032-1	132-3	232-5	
033-2	133-3	233-2	
034-4	134-5	234-4	
035-2	135-5	235-3	
036-3	136-3	236-4	
037-3	137-3	237-3	
038-3	138-3	238-2	
039-1	139-1	239-1	
040-5	140-5	240-5	
041-2	141-4	241-3	
042-2	142-5	242-2	
043-5	143-2	243-5	
044-1	144-3	244-1	
045-4	145-4	245-5	
046-1	146-3	246-1	
047-1	147-1	247-3	
048-4	148-5	248-4	
049-1	149-4	249-4	
050-1	150-3	250-3	
051-2	151-5	251-5	
052-3	152-2	252-2	

053 - 2	153 - 2	253 - 1	
054 - 3	154 - 1	254 - 2	
055 - 3	155 - 2	255 - 3	
056 - 4	156 - 3	256 - 5	
057 - 1	157 - 4	257 - 4	
058 - 4	158 - 2	258 - 1	
059 - 2	159 - 3	259 - 5	
060 - 1	160 - 5	260 - 5	
061 - 5	161 - 1	261 - 4	
062 - 2	162 - 3	262 - 3	
063 - 4	163 - 4	263 - 4	
064 - 2	164 - 2	264 - 2	
065 - 2	165 - 3	265 - 1	
066 - 4	166 - 3	266 - 2	
067 - 1	167 - 2	267 - 4	
068 - 5	168 - 4	268 - 3	
069 - 3	169 - 1	269 - 5	
070 - 5	170 - 5	270 - 4	
071 - 5	171 - 2	271 - 4	
072 - 2	172 - 3	272 - 5	
073 - 1	173 - 1	273 - 3	
074 - 4	174 - 2	274 - 5	
075 - 4	175 - 4	275 - 3	
076 - 4	176 - 5	276 - 5	
077 - 3	177 - 2	277 - 3	
078 - 4	178 - 3	278 - 5	
079 - 3	179 - 2	279 - 5	
080 - 5	180 - 4	280 - 1	
081 - 5	181 - 2	281 - 2	
082 - 5	182 - 2	282 - 1	
083 - 3	183 - 3	283 - 4	
084 - 3	184 - 5	284 - 2	
085 - 1	185 - 2	285 - 1	
086 - 2	186 - 4	286 - 5	
087 - 4	187 - 2	287 - 4	
088 - 5	188 - 4	288 - 3	
089 - 5	189 - 3	289 - 3	
090 - 3	190 - 4	290 - 4	
091 - 1	191 - 5	291 - 4	
092 - 3	192 - 2	292 - 1	
093 - 4	193 - 3	293 - 3	
094 - 5	194 - 2	294 - 5	
095 - 5	195 - 4	295 - 4	
096 - 3	196 - 3	296 - 1	
097 - 1	197 - 3	297 - 2	
098 - 5	198 - 5	298 - 3	
099 - 2	199 - 1	299 - 1	
100 - 4	200 - 3	300 - 3	

НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ

1. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
3. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»;
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки"».
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;
8. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 04.05.2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».
9. Приказ Минздрава Российской Федерации от 29 декабря 2014г. № 951 « Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулёза органов дыхания».
10. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22 октября 2013г. № 60 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулёза»».
11. Приказ Минздрава России от 15 ноября 2012г. № 952н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным туберкулёзом» (зарегистрировано в Минюсте России 07.03.2013 № 27557).
12. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулёза у ВИЧ - инфицированных. Москва, 2014г. «Российское общество фтизиатров».
13. Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 21 марта 2003г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулёзных мероприятий в Российской Федерации» (ред.от 29.10.2009г.).
14. Приказ Минздрава Российской Федерации от 21.03.2014г. № 125н « Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидпоказаниям» (зарегистрировано в Минюсте России 25.04.2014г. № 32115).

ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечника
 Минздрава России
 Отдел образовательных стандартов
 и программ
 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41
 тел. 275-19-47 *Рашидов*

