

«Волгоградский государственный медицинский университет»

кафедра фтизиопульмонологии

«УТВЕРЖДАЮ»

Зав.кафедрой, доцент, к.м.н.

Барканова О.Н.

«28» августа 2024

Протокол № 1



ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
для текущего контроля успеваемости студентов 5, 6
курсов лечебного факультета

Наименование дисциплины: **«фтизиатрия»**

Разработчики:

Зав. кафедрой, к.м.н. Барканова О.Н.

Доцент, к.м.н. Гагарина С.Г.

Доцент, к.м.н. Калуженина А.А.

Выберите один правильный ответ.

1. Развитию туберкулеза более всего способствуют
 - 1) гиподинамия, употребление богатой холестерином пищи, курение
 - 2) переохлаждение, аллергические заболевания, наследственность
 - 3) плохие бытовые условия, вынужденная миграция, плохое питание
 - 4) злоупотребление солью, гиподинамия, профессиональные вредности

2. Первичным туберкулезом болеют
 - 1) люди любого возраста
 - 2) преимущественно дети и подростки
 - 3) преимущественно женщины зрелого возраста
 - 4) преимущественно мужчины зрелого возраста

3. Проба Манту проводится с целью
 - 1) выработки активного иммунитета
 - 2) выработки пассивного иммунитета
 - 3) выявления уровня иммунитета и инфицированности
 - 4) специфической иммунотерапии

4. Туберкулин при пробе Манту вводят
 - 1) подкожно
 - 2) внутрикожно
 - 3) накожно
 - 4) внутримышечно

5. Наиболее часто встречается туберкулез органов дыхания
 - 1) очаговый
 - 2) кавернозный
 - 3) инфильтративный
 - 4) диссеминированный

6. Вторичный туберкулез развивается
 - 1) у детей, родители которых больны туберкулезом
 - 2) после перенесенного когда-то туберкулеза в любой форме
 - 3) у взрослых до 30 лет с отрицательной реакцией Манту
 - 4) у подростков из очагов туберкулеза

7. Флюорографическое обследование имеет значение
 - 1) для специфической профилактики туберкулеза
 - 2) для раннего выявления туберкулеза
 - 3) для отбора на ревакцинацию
 - 4) для дифференциальной диагностики туберкулеза легких

8. Симптомы вторичного туберкулеза легких
 - 1) слабость, кашель, лихорадка, похудание
 - 2) битональный кашель, наследственная предрасположенность
 - 3) частые простудные заболевания, аллергические реакции в анамнезе
 - 4) отсутствие рентгенологических изменений, общая слабость

9. Достоверный признак легочного кровотечения
 - 1) приступообразный кашель, кровохарканье, бледность кожи

- 2) выделение пенистой алой крови с кашлевыми толчками
- 3) рвота с примесью крови или типа кофейной гущи, тахикардия
- 4) бледность кожных покровов, снижение артериального давления

10. Сроки вакцинации БЦЖ при отсутствии противопоказаний

- 1) на 3-7 день после рождения
- 2) в возрасте 1 года
- 3) в возрасте 3 лет
- 4) в возрасте 7 лет

11. Необходимое обследование перед ревакцинацией БЦЖ

- 1) общий анализ крови, мочи
- 2) анализ мокроты
- 3) флюорография
- 4) проба Манту

12. Тип микобактерий, чаще других вызывающих заболевание у человека

- 1) бычий
- 2) мышинный
- 3) птичий
- 4) человеческий

13. Главным источником туберкулезной инфекции является

- 1) больной туберкулезом крупный рогатый скот
- 2) пациент, инфицированный туберкулезом
- 3) пациент с активной формой туберкулеза
- 4) ребенок с хронической туберкулезной интоксикацией

14. Факторы передачи при пищевом пути распространения туберкулеза

- 1) плевательницы
- 2) нательное белье
- 3) молоко, сыр
- 4) овощи, фрукты

15. Характерная жалоба для различных форм туберкулеза

- 1) снижение массы тела
- 2) головная боль
- 3) цианоз кожных покровов
- 4) экспираторная одышка

16. Методы ранней диагностики туберкулеза

- 1) томография, бронхография
- 2) туберкулинодиагностика, флюорография
- 3) бронхоскопия, бронхография
- 4) спирография, пневмотахометрия

17. Специфическое средство профилактики туберкулеза

- 1) ломефлоксацин
- 2) туберкулин
- 3) бициллин-5
- 4) вакцина БЦЖ

18. Средства для лечения туберкулеза

- 1) рифампицин, изониазид, этамбутол
- 2) стрептомицин, строфантин, фуросемид
- 3) изониазид, эритромицин, адреналин
- 4) ПАСК, сальбутамол, тубазид

19. Проба Манту оценивается через

- 1) 12 часов
- 2) 24 часа
- 3) 36 часов
- 4) 72 часа

20. Анатомическая область введения вакцины БЦЖ

- 1) наружная поверхность плеча
- 2) внутренняя поверхность предплечья
- 3) внутренняя поверхность плеча
- 4) наружная поверхность предплечья

21. Для дезинфекции мокроты больного туберкулезом легких применяют

- 1) кальцинированную соду
- 2) перманганат калия
- 3) хлорную известь
- 4) перекись водорода

22. Анатомическая область постановки пробы Манту

- 1) верхняя треть плеча
- 2) верхняя треть предплечья
- 3) средняя треть плеча
- 4) средняя треть предплечья

23. Вакцина БЦЖ вводится

- 1) внутривенно
- 2) внутрикожно
- 3) внутримышечно
- 4) подкожно

24. Вакцинацией БЦЖ формируется иммунитет

- 1) неспецифический
- 2) естественный
- 3) активный специфический
- 4) пассивный специфический

25. К группе риска возникновения туберкулеза относятся

- 1) школьники старших классов
- 2) учащиеся ПТУ
- 3) заключенные
- 4) долгожители

26. Наиболее часто встречающаяся локализация внелегочного туберкулеза

- 1) мочевыделительная система
- 2) пищеварительная система
- 3) периферические лимфатические узлы

4) кожа и слизистые оболочки

27. Доза туберкулина при постановке пробы Манту при массовом обследовании

- 1) 1 ТЕ
- 2) 2 ТЕ
- 3) 3 ТЕ
- 4) 5 ТЕ

28. Интервал между вакцинацией БЦЖ и любой другой профилактической прививкой составляет не менее

- 1) двух недель
- 2) одного месяца
- 3) полутора месяцев
- 4) двух месяцев

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

- 1) крупный рогатый скот
- 2) кошки и собаки
- 3) птицы и крупный рогатый скот

30. Заражение человека туберкулезом чаще происходит

- 1) аэрогенным и трансплацентарным путем
- 2) алиментарным и аэрогенным путем
- 3) контактным и аэрогенным путем

31. Возбудитель туберкулеза относится к виду

- 1) бактерий
- 2) грибов
- 3) простейших
- 4) вирусов

32. Наибольшую роль в эпидемиологии и клинике туберкулеза человека играют

- 1) микобактерии птичьего типа
- 2) микобактерии человеческого типа
- 3) атипичные микобактерии
- 4) микобактерии бычьего типа

33. Наиболее эффективен и достоверен в выявлении микобактерий метод исследования

- 1) люминесцентная микроскопия
- 2) культуральный посев
- 3) бактериоскопия
- 4) биохимическое исследование
- 5) все перечисленное

34. Палочка Коха может трансформироваться

- 1) в риккетсии
- 2) в вирусы
- 3) в L-формы и фильтрующиеся вирусоподобные формы
- 4) в кокки

35. Атипичные микобактерии могут вызывать у человека

- 1) пневмонию
- 2) лепру
- 3) туберкулез
- 4) бронхиты
- 5) микобактериозы

36. Следующая патология эндокринной системы отрицательно влияет на течение туберкулезного процесса

- 1) тиреотоксикоз
- 2) микседема
- 3) кортико-адреналовая недостаточность
- 4) сахарный диабет
- 5) акромегалия

37. В клинической практике чаще всего наблюдается

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

38. Вне зависимости от путей проникновения туберкулезной инфекции в организм чаще поражаются туберкулезом

- 1) органы дыхания
- 2) желудочно-кишечный тракт
- 3) мочевыделительные органы
- 4) кроветворение
- 5) опорно-двигательный аппарат

39. При защите организма человека от туберкулезной инфекции преобладают

- 1) гуморальный фактор иммунитета
- 2) клеточный фактор иммунитета
- 3) клеточно-гуморальный фактор иммунитета

40. При аэрогенном пути заражения следующие проявления заболевания рассматриваются как "классические" (по А.И.Струкову)

- 1) очаг Гона
- 2) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
- 3) первичный туберкулезный комплекс

41. В состав первичного комплекса входят

- 1) легочный очаг и туберкулез регионарных лимфатических узлов
- 2) легочный очаг, специфический лимфангит и туберкулез регионарных лимфатических узлов
- 3) специфический эндобронхит, легочный очаг и туберкулез регионарных лимфатических узлов

42. Понятие "экзогенная суперинфекция" включает

- 1) проникновение извне инфекции в ранее не инфицированный организм
- 2) проникновение извне инфекции в уже инфицированный организм
- 3) повторное проникновение извне инфекции в ранее не инфицированный организм

43. "Экзогенная реинфекция" - это

- 1) заболевание вследствие инфицирования извне ранее не инфицированного организма
- 2) заболевание у ранее инфицированного, но биологически излечившегося от туберкулеза, вследствие нового заражения
- 3) и то, и другое
- 4) ни то, и ни другое

44. Отличие течения инфекционного процесса в первичном периоде от его течения во вторичном периоде состоят

- 1) в более высокой общей сенсбилизации органов и тканей к туберкулезной инфекции
- 2) в большей наклонности к генерализации инфекционного процесса
- 3) в более частом возникновении параспецифических реакций в тканях разных органов
- 4) во всем перечисленном
- 5) ни в одном из перечисленных

45. Лица с остаточными изменениями ранее перенесенного туберкулеза

- 1) заболевают туберкулезом реже населения, не имеющего на рентгенограмме остаточных туберкулезных изменений
- 2) одинаково часто заболевают, как и население, не имеющее остаточных туберкулезных изменений
- 3) в несколько раз чаще заболевают туберкулезом по сравнению с лицами, не имеющими на рентгенограмме остаточных туберкулезных изменений

46. "Первичный туберкулез" - это

- 1) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
- 2) первичный туберкулезный комплекс
- 3) заболевание, возникшее вскоре после инфицирования

47. Вторичные формы туберкулеза - это

- 1) туберкулез у лиц среднего и пожилого возраста
- 2) легочная локализация туберкулеза
- 3) заболевание, возникшее через некоторое время после инфицирования, чаще вследствие эндогенной реактивации незаживших очагов первичного инфицирования и характеризующееся преимущественно органным поражением

48. Современная отечественная классификация туберкулеза построена

- 1) на клиническом принципе
- 2) на патогенетическом принципе
- 3) на морфологическом принципе
- 4) на клинико-рентгенологическом принципе
- 5) на клинико-иммунологическом принципе

49. Основным типом аллергической реакции при туберкулезе является

- 1) немедленный ответ
- 2) поздний ответ
- 3) замедленный ответ

50. Казеозный некроз

- 1) специфичен для туберкулеза, он не встречается при других заболеваниях
- 2) как правило, наблюдается при туберкулезе, редко встречается при другой патологии
- 3) не является специфичной тканевой реакцией для туберкулеза, он встречается при раке, саркоидозе и некоторых других болезнях

51. Эпителиоидно- и гигантоклеточная гранулема с клетками Лангганса наблюдается
- 1) только при туберкулезе
 - 2) при туберкулезе и саркоидозе
 - 3) при туберкулезе, саркоидозе, раке, бериллеозе и некоторых других заболеваниях
52. Туберкулезный бугорок представляет собой
- 1) гранулему, состоящую из скопления лимфоидных, эпителиоидных клеток с включением гигантских клеток Лангганса, в центре которой имеется участок казеозного некроза
 - 2) инфильтрат, состоящий из скопления нейтрофилов, лимфоидных, эпителиоидных клеток с некрозом в центре и включением гигантских клеток Лангганса
53. 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 бронхолегочным заболеваниям
54. Туберкулезу органов дыхания более свойственно
- 1) острое начало заболевания
 - 2) подострое начало заболевания
 - 3) бессимптомное начало заболевания
55. 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
56. Клинически малосимптомно и без изменений, выявляемых с помощью физических методов исследования, протекает
- 1) очаговый туберкулез легких
 - 2) инфильтративный туберкулез легких
 - 3) диссеминированный туберкулез
 - 4) фиброзно-кавернозный туберкулез
 - 5) цирротический туберкулез
57. Клинической симптоматикой, как правило, сопровождается
- 1) очаговый туберкулез легких
 - 2) туберкулема легких
 - 3) инфильтративный туберкулез легких
58. Обычно протекает инappersцептно и выявляется только при массовой флюорографии населения
- 1) туберкулема легких
 - 2) инфильтративная форма туберкулеза легких
 - 3) цирротическая форма туберкулеза легких
59. Основной целью массовой туберкулинодиагностики являются
- 1) выявление детей больных туберкулезом

- 2) выделение групп повышенного риска для их дообследования в противотуберкулезном диспансере
- 3) отбор контингентов для вакцинации и ревакцинации БЦЖ
- 4) отбор контингента для стационарного лечения
- 5) определение показателя инфицированности и ежегодного риска инфицирования

60. Туберкулины - это

- 1) препараты, способные вызывать специфическую аллергическую реакцию кожи у инфицированных или вакцинированных
- 2) препараты, позволяющие выявить только инфицирование
- 3) специфичные аллергены

61. Очаговая реакция после подкожного введения туберкулина связана

- 1) с токсико-аллергической перифокальной реакцией вокруг очага специфического воспаления, обладающего скрытой активностью
- 2) с реактивацией специфического процесса и возникновением инфильтративной вспышки
- 3) с указанными выше механизмами

62. Введение 2 ТЕ ППД-Л может вызвать у ребенка

- 1) приступ бронхиальной астмы и приступ эпилепсии
- 2) аллергическую реакцию немедленного типа
- 3) обострение туберкулезного процесса
- 4) ни одно из перечисленных выше осложнений
- 5) все перечисленные выше осложнения

63. Рентгенологическое исследование при заболеваниях органов дыхания следует начинать

- 1) с флюорографии в прямой и боковой проекциях
- 2) с рентгеноскопии в различных проекциях
- 3) с обзорной рентгенографии в прямой и боковой проекциях
- 4) с томографии легких в прямой и боковой проекциях
- 5) с томографии средостения в прямой и боковой проекциях

64. В протоколе рентгенологического исследования необходимо отобразить

- 1) скиалогическую характеристику патологического процесса
- 2) морфологическую характеристику патологического процесса
- 3) предположение о морфологии процесса, полученное на основании скиалогической характеристики патологических изменений в легких и органах средостения

65. 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

66. Лечебная бронхоскопия у больных туберкулезом показана

- 1) при инфильтративном туберкулезе бронха без выраженного стеноза его просвета
- 2) при язвенном туберкулезе стенки долевого бронха с разрастанием грануляций, стенозирующих его просвет
- 3) при локальном катаральном эндобронхите

4) при разлитом гипертрофическом эндобронхите

67. Трансторакальная биопсия легкого иглой показана

- 1) при перибронхиальной локализации поражения
- 2) при прикорневой локализации процесса
- 3) при субплевральной локализации поражения

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

- 1) динамическое наблюдение
- 2) пробное лечение, выбор препарата определяется наиболее вероятным видом патологии
- 3) открытую биопсию легкого

69. Больного с шаровидным образованием в легком, природу которого уточнить в ходе обследования не удалось, решили назначить на операцию - это

- 1) резекция легкого
- 2) открытая биопсия легкого
- 3) диагностическая торакотомия

70. Больного с бессимптомно протекающим диссеминированным поражением в легком с помощью клинико-рентгенологического и лабораторных методов исследования уточнить природу изменений не удалось. Трансторакальные биопсии легкого иглой и биопсия во время фибробронхоскопии - оказались безрезультатными. Больного назначили на операцию

- 1) краевую резекцию легкого
- 2) диагностическую торакотомию
- 3) открытую биопсию легкого

71. Основным методом выявления раннего периода первичной туберкулезной инфекции является:

- 1) обследование по контакту
- 2) туберкулинодиагностика
- 3) выявление по обращаемости
- 4) бактериологические исследования

72. К критериям туберкулезной интоксикации как формы туберкулеза детей относится:

- 1) синдром функциональных нарушений
- 2) локальные формы первичного туберкулеза
- 3) легочные изменения

73. Для бронхолегочных поражений при туберкулезе характерны физикальные изменения при:

- 1) перкуссии - локальное укорочение легочного звука, при аускультации - ослабление дыхания в зоне поражения
- 2) перкуссии - коробочный звук, при аускультации - мелкопузырчатые влажные хрипы, жесткое дыхание
- 3) перкуссии - коробочный звук, при аускультации - свистящие хрипы, жесткое дыхание
- 4) перкуссии - укорочение легочного звука, при аускультации - ослабленное дыхание или бронхиальное, мелкопузырчатые влажные хрипы

74. 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

75. 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

76. Участок поражения легкого туберкулезом определяется с помощью перкуссии при его субплевральном расположении и размере

- 1) от 2-3 см
- 2) от 4-5 см
- 3) от 7-8 см

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

- 1) в субплевральном отделе
- 2) в промежуточном отделе легкого
- 3) в глубине легкого

78. Реакция на введение туберкулина может быть

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

79. Понятие "парааллергии" включает

- 1) несущественное повышение общей чувствительности к туберкулину
- 2) комплекс неспецифических факторов, изменяющих чувствительность к туберкулину
- 3) извращение чувствительности к туберкулину в результате заболевания
- 4) аллергию к туберкулину

80. Медиастиноскопия по Карленсу показана при поражении

- 1) всех групп внутригрудных лимфатических узлов
- 2) перикардиальных
- 3) паратрахеальных, трахеобронхиальных, бифуркационных и частично бронхопульмональных

81. Оптимальный температурный режим для активного размножения микобактерий туберкулеза

- 1) 20 - 25 ° C
- 2) 37 – 38 ° C
- 3) 42 – 45 ° C
- 4) 50 – 55 ° C

82. Вид лучистой энергии, к которой высоко чувствительны микобактерии туберкулеза при воздействии в течение часа
- 1) инфракрасное солнечное излучение
 - 2) ультрафиолетовое солнечное излучение
 - 3) постоянное и переменное магнитное поле
 - 4) радиоактивное излучение
83. Оптимальный срок роста культуры микобактерий туберкулеза на плотной питательной среде Левенштейна-Йенсена
- 1) 2 - 3 дня
 - 2) 2 недели
 - 3) 1 месяц
 - 4) 3 месяца
84. Виды лекарственной устойчивости МБТ
- 1) медленная, быстрая
 - 2) первичная, вторичная
 - 3) латентная, текущая
 - 4) неактивная, активная
85. Микобактерия туберкулеза открыта
- 1) Пастером
 - 2) Вирховым
 - 3) Вильменом
 - 4) Кохом
86. Туберкулин впервые получен
- 1) Лаэннеком
 - 2) Кохом
 - 3) Кальметтом
 - 4) Мечниковым
87. Способ окраски мазка для выявления микобактерий туберкулеза
- 1) по Граму
 - 2) по Циль-Нильсену
 - 3) гематоксилин-эозином
 - 4) Гимза-Романовскому
88. Какая питательная среда наиболее часто используется для выявления МБТ в патологическом материале при бактериологическом методе исследования
- 1) Левенштейна-Йенсена
 - 2) Гельберга
 - 3) Леффлера
 - 4) Китта-Тароцци
89. Основной путь элиминации МБТ при клеточном иммунитете
- 1) реакция антигена с антителом
 - 2) фагоцитоз
 - 3) разрушение МБТ медиаторами-интерлейкинами
 - 4) воздействие на МБТ факторов бактерицидной активности крови

90. Патоморфологическая реакция, характерная для прогрессирования туберкулезного процесса
- 1) дистрофическая
 - 2) казеозный некроз
 - 3) атрофия тканей
 - 4) продуктивное воспаление
91. Туберкулезный процесс по морфологической сущности является
- 1) дистрофическим
 - 2) атрофическим
 - 3) воспалительным
 - 4) опухолевым
92. Рентгенологическая характеристика явно активного туберкулезного процесса с прогрессирующим течением
- 1) фокус затенения слабой интенсивности с кольцевидным просветлением внутри и немногочисленными очагами вокруг
 - 2) группа очаговых теней в С1 и С2 справа слабой интенсивности гомогенной структуры
 - 3) средней интенсивности фокус затенения с участками уплотнения
 - 4) высокой интенсивности фокус затенения крупных размеров с участками обызвествления
93. Какая форма туберкулеза легких занимает промежуточное положение между свежими и далеко зашедшими хроническими формами
- 1) кавернозная
 - 2) диссеминированная
 - 3) инфильтративная
 - 4) фиброзно-кавернозная
94. Рентгенологический метод, позволяющий наиболее точно определять наличие полости распада в легких
- 1) рентгенография
 - 2) рентгеноскопия
 - 3) томография
 - 4) флюорография
95. Для экссудативного плеврита характерно
- 1) бронхиальное дыхание
 - 2) шум трения плевры
 - 3) ослабленное дыхание
 - 4) жесткое дыхание
96. Картина спинномозговой жидкости более характерная для туберкулезного менингита
- 1) повышение содержания белка, хлоридов, сахара
 - 2) высокий цитоз (свыше 1000 клеток), нейтрофильного характера, умеренное увеличение содержания белка, жидкость мутная
 - 3) небольшое повышение содержания белка, умеренный лимфоцитарный цитоз, сахар и хлориды в норме
 - 4) высокое содержание белка, умеренный цитоз (200 – 400 клеток и более), преимущественно лимфоцитарный, снижение сахара и хлоридов
97. Что представляет собой туберкулин

- 1) взвесь убитых микобактерий туберкулеза
- 2) взвесь убитых микобактерий вакцины БЦЖ
- 3) специально выделенный микобактериальный антиген
- 4) продукты жизнедеятельности после фильтрации культуры микобактерий

98. Какова дозировка туберкулина при массовой постановке пробы Манту у детей и подростков

- 1) 1 ТЕ
- 2) 2 ТЕ
- 3) 5 ТЕ
- 4) 10 ТЕ

99. С какого размера папулы пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л принято считать положительной

- 1) с 2 мм
- 2) с 5 мм
- 3) с 12 мм
- 4) с 17 мм

100. С какого размера папулы пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л принято считать гиперергической у детей и подростков

- 1) с 12 мм
- 2) с 17 мм
- 3) с 21 мм
- 4) с 25 мм

101. С какого размера папулы пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л принято считать гиперергической у взрослых

- 1) с 25 мм
- 2) с 12 мм
- 3) с 17 мм
- 4) с 21 мм

102. В каком случае имеет место "вираж" туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л

- 1) папула 6 мм (год назад - 10 мм после вакцинации)
- 2) папула 10 мм (год назад проведена ревакцинация БЦЖ после отрицательной пробы)
- 3) папула 12 мм (год назад - проба отрицательная, вакцинация БЦЖ в роддоме 5 лет назад)
- 4) папула 2 мм (вакцинация БЦЖ в прошлом году)

103. В какой срок после постановки пробы Манту производится оценка результатов

- 1) через 12 часов
- 2) через 24 часа
- 3) через 48 часов
- 4) через 72 часа

104. При каких показателях пробы Манту дети и подростки подлежат ревакцинации БЦЖ в 6 - 7 лет и 14 - 15 лет

- 1) 17 мм и выше
- 2) 12 мм и выше
- 3) 5 мм и выше
- 4) 0 мм

105. Регулярность проведения массовой туберкулинодиагностики у детей и подростков

- 1) 1 раз в 6 месяцев
- 2) ежегодно
- 3) 1 раз в 2 года
- 4) 1 раз в 5 лет

106. С какого возраста проводится массовая туберкулинодиагностика вакцинированным БЦЖ в родильном доме детям

- 1) с 6 месяцев
- 2) с 1 года
- 3) с 2 лет
- 4) с 5 лет

107. Метод введения туберкулина с 50 ТЕ при диагностической пробе Коха

- 1) накожный
- 2) внутрикожный
- 3) подкожный
- 4) внутримышечный

108. Цель постановки пробы Коха

- 1) определение инфицированности населения
- 2) выявление / "виража"/
- 3) выявление гиперергических реакций
- 4) диагностика и дифференциальная диагностика

109. Заболеваемость туберкулезом – это

- 1) число впервые выявленных больных и больных с обострениями и рецидивами за год на 100 тыс. населения
- 2) число больных активным туберкулезом, определяемое на конец года на 100 тыс. населения
- 3) число больных с впервые в жизни выявленным активным туберкулезом на 100 тыс. населения
- 4) число всех лиц, состоящих на учете в противотуберкулезном диспансере на конец года

110. Смертность от туберкулеза – это

- 1) число всех умерших от туберкулеза за год на 100 тыс. населения
- 2) число больных туберкулезом, умерших от всех причин на 100 тыс. населения
- 3) число умерших от туберкулеза по отношению к числу больных, состоящих на учете в тубдиспансере
- 4) число умерших, состоявших на учете в тубдиспансере, по отношению ко всему контингенту тубдиспансера

111. Так называемый "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 инфильтрата в легком, воспалительной дорожки и регионарным лимфаденитом

112. Для неосложненного первичного комплекса наиболее характерен

- 1) сухой кашель
- 2) влажный кашель

- 3) боли в груди
- 4) синдром интоксикации

113. Первичный туберкулезный комплекс 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

114. 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

115. 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

116. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов - это

- 1) туберкулез органов дыхания с обязательным поражением внутригрудных лимфатических узлов
- 2) туберкулез первичного периода с поражением внутригрудных лимфатических узлов
- 3) туберкулез с локализацией во внутригрудных лимфатических узлах
- 4) заболевание туберкулезом первичного или вторичного периода инфекционного процесса, основной локализацией которого является поражение внутригрудных лимфатических узлов

117. Инфильтративную форму туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов отличает от туморозной следующий рентгенологический признак

- 1) тень корня расположена обычно
- 2) тень корня расширена
- 3) структура тени корня смазана
- 4) тень корня деформирована
- 5) наружный контур тени нечеткий

118. Впервые выявленные кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах указывают на то, что

- 1) туберкулезный процесс потерял активность
- 2) туберкулезный процесс находится в фазе кальцинации
- 3) туберкулез перешел в хроническую стадию
- 4) необходимо провести уточнение активности туберкулезных изменений

119. Диссеминированный туберкулез легких - это

- 1) гематогенный туберкулез с преимущественным поражением легких
- 2) распространенное двустороннее поражение легких

3) распространенное, чаще двустороннее, тотальное или ограниченное поражение легких с преобладанием очаговых или интерстициальных изменений в легких гематогенного, лимфогенного или бронхогенного происхождения

120. Наиболее частыми локализациями патологического процесса при остром милиарном туберкулезе являются

- 1) легкие и печень
- 2) легкие и селезенка
- 3) печень и селезенка
- 4) селезенка и почки
- 5) почки и оболочки головного мозга

121. Размер очагов в легких при остром милиарном туберкулезе

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

122. Распределение очагов в легких при остром милиарном туберкулезе

- 1) равномерное
- 2) неравномерное
- 3) групповое
- 4) все перечисленные

123. Внеторакальные локализации процесса при остром милиарном туберкулезе

- 1) не наблюдаются
- 2) встречаются редко
- 3) встречаются часто

124. 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

125. При хроническом гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких может наблюдаться

- 1) обильное бактериовыделение
- 2) скудное бактериовыделение
- 3) отсутствие микобактерий
- 4) все перечисленное

126. Распределение очагов в легких при хроническом гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких

- 1) равномерное
- 2) неравномерное
- 3) групповое
- 4) любое из перечисленных

127. Очаговый туберкулез легких - это

- 1) туберкулезный процесс ограниченной протяженности

- 2) туберкулезный процесс, характеризующийся стертой клинической картиной при выявлении и торпидном течении
- 3) туберкулезный процесс, характеризующийся наличием очаговых изменений в легких
- 4) туберкулезный процесс, характеризующийся стертой клинической картиной, торпидным течением, скудным бактериовыделением, а также наличием одиночных или множественных очаговых изменений в легких разного генеза и давности с локализацией в одном или обоих легких в пределах одного-двух сегментов

128. Клинические проявления заболевания при обнаружении очагового туберкулеза легких чаще

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

129. Рентгенологически очаг в легких определяется

- 1) как любая пятнистого характера тень диаметром до 1 см
- 2) как патологическая тень в легком, являющаяся отображением патологического процесса, не выходящего за пределы доли легкого
- 3) любое патологическое образование размером поражения не более 1 см³

130. Распространенность поражения при очаговом туберкулезе легких охватывает обычно

- 1) один сегмент легкого
- 2) один-два сегмента легкого
- 3) два сегмента обоих легких
- 4) все ответы правильные

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

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

132. Инфильтративный туберкулез легких - это

- 1) туберкулез легких, характеризующийся участком затемнения
- 2) туберкулез легких, проявляющийся клиникой пневмонии
- 3) туберкулез легких, характеризующийся воспалительными изменениями с преобладанием экссудативного компонента и казеозным некрозом в центре

133. Преобладание экссудативного воспалительного процесса при инфильтративном туберкулезе с казеозным некрозом и частым образованием полостей распада происходит в первую очередь

- 1) из-за гиперергической реакции макроорганизма на микобактерии туберкулеза
- 2) из-за гиперсенсibilизации легочной ткани к антигенам микобактерий туберкулеза
- 3) из-за массивного размножения МБТ в очаге поражения

134. В основу клинико-рентгенологических вариантов инфильтратов положено

- 1) поражение бронха
- 2) степень выраженности специфического воспаления и его распространенность
- 3) наличие ателектатических изменений
- 4) объем поражения легкого
- 5) клинические проявления болезни

135. Для лобулярного инфильтрата наиболее характерными рентгенологическими признаками являются

- 1) однородный круглый фокус с очагами вокруг
- 2) однородная неправильной формы фокусная тень, нередко с очагами вокруг
- 3) неоднородный участок затемнения с очагами вокруг
- 4) треугольный неоднородный участок с очагами вокруг

136. Клинико-рентгенологический синдром лобулярного инфильтрата требует дифференциальной диагностики

- 1) с очаговой пневмонией
- 2) с доброкачественной опухолью
- 3) с ретенционной кистой
- 4) с эхинококком

137. Круглый инфильтрат характеризуется

- 1) отсутствием клинических проявлений
- 2) умеренно выраженными и затяжными клиническими проявлениями
- 3) выраженными клиническими проявлениями
- 4) всем перечисленным

138. 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

139. Облаковидный инфильтрат характеризуется

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

140. Наиболее характерными рентгенологическими признаками облаковидного инфильтрата являются

- 1) неоднородный неправильный фокус с очагами
- 2) неоднородный треугольной формы участок затемнения с очагами
- 3) неоднородный неправильной формы участок затемнения с очагами
- 4) однородный неправильный участок затемнения с очагами
- 5) однородный треугольной формы участок затемнения с очагами

141. Наиболее характерными рентгенологическими признаками перисцисурита являются

- 1) неоднородный неправильный фокус с очагами
- 2) неоднородный участок затемнения с очагами
- 3) неоднородный треугольной формы участок с очагами
- 4) однородный участок затемнения с очагами
- 5) однородный треугольной формы участок затемнения с очагами

142. Туберкулезный лобит необходимо дифференцировать

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

143. При эффективном лечении лобита чаще формируется

- 1) участок пневмосклероза
- 2) крупные очаги
- 3) участок пневмосклероза с очагами
- 4) туберкулема
- 5) цирроз

144. 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

145. Казеозная пневмония характеризуется

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

146. При эффективном лечении казеозной пневмонии чаще формируется

- 1) участок пневмоцирроза
- 2) пневмосклероз с очагами
- 3) множественные туберкулемы
- 4) цирротический и фиброзно-кавернозный туберкулез
- 5) группа очагов

147. 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

148. Туберкулема чаще локализуется в следующих сегментах легких

- 1) 1-м, 2-м, 6-м, 7-м
- 2) 3-м, 5-м, 8-м, 9-м
- 3) 4-м, 5-м, 7-м, 9-м
- 4) 1-м, 2-м, 6-м, 10-м

149. У туберкулемы в фазе инфильтрации контур обычно бывает

- 1) нечетким
- 2) бугристым
- 3) четким

150. К кавернозной форме следует относить

- 1) свежий деструктивный туберкулез, ограниченной протяженности с каверной без резко выраженной перифокальной реакции и значительной диссеминации
- 2) свежий деструктивный туберкулез, подвергшийся лечению при сохранении полости распада к концу основного курса химиотерапии
- 3) туберкулезный процесс, ограниченной протяженности, ведущим признаком которого является сформированная каверна без выраженного перифокального воспаления, фиброзных изменений и распространенного обсеменения

151. Клиническая симптоматика легочного заболевания в виде интоксикации, кашля с выделением мокроты, локальных сухих и влажных хрипов при кавернозном туберкулезе

- 1) выражена ярко
- 2) чаще отсутствует
- 3) выражена незначительно или может даже отсутствовать

152. При кавернозном туберкулезе наиболее частым морфологическим вариантом является каверна со следующей характеристикой ее стенки

- 1) скопление форменных элементов неспецифического воспаления, клетки эпителиоидной и гигантоклеточной гранулемы, казеоз
- 2) отдельные соединительнотканые волокна в наружных отделах стенки полости, скопления эпителиоидных и гигантских клеток Ланганса, а также отдельные участки казеозного некроза на внутренней поверхности стенки полости
- 3) разрастания грубой соединительнотканной ткани с тяжами, уходящими в интерстиций легкого, скопление эпителиоидных и гигантских клеток Ланганса, казеозный некроз

153. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких - это

- 1) туберкулезный процесс, характеризующийся наличием в легких фиброзной каверны (каверн) и выраженным фиброзом в окружающей ткани
- 2) хронический деструктивный туберкулез, характеризующийся бактериовыделением, прогрессирующим (медленным или быстрым, нередко волнообразным) течением, а также присоединением как специфических, так и неспецифических осложнений
- 3) туберкулезный процесс с кавернами в легких, очагами бронхогенной диссеминации и фиброзом, протекающий с нарастающей дыхательной недостаточностью, присоединяющимися кровохарканьями и другими осложнениями

154. Для трансформации "свежего" деструктивного туберкулеза в фиброзно-кавернозный требуется около

- 1) 6-12 месяцев
- 2) 12-18 месяцев
- 3) около 18-24 месяцев
- 4) около 3-5 лет

155. При фиброзно-кавернозном туберкулезе легких клинические признаки заболевания

- 1) могут отсутствовать
- 2) как правило, имеют место, они более выражены в период обострения заболевания
- 3) всегда наблюдаются, но более выражены в период обострения заболевания
- 4) всегда резко выражены, в период обострения - резкая декомпенсация функции органов дыхания и кровообращения

156. При фиброзно-кавернозном туберкулезе легких стенка каверны имеет

- 1) слой казеозного некроза, слой специфических грануляций и фиброзной ткани

- 2) слой казеозного некроза, слой специфических грануляций и неспецифической инфильтрации
- 3) слой казеозного некроза и слой грубой рубцовой ткани с врастанием последней в интерстиций легкого

157. Самым частым специфическим осложнением фиброзно-кавернозного туберкулеза легких являются

- 1) туберкулез крупного бронха (главного, долевого)
- 2) туберкулез гортани
- 3) туберкулез кишечника
- 4) казеозная пневмония
- 5) милиарный туберкулез, туберкулезный менингит

158. Самым редким специфическим осложнением фиброзно-кавернозного туберкулеза легких являются

- 1) туберкулез крупного бронха (главного, долевого)
- 2) туберкулез гортани
- 3) туберкулез кишечника
- 4) казеозная пневмония
- 5) милиарный туберкулез, туберкулезный менингит

159. Самым частым неспецифическим осложнением при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких является

- 1) дыхательная недостаточность
- 2) хроническое легочное сердце
- 3) легочная геморрагия
- 4) амилоидоз внутренних органов

160. Бактериовыделение у больного фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, не подвергшегося лечению или в период обострения заболевания

- 1) обильное и постоянное
- 2) обильное, периодическое
- 3) скудное и постоянное
- 4) скудное, периодическое

161. Основным критерием затихания вспышки инфекционного процесса при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких будет

- 1) исчезновение симптомов интоксикации
- 2) прекращение положительной динамики в рентгенологической картине заболевания
- 3) прекращение бактериовыделения

162. Наиболее частой причиной смерти больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких является

- 1) легочно-сердечная недостаточность
- 2) прогрессирование легочного туберкулеза
- 3) присоединение внелегочного туберкулеза (менингит и т.д.)
- 4) легочное кровотечение и амилоидоз внутренних органов
- 5) серьезное сопутствующее заболевание (инфаркт миокарда, рак и т.д.)

163. Цирротический туберкулез - это

- 1) инфекционный процесс, характеризующийся грубым разрастанием соединительной ткани в легких, низкой активностью специфического воспаления и нарушением со стороны функции внешнего дыхания и гемодинамики легких
- 2) туберкулезный процесс, осложняющийся пневмоциррозом
- 3) массивное разрастание соединительной ткани в легком и плевре туберкулезной этиологии при сохранении активности инфекционного процесса

164. Основным отличием цирротического туберкулеза от посттуберкулезного цирроза является

- 1) наличие полостных образований в легких
- 2) сохранение очаговых изменений в структуре патологического процесса
- 3) сохранение активности туберкулезного процесса
- 4) все перечисленное

165. Наличие лимфоцитарного характера экссудата указывает

- 1) на туберкулезную природу плеврита
- 2) на затяжную или хроническую стадию течения плеврита
- 3) на отсутствие диагностического значения
- 4) на воспалительную природу плеврита

166. У больных моложе 30 лет чаще наблюдаются

- 1) метапневмонический плеврит
- 2) опухолевый плеврит
- 3) туберкулезный плеврит
- 4) плеврит, связанный с сердечно-сосудистой патологией
- 5) все перечисленное

167. У больных старше 40 лет чаще наблюдаются

- 1) метапневмонический плеврит
- 2) опухолевый плеврит
- 3) туберкулезный плеврит
- 4) плеврит, связанный с сердечно-сосудистой патологией
- 5) все перечисленное

168. Оптимальным диагностическим мероприятием для установления природы плеврита, этиологию которого не удалось установить по данным клинико-рентгенологического и лабораторного исследования, является

- 1) пробное лечение
- 2) трансторакальная биопсия плевры тонкой иглой
- 3) трансторакальная биопсия плевры толстой иглой
- 4) плевроскопия с биопсией

169. "Легочное кровотечение" - это

- 1) массивное поступление крови из дыхательных путей с кашлем или без него
- 2) поступление крови из дыхательных путей в виде отдельных плевков или в виде примеси крови в мокроте
- 3) поступление крови из дыхательных путей в виде сгустков, с трудом откашливаемых

170. Основная причина возникновения легочных геморрагий при свежих формах туберкулеза

- 1) образование казеозного некроза в паренхиме легкого
- 2) возникновение распада ткани легкого

- 3) разрушение стенки легочного сосуда (артерии или вены)
- 4) разрушение стенки бронхиальной артерии или вены

171. Наиболее частым источником легочных геморрагий при фиброзно-кавернозном и цирротическом туберкулезе легких является

- 1) разрыв стенки сосуда в каверне
- 2) разрыв аневризматически измененных стенок ветвлений бронхиальных артерий
- 3) разрыв стенки мелких сосудов в паренхиме легкого вследствие легочной гипертонии

172. "Спонтанный пневмоторакс" - это

- 1) проникновение воздуха в плевральную полость без каких-либо видимых причин
- 2) проникновение воздуха в плевральную полость у практически до этого здорового человека без каких-либо видимых причин
- 3) проникновение воздуха в плевральную полость без каких-либо внешних вмешательств у здорового человека или у страдающих хроническими болезнями

173. Клапанный спонтанный пневмоторакс опасен

- 1) формированием свища
- 2) большим спадением легкого
- 3) смещением органов средостения
- 4) возникновением высокого положительного внутриплеврального давления, что ведет к серьезным функциональным нарушениям со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой деятельности

174. 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

175. "Клапанный" спонтанный пневмоторакс - это

- 1) пневмоторакс с большим спадением легкого и смещением органов средостения
- 2) пневмоторакс с бронхо-плевральным соустьем, причем во время вдоха воздух входит в плевральную полость, во время выдоха не выходит из нее
- 3) пневмоторакс, осложненный бронхо-плевральным соустьем

176. Наиболее характерные бронхолегочные жалобы больных туберкулезом легких

- 1) сухой надсадный кашель в течение недели
- 2) длительный, постепенно усиливающийся кашель с небольшим количеством мокроты
- 3) кашель с обильным количеством мокроты по утрам при вставании с постели
- 4) относительно редкий кашель в течение многих лет с легко отделяющейся мокротой слизисто-гнойного характера

177. Каким методом лучше всего выявляются малые формы бронхоаденита

- 1) обзорная рентгенограмма в прямой проекции
- 2) обзорная рентгенограмма в боковой проекции
- 3) прицельная рентгенограмма
- 4) томограмма через корни легкого

178. Какая основная форма туберкулеза у детей и подростков относится к первичному туберкулезу

- 1) очаговый туберкулез легких

- 2) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
- 3) туберкулема
- 4) инфильтративный туберкулез легких

179. Какая туберкулиновая проба Манту обычно характерна для туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов у детей

- 1) сомнительная
- 2) слабоположительная
- 3) нормергическая в течение 5 лет
- 4) "вираж" туберкулиновой реакции

180. Для хронической туберкулезной интоксикации характерно

- 1) беспокойный упорный длительный кашель
- 2) выявление очага Гона при рентгенологическом обследовании
- 3) наличие высокой лихорадки в течение месяца и более
- 4) длительно (до 6 месяцев) отмечаются проявления интоксикации: слабость, похудание, потливость, снижение аппетита, недомогание, субфебрилитет

181. Какая клиническая форма туберкулеза протекает без видимых локальных поражений

- 1) «вираж» туберкулиновой реакции
- 2) туберкулезная интоксикация
- 3) малые формы туберкулезного бронхоаденита
- 4) туберкулезный мезоаденит

182. Условием для постановки диагноза ранней туберкулезной интоксикации является

- 1) наличие МБТ в мокроте
- 2) увеличение внутригрудных лимфоузлов
- 3) «вираж» туберкулиновой реакции
- 4) наличие болей в суставах

183. Первичный туберкулезный комплекс характеризуется

- 1) наличием очага в легких, увеличением периферических лимфоузлов и положительной пробой Манту с 2 ТЕ.
- 2) наличием очага в легких, увеличением внутригрудных лимфоузлов и лимфангитом
- 3) наличием очага в легком, симптомов интоксикации и МБТ в мокроте
- 4) наличием очаговых теней в легком длительным субфебрилитетом и «виражом» туберкулиновых проб

184. Очаг Гона – это результат перенесенного

- 1) туберкулезного бронхоаденита
- 2) первичного туберкулезного комплекса
- 3) туберкулезной интоксикации
- 4) милиарного туберкулеза

185. Рентгенологический симптом «биполярности» характерен для

- 1) туберкулезного бронхоаденита
- 2) туберкулезного мезоаденита
- 3) диссеминированного туберкулеза
- 4) первичного туберкулезного комплекса

186. Инфильтративная форма туберкулезного бронхоаденита рентгенологически проявляется в виде

- 1) деформации корня легкого, его размытости, расширении, исчезновении полулунной вогнутости
- 2) появление в области корня опухолевидного образования с четкими контурами
- 3) симптома «дымовой туды»
- 4) усиления легочного рисунка в средних отделах обеих легких

187. Рентгенологические признаки первичного туберкулезного комплекса в пневмонической стадии

- 1) округлая, субплеврально расположенная кольцевидная тень
- 2) множественные очаговые тени различной интенсивности
- 3) интенсивная тень в проекции нижней доли с косой верхней границей
- 4) затемнение в легком инфильтративного характера сливающееся с тенью корня

188. Дифференциальная диагностика туберкулезного бронхоаденита проводится

- 1) с саркоидозом
- 2) очаговой пневмонией
- 3) периферическим раком
- 4) междолевым плевритом

189. Какое наиболее частое осложнение может наблюдаться при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов у детей

- 1) легочное кровотечение
- 2) образование каверны
- 3) ателектаз
- 4) легочно-сердечная недостаточность

190. Какие группы периферических лимфоузлов наиболее часто поражаются у детей и подростков при туберкулезе

- 1) подключичные
- 2) паховые
- 3) шейные
- 4) кубитальные

191. Какой наиболее информативный метод исследования помогает уточнить этиологию периферического лимфаденита

- 1) рентгенологический
- 2) бактериологический
- 3) иммунологический
- 4) гистологический / биопсия/

192. Возможное осложнение туберкулеза периферических лимфатических узлов

- 1) свищ
- 2) флегмона
- 3) кровотечение
- 4) сепсис

193. Сроки окончательного формирования кальцинатов в легком и средостении после перенесенного первичного туберкулеза у детей и подростков

- 1) через 6 месяцев от начала химиотерапии
- 2) через один год от начала химиотерапии
- 3) через 1.5 года после лечения и наблюдения
- 4) через 2 - 3 и более лет после лечения и наблюдения

194. Дифференциальную диагностику инфильтративного варианта туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов у детей следует чаще проводить с

- 1) центральным раком
- 2) прикорневой пневмонией
- 3) тератомой
- 4) лимфогранулематозом

195. Характерным осложнением первичного комплекса является

- 1) ателектаз
- 2) образование каверны
- 3) туберкулез бронха
- 4) спонтанный пневмоторакс

196. Сроки появления на обзорной рентгенограмме легких мелкоочаговой диссеминации при остром милиарном туберкулезе

- 1) в первый день острых клинических проявлений
- 2) через 3 - 4 дня
- 3) через 8 - 10 дней
- 4) к концу месяца

197. Рентгенологический исход патоморфологических изменений при милиарном туберкулезе легких в случае своевременной диагностики и длительной интенсивной химиотерапии

- 1) частичное рассасывание и уплотнение очагов
- 2) полное рассасывание без видимых остаточных изменений
- 3) формирование множественных мелких кальцинатов
- 4) формирование диффузного пневмосклероза с включением плотных очаговых теней

198. Патогенез милиарного и диссеминированного туберкулеза чаще всего связан

- 1) с бронхогенным обсеменением
- 2) с лимфогематогенным распространением процесса
- 3) с контактным распространением
- 4) со спутогенным обсеменением

199. При какой форме туберкулеза легких, несмотря на проводимую химиотерапию, отмечается чаще менее благоприятный прогноз

- 1) инфильтративный (облаковидный вариант) туберкулез легких с распадом, МБТ+
- 2) милиарный туберкулез легких, МБТ -
- 3) подострый диссеминированный туберкулез легких с распадом, МБТ+
- 4) хронический диссеминированный туберкулез легких с распадом, МБТ+

200. Основной и решающий метод исследования при диагностике туберкулезного менингита

- 1) люмбальная пункция с лабораторным исследованием ликвора, в том числе и на МБТ
- 2) клинический с изучением особенностей течения заболевания
- 3) многократные исследования мокроты на МБТ
- 4) данные неврологического статуса

201. Более характерный вид спинномозговой жидкости для туберкулезного менингита

- 1) мутная
- 2) геморрагическая

- 3) прозрачная
- 4) прозрачная с ксантохромией

202. Типичное для туберкулезного менингита начало заболевания

- 1) острое
- 2) молниеносное
- 3) постепенное с продромальным периодом
- 4) малосимптомное начало и течение

203. Наиболее характерная клиническая картина при очаговом туберкулезе легких

- 1) выраженная слабость, утомляемость, длительный малопродуктивный кашель
- 2) клинические симптомы заболевания отсутствуют или выражены мало
- 3) кашель с гнойной мокротой, одышка
- 4) сухой кашель, кровохарканье, болевые ощущения в грудной клетке

204. Данные осмотра грудной клетки при очаговом туберкулезе

- 1) грудная клетка бочкообразной формы, в надключичной зоне верхушки вздуты, выпячены
- 2) грудная клетка без особенностей, патологических изменений не определяется
- 3) грудная клетка асимметричная, одна из сторон отстает в акте дыхания
- 4) одна из сторон отстает в акте дыхания, межреберные промежутки с этой стороны сглажены

205. Наиболее частый исход при очаговом туберкулезе легких

- 1) частичное рассасывание и уплотнение очагов
- 2) полное рассасывание
- 3) формирование туберкулемы
- 4) формирование ограниченного цирроза

206. Очаговый туберкулез легких чаще всего дифференцируют

- 1) с периферическим раком
- 2) с эозинофильной пневмонией
- 3) с бактериальной очаговой пневмонией
- 4) с доброкачественной опухолью

207. В изменениях со стороны крови при дифференциальной диагностике туберкулеза и пневмоний более важное значение имеет

- 1) уровень гемоглобина
- 2) СОЭ
- 3) лейкоцитоз
- 4) процент лимфоцитов

208. Наиболее типичные для инфильтративного туберкулеза аускультативные данные

- 1) шум трения плевры
- 2) обильные влажные мелко и средне-пузырчатые хрипы в средне-нижних отделах легких
- 3) бронхиальное дыхание, средне- и крупнопузырчатые хрипы в проекции верхней доли
- 4) скудные мелкопузырчатые хрипы в проекции верхних долей с одной, реже обеих сторон

209. При дифференциальной диагностике инфильтративного туберкулеза с распадом и острым абсцессом легких, что свидетельствует в пользу туберкулеза

- 1) наличие неприятного запаха мокроты

- 2) неравномерный участок инфильтрации в верхней доле с просветлением в центре и наличием очага в нижележащих отделах легкого
- 3) полость распада с горизонтальным уровнем и инфильтрацией вокруг
- 4) острое начало с высокой лихорадкой (до 390), ознобами и улучшением состояния после отхождения большого количества гнойной мокроты

210. Общее состояние больного с казеозной пневмонией, как правило, бывает

- 1) удовлетворительное
- 2) средней тяжести
- 3) тяжелое, с выраженной интоксикацией
- 4) относительно удовлетворительное, небольшая слабость, потливость

211. Данные аускультации при казеозной пневмонии

- 1) единичные сухие хрипы над пораженным участком легкого
- 2) единичные сухие и мелкопузырчатые хрипы
- 3) обильные катаральные явления в проекции поражения легких
- 4) дыхание везикулярное без катаральных явлений

212. Характер рентгенологических данных при казеозной пневмонии

- 1) сливные конгломератные образования с фиброзным перерождением легочной ткани
- 2) одиночная полость распада с широкой и неравномерной перикавитарной зоной воспаления, связанная с измененным корнем легкого
- 3) множественные полости распада на фоне обширного неравномерного интенсивного затемнения за счет инфильтрации верхней доли справа, а также множественные очаги обсеменения в обоих легких
- 4) усиление легочного рисунка в зоне поражения, его деформация, сетчатость, увеличение корня легкого за счет реактивного аденита

213. Что является наиболее информативным в дифференциальной диагностике казеозной пневмонии с крупозной пневмонией

- 1) анамнез заболевания и данные объективного обследования
- 2) данные бронхоскопии
- 3) исследование мокроты на МБТ
- 4) рентгенологические данные

214. Казеозную пневмонию необходимо дифференцировать, в первую очередь

- 1) с сепсисом
- 2) с менингитом
- 3) с центральным раком
- 4) с крупозной пневмонией

215. С каким заболеванием необходимо дифференцировать туберкулему

- 1) очаговая пневмония
- 2) хронический абсцесс легкого
- 3) легочная воздушная киста
- 4) периферический рак легкого

216. Наиболее характерная клиника при туберкулеме легкого

- 1) постепенное начало с нарастающей лихорадкой, кашлем и выделением мокроты
- 2) отсутствие клинических проявлений
- 3) выраженная слабость, потливость, умеренный сухой кашель, субфебрилитет
- 4) острое начало, головная боль, потеря аппетита, температура до 380, кашель

217. Какой вид лечения дает лучшие результаты при больших туберкулемах с распадом
- 1) интенсивная полихимиотерапия
 - 2) полихимиотерапия и другие патогенетические средства
 - 3) резекция пораженного участка легкого с последующей химиотерапией
 - 4) коллапсотерапия с одновременной полихимиотерапией
218. Предшествующая клиническая форма, из которой наиболее часто развивается кавернозный туберкулез:
- 1) очаговый туберкулез
 - 2) инфильтративный туберкулез
 - 3) фиброзно-кавернозный туберкулез
 - 4) диссеминированный туберкулез легких
219. Рентгенологический признак, характерный для туберкулезной полости, в отличие от абсцесса легких
- 1) значительное количество жидкости в полости
 - 2) реакция в окружающей ткани в виде появления полиморфных очаговых теней
 - 3) увеличение корня легкого за счет реактивного аденита
 - 4) широкая и неравномерная перикавитарная зона воспаления
220. Более характерные для кавернозного туберкулеза клинические проявления
- 1) острое начало, лихорадочное состояние, выраженная интоксикация
 - 2) субфебрильная температура, сильный кашель, выделение обильного количества мокроты
 - 3) незначительно выраженные проявления интоксикации или их отсутствие
 - 4) кашель с мокротой, одышка, развитие дыхательной недостаточности
221. Основная причина, приводящая к быстрому увеличению каверны в размерах и одновременному истончению ее стенок при кавернозном туберкулезе легких
- 1) прогрессирование туберкулезного процесса
 - 2) образование бронхо-плеврального свища
 - 3) нарушение дренажной функции бронха
 - 4) очищение каверны от казеозно-некротического слоя
222. Течение, более типичное для фиброзно-кавернозного туберкулеза
- 1) непрерывно прогрессирующее
 - 2) стабильное после первой вспышки
 - 3) медленно регрессирующее
 - 4) волнообразное, периоды обострения сменяются периодами затихания
223. Кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез необходимо дифференцировать
- 1) с пневмосклерозом
 - 2) с ателектазом
 - 3) с инфицированной кистой
 - 4) с хроническим бронхитом
224. Какая клиническая форма туберкулеза чаще всего переходит в цирротический туберкулез
- 1) инфильтративная
 - 2) кавернозная
 - 3) фиброзно-кавернозная

4) туберкулема

225. Достоверный метод диагностики наличия выпота в плевральной полости

- 1) выявление тупости в проекции легкого при перкуссии
- 2) отсутствие дыхательных шумов в проекции обширного затенения легкого при аускультации
- 3) наличие на рентгенограмме обширного гомогенного затенения
- 4) получение свободной жидкости при пункции плевральной полости

226. Какой вид рентгенологического исследования позволяет сделать заключение о наличии свободной жидкости в плевральной полости

- 1) обзорная рентгенография легких
- 2) томография
- 3) рентгенография органов грудной клетки с латерографией
- 4) флюорография

227. Какая рентгенограмма наиболее информативна при диагностике междолевых плевритов

- 1) прицельная
- 2) боковая
- 3) в прямой проекции
- 4) в косой проекции

228. Характерные для сухого плеврита физикальные данные

- 1) притупление перкуторного звука
- 2) ослабленное везикулярное дыхание
- 3) шум трения плевры
- 4) усиленное голосовое дрожание

229. Больной сухим плевритом чаще лежит

- 1) на здоровом боку
- 2) на больном боку
- 3) на спине
- 4) на животе

230. Более типичные клинические проявления при экссудативном плеврите

- 1) боли в груди, поверхностное дыхание
- 2) высокая лихорадка, сильный кашель с мокротой, наличие влажных хрипов
- 3) приступообразная одышка, сухие свистящие хрипы
- 4) фебрильная температура, притупление перкуторного звука, ослабленное дыхание

231. Достоверный показатель лабораторного исследования плевральной жидкости в пользу туберкулезной этиологии плеврита

- 1) высокий удельный вес выпота
- 2) положительная проба Ривальта
- 3) лимфоцитарный тип клеточного содержания лейкоцитов
- 4) обнаружение МБТ в выпоте методом бактериоскопии или посева в лаборатории

232. Для плеврального экссудата, в отличие от трансудата, характерно количество белка

- 1) 10 г/л
- 2) 15 г/л
- 3) 20 г/л

4) 25 - 30 и более г/л

233. Верхняя граница выпота при экссудативном плеврите

- 1) горизонтальная
- 2) косая, по линии Дамуазо
- 3) определить не удается
- 4) по среднеключичной линии

234. При экссудативном плеврите определяется смещение органов средостения

- 1) в здоровую сторону
- 2) вверх
- 3) в больную сторону
- 4) смещение не определяется

235. При какой клинической форме туберкулеза чаще наблюдаются кровохарканье и легочное кровотечение

- 1) подострый диссеминированный туберкулез легких в фазе распада
- 2) очаговый туберкулез легких в фазе распада
- 3) туберкулема в фазе распада
- 4) милиарный туберкулез

236. При легочном кровотечении кровь выделяется

- 1) при кашлевом толчке
- 2) при рвотном движении
- 3) без кашля в отличие от кровохаркания
- 4) при наклоне туловища

237. Легочное сердце является чаще всего осложнением

- 1) инфильтративного туберкулеза
- 2) милиарного туберкулеза
- 3) фиброзно-кавернозного туберкулеза
- 4) туберкулезного плеврита

238. При какой клинической форме туберкулеза чаще возникает спонтанный пневмоторакс

- 1) при казеозной пневмонии с множественными полостями распада
- 2) при очаговом туберкулезе в фазе распада
- 3) при милиарном туберкулезе
- 4) при туберкулеме в фазе распада

239. Основной метод диагностики спонтанного пневмоторакса

- 1) по клинической симптоматике
- 2) рентгенологический метод
- 3) метод перкуссии
- 4) метод аускультации

240. Перкуторно при спонтанном пневмотораксе определяется

- 1) обычный легочной звук
- 2) укорочение перкуторного звука
- 3) притупление (тупость) перкуторного звука
- 4) коробочный звук

241. Аускультативно при спонтанном пневмотораксе определяется
- 1) бронхиальное дыхание
 - 2) амфорическое дыхание
 - 3) дыхание ослаблено или не прослушивается
 - 4) жесткое везикулярное дыхание
242. Амилоидоз внутренних органов, как осложнение туберкулеза чаще встречается при
- 1) очаговом туберкулезе
 - 2) кавернозном туберкулезе
 - 3) милиарном туберкулезе
 - 4) фиброзно-кавернозном туберкулезе
243. В осадке мочи при амилоидозе почек преобладает
- 1) гематурия
 - 2) пиурия
 - 3) билирубинурия
 - 4) альбуминурия
244. Основным путем распространения туберкулезной инфекции на мочеполовую систему является
- 1) контактный
 - 2) гематогенный
 - 3) лимфогенный
 - 4) интраканаликулярный
245. Среди инструментальных методов исследования наибольшее значение для распознавания туберкулеза мочевого пузыря имеет
- 1) ретроградная пиелография
 - 2) цистоскопия
 - 3) внутривенная урография
 - 4) инфузионная урография
 - 5) хромоцистография
246. Оптимальные сочетания препаратов при лечении нефротуберкулеза - это лечение
- 1) изониазидом + тизамидом и этамбутолом
 - 2) изониазидом + стрептомицином и протионамидом
 - 3) изониазидом + рифампицином + пипразинамидом и этамбутолом
247. Основной путь проникновения микобактерий туберкулеза в кости и суставы - это
- 1) лимфогенный путь из внутригрудных лимфатических узлов
 - 2) лимфогенный путь из очага в легочной ткани
 - 3) гематогенный путь
 - 4) контактный путь при переходе инфекции с мягких тканей на костную
248. Ранний клинический признак туберкулезного спондилита - это
- 1) боль в области позвоночника при ходьбе
 - 2) ограничение подвижности в области позвоночника
 - 3) боль в области позвоночника в покое
 - 4) нарушение функции тазовых органов
 - 5) все перечисленное
249. Наиболее информативным методом диагностики костно-суставного туберкулеза - это

- 1) туберкулинодиагностика
- 2) рентгенологическое исследование
- 3) бактериологическое исследование
- 4) лабораторные анализы крови и ее плазмы

250. Наиболее характерный клинический симптом болезни при туберкулезном поражении глаз - это

- 1) боль и зуд в глазу
- 2) снижение зрения
- 3) гиперемия склер
- 4) чувство давления на глаз

251. Наиболее информативным методом диагностики туберкулеза периферических лимфатических узлов является

- 1) клиническая картина заболевания
- 2) пробное лечение антибиотиками
- 3) биопсия

252. Основной путь проникновения инфекции в мозговые оболочки - это

- 1) лимфогенный из очага в легком
- 2) лимфогенный из лимфоузлов периферических или внутригрудных
- 3) гематогенный, из первичного очага или очагов отсевов первичного туберкулеза
- 4) все перечисленное

253. Специфический процесс при туберкулезном менингите локализуется преимущественно

- 1) в веществе головного мозга
- 2) в мозговых оболочках
- 3) в стволе головного мозга

254. Под комплексным лечением больного туберкулезом понимают

- 1) одновременное использование ряда лечебных средств и методов
- 2) использование лечебных средств и методов, направленных на одни и те же звенья патологического процесса
- 3) использование лечебных средств и методов, направленных как на возбудителя заболевания, так и на различные звенья и механизмы возникшего патологического процесса

255. Химиотерапия туберкулеза - это

- 1) метод лечения туберкулеза с помощью различных химических веществ
- 2) метод воздействия на возбудителя заболевания
- 3) метод этиотропной терапии туберкулеза с помощью различных химических веществ
- 4) ведущий метод лечения туберкулеза

256. 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

257. Контролируемая химиотерапия необходима

- 1) на начальном этапе лечения

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

258. Патогенетическая терапия - это

- 1) терапия, воздействующая на состояние организма больного и происходящие в нем патологические процессы
- 2) терапия с применением противовоспалительных лекарств
- 3) терапия с применением лекарственных средств, влияющих на иммунную систему
- 4) терапия, направленная на улучшение переносимости химиопрепаратов

259. У больного 35 лет впервые обнаружен фиброзно-очаговый туберкулез легких в фазе инфильтрации, МБТ+. В течение длительного времени отмечается слабость, быстрая утомляемость. Артериальное давление - 90/60 мм рт. ст. Для применения глюкокортикоидных гормонов

- 1) имеются основания
- 2) нет оснований

260. Биогенные стимуляторы

- 1) подавляют размножение микобактерий туберкулеза
- 2) создают условия для повышения защитных механизмов больного
- 3) улучшают переносимость химиотерапии

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

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

262. Ультразвук при туберкулезе вызывает

- 1) тепловое действие
- 2) усиление лимфо- и кровообращения
- 3) очаговую реакцию
- 4) повышает концентрацию химиопрепаратов в очаге поражения
- 5) все перечисленные действия

263. При возникновении кровотечения на почве фибринолиза самым эффективным средством лечения будет введение

- 1) раствора хлористого кальция
- 2) витамина С в высоких дозах
- 3) викасола
- 4) транексамовой кислоты

264. Основное побочное действие рифампицина

- 1) на центральную нервную систему
- 2) гепатотропное
- 3) на орган зрения
- 4) снижение слуха

265. Основное побочное действие стрептомицина

- 1) на желудочно-кишечный тракт

- 2) на периферическую нервную систему
- 3) на слуховой нерв
- 4) кожный зуд

266. Основное побочное действие изониазида

- 1) на периферическую нервную систему (невриты)
- 2) на слуховой нерв
- 3) на почечный клиренс
- 4) на функцию щитовидной железы

267. Основное побочное действие этамбутола

- 1) на периферическую нервную систему
- 2) на желудочно-кишечный тракт
- 3) на орган зрения
- 4) на функцию почек

268. Какие методы патогенетического лечения наиболее показаны у больных со свежими распространенными инфильтративными изменениями в легких

- 1) десенсибилизирующие
- 2) противовоспалительные
- 3) стимулирующие
- 4) общеукрепляющие

269. Какие методы патогенетической терапии наиболее показаны при деструктивных формах туберкулеза

- 1) десенсибилизирующие
- 2) уменьшающие образование фиброзных изменений
- 3) направленные на стимуляцию репаративных процессов
- 4) способствующие воспалительной реакции

270. Какие патогенетические методы показаны при туберкулемах

- 1) глюкокортикоиды
- 2) анаболические стероиды
- 3) ультразвук
- 4) протеолитические ферменты

271. При каких формах туберкулезного процесса показано применение глюкокортикоидов

- 1) очаговый туберкулез, легких в фазе рассасывания и уплотнения
- 2) цирротический туберкулез легких
- 3) туберкулема
- 4) инфильтративный туберкулез

272. При какой клинической форме и фазе туберкулезного процесса возможно наложение пневмоперитонеума с лечебной целью

- 1) при одностороннем очаговом туберкулезе в фазе инфильтрации
- 2) при подостром диссеминированном туберкулезе в фазе инфильтрации и распада с обеих сторон, осложненном кровохарканьем
- 3) при облаковидном инфильтрате без распада в верхней доле справа
- 4) при фиброзно-кавернозном туберкулезе в S 1-2 левого легкого

273. Показания для выполнения резекции легкого по поводу туберкулеза

- 1) инфильтративный туберкулез в S2 правого легкого в фазе распада и обсеменения

- 2) подострый диссеминированный туберкулез верхних долей обоих легких в фазе инфильтрации и распада
- 3) цирротический туберкулез верхней доли правого легкого
- 4) туберкулема крупных размеров в S1 справа в фазе распада

274. Что представляет собой вакцина БЦЖ

- 1) культуры патогенных МБТ
- 2) убитые МБТ
- 3) живую, но ослабленную культуру МБТ
- 4) продукты жизнедеятельности МБТ

275. Какой метод введения вакцины БЦЖ является общепринятым в настоящее время при вакцинации и ревакцинации детей и подростков

- 1) пероральный
- 2) накожный
- 3) внутрикожный
- 4) подкожный

276. Чем отличается вакцина БЦЖ-М от вакцины БЦЖ-1

- 1) еще более ослаблен вакцинный штамм БЦЖ
- 2) прививочная доза увеличена в 2 раза
- 3) прививочная доза уменьшена в 2 раза
- 4) ничем не отличается, кроме фирменного знака

277. Противотуберкулезная вакцинация в родильном доме клинически здоровых недоношенных детей весом более 2-х кг

- 1) не прививают
- 2) прививают вакциной БЦЖ-М
- 3) прививают вакциной БЦЖ-1
- 4) отсрочка вакцинации до достижения нормального веса

278. Нормальные сроки появления прививочного инфильтрата на вакцинацию вакциной БЦЖ-1

- 1) через 4 - 6 недель
- 2) через неделю
- 3) через 72 часа
- 4) к концу 2 месяца

279. Нормальные сроки окончательного формирования поствакцинального рубчика на вакцину БЦЖ-1 у новорожденного

- 1) через неделю
- 2) через месяц
- 3) через 3 - 4 месяца
- 4) через 6 - 8 месяцев

280. Из какого вида микобактерий была получена вакцина БЦЖ

- 1) *M. tuberculosis*
- 2) *M. bovis*
- 3) *M. avium*
- 4) *M. Cansassi*

281. Прививочная доза вакцины БЦЖ

- 1) 0.05 мг
- 2) 0.1 мг
- 3) 0.5 мг
- 4) 1 мг

282. Сроки изоляции новорожденных, привитых вакциной БЦЖ, из контакта

- 1) 1 месяц
- 2) 2 месяца
- 3) 4 месяца
- 4) 6 месяцев

283. Противопоказаниями для вакцинации БЦЖ новорожденных являются

- 1) наличие туберкулеза у матери
- 2) наличие туберкулеза у отца
- 3) масса тела менее двух килограмм
- 4) масса тела более 4 килограмм

284. Ревакцинация БЦЖ проводится

- 1) при отрицательной пробе Манту
- 2) при отрицательной или сомнительной пробе Манту
- 3) при положительной пробе Манту
- 4) постановка пробы Манту не обязательна

285. Вакцина БЦЖ была получена

- 1) Цехновицером и Жераром
- 2) Кохом и Берингом
- 3) Канетти и Зорини
- 4) Кальметтом и Гереном

286. При назначении каких гормонов пациентам проводится химиопрофилактика туберкулеза

- 1) инсулин
- 2) анаболические стероиды
- 3) глюкокортикоиды
- 4) тироксин

287. Специфическая профилактика туберкулеза включает

- 1) вакцинацию БЦЖ
- 2) вакцинацию БЦЖ и химиопрофилактику
- 3) химиопрофилактику
- 4) первые 3 месяца лечения антибактериальными препаратами

288. Химиопрофилактика бывает

- 1) первичная, вторичная
- 2) начальная, окончательная
- 3) единичная, множественная
- 4) терапевтическая, эпидемиологическая

289. Самый важный критерий, определяющий степень эпидемиологической опасности очага туберкулезной инфекции

- 1) жилищно-бытовые условия данной семьи
- 2) материальная обеспеченность семьи

- 3) санитарный и культурный уровень семьи
- 4) массивность бактериовыделения у больных туберкулезом

290. Кто выполняет текущую дезинфекцию в очагах туберкулезной инфекции

- 1) участковый врач-терапевт с медицинской сестрой
- 2) участковый врач-фтизиатр с медицинской сестрой
- 3) противоэпидемический отдел центра здоровья и гигиены
- 4) члены данной семьи и сам больной туберкулезом

291. Кто выполняет заключительную дезинфекцию в очагах туберкулезной инфекции

- 1) участковый врач-терапевт с медицинской сестрой
- 2) участковый врач-фтизиатр с медицинской сестрой
- 3) дезинфекционный отдел центра гигиены и эпидемиологии
- 4) члены данной семьи и сам больной туберкулезом

292. Очагом туберкулезной инфекции называется

- 1) жилище, где проживает больной активным туберкулезом органов дыхания
- 2) местность, где произошла вспышка туберкулезной инфекции среди людей
- 3) местность, где произошла вспышка туберкулезной инфекции среди животных
- 4) учреждение, предприятие, где есть хотя бы один больной туберкулезом

293. Очаги туберкулезной инфекции бывают

- 1) 3-х категорий
- 2) 2-х категорий
- 3) 4-х категорий
- 4) не разделяются

294. Эпидемиологически наиболее опасны очаги туберкулезной инфекции

- 1) 3-ей категории
- 2) все одинаково опасны
- 3) 1-ой категории
- 4) 2-ой категории

295. Очаг повышенной эпидемиологической опасности это

- 1) в семье проживает алкоголик, переболевший туберкулезом
- 2) у одного из членов семьи определяются множественные кальцинаты
- 3) проживает больной очаговым туберкулезом в фазе рассасывания и уплотнения
- 4) проживает больной активным туберкулезом с выделением МБТ и наличием в семье детей

296. Санитарная профилактика включает

- 1) изоляцию и лечение больных, санитарное просвещение, работу в очаге туберкулезной инфекции, борьбу с туберкулезом сельскохозяйственных животных
- 2) изоляцию и лечение больных, санитарное просвещение, общеоздоровительные мероприятия
- 3) изоляцию и лечение больных, работу в очаге туберкулезной инфекции, массовые рентгенофлюорографические обследования
- 4) вакцинацию БЦЖ и химиопрофилактику

297. В какой группе диспансерного учета должны наблюдаться вновь выявленные больные с деструктивными изменениями в легких и бактериовыделением (МБТ+)

- 1) I а гр.

- 2) I б гр.
- 3) II гр.
- 4) III гр.

298. В какой группе диспансерного учета должны наблюдаться лица, клинически излеченные от туберкулеза с остаточными изменениями в легких

- 1) I гр.
- 2) II гр.
- 3) III гр.
- 4) IV гр.

299. В какой группе диспансерного учета наблюдаются здоровые контакты с больными активным туберкулезом

- 1) I гр.
- 2) II гр.
- 3) III гр.
- 4) IV гр.

300. Врачи какой специальности должны активно выявлять больных, подозрительных на туберкулез

- 1) терапевты
- 2) педиатры
- 3) фтизиатры
- 4) любой врачебной специальности