

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.51 «ФТИЗИАТРИЯ»

1	Теоретические основы фтизиатрии
1	Ученый, открывший возбудителя туберкулеза
	Р. Кох
	Д. Фракосторо
	А. Кальмет
	И. Мечников
2	Ученый, давший название «фтизиатрия» - чахотка
	Р. Мортон
	Ю. Конгейм
	Гиппократ
	К. Пирке
3	Ученый, давший название «туберкулез» - бугорок
	Р. Лаэннек
	Е. Моро
	Р. Кох
	К. Герен
4	Ученый, открывший икс-лучи, дающие возможность объективной диагностики туберкулеза внутренних органов и костей
	В. Рентген
	Ю. Конгейм
	Р. Кох
	А. Кальмет
5	Ученый(-е), открывший(-ие) стрептомицин
	А. Кальмет и К. Герен
	С. Ваксман и А.Шац
	К. Пирке
	А. Флеминг
6	Возбудителем туберкулеза является
	легионелла
	пневмококк
	микобактерия
	риккетсия
7	Ученый(-е), создавший(-ие) вакцину БЦЖ

	С. Ваксман и А.Шац
	Л. Пастер
	И.И. Мечников
	А. Кальмет, К. Герен
8	Эпидемическую ситуацию по туберкулезу характеризуют показатели
	числа рентгеноположительных
	смертности
	распространенности
	заболеваемости
9	Источник заражения человека туберкулезом
	грызуны и земноводные
	человек и крупный рогатый скот
	птицы
	насекомые
10	Наиболее высока заболеваемость туберкулезом среди
	рабочих
	служащих
	лиц без определенного места жительства
	врачей
11	Болезненность (распространенность) туберкулеза характеризуется числом больных
	с активным туберкулезом на 100 000 населения на конец года
	с хроническим туберкулезом на 100 000 населения на конец года
	с впервые выявленным туберкулезом на 100 000 населения
	с бактериовыделением на 100 000 населения
12	Показатель заболеваемости туберкулезом это
	число впервые выявленных больных туберкулезом на 100 000 населения
	число больных туберкулезом на 1000 жителей
	число больных туберкулезом на 10 000 жителей
	число больных активным туберкулезом на 100 000 населения
13	Показатель смертности характеризуется числом больных умерших от туберкулеза
	в течение года на 1000 населения
	в течение года на 10 000 населения
	на 100 000 населения на конец года
	среди впервые выявленных больных туберкулезом

14	При внутриутробном заражении плода первичный туберкулезный комплекс развивается в
	желудочно-кишечном тракте
	печени
	легких
	почках
15	Заражение человека микобактериями туберкулеза чаще происходит
	аэрогенным и алиментарным путем
	алиментарным и трансплацентарным путем
	аэрогенным и контактным путем
	аэрогенным и трансплацентарным путем
16	Наиболее частым исходом первичного инфицирования МБТ является
	заживление первичных туберкулезных очагов
	развитие туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов
	развитие первичного туберкулезного комплекса
	развитие туберкулезной интоксикации
17	При каком условии возможно состояние скрытого (латентного) микробизма?
	при высокой активности макрофагов
	при слабой вирулентности МБТ
	при адекватной реакции лимфоцитов
	при высоком врожденном иммунитете
18	Что важно в защите организма при аэрогенном пути заражения МБТ?
	нормальное состояние секреторной и очистительной функции бронхов
	создание для МБТ неблагоприятных условий
	выделение лизоцима
	выделение интерферона
19	Чаще всего источником заражения человека МБТ могут явиться
	насекомые
	крупный и мелкий рогатый скот
	мыши
	земноводные
20	M.BOVIS обладают природной устойчивостью к
	этамбутолу
	изониазиду
	пиразинамиду
	рифампицину

21	Кислотоустойчивость МБТ обусловлена высоким содержанием в клеточных стенках
	монофосфорной кислоты
	соляной кислоты
	перекиси водорода
	миколевой кислоты
22	Цикл простого деления МБТ на две дочерние занимает
	от 20 до 24 часов
	от 3 до 8 часов
	от 2 до 8 минут
	От 48 до 99 часов
23	Полиморфизм МБТ проявляется образованием
	полициклических форм
	нитевидных форм
	кокковидных форм
	L-форм
24	Вирулентность МБТ определяет
	корд-фактор
	нуклеотид
	лизосомы
	митохондрии
25	Геном МБТ имеет длину из пар нуклеотидов
	4411529
	2411529
	3411529
	1411629
26	В высохшей мокроте МБТ могут сохраняться
	6-8 месяцев
	10-12 месяцев
	8-10 месяцев
	16-18 месяцев
27	В сыром молоке МБТ выживают
	8-10 дней
	5-6 дней
	14-18 дней
	1-2 дня

28	При характеристике противотуберкулезного иммунитета следует исключить фактор
	повышенной чувствительности немедленного типа
	повышенной чувствительности замедленного типа
	фагоцитоза
	иммунологической памяти
29	Для формирования противотуберкулезного иммунитета особое значение имеет
	взаимодействие макрофагов и В-лимфоцитов
	взаимодействие макрофагов и Т-лимфоцитов
	повышенная чувствительность немедленного типа к МБТ
	образование нейтрализующих антител к МБТ
30	Основной причиной снижения чувствительности к туберкулину при системных и злокачественных заболеваниях является
	поражение костного мозга
	поражение лимфатической системы
	дефект Т-клеточного звена иммунитета
	дефект гуморального звена иммунитета
31	Эпителиоидно - и гигантоклеточная гранулема с клетками Пирогова-Лангханса наблюдается
	при туберкулезе и саркоидозе
	только при саркоидозе
	только при туберкулезе
	при туберкулезе и лимфогранулематозе
32	Специфической клеточной реакцией при туберкулезном воспалении является скопление в очаге поражения
	нейтрофильных и эпителиоидных клеток
	лимфоидных и эпителиоидных клеток с включением гигантских клеток Пирогова-Лангханса
	эпителиоидных клеток и макрофагов
	лимфоидных клеток
33	Казеозный некроз специфичен для
	рака
	пневмокониоза
	туберкулеза
	саркоидоза
34	Возбудитель туберкулеза относится к
	микобактериям

	грибам
	простейшим
	вирусам
35	Какой тип воспалительной реакции преобладает у больных туберкулезом при достаточном иммунитете и нормальной реакции макрофагов и лимфоцитов на МБТ?
	экссудативный
	продуктивный
	некротический
	казеозно-некротический
36	Туберкулезом чаще всего поражаются
	мочеполовые органы
	органы пищеварения
	органы дыхания
	опорно-двигательный аппарат
37	Какая анатомическая структура легких поражается в первую очередь при диссеминированном туберкулезе?
	плевра
	межуточная ткань
	стенка бронхов
	паренхима
38	Основным признаком, позволяющим отличить микобактериальные популяции от других, является
	спирто- и кислотоустойчивость
	способность формировать особого вида колонии
	быстрый рост на питательных средах
	медленный рост на питательных средах
39	Заболевание, вызванное нетуберкулёзными микобактериями, называется
	микобактериозом
	псевдотуберкулезом
	туберкулезом
	гистоплазмозом
40	При защите организма человека от туберкулезной инфекции преобладает фактор иммунитета
	гуморальный
	клеточный
	клеточно-гуморальный
	иммунологической памяти

41	Тотальный казеозный некроз ткани лимфатического узла
	отражает реактивность организма и может наблюдаться в любом периоде течения инфекционного процесса
	чаще наблюдается при первичном периоде инфекционного процесса, но может наблюдаться и во вторичном
	является свидетельством вторичного периода течения инфекционного процесса
	редко наблюдается при первичном периоде инфекционного процесса
42	Клинические формы вторичного туберкулеза развиваются у лиц
	давно инфицированных МБТ
	детского возраста
	с первичным инфицированием МБТ
	среднего и пожилого возраста
43	Доля легкого дренируется бронхом
	1 порядка ветвления
	2 порядка ветвления
	3 порядка ветвления
	10 порядка ветвления
44	Сегмент легкого дренируется бронхом
	1 порядка ветвления
	2 порядка ветвления
	3 порядка ветвления
	15 порядка ветвления
45	В слизи дыхательных путей преобладают иммуноглобулины класса
	A
	E
	G
	M
46	Ингибиторами протеолитических ферментов бронхиального секрета, предохраняющими опорный аппарат стенки бронха и легкого от разрушения, являются
	сурфактант
	интерлейкины
	простагландины
	альфа-1-антитрипсин и альфа-1-антихемопсин
47	Препятствует слипанию стенок альвеол
	сурфактант

	простагландин
	альфа-1-антитрипсин
	антихемоксин
48	Иммобилизация диафрагмы грубыми плевральными сращениями приводит к функциональным потерям (60% и более)
	умеренным функциональным потерям (30-35%)
	несущественному снижению дыхательной функции легкого
	функциональным потерям (50%)
49	ОФВ1 (проба ТИФФНО) в норме составляет
	80% ЖЕЛ
	60% ЖЕЛ
	70% ЖЕЛ
	50% ЖЕЛ
50	Насыщение артериальной крови O ₂ в норме составляет
	60%
	80%
	75%
	95%
51	К факторам риска заболевания микобактериозами относятся
	алкоголизм, курение
	большая распространенность возбудителя во внешней среде
	длительная и беспорядочная антибиотикотерапия
	беременность
52	Для верификации микобактериозов используется
	исследование на ДНК нетуберкулезных микобактерий с помощью ДНК-стриповой технологии
	люминисцентная микроскопия
	культуральный метод
	биологический метод
53	Микобактериозы чаще встречаются в нашей стране у
	пожилых больных
	больных ВИЧ-инфекцией
	больных сахарным диабетом
	детей
54	Основным признаком первичного инфицирования микобактериями туберкулеза является
	«вираж» туберкулиновой реакции

	наличие стойкой гиперергической реакции на туберкулин
	положительная реакция на пробу манту в течение нескольких лет
	наличие в легких фиброзных очагов
55	При туберкулёме легкого морфологические изменения обычно представлены
	фокусом казеозного некроза с зоной перифокального воспаления
	фокусом казеозного некроза, окруженным фиброзной капсулой
	группой экссудативных очагов с микроскопическими участками казеоза
	очагом казеозного некроза, окруженным малоизмененной легочной тканью
1	Диагностика туберкулёза
56	Туберкулин ППД-Л представляет собой препарат, содержащий
	смесь продуктов жизнедеятельности МБТ человеческого и бычьего видов
	смесь убитых МБТ человеческого и бычьего вида
	лиофилизированные МБТ человеческого и бычьего видов
	МБТ бычьего вида
57	Массовая туберкулинодиагностика проводится
	противотуберкулезным стационаром
	общей лечебно-профилактической сетью
	родильным домом
	санитарно-эпидемиологической станцией
58	Массовая туберкулинодиагностика у детей до 7 лет проводится с помощью
	внутрикожной пробы Манту с 1 ТЕ ППД-Л
	подкожной пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л
	внутрикожной пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л
	внутримышечной пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л
59	Пробу манту с 2ТЕ ППД-Л проводят на
	внутренней поверхности средней трети плеча
	внешней поверхности средней трети плеча
	внутренней поверхности нижней трети предплечья
	внутренней поверхности средней трети предплечья
60	Оценка реакций на пробу манту проводится через
	72 часа
	24 часа
	48 часов
	12 часов
61	Реакция на пробу манту с 2 ТЕ ППД-Л считается положительной при наличии
	инфильтрата любых размеров
	инфильтрата размером 5 мм и более

	гиперемии размером 10 мм и более
	инфильтрата размером 2-4 мм
62	Для проведения массовой туберкулинодиагностики у детей от года до 7 лет используется
	проба Манту с 2 ТЕ ППД - Л
	проба Коха
	проба Пирке
	проба Квейма
63	Задачи массовой туберкулинодиагностики
	отбор контингентов для стационарного лечения
	отбор лиц для вакцинации и ревакцинации БЦЖ
	выделение группы лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом
	определение показателя инфицированности и ежегодного риска инфицирования
64	Проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении основана на
	реакции гиперчувствительности замедленного типа к антигену двух белков (ESAT6/CFP10), синтез которых кодируется в геноме <i>M. tuberculosis humanus</i>
	стимуляции Т-клеток пептидами моделирования ESAT-6 и CFP-10 антигенов, которые отсутствуют во всех штаммах БЦЖ
	количественном определении INF- γ , высвобождаемого сенсibilизированными Т-клетками, стимулированными <i>in vitro</i> специфическими антигенами (ESAT-6, CFP-10) <i>M.tuberculosis humanus</i>
	реакции гиперчувствительности замедленного типа к антигену одного белка (ESAT6), синтез которого кодируется в геноме <i>M. tuberculosis humanus</i>
65	Наибольшей разрешающей способностью для обнаружения микобактерий туберкулеза в практической медицине является метод
	люминесцентной микроскопии
	посева на питательные среды
	прямой бактериоскопии
	биологический
66	Патологический материал, полученный от больного туберкулезом при катетеризационной биопсии, подвергается
	гистологическому и цитологическому исследованию
	цитологическому и биохимическому исследованию
	биохимическому и морфологическому исследованию
	бактериологическому и биохимическому исследованию

67	При активном туберкулезе легких в клиническом анализе крови часто выявляют
	олигохромазию и анизоцитоз
	лейкопению и лимфоцитоз
	лейкоцитоз и лимфопению
	лейкоцитоз и моноцитопению
68	Трансбронхиальная пункция лимфатических узлов наиболее результативна при
	периферическом раке легкого
	туберкулезе легкого
	гамартохондроме
	саркоидозе
69	При трансбронхиальной щипцовой биопсии легких берутся на исследование
	участки паренхимы легкого
	кусочки стенки бронха со слизистой оболочкой и хрящевой тканью
	кусочки слизистой бронха
	кусочки патологического образования
70	При бронхоальвеолярном лаваже жидкость исследуется после
	аспирации из катетеризируемых мелких бронхов
	аспирации из трахеи и бронхов во время бронхоскопии
	откашливания
	аспирации из катетеризируемых бронхов 4-5 порядка
71	Трансторакальная биопсия легкого иглой показана при локализации поражения
	субплевральной
	прикорневой
	срединной
	перибронхиальной
72	Больному с бессимптомно протекающим диссеминированным поражением легкого, природу которого не удалось уточнить с помощью трансбронхиальной биопсии легкого иглой, следует рекомендовать
	динамическое наблюдение
	пробное лечение с выбором препарата соответственно наиболее вероятной патологии
	открытую биопсию легкого
	компьютерную томографию органов грудной клетки)
73	При подозрении на наличие свободного выпота в плевральной полости целесообразно произвести

	диагностический пневмоторакс
	рентгеновское исследование в латеропозиции или УЗИ
	плевральную пункцию
	перкуссию грудной клетки
74	При каком методе исследования невозможно определить количественное содержание МТБ?
	микроскопии с окраской мазка по Цилю – Нильсену
	люминесцентной микроскопии
	бактериологическом
	ПЦР
75	Наиболее достоверным методом диагностики при абдоминальном туберкулезе является
	гистологическое исследование биопсийного материала
	УЗИ органов брюшной полости
	рентгенологическое исследование
	иммунологические исследования
76	Метод ПЦР при проведении диагностики
	позволяет в течение 1 рабочего дня установить наличие ДНК МБТ в биологической пробе
	предотвращает лабораторную контаминацию микобактериальной ДНК
	обладает низкой чувствительностью и специфичностью
	определяет степень жизнеспособности выявляемых микобактерий
77	Фрагмент IS 6110 в геномах микобактерий позволяет идентифицировать (определить)
	микобактерии туберкулезного комплекса
	нетуберкулезные микобактерии
	лекарственную чувствительность МБТ к H, R
	лекарственную чувствительность МБТ к фторхинолонам
78	Рентгенологически очаговая тень в легких определяется как
	тень долевого протяженности
	тень в легком, являющаяся отображением воспалительного процесса, в пределах доли легкого
	любое тенеобразование диаметром до 1 см
	тенеобразования до 2 см
79	Распределение очагов в легких при подостром диссеминированном туберкулезе чаще
	в верхних и средних отделах обоих легких симметрично
	равномерное на протяжении обоих легких

	равномерное на протяжении одного легкого
	симметрично в средних и нижних отделах обоих легких
80	Рентгенологические изменения при хроническом диссеминированном туберкулезе характеризуются
	полиморфизмом очагов, фиброзных изменений и участков эмфиземы
	полиморфизмом очагов
	фиброзных изменений и участков эмфиземы
	однотипностью очагов, фиброзных изменений и участков эмфиземы
81	В верхнезаднем отделе верхней доли левого легкого расположены
	2 сегмент
	1-2 сегменты
	2-3 сегменты
	3-4 сегменты
82	Основным рентгенологическим методом исследования больного туберкулезом легких является
	компьютерная томография
	бронхография
	рентгенография
	рентгеноскопия
83	Наиболее важным скиалогическим признаком, косвенно подтверждающим туберкулезную этиологию поражения легких, является
	полость распада
	перифокальное воспаление вокруг полости
	долевое затемнение
	полиморфные очаги в легочной ткани
84	Рентгенологическим признаком, косвенно подтверждающим туберкулезную этиологию полости распада в легких, является
	очаговые тени бронхогенного обсеменения
	парная полоска дренирующего бронха
	горизонтальный уровень жидкости в полости
	секвестр в полости
85	Какой сегмент расположен в верхнем отделе нижней доли легкого?
	7 сегмент
	6 сегмент
	8 сегмент
	9 сегмент

86	При рентгенологическом исследовании полиморфизм очаговых теней в легких характеризуется
	различной локализацией
	особенностью их контура
	различной интенсивностью
	разной величиной
87	При оценке фазы дыхания, в которой выполнена обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции, следует учитывать
	высоту положения правого купола диафрагмы
	высоту положения левого купола диафрагмы
	положение обоих куполов диафрагмы
	степень прозрачности легочных полей
88	При оценке технического качества обзорной рентгенограммы органов грудной клетки степень жесткости считается стандартной, если
	четко видны тела 3-4-х верхних грудных позвонков
	четко видны тела 2-х верхних грудных позвонков
	монолитный позвоночный столб намечается на фоне тени средостения
	четко видны тела 5-6 грудных позвонков
89	Наиболее достоверным методом диагностики туберкулеза легких с деструкцией является
	диагностическая рентгенография
	томография
	проверочная флюорография
	ультразвуковое исследование легких
1	Клиника туберкулеза органов дыхания
90	Структура диагноза больного туберкулезом органов дыхания обязательно включает следующие элементы
	клиническая форма туберкулеза, локализация, фаза процесса, бактериовыделение
	клиническая форма туберкулеза, локализация, фаза процесса, бактериовыделение, осложнения
	клиническая форма туберкулеза, фаза процесса, бактериовыделение, осложнения
	клиническая форма туберкулеза, локализация, фаза процесса, осложнения
91	Клиническая форма туберкулеза органов дыхания определяется как
	клинико-рентгенологическое отражение патоморфологических процессов в легких и внутригрудных лимфатических узлах
	рентгенологическое отражение патоморфологических процессов в легких

	отражение патофизиологических процессов, развившихся в легких и внутригрудных лимфатических узлах
	клиническое отражение процессов, происходящих в пораженном участке легкого
92	Туберкулёма легких – клиническая форма туберкулеза, которая характеризуется
	наличием капсулированного казеоза округлой формы более 1 см в диаметре
	наличием в легком казеозного очага округлой формы с четкими контурами
	наличием в легких затемнения округлой формы и отсутствием клинических проявлений
	наличием в легком очагового затемнения с перифокальным воспалением
93	Инфильтративный туберкулез легких – клиническая форма туберкулеза, которая характеризуется наличием
	затемнением сегментарной протяженности треугольной формы с малосимптомным течением
	специфического бронхопневмонического воспаления размером более 1 см
	распространенного специфического процесса с выраженной клинической картиной заболевания
	процесса ограниченной протяженности без выраженной клинической картины
94	Очаговый туберкулез легких – клиническая форма туберкулеза, которая характеризуется наличием
	одиночных или множественных очагов размером не более 1 см в диаметре, локализующихся в ограниченном участке одного или обоих легких и занимающих 1 или 2 сегмента
	двусторонних очаговых изменений в двух и более сегментах
	процесса ограниченной протяженности с бессимптомным течением
	одиночных или множественных теней более 1 см в диаметре и занимающих 1 или 2 сегмента одного или обоих легких
95	Казеозная пневмония – клиническая форма туберкулеза, при которой
	казеозные изменения преобладают над перифокальными и занимают легочную ткань на протяжении трех сегментов и более; клинически проявляется остро прогрессирующим и тяжелым течением
	перифокальные изменения преобладают над казеозными и занимают легочную ткань на протяжении трех сегментов и более; клинически проявляется тяжелым течением
	клинические проявления заболевания характеризуются острым началом, тяжелым течением с двусторонним поражением легких
	казеозные изменения преобладают над перифокальными и занимают легочную ткань на протяжении сегмента и более; клинически проявляется подострым течением

96	Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – клиническая форма туберкулеза, которая характеризуется
	поражением только бронхопульмональной группы лимфатических узлов
	поражением лимфатических узлов корня легкого и легочной ткани
	поражением внутригрудных и всех групп периферических лимфоузлов
	поражением лимфатических узлов корня легкого или средостения при отсутствии рентгенологически видимых изменений в легких
97	Кавернозный туберкулез легких – клиническая форма туберкулеза, которая характеризуется наличием
	сформированной каверны круглой (овальной) формы, без выраженных перифокальных и фиброзных изменений в окружающей легочной ткани
	полости овальной формы с нечеткими внутренними и наружными контурами
	каверны круглой (овальной) формы с четкими внутренними контурами на фоне инфильтративных изменений легочной ткани
	сформированной каверны, выраженным фиброзом в легочной ткани с очагами бронхогенного обсеменения
98	Первичный туберкулезный комплекс – клиническая форма туберкулеза органов дыхания, которая характеризуется наличием
	очага или фокуса в легких с отводящей дорожкой к корню легкого
	очага или фокуса в легком, пораженных регионарных внутригрудных лимфатических узлов и лимфангита между ними
	в легком очага или фокуса округлой формы, которые развились у лиц ранее неинфицированных МБТ
	очага или группы очагов в легком, которые развились в период первичного инфицирования микобактериями туберкулеза
99	Фиброзно-кавернозный туберкулез легких – клиническая форма туберкулеза с наличием
	фиброзной каверны и выраженного фиброза в окружающей легочной ткани
	полости неправильной формы без четких наружных границ на фоне затемнения легочной ткани средней интенсивности
	выраженного фиброза легочной ткани долевой протяженности с ячеистыми просветлениями и очагами высокой и средней интенсивности
	изолированной, стабильной в своих размерах каверны без выраженных фиброзных изменений вокруг
100	Туберкулезная интоксикация у детей и подростков – клиническая форма туберкулеза, которая характеризуется
	комплексом функциональных нарушений, который возникает при наличии в организме первичной туберкулезной инфекции с невыявленной локализацией
	умеренными симптомами интоксикации, обусловленной минимальными изменениями во внутригрудных лимфатических узлах

	комплексом функциональных нарушений, который обусловлен минимальными изменениями в легких
	функциональными нарушениями у детей и подростков, инфицированных микобактериями туберкулеза
101	Милиарный туберкулез легких – клиническая форма туберкулеза, которая характеризуется
	равномерными высыпаниями в обоих легких просовидных бугорков диаметром 1-2 мм
	наличием в обоих легких множественных очагов и выраженных симптомов интоксикации
	наличием в обоих легких множественных очагов и фокусов различной величины и генерализацией процесса в другие органы
	наличием множественных очагов различной величины, формы, расположенных в верхних и средних отделах обоих легких
102	Цирротический туберкулез легких – клиническая форма туберкулеза, которая характеризуется
	массивным разрастанием грубой соединительной ткани в легких и плевре с наличием заживших и активных туберкулезных очагов
	наличием затемнения сегментарной протяженности с объемным уменьшением легкого
	выраженным развитием фиброза в легочной ткани и плевре и наличием фиброзной каверны
	наличием участков склеротического уплотнения легочной ткани, фиброателектазов, уплотнением костальной и междолевой плевры
103	Туберкулезный плеврит – клиническая форма туберкулеза, при которой
	имеется воспаление плевры и накопление экссудата в плевральной полости при отсутствии рентгенологически видимых изменений в легких и внутригрудных лимфатических узлах
	имеется экссудат в плевральных полостях при наличии диссеминации в легких
	имеется воспаление плевры и накопление экссудата в плевральной полости при наличии увеличенных внутригрудных лимфатических узлов
	определяется накопление транссудата в плевральной полости при отсутствии рентгенологически видимых изменений в легких и внутригрудных лимфатических узлах
104	Диссеминированный туберкулез легких – клиническая форма туберкулеза, которая характеризуется
	наличием в обоих легких множественных очагов, фокусов различной величины, возникновение которых связано с рассеиванием микобактерий туберкулеза лимфо-гематогенным путем
	наличием множественных очагов в обоих легких и двусторонним увеличением бронхопульмональных лимфоузлов

	наличием двусторонней очаговой диссеминации с преимущественным расположением в средних и нижних отделах легких
	наличием в обоих легких одноклеточных очагов диаметром 1-2 мм, возникновение которых связано с распространением микобактерий туберкулеза гематогенным путем
105	Формулировка диагноза туберкулеза с деструктивным процессом
	кавернозный туберкулез легких в фазе инфильтрации
	очаговый туберкулез легких в фазе инфильтрации
	инфильтративный туберкулез легких в фазе распада
	туберкулема лёгких в фазе распада
106	Деструктивные изменения в легких при милиарном туберкулезе
	обнаруживаются через 2 недели
	обнаруживаются всегда
	не обнаруживаются
	обнаруживаются через 2 месяца
107	Реакция на пробу манту с 2 ТЕ ППД – Л при милиарном туберкулезе чаще
	выраженная положительная
	гиперергическая
	сомнительная
	отрицательная
108	Для кавернозного туберкулеза легких характерно наличие
	слабо выраженных симптомов интоксикации
	выраженных симптомов интоксикации
	выраженного бронхоспастического синдрома
	волнообразное течение заболевания
109	У больных цирротическим туберкулезом среди клинических проявлений чаще всего наблюдается
	боль в грудной клетке
	одышка
	повышение температуры тела
	“лающий” кашель
110	Клинически малосимптомно и без изменений, выявляемых с помощью физикальных методов исследования, протекает туберкулез легких
	диссеминированный
	инфильтративный
	очаговый
	цирротический

111	Наличие выраженных клинических симптомов интоксикации наиболее характерно для
	кавернозного туберкулеза легких
	подострого диссеминированного туберкулеза легких
	инфильтративного туберкулеза легких
	казеозной пневмонии
112	При милиарном туберкулезе очаговые тени в легких при рентгенологическом исследовании обнаруживаются на
	на 10–14 день
	на 3–5 день
	на 6–9 день
	на 1 день
113	При диагностике милиарного туберкулеза наиболее важное значение имеют данные исследования
	клинические признаки заболевания
	рентгенологического
	лабораторного
	бронхоскопического
114	Основным методом выявления очагового туберкулеза легких является
	проба с АТР
	диагностическая флюорография
	проверочная флюорография
	обнаружение МБТ в мокроте
115	Основным и наиболее частым методом выявления инфильтративного туберкулеза легких является
	определение МБТ в мокроте
	профилактическая флюорография
	проба с АТР
	диагностическая флюорография
116	Бронхолобулярный тип инфильтрата характеризуется затемнением
	1,5-3 см в диаметре
	протяженностью 5-6 см в диаметре
	протяженностью сегмента легкого и более, но меньше доли
	протяженностью равной доли легкого
117	Казеозная пневмония характеризуется следующими рентгенологическими признаками
	затемнением более трех сегментов, распадом легочной ткани, бронхогенным обсеменением

	высокой интенсивностью затемнения без распада и бронхогенного обсеменения
	неоднородным участком затемнения с множественными полостями распада
	затемнением одного сегмента с распадом и бронхогенным обсеменением
118	Для казеозной пневмонии в фазе распада характерно выделение МБТ
	скудное
	обильное
	однократное
	редкое
119	Какая реакция на пробу Манту характерна для туберкулемы?
	сомнительная
	отрицательная
	гиперергическая
	нормергическая
120	При кавернозном туберкулезе легких бактериовыделение
	массивное и постоянное
	массивное и непостоянное
	скудное и постоянное
	скудное и непостоянное
121	Бактериовыделение у больного фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, не подвергшегося лечению или в период обострения заболевания
	обильное и постоянное
	обильное и периодическое
	скудное и периодическое
	скудное и постоянное
122	Клинические признаки, позволяющие заподозрить у больного милиарный туберкулез
	лихорадка, тахикардия, выраженная одышка, сухой кашель, непостоянные сухие хрипы в легких
	лихорадка, тахикардия, одышка, сильный приступообразный кашель, большое количество сухих и влажных хрипов в легких
	лихорадка, брадикардия, сильный сухой кашель, рассеянные сухие хрипы в легких
	лихорадка, тахикардия, одышка, кашель с мокротой, рассеянные сухие хрипы в легких
123	Наилучшим исходом при благоприятной динамике милиарного туберкулеза легких является
	уплотнение очагов диссеминации

	частичное рассасывание очагов
	полное рассасывание очагов
	кальцинация очагов
124	Инфильтративный туберкулез легких наиболее часто локализуется в сегментах
	8, 9, 10
	3, 4, 5, 6
	1, 2, 3
	1, 2, 6
125	При бронхобулярном инфильтрате МБТ в мокроте и промывных водах бронхов обнаруживаются
	редко
	однократно
	часто
	всегда
126	При округлом инфильтрате выделение МБТ методом люминесцентной микроскопии наблюдается
	редко
	часто
	всегда
127	Туберкулема чаще локализуется в сегментах легкого
	1, 2, 6
	1, 2, 8
	1, 6, 9
	1, 3, 6
128	Основным критерием затихания вспышки инфекционного процесса при фиброзно-кавернозном туберкулезе является
	прекращение бактериовыделения
	уменьшение явлений легочно-сердечной недостаточности
	исчезновение симптомов интоксикации
	отсутствие осложнений
129	Тяжелое течение заболевания, более характерно для
	казеозной пневмонии
	туберкулемы легких
	инфильтративного туберкулеза легких
	кавернозного туберкулеза легких

130	Чаще протекает инанперцептно и выявляется при массовой флюорографии населения
	туберкулезной плеврит
	туберкулёма легких и очаговый туберкулез легких
	цирротический туберкулез легких
	инфильтративный туберкулез легких
131	Основным критерием отличия фиброзно-кавернозного туберкулеза легких от полостной формы рака легкого и абсцесса легкого является
	бронхоскопическая картина
	рентгенологическая картина изменений в легких
	обнаружение микобактерий туберкулеза
	клиническое течение заболевания
132	Первичный туберкулез, в отличие от вторичного, характеризуется
	положительной реакцией на пробу Манту с 2 ППД-Л
	отрицательной реакцией на пробу Манту с 2 ППД-Л
	более частой локализацией специфических изменений в легком
	вовлечением лимфатической системы в патологический процесс
133	Длительная экзогенная интоксикация при алкоголизме и наркомании
	снижает общую и специфическую реактивность организма
	существенно влияет только на переносимость химиотерапии
	способствует раннему выявлению туберкулеза
	приводит к малосимптомному течению туберкулеза
134	О наличии у больного фибринозного плеврита свидетельствует следующий аускультативный признак
	шум трения плевры
	мелкопузырчатые влажные хрипы
	крупнопузырчатые влажные хрипы
	рассеянные сухие хрипы
135	Волнообразное течение лихорадки имеет место при экссудативных плевритах
	гнойных
	хилезных
	серозно-фибринозных
	серозных
136	Общее количество лимфоцитов в крови здорового человека в 1 мкл
	1200-2000
	100-500
	450-1000
	600-1000

137	Тяжелому иммунодефициту соответствует уровень CD4+ лимфоцитов
	>500 кл/мкл
	350-499 кл/мкл
	200-349 кл/мкл
	<200 кл/мкл
138	Стадии ВИЧ-инфекции
	стадия инкубации, стадия первичных проявлений, субклиническая стадия, стадия вторичных заболеваний, терминальная стадия
	стадия латентная, стадия первичных проявлений, субклиническая стадия, стадия вторичных заболеваний, терминальная стадия
	стадия инкубации, стадия первичных проявлений, стадия вторичных заболеваний, терминальная стадия
	стадия инкубации, стадия первичных проявлений, стадия вторичных заболеваний
139	Из группы вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции следует исключить
	пневмоцистная пневмония
	токсоплазмоз
	гепатит В
	туберкулез
140	При количестве CD4+ менее 100 кл в 1 мкл у больных с сочетанной патологией ВИЧ/ТБ назначают антиретровирусную терапию (АРВТ)
	в течение первых 2 месяцев
	немедленно
	в течение первых 3 месяцев
	в течение 2-3 недель от старта ПТТ для снижения риска развития ВСВИС
141	Какая из перечисленных форм легочного туберкулеза развивается у больных ВИЧ-инфекцией в условиях глубокого иммунодефицита?
	фиброзно-кавернозная
	туберкулема
	диссеминированный
	очаговая
142	На какой стадии ВИЧ-инфекции характерным клиническим проявлением может являться мононуклеозоподобный синдром?
	вторичных заболеваний
	первичных проявлений
	инкубации
	субклиническая

143	Какие антиретровирусные препараты не назначают больным туберкулезом при приеме рифампицина?
	ингибиторы протеазы
	ингибиторы обратной транскриптазы
	ингибиторы интегразы
	ингибиторы рецепторов CCR5
144	Лечение впервые выявленного туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, начинают с терапии
	противотуберкулезной
	антиретровирусной
	противотуберкулезной и антиретровирусной
	патогенетической
145	При наличии синдрома диссеминации в легких из дифференциально-диагностического ряда следует исключить
	карциноматоз
	эхинококкоз
	саркоидоз
	пневмокониоз
146	В сложных диагностических ситуациях при подозрении на милиарный туберкулез легких рекомендуется проведение терапии
	антибиотиками широкого спектра действия
	нестероидными противовоспалительными препаратами
	противотуберкулезными препаратами
	иммуномодуляторами
147	При диагностике кавернозного туберкулёза лёгких в дифференциально-диагностический ряд включают
	поликистоз легких
	абсцесс легкого
	инфильтративный туберкулез легких в фазе распада
	кавернозную форму рака легкого
148	При диагностике туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов в дифференциально-диагностический ряд включают
	бронхиолоальвеолярный рак
	лимфома Ходжкина
	саркоидоз
	неспецифический лимфаденит
149	При дифференциальной диагностике деструктивного туберкулеза с абсцессом легкого целесообразно провести лечение

	антибиотиками, не влияющими на МБТ
	противотуберкулезными препаратами
	кортикостероидными препаратами
	противогрибковыми препаратами
150	Для верификации диагноза при шаровидной тени, локализующейся субплеврально целесообразно применить
	бронхоскопию с прямой биопсией
	трансторакальную игловую биопсию легкого
	катетербиопсию
	медиастиноскопию
151	При диагностике диссеминированного туберкулёза легких в дифференциально-диагностический ряд включают
	карциноматоз
	саркоидоз
	лимфому Ходжкина
	пневмокониоз
152	При диагностике туберкулёмы легких в дифференциально-диагностический ряд включают
	периферический рак
	аспергиллему
	гамартохондрому
	саркоидоз
153	Основным критерием, позволяющим отличить фиброзно-кавернозный туберкулез легких от полостной формы рака легкого и абсцесса легкого является
	обнаружение микобактерий туберкулеза
	рентгенологическая картина изменений в легких
	клиническое течение заболевания
	показатели периферической крови
154	Больному с шаровидным образованием в легком, для уточнения этиологии процесса показана
	пробная тест терапия
	открытая биопсия
	резекция легкого
	динамическое наблюдение
155	Узловатая эритема отсутствует при
	ревматизме
	иерсиниозе

	брюшном тифе
	саркоидозе
156	Туберкулёму легкого в фазе инфильтрации необходимо дифференцировать с
	инфильтративным туберкулезом в фазе распада
	кавернозным туберкулезом
	очаговым туберкулезом в фазе инфильтрации
	инфильтративным туберкулезом
157	Наиболее достоверными методами верификации кавернозного туберкулеза
	легких и полостной формы рака легкого являются
	бактериологический и цито-гистологический
	биохимический и иммунологический
	пробное лечение и динамическое наблюдение
	рентгенологический и бактериологический
158	Для верификации системных и злокачественных заболеваний лимфатических
	узлов обязательным методом диагностики является
	бронхоскопия
	биопсия
	рентгенотомография
	пробная терапия
159	При лимфоме Ходжкина чаще увеличиваются лимфатические узлы
	паратрахеальные
	парааортальные
	бронхопульмональные
	бифуркационные
160	В дифференциальной диагностике туберкулеза внутригрудных
	лимфатических узлов от лимфом другой этиологии (саркоидоз, лимфома
	Ходжкина) наиболее информативным методом является
	цитологически
	серологический
	гистологический с проведением гистобактериоскопии с окраской по Цилю-Нильсену
	рентгенологический
161	Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов чаще наблюдается в
	возрасте
	детском и подростковом
	юношеском и пожилом
	молодом и среднем
	детском, молодом и пожилом

162	При рентгенологическом исследовании корень при центральном раке легкого
	расширен, бесструктурен
	не изменен
	не виден (закрыт средостением)
	смещен в здоровую сторону
163	Увеличение лимфатических узлов бифуркационной группы лучше выявляется при
	КТ-исследовании
	рентгенографии
	УЗИ и контрастировании пищевода
	контрастировании пищевода
164	Для туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов характерно поражение лимфатических узлов
	двусторонние корневые
	одного из корней
	одного из корней и паратрахеальные
	двусторонние корневые и паратрахеальные
165	Двустороннее расширение тени корней легких с полициклическими контурами наиболее характерно для
	туберкулеза
	лимфомы Ходжкина
	саркоидоза
	для метастазов
166	Увеличение лимфатических узлов корней легких и средостения при лимфоме Ходжкина наиболее часто
	двустороннее и асимметричное
	двустороннее и симметричное
	одностороннее
	только лимфатических узлов корней
167	Тяжелая миастения может сопровождать
	опухоль вилочковой железы
	загрудинный зоб
	неврогенную опухоль
	медиастинальный рак
168	Анатомическим субстратом тени корня в норме являются
	артерии, вены и бронхи
	артерии и вены

	артерии
	артерии и бронхи
169	Бифуркация трахеи расположена на уровне грудного позвонка
	пятого, шестого
	четвертого
	третьего
	седьмого
170	На рентгенограмме грудной клетки в боковой проекции головка корня левого легкого расположена
	выше правой и кзади
	на одном уровне
	ниже правой и кзади
	выше правой и кпереди
171	Под внутригрудными лимфатическими узлами понимают узлы
	корневые и средостения
	центрального и заднего средостения
	корневые
	переднего средостения
172	Двустороннее увеличение размеров корней легких, чаще всего, наблюдается при
	саркоидозе
	лимфоме Ходжкина
	метастазах опухоли почки
	венозной гипертензии малого круга кровообращения
173	Крупные кальцинаты в лимфатических узлах при заживлении первичного туберкулезного комплекса формируются
	при выраженном казеозном некрозе
	при формировании бронхо-нодулярного свища
	в порядке исключения
	всегда
174	Формирование кальцинатов в лимфатическом узле при заживлении первичного туберкулезного комплекса зависит от
	выраженности казеозного некроза
	величины узла
	наличия осложнений процесса
	характера проведенного лечения

175	Медиастиноскопия по Карленсу показана при поражении внутригрудных лимфатических узлов
	паратрахеальных, трахеобронхиальных, бифуркационных
	перикардиальных
	бронхопульмональных
	всех групп
176	Гранулема при саркоидозе состоит из
	эозинофилов
	клеток Березовского – Штернберга – Рид
	эпителиоидных и гигантских клеток Пирогова-Ланхганса
	гистиоцитов
177	Наиболее характерной особенностью саркоидоза органов дыхания является
	выраженная клиника при незначительных рентгенологических изменениях
	скудная клиника при значительных рентгенологических изменениях
	соответствие клинических данных рентгенологической картине
	отсутствие клиники при выраженных рентгенологических изменениях
178	Саркоидозом наиболее часто заболевают лица в возрасте
	старше 60 лет
	17-20 лет
	41-60 лет
	21-40 лет
179	Характерным рентгенологическим признакам I стадии саркоидоза органов дыхания является
	двустороннее увеличение бронхопульмональных лимфатических узлов
	одностороннее увеличение бронхопульмональных лимфатических узлов
	увеличение всех групп внутригрудных лимфатических узлов
	увеличение паратрахеальной группы лимфатических узлов
180	Абсолютными неотложными показаниями к стероидной терапии саркоидоза являются поражения
	центральной нервной системы
	костей
	сердца
	глаз
181	У больных саркоидозом от кортикостероидной терапии можно воздержаться
	в I стадии саркоидоза органов дыхания
	при отсутствии клиники
	при спонтанной инволюции процесса
	при отсутствии признаков генерализации

182	Прямыми бронхоскопическими признаками рака стенки бронха являются
	разрастания опухоли по стенке бронха
	локальное утолщение и шероховатость слизистой
	диффузная гиперемия слизистой
	легкая ранимость слизистой
183	Самым частым вариантом атипичной формы рака легкого является
	костная
	почечная
	медиастинальная
	мозговая
184	Ведущее место в диагностике центрального рака легкого занимает
	бронхоскопия с биопсией
	клинико-лабораторный метод исследования
	рентгеномография легких
	КТ-исследование
185	При развитии в средостении злокачественных лимфом, как правило, поражаются лимфатические узлы
	центрального средостения
	передневерхнего средостения
	заднего средостения
	всех групп с одинаковой частотой
186	Выявление петрификатов в опухоли средостения при рентгенологическом исследовании является патогномоничным для
	зрелой тератомы
	тимомы
	неврогенной опухоли
	злокачественной лимфомы
187	Выраженное смещение и сдавление трахеи, пищевода и магистральных сосудов в области верхней апертуры грудной клетки наиболее характерно для
	тератомы средостения
	злокачественных лимфом средостения
	загрудинного зоба
	тимомы
188	Бесструктурный корень легкого наблюдается при
	хроническом бронхите
	центральной раке легкого
	бронхо-энтерогенной кисте средостения

	опухоли трахеи
189	Для центрального эндобронхиального рака легкого наиболее характерно
	затемнение в области корня
	нарушение подвижности диафрагмы
	нарушение бронхиальной проходимости
	усиление и деформация легочного рисунка в прикорневой зоне
190	Средостение при гиповентиляции нижней доли легкого может
	занимать обычное положение
	смещаться в сторону поражения полностью
	смещаться в здоровую сторону
	смещаться в сторону поражения частично
191	У больных с опухолевыми процессами в легких экссудативный плеврит чаще бывает
	геморрагический
	серозный
	фибринозный
	гнойный
192	Туберкулез внутригрудных лимфатических редко осложняется
	туберкулезом бронхов
	кровоотечением
	ателектазом
	диссеминацией (лимфогенной и бронхогенной)
193	Наиболее частым специфическим осложнением фиброзно-кавернозного туберкулеза легких является
	туберкулез кишечника
	туберкулез коленного сустава
	туберкулез бронхов
	туберкулез лимфатических узлов
194	Наиболее частым осложнением инфильтративного туберкулеза легких в фазе распада является
	ателектаз доли легкого
	туберкулез гортани
	легочно-сердечная недостаточность
	кровохарканье
195	Острое прогрессирующее течение туберкулеза органов дыхания с летальным исходом характерно для больных с
	казеозной пневмонией

	хроническим диссеминированным туберкулезом
	фиброзно-кавернозным туберкулезом
	инфильтративным туберкулезом
196	Наиболее вероятным осложнением первичного туберкулеза является
	нарушение бронхиальной проходимости
	легочно-сердечная недостаточность
	туберкулез гортани
	амилоидоз внутренних органов
197	Основной причиной легочного кровотечения у больных туберкулезом легких является
	повреждение стенок сосудов
	нарушения в свертывающей системе крови
	нарушения в противосвертывающей системе крови
	застойные явления в малом круге кровообращения
198	Самым редким специфическим осложнением фиброзно-кавернозного туберкулеза легких является
	милиарный туберкулез
	туберкулез гортани
	туберкулез бронхов (главного, долевого, сегментарного)
	казеозная пневмония
199	Симптомами спонтанного пневмоторакса являются
	повышение температуры тела
	кровохарканье
	одышка
	резкая боль в грудной клетке
200	Спонтанный пневмоторакс является осложнением
	цирротического туберкулеза
	фиброзно-кавернозного туберкулеза
	милиарного туберкулеза
	эмпиемы плевры
201	Форма туберкулеза, при которой возможно развитие инфекционно-токсического шока
	казеозная пневмония
	инфильтративная
	кавернозный туберкулез
	туберкулез почек
1	Внелегочный туберкулёз

202	Туберкулез позвоночника развивается при распространении МБТ преимущественно путём
	контактным
	гематогенным
	лимфогенным
	аэрогенным
203	Начальные туберкулезные изменения в почке локализуются в
	чашечках почки
	мозговом слое
	корковом слое
	лоханках почки
204	К начальной клинической форме туберкулеза почки относят
	паренхиматозную
	фиброзно-кавернозную
	кавернозную
	папиллит
205	Наиболее типичной жалобой больного туберкулезным менингитом в периоде продромы является
	подъем температуры тела
	головокружение
	тошнота
	длительная головная боль, плохо снимающаяся анальгетиками
206	Самая частая локализация инфекционного процесса при костно-суставном туберкулезе
	позвоночник
	тазобедренный сустав
	коленный сустав
	голеностопный сустав
207	Основным путем распространения туберкулезной инфекции на мочевую систему является
	гематогенный
	контактный
	лимфогенный
	интраканаликулярный
208	Туберкулез почек у детей выявляется в виде формы
	паренхиматозной
	папилломатозной
	кавернозной

	фиброзно-кавернозной
209	Из проявлений туберкулеза на слизистой оболочке полости рта чаще наблюдается
	язва
	очаги
	туберкулема
	рубцы
210	Общепринятым методом диагностики туберкулеза слизистой оболочки полости рта является
	взятие мазков на МБТ
	компьютерная томография
	консультация фтизиатра
	бронхоскопия
211	Туберкулез слизистой оболочки полости рта может являться единственной локализацией туберкулеза, если
	поражение слизистой является первичным аффектом
	заболевание вызвано микобактериями мышинового типа
	после вакцинации БЦЖ прошло более 7 лет
	вакцинация БЦЖ не производилась
212	Осложнением туберкулеза периферических лимфатических узлов является
	формирование свищей
	хронизация
	кровотечение
	«слоновость»
213	Комплекс симптомов, достаточный для установления диагноза туберкулеза подчелюстных и/или шейных лимфатических узлов
	обнаружение в пунктате или свищевом отделяемом МБТ
	положительная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ и наличие туберкулеза легких
	положительная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ и обнаружение в мокроте бактериовыделения
	обнаружение в пунктате лимфоузла клеточных элементов воспалительной гранулемы
214	Первичным элементом туберкулезной волчанки является
	люпома 1-3 мм
	туберкулема до 2 см
	язва от 0,5 до 1 см
	келлоидный рубец

215	Для туберкулезного менингита характерным изменением при исследовании спинномозговой жидкости является
	наличие скоплений эритроцитов
	повышение содержания глюкозы
	выпадение фибриновой пленки
	повышение содержания хлоридов
216	Наиболее достоверные методы диагностики при абдоминальном туберкулезе является
	иммунологические исследования
	УЗИ органов брюшной полости
	гистологическое исследование биопсийного материала
	рентгенологическое исследование
217	Симптом при лучевом исследовании органов брюшной полости, свидетельствующий о туберкулезном мезадените
	чаши Клойберга
	симптом «ниши»
	кальцинаты в области мезентериальных лимфоузлов
	нарушение моторики желудка
1	Лечение туберкулёза
218	Больным с инфильтративным туберкулезом легких без бактериовыделения и риска МЛУ ТБ назначают режим химиотерапии
	лекарственно-чувствительного туберкулеза
	пре - ШЛУ туберкулеза
	ШЛУ - туберкулеза
	изониазид резистентного туберкулеза
219	Основной принцип выбора режима химиотерапии зависит от
	результатов определения лекарственной чувствительности
	наличия или отсутствия бактериовыделения
	распространенности туберкулезного процесса
	наличия сопутствующей патологии
220	Для профилактики нейротоксического эффекта препаратов группы ГИНК назначают витамин
	В1
	В2
	В6
	В12
221	Суточная доза рифампицина для взрослых составляет
	5 мг/кг

	10 мг/кг
	15 мг/кг
	20 мг/кг
222	Максимальная суточная лечебная доза изониазида составляет
	2,5 мг/кг
	5 мг/кг
	10 мг/кг
	15 мг/кг
	20 мг/кг
223	Снижает эффективность пероральных контрацептивов у женщин
	рифампицин
	изониазид
	этамбутол
	циклосерин
224	Для лечения туберкулеза с установленной лекарственной устойчивостью возбудителя к изониазиду и рифампицину и чувствительностью к фторхинолонам назначают режим химиотерапии
	ШЛУ - туберкулеза
	пре - ШЛУ туберкулеза
	МЛУ - туберкулеза
	изониазид резистентного туберкулеза
225	Пациентам с риском МЛУ туберкулеза при отсутствии результатов определения лекарственной резистентности возбудителя назначают режим химиотерапии
	изониазид резистентного туберкулеза
	МЛУ - туберкулеза
	пре - ШЛУ туберкулеза
	ШЛУ - туберкулеза
226	Продолжительность стационарного курса лечения больного туберкулезом определяется
	массивностью бактериовыделения
	наличием в легких деструктивных изменений
	эффективностью проводимых лечебных мероприятий
	наличием сопутствующих заболеваний
227	Предпосылкой эффективности противотуберкулезной терапии является
	хорошая фармакокинетика
	применение патогенетических методов лечения
	хорошая переносимость препаратов

	чувствительность МБТ к противотуберкулезным препаратам
228	Противопоказанием к назначению рифампицина является
	нарушение функции печени
	язвенная болезнь желудка
	сахарный диабет
	заболевание центральной и периферической нервной системы
229	Ототоксичностью обладает
	левофлоксацин
	цикloserин
	канамицин
	бедаквилин
230	Противопоказанием к назначению изониазида является
	заболевание нервной системы
	язвенная болезнь желудка
	нарушение функции печени
	сахарный диабет
231	Гиперурекимию вызывает
	пиразинамид
	изониазид
	этионамид
	цикloserин
232	Детям больным туберкулезом при лекарственной чувствительности МБТ назначают режим химиотерапии
	I, III
	II
	IV
	V
233	К классу диарилхинолинов относится препарат
	теризидон
	деламанид
	бедаквилин
	линезолид
234	Для лечения туберкулеза с установленной устойчивостью возбудителя к изониазиду и рифампицину, при отсутствии индивидуальных результатов определения лекарственной чувствительности к фторхинолонам назначают режим химиотерапии
	пре- ШЛУ туберкулеза

	ШЛУ - туберкулеза
	изониазид резистентного туберкулеза
	МЛУ - туберкулеза
235	Специфическая химиотерапия у больных цирротическим туберкулезом легких показана при
	обострении специфического процесса, подтвержденного лабораторными методами исследования
	появлении симптомов интоксикации
	усилении легочных жалоб (кашля, одышки, боли в грудной клетке)
	легочном кровохарканье или кровотечении
236	При установленной устойчивости возбудителя к изониазиду, при сохранении чувствительности к рифампицину назначают режим химиотерапии
	лекарственно-чувствительного туберкулеза
	ШЛУ - туберкулеза
	пре- ШЛУ туберкулеза
	изониазид резистентного туберкулеза
237	Наиболее частой неблагоприятной побочной реакцией на деламанид является
	гипотериоз
	удлинение интервала QT и нарушение ритма сердца
	гепатит
	миелосупрессия
238	Для лечения спонтанного пневмоторакса применяют
	дренирование плевральной полости по Бюлау в четвертом-пятом межреберье
	наложение давящей повязки
	медикаментозное лечение
	дренирование плевральной полости по Бюлау во втором-третьем межреберье
239	Повысить эффективность лечения больных с кавернозным туберкулезом легких можно
	назначением лидазы или пирогенала
	применением ультразвуковой терапии
	наложением пневмоторакса или пневмоперитонеума
	назначением курса гормональной терапии
240	Для лечения туберкулеза с установленной лекарственной устойчивостью возбудителя к изониазиду и рифампицину к фторхинолону назначают режим химиотерапии
	МЛУ туберкулеза
	ШЛУ - туберкулеза
	изониазид резистентного туберкулеза

	пре-ШЛУ-туберкулеза
241	Впервые выявленным больным туберкулёзом с бактериовыделением, подтвержденным любым методом до получения лекарственной чувствительности МБТ назначают режим химиотерапии
	лекарственно-чувствительного туберкулеза
	изониазид резистентного туберкулеза
	МЛУ туберкулеза
	ШЛУ - туберкулеза
	пре-ШЛУ туберкулеза
242	Продолжительность интенсивной фазы режима МЛУ-ТБ составляет не менее
	6 месяцев
	8 месяцев
	12 месяцев
	15 месяцев
243	При туберкулезе периферических лимфатических узлов показано
	общее противотуберкулезное лечения в сочетании с местной специфической терапией
	только общее противотуберкулезное лечения
	только местная специфическая терапия
	неспецифическое лечение, наблюдение
244	Лечение больного туберкулезом должно быть
	комплексное
	антибактериальное
	обязательно стационарное
	амбулаторное
245	Основным механизмом развития вторичной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза служит
	селекция
	мутация
	адаптация
	биотрансформация
246	Широкая лекарственная устойчивость возбудителя туберкулёза — это устойчивость к препаратам
	H R Fq
	H E Z Am
	H R Fq Lzd Bq
	H R E Z
	H R E Z Pto Cap

247	В режим химиотерапии изониазид резистентного туберкулеза вместо изониазида включают
	амикацин
	левофлоксацин
	линезолид
	бедаквилин
248	Общий срок режима ШЛУ-ТБ составляет не менее
	12 месяцев
	15 месяцев
	18 месяцев
	20 месяцев
249	Необходимость продолжительного лечения туберкулеза определяется
	медленными темпами инволюции туберкулезного процесса, обусловленные трудностью полного подавления микобактериальной популяции
	характером туберкулезного процесса
	возрастом пациентов и наличием сопутствующей патологии
	достигаемой при этом более высокой эффективностью лечения
250	У детей суточная доза канамицина составляет
	5 мг/кг
	10 мг/кг
	15 мг/кг
	20 мг/кг
	25 мг/кг
251	У детей старше 12 лет доза рифампентина составляет
	10 мг/кг 2-3 раза/неделю
	10 мг/кг ежедневно
	8 мг/кг 2-3 раза/неделю
	8 мг/кг ежедневно
252	Рекомендуется в интенсивную фазу химиотерапии при установленной ШЛУ МБТ назначать не менее
	4-х препаратов
	5-ти препаратов
	6-ти препаратов
	2-х препаратов
	3-х препаратов
253	Для детей больных ШЛУ-ТБ интенсивная фаза V режима составляет не менее
	3 месяцев

	5 месяцев
	6 месяцев
	8 месяцев
254	Средняя доза изониазида для превентивного лечения составляет
	5-8 мг/кг
	8-10 мг/кг
	10-15 мг/кг
	15-20 мг/кг
	20-25 мг/кг
1	Противотуберкулезный диспансер
255	К какой группе относятся очаги с наибольшим риском заражения туберкулезом?
	II группе
	I группе
	III группе
	IV группе
256	К высокой заболеваемости населения туберкулезом следует отнести показатель при выявлении
	100 заболевших на 100 000 населения
	30-50 заболевших на 100 000 населения
	60-70 заболевших на 100 000 населения
	20 заболевших на 100 000 населения
257	В какой группе диспансерного наблюдения наблюдаются дети с активным внелегочным туберкулезом, получающие лечение?
	VI группе
	II группе
	III группе
	I группе
258	В каких группах диспансерного наблюдения наблюдаются больные с активным туберкулезом органов дыхания?
	I-II группах
	III группах
	IV группах
	V-VI группах
259	При контакте с бациллярным больным туберкулезом ребенок/подросток подлежит учету в следующей группе диспансерного наблюдения
	VI А группе
	IV Б группе

	IV А группе
	VI Б группе
	VI В группе
260	Лица, у которых выявлены признаки возможного заболевания туберкулезом, требующие дополнительного обследования наблюдаются по
	0 ГДН группе
	II ГДН группе
	III ГДН группе
	IV ГДН группе
261	Рентгенологическим методом массового обследования населения на туберкулез органов дыхания является
	флюорография
	обзорная рентгенография
	компьютерная томография
	рентгеноскопия
262	В России методом своевременного выявления туберкулеза среди взрослого населения является
	флюорография
	туберкулинодиагностика
	исследование мокроты на МБТ
	иммуноферментный анализ
263	Работникам детских учреждений и пищевой промышленности флюорографическое обследование проводится
	1 раз в год
	2 раза в год
	1 раз в 2 года
	1 раз в 2-3 года в зависимости от эпидемической ситуации в данном районе
264	При уровне заболеваемости населения туберкулезом менее 40 случаев на 100 тыс. населения флюорографическое обследование взрослого населения проводится
	1 раз в 2 года
	1 раза в год
	2 раза в год
	1 раз в 3 год
265	Учащиеся высших и средних учебных заведений должны проходить профилактическое флюорографическое обследование
	1 раз в год
	1 раз в 2 года

	1 раз в 2-3 года в зависимости от эпидемической ситуации в данном районе
	1 раз в 3 года
266	Профилактическое флюорографическое обследование населения на туберкулез проводится
	1 раз в 1-2 года в зависимости от эпидемической ситуации в районе
	1 раз в год
	1 раз в 2 года
	1 раз в 3 года
267	К группе повышенного риска заболевания туберкулезом относятся больные
	ишемической болезнью сердца
	язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки
	ВИЧ-инфекцией
	сахарным диабетом
268	О своевременном выявлении туберкулеза лёгких у впервые выявленного больного свидетельствует обнаружение
	инфильтративного
	«свежего» очагового
	фиброзно-кавернозного
	милиарного
269	Правовой базой обязательного медицинского страхования является
	Федеральный закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
	Федеральный закон РФ «О санитарно-эпидемическом благополучии населения»
	Федеральный закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»
	Федеральный закон РФ «Об основах обязательного социального страхования»
270	Страхователями для не работающих граждан субъектов Российской Федерации являются
	частные организации
	индивидуальные предприниматели
	физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями
	органы исполнительной власти
271	Какой документ выдается на руки застрахованному лицу в системе ОМС?
	страховой медицинский полис
	справка о том, что он застрахован
	договор обязательного медицинского страхования
	договор о страховании

272	Целью медицинской экспертизы нетрудоспособности пациента является
	определение сроков и степени нетрудоспособности
	установление возможности осуществления трудовой деятельности (трудовой прогноз)
	оценка состояния здоровья
	обеспечение качества и эффективности проводимого лечения
273	Для получения листка нетрудоспособности пациент должен представить
	паспорт
	страховой медицинский полис
	медицинская карта амбулаторного больного
	военный билет для военнослужащих
274	Студентам очной формы обучения при заболевании с утратой
	трудоспособности выдается
	справка установленной формы
	листок нетрудоспособности
	справка произвольной формы
	листок нетрудоспособности и справка установленной формы
275	В клинико-экспертную комиссию входят
	лечащий врач, зав. отделением и зам. главного врача по клинико-экспертной работе
	зав. отделением и зам. главного врача по клинико-экспертной работе
	зав. отделением и главный врач
	лечащий врач и зав. отделением
276	Продление листка нетрудоспособности более 15 дней осуществляет
	клинико-экспертная комиссия
	главный врач медицинского учреждения
	заведующий отделением медицинского учреждения
	лечащий врач медицинского учреждения
277	На медико-социальную экспертную комиссию больного направляет
	лечащий врач с утверждением направления клинико-экспертной комиссией
	консилиум специалистов противотуберкулёзного диспансера
	лечащий врач
	заведующий отделением
278	Переосвидетельствование инвалидов I группы проводится 1 раз в
	2 года
	3 года
	1 раз в год

	1 раз в 6 месяцев
279	Переосвидетельствование инвалидов II и III групп проводится 1 раз в
	1 год
	2 года
	6 месяцев
	3 года
280	Централизованное управление и контроль за противотуберкулезными мероприятиями (качеством диагностики и лечения, движением контингентов) осуществляет
	головное противотуберкулезное учреждение субъекта РФ
	департамент здравоохранения субъекта РФ
	учреждение Роспотребнадзора
	министерство здравоохранения РФ
281	За составление и выполнение плана проверочного флюорографического обследования обслуживаемого населения отвечают руководители следующих организаций
	территориальных учреждений Роспотребнадзора
	территориальных поликлиник
	противотуберкулезных диспансеров
	территориальных центров профилактики
	организаций красного креста
282	Решение о необходимости диспансерного наблюдения или его прекращении больному сообщается
	в письменном виде комиссией врачей при посещении больным диспансера
	в устной форме комиссией врачей диспансера
	по телефону участковым врачом-фтизиатром
	в устной форме участковым врачом-фтизиатром
	в письменном виде по почте
283	После выявления больного туберкулезом с МБТ (+) врач обязан заказать проведение заключительной дезинфекции в следующие сроки
	не позднее 1-х суток
	в течение 2-х суток
	в течение 3-х суток
	в течение 4-х суток
	в течение 5-ти суток
284	При выявлении у больного МБТ врач должен провести обследование очага туберкулеза по месту жительства больного не позднее
	1-го дня

	2-го дня
	3-го дня
	4-го дня
	5-го дня
285	Очаг туберкулеза I степени эпидопасности врач-фтизиатр обязан посетить
	1 раз в месяц
	1 раз в квартал
	1 раз в полгода
	1 раз в год
	по показаниям
286	Обследование очагов туберкулеза I степени специалистами противотуберкулезных организаций (отделений, кабинетов) совместно со специалистами эпидемиологами при динамическом наблюдении проводится
	4 раза в год
	2 раза в год
	1 раз в год
	1 раз в месяц
287	Очаг туберкулеза II степени эпидопасности врач-фтизиатр обязан посетить
	1 раз в месяц
	1 раз в квартал
	1 раз в полгода
	1 раз в год
	по показаниям
288	Очаг туберкулеза II степени эпидопасности медсестра противотуберкулезного диспансера обязана посетить
	1 раз в месяц
	1 раз в квартал
	1 раз в полгода
	1 раз в год
	по показаниям
289	Очаг туберкулеза II степени эпидопасности врач эпидемиолог обязан посетить
	1 раз в месяц
	1 раз в квартал
	1 раз в год
	1 раз в полгода
	по показаниям
290	Очаг туберкулеза III степени эпидопасности врач-фтизиатр обязан посетить
	1 раз в месяц

	1 раз в квартал
	1 раз в полгода
	1 раз в год
	по показаниям
291	Очаг туберкулеза III степени эпидопасности медсестра противотуберкулезного диспансера обязана посетить
	1 раз в месяц
	1 раз в квартал
	1 раз в полгода
	1 раз в год
	по показаниям
292	Очаг туберкулеза III степени эпидопасности врач эпидемиолог обязан посетить
	1 раз в месяц
	1 раз в квартал
	1 раз в полгода
	1 раз в год
	по показаниям
293	Решение о необходимости диспансерного наблюдения или его прекращении больному сообщается
	в устной форме участковым врачом-фтизиатром
	в устной форме комиссией врачей диспансера
	по телефону участковым врачом-фтизиатром
	в письменном виде комиссией врачей при посещении больным диспансера
	в письменном виде по почте
294	Флюорографическое обследование работников родильных домов должно проводиться
	1 раз в год
	1 раз в квартал
	2 раза в год
	1 раз в 2 года
	1 раз в 3 года
295	Диспансерное наблюдение больного туберкулезом осуществляется
	без его согласия
	с его согласия
	по согласию законных представителей больного
	по согласию больного и членов его семьи
	по согласованию с органами опеки

296	Самым опасным очагом туберкулезной инфекции является
	бактериовыделитель с наличием в окружении его детей, с асоциальным поведением, проживающий в тяжелых бытовых условиях
	скудный бактериовыделитель при контакте только со взрослыми
	бактериовыделитель с факультативным выделением микобактерий туберкулёза и при контакте только со взрослыми
	больной без бактериовыделения
297	О своевременном выявлении туберкулеза свидетельствует обнаружение у впервые выявленного больного
	милиарного туберкулеза легких
	инфильтративного туберкулеза легких
	фиброзно-кавернозного туберкулеза легких
	«свежего» очагового туберкулеза легких
	эмпиемы плевры
298	Флюорографическое обследование больным сахарным диабетом должно проводиться
	1 раз в месяц
	1 раз в квартал
	1 раз в год
	1 раз в 2 года
	1 раз в 3 года
299	Флюорографическое обследование ВИЧ инфицированных лиц должно проводиться
	1 раз в год
	1 раз в квартал
	2 раза в год
	1 раз в 2 года
	1 раз в 3 года
1	Туберкулёз органов дыхания у детей и подростков
300	Первичным туберкулезом болеют
	преимущественно дети
	преимущественно подростки
	преимущественно женщины и мужчины зрелого возраста
	люди старческого возраста
301	После первичного инфицирования, риск развития заболевания туберкулезом наиболее высок в
	раннем возрасте
	дошкольном возрасте
	младшем школьном возрасте

	подростковом возрасте
302	Первичный туберкулезный комплекс формируют следующие элементы
	первичный аффект, лимфангит, увеличение регионарных внутригрудных лимфатических узлов
	первичная каверна, лимфангит
	первичный аффект, каверна, регионарное увеличение внутригрудных лимфатических узлов
	первичный аффект, туберкулома, фиброз
303	Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов формируют следующие элементы
	расширение срединной тени за счет увеличения внутригрудных лимфатических узлов без изменений в легких
	первичный аффект, лимфангит, увеличение регионарных внутригрудных лимфатических узлов
	специфическое бронхо-пневмоническое воспаление размером более 1 см
	сформированная каверна округлой формы, без выраженных перифокальных и фиброзных изменений в окружающей легочной ткани
304	К физиологическим особенностям при первичном туберкулезе у детей относятся
	утомляемость, снижение работоспособности, субфебрильная лихорадка вечером
	проживание в коммунальной квартире, материальные затруднения
	необходимость длительного лечения, общая слабость, нарушение диеты
	бессонница, продуктивный кашель, стресс
305	Критерий туберкулезной интоксикации как формы туберкулеза у детей
	синдром функциональных нарушений
	локальные изменения в легочной ткани
	гектическая лихорадка
	отрицательная чувствительность к туберкулину
306	Первичный туберкулезный комплекс в легочной ткани характеризуется
	наличием аффекта в легочной ткани, лимфангоитом, поражением регионарных лимфоузлов
	очагами в легочной ткани, поражением внутригрудных лимфатических узлов
	поражением лимфатических узлов, стенки прилежащего бронха и наличием очага в легочной ткани
	поражением лимфатических узлов, стенки прилежащего бронха, пневмоническим фокусом в легочной ткани

307	Типичное изменение при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов в активной фазе
	казеозный некроз
	гиперплазия лимфоидной ткани
	перифокальное воспаление
	кальцинация
308	Первичной формой туберкулеза органов дыхания является
	туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
	инфильтративный туберкулез легких
	туберкулёма легких
	милиарный туберкулез
309	Бронхолегочное осложнение при первичном туберкулезе включает в себя
	поражение бронха, ателектаз, неспецифическое и специфическое воспаление
	поражение бронха и ателектаз
	ателектаз и неспецифическое воспаление
	поражение бронха и специфическое воспаление
310	Характерные морфологические изменения в периферических лимфатических узлах при туберкулезе
	лимфоидные, эпителиоидные и гигантские клетки Пирогова-Лангханса, казеозный некроз
	эпителиоидные гранулемы с единичными клетками Пирогова-Лангханса, гиалиноз
	клетки Березовского-Штернберга
	моноцитарная инфильтрация, эпителиоидные клетки в кортикальных зонах
311	Для милиарного туберкулеза легких у детей характерно изменение перкуторного звука
	коробочный звук
	тимпанит
	укорочение легочного звука
	ясный легочный звук
312	Для милиарного туберкулеза легких типично изменение аускультативной картины
	жесткое дыхание, свистящие хрипы
	жесткое дыхание, после 10-го дня заболевания могут появиться влажные хрипы
	ослабленное дыхание
	мелкопузырчатые влажные хрипы

313	Для бронхолегочных поражений при туберкулезе характерны физикальные изменения при
	перкуссии - коробочный звук, при аускультации - мелкопузырчатые влажные хрипы, жесткое дыхание
	перкуссии- локальное укорочение легочного звука, при аускультации - ослабление дыхания в зоне поражения
	перкуссии - коробочный звук, при аускультации - свистящие хрипы, жесткое дыхание
	перкуссии - укорочение легочного звука, при аускультации - ослабленное дыхание или бронхиальное, мелкопузырчатые влажные хрипы
314	Рентгенологический синдром при туберкулёме легкого
	округлая тень размером более 1 см
	кольцевидная тень
	затемнение в легком, связанное дорожкой с расширенным корнем
	ограниченное затемнение с четкими контурами в пределах одного сегмента
315	Рентгенологический признак кавернозного туберкулеза
	округлая полость с равномерной тонкой стенкой (не более 3 мм) с четким внутренним и наружным контуром
	полость с нечетким внутренним и наружным контуром
	затемнение неомогенной структуры
	ограниченное затемнение с четкими контурами в пределах одного сегмента
316	Основным методом выявления очагового туберкулеза легких у подростков в возрасте старше 15 лет
	профилактическая флюорография
	туберкулинодиагностика
	определение возбудителя туберкулеза в мокроте
	исследование периферической крови
317	Для первичной туберкулезной интоксикации характерна лихорадка
	субфебрильная
	фебрильная
	гектическая
	нормальная температура
318	Симптомокомплекс первичного туберкулеза у детей это
	интоксикация, положительная проба Манту, лимфопения
	интоксикация, частые простудные заболевания, отрицательная проба Манту
	положительная проба Манту, удовлетворительное физическое развитие, отсутствие жалоб
	постоянная субфебрильная температура, хронический тонзиллит, умеренная реакция при пробе Манту

319	Инфильтративный вариант туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов отличает от опухолевого следующий рентгенологический признак
	наружный контур тени корня нечеткий
	тень корня расширена
	тень корня деформирована
	наружный контур тени корня полициклический
320	Наличие кальцинатов во внутригрудных лимфатических узлах указывает на то, что
	необходимо провести уточнение активности туберкулёзных изменений
	туберкулёзный процесс потерял активность
	туберкулёзный процесс активен
	туберкулёз перешел в хроническую стадию
321	Основной метод диагностики туберкулеза крупных бронхов у детей
	бронхоскопия
	клинические критерии
	результаты рентгенологических исследований
	данные лабораторных исследований
322	Состояние скрытого (латентного) микробизма возможно при
	высоком врожденном иммунитете
	слабой вирулентности микобактерии туберкулеза
	небольшом количестве микобактерий туберкулеза
	высокой активности макрофагов
323	Укажите наиболее частый исход первичного инфицирования
	заживление первичных туберкулезных очагов
	развитие первичного туберкулезного комплекса
	развитие туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов
	развитие хронически текущего первичного туберкулеза
324	Первичный туберкулез, в отличие от вторичного, характеризуется
	вовлечением лимфатической системы в патологический процесс
	более частой локализацией специфических изменений в легком
	более частой локализацией специфических изменений в органах брюшной полости
	Вовлечение в патологический процесс головного мозга
325	Легочный компонент первичного туберкулеза чаще локализуется в
	хорошо вентилируемых сегментах обоих легких
	верхушечном сегменте верхней доли правого легкого
	верхушечно-заднем сегменте верхней доли левого легкого

	верхних сегментах нижней доли правого или левого легкого
326	Бронхолегочное поражение характеризуется
	специфическим и неспецифическим воспалением в ателектазированном участке легкого и туберкулезным поражением бронха
	ателектазом
	неспецифическим воспалением в ателектазированном участке легкого
	специфическим воспалением в ателектазированном участке легкого
327	На течение туберкулеза присоединение пневмонии
	оказывает влияние и может привести к прогрессированию туберкулеза
	оказывает влияние и всегда приводит к прогрессированию туберкулеза
	не оказывает влияния
	оказывает влияние и приводит к регрессии туберкулеза
328	При сочетании туберкулеза и сахарного диабета
	чаще первым заболеванием является сахарный диабет
	чаще первым заболеванием является туберкулез
	с одинаковой частотой первым заболеванием может быть и туберкулез, и сахарный диабет
	ни одно из заболеваний не может быть первым
329	При кистозной гипоплазии, осложненной туберкулезом, дифференциальную диагностику проводят с
	деструктивной формой туберкулеза
	инфильтративным туберкулезом
	цирротическим туберкулезом
	туберкулёмой
1	Методы выявления туберкулеза у детей и подростков
330	Основной метод выявления раннего периода первичной туберкулезной инфекции (РППТИ)
	массовая туберкулинодиагностика
	бактериологическое исследование
	выявление по обращаемости
	обследование по контакту
331	При массовой туберкулинодиагностике проводят
	пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л
	пробу Пирке
	пробу Коха
	градуированную кожную пробу
332	Рентгенологически для милиарного туберкулеза легких характерно

	мелкоочаговые тени (1-2 мм), покрывающие все легочные поля с четкими контурами
	симметричные мелко- и крупноочаговые тени в средних отделах легких
	мелкоочаговые тени по ходу сосудов в обоих легких на фоне обедненного сосудистого рисунка
	диффузные изменения в легких в виде усиления легочного рисунка и его деформация с грубыми ячеисто-линейными структурами
333	Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л считается отрицательной при наличии на коже
	уколоточной реакции
	инфильтрата 2-4 мм или гиперемии любого размера
	инфильтрата 5 мм
	инфильтрата 17 мм и более
334	Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л считается сомнительной при наличии на коже
	инфильтрата 2-4 мм или гиперемии любого размера
	инфильтрата 5 мм
	инфильтрата 17 мм и более
	уколоточной реакции
335	Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л считается положительной при наличии на коже
	инфильтрата 5 мм
	инфильтрата 2-4 мм
	гиперемия любого размера
	уколоточной реакции
336	Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л считается гиперэргической при наличии на коже
	инфильтрата 17 мм и более
	инфильтрата 5 мм
	инфильтрата 2-4 мм или гиперемии любого размера
	уколоточной реакции
337	Гиперэргической реакцией для ребенка при проведении пробы манту считается размер папулы
	папула любого размера с лимфангиитом, некрозом, везикулой
	папула любого размера с гиперемией
	гиперемия любого размера без папулы
	отсутствие папулы и гиперемии
338	Туберкулин при постановке пробы манту с 2 ТЕ ППД-Л вводят

	внутрикожно
	подкожно
	накожно
	внутримышечно
339	Скрининговым методом выявления туберкулеза у детей до 7 лет является
	проба с АТР
	массовая туберкулинодиагностика
	флюорография
	бактериоскопия мокроты
	обзорная рентгенография органов грудной клетки
340	Ведущим методом ранней диагностики туберкулеза у детей является
	иммунодиагностика
	флюорографическое исследование
	иммуноферментный анализ
	спирография
341	В практической медицине используются методы для выявления туберкулеза
	биологический метод
	бактериоскопический метод
	культуральный метод
	метода обогащения
342	Сцинтиграфия легких позволяет уточнить
	состояние капиллярного кровотока легких
	гемодинамику в мелких сосудах легких
	гемодинамику в крупных сосудах легких
	гемодинамику в мелких и крупных сосудах легких
343	Материал, полученный при аспирационной катетеризационной биопсии подвергается
	цитологическому и бактериологическому исследованию
	гистологическому и бактериологическому исследованию
	цитологическому и биохимическому исследованию
	бактериологическому и биохимическому исследованию
344	У детей первого года жизни на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции ключицы расположены
	выше легочных полей
	ниже легочных полей
	в пределах легочных полей
	вне пределов легочных полей

345	У детей первого года жизни на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции
	задние отрезки ребер расположены горизонтально, костные отделы передних отрезков ребер далеко отстоят от грудины
	задние отрезки ребер расположены горизонтально, костные отделы передних отрезков ребер расположены близко к груди
	задние отрезки ребер расположены под углом 45° костные отделы передних отрезков ребер расположены близко к груди
	задние отрезки ребер расположены под углом 45°, костные отделы передних отрезков ребер далеко отстоят от грудины
346	У детей раннего возраста на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции
	левый купол диафрагмы находится на одном уровне с правым
	левый купол диафрагмы выше правого
	правый купол диафрагмы выше левого
	куполы диафрагмы не дифференцируются
347	Плевроскопия с биопсией показана при
	плевритах неясной этиологии
	плевритах раковой природы
	метапневманическом выпотном плеврите
	плевропневмонии
1	Внелегочный туберкулёз у детей и подростков
348	Путем распространения туберкулезной инфекции на мочевую систему является
	контактный
	гематогенный
	лимфогенный
	интраканаликулярный
349	При начальных проявлениях туберкулеза почек анализ мочи характеризуется
	лейкоцитурией
	кислой реакцией мочи
	микрогематурией
	протеинурией
350	Туберкулез почек у детей чаще выявляется
	в органической деструктивной форме
	в кавернозной форме
	в фибрознакавернозной форме
	в паренхиматозной форме

351	У больных туберкулезом органов дыхания, а так же детей, инфицированных МБТ, при проявлении первых признаков заболевания мочевой системы необходимо
	сделать посев мочи на наличие микобактерий туберкулеза
	провести консультацию нефролога
	систематически проводить исследование мочи
	сделать посев мочи на неспецифическую микрофлору
352	Основной путь проникновения МБТ в кости и суставы
	гематогенный
	лимфогенный из очага в легочной ткани
	лимфогенный из внутригрудных лимфатических узлов
	контактный
353	Первый клинический признак туберкулезного спондилита
	боль в области позвоночника в покое
	боль в области позвоночника при ходьбе
	ограничение подвижности в области позвоночника
	нарушение функции тазовых органов
354	Ранний клинический признак туберкулеза коленного сустава
	боль в суставе в покое
	боль в суставе при ходьбе
	отечность тканей в области сустава
	повышение температуры тела
355	Туберкулез глаз чаще всего проявляется специфическим
	uveитом
	кератитом
	иридоциклитом
	конъюнктивитом
356	Туберкулез глаз у детей часто сочетается
	с туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов
	с инфильтративным туберкулезом
	с очаговым туберкулезом
	с цирротическим туберкулезом
357	Основным путем проникновения возбудителя туберкулеза в периферические лимфатические узлы является
	гематогенный
	лимфогенный
	контактный
	бронхогенный

358	Ранним клиническим признаком туберкулеза периферических лимфатических узлов является
	увеличение лимфоузлов без признаков периаденита
	увеличение лимфоузлов с признаков периаденита
	отечность кожи в области лимфатических узлов
	болезненность при пальпации
359	При туберкулезе периферических лимфатических узлов чаще поражается
	шейная группа
	подмышечная группа
	подчелюстная группа
	паховая группа
360	При туберкулезе периферических лимфатических узлов показано
	общее противотуберкулезное лечение в сочетании с местной специфической терапией
	только общее противотуберкулезное лечения
	только местная специфическая терапия
	неспецифическое лечение, наблюдение
361	Наиболее частым осложнением туберкулёза периферических лимфатических узлов является
	кровохарканье
	образование свищей
	дыхательная недостаточность
	эмпиема плевры
362	Для туберкулезного менингита у детей раннего возраста более характерно
	бессимптомное начало заболевания
	острое начало заболевания
	постепенное начало заболевания
	наличие контакта с больным туберкулезом
363	К раннему признаку туберкулезного менингита у детей следует отнести
	снижение слуха
	снижение зрения
	повышение сухожильных рефлексов
	ригидность затылочных мышц
364	Решающее значение в дифференциальной диагностике туберкулезного менингита от других заболеваний ЦНС имеет
	исследование спинномозговой жидкости
	биохимическое исследование крови

	исследование периферической крови
	рентгенологическое исследование
365	В анализах спинномозговой жидкости при туберкулезном менингите обычно наблюдается
	снижение содержания сахара и хлоридов
	снижение содержания белка
	увеличение числа нейтрофилов
	повышение содержания сахара и хлоридов
366	Путь проникновения туберкулезной инфекции в центральную нервную систему
	гематогенный
	лимфогенный – из очага в легком
	лимфогенный – лимфатических узлов
	контактный
367	Специфический процесс при туберкулезном менингите локализуется преимущественно
	в мозговых оболочках и веществе головного мозга
	в мозговых оболочках
	в веществе головного мозга
	в стволе головного мозга
368	Наиболее угрожаемыми по туберкулезному менингиту являются дети в возрасте
	от 1 года до 3 лет
	до 1 года
	от 4 лет до 7 лет
	от 8 лет до 10 лет
369	Показанием к проведению спинномозговой пункции являются
	менингеальные проявления
	потеря сознания
	головная боль
	потеря иннервации
370	Дополнительным методом исследования при подозрении на туберкулезный менингит является
	исследование глазного дна
	рентгенограмма черепа
	рентгенограмма позвоночника
	аудиометрия

371	К остаточным изменениям после излечения туберкулезного менингита относятся
	снижение слуха и появление эпилептиформных приступов
	снижение интеллекта
	снижение трудоспособности
	снижение слуха и зрения
1	Лечение туберкулеза у детей и подростков
372	Для превентивного лечения туберкулеза контактными лицам назначают
	изониазид, пиразинамид
	аскорбиновую кислоту, изониазид
	бромгексин, этамбутол
	эритромицин, ПАСК
373	Для предупреждения нейротоксического действия изониазида используют
	витамины группы В
	антибиотики
	витамин С
	диуретики
374	Лечение больного туберкулезом должно быть
	антибактериальное
	комплексное
	обязательно стационарное
	амбулаторное
375	Основой эффективного лечения туберкулеза является
	чувствительность микобактерий к применяемым препаратам
	высокий уровень защитных сил организма больного
	удовлетворительная фармакокинетика
	удовлетворительная переносимость лечения
376	Контроль химиотерапии туберкулеза осуществляется
	на всем протяжении лечения
	на начальном этапе лечения
	на амбулаторном этапе лечения
	на стационарном этапе лечения
377	Необходимость продолжительного лечения туберкулеза определяется
	медленными темпами инволюции туберкулезного процесса, обусловленные трудностью полного подавления микобактериальной популяции
	характером туберкулезного процесса
	возрастом пациентов и наличием сопутствующей патологии
	достигаемой при этом более высокой эффективностью лечения

378	Понятие «патогенетическая терапия» включает
	терапию, воздействующую на состояние организма больного и происходящие в нем процессы
	терапию с использованием противовоспалительных лекарственных средств
	терапию с использованием лекарственных средств, влияющих на иммунную систему
	терапию, направленную на улучшение переносимости химиопрепаратов
379	Направление в горноклиматические курорты показано больным
	ограниченными торпидно текущими формами туберкулеза легких
	всеми формами туберкулеза легких в фазе инфильтрации
	всеми деструктивными формами туберкулеза легких
	всеми формами туберкулеза легких с признаками легочно-сердечной недостаточности
1	Организация противотуберкулезной помощи детскому населению
380	Наиболее информативным и достоверным в практике методом обнаружения микобактерий туберкулеза является
	культуральный посев
	люминесцентная микроскопия
	бактериоскопия
	метод флотации
381	Микобактерии туберкулеза могут трансформироваться в
	риккетсии
	L-формы и фильтрующие вирусоподобные формы
	вирусы
	кокки
382	В практической медицине идентификация атипичных микобактерий достигается
	биохимическим методом
	иммунологическим методом
	культуральным методом
	биологическим методом
383	Ведущий путь проникновения возбудителя туберкулеза в организм ребенка при первичном инфицировании
	контактный
	алиментарный
	трансплацентарный
	аэрогенный

384	Локальные проявления туберкулезной инфекции у детей чаще выявляется в
	лимфатической системе
	кровеносной системе
	бронхолегочной системе
	кроветворительной системе
385	Для патоморфоза туберкулеза характерно
	изменение клинического течения и морфологических проявлений инфекционного процесса
	уменьшение заболеваемости населения
	снижение инфицированности населения микобактериями туберкулеза
	увеличение числа случаев инфильтративного туберкулеза
386	К проявлениям патоморфоза первичных форм туберкулеза у детей можно отнести более частое выявление
	«малых» форм
	туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов в фазе инфильтрации
	туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов в туморозной фазе
	плеврита
387	По данным статистики в настоящее время у впервые выявленных больных туберкулезом детей и подростков чаще встречается
	туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
	очаговый туберкулез
	диссеминированный туберкулез
	туберкулеза легких
388	Основную роль в транспортировке слизи из дыхательных путей играет
	движение ресничек мерцательного эпителия
	разница в осмотическом давлении слизи
	кашлевой толчок
	дыхательное движение воздуха
389	Проведение массовой туберкулинодиагностики осуществляется
	общей педиатрической сетью
	противотуберкулезными диспансерами
	противотуберкулезными стационарами
	санитарно-эпидемиологической службой
390	Противотуберкулезная служба осуществляет
	дообследование детей из группы риска
	раннее выявление туберкулеза
	вакцинацию и ревакцинацию против туберкулеза
	массовая туберкулинодиагностика

391	Вакцина против туберкулеза содержит
	живые, аттенуированные микобактерии туберкулеза
	анатоксин
	инактивированные микобактерии туберкулеза
	продукты жизнедеятельности микобактерий
392	Метод верификации туберкулеза периферических лимфатических узлов
	биопсия
	ультразвуковое исследование
	рентгенографическое исследование
	компьютерная томография периферических лимфатических узлов
393	Группа диспансерного учета для детей с осложнениями после прививок вакциной БЦЖ
	V-A, Б группа
	0 группа
	IV группа
	VI-A, Б группа
394	Дети и подростки из контакта с больным активным туберкулёзом должны наблюдаться по следующей группе диспансерного учета
	IV Б группа
	III группа
	IV А группа
	II группа
	VI группа
395	Ребенку, не вакцинированному против туберкулеза в родильном доме, пробу манту с 2 ТЕ ППД-Л проводят в возрасте
	12 месяцев
	6 месяцев
	3 месяцев
	1 месяца
396	Ревакцинацию против туберкулеза в России проводят в возрасте
	21 года
	14 лет
	7 лет
	3-5 дней
397	Противотуберкулезную вакцину вводят
	внутрикожно
	накожно

	внутримышечно
	интраназально
398	Местом введения вакцины против туберкулеза является
	верхняя треть правого плеча
	верхняя треть левого плеча
	верхняя треть левого предплечья
	верхняя треть правого предплечья
399	В месте введения противотуберкулезной вакцины на коже формируется
	келоидный рубец
	пятно
	рубец
	везикула
400	При отсутствии вакцинации против туберкулеза в родильном доме, до какого возраста предварительное обследование перед вакцинацией не проводится?
	до 12 месяцев жизни
	до 3 месяцев жизни
	до 6 месяцев жизни
	до 2 месяцев жизни
401	Дети и подростки с осложнениями после противотуберкулёзных прививок с локальными поражениями должны наблюдаться в следующей группе диспансерного учета
	V А группе
	VI А группе
	V Б группе
	I группе
	V В группе
402	Дети и подростки из семей, имеющих больных туберкулёзом сельскохозяйственных животных должны наблюдаться по следующей группе диспансерного учета
	IV В группе
	III группе
	IV А группе
	II группе
	VI группе
403	Средний срок наблюдения по VIa группе диспансерного учета составляет
	6 месяцев
	1 год
	1,5 года

	2 года
	3 года
404	Дети и подростки, относящиеся к группе риска, установленным на основании иммунодиагностики, состоят на учете в
	VI А группе
	I группе
	IV группе
	V группе
	III А группе
405	С впервые выявленными посттуберкулезными изменениями дети и подростки наблюдаются в следующей группе диспансерного наблюдения
	II группе
	VI Б группе
	VI А группе
	III Б группе
	IVБ группе
406	Дети до 7 лет с «виражом» туберкулиновых реакций должны наблюдаться в следующей группе диспансерного учёта
	0 группе
	I группе
	VI Б группе
	VI В группе
	VI А группе
407	Дети и подростки с осложнениями после прививки против туберкулеза в виде генерализованных поражений должны наблюдаться в следующей группе диспансерного учёта
	V А группе
	IV группе
	V Б группе
	V В группе
	VI группе
1	Теоретические основы фтизиопедиатрии
408	При защите организма ребенка от туберкулезной инфекции преобладает
	клеточный фактор
	гуморальный фактор
	клеточно-гуморальный
	макрофагальный

409	Легкое последовательно подразделяется на следующие анатомические единицы
	доля, сегмент, долька, ацинус
	доля, сегмент, ацинус, долька
	сегмент, доля, долька, ацинус
	доля, долька, сегмент, ацинус
410	Тип микобактерий туберкулеза, чаще других вызывающих заболевание у человека
	мышинный
	человеческий
	птичий
	бычий
411	Пути передачи возбудителя туберкулеза
	фекально-оральный
	контактно-бытовой
	аэро-бронхогенный
	через третьи лица
412	«Первичным» называют туберкулез
	туберкулез детского и подросткового возрастов
	туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
	туберкулез с гиперэргической реакцией на туберкулин
	развивающийся в течение первого года после попадания в организм микобактерии туберкулеза
413	«Вторичным» называют туберкулез
	который развился в ранее инфицированном организме
	туберкулез у взрослого населения
	туберкулез у пожилых лиц
	легочная локализация туберкулеза
414	Что определяет спирто- и кислотоустойчивость микобактерий в составе клеточной стенки?
	липиды
	полисахариды
	туберкулопротеины
	миколовые кислоты
415	Признаком, позволяющим отличить нетуберкулёзные микобактерии от микобактерий туберкулеза
	способность формировать особого вида колонии
	медленный рост на питательных средах

	быстрый рост на питательных средах
	способность формировать фильтрующиеся вирусоподобные формы
416	Заболевание, вызванное нетуберкулёзными штаммами микобактерий, называется
	микоплазменная пневмония
	туберкулез
	псевдотуберкулез
	микобактериоз
417	Микобактериозы легких у человека чаще вызываются микобактериями типа
	<i>M. avium</i> , <i>M. xenopei</i> , <i>M. kansasii</i>
	<i>M. aquae</i> , <i>M. scrofulaceum</i>
	<i>M. pflei</i> , <i>M. Smegmartis</i>
	<i>M. fortuitum</i> , <i>M. marinum</i>
418	Микобактериоз легких, вызванный заражением нетуберкулёзными микобактериями, удастся отличить от туберкулеза
	по клиническому течению
	по характеру обнаруженного возбудителя
	по рентгенологическим проявлениям
	на основании жалоб пациента
419	В практике идентификация нетуберкулезных микобактерий достигается
	биохимическим методом
	иммунологическим методом
	культуральным методом
	биологическим методом
420	Кровоснабжение легких осуществляется через
	правое легкое через малый круг кровообращения, левое легкое через большой круг кровообращения
	малый круг кровообращения
	большой круг кровообращения
	оба круга кровообращения
421	Эпителиоидно- и гигантоклеточная гранулема с клетками Пирогова-Лангханса наблюдается
	при туберкулезе, саркоидозе
	только при туберкулезе
	при бериллиозе
	при канцероматозе
422	Туберкулезный бугорок представляет собой

	гранулема, состоящую из скопления лимфоидных, эпителиоидных клеток с включением гигантских клеток
	гранулема, состоящую из скопления лимфоидных, эпителиоидных клеток с включением гигантских клеток Ланхганса и участки казеозного некроза
	инфильтрат, состоящий из скопления нейтрофилов, лимфоидных, эпителиоидных клеток с зонами некроза и включением гигантских клеток Ланхганса
	инфильтрат, состоящий из скопления нейтрофилов, эпителиоидных клеток и включением гигантских клеток Ланхганса
1	Пульмонология
423	Во время приступа бронхиальной астмы выслушиваются следующие основные дыхательные шумы
	жесткое везикулярное дыхание
	ослабленное везикулярное дыхание
	бронхиальное дыхание
	жесткое и ослабленное везикулярное дыхание
424	Характер перкуторного звука у больного с бронхиальной астмой
	ясный легочный
	тупой
	тимпанический
	притупленно-тимпанический
	коробочный
425	Хронический кашель характерен для
	бронхиальной астмы
	хронического бронхита
	кардиальной астмы
	пневмонии
426	Патогенетическим фактором аспириновой бронхиальной астмы является
	нарушение нейрогуморальных механизмов
	непереносимость лекарственных веществ
	спазм бронхов
	непереносимость нестероидных противовоспалительных препаратов
427	Компьютерная томография применяется для диагностики
	острого бронхита
	острого ринита
	бронхиолита
	трахеита
	острого ларингита

428	На возможность фридлендеровской пневмонии указывает
	долевое затемнение
	сопутствующий плеврит
	значительное увеличение доли
	уменьшение доли
429	Классическим признаком хронического бронхита является
	кашель
	одышка
	кровохаркание
	боли в грудной клетке
	кашель и одышка
430	Наиболее ранним признаком хронической дыхательной недостаточности является
	одышка
	отеки
	цианоз
	кашель
431	Наиболее характерным аускультативным признаком обструктивного бронхита является появление
	свистящих сухих хрипов
	жесткого дыхания
	бронхиального дыхания
	влажных хрипов
432	I степень дыхательной недостаточности характеризуется увеличением парциального давления CO ₂
	до 40 мм.рт.ст.
	от 50 до 70 мм.рт.ст.
	более 70 мм.рт.ст.
	до 50 мм.рт.ст.
433	Рестриктивный тип нарушения вентиляционной способности лёгких характерен для
	пневмонии
	бронхиальной астмы
	острого бронхита
	пневмофиброза
434	Для нарушения вентиляционной способности лёгких по обструктивному типу характерно
	увеличение жизненной емкости легких

	снижение жизненной емкости легких
	увеличение резервного объема выдоха
	снижение резервного объема выдоха
435	Уменьшение индекса Тиффно наблюдается при
	пневмонии
	остром бронхите
	бронхиальной астме
	экссудативном плеврите
436	Основным рентгенологическим признаком пневмонии является
	инфильтрация легочной ткани
	усиление легочного рисунка
	обеднение легочного рисунка
	выпот в плевральной полости
	образование полости
437	Для повышения вероятности диагноза пневмонии рентгенологическое
	обследование
	обязательно
	необязательно
	проводится для экспертизы
	проводится с научной целью
	проводится для экспертизы, проводится с научной целью
438	Идентификация возбудителя при пневмонии
	обязательно проводится до начала антибактериальной терапии
	проводится, но антибактериальная терапия начинается эмпирически
	важна для экспертизы
	проводится с научной целью
	важна для экспертизы, проводится с научной целью
439	Уровень С-реактивного белка в сыворотке крови повышается при
	бронхиальной астме
	гистиоцитозе
	интерстициальном легочном фиброзе
	микробном паренхиматозном воспалении
	бронхиальной астме, интерстициальном легочном фиброзе
440	Тест определения антигена микроорганизма в моче доступен для определения
	легионеллезной инфекции
	микоплазмы
	вируса гриппа
	грибковой инфекции

	микоплазмы, грибковой инфекции
441	Внебольничная пневмония – это
	остро возникшее заболевание
	заболевание с хроническим течением
	заболевание с рецидивирующим течением
	заболевание с возвратным течением
	заболевание туберкулезной этиологии
442	К внебольничной пневмонии относят заболевание, развившееся в условиях больницы в течение
	48 часов с момента поступления
	64 часов с момента поступления
	52 часов с момента поступления
	через 1 неделю поступления
	через 6 месяцев после поступления
443	Нозокомиальная пневмония – это заболевание, развившееся
	позже, чем через 52 часов с момента поступления в больницу
	позже, чем через 12 часов с момента поступления в больницу
	позже, чем через 48 часов с момента поступления в больницу
	сразу же при поступлении в больницу
444	Барьерная функция лёгких включает в себя
	секреторный иммуноглобулин а
	секрет на поверхности мерцательного эпителия
	бронхоассоциированную лимфоидную ткань
	секреторный иммуноглобулин а, секрет на поверхности мерцательного эпителия, бронхоассоциированную лимфоидную ткань
445	К «атипичным» возбудителям относится
	пневмококк
	гемофильная палочка
	микоплазма
	золотистый стафилококк
	пневмококк, гемофильная палочка
446	К грамотрицательным микроорганизмам относится
	пневмококк
	золотистый стафилококк
	хламидия
	гемофильная палочка
	вирус гриппа

447	Источником легионеллы является
	домашняя пыль
	постельные принадлежности
	система водоснабжения
	пищевые продукты
	атмосферный воздух
448	Внебольничная пневмония чаще вызывается
	стафилококком
	синегнойной палочкой
	пневмококком
	кишечной палочкой
449	Постгриппозную бактериальную пневмонию чаще вызывает
	микоплазма
	пневмококк
	золотистый стафилококк
	синегнойная палочка
	микоплазма, пневмококк
450	При несанированной полости рта пневмония будет вызвана
	легионеллой
	пневмококком
	анаэробами
	моракселлой
	моракселлой, легионеллой
451	Пневмония может вызываться
	бактериями
	вирусами
	грибами
	бактериями, вирусами
	бактериями, вирусами, грибами
452	Тяжелая пневмония, как правило, охватывает
	один сегмент
	не менее двух долей
	язычковую долю
	среднюю долю
453	Пациент с медленно разрешающейся пневмонией нуждается в дообследовании, если после окончания антибактериальной терапии инфильтрация сохраняется через
	3 дня

	1 неделю
	2 недели
	3 недели
	4 недели
454	Пневмония, вызванная вирусом гриппа
	поражает верхнюю долю
	поражает нижнюю долю
	развивается в форме альвеолита
	поражает язычковую долю
455	Организирующаяся пневмония – это
	пневмония в организованных коллективах
	разрастание грануляционной ткани в альвеолах и респираторных бронхиолах
	экзогенный аллергический альвеолит
	пневмония с поражением средней доли
456	Дополнительное обследование больного с медленно разрешающейся пневмонией может включать
	бронхоскопию
	КТ органов грудной клетки
	пробу с АТР
	бронхоскопию, пробу с АТР
	бронхоскопию, КТ органов грудной клетки, пробу с АТР
457	Летальность от пневмонии в пожилом возрасте
	увеличивается
	уменьшается
	не изменяется
	отсутствует
	не встречается
458	Препаратами 1 линии для лечения внебольничной пневмонии без сопутствующих заболеваний и не принимавших antimicrobные препараты более двух дней за последние 3 месяца являются
	фторхинолоны
	ципрофлоксацин
	гентамицин
	амоксциллин или макролид
	ципрофлоксацин, фторхинолоны
459	Для оценки тяжести внебольничной пневмонии используют
	шкалу SMRT-COP
	систему оценки FACED

	систему оценки BSI
	шкалу ASS
460	Патологические изменения при хроническом течении бронхиальной астмы возникают
	только в крупных и средних бронхах
	только в мелких бронхах
	на всем протяжении бронхиального дерева
	в бронхах и альвеолах
	только в средних и мелких бронхах
461	У больного аллергической бронхиальной астмой в мокроте чаще всего находят большое количество
	эозинофильных лейкоцитов
	нейтрофильных лейкоцитов
	грамположительных кокков
	грамотрицательных палочек
	скопления эритроцитов
462	Какой путь инфицирования является ведущим при внебольничной пневмонии?
	микроаспирация
	ингаляция микробного аэрозоля
	гематогенная диссеминация
	реактивация латентной инфекции
	непосредственное распространение инфекции
463	Эмфизема легких – это
	повышенная воздушность легких
	перерастяжение легких
	деструкция эластических волокон стенки альвеолы
	респираторный бронхиолит
	обтурация бронха
464	Для панлобулярной эмфиземы характерно
	преимущественное поражение левого легкого
	преимущественное поражение правого легкого
	преимущественное поражение верхней доли
	преимущественное поражение средней доли и язычковых сегментов
	преимущественное поражение нижней доли
465	Экспираторный коллапс мелких бронхов при ХОБЛ является следствием
	обструкции
	деструкции паренхимы

	гиперинфляции
	легочной гипертензии
	пневмоторакса
466	У больных ХОБЛ легочные сосуды вовлекаются в воспалительный процесс
	только на поздних стадиях заболевания
	только на ранних стадиях заболевания
	на всех стадиях заболевания
	в особых случаях
	только при ожирении
467	Воспаление при ХОБЛ носит
	эозинофильный характер
	лимфоцитарный характер
	нейтрофильно-макрофагальный характер
	гистиоцитарный характер
	гранулематозный характер
468	Системные эффекты при ХОБЛ – это
	системное назначение препаратов
	поражение других органов и тканей
	системное изменение функции легких
	системная легочная гипертензия
	системная аллергическая реакция
469	Функциональная диагностика ХОБЛ основывается
	переносимости физической нагрузки
	определении ОФВ1 и ФЖЕЛ
	определении объемов легких
	определении диффузионной способности легких
	определении сопротивления дыхательных путей
470	Рентгенография легких при ХОБЛ
	не является инструментом диагностики
	является необходимым инструментом диагностики
	помогает в диагностике ранних стадий ХОБЛ
	помогает в диагностике поздних стадий ХОБЛ
	помогает выявить сердечную недостаточность
471	Диагноз ХОБЛ устанавливается при соотношении ОФВ1/ФЖЕЛ менее
	70%
	80%
	90%
	100%

	110%
472	ХОБЛ – это
	вариант бронхиальной астмы
	самостоятельная нозологическая единица
	бронхоэктазы
	вариант муковисцидоза
	легочный фиброз
473	Снижение скорости воздушного потока
	основной функциональный критерий ХОБЛ
	не имеет значения для установки диагноза ХОБЛ
	определяется при рентгенографии грудной клетки
	определяется с помощью эхокардиографии
	помогает провести дифференциальный диагноз между астмой и ХОБЛ
474	Дифференциальный диагноз с бронхиальной астмой строится на
	анамнезе курения
	функциональных тестах
	совокупности анамнеза, клинических данных и функциональных и лабораторных исследований
	возрасте
	профессии
475	Интерстициальный лёгочный фиброз возникает
	в младенчестве
	в детском возрасте
	до 30 лет
	в пожилом возрасте
476	Основным симптомом интерстициального легочного фиброза является
	нарастающая боль в боку
	прогрессирующая одышка
	кровохарканье
	признаки легочного нагноения
	гемоторакс
477	Неспецифическая интерстициальная пневмония
	возникает как следствие туберкулёза
	возникает в результате инвазии пневмококка
	возникает при различных заболеваниях
	развивается при гриппе
	является следствием тромбоэмболии

478	При экзогенном аллергическом альвеолите при рентгенологическом исследовании выявляются
	очаговые изменения
	интерстициальные изменения
	инфильтративные изменения
	поражение плевры
	поражение внутригрудных лимфоузлов
479	Основной симптом альвеолярного протеиноза при компьютерной томографии легких – это
	симптом булыжной мостовой
	центрилобулярные тени
	эмфизема
	полости в верхушках легких
	полости в базальных отделах легких
480	Для установления диагноза альвеолярного протеиноза проводится
	пункционная биопсия легких
	бронхоальвеолярный лаваж
	открытая биопсия легких
	биопсия легких при торакоскопии
	изотопная сцинтиграфия легких
481	Лангергансоклеточный гистиоцитоз характеризуется
	образованием полостей в лёгких
	образованием гранулем с последующим формированием полостей в легких
	формированием инфильтратов в легких
	формированием внутригрудной лимфаденопатии
	формированием бронхоэктазов
482	Первым проявлением лангергансоклеточного гистиоцитоза часто бывает
	остро наступившая одышка
	острая коронарная недостаточность
	пневмоторакс
	хилоторакс
	гемторакс
483	Лимфангиолейомиоматоз часто впервые проявляется
	острыми болями за грудиной
	острым бронхоспазмом
	хилотораском
	гемотораском
	диспепсией

484	Бронхиальная гиперреактивность может отмечаться у больных с
	острым бронхитом
	ХОБЛ
	муковисцидозом
	бронхоэктатической болезнью
	пневмонией
485	Профилактика бронхиальной астмы включает
	ограничение воздействия аллергенов
	противогриппозную вакцинацию
	отказ от курения
	кормление грудью
	отказ от грудного вскармливания
486	К симптомам бронхиальной астмы относятся
	периодически возникающий кашель
	периодически возникающая одышка
	эпизоды повторяющихся эпизодов свистящего дыхания
	чувство тяжести в грудной клетке
	периодически появление мокроты с прожилками крови
487	Патологические изменения при хроническом течении бронхиальной астмы включают
	гиперплазию гладкой мускулатуры бронхов
	гиперплазию слизистых желез
	эозинофильную инфильтрацию
	образование слизистых пробок в бронхах
	появление буллезной эмфиземы
488	Факторы риска развития бронхиальной астмы включают
	наличие аллергических заболеваний у родственников (наследственность)
	курение матери
	высокий уровень сывороточного IgE
	перенесенные вирусные инфекции в 1 триместре беременности
	перенесенную пневмонию во время беременности
489	Что из перечисленного ниже относится к факторам бронхиальной обструкции?
	гиперсекреция слизи
	ларингоспазм
	бронхоспазм
	отек стенки бронхов
	ремоделирование стенки бронхов

490	Патологические изменения при хроническом течении бронхиальной астмы включают
	гиперплазию гладкой мускулатуры бронхов
	гиперплазию слизистых желез
	эозинофильную инфильтрацию
	образование слизистых пробок в бронхах
	появление буллезной эмфиземы
491	Рак легкого следует дифференцировать с
	затянувшейся пневмонией
	туберкулезом легких
	доброкачественной опухолью
	метастазами других опухолей в легкие
492	При раке легкого рентгеновская компьютерная томография позволяет
	определить размеры опухоли
	точно локализовать опухоль
	определить отношение к грудной стенке, позвоночнику и средостению
	получить информацию о размерах лимфатических узлов средостения и корней легких
493	Дифференциальный диагноз периферического рака легкого необходимо проводить с
	доброкачественными опухолями легких
	метастазами
	эхинококковой кистой
	туберкулёмой
494	Основные жалобы больных с бронхиальной астмой включают
	приступы экспираторной одышки
	малопродуктивный кашель с вязкой мокротой
	пароксизмальный кашель
	свистящее дыхание
495	При микроскопическом исследовании мокроты у больного с бронхиальной астмой характерно обнаружение
	спиралей Куршмана
	кристаллов Шарко-Лейдена
	телец Креола
	кристаллы холестерина и извести
496	К факторам, нарушающим барьерную функцию легких, относятся
	злоупотребление алкоголем
	хронические заболевания

	курение
	наркомания
497	Для бронхиальной астмы в отличие от ХОБЛ характерно
	аллергии (атопии) в анамнезе
	появление экспираторной одышки и/или кашля
	суточные колебания пиковой скорости выдоха более чем на 20%
	высокая эозинофилия крови и мокроты
	кровь, биоптат
1	Туберкулёз
498	К молекулярно-генетическим методам диагностики туберкулеза относятся
	туберкулинодиагностика
	GeneXpert
	биочиповая технология
	люминесцентная микроскопия
	метод биологических микрочипов
499	При внешнем осмотре реакции на туберкулин в виде инфильтрата всегда надо учитывать только наличие
	везикул
	лимфангита
	дочерних высыпаний
	регионарного лимфаденита
	некроза
500	Молекулярные методы дифференциация МБТ от нетуберкулезных микобактерий
	ПЦР на ДНК МБТ
	ПЦР на ДНК нетуберкулезных микобактерий
	ДНК-стриповая технология
	протеомный масс-спектральный анализ
	посев на жидкую питательную среду Миддлбрук 7H9 в автоматизированной системе БАКТЕК
	иммунохроматографический тест
501	Метод биологических микрочипов
	идентифицирует МБТ до вида
	идентифицирует нетуберкулезных микобактерий до вида
	позволяет определить устойчивость к химиопрепаратам
	позволяет получить чистую культуру МБТ
502	Диагностическую значимость при проведении пробы с АТР имеет

	уколоточная реакция
	гиперемия 3 мм
	гиперемия 10 мм
	папула 7 мм
	везикула 4 мм
503	Иммунологические диагностические тесты, созданные на основе рекомбинантных белков
	Quanti Feron
	ВАСТЕС
	T-Spot
	проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л
	ПЦР
	проба с АТР
504	Метод Geno Type MTBDR plus И MTBDRsl позволяет осуществить
	штаммовую идентификацию МБТ
	диагностику МБТ
	устойчивость к H, R
	диагностику широкой лекарственной устойчивости МБТ
505	Каким методом осуществляют идентификацию нетуберкулезных микобактерий до вида?
	ДНК-стриповая технология
	протеомный масс-спектральный анализ
	квантифероновый тест
	T-Spot
506	Дифференциация МБТ от нетуберкулезных микобактерий проводится с учетом
	культуральных особенностей (скорость роста, температура роста, пигментообразование)
	микроскопии культуры с окраской по Цилю-Нильсену
	биохимических тестов
	молекулярных методов
507	Особенностью туберкулеза у больных сахарным диабетом являются
	зависимость от степени компенсации эндокринной патологии
	наклонность к обострениям и рецидивам
	склонность к экссудативно-некротическим реакциям
	снижение чувствительности к туберкулину
508	Какие методы диагностики туберкулеза у взрослых являются дополнительными?

	фибробронхоскопия
	обнаружение ДНК МБТ в патологическом материале
	КТ
	проба с АТР
509	Возможными причинами развития гиперергической чувствительности к туберкулину являются
	первичное инфицирование микобактериями туберкулеза
	активация туберкулезной инфекции в организме
	аллергические заболевания
	повышение уровня специфической сенсибилизации организма вследствие суперинфекции
510	К гиперэргическим реакциям на пробу с АТР относят
	папула 14 мм
	папула 5 мм с везикулами
	гиперемия 13 мм
	папула 15 мм
	папула 12 мм
511	Материалом для обнаружения микобактерий служит
	плевральная жидкость
	промывных вод желудка и бронхов
	мокрота, моча, отделяемое из свища
	кровь, биоптат
512	Плевральный выпот исследуется на
	цитологический состав
	биохимический состав: белок, глюкоза, лактатдегидрогеназа, рН, амилаза
	бактериологический состав: мазок по Грамму, по Циль-Нильсену, посев на неспецифическую флору, микобактерии туберкулеза
	Внешний вид жидкости
513	При дифференциальной диагностике послевакциной и инфекционной аллергии у привитых вакциной БЦЖ учитываются
	размер послевакцинного рубца
	срок, прошедший после прививки
	интенсивность положительной реакции на туберкулин
	динамику чувствительности к туберкулину
514	Какие иммунологические тесты для диагностики туберкулеза используются у ВИЧ-инфицированных при количестве СД4+ >200 кл/мкл?
	проба Манту с 2ППД-Л
	проба с АТР

	T-SPOT.TB
	Quantiferon-TB GOLD
515	Какие числа CD4 лимфоцитов у больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, свидетельствует о глубоком иммунодефиците?
	500
	350
	150
	100
516	Какие заболевания свидетельствуют о развитии у пациента СПИДа?
	Пневмоцистная пневмония
	Туберкулез множественных локализаций
	Токсоплазмоз головного мозга
	Нетуберкулезный микобактериоз (диссеминированный или внелегочный)
517	В какой стадии ВИЧ-инфекции туберкулез свидетельствует о развитии СПИДа?
	стадия вторичных заболеваний (4Б)
	стадия инкубации
	стадия первичных проявлений (2А, 2Б, 2В)
	стадия вторичных заболеваний (4В)
	стадия вторичных заболеваний (4А)
	субклиническая
518	Поражение Т-хелперов при ВИЧ-инфекции обусловлено
	преждевременным старением и гибелью инфицированных клеток
	уничтожением зараженных клеток лимфоцитами-эффекторами
	блокадой рецепторов CD4 вирусным гликопротеином gp120
	аутоиммунными процессами
519	Какие методы используются для диагностики ВИЧ-инфекции?
	иммуноферментный анализ крови
	ПЦР РНК ВИЧ
	иммуноблотинг
	ПЦР ДНК ВИЧ
520	В стадии 4Б ВИЧ-инфекции туберкулез протекает в виде
	фиброзно-кавернозного туберкулеза лёгких
	очагового туберкулеза
	туберкулемы
	генерализованного туберкулеза
521	Дифференциальная диагностика туберкулеза позвоночника проводится с

	гематогенным остеомиелитом тел позвонков
	сифилитическим поражением позвоночника
	гемангиомой тел позвонков
	кистозной формой остеокластомы
	метастатическими опухолями
522	Базальная неврологическая симптоматика при туберкулезном менингите включает поражение
	II пары черепномозговых нервов
	VI пары черепномозговых нервов
	VII пары черепномозговых нервов
	III пары черепномозговых нервов
	IX-XII пар черепномозговых нервов
523	Наиболее достоверные методы диагностики туберкулеза женских половых органов
	ректовагинальное исследование
	лучевая диагностика
	гистеросальпингография
	патоморфологический метод при диагностическом выскабливании
	бактериологическое исследование
524	Дифференциальная диагностика туберкулеза тазобедренного сустава проводится с
	посттравматическим кокситом
	опухолью тазобедренного сустава
	асептическим некрозом головки бедренной кости
	остеомиелитом тазобедренного сустава
525	Методами верификации туберкулеза внеторакальных лимфатических узлов являются
	лучевые методы
	исследование смывов из бронхов методом ПЦР на ДНК МБТ
	гистологическое исследование биоптата из лимфатического узла
	бактериологическое исследование мокроты на МБТ
	цитологическое исследование биоптата из лимфатического узла
526	Проникновение возбудителя туберкулеза в организм человека может произойти
	по воздухоносным путям
	через желудочно-кишечный тракт
	трансплацентарно
	контактным путем

527	Возможные пути проникновения инфекции в мозговые оболочки
	бронхогенный
	лимфогенный
	гематогенный
	ликворогенный
528	Локализация первичного туберкулеза
	внутригрудные (периферические) лимфоузлы
	легочная ткань
	легочная ткань и внутригрудные лимфоузлы
	бронхи
530	Наиболее часто поражаются при туберкулезе мужских половых органов
	предстательная железа
	семенные пузырьки
	яички
	придатки
529	Туберкулезное поражение бронхов и трахеи может быть
	лимфобронхиальным свищем
	инфильтративным
	язвенным
	рубцовым
530	К неспецифическим воспалительным и врожденным заболеваниям органов дыхания, с которыми приходится дифференцировать туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, относятся
	реактивные изменения корней легкого при острых и хронических заболеваниях носоглотки, бронхов, легких
	гиперплазия вилочковой железы, опухоли и кисты средостения
	широкие сосуды средостения (вариант развития)
	системные гранулематозы (саркоидоз), лимфомы средостения
531	В пользу неспецифического реактивного бронхоаденита свидетельствуют
	уменьшение и исчезновение тени увеличенных лимфатических узлов по мере излечения или стихания обострения основного заболевания
	увеличение по отношению к легочному процессу только регионарных лимфатических узлов
	двусторонняя лимфососудистая реакция корней
	эффективность неспецифического лечения
532	Для диагностики туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов следует применить
	пробу Манту с 2ТЕ ППД-Л

	исследование мокроты на МБТ не менее 3-х раз
	рентгенологический метод исследования, включая КТ
	бронхоскопию
	УЗИ брюшной полости
533	Заподозрить саркоидоз позволяют следующие клинико-рентгенологические и лабораторные критерии
	бессимптомное начало, тенденция к самопроизвольной инволюции процесса в верхнегрудных лимфатических узлах
	двустороннее поражение бронхопульмональных лимфоузлов, отсутствие поражения бронхиального дерева
	отрицательные туберкулиновые пробы
	гипоглобулинемия и нарастание содержания кальция в крови
	проливные поты в ночные часы
534	Симптомы системного поражения при лимфоме Ходжкина
	лихорадка выше 38 С за последний месяц
	проливной пот, особенно в ночные часы
	потеря массы тела на 10% и более за последние 6 месяцев
	диффузный кожный зуд
	узловатая эритема
535	Наиболее характерным признаком метастазов в корне легкого является
	выпуклость наружных очертаний
	расширение корня
	бесструктурность корня
	склерозирование корня
536	К осложнениям туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов относятся
	туберкулез главного, долевого и устьев сегментарных бронхов
	воспалительно - ателектатические изменения в легких
	лимфо-гематогенная диссеминация с поражением легких, плевры, бронхов и других органов вплоть до милиарного туберкулеза
	формирование туберкулёмы легкого
537	Неспецифическими осложнениями фиброзно-кавернозного туберкулеза легких являются
	дыхательная недостаточность и хроническое легочное сердце
	легочное кровотечение
	амилоидоз внутренних органов
	спонтанный пневмоторакс
	казеозная пневмония

538	Косвенными признаками наличия деструкции легких при туберкулезе является
	наличие очагов бронхогенного обсеменения
	обнаружение в мокроте микобактерий туберкулеза
	кровохаркание
	наличие влажных хрипов в легком после покашливания
539	Центральный рак легкого чаще возникает в бронхах
	главных
	долевых
	промежуточных
	сегментарных
	субсегментарных
540	Бронхолегочное поражение характеризуется следующими признаками
	туберкулезом крупного бронха
	ателектазом
	неспецифическим воспалением в ателектазированном участке легкого
	туберкулезным воспалением в ателектазированном участке легкого
541	Основными противопоказаниями к проведению ревакцинации БЦЖ являются
	остаточные изменения ранее перенесенного туберкулеза
	серьезные хронические соматические заболевания
	осложненные реакции на предыдущее введение вакцины БЦЖ
	сомнительные и положительные реакции на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л
542	Возможное осложнение на введение вакцины БЦЖ
	келоидный рубец
	подмышечный лимфаденит
	поверхностная язва размером 10 мм и более
	подкожный холодный абсцесс
543	К неспецифическим заболеваниям органов дыхания у детей и подростков, с которыми приходится дифференцировать туберкулез внутригрудных лимфоузлов, относятся
	реактивные изменения корней легких при острых и хронических заболеваниях бронхов и ЛОР-органов
	гиперплазия вилочковой железы
	феномен широких сосудов корня и средостения
	саркоидоз
	лимфомы средостения
544	Лечение туберкулеза мочевой системы
	этиотропное

	хирургическое
	патогенетическое
	физиотерапевтическое
545	Химиопрофилактика туберкулеза показана лицам
	контактирующим с бактериовыделителем
	состоящим на учете в III группе диспансерного наблюдения
	состоящим на учете VI групп диспансерного наблюдения
	ВИЧ-инфицированным
546	Полиморфизм МБТ проявляется в образовании
	нитевидных форм
	актиномицетных форм
	кокковидных форм
	L-форм
547	Клетки, формирующие специфическую туберкулёзную гранулёму
	нейтрофилы
	лимфоциты
	эпителиоидные
	многоядерные Пирогова-Лангханса
548	По тяжести клинического течения туберкулёза лёгких выделяют
	остропрогрессирующие формы
	малые формы
	распространенные формы
	деструктивные формы
549	Для фиброзно-кавернозного туберкулёза легких характерны рентгенологические признаки в виде
	наличие каверны со стенками повышенной интенсивности
	очагов бронхогенной диссеминации
	уменьшение объема легкого на стороне патологического процесса со смещением органов средостения в сторону поражения
	деформация костного скелета в виде скошенности ребер и уменьшения межреберных промежутков на стороне поражения
550	Туберкулез в сочетании с язвенной болезнью желудка
	чаще встречается у лиц молодого возраста
	требует преимущественно парентерального введения противотуберкулёзных препаратов
	склонен к прогрессированию и развитию деструктивных форм
	не является противопоказанием к назначению антисекреторных препаратов