**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**ИМ. И.К.АХУНБАЕВА**

**КАФЕДРА ФТИЗИАТРИИ**

**Вступительные тестовые задания**

**для поступления в клиническую ординатуру**

**КГМА им. И.К.Ахунбаева по специальности «фтизиатрия»**

**Бишкек - 2019 г**

**ТЕСТЫ ПО ФТИЗИАТРИИ (500)**

1. Оптимальный температурный режим для активного размножения микобактерий туберкулеза:

1. 20-25°С
2. 36-37°С
3. 42-45°С
4. 50-55°С
5. не имеет значения

2. Возбудитель ТБ может встречается в виде нижеперечисленных форм, за исключением:

1. L-формы
2. зернистых форм
3. персистирующих форм
4. вакцины БЦЖ
5. Быстроразмножающиеся

3. Вид лучистой энергии, к которой высоко чувствительны микобактерии туберкулеза:

1. инфракрасное солнечное излучение
2. ультрафиолетовое солнечное излучение
3. постоянное магнитное поле
4. радиоактивное излучение
5. Переменное магнитное поле

4. Вид микобактерий наиболее часто вызывающий туберкулез у человека:

1. M. tuberculosis
2. M. bovis
3. M. africanum
4. M. Кansassi
5. M. conetti

5. Свойства микобактерии туберкулеза:

1. патогенность, кислотоустойчивость
2. щелочоустойчивость, фильтрирующие
3. изменчивость, лекарственно устойчивость
4. устойчивость к ультрафиолетовым лучам
5. устойчивость к хлорсодержащим веществам

6. Возбудитель микобактериоза:

1. микобактерии БЦЖ
2. атипичные микобактерии
3. L-формы микобактерий туберкулеза
4. M. bovis
5. лекарственно устойчивые формы

7. Микобактерии, которые могут вызывать туберкулез у человека:

1. М. avium-intracellulare
2. M. bovis, M. africanum
3. M. kansassi
4. M. smegmatis
5. M. conetti

8. Оптимальный срок роста культуры микобактерий туберкулеза на плотной питательной среде Левенштейна-Йенсена:

1. 3-4 дня
2. 4 месяца
3. 3-4 недели
4. 5 месяца
5. 2,5-3 месяца

9. Метод, лабораторной диагностики, который является общедоступным в любом лечебно - профилактическом учреждении:

1. метод флотации
2. прямая бактериоскопия
3. бактериологическое исследование
4. люминесцентная бактериоскопия
5. Генотипические методы

10. Какая питательная среда наиболее часто используется для выявления МБТ в патологическом материале при бактериологическом методе исследования?

1. Левенштейна-Йенсена
2. Гельберга
3. Леффлера
4. Китта-Тароцци
5. Среда Финна

11. «Золотой стандарт» для определения МБТ:

1. 2-х кратная бактериоскопия
2. Xpert MTB/RIF
3. Метод флотации
4. Посев на среду Левенштейна-Йенсена
5. Hain-test

12. Xpert MTB/RIF определяет чувствительность на:

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

13. Hain test к I ряду определяет чувствительность МБТ на:

1. изониазид+рифампицин
2. рифампицин+стрептомицин
3. этамбутол +рифампицин
4. рифампицин +стрептомицин
5. изониазид + пирозинамид

14. Какой из перечисленных методов определяет чувствительность МБТ через 2 часа

1. 2-х кратная бактериоскопия
2. Xpert MTB/RIF
3. метод флотации
4. посев на среду Левенштейна-Йенсена
5. BACTEC MGIT 960

15. Методы обогащения материала при выявлении МБТ:

1. флотация и седиментация
2. абсорбция
3. фильтрация
4. дегидратация
5. поляризация

16. Наиболее чувствительный метод бактериоскопии мокроты на МБТ:

1. простая бактериоскопия
2. метод флотации
3. люминесцентный
4. гемотоксилин - эозином
5. окраска по Грамму

17. Вакцина БЦЖ получена:

1. Кохом
2. Кальметтом и Гереном
3. Берингом
4. Эрлихом
5. Манту

18. Преимущества бактериоскопии мокроты:

1. малодоступный, инвазивный, долгий, достоверный
2. доступный, дешевый, быстрый, достоверный
3. доступный, дорогой, долгий, недостоверный
4. малодоступный, дешевый, быстрый, недостоверный
5. доступный, долгий, требует госпитализации больного

19. Способ окраски мазка для выявлении микобактерий туберкулеза:

1. по Грамму
2. по Циль-Нильсену
3. гематоксилин-эозином
4. по Гимза-Романовскому
5. фуксином

20. В здоровом инфицированном организме находятся формы МБТ:

1. быстрорастущие
2. медленно размножающиеся
3. персистирующие
4. погибшие
5. фильтрирующие

21. Эпидемиологические показатели не характерные для туберкулеза:

1. заболеваемость
2. болезненность
3. инфицированность
4. смертность
5. излечение

22. Какой показатель характеризует резервуар туберкулезной инфекции?

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

23. Какой эпидемиологический показатель определяется при туберкулиновой диагностике?

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

24. Определение: «Эндогенная реинфекция» - это…

1. возникновение очага туберкулезной инфекции во внутренних органах вследствие поступления инфекции
2. в организм извне
3. активация скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции вследствие нового поступления инфекции
4. активация ранее скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции
5. проникновение извне инфекции в ранее не инфицированный организм
6. проникновение извне инфекции в уже инфицированный организм

25. «Экзогенная суперинфекция» - это…

1. активация скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции вследствие нового поступления инфекции
2. активация ранее скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции
3. возникновение очага туберкулезной инфекции во внутренних органах вследствие поступления инфекции в организм
4. возникновение очага туберкулезной инфекции в организме вследствие лимфогенной диссеминации
5. скрыто протекающий туберкулёзный процесс в организме

26. Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу рассчитываются:

1. на 1 тыс. населения
2. на 10 тыс. населения
3. на 100 тыс. населения
4. в %
5. в абсолютных цифрах

27. Показатель заболеваемости населения туберкулезом при эпидемии по стандартам ВОЗ выше:

1. 10 заболевших на 100 тыс. населения
2. 20 заболевших на 100 тыс. населения
3. 50 заболевших на 100 тыс. населения
4. 30 заболевших на 100 тыс. населения
5. 5 заболевших на 100 тыс. населения

28. Самым опасным в эпидемиологическом отношении является:

1. бактериовыделитель при контакте только со взрослыми
2. скудный бактериовыделитель при контакте с любыми возрастными группами
3. бактериовыделитель с факультативным выделением МБТ и при наличии удовлетворительных условий жизни
4. бактериовыделитель с наличием в окружении его детей или лиц с асоциальным поведением
5. скудный бактериовыделитель пациент с МЛУТБ

29. Расчетный показатель заболеваемость ТБ – это:

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

30. Показатель смертности от ТБ – это:

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

31. Расчетный показатель болезненности от ТБ (распространенность) – это:

1. число больных туберкулезом, состоящих на учете в лечебных учреждениях на конец года, в расчете на 1 000 населения
2. число больных туберкулезом, состоящих на учете в лечебных учреждениях на начало года, в расчете на 100 000 населения
3. общее число больных с впервые выявленным активным туберкулезом, состоящих на учете в тубдиспансере на конец года, в расчете на 100 000 населения
4. общее число больных активным туберкулезом, состоящих на учете в лечебных учреждениях на конец года, в расчете на 100 000 населения
5. число больных неактивным туберкулезом, состоящих на учете в лечебных учреждениях на начало года, в расчете на 100 000 населения

32. Показатель инфицированности МБТ – это:

1. отношение числа лиц, отрицательно реагирующих на туберкулин к числу обследованных лиц, за исключением лиц с поствакцинальной аллергией (в процентах)
2. отношение числа лиц, положительно реагирующих на туберкулин к числу лиц с поствакцинальной аллергией
3. отношение числа лиц, положительно реагирующих на туберкулин к числу обследованных лиц
4. отношение числа лиц, положительно реагирующих на туберкулин к числу обследованных лиц, за исключением лиц с поствакцинальной аллергией (в процентах)
5. отношение числа лиц, положительно реагирующих на туберкулин к числу необследованных

33. Что не способствует возникновению туберкулезного процесса в организме?

1. курение табака
2. лечение кортикостероидами
3. злоупотребление алкоголем
4. беременность
5. врожденная предрасположенность

34.Высокая заболеваемость туберкулезом чаще встречается у..?

1. подростков
2. женщин
3. мужчин
4. детей
5. пожилых людей

35.Главной причиной перехода первичного инфицирования в заболевание туберкулезом является:

1. массивная суперинфекция
2. неблагоприятный преморбидный фон и частые миграционные процессы
3. угасание поствакцинального иммунитета
4. отсутствие дифференцированного профилактического лечения в раннем периоде первичной ТБ инфекции
5. сопутствующие заболевания

36. При туберкулезе характерные специфичные воспалительные изменения в органах и тканях:

1. альтернативные
2. параспецифические
3. казеозные
4. продуктивные
5. экссудативные

37. Основная структура туберкулезного бугорка:

1. альтерация
2. гигантские клетки Пирогова-Ланганса
3. макрофаги
4. казеоз
5. лимфоциты

38. Какой вид иммунитета является ведущим в сопротивляемости организма туберкулезу?

1. врожденный
2. клеточный
3. гуморальный
4. нестерильный
5. стерильный

39. Характерное строение гранулемы при туберкуле?

1. эпителиоидно клеточная с гигантскими клетками Пирогова-Ланганса без некроза
2. с наличием лимфоидных клеток и клеток Березовского-Штеренберга
3. эпителиоидноклеточная с гигантскими клетками Пирогова-Ланганса и некрозом в центре
4. соединительнотканные узелковые уплотнения по ходу мелких сосудов
5. эозинофильноклеточная

40. Какие клетки осуществляют захват МБТ в дыхательных путях и легких:

1. Т-лимфоциты
2. В-лимфоциты
3. нейтрофилы
4. макрофаги
5. фагоцитоз

41. Гиперчувствительность замедленного типа к какому типу реакций относится?

1. гуморальный иммунитет
2. неспецифическая резистентность
3. клеточный иммунитет
4. продуктивное воспаление
5. экссудативное воспаление

42. При клеточном иммунитете основной путь элиминации МБТ:

1. реакция антигена с антителом
2. макрофагами
3. разрушение МБТ медиаторами - интерлейкинами
4. воздействие на МБТ факторов бактерицидной активности крови
5. фагоцитоз

43. В основе иммунитета при туберкулезе:

1. гуморальный
2. неспецифический
3. клеточный
4. естественный
5. стерильный

44. За клеточный иммунитет к туберкулезу у человека отвечает:

1. В-лимфоциты
2. нейтрофилы
3. гистиоциты
4. Т-лимфоциты
5. хелперы

45. Характерные клетки для туберкулезной гранулемы:

1. фибробласты
2. гистиоциты
3. фибробласты и гистиоциты
4. клетки Пирогова-Ланганса
5. клетки Березовского-Штеренберга

46. При прогрессировании туберкулезного процесса характерная патоморфологическая реакция:

1. дистрофическая
2. казеозный некроз
3. атрофия тканей
4. продуктивное воспаление
5. альтеративное воспаление

47.При туберкулезе иммунитет:

1. абсолютный
2. нестерильный и относительный
3. стерильный и абсолютный
4. врожденный
5. неспецифический

48. Клетки, от которых преимущественно зависят реакции клеточного иммунитета при туберкулезе:

1. В-лимфоциты и нейтрофилы
2. макрофаги и Т-лимфоциты
3. нейтрофилы
4. эозинофилы
5. мезотелиальные клетки

49. Основной фактор клеточного противотуберкулезного иммунитета является:

1. повышенная чувствительность (гиперчувствительность) замедленного типа
2. повышенная чувствительность (гиперчувствительность) немедленного типа
3. пониженная чувствительность клеток
4. развитие нечувствительности
5. развитие устойчивости

50. Морфологической сущности туберкулезного процесса является:

1. дистрофическим
2. атрофическим
3. воспалительным
4. опухолевым
5. морфологический

51. Для активного туберкулеза основным морфологическим проявлениями являются:

1. появление эпителиоидно клеточных бугорков, возникновение участков творожистого (казеозного) некроза
2. кальцинация
3. развитие гиалиноза
4. жировая дистрофия
5. появление и размножение атипических клеток

52. Очагом туберкулезной инфекции называется:

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

53. От туберкулеза ВИЧ-инфицированные погибают в:

1. 100 % случаев
2. вообще не погибают
3. 30-35 % случаев
4. 5-10 % случаев
5. 10-20% случаев

54. Выявление туберкулеза на современном этапе осуществляется методами:

1. пациент-инициированным
2. скрининговым
3. скрининговым и пациент-инициированным
4. флюорографическим
5. лабораторный

55. Минимальное количество МБТ, которого можно обнаружить в мокроте методом бактериоскопии по данным ВОЗ?

1. 5000 в 1 мл
2. 50000 в 1 мл
3. 100000 в 1 мл
4. 500000 в 1 мл
5. 2000 в 1 мл

56. Какую форму туберкулеза легких из перечисленных считают своевременно выявленной?

1. диссеминированный в фазе распада
2. туберкулема в фазе распада
3. инфильтративный в фазе распада
4. милиарный туберкулез
5. очаговый в фазе инфильтрации

57.Форма туберкулеза легких считающийся поздно выявленной?

1. диссеминированный
2. очаговый
3. фиброзно-кавернозный
4. инфильтративный
5. туберкулема

58. Основной метод выявления больных туберкулезом среди взрослых при обращении в ЦСМ:

1. анализ эпидемиологических показателей
2. общий анализ крови и мочи
3. флюорография
4. 2-х кратная бактериоскопия мокроты на МБТ
5. компьютерная томография легких

59. Какой материал подлежит обследованию на МБТ по рекомендации ВОЗ при подозрении на туберкулез легких?

1. плевральная жидкость
2. спинномозговая жидкость
3. моча
4. мокрота
5. лаважная жидкость

60. При туберкулезе легких бактериологический метод исследования мокроты позволяет:

1. определить жизнеспособность МБТ
2. определить лекарственную непереносимость
3. определить лекарственную устойчивость МБТ
4. определить патогенность МБТ
5. определить категорию лечения больного

61. Тактика врача ПМСП при подозрении на туберкулез у пациента с кашлем при отрицательном мазке мокроты и имеющем изменения на рентгенограмме:

1. назначаем противотуберкулезную терапию
2. направляем к пульмонологу и снимаем диагноз «туберкулез»
3. назначаем антибиотики широкого спектра действия на 7-10 дней, повторяем 3-х кратную бактериоскопию и рентгенограмму, есть «+» динамика снимаем диагноз ТБ, нет-направляем к фтизиатру
4. через 3 суток повторяем 3-х кратную бактериоскопию мокроты и при отрицательном результате снимаем диагноз «туберкулез»
5. через 7 суток повторяем 3-х кратную бактериоскопию мокроты и при отрицательном результате снимаем диагноз «туберкулез»

62. Отрицательный сдвиг в структуре заболеваемости туберкулезом следует считать:

1. уменьшения удельного веса больных с МБТ (+) и деструкцией
2. отсутствия запущенных форм туберкулеза
3. снижение показателя инфицированности
4. повышение удельного веса больных с очаговым туберкулезом
5. увеличение числа генерализованных форм туберкулеза

63. Врачи какой специальности должны выявлять больных, подозрительных на туберкулез?

1. только врачи ГСВ
2. только врачи вторичного уровня здравоохранения
3. только врачи-фтизиатры
4. все медработники
5. врачи терапевты

64. Система ДОТS включает:

1. дифференцированные флюорографические обследования населения
2. бактериологические (посев мокроты) обследования в группах повышенного риска
3. бактериоскопию мокроты у лиц с подозрением на туберкулез и контролируемое лечение
4. сплошные бактериоскопические исследования мокроты
5. сплошные флюорографические обследования населения

65. Каким лицам, обращающихся за медпомощью, необходимо провести флюорографическое обследование?

1. артериальная гипертензия
2. артралгия с припуханием суставов
3. диспепсические расстройства
4. кашель с мокротой более 2-х недель, длительный субфебрилитет
5. учащенное и болезненное мочеиспускание

66. При диагностике ТБ у ВИЧ больного необходимо сразу провести:

1. бронхоскопию
2. пробу Манту
3. Xpert MTB/ RIF
4. УЗИ внутренних органов
5. обзорная рентгенограмма

67. Туберкулин впервые получен:

1. Кохом
2. Кальметтом
3. Гереном
4. Менделем
5. Ваксманом

68. Туберкулинодиагностика – это…

1. подтверждения активности туберкулезного процесса
2. выявления остаточных посттуберкулезных изменений
3. диагностики ХНЗЛ
4. выявления состояния инфицированности туберкулезом макроорганизма
5. иммунопрофилактики туберкулеза

69. Основные задачи туберкулинодиагностики, за исключением:

1. диагностика туберкулеза у детей из группы риска
2. диагностика туберкулеза у детей мигрантов
3. диагностика туберкулеза у детей с симптомами туберкулеза
4. применяется для лечения туберкулеза
5. диагностика туберкулеза у детей из контакта

70. Применяемая доза туберкулина при постановке внутрикожной пробы Манту:

1. 1 ТЕ
2. 4 ТЕ
3. 20 ТЕ
4. 2 ТЕ
5. 5 ТЕ

71. Время оценки внутрикожной пробы Манту:

1. 48 ч
2. 24 ч
3. 36 ч.
4. 72 ч.
5. 12 ч.

72. Везикуло - некротическая реакция после постановки внутрикожной пробы Манту говорит о результате:

1. отрицательный
2. положительный
3. отрицательная анергия
4. не имеет информативности
5. глистной инвазии ребенка

73. Результат внутрикожной пробы Манту у ВИЧ- инфицированного ребенка считается положительным:

1. больше 5 мм.
2. больше 2 мм
3. больше 1 мм
4. меньше 3 мм
5. 0-4 мм

74. Результат внутрикожной пробы Манту у здорового ребенка считается положительным:

1. больше 5 мм.
2. размер пробы от 1-4
3. размер пробы 5-9 мм
4. больше 10 мм
5. больше 4-7 мм

75. Показания к постановке внутрикожной пробы Манту:

1. дети из очагов туберкулезной инфекции
2. дети здоровые
3. дети перед плановой вакцинацией
4. недоношенные дети
5. подростки и взрослые для диф.диагностики

76. Какой туберкулин используется на сегодняшний день в Кыргызской Республике:

1. ППД-Л в стандартном разведении
2. эозинофильный антигенный сухой
3. АТК
4. ППД-Л сухой
5. ППД-Л замороженный

77. Снижение чувствительности к туберкулину может быть обусловлено, за исключением:

1. лимфогранулематозом
2. саркоидозом
3. корью
4. краснухой
5. аллергии

78. Внутрикожная проба указывает на:

1. наличия внелегочной инфекции в организме
2. отсутствии туберкулезной инфекции в организме
3. отсутствии заболевания туберкулезом
4. наличии заболевания туберкулезом
5. наличие туберкулёзной инфекции в организме

79. Что не определяет кожную пробу Диаскинтест:

1. инновационный внутрикожный тест
2. представляет собой рекомбинантный белок
3. содержит 2 связанных между собой антигена - ESAT6 и CFP10, характерных для вирулентных штаммов МБТ (М. Tuberculosis и M. Bovis)
4. вызывает иммунную реакцию только на МБТ и не дает реакции, связанной с вакцинацией БЦЖ
5. реагирует на вакцинный штамм микобактерий

80. Инфицированные лица – это:

1. больные с легочным туберкулезом
2. больные с внелегочным туберкулезом
3. лица, с положительными реакциями на туберкулин
4. установлена активный туберкулез
5. здоровые лица

81. Относительные противопоказания к проведению пробы Манту следует считать, кроме:

1. кожные заболевания в области предплечья
2. после прививки КПК в течении 8 недель
3. ОРИ, лихорадка> 37.8
4. ранее положительный результат пробы Манту или ранее лечился от ТБ
5. активный туберкулез в данное время

82. На выраженность туберкулиновой реакции не влияет?

1. массивность туберкулезной инфекции
2. чувствительность организма к МБТ
3. реактивность организма
4. пол исследуемого
5. доза туберкулина

83. При рентгенологическом исследовании принято называть очаговой тенью:

1. до 0,5 см
2. до 1 см
3. до 2 см
4. до 3 см
5. до 4 см

84. Основной рентгенологической метод диагностики при заболеваниях органов дыхания во фтизиатрии:

1. стационарная среднеформатная флюорография
2. рентгеноскопия
3. томография
4. обзорная рентгенография в 2-х проекциях (прямая и боковая)
5. компьютерная томография

85. Рентгенологическая характеристика эмфизематозных участков легкого:

1. пониженная прозрачность
2. повышенная прозрачность
3. диффузное затемнение
4. нормальный легочной рисунок
5. усиленный легочной рисунок

86. При какой форме ТБ рентгенологические изменения в органах дыхания отсутствуют:

1. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
2. первичный туберкулезный комплекс
3. очаговый туберкулез
4. долокальная форма первичного туберкулеза
5. туберкулема

87. Форма ТБ при котором, на рентгенограмме отмечается расширенная тень корня легкого, нарушение его формы и структуры:

1. инфильтративный ТБ
2. ТБ интоксикация
3. ТБ внутригрудных лимфатических узлов
4. диссеминированный ТБ
5. туберкулема

88. Рентгенологический характерный признак при фиброзно-кавернозного ТБЛ:

1. полость неправильной формы, с неровными очертаниями, с наличием перифокальной реакции
2. тонкостенная полость без уровня жидкости
3. полость с неравномерной толщиной стенки, внутренняя стенка неровная, выраженная реакция сo стороны корня легкого
4. однородное полостное образование, с четкими границами
5. полость с толстыми фиброзными стенками с уменьшением объема легкого и наличием очагов отсева в окружающей легочной ткани

89. Для спонтанного пневмоторакса характерно рентгенологический синдром:

1. высокое стояние диафрагмы на стороне поражения
2. смещение органов средостения в сторону поражения
3. развитие эмпиемы плевры
4. наличие синдрома просветления и контуры поджатого легкого
5. расширение тени корня легкого

90. Характерный рентгенологический синдром при туберкулеме:

1. синдром округлой тени
2. синдром очаговой тени
3. синдром диссеминации
4. синдром патологии корней легких
5. синдром патологии легочного рисунка

91. Характерный рентгенологический синдром при милиарном ТБ:

1. синдром очаговой тени
2. синдром округлой тени
3. синдром патологии корней легких
4. синдром диссеминации
5. синдром патологии легочного рисунка

92. Для ТБ внутригрудных лимфатических узлов характерно рентгенологический синдром:

1. синдром патологии корней легких
2. синдром очаговой тени
3. синдром округлой тени
4. синдром диссеминации
5. синдром патологии легочного рисунка

93. Форма ТБ, при котором отмечается рентгенологический синдром затемнения в легком и увеличения внутригрудных лимфоузлов?

1. кавернозный ТБ легких
2. диссеминированный ТБ легких
3. экссудативный плеврит
4. первичный туберкулезный комплекс
5. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

94. Для синдрома расширения корня легкого без поражения легочной паренхимы характерно:

1. ателектаз легкого
2. цирроз легкого
3. туберкулома
4. туберкулез внутригрудных лимфоузлов
5. первичный туберкулезный комплекс

95. В каких сегментах локализуются вторичные формы туберкулеза?

1. III, IV, X
2. V, VII
3. I, II, VI
4. VI, VII, IX
5. VII, II, I

96. В норме в корне легкого на рентгенограмме определяется?

1. легочная артерия
2. лимфатические узлы
3. разветвления легочной артерии
4. крупные вены
5. просвет промежуточного бронха

97. Рентген признаки очагов, которые исключают очаговый туберкулез легких?

1. группа теней около 2 мм в диаметре в I-II сегментах левого легкого
2. группа теней около 6 мм в диаметре неправильной формы во II сегменте правого легкого
3. однотипные малоинтенсивные тени 6-10 мм в диаметре в VI сегменте правого легкого
4. полиморфные тени диаметром от 2 до 10 мм в верхушках легких
5. множественные лучистые тени от 2 до 4 мм в диаметре в VIII, IX, X сегментах обоих легких

98. Признаки лучевой диагностики явно активного туберкулезного процесса с прогрессирующим течением:

1. фокус затенения слабой интенсивности с кольцевидным просветлением внутри и очагами вокруг
2. группа очаговых теней в S1 и S2 справа слабой интенсивности гомогенной структуры
3. средней интенсивности фокус затенения с участками уплотнения
4. фокус затенения слабой интенсивности гетерогенной стуктуры
5. высокой интенсивности фокус затенения крупных размеров с участками обызвествления

99. Наиболее частый путь распространения инфекции в сегменты нижней доли при инфильтративном туберкулезе верхушечного сегмента?

1. гематогенный
2. бронхогенный
3. лимфогенный
4. лимфогематогенный
5. контактный

100. Туберкулему легких подтверждает результат морфологического исследования:

1. участок экссудативно-казеозного воспаления диаметром около 2 см
2. капсулированный очаг казеоза диаметром около 0,6 см
3. кольцевидная тень, с выраженным фиброзным слоем
4. капсулированный фокус казеозной пневмонии диаметром более 1 см с отсевами в окружающую легочную ткань
5. очаговая тень размером 1 см в диаметре

101. Морфологический признак, подтверждающий активность туберкулемы легких?

1. плотные очаги в окружающей легочной ткани
2. деформация дренажного бронха
3. перифокальное воспаление
4. неуплотненный казеоз в центре туберкулемы
5. отсутствие кальцинации

102. Какой рентгенологический признак не характерен для туберкулезной каверны?

1. замкнутость контуров кольцевидной тени
2. несоответствие внутренних и наружных контуров кольцевидной тени
3. овальная форма кольцевидной тени
4. соединительнотканные тяжи от кольцевидной тени к плевре
5. равномерная кальцинация по всей окружности кольцевидной тени

103. Рентгенологический признак позволяет предполагать каверну в легком?

1. затемнение на пораженной стороне
2. кольцевидная тень
3. очаговая тень
4. округлая тень
5. очаги обсеменения

104. Что формируется на месте зажившей каверны в легком?

1. инкапсулированный очаг
2. санированная каверна
3. множественные очаговые тени
4. рубец
5. нежная инфильтрация

105.Рентгенологический признак, не подтверждающий наличие каверны?

1. кольцевидная тень
2. горизонтальный уровень жидкости в кольцевидной тени
3. бронхогенная диссеминация
4. связь с корнем
5. увеличение размеров тени легкого на стороне поражения

106. Толстостенная каверна с выраженными очаговыми, инфильтративными и фиброзными изменениями вокруг, соответсвует:

1. хронический диссеминированный туберкулез
2. фиброзно-очаговый туберкулез
3. фиброзно-кавернозный туберкулез
4. кавернозный туберкулез
5. инфильтративный туберкулез

107. Для подострого диссеминированного туберкулеза характерный рентгенологический признак:

1. наличие толстостенной полости с неровным контуром в среднем отделе легкого
2. наличие тонкостенной "штампованной" каверны в верхней доле
3. наличие нескольких крупно-фокусных теней размером 3-4 см
4. сужение одного из легочных полей, каверна с фиброзным слоем
5. смещение органов средостения в пораженную сторону

108.Характерный для хронического диссеминированного туберкулеза легких рентгенологический признак:

1. симптом "яичной скорлупы"
2. симптом "снежной бури"
3. симптом "плакучей ивы"
4. симптом "восходящего солнца"
5. симптом "разменной монеты"

109. Симптом «разменной монеты» характерен?

1. подострого диссеминированного туберкулеза
2. хронического диссеминированный туберкулеза
3. метастатический рака
4. периферического рака
5. саркоидоза

110. Для какой формы характерно симптом «очковых каверн» или «очков»:

1. для инфильтративного туберкулеза в фазе распада
2. для диссеминированного туберкулеза в фазе распада
3. для фиброзно-кавернозного туберкулеза
4. для двустороннего очагового туберкулеза
5. для двусторонней туберкулемы

111. Рентгенологическая картина ТБ на фоне ВИЧ инфекции, за исключением:

1. вовлечение нижних отделов
2. вовлечение внутригрудных лимфатических узлов
3. интерстициальные инфильтраты
4. ограниченные процессы
5. распространенные процессы

112.Признаком первичного инфицирования МБТ является:

1. изменения на рентгенограмме
2. увеличение внутригрудных лимфатических узлов
3. обнаружение МБТ в мокроте
4. узловая эритема
5. «вираж» туберкулиновой реакции

113. Что представляет из себя вакцина БЦЖ:

1. продукт жизнедеятельности живых туберкулезных палочек
2. особый штамм живых, ослабленных атипичных микобактерий
3. особый штамм живых ослабленных L-форм микобактерий туберкулеза
4. продукт жизнедеятельности убитых туберкулезных палочек
5. особый штамм живых, апатогенных ослабленных типичных микобактерий туберкулеза

114. Специфическая иммунопрофилактика ТБ:

1. улучшение экологии
2. применение дезинфицирующих средств
3. назначение комплекса витаминов для повышения резистентности организма
4. дезинфекция помещений
5. вакцинация БЦЖ

115. При вакцинации БЦЖ, что обеспечивает развитие противотуберкулезного иммунитета:

1. убитые МБТ вакцинного штамма
2. живые МБТ вакцинного штамма
3. L-формы вакцинного штамма
4. продукты жизнедеятельности МБТ вакцинного штамма
5. зернистые формы МБТ

116. Рекомендуемая прививочная доза вакцины БЦЖ:

1. 0,1 мг
2. 0,5 мг
3. 1 мг
4. 0,05 мг
5. 0,2 мг

117. Размер поствакцинального рубчика свидетельствует о наличии прививочного иммунитета:

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

118. Что является абсолютным противопоказанием к вакцинации БЦЖ новорожденного в роддоме:

1. крайние физиологические состояния
2. масса тела менее 1500 г
3. врожденный туберкулез
4. внутриутробные инфекции
5. аллергические проявления кожи

119. К осложнениям вакцины БЦЖ не относится:

1. холодный абсцесс
2. язва в месте прививки
3. келоидный рубец
4. периферический лимфаденит
5. полисерозиты

120. Химиопрофилактику ТБ проводят:

1. изониазидом
2. рифампицином
3. пиразинамидом
4. этамбутолом
5. стрептомоцином

121. К социальной профилактике ТБ не относится:

1. повышение материального благосостояния
2. улучшение питания
3. улучшение жилищно-бытовых условий
4. борьба с алкоголизмом, наркоманией
5. обработка дезинфицирующими средствами

122. К мероприятиям в очаге туберкулезной инфекции не относится:

1. гигиена кашля
2. ношение маски
3. изоляция бактериовыделителя
4. проветривание помещений
5. назначение превентивного лечения контактным лицам

123. В региональную службу СЭН необходимо подать экстренное извещение на больного, выделяющего МБТ:

1. до 3-х дней после обнаружения МБТ
2. после уточнения клинического диагноза
3. при выписке из стационара
4. не позднее 24 часов после обнаружения МБТ
5. до 10 дней после обнаружения МБТ

124. Время хранения вакцины БЦЖ после ее разведения:

1. 3 ч в темном месте при комнатной температуре
2. 3 ч в морозильной камере
3. 20 ч независимо от освещения при комнатной температуре
4. 24 ч в термостате
5. 48 ч в термостате

125. Химиопрофилактика туберкулеза – это:

1. обработку помещений дезинфицирующими средствами для уничтожения инфекции
2. назначение противотуберкулезного препарата здоровым из группы риска
3. назначение противотуберкулезного препарата больным туберкулезом
4. постановка на диспансерный учет
5. проведение вакцинации больных туберкулезом

126. Члены семьи больного туберкулезом, выделяющего МБТ должны:

1. встать на диспансерный учет
2. обследоваться на туберкулез
3. получать химиопрофилактику
4. получать лечение ПТП
5. не посещать общественные места

127. Проведение химиопрофилактики у детей:

1. 3 мес.
2. 6 мес.
3. 8 мес.
4. 1 года
5. В осенне-весеннее время по 2 мес. в течение 2 лет

128. Лицам контактным с МЛУ–ТБ, химиопрофилактика изониазидом, проводится:

1. не проводится
2. 3 мес.
3. 8 мес.
4. 6 мес.
5. 1 года

129. Что необходимо в отношении ребенка с виражом туберкулиновой чувствительности:

1. комбинированное лечение противотуберкулезными препаратами
2. десенсибилизирующая терапия
3. химиопрофилактика в течение 6 месяцев
4. наблюдение с целью своевременного выявления туберкулеза
5. иммуностимулирующая терапия

130. Какими препаратами проводят для химиопрофилактику:

1. протионамид
2. рифампицин
3. ПАСК
4. препараты группы ГИНК
5. Тиоацетазон

131. Что включает в себя текущая дезинфекция:

1. обеззараживание мокроты, выделений больного и посуды
2. ежедневная влажная уборка помещения, где находится больной
3. проветривание помещения, где находится больной
4. обеззараживание белья, одежды
5. изолирование больного

132. Что не относится к пара специфическим реакциям при ТБ:

1. келлоидный рубец
2. фликтенулезный кератоконъюктивит
3. полисерозиты
4. ревматизм Понсе
5. узловатая эритема

133. Осложнения от вакцины БЦЖ?

1. Гиперемия на месте введения вакцины
2. Узловатая эритема
3. Плеврит на стороне введения вакцины
4. Везикуло - некроз
5. Келлоидный рубец

134. В какой дозе назначается изониазид в профилактических целях:

1. 5 мг/кг
2. 1 мг/кг
3. 25 мг/кг
4. 10 мг/кг
5. 15 мг/кг

135. Каким путем осуществляется обработка мокроты:

1. выливания в унитаз
2. кипячения или замачивания в посуде раствором хлорной извести
3. обработки карболовым раствором
4. мытье в мыльном растворе
5. выливание в раковину

136. Какими органами проводится социальная профилактика туберкулеза:

1. органами социального обеспечения
2. органами государственной власти в целом
3. органами здравоохранения
4. правоохранительными органами
5. органами здравоохранения и социального обеспечения

137. Что включает в себя санитарная профилактика:

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

138. Как проводится химиопрофилактика ВИЧ инфицированным, контактным с МЛУ-ТБ больными:

1. проводится 6 месяцев
2. проводится 2 месяца
3. по усмотрению пациента
4. никогда не проводится
5. проводится, через 1 месяц после вакцинации

139. Что является основой инфекционного контроля:

1. физические или технические меры, предпринимаемые в зонах повышенного риска
2. применение фильтрующих респираторов или масок
3. обеспечение приверженности пациента к прохождению полного курса лечения
4. ранняя и быстрая диагностика и правильное лечение больных ТБ
5. зональное деление потока пациентов

140. К уровням инфекционного контроля не относятся:

1. управленческие меры ИК
2. административные меры ИК
3. контроль за состоянием окружающей среды (инженерно-технический контроль)
4. меры индивидуальной защиты органов дыхания
5. приверженность пациентов

141.Управленческий уровень ИК включает:

1. проведение научных исследований;
2. планирование, организацию, координацию, мотивацию исполнения ИК и контроля
3. развитие кадрового потенциала;
4. контроль за выполнением мер ИК;
5. обеспечение УФБО, вентиляцией и воздушными фильтрами

142. Инженерно-технический уровень ИК включает:

1. применение респираторов и масок
2. проведение дезинфекции помещений и ежедневной уборки с хлорсодержащими растворами
3. установка и обеспечение кабин (помещений) для сбора мокроты
4. вентиляция, ультрафиолетовое бактерицидное облучение и высокоэффективные воздушные фильтры
5. разделение отделений на зоны высокого и низкого риска

143. К мерам индивидуальной защиты относятся:

1. незамедлительное выявление людей с симптомами ТБ (проводить сортировку)
2. отделение контагиозных больных
3. контролировать распространение (соблюдение правил поведения при кашле и респираторной гигиене)
4. сократить до минимума время пребывания в организациях
5. обязательное ношение респираторов

144. Как проводить обучение пациентов гигиене кашля:

1. информирование пациентов о ТБ
2. обучение с помощью плакатов и наглядных пособий, а также в форме бесед
3. обучение пациентов мытью рук
4. создание школы пациентов среди амбулаторных и стационарных больных
5. создание кабинета для информации больных

145. Что из себя представляет меры индивидуальной защиты ТБ:

1. стерильные перчатки
2. защитные очки и одноразовые защитные фартуки
3. респираторы и хирургические маски
4. спец. форма
5. зонирование больных

146.В вашем понимании «Фит-тест» – это:

1. бег/ходьба на месте
2. тест на прилегание респиратора
3. дыхательная гимнастика
4. тест ПЦР
5. утренняя пробежка

147.К административным мерам инфекционного контроля в ТБ лабораториях не относится:

1. разделение лаборатории на инфицированную и неинфицированную зону
2. создание эпидемической цепочки движения исследуемых материалов в процессе приема, обработки и исследования
3. образовательную подготовку персонала
4. соблюдение правил сбора материала
5. контроль сбора мокроты у пациентов

148 Требованиям к ТБ отделениям по инфекционному контролю нельзя отнести:

1. разделение на зоны высокого и низкого риска с демаркационными знаками
2. размещение медсестринских постов вне зоны высокого риска
3. отделение врачебных комнат от зоны высокого риска
4. размещение бациллярных больных в боксах
5. контроль медперсонала за соблюдения мер ИК

149. Как классифицируется туберкулезе по ВОЗ:

1. генерализованный и ограниченный ТБ
2. первичный и вторичный ТБ
3. легочный и внелегочной туберкулез
4. распространенный и локализованный ТБ
5. изолированный и распространенный

150. Что характерно для первичного туберкулезного комплекса:

1. пневмонического, легочного
2. лимфатического, сосудистого
3. легочного, железистого и «дорожка»
4. железистого, сосудистого, легочного
5. атероматозный, альтеративный

151. Формы первичного туберкулезного комплекса

1. прогрессирующая, регрессирующая, стабильная
2. 2. малая, туморозная, пневмоническая
3. 3. округлая, лобарная, пневмоническая
4. бессимптомная, тифоподобная, пневмоническая
5. острая, подострая, хроническая

152. Осложнения ТБ внутригрудных лимфатических узлов:

1. ТБ спондилит
2. легочное кровотечение
3. бронхонодулярный свищ и бронхогенная диссеминация
4. плеврит
5. пневмоторакс

153. Формы туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов:

1. бессимптомная, тифоидная, пневмоническая
2. малая, инфильтративная, туморозная
3. округлая, лобарная, пневмоническая
4. малая, тифоидная, пневмоническая
5. бессимптомная, прогрессирующая, стабильная

154. Клинические формы ТБ, которые были включены в современную клиническую классификацию:

1. ранняя туберкулезная интоксикация
2. крупозная пневмония, эмпиема плевры
3. гематогенный диссеминированный туберкулез легких
4. острый милиарный туберкулез легких, казеозная пневмония
5. туберкулез бронхов

155. В какой фазе выявляют рентгенологический симптом биполярности при первичном туберкулезном комплексе?

1. инфильтрации
2. распада
3. рассасывания и уплотнения
4. бронхогенного обсеменения
5. петрификации

156. Наиболее опасная форма в эпидемиологическом отношении:

1. ТБ внутригрудных лимфоузлов
2. фиброзно-кавернозный ТБ легких
3. ТБ менингит
4. ТБ спондилит
5. очаговый туберкулез легких

157. Какая характеристика соответствует очаговому ТБ легких:

1. долокальная форма
2. генерализованная форма
3. своевременно выявленная форма ТБ
4. осложнение первичного туберкулеза
5. остаточные очаги первичного туберкулеза

158. Лабораторные признаки, подтверждающие активность инфильтративного ТБ легких:

1. бактериовыделение
2. увеличение СОЭ
3. сдвиг лейкоцитарной формулы влево
4. отрицательные результаты методов ПЦР
5. наличие очагов Абрикосова

159. Рентгенологический признак, свидетельствующий об активности инфильтративного ТБ:

1. высокая интенсивность фокуса
2. нечеткость контура фокусной тени
3. гомогенность фокуса
4. тотальное затемнение
5. реакция костальной плевры

160. Какой метод является ведущим при выявлении формы очагового ТБ легких:

1. клинический
2. рентгенологический
3. лабораторный
4. иммунологический
5. туберкулинодиагностика

161. В каком сегменте легких чаще локализуются туберкулемы:

1. I, II, VI
2. IV, VIII, X
3. VII, V, III
4. IX, I, IV
5. I, V, XI

162. Какой рентгенологический признак подтверждает активность туберкулемы:

1. уменьшение размеров, фиброзные изменения легочной ткани
2. просветление серповидной формы, размытость наружного контура
3. очаги высокой интенсивности в центре округлой тени
4. прежние размеры, кальцинация в центре туберкулемы
5. малая интенсивность тени

163. Какое осложнение не характерно для инфильтративного ТБ легких:

1. менингит
2. плеврит
3. легочное кровотечение
4. дыхательная недостаточность
5. бронхонодулярный свищ

164. Какая фаза процесса исключена при инфильтративном туберкулезе?

1. распад
2. рассасывание
3. обсеменение
4. уплотнения
5. инфильтрации

165. Какой тип инфильтрата никогда не встречается при инфильтративном туберкулезе:

1. перициссурит
2. лобит
3. округлый инфильтрат
4. облаковидный инфильтрат
5. лобарный

166. Из какого типа инфильтрата чаще процесс переходит в казеозную пневмонию:

1. перициссурит
2. лобит
3. округлый инфильтрат
4. облаковидный инфильтрат
5. псевдотуморозный

167. Основной рентгенологический синдром при инфильтративном ТБ:

1. синдром округлой тени
2. синдром очаговой тени
3. синдром затемнения
4. синдром просветления
5. синдром кольцевидной тени

168. Источником распространения МБТ при диссеминированном ТБ являются:

1. очаги Гона в легком
2. туберкулезные очаги в почке
3. казеозно-измененные внутригрудные лимфатические узлы
4. очаги Абрикосова
5. кальцинаты в корнях

169. Наиболее частый путь распространения МБТ, приводящий к развитию диссеминированного ТБ легких:

1. лимфогематогенный
2. гематогенный
3. лимфогенный
4. бронхогенный
5. бронхо-лимфогенный

170. Развитие диссеминированного ТБ становится возможным в случае:

1. бактериемии
2. снижение сопротивляемости организма
3. нейрососудистой дистонии
4. наличия системного заболевания
5. наличия кальцинатов в корнях

171. Двустороннее тотальное симметричное мономорфное мелкоочаговое поражение легких соответствует:

1. милиарному ТБ
2. гематогенному подострому
3. гематогенному хроническому
4. лимфогенному подострому
5. лимфогематогенному хроническому

172. Преобладание симптома одышки асфиктического типа наблюдается при возникновении:

1. тифоидной формы милиарного ТБ
2. легочной формы милиарного ТБ
3. подостром диссеминированном ТБ, в фазе инфильтрации
4. тифобациллеза Покровского – Ландузи
5. менингеальной формы

173. Развитие ТБ гортани и легких наиболее вероятен при наличии:

1. диссеминированного ТБ
2. очагового ТБ
3. эмпиемы плевры
4. туберкулемы
5. туберкулеза почек

174. Для заживления каверны необходимо:

1. очищение каверны от казеозно-некротических масс
2. фиброзное изменение легочной ткани
3. нарастание зоны перифокального воспаления
4. неравномерное разрастание фиброзного слоя каверны
5. отсутствие связи с корнем

175. Клиническая форма, которая наиболее часто предшествует развитию кавернозного ТБ:

1. фиброзно-кавернозный
2. очаговый
3. инфильтративный
4. диссеминированный
5. первичный туберкулезный комплекс

176.Основной путь распространения инфекции из каверны при прогрессировании ТБ:

1. лимфогенный
2. бронхогенный
3. гематогенный
4. контактный
5. лимфогематогенный

177. Вид каверны, который образуется при инфильтративной форме ТБ:

1. регидная каверна
2. альтеративная каверна
3. штампованная каверна
4. пневмонеогенная каверна
5. железистая каверна

178. Какой вид каверны образуется при диссеминированном ТБ:

1. регидная каверна
2. альтеративная каверна
3. штампованная каверна
4. пневмонеогенная каверна
5. железистая каверна

179. Причина формирования фиброзно-кавернозного ТБ:

1. поражение дренирующего бронха
2. неадекватное лечение
3. позднее выявление ТБ
4. устойчивые штаммы МБТ
5. обширность поражения легких

180. Первично-железистая каверна является следствием:

1. очагового ТБ
2. туберкулемы
3. туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов
4. диссеминированного ТБ
5. инфильтративного ТБ

181. Стенка сформированной каверны состоит из:

1. 1-го слоя
2. 2-х слоев
3. 3-х слоев
4. 4-х слоев
5. нет слоев

182. Наиболее частое осложнение первичного ТБ комплекса:

1. ТБ менингит
2. ТБ плеврит
3. ТБ глаз
4. острый милиарный ТБ
5. ателектаз легкого

183. Тяжелое осложнение первичного ТБ:

1. ТБ трахеит
2. ТБ костей
3. ТБ менингит
4. ТБ суставов
5. ТБ почек

184. Появление «положительного» с. Кернига после перенесенного ТБ внутригрудных лимфатических узлов свидетельствует о:

1. ТБ менингите
2. ТБ плеврите
3. остром милиарном ТБ
4. ТБ печени
5. первичном туберкулезном комплексе

185. При каком осложнении ТБ внутригрудных лимфатических узлов наблюдается БК (+):

1. остром милиарном ТБ
2. ателектазе легкого
3. бронхонодулярном свище
4. ТБ менингите
5. ТБ плеврите

186. Для экссудативного плеврита характерно:

1. бронхиальное дыхание
2. шум трения плевры
3. ослабленное дыхание
4. жесткое дыхание
5. амфорическое дыхание

187. Достоверный метод диагностики наличия выпота в плевральной полости:

1. выявление тупости в проекции легкого при перкуссии
2. ослабление дыхания при аускультации
3. получение свободной жидкости при пункции плевральной полости
4. наличие на рентгенограмме обширного гомогенного затенения
5. ослабление голосового дрожания на стороне поражения

188. Какая рентгенограмма наиболее информативна при диагностике междолевых плевритов:

1. прицельная
2. боковая
3. в прямой проекции
4. в косой проекции
5. в задне-прямой проекции

189. Чаще всего в клеточном составе экссудата при туберкулезном плеврите преобладают:

1. лимфоциты
2. моноциты
3. нейтрофилы
4. клетки мезотелия плевры
5. лейкоциты

190. Фактор, определяющий течение и исход ТБ менингита:

1. поражение черепно-мозговых нервов
2. сочетание с туберкулезом легких
3. наличие сопутствующих заболеваний
4. гипертермия центрального генеза
5. отказ от курения

191. Количество сахара в спинномозговой жидкости в норме:

1. 0,5-0,18 ммоль/л
2. 0,9-2,76 ммоль/л
3. 2,22-3,31 ммоль/л
4. 2,96-4,13 ммоль/л
5. 3,96-5,13 ммоль/л

192. Спинномозговая жидкость при блоке ликворных путей у больных ТБ менингита (изменения цвета):

1. мутная
2. ксантохромная
3. опалесцирующая
4. прозрачная
5. зеленая

193. Показатели сахара в спинномозговой жидкости при ТБ менингите:

1. в пределах нормы
2. повышается
3. понижается
4. резко повышается
5. резко понижается

194. Основной метод исследования при диагностике ТБ менингита:

1. люмбальная пункция с лабораторным исследованием ликвора, в том числе и на МБТ
2. клинический с изучением особенностей течения заболевания
3. многократные исследования мокроты на МБТ
4. данные неврологического статуса
5. 3-х кратная бактериоскопия

195. Типичное для ТБ менингита начало заболевания:

1. острое
2. молниеносное
3. постепенное с продромой
4. малосимптомное начало и течение
5. постепенное без продромов

196. К осложнениям вторичного ТБ относятся:

1. спонтанный пневмоторакс
2. бронхо-нодулярный свищ
3. амилоидоз
4. фиброзные изменения в легких
5. менингит

197. При легочном кровотечении кровь выделяется:

1. при кашлевом толчке
2. при рвотном движении
3. без кашля в отличие от кровохаркания
4. при наклоне туловища
5. при приеме пищи

198. При какой клинической форме ТБ чаще возникает спонтанный пневмоторакс:

1. при казеозной пневмонии с поликавернозом:
2. при очаговом туберкулезе в фазе распада
3. при милиарном туберкулезе
4. при туберкулеме
5. при туберкулезе внутригрудных лимфоузлов

199. Какой метод диагностики спонтанного пневмоторакса является основным:

1. по клинической симптоматике
2. рентгенологический метод
3. метод перкуссии
4. метод аускультации
5. 3-х кратная бактериоскопия

200. Какая патоморфологическая особенность диссеминированного туберкулеза отличает его от других форм туберкулеза легких?

1. верхнедолевая локализация
2. преобладание казеозно-некротической тканевой реакции
3. массивное интерстициальное расположение очагов
4. массивная инфильтрация легочной ткани
5. раннее формирование пневмосклероза

201. Какой клинический симптом специфичен для менингита туберкулезной этиологии?

1. острое начало заболевания
2. головная боль
3. ригидность затылочных мышц
4. симптом Брудзинского
5. поражение III, VI, VII, IX, XII пар черепных нервов

202. Какой тип инфильтрата считается благоприятным в клиническом течении?

1. лобит
2. округлый
3. облаковидный
4. перисциссуриит
5. лобарный инфильтрат

203. Какой фазе инфильтративного туберкулеза легких соответствует средняя интенсивность и четкие контуры фокусных теней на рентгенограмме?

1. инфильтрации
2. распада
3. обсеменения
4. уплотнения
5. обызвествления

204. Какая форма туберкулеза непосредственно предшествует развитию инфильтрата?

1. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
2. первичный туберкулезный комплекс
3. очаговый туберкулез
4. туберкулема
5. кавернозный туберкулез

205. Выраженность клинических симптомов при инфильтративном туберкулезе определяет:

1. тип инфильтрата
2. объем поражения легких и распад легочной ткани
3. очаги обсеменения
4. связь инфильтрата с корнем
5. очаг распада в центре инфильтрата

206. Особенности мокроты при инфильтративном туберкулезе легких в фазе распада

1. большое количество пенистой мокроты, МБТ+
2. слизисто-гнойная мокрота до 150 мл в сутки, МБТ-
3. мокрота гнойная, с запахом, до 200 - 300 мл, МБТ-
4. умеренное количество слизисто-гнойной мокроты, МБТ+
5. мокрота в виде отдельных плевков, МБТ-

207. Какому виду инфильтрата рентгенологически более соответствует ограниченное одностороннее затемнение треугольной формы на уровне 3-го ребра с четкой нижней границей и полостью распада?

1. округлый инфильтрат
2. облаковидный инфильтрат
3. перисциссурит
4. туберкулема
5. кавернозный туберкулез

208. Какому виду инфильтрата рентгенологически более соответствует негомогенное затемнение без четких границ в I-II сегментах легкого с участками просветления и очагами вокруг?

1. округлый инфильтрат
2. облаковидный инфильтрат
3. перисциссурит
4. туберкулема
5. кавернозный туберкулез

209. Какому виду инфильтрата рентгенологически более соответствует фокус на уровне 4-5 ребер, округлой формы с четкими контурами и участком просветления?

1. округлый инфильтрат
2. облаковидный инфильтрат.
3. перисциссурит
4. туберкулема
5. кавернозный туберкулез

210. Какой форме туберкулеза рентгенологически более соответствует кольцевидная тень на уровне 3-5 ребер с единичными очагами вокруг?

1. округлый инфильтрат
2. облаковидный инфильтрат
3. перисциссурит
4. туберкулема
5. кавернозный туберкулез

211. Какой форме туберкулеза рентгенологически более соответствует негомогенный фокус округлой формы на уровне 2 ребра с расплывчатыми контурами и очагами вокруг?

1. округлый инфильтрат
2. облаковидный инфильтрат
3. перисциссурит
4. туберкулема
5. кавернозный туберкулез

212. Какие изменения чаще наблюдают в процессе адекватной химиотерапии ограниченного облаковидного инфильтрата?

1. рассасывание инфильтрации, развитие пневмосклероза и фиброзного очага
2. инкапсуляция казеозно-некротических участки и формирование туберкулемы
3. рассасывание инфильтрации, отторжение казеоза и образование каверны
4. цирротическая трансформация легочной ткани в зоне туберкулезного поражения
5. полное восстановление структуры легкого

213. При каком туберкулезном поражении легких трансформацию в цирроз можно считать благоприятным исходом?

1. округлый инфильтрат
2. облаковидный инфильтрат
3. перисциссурит
4. лобит
5. казеозная пневмония

214. Какой фактор менее важен для развития казеозной пневмонии?

1. декомпенсация сопутствующего туберкулезу сахарного диабета
2. резкое подавление функциональной активности иммунокомпетентных клеток
3. массивная и высоковирулентная туберкулезная инфекция
4. локализация предшествующего туберкулезного процесса
5. применение кортикостероидов, цитостатиков, лучевой терапии

215. Типичные жалобы больного с ограниченным облаковидным или округлым инфильтратом:

1. фебрильная температура, профузные поты
2. кашель с большим количеством гнойной мокроты
3. субфебрильная температура, небольшой кашель с единичными плевками слизистой мокроты
4. слабость, головные боли, головокружение
5. прогрессирующая одышка

216. Каковы данные аускультации при ограниченном облаковидном и округлом инфильтрате?

1. удлинение фазы выдоха, свистящие хрипы
2. рассеянные сухие хрипы
3. большое количество влажных хрипов
4. единичные влажные хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания
5. сухие хрипы, на фоне усиленного везикулярного дыхания

217. Осложнение, которое характерно для туморозной формы туберкулеза внутригрудных лимфоузлов:

1. фиброзно-очаговые изменения
2. плеврит
3. легочное кровотечение
4. легочно-сердечная недостаточность
5. ателектаз легкого

218. Когда обнаруживают МБТ в мокроте у больного туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов?

1. в фазе инфильтрации
2. при лимфогенной диссеминации
3. при гематогенной диссеминации
4. при возникновении лимфонодулобронхиального свища
5. при катаральном эндобронхите

219. Клиническим минимум обследования детей при подозрении на туберкулез:

1. общий анализ крови, проба Манту, рентгенография легких
2. биохимический анализ крови, исследование мокроты на МБТ
3. исследование мокроты на МБТ, посев мокроты на питательную среду
4. проба Манту
5. общий анализ крови, общий анализ мочи

220. Наиболее информативный метод диагностики для выявления фазы распада при туберкулезе легких:

1. магнитно-резонансная томография
2. бронхоскопия
3. боковая рентгенография
4. томография
5. компьютерная томография

221. Рентгенологический признак, не являющийся проявлением специфического поражения легких:

1. верхнедолевая локализация патологических теней.
2. очаговые тени
3. прямые или косвенные признаки полости
4. деформация и усиление легочного рисунка
5. кальцинаты в корнях легких

222. Самая распространенная в настоящее время клиническая форма туберкулеза легких среди впервые выявленных взрослых больных:

1. очаговая
2. диссеминированная
3. инфильтративная
4. туберкулема
5. кавернозная

223. Форма туберкулеза легких, занимающая промежуточное положение между первичными и вторичными формами:

1. кавернозная
2. диссеминированная
3. инфильтративная
4. фиброзно-кавернозная
5. цирротическая

224. Для туберкулезного плеврита характерен экссудат:

1. преимущественно нейтрофильный
2. преимущественно лимфоцитарный
3. преимущественно эозинофильный
4. хилезный
5. геморрагический

225. Характерное изменение уровня сахара и хлоридов в ликворе при туберкулезном менингите:

1. повышен
2. повышен только уровень сахара
3. не изменен
4. понижен
5. повышен только уровень хлоридов

226. Спинномозговая жидкость может иметь ксантохромный характер:

1. при гнойном менингите
2. при серозном менингите
3. при туберкулезном менингите
4. в норме
5. при вирусном энцефалите

227. Картина спинномозговой жидкости более характерная для туберкулезного менингита:

1. повышение содержания белка, хлоридов, сахара
2. высокий цитоз (свыше 1000 клеток), нейтрофильного характера, умеренное увеличение содержания белка, жидкость мутная
3. небольшое повышение содержания белка, умеренный лимфоцитарный цитоз, сахар и хлориды в норме
4. высокое содержание белка, умеренный цитоз (200–400 клеток и более), преимущественно лимфоцитарный, снижение сахара и хлоридов
5. снижение уровня белка, повышение сахара и хлоридов

228. Аускультативная картина при экссудативном плеврите:

1. бронхиальное дыхание
2. шум трения плевры
3. везикулярное дыхание
4. жесткое дыхание
5. не изменено

229. Первичный туберкулез, определение:

1. впервые выявленный
2. доброкачественно протекающий
3. возникший в период первичного инфицирования МБТ
4. латентная туберкулезная инфекция
5. возникает на фоне давнего инфицирования

230. Особенность, отличающая первичный туберкулез от вторичного:

1. выраженная интоксикация
2. сниженная чувствительность к туберкулину
3. поражение лимфатических узлов
4. деструкция легочной ткани
5. распространение по бронхиальным путям

231. Патологический дыхательный шум, который чаще выслушивается при прогрессировании туберкулемы:

1. крепитация
2. шум трения плевры
3. мелкопузырчатые влажные хрипы
4. разнокалиберные влажные хрипы
5. непостоянные сухие хрипы

232. Форма образования, более характерная для туберкулемы легкого:

1. полигональная
2. округлая
3. неправильная
4. соответствующая дольке легкого
5. соответствующая сегменту легкого

233. Жалоба, котроая не характерна для больного с диагнозом: Туберкулема легкого в фазе распада:

1. недомогание
2. боли в боку
3. гектическая лихорадка
4. кашель с выделением 10-15 мл мокроты в сутки
5. кровохарканье

234. Рентгенологический признак, который подтверждает активность туберкулемы:

1. верхнедолевая локализация
2. округлая форма
3. включения высокой интенсивности
4. расплывчатость тени и полулунный распад участками обсеменения
5. уменьшение размеров

235. Строение стенки сформированной каверны:

1. казеозно-некротический слой, перифокальное воспаление
2. слой специфических грануляций
3. фиброзный слой, перифокальное воспаление
4. слой специфических грануляций, фиброзный слой, перифокальное воспаление
5. казеозно-некротический слой, слой специфических грануляций, фиброзный слой

236. Для заживления каверны характерно:

1. очищение каверны от казеозно-некротических масс
2. гипертрофия грануляционного слоя
3. разрастание перифокального воспаления
4. сообщение с корнем
5. увеличение размеров каверны

237. Основная причина «немых» каверн у больных туберкулезом легких:

1. выраженное перифокальное воспаление
2. обтурация дренирующего каверну бронха
3. фиброз окружающей ткани
4. массивный фиброз стенки каверны
5. небольшие размеры каверны

238. Формы туберкулеза органов дыхания, которые чаще переходят в фиброзно-кавернозный туберкулез:

1. первичный туберкулезный комплекс, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
2. свежий очаговый, фиброзно-очаговый
3. инфильтративный, диссеминированный
4. туберкулема, милиарный туберкулез
5. плеврит, цирротический туберкулез

239. Морфологические изменения, не характерные для больных цирротическим туберкулезом легких:

1. грубый деформирующий склероз
2. бронхоэктатические полости
3. эмфизематозные буллы
4. каверны с признаками прогрессирования
5. фиброзирование легочной ткани

240. Причина выпота в плевральной полости наиболее вероятная у пожилых лиц:

1. пневмония
2. туберкулез легких
3. злокачественная опухоль легкого
4. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
5. саркоидоз

241. Форме туберкулеза органов дыхания, при которой реже встречается экссудативный плеврит:

1. первичный туберкулезный комплекс
2. подострый диссеминированный туберкулез
3. хронический диссеминированный туберкулез
4. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
5. очаговый туберкулез

242. Фактор, который имеет наибольшее значение в развитии туберкулезного плеврита:

1. гематогенное рассеивание МБТ
2. локализация туберкулезного воспаления в верхнезадних отделах легких
3. специфическая сенсибилизация плевры, перифокальное воспаление вокруг субплеврального туберкулезного очага
4. иммуносупрессия
5. наркомания

243. Наиболее эффективный метод для уточнения этиологии плеврита:

1. бронхоскопия с биопсией плевры
2. радионуклеидная диагностика
3. компьютерная томография
4. торакоскопия с биопсией плевры
5. ультразвуковое исследование

244. Клетки, которые преобладают в экссудате при туберкулезном серозном плеврите:

1. эозинофилы
2. нейтрофилы
3. лимфоциты
4. моноциты
5. нейтрофилы, моноциты

245. Наиболее типичный характер экссудата, характерный для туберкулезного плеврита:

1. серозный
2. гнойный
3. геморрагический
4. холестериновый
5. хилезный

246. Данный клинический симптом отсутствует при сухом плеврите:

1. боли в грудной клетке
2. ограничение подвижности грудной клетки
3. шум трения плевры
4. притупление перкуторного звука
5. иррадиация болей

247. Участки обызвествления плевры свидетельствуют о природе перенесенного плеврита:

1. парапневмонической
2. саркоидной
3. аллергической
4. ревматической
5. туберкулезной

248. Метод исследования, который лучше выявляет междолевой плеврит:

1. ультразвуковое исследование
2. прямая рентгенография
3. пункция плевральной полости
4. боковая рентгенография
5. прямая томография

249. Данный биохимический компонент в экссудате позволяет заподозрить туберкулезную этиологию плеврита:

1. белок
2. глюкоза
3. остаточный азот
4. жирные кислоты
5. аденозиндезаминаза

250. Форма туберкулезного процесса, при которой показано применение глюкокортикоидов:

1. очаговый туберкулез, легких в фазе рассасывания и уплотнения
2. туберкулезный менингит
3. туберкулема
4. казеозная пневмония
5. фиброзно-кавернозный туберкулез

251. Клиническая форма и фаза туберкулезного процесса, при которой с лечебной целью может быть наложен искусственный пневмоторакс:

1. очаговый туберкулез в фазе инфильтрации
2. кавернозный туберкулез
3. туберкулема в фазе распада
4. фиброзно-кавернозный туберкулез
5. инфильтративный туберкулез

252. Диссеминированный туберкулез клинически различают:

1. острый, подострый, хронический
2. остротекущий, вялотекущий, хронический
3. остротекущий, невыраженный, выраженный
4. острый, в стадии рецидива, в стадии угасания
5. в стадии обострения, в стадии угасания, в стадии хронизации

253. Клиническая классификация туберкулеза основана на:

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

254. Наиболее часто встречающаяся форма первичного туберкулеза:

1. туберкулез периферических лимфатических узлов
2. туберкулез мезентеральных лимфатических узлов
3. первичный туберкулезный комплекс
4. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
5. острый милиарный туберкулез

255. Нехарактерные проявления для параспецифических реакций (токсико-аллергические) при первичном туберкулезе:

1. узловая эритема
2. ревматизм Понсе
3. бронхит
4. кератит фликтенулезный
5. менингит

256. Инфильтративный туберкулез легких необходимо дифференцировать:

1. пневмонии
2. плевриты
3. бронхиты
4. эмфизема
5. профпатология

257. Для инфильтративного туберкулеза характерно преимущественно:

1. малосимптомное течение
2. бессимптомное течение
3. легочные кровотечения
4. хроническое течение
5. клинические проявления с выраженными симптомами интоксикации

258. Основной R-й признак инфильтративного туберкулеза, облегчающий дифференциальную диагностику с неспецифической пневмонией:

1. локализация
2. неоднородная структура затемнения
3. реакция корня
4. наличие кальцинатов в корнях
5. реакция плевры

259. При очаговом туберкулезе, рентгенологически различают:

1. мягко-очаговую и фиброзно-очаговую формы
2. пневмоническую и инфильтративную
3. туморозную и тифоидную
4. пневмоническую и тифоидную
5. легочную и тифоподобную

260. Рентгенологические варианты благоприятных исходов туберкулеза:

1. заживление без видимого следа
2. образование каверн
3. метатуберкулезные изменения – остаточные изменения с клиническими проявлениями (бронхоэктазы, цирроз легочной ткани, остаточные полости)
4. фиброз, деформация
5. явления разрушенного легкого

261. Мультирезистентными формами туберкулеза называются такие формы, при которых МБТ обладает устойчивостью как минимум к:

1. изониазиду и ПАСК
2. изониазиду и рифампицину
3. этамбутолу и пиразинамиду
4. изониазиду и стрептомицину
5. изониазиду и этамбутолу

262. Причины возникновения резистентности МБТ:

1. непоследовательная, частичная, неадекватная и неконтролируемая химиотерапия
2. алкоголизм и наркомания у больных ТБ
3. заражение ТБ от больных-хроников, длительное время получающих противотуберкулезные препараты
4. ВИЧ
5. перевод на другие группы противотуберкулезных препаратов

263. Факторы риска развития МЛУ – ТБ:

1. неадекватное, неконтролируемое предыдущее лечение от ТБ
2. ВИЧ
3. миграция
4. неблагоприятная обстановка в Республике
5. возраст

264. Факторы, способствующие развитию эпидемии МЛУ - ТБ:

1. нозокомиальная трансмиссия устойчивых штаммов
2. ВИЧ – инфекция
3. высокогорье
4. миграция
5. низкое качество препаратов

265. Показания к хирургическому лечению у детей:

1. стабильная туберкулема
2. лекарственная устойчивость
3. туморозные формы туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов
4. плевральные спайки
5. кальцинаты в корннях

266. Наиболее частая причина смерти больных ФКТЛ

1. поражение бронхов
2. неспецифическое воспаление
3. печеночная недостаточность
4. прогрессирование туберкулезного процесса
5. почечная недостаточность

267. Классификация туберкулеза туберкулеза ВОЗ:

1. новый случай, ранее леченные
2. рецидив, неудача лечения
3. ограниченный, распространенный
4. первичный, вторичный
5. легочный, внелегочный

268. Виды лекарственной устойчивости МБТ:

1. медленная, быстрая
2. первичная, вторичная
3. латентная, текущая
4. неактивная, активная
5. единичная, множественная

269. Определение ШЛУ –ТБ:

1. случай с бактериологически подтвержденной устойчивостью, как минимум к изониазиду и рифампицину, устойчивостью к любому фторхинолону и как минимум к 1 инъекционному препарату второго ряда (амикацин, капреомицин, канамицин)
2. случай с бактериологически подтвержденной устойчивостью, как минимум к 2 препаратам, или более за исключением одновременной устойчивостью к изониазиду и рифампицину
3. случай с бактериологически подтвержденной устойчивостью, как минимум к 1 инъекционному препарату второго ряда
4. случай с бактериологически подтвержденной устойчивостью, как минимум к изониазиду и рифампицину, устойчивостью к любому фторхинолону
5. случай с бактериологически подтвержденной устойчивостью к стрептомицину и фторхинолону

270. Определение ПЛУ –ТБ:

1. случай с бактериологически подтвержденной устойчивостью, как минимум к 2 препаратам, одновременной устойчивостью к изониазиду и рифампицину
2. случай с бактериологически подтвержденной устойчивостью, как минимум к 2 препаратам, или более за исключением одновременной устойчивостью к изониазиду и рифампицину
3. случай с бактериологически подтвержденной устойчивостью к изониазиду
4. случай с бактериоскопически подтвержденной устойчивостью, как минимум к 2 препаратам
5. случай с подтвержденной клинически устойчивостью к рифампицину

271. Предпосылки развития лекарственной устойчивости:

1. микробиологические
2. программные
3. клинические
4. микробиологические, программные, клинические
5. диагностические

272. Сроки исследования мокроты у больных «Новый случай» с легочным туберкулезом, МБТ (+):

1. в конце второго, в конце пятого и в начале 6 месяцев
2. в конце второго, в начале пятого месяцев и в конце лечения
3. в конце третьего, в конце пятого месяцев и в конце лечения
4. в конце интенсивной фазы
5. в конце второго, в конце пятого месяцев и в конце лечения

273. Основной причиной легочного кровотечения у больных туберкулезом является:

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

274. Наиболее частая локализация костно-суставного туберкулеза:

1. туберкулезный гонит
2. туберкулезный коксит
3. туберкулезный спондилит
4. туберкулезный омартрит
5. туберкулезный олеит

275. Наиболее характерный R-признак туберкулеза почек:

1. деформация чашечно-лоханочной системы
2. деформация чашечек при наличии полостных образований
3. ветвистость, сферичность, серповидность контуров чашечек
4. серповидная тень, сдавление 1-ой или 2-х чашечек, лоханка в форме «пальцев сжатой руки»
5. тени, подозрительные на конкременты

276. Наиболее информативный R-метод исследования для установления диагноза туберкулез почек:

1. ретроградная пиелография
2. генитография
3. радиоизотопная ренография
4. внутривенная урография
5. гистосальпинография

277. Наиболее частая локализация туберкулеза мочевыделительной систем:

1. мочевой пузырь
2. почки
3. мочеточник
4. мочеиспускательный канал
5. мочеполовые органы

278. Характерный симптом туберкулезного орхоэпидидимита:

1. тотальная гематурия
2. положительный симптом диафоноскопии
3. пиурия
4. узловые изменения в придатке, свищи в мошонке
5. простаторрея семенного канатика

279. На R-грамме очаговые тени в верхних долях легких могут служить отображением:

1. сосудов и интерстициальных изменений разного происхождения
2. периферического рака легкого
3. саркоидоза
4. туберкулеза
5. бронхиальной астмы

280. Вторичные формы туберкулеза – это:

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

281. Первичный туберкулез отличается от вторичного:

1. в низкой общей сенсибилизации органов и тканей к туберкулезной инфекции
2. в отсутствии наклонности к генерализации инфекционного процесса
3. в отстутствии параспецифических реакций в тканях разных органов
4. вовлечение в специфический процесс лимфатических узлов и частым спонтанным заживлением
5. вовлечение в процесс обширной площади легочной ткани

282. У какого процента людей в результате первичного инфицирования развивается первичный туберкулез?

1. 1%
2. 10%
3. 20%
4. 30%
5. 50 %

283. Преимущество внутрикожной вакцины БЦЖ:

1. строгая дозировка
2. длительный иммунитет
3. хорошая переносимость
4. специфический иммунитет
5. низкий процент осложнений

284. В чем проявляется эффективность противотуберкулезной вакцинации?

1. снижение заболеваемости
2. снижение смертности
3. ограниченные формы туберкулеза
4. преобладание диссеминированных форм
5. снижение частоты случаев туб.менингита

285. Как наблюдают за развитием противотуберкулезного иммунитета в течение первых 2 месяцев после вакцинации?

1. по изменению общего состояния
2. по состоянию периферических лимфатических узлов
3. по местным прививочным реакциям
4. по изменениям в гемограмме
5. по реакции на пробу Манту с 2 ТЕ

286. Что является противопоказанием для использования вакцины БЦЖ?

1. отсутствие или неправильное заполнение этикетки на ампуле
2. истекший срок годности
3. наличие дефекта на коробке
4. быстрое (менее 1 минуты) растворение вакцины в физрастворе
5. несоблюдение температурного режима при транспортировке

287. Дефиниция (определение) «нарушение режима лечения» МЛУ ТБ:

1. перерыв лечения на 2 и более месяца
2. перерыв лечения на 2 и более недели
3. спорадические перерывы лечения на протяжении курса лечения
4. спорадические перерывы лечения на амбулаторной фазе лечения
5. перерыв лечения более, чем на 1,5 месяца

288. Дефиниция (определение) случая МЛУ ТБ:

1. больной ТБ, получающий лечение, но без положительной динамики на лечение
2. больной ТБ с подтвержденной устойчивостью к изониазиду и рифампицину
3. больной ТБ из тесного контакта с МЛУ ТБ
4. больной ТБ с подтвержденной устойчивостью к изониазиду и стрептомицину
5. больной ТБ с подтвержденной устойчивостью к амикацину и циклосерину

289. Особенности клинической картины туберкулеза на ранней стадии ВИЧ-инфекции:

1. преобладают симптомы интоксикации, ярко выражены, грудные жалобы отсутствуют
2. симптомы интоксикации сочетаются с продуктивным кашлем со слизисто-гнойной или кровянистой мокротой
3. крайне-тяжелая интоксикация, возможно развитие инфекционно-токсического шока
4. бессимптомное течение
5. выраженные симптомы грудных проявлений

290. Особенности клинической картины туберкулеза на стадии СПИДа:

1. преобладают симптомы интоксикации, ярко выражены, грудные жалобы отсутствуют
2. симптомы интоксикации сочетаются с продуктивным кашлем со слизисто-гнойной или кровянистой мокротой
3. крайне-тяжелая интоксикация, возможно развитие инфекционно-токсического шока
4. бессимптомное течение
5. отсутствие интоксикации, невыраженные грудные проявления

291. Особенности рентгенологической картины туберкулеза на ранней стадии ВИЧ-инфекции:

1. крупноочаговая диссеминация с тенденцией к слиянию и формированию легочных инфильтратов без каверн
2. нижнедолевые инфильтраты без каверн
3. плевральный выпот
4. внутригрудная лимфоаденопатия, верхнедолевые инфильтраты с кавернами
5. очаговые изменения в нижних отделах

292. Особенности рентгенологической картины туберкулеза на стадии СПИДа:

1. диссеминация с тенденцией к слиянию очагов и формированию легочных инфильтратов
2. нижнедолевые инфильтраты без каверн
3. внутригрудная лимфоаденопатия
4. верхнедолевые инфильтраты с кавернами
5. деструктивные формы

293. Сидром воспалительного восстановления иммунной системы у пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ представляет собой:

1. парадоксальное ухудшение состояния больного туберкулезом, являющееся следствием восстановления способности организма дать более сильный иммунный ответ в связи с приемом ПТП
2. прогрессирующее ухудшение состояния больного туберкулезом на фоне неадекватной противотуберкулезной терапии
3. прогрессирующее ухудшение состояния больного туберкулезом при отсутствии противотуберкулезного лечения
4. парадоксальное ухудшение состояния больного туберкулезом, являющееся следствием восстановления способности организма дать более сильный иммунный ответ в связи с приемом АРТ
5. прогрессирующее ухудшение состояния больного туберкулезом на фоне противотуберкулезной терапии

294. Плановое обследование на ВИЧ должно быть предложено

1. всем больным туберкулезом
2. пациентам с неблагоприятным течением туберкулеза на фоне контролируемой химиотерапии
3. пациентам с сочетанием двух и более локализаций туберкулеза
4. в случае принадлежности больного туберкулезом к группам риска (ПИН, работники секс-индустрии, водители-дальнобойщики, военнослужащие и т.д.)
5. при течении туберкулезного процесса у взрослого пациента по типу первичного

295. Опасные клинические признаки у ВИЧ-инфицированных пациентов с подозрением туберкулезом, при наличии которых требуется немедленная госпитализация:

1. ЧД > 30 в 1´, одышка
2. ЧСС > 120 в 1´,
3. Головная боль, рвота, потеря сознания
4. t > 39°С
5. неспособность пациента самостоятельно передвигаться

296. Современная отечественная классификация туберкулеза основана на:

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

297. Активный опрос о наличии кашля у всех посетителей ЦСМ:

1. значительно повышает уровень выявления ТБ
2. не влияет на уровень выявления ТБ
3. усложняет работу медицинской организации
4. возлагает на мед. работников дополнительную отчетность
5. не входит в обязанности врачей «узких» специальностей

298. Клиническая форма милиарного туберкулеза:

1. скрофулодерма
2. сепсис
3. острый бронхит
4. лимфогенная диссеминация
5. легочная форма

299. Очаг Гона – это результат перенесенного:

1. туберкулезного бронхоаденита
2. первичного туберкулезного комплекса
3. туберкулезной интоксикации
4. милиарного туберкулеза
5. ТВГЛУ

300. Форма туберкулеза легких, при которой чаще отмечается менее благоприятный прогноз:

1. инфильтративный (облаковидный вариант) туберкулез легких с распадом, БК+
2. милиарный туберкулез легких, БК -
3. подострый диссеминированный туберкулез легких с распадом, БК+
4. хронический диссеминированный туберкулез легких с распадом, БК+
5. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

300. Неблагоприятный прогноз при какой форме туберкулеза легких отмечается чаще?

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

301. Главные причины, приводящие к развитию фиброзно-кавернозного туберкулеза:

1. нерегулярное нерациональное лечение исходных клинических форм
2. генетические факторы
3. пожилой и старческий возраст больного
4. мужской пол
5. лекарственная устойчивость МБТ

302. Фиброзно-кавернозный туберкулез протекает:

1. стабильное после первой вспышки
2. медленно регрессирующее
3. волнообразное, периоды обострения сменяются периодами затихания
4. все перечисленное неверно
5. непрерывно прогрессирующее

303. Что такое туберкулезная интоксикация как клиническая форма туберкулеза?

1. функциональные расстройства у больного туберкулезом
2. функциональные расстройства при увеличении внутригрудных лимфатических узлов на фоне виража туберкулиновой реакции
3. Туберкулиновые пробы отрицательные и нет локальных изменений
4. функциональные расстройства на фоне виража туберкулиновой реакции, без видимых локальных изменений в органах дыхания
5. имеются изменения на рентгенограмме

304. Самая малая форма легочного туберкулеза?

1. инфильтративный туберкулез
2. туберкулема
3. милиарный туберкулез
4. казеозная пневмония
5. очаговый туберкулез

305. Для гигантской каверны характерен следующий аускультативный признак:

1. амфорическое дыхание
2. сухие хрипы
3. мелкопузырчатые хрипы
4. крепитация
5. ослабленное дыхание

306. Какая форма туберкулеза рентгенологически похожа на саркоидоз легких 1-2 стадии?

1. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, осложненный ателектазом
2. первичный туберкулезный комплекс
3. инфильтративный туберкулез средней доли
4. цирротический туберкулез средней доли
5. кавернозный туберкулез

307. Для саркоидоза легких характерно?

1. возможна спонтанная регрессия заболевания
2. возможно гранулематозное поражение печени
3. лечение глюкокортикоидами в период обострения эффективно
4. морфологический субстрат - эпителиоидно-клеточная гранулема
5. все перечисленное верно

308. Стратегии PAL это:

1. практический подход к легочному (респираторному) здоровью
2. только противотуберкулезная стратегия
3. направленна на интегрированное ведение хирургических заболеваний
4. предназначенная для пациентов старше 18 лет
5. только инфекционная стратегия

309. У больных с ВИЧ –инфекцией подозревать ТБ в том случае, если:

1. течение ТБ по типу первичного ТБ у взрослого
2. благоприятное течение ТБ на фоне контролируемой химиотерапии
3. отсутствие других оппортунистических инфекций
4. удовлетворительное состояние пациента
5. благоприятное течение ВИЧ на фоне контролируемой терапии ВИЧ

310. Развитие туберкулезного процесса при ВИЧ инфекции зависит от:

1. возраста пациента
2. бактериовыделения
3. уровня СD 4+ лимфоцитов
4. первичного инфицирования
5. клинической формы ТБ

311. При туберкулезе суставов характерны следующие стадии:

1. преартритическая, артритическая, постартритическая
2. малая, инфильтративная, туморозная
3. соматическая, постсоматическая
4. продрома, клинические проявления
5. преспондилитическая, спондилитическая, постспондилитическая

312. Основные принципы лечения туберкулеза:

1. лечение может прерываться по желанию пациента
2. лечение ТБ достаточно 1-го препарата
3. лечение должно быть непрерывным и контролируемым
4. лечение может приниматься без контроля пациента
5. лечение не более 2-х месяцев

313. Противотуберкулезные препараты первого ряда …:

1. назначаются больным с лекарственной резистентностью
2. обладают выраженным бактериостатическим действием на БК
3. характеризуются относительно высокой токсичностью
4. характеризуются высокой стоимостью
5. обладают выраженным бактерицидным действием на БК

314. Противотуберкулезные препараты резервного ряда …:

1. назначаются больным с лекарственной чувствительностью к препаратам 1-го ряда
2. обладают низким бактериостатическим эффектом на БК
3. характеризуются относительно высокой токсичностью
4. характеризуются относительно низкой стоимостью
5. обладают выраженным бактерицидным действием на БК

315. Что такое стандартное лечение туберкулеза?

1. научно обоснованный подбор наиболее эффективных препаратов как в интенсивной, так и в поддерживающей фазе лечения
2. низкая дозировка
3. не учитываются побочные явления
4. это лечение, что чувствительных и резистентных форм ТБ одинаковыми схемами
5. лечение только в интенсивную фазу химиотерапии

316. Противотуберкулезные препараты лучше всего принимать в один прием, т.к. это:

1. лучше усваивается
2. ниже токсичность
3. проще контролировать
4. прихоть медперсонала
5. желание пациента

317. На фоне приема противотуберкулезных препаратов вакцинация БЦЖ приводит:

1. к нивелированию (снижению) эффективности вакцинации
2. к усилению эффективности вакцинации
3. эффективность вакцинации не изменяется
4. к развитию выраженных побочных эффектов
5. к увеличению дозы препаратов

318. Противотуберкулезные препараты принимать следует …:

1. в один прием
2. в два приема
3. в три приема
4. по желанию пациента
5. по желанию врача

319. Противотуберкулезные препараты II ряда (резервные препараты):

1. ПАСК, циклосерин, рифампицин
2. изониазид, стрептомицин, канамицин
3. изониазид, рифампицин, этамбутол
4. офлоксацин, циклосерин, капреомицин
5. этионамид, пиразинамид, этамбутол

320. С осторожностью назначють изониазид если имеются в анамнезе:

1. психические заболевания
2. язвенная болезнь желудка
3. сахарный диабет
4. кохлеарный неврит
5. холецистит

321. Группа риска неврологических поражений, которым надо назначать пиридоксин:

1. миопия
2. миома
3. заболевание центральной и периферической нервной системы
4. нарушение функции печени
5. ожирение

322. Чем обусловлена необходимость хирургического вмешательства при туберкулеме легкого:

1. высокой эпидемиологической опасностью больных
2. недостаточной эффективностью химиотерапии, опасностью реактивации процесса в последствии
3. частым развитием легочного кровотечения
4. прогрессирующим формированием кавернозного ТБ
5. низким социальным уровнем пациента

323. Какие противотуберкулезные препараты являются наиболее активными в отношении МБТ:

1. стрептомицин, канамицин
2. изониазид, рафампицин
3. протионамид, этамбутол
4. ПАСК, тиоацетазон
5. этамбутол, пиразинамид

324. Какая лечебная тактика обычно является оптимальной для больного с впервые выявленным неосложненным ТБ:

1. интенсивная терапия 2-3 месяца и стабилизирующая терапия в последующие 4-6 месяцев
2. непрерывная интенсивная терапия в течение 1 года
3. интенсивная терапия 2-3 месяца и интермиттирующая терапия 4-6 месяцев
4. одновременное назначение интенсивной химиотерапии и коллапсотерапии в течение 6-8 месяцев
5. интенсивная терапия 3-4 месяца и стабилизирующая терапия в последующие 24 месяца

325. Отметьте правильное определение результата лечения – «вылечен»:

1. больной получил полный курс лечения и при контрольном исследовании мокроты, после интенсивной фазы, анализ мокроты стал отрицательным
2. больной получил полный курс лечения, в конце лечения анализ мокроты стал отрицательным
3. больной без МБТ (-) получил полный курс лечения, при контроле после окончания лечения анализ мокроты стал отрицательным
4. больной внелегочным ТБ закончил полный курс лечения, отмечено клинико-рентгенологическое улучшение состояния
5. больной получил полный курс лечения, при этом как минимум 2 последовательных отрицательных анализов мокроте при контроле, 1 из которых при завершении лечения

326. Когда считается «рецидив» ТБ:

1. больной не принимал лечение более 2 месяцев, при этом на момент прекращения лечения был МБТ (-)
2. больной прежде лечился от туберкулеза и был отнесен к категории «вылечен», но в настоящий момент имеет положительный мазок мокроты
3. больной завершил лечение по, но его мазок на 5 месяце остался положительный
4. наблюдался как контактный с больным туберкулезом легких МБТ (+)
5. больной прежде лечился от туберкулеза 4 месяца и в настоящий момент имеет положительный мазок мокроты

327. По определению ВОЗ «новый случай» ТБ:

1. больной ТБ, который никогда ранее не получал противотуберкулезные препараты
2. больной ТБ, который получал противотуберкулезные препараты 6 месяцев
3. больной ТБ, который никогда ранее не получал противотуберкулезные препараты или получал их не более одного месяца
4. больной ТБ, который получал противотуберкулезные препараты 3 месяца
5. больной ТБ, который получал противотуберкулезные препараты 2 месяца

328. Случай ТБ считается по определению ВОЗ «Неэффективное лечения»:

1. впервые выявленный больной ТБ, у которого результаты бактериоскопии мокроты или посева остаются положительными на 5-ом месяце или более после начала лечения
2. впервые выявленный больной ТБ, у которого результаты бактериоскопии мокроты остаются положительными на 1-ом месяце
3. больной, у которого в начале лечения микроскопия мазка была отрицательной и в конце интенсивной фазы и далее также отрицательная
4. впервые выявленный больной ТБ, у которого результаты бактериоскопии мокроты остаются положительными на 2-ом месяце
5. больной ТБ с «рецидивом», у которого результаты бактериоскопии мокроты остаются положительными на 2-ом месяце

329. Случай ТБ считается по определению ВОЗ «Потерян для последующего наблюдения»:

1. больной туберкулезом, у которого выявлен ТБ с бактериовыделением, и который прервал лечение более двух месяцев назад
2. больной туберкулезом, у которого выявлен ТБ с бактериовыделением, и который прервал лечение менее двух недель назад
3. больной туберкулезом, у которого выявлен ТБ с бактериовыделением, и который прервал лечение более 1 месяцев назад
4. больной с излеченным туберкулезом
5. больной туберкулезом, у которого выявлен ТБ без бактериовыделения, и который прервал лечение менее двух дней назад

330. Какую роль в лечении ТБ играет ВИЧ- статус пациента:

1. ВИЧ статус не влияет на лечение ТБ заболевания
2. Важно принимать решение о совместном лечении препаратами АРТ и противотуберкулезными препаратами
3. Лечение АРТ не влияет на риск побочных эффектов ПТП
4. ВИЧ статус не влияет на течение заболевания
5. ТБ не влияет на течение ВИЧ инфекции

331. Случай ТБ считается по определению ВОЗ «Нарушение режима»:

1. больной не возобновил терапию после перерыва на 1 месяца и более
2. больной не возобновил терапию после перерыва на 2 месяца и более
3. больной принимал препараты через день
4. больной возобновил терапию после перерыва на 2 недели и более
5. вообще не принимал препараты

332. Исход химиотерапии туберкулеза «Умер»:

1. больной умер по любой причине во время лечения от туберкулеза
2. больной умер по любой причине после лечения от туберкулеза
3. больной умер только от осложнений туберкулеза
4. больной умер перед началом лечения от туберкулеза
5. больной умер от сопутствующей патологии

333. Продолжительность химиотерапии впервые выявленного бронхоаденита туберкулезной этиологии:

1. не менее 2 месяцев
2. не менее 3 месяцев
3. не менее 4 месяцев
4. не менее 6 месяцев
5. не менее 8 месяцев

334. При плохой переносимости препаратов первого ряда необходимо:

1. питание больного не имеет значение
2. убедится, что больной не принимает алкоголь или другие препараты, которые вызывают отторжение
3. прием препаратов раз в три дня или по желанию больного
4. прием препаратов половины дозы
5. принимать препараты все натощак

335. Самым главным фактором в выборе режима химиотерапии по ВОЗ зависит от:

1. результатов бактериоскопии мокроты до лечения
2. социального положения больного
3. ранее проводившейся противотуберкулезной терапии
4. наличия факторов риска
5. веса больного

336. Продолжительность поддерживающей фазы химиотерапии поражения периферических лимфоузлов туберкулезной этиологии:

1. не менее 2 месяцев
2. не менее 3 месяцев
3. не менее 4 месяцев
4. не менее 6 месяцев
5. не менее 8 месяцев

337. При лечении туберкулеза «новый случай» у пациентов с сопутствующим сахарным диабетом безопасен следующий стандартный режим химиотерапии:

1. 2HRZS/6HR
2. 2HRZES/1HRZE/5HRE
3. 2HRZE/4HR
4. 2HRZ/6HR
5. 10CapLfxZPthCsPAS/12LfxZPthCsPAS

338. Краткосрочные курсы контролируемой химиотерапии предусматривают следующие сроки лечения:

1. 1-3 мес.
2. 4-5 мес.
3. 5-6 мес.
4. 6-8 мес.
5. 3-4 мес.

339. Результаты лечения по ВОЗ:

1. плохо вылечен
2. лечение завершено
3. наполовину вылечен
4. чуть-чуть вылечен
5. не вылечен

340. Для оперативного лечения какие формы туберкулеза противопоказаны:

1. небольшая стабильная туберкулема
2. ограниченный фиброзно-кавернозный ТБ
3. туберкулема левой верхней доли с распадом
4. кавернозный туберкулез правого легкого
5. двухсторонний прогрессирующий ФКТЛ

341.Показания к стационарному лечению больных ТБ:

1. ТБ без бактериовыделения
2. внелегочные формы ТБ
3. оттягощающие социальные факторы
4. хороший социальный уровень пациента
5. ограниченные формы ТБ

342. Нежелательные явления при применении противотуберкулезных препаратов:

1. слабовыраженные и выраженные
2. невыраженные и выраженные
3. интенсивные и интермиттирующие
4. высокие
5. низкие

343. Слабовыраженные побочные эффекты противотуберкулезных препаратов:

1. снижение аппетита, тошнота, боли в животе
2. токсический гепатит
3. нарушение зрения
4. красная моча
5. пурпура

344.Выраженные побочные эффекты противотуберкулезных препаратов:

1. красная моча
2. спутанность сознания
3. сухость кожи
4. тошнота
5. снижение аппетита

345.При лечении туберкулеза у пациентов с МЛУ формой подойдет следующий стандартный режим химиотерапии:

1. 2HRZS/6HR
2. 2HRZES/1HRZE/5HRE
3. 2HRZE/4HR
4. 2HRZ/6HR
5. 10CapLfxZPthCsPAS/12LfxZPthCsPAS

346.При лечении лекарственно-чувствительного туберкулеза с «рецидивом» у пациентов рекомендован следующий стандартный режим химиотерапии:

1. 2HRZS/6HR
2. 3(4)HRZE(2)S/5HRE
3. 2HRZE/4HR
4. 2HRZ/6HR
5. 10CapLfxZPthCsPAS/12LfxZPthCsPAS

347. Противотуберкулезные препараты, применяемые при МЛУ –ТБ:

1. аминогликозиды, полипептиды, фторхинолоны, карботионамиды
2. препараты ГИНК, аминогликозиды, полипептиды, фторхинолоны
3. аминогликозиды, полипептиды, рифампицины, фторхинолоны
4. аминогликозиды, полипептиды, фторхинолоны, изониазид
5. препараты ГИНК, аминогликозиды, полипептиды, рифампицин

348. Режимы лечения МЛУ –ТБ:

1. эмпирический, стандартный, индивидуальный
2. индивидуальный, стандартный
3. индивидуальный
4. индивидуальный, эмпирический
5. эмпирический

349. Профилактическая доза изониазида для ВИЧ-инфицированных

1. 5 мг/кг в сутки но не более 300 мг в сутки
2. 5 мг/кг, но не более 300 мг в сутки
3. 10 мг/кг в сутки
4. 10 мг/кг, но не более 300 мг в сутки
5. 10 мг/кг, но не более 600 мг в сутки

350. Побочные реакции на препараты резерва в виде тошноты, рвоты устраняются:

1. обильное питье сока, чая, воды и м.б. медикаментозное симптоматическое лечение
2. принимать только натощак препараты
3. принимать с алкоголем
4. принимать тщательно разжевывая препараты
5. не обращать внимания, пройдет самостоятельно

351. При приеме препаратов резерва возникает гастрит, ваша тактика:

1. диета, ПВР принимать после еды и м.б.медикаментозное лечение (омепразол, ранитидин, фамотидин)
2. увеличение дозы препаратов
3. не соблюдать диету
4. полностью отменить лечение
5. не обращать внимания, пройдет самостоятельно

352. Диарею чаще всего при приеме препаратов резерва вызывает:

1. ПАСК
2. канамицин
3. левоксимед
4. пиразинамид
5. циклосерин

353. При приеме препаратов резерва возникает диарея, ваша тактика:

1. не надо особой диеты
2. медикаментозное лечение (лоперамид, регидратация)
3. не отменять препараты, даже при прогрессировании потери массы тела
4. прием овощей и фруктов в рационе обязательно
5. не обращать внимания, пройдет самостоятельно

354. При приеме циклосерина возможны:

1. боль в желудке
2. судорги, потеря и спутанность сознания, депрессия, психоз
3. хороший сон
4. повышение мочеиспускания
5. красная моча

355. При приеме препаратов резерва расстройства ЖКТ могут вызывать:

1. ПАСК
2. ПАСК, этионамид, протионамид
3. циклосерин
4. офлоксацин, канамицин
5. пиразинамид

356. Любой препарат из препаратов резерва может вызвать:

1. ожирение
2. синдром Стивена-Джонса, анафилаксию, аллергический дерматит
3. красную мочу
4. повышение аппетита
5. повышение настроения

357. Показания для хирургического лечения при МЛУ-ТБ:

1. двусторонний прогрессирующий фиброзно-кавернозный туберкулез легких
2. очаговый туберкулез в стадии рассасывания
3. наличие деструкций в легких, не поддающихся заживлению и осложнений (кровотечение, пневмоторакс, эмпиема)
4. положительная динамика в терапии
5. регрессирующая мелкая туберкулема

358. Амбулаторное лечение больных ТБ с МБТ (+) возможно:

1. низкий социальный уровень
2. при наличии детей до 5 лет в очаге ТБ
3. при плохой переносимости ПТП
4. соблюдении мер инфекционного контроля
5. сопутствующая ВИЧ-инфекция

359. Какой основной критерий эффективности химиотерапии туберкулеза легких рекомендует ВОЗ?

1. закрытие полостей распада
2. положительная рентгенологическая динамика
3. нормализация показателей гемограммы
4. ликвидация симптомов интоксикации
5. прекращение бактериовыделения с мокротой

360. Показания к хирургической операции больного туберкулезом органов дыхания определяются:

1. прогрессированием заболевания, несмотря на проводимое лечение, или возникновением осложнений, угрожающих жизни больного
2. инволюция процесса в ходе медикаментозного лечения
3. коматозное состояние больного
4. положительной клинической динамикой ТБ
5. социальным положением больного

361. Какова необходимость к госпитализации больных с сопутствующими заболеваниями:

1. Т.к. могут возникнуть нежелательные явления при химиотерапии ТБ
2. Желание пациента
3. Желание медработника
4. Лучше переносится терапия
5. Меньше материальных затрат для пациента

362. Приверженность к лечению, это:

1. Не соблюдение режима лечения
2. прием ПТП по желанию больного и без контроля
3. нарушает режим
4. основополагающий фактор для успеха в лечении
5. неважный фактор для лечения

363. Группа риска не приверженности лечению:

1. работающие лица
2. пожилые лица
3. дети и подростки
4. социально адаптированное население
5. потребители инъекционных наркотиков, злоупотребляющие алкоголем, без определенного места жительства

364. Лечение ранее леченых случаев лекарственно-чувствительного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных

1. зависит от распространенности процесса
2. зависит от наличия или отсутствия бактериовыделения
3. проводится в соответствии с лечебным режимом 3HRZE(2)S/5HRE
4. проводится в соответствии с лечебным режимом 2HRZE/6HR
5. проводится препаратами второго ряда

365. Под комплексным лечением туберкулеза понимают:

1. Применение нескольких ПТП
2. Применение обязательно хирургического метода
3. Обязательное применения санаторно-курортного лечения
4. Применение дополнительно БАДов
5. Применение только 2-х препаратов

366. Какие препараты действует преимущественно на внеклеточные МБТ?

1. изониазид, стрептомицин
2. рифампицин, рифабутин
3. пиразинамид
4. кларитромицин
5. этамбутол

367. Обязательным условием противотуберкулезной химиотерапии является

1. Молодой возраст пациента
2. Отсутствие сопутствующей патологии
3. Удовлетворительное состояние пациента
4. Контроль за принимаемым лечением
5. Пожилой возраст пациента

368. Основными путями предупреждения лекарственной устойчивости являются:

1. бесконтрольное лечение ПТП
2. главное - интенсивная химиотерапия, а поддерживающая терапия не обязательна
3. контроль за приемом химиопрепаратов и комбинированная химиотерапия на всем ее протяжении
4. плохая переносимость химиотерапии
5. отсутствие приверженности лечению

369. Главной предпосылкой эффективности противотуберкулезной терапии является:

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

370. Что такое первичная лекарственная устойчивость к ПТП?

1. больной заразился устойчивыми микобактериями
2. больной заразился чувствительными микобактериями и после нерегулярного лечения развилась устойчивость МБТ
3. больной заразился кислотоустойчивыми сапрофитами
4. больной заразился атипичными штаммами
5. больной заразился чувствительными микобактериями

371. Лекарственная устойчивость при туберкулезе развивается при:

1. происходящими мутациями микобактерий
2. селекции естественного образовавшихся резистентных мутантов
3. профилактическом лечении
4. отсутствии метаболической активности лекарств в туберкулезных полостях
5. низкой активности макрофагов

372. Наиболее главной причиной развития МЛУ - ТБ является:

1. иммунный статус больного
2. профилактическое лечение
3. неправильное лечение
4. трансмиссия штаммов с МЛУ
5. вакцинация БЦЖ

373. Дети без жалоб, из контактов с больными МЛУ - ТБ должны получить/пройти:

1. полный курс лечения по поводу МЛУ - ТБ
2. профилактический курс лечения чувствительного ТБ
3. вакцинацию БЦЖ
4. профилактический курс лечения МЛУ - ТБ
5. полное обследование и наблюдение

374. Наиболее заразной группой МЛУ- ТБ являются:

1. бактериологически положительные
2. дети с МЛУ - ТБ
3. ВИЧ - положительные больные
4. бактериоскопически положительные
5. больные, получающие 8 месяц химиотерапии МЛУ-ТБ

375. Как определяется больной МЛУ - ТБ при наличии истории предыдущего лечения чувствительного туберкулеза?

1. новый случай МЛУ ТБ
2. повторное лечение
3. случай МЛУ –ТБ, ранее леченый только препаратами первого ряда
4. неудача лечения
5. хроническая форма ТБ

376. Наиболее эффективное средство профилактики туберкулеза по ВОЗ:

1. повсеместную вакцинацию БЦЖ
2. превентивное лечение изониазидом
3. витаминизирование всего детского населения
4. всем детям до 7 лет ревакцинация БЦЖ
5. повсеместная туберкулинотерапия

377. Расчет потребности лекарственных препаратов производится:

1. по количеству больных, пролеченных в прошлом квартале
2. по количеству лекарственных препаратов, истраченных в прошлом квартале
3. по среднестатистической потребности
4. согласно разнарядки из НЦФ МЗ КР
5. по своему усмотрению врача фтизиатра

378. У больных туберкулезом женщин при беременности следует избегать в первую очередь применение:

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

379. Детям с ТБ до 7 лет избегать в назначении:

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

380. У больных туберкулезом со сниженным слухом следует избегать в первую очередь применение:

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

381. Побочные эффекты обоих препаратов усиливается при комбинации стрептомицина с:

1. гентамицином
2. изониазидом
3. рифампицином
4. пиразинамидом
5. этионамидом

382. При одновременном применении изониазида с пиридоксином отмечается:

1. снижение эффекта изониазида
2. повышение эффекта изониазида
3. усиление эффектов обоих препаратов
4. снижение эффектов обоих препаратов
5. угнетение ЦНС

383. Противотуберкулезные препараты I ряда (основные противотуберкулезные препараты):

1. стрептомицин, рифампицин, канамицин
2. изониазид, циклосерин, ПАСК
3. рифампицин, этамбутол, пиразинамид
4. изониазид, рифампицин, офлоксацин
5. этионамид, пиразинамид, стрептомицин

384. Противотуберкулезные препараты II ряда (резервные препараты):

1. ПАСК, циклосерин, рифампицин
2. изониазид, стрептомицин, канамицин
3. изониазид, рифампицин, этамбутол
4. офлоксацин, циклосерин, капреомицин
5. капреомицин, изоэремфат, канамицин

385. Рифампицин применять с осторожностью, если в анамнезе:

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

386. Основным противопоказанием к назначению стрептомицина является:

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

387. К побочным эффектам изониазида относятся:

1. головная боль, головокружение
2. боли в сердце
3. периферические невриты
4. аллергические реакции
5. выпадение полей зрения

388. Рифампицин снижает терапевтический эффект:

1. пероральных противодиабетических препаратов
2. эритромицина
3. стрептомицина
4. изониазида
5. триметоприма

389. Когда чаще развивается вторичная лекарственная устойчивость МБТ?

1. при наличии частых перерывов в лечении
2. при амбулаторном лечении
3. при вторичном иммунодефиците
4. при наличии сопутствующих заболеваний
5. при отсутствии витаминотерапии

390. Какие изменения претерпевают МБТ при химиотерапии?

1. снижение чувствительности
2. развитие устойчивости
3. снижение вирулентности и жизнеспособности
4. трансформация в Lформы
5. повышение жизнеспособности

391. В каких случаях заполняется «ЖЕЛТАЯ КАРТА» (сообщение о побочных реакциях лекарственных средств)?

1. при возникновении аллергических реакций и любых побочных реакций на ПТП
2. при возникновении только токсического гепатита на ПТП
3. при возникновении побочных реакций на любой лекарственный препарат независимо от его групповой принадлежности
4. при возникновении побочных реакций только при парентеральном введении лекарственных средств
5. при возникновении побочных реакций только при пероральном введении лекарственных средств

392. Какой раздел медицинской карты ТБ 01 должен посмотреть врач для оценки результатов лечения?

1. результаты анализов мокроты
2. режим и дозировка ПТП
3. тип больного по ВОЗ
4. контроль приема ПТП
5. клинический диагноз

393. Наиболее эффективная комбинация противотуберкулезных препаратов на этапе продолжения лечения по методике ВОЗ у больных с чувствительным туберкулезом:

1. стрептомицин + этамбутол
2. изониазид + рифампицин
3. ПАСК + тибон
4. пиразинамид + этионамид
5. рифампицин + пиразинамид

394. Какое сочетание противотуберкулезных препаратов недопустимо?

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

395. Какое сочетание противотуберкулезных препаратов недопустимо?

1. этионамид+ канамицин
2. рифампицин + изониазид
3. изониазид + этамбутол
4. офлаксоцин + левоксимед
5. изониазид + пиразинамид

396. Прием какого противотуберкулезного препарата ведет к изменению функций органа зрения (ограничение полей зрения, образование скотом, цветовая слепота на красный или зеленый цвет)?

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

397. Пиразинамид принимают с осторожностью при:

1. органические заболевания ЦНС
2. миопии
3. ХОЗЛ
4. ревматоидном артрите, подагре
5. кариесе зубов

398. Число ПТП для лечения чувствительного впервые выявленного больного ТБ с деструкциями в легких в интенсивную фазу химиотерапии:

1. не менее 2-х
2. не менее 3-х
3. не менее 4-х
4. не менее 5-ти
5. не менее 6

399. Число ПТП для лечения больного с рецидивом лекарственно-чувствительного туберкулезного процесса в поддерживающую фазу химиотерапии:

1. не менее 2-х
2. не менее 3-х
3. до 4-х
4. 5 препаратов
5. более 5 препаратов

400. Стандартная комбинация ПТП для лечения больных «Новый случай» с лекарственно-чувствительным туберкулезом:

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

401. Наиболее эффективный метод контроля за приемом химиопрепаратов больными туберкулезом в амбулаторных условиях:

1. выдача препаратов на руки больному не более чем на 5-7 дней
2. контроль за приемом антибактериальных препаратов родственниками
3. лабораторный контроль на присутствие препарата или его метаболитов в моче
4. прием препаратов в присутствии медицинского работника
5. контроль самого больного

402. При наличии лекарственной устойчивости при химиотерапии препаратами первого ряда клиническое течение туберкулеза:

1. улучшается
2. вначале лечения улучшается, затем ухудшается
3. не изменяется
4. в одних случаях улучшается, в других – ухудшается
5. без изменений

403. Через какое время обычно выявляют конверсию мазка мокроты у больного с «новым случаем» при адекватном лечении инфильтративного туберкулеза легких МБТ (+)?

1. 1-2 недели
2. 2-3 месяца
3. 3-4 месяца
4. 5-6 месяцев
5. 7-8 месяцев

404. Наиболее заразной группой МЛУ ТБ являются:

1. бактериологически положительные
2. дети с МЛУ ТБ
3. ВИЧ положительные больные
4. бактериоскопически положительные
5. больные, повторно болеющие МЛУ ТБ

405. Критерии эффективности химиотерапии ТБ:

1. исчезновение кашля
2. стойкое прекращение бактериовыделения, подтвержденное микроскопическим и культуральным исследованиями
3. повышение аппетита
4. восстановление функциональных возможностей и трудоспособности
5. прибавка в весе

406. Виды воздействия противотуберкулезных средств:

1. бактерицидное, стерилизующее
2. только бактериостатическое
3. только предупреждающее развитие резистентности
4. чаще всего токсичное
5. только бактериоцидное

407. Тактика лечения спонтанного пневмоторакса при туберкулезе легких:

1. консервативное лечение
2. дренирование плевральной полости для аспирации воздуха
3. торакопластика
4. пневмоперитонеум
5. плевральная пункция

408. Какой из патогенетических лекарственных средств лечения предпочтителен при туберкулезном плеврите?

1. преднизолон
2. фуросемид
3. анальгин
4. пиридоксина гидрохлорид
5. этамзилат натрия

409. Какой плеврит является показанием к хирургическому лечению?

1. серозный
2. хронический гнойный
3. микотический
4. фибринозный
5. геморрагический

410. Каким путем по рекомендации ВОЗ достигается высокий показатель излечения больных туберкулезом с положительным мазком?

1. внедрением краткосрочных контролируемых курсов химиотерапии
2. внедрением курсов ежегодного противорецидивного лечения
3. поиском новых источников заражения туберкулезом
4. внедрения новых способов физиотерапии больных туберкулезом
5. широким использованием хирургических методов лечения у больных с деструктивными формами туберкулеза

411. Какой исход более вероятен у больного фиброзно-кавернозным туберкулезом легких при адекватной длительной химиотерапии?

1. фиброзно-очаговый туберкулез
2. туберкулема
3. цирротический туберкулез
4. все перечисленное верно
5. все перечисленное неверно

412. Цель контролируемого лечения больного туберкулезом:

1. для удобства больного
2. для достижения скорейшего абациллирования
3. для достижения излечения больных с положительным мазком в 85% случаев
4. для излечения больного с положительным мазком в 70% случаев
5. для удобства медицинского работника

413. Основные оперативные методы лечения при туберкулезе почек:

1. нефролитотомия
2. кистэктомия
3. нефропексия
4. кавернотомия, нефроэктомия, резекция почки
5. колоноцистопластика

414. Наиболее благоприятный исход милиарного туберкулеза легких при адекватном лечении:

1. рассасывание очагов, формирование сетчатого пневмофиброза
2. переход в подострую форму
3. переход в хроническую форму
4. формирование пневмосклероза с инкапсулированными очагами
5. формирование полостей

415. Неблагоприятный исход инфильтративного туберкулеза легких:

1. формирование туберкулемы
2. образование линейного или звездчатого рубца
3. полное рассасывание
4. формирование рубцово-склеротических изменений в легких
5. образование каверны

416 .Использование ПТП при беременности:

1. нельзя принимать стрептомицин нельзя использовать этамбутол
2. нельзя использовать рифампицин
3. нельзя использовать пиразинамид
4. нельзя использовать этамбутол
5. нельзя использовать изониазид

417. Продолжительность химиотерапии экссудативного плеврита туберкулезной этиологии:

1. не менее 2 месяцев
2. не менее 3 месяцев
3. не менее 4 месяцев
4. не менее 6 месяцев
5. не менее 8 месяцев

418. Продолжительность химиотерапии спондиллита туберкулезной этиологии:

1. не менее 1 месяцев
2. не менее 3 месяцев
3. не менее 4 месяцев
4. не менее 5 месяцев
5. не менее 7 месяцев

419. Какой препарат обладает наибольшей бактерицидной активностью?

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

420. Какой метод наиболее эффективен для излечения хронических деструктивных форм туберкулеза?

1. химиотерапевтический
2. хирургический, при возможности инракавернозное введение ПТП
3. искусственный пневмоторакс
4. только консервативный
5. патогенетическая терапия

421. Что является показанием к хирургическому лечению больных первичным туберкулезом легких?

1. мелкие инкапсулированные лимфатические узлы
2. не закрывающаяся каверна
3. осумкованный казеозный фокус 3 мм в легком
4. линейный рубец
5. стойкое фиброзообразование легочной паренхимы

422. Какой препарат противопоказан при легочном кровотечении?

1. аскорбиновая кислота
2. дицинон
3. аминокапроновая кислота
4. викасол
5. аспирин

423.При побочных явлениях таких как: чувство жжения, онемения, покалывания в кистях или ступнях ног необходимо:

1. назначить аспирин. ибупрофена, парацетомола
2. успокоить пациента
3. назначить пиридоксина гидрохлорида 50-75 мг в день
4. прекратить прием ПТП
5. уменьшить суточную дозу ПТП

424. При какой клинической форме и фазе туберкулезного процесса может быть наложен искусственный пневмоторакс с лечебной целью?

1. очаговый туберкулез в фазе инфильтрации
2. диссеминированныйтуберкулез
3. туберкулема в фазе распада
4. фиброзно-кавернозный туберкулез
5. инфильтративный туберкулез

425. Показания для выполнения резекции легкого по поводу туберкулеза

1. инфильтративный туберкулез в С2 правого легкого в фазе распада и обсеменения
2. подострый диссеминированный туберкулез верхних долей обоих легких в фазе инфильтрации и распада
3. фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого
4. туберкулема средних размеров в С1 справа, в фазе распада
5. очаговый туберкулез С2 правого легкого в фазе инфильтрации

426. Как осуществлять контроль за лечением больного в период интенсивной фазы лечения?

1. делается как можно чаще бактериоскопических анализов мокроты на МБТ
2. чаще делается R-скопическое исследование
3. больные чаще осматриваются медработником
4. больные должны чаще сдавать биохимические анализы крови
5. тщательно ведется вся необходимая документация с целью определения категории больных

427. На фоне приема ПТП вакцинация БЦЖ приводит:

1. к нивелированию (снижению) эффективности вакцинации
2. к усилению эффективности вакцинации
3. эффективность вакцинации не изменяется
4. к развитию выраженных побочных эффектов
5. к увеличению дозы ПТП

428. Прием какого препарата противопоказан при почечной недостаточности?

1. офлоксацин

2. изониазид

3. этамбутол

4. канамицин

5. пиразинамид

429. Какая особенность отличает первичный туберкулез от вторичного?

1. выраженная интоксикация
2. сниженная чувствительность к туберкулину
3. поражение лимфатических узлов
4. деструкция легочной ткани
5. распространение по бронхиальным путям

430.Поддержка приверженности к соблюдению режима лечения означает:

1. отсутствие пациент-ориентированное лечение
2. отсутствие обучения пациента
3. пациент-ориентированное лечение под непосредственным наблюдением
4. пациенту не должен быть найден приемлемый для него помощник в лечении
5. режим лечения только по графику, удобному фтизиатру

431. Вич-инфицированным детям меньше 5 лет, профилактическое лечение изониазидом следует назначить в случае контакта с ТБ-больным:

1. следует назначать 6 месяцев 1 раз в жизни
2. не следует назначать 6 месяцев
3. следует только 3 месяцев
4. следует только 1 месяц
5. следует только 1 год

432. Вич-инфицированным детям, профилактическое лечение изониазидом следует назначить в случае контакта с МЛУ ТБ-больным:

1. следует назначать 6 месяцев
2. не следует назначать
3. следует только 3 месяцев
4. следует только 1 месяц
5. следует только 1 год

433.Принцип лечения ПЛУ-ТБ:

1. лечение без интенсивной фазы
2. лечение 6 месяцев всего
3. лечение без поддерживающей фазы
4. возможно включение инъекционного препарата и фторхинолонов и лечение не менее 9 месяцев
5. лечение 6 месяцев и препаратами первого ряда

434. Скрининг контактных лиц - это:

1. опрос на наличие симптомов туберкулеза
2. бактериоскопия мокроты
3. госпитализация контактного
4. это назначение препаратов группы ГИНК
5. хирургическое вмешательство

435. Основными путями предупреждения лекарственной устойчивости являются:

1. индивидуальные режимы химиотерапии препаратами первого ряда
2. интенсивная химиотерапия на начальных этапах лечения без поддерживающей терапии
3. контроль за приемом химиопрепаратов и комбинированная химиотерапия на всем ее протяжении
4. отсутствие приверженности больного к лечению
5. отсутствие стабильности поставки лекарственных препаратов 2 ряда

436. Основной предпосылкой эффективности противотуберкулезной терапии является:

1. плохая переносимость препаратов
2. иммунодепрессивное состояние организма пациента
3. чувствительность микобактерий к применяемым химиопрепаратам
4. наличие сопутствующих заболеваний
5. активная внутренняя миграция

437. Чем обусловлена необходимость хирургического вмешательства при туберкулеме легкого?

1. высокой эпидемиологической опасностью больных
2. недостаточной эффективностью химиотерапии, опасностью реактивации процесса в последствии
3. частым развитием легочного кровотечения
4. прогрессирующим формированием кавернозного туберкулеза
5. возможностью развития рака в устье дренажного бронха

438. Дети младше 5 лет, которые были в тесном контакте с больным МЛУ-ТБ, при исключении у них активного туберкулеза должны:

1. наблюдатсься у врача в течении 3-х лет, без приема препаратов группы ГИНК
2. принимать профилатически изониазид в течении 6-ти месяцев
3. принимать профилатически изониазид в течении 3-х месяцев
4. принимать рифампицин 300 мг в сутки 6 месяцев
5. принимать рифампицин 300 мг и изониазид 300 мг в сутки 2 месяца

439. Лечение ранее леченных случаев лекарственно-чувствительного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных

1. зависит от распространенности процесса
2. зависит от наличия или отсутствия бактериовыделения
3. проводится в соответствии с лечебным режимом 3HRZE (2)S/5HRE
4. проводится в соответствии с лечебным режимом 2HRZE/6HR
5. проводится препаратами второго ряда

440. Через какое время обычно выявляют положительную рентгенологическую динамику при лечении больногос инфильтративным ТБ?

1. 1-2 недели
2. 1 месяца
3. 2 месяца
4. 3 недели
5. 24 месяцев

441. При приеме препаратов ПТП необходимо:

1. измерять рост пациента
2. измерять окружность грудной клетки
3. наблюдать за проявлением нежелательных явлений химиотерапии
4. часто рентгенологически обследовать, каждые 2 недели
5. ничего не делать

442. Через какое время обычно выявляют конверсию мазка мокроты у больного с «новым случаем» при адекватном лечении ограниченого инфильтративного туберкулеза легких МБТ (+)?

1. 2-3 недели
2. 5 месяцев
3. 3-4 месяца
4. 6-7 месяцев
5. 8-9 месяцев

443. В случаях выявления активного туберкулеза у ВИЧ-инфицированного пациента АРТ необходимо подключать…

1. одновременно с ПТП
2. после завершения интенсивной фазы противотуберкулезной терапии
3. после успешного завершения курса противотуберкулезной терапии
4. при уровне CD4+ клеток менее 350 в 1 мм3
5. всем ЛЖВ в течение первых 8 недель противотуберкулезной терапии, независимо от уровня CD4+ клеток, но не ранее, чем через 2 недели от начала противотуберкулезного лечения

444. В случаях выявления активного туберкулеза у ВИЧ-инфицированного пациента, не получающего АРТ, лечение необходимо начинать с назначения…

1. АРВ-препаратов
2. противотуберкулезных препаратов (ПТП)
3. одновременного назначения АРВ-препаратов и ПТП
4. профилактического назначения изониазидом
5. цефтриаксона

445.Для контроля эффективности проводимого лечения необходимо:

1. ренгенография органов грудной клетки
2. микроскопия мазка мокроты, посев мокроты
3. Hain-test
4. Хpert MTB/RIF
5. общий анализ крови

466.Амбулаторное лечение у детей:

1. обязательно наличие доступа к качественной контролируемой химиотерапии
2. неудовлетворительное состояние больного
3. плохие социальные условия в очаге
4. решение о лечении амбулаторно решает семейный врач
5. наличие контакта семейного

467. Куда отправляется «ЖЕЛТАЯ КАРТА»?

1. директору ООБ
2. директору областного ЦСМ
3. в Центр информатики и эпидемиологии НЦФ, далее в ДЛО
4. в МЗ КР
5. в ДГСЭН

468.Изониазид-индуцированная периферическая нейропатия является побочным эффектом, который может быть предотвращен…

1. врачом
2. медицинским работником среднего звена
3. больным
4. не следует предотвращать
5. все перечисленное неверно

469. Цели стратегии DOTS:

1. выявить 70% бактериовыделителей и эффективно излечивать 85% и более впервые выявленных больных
2. выявить 80% бактериовыделителей и эффективно излечивать 95% и более впервые выявленных больных
3. выявить 90% бактериовыделителей и эффективно излечивать 95% и более впервые выявленных больных
4. выявить 100% бактериовыделителей и эффективно излечивать 100% и более впервые выявленных больных
5. выявить 60% бактериовыделителей и эффективно излечивать 95% и более впервые выявленных больных

470.Какие препараты относятся к резервным:

1. канамицин. офлоксацин, изониазид
2. рифампицин, пиразинамид, протионамид
3. этамбутол, изониазид (высокие дозы), кларитромицин
4. клофазимин, линезолид,имипенем,амоксициллин/клавулановая кислота
5. стрептомицин, этамбутол, линезолид

471.Какие противотуберкулезные препараты вызывает судороги:

1. изониазид
2. циклосерин
3. фторхинолоны
4. этионамид
5. рифампицин

481.Какие побочные реакции вызывают протионамид и циклосерин?

1. сыпь гемморагическую
2. слепота
3. судороги, психозы, нейропатия, депрессия
4. глухота
5. выпадение волос

482.Основные принципы стратегии DOTS:

1. доставка препаратов родственниками больного
2. диагностика посредством микроскопии и контролируемый прием препаратов стандартными курсами
3. индивидуальные схемы лечения
4. лечение без контроля, по доверию
5. диагностика посредством рентгенографии

483. Рентгенологические варианты благоприятных исходов туберкулеза:

1. заживление с образованием стойкой полости
2. образование каверн
3. метатуберкулезные изменения – остаточные изменения с клиническими проявлениями (бронхоэктазы, цирроз легочной ткани, остаточные полости)
4. фиброз
5. явления разрушенного легкого

484. Мультирезистентными формами туберкулеза называются такие формы, при которых МБТ обладает устойчивостью как минимум к:

1. изониазиду и ПАСК
2. изониазиду и рифампицину
3. этамбутолу и пиразинамиду
4. изониазиду и стрептомицину
5. изониазиду и этамбутолу

485. Причины возникновения резистентности МБТ:

1. непоследовательная, частичная, неадекватная и неконтролируемая химиотерапия
2. алкоголизм и наркомания у больных ТБ
3. заражение ТБ от больных-хроников, длительное время получающих противотуберкулезные препараты
4. ВИЧ
5. перевод на другие группы противотуберкулезных препаратов

486. Факторы риска развития МЛУ – ТБ:

1. неадекватное, неконтролируемое предыдущее лечение от ТБ
2. ВИЧ
3. миграция
4. неблагоприятная обстановка в Республике
5. возраст

487. Факторы, способствующие развитию эпидемии МЛУ - ТБ:

1. нозокомиальная трансмиссия устойчивых штаммов
2. ВИЧ – инфекция
3. высокогорье
4. миграция
5. низкое качество препаратов

488. Показания к хирургическому лечению у детей:

1. стабильная туберкулема крупных размеров
2. лекарственная устойчивость
3. малые формы туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов
4. плевральные спайки
5. кальцинаты в корнях

489. Наиболее частая причина смерти больных ФКТЛ

1. поражение бронхов
2. неспецифическое воспаление
3. печеночная недостаточность
4. прогрессирование туберкулезного процесса
5. почечная недостаточность

490. Классификация туберкулеза туберкулеза ВОЗ:

1. новый случай, ранее леченные
2. рецидив, неудача лечения
3. ограниченный, распространенный
4. первичный, вторичный
5. легочный, внелегочный

491. Виды лекарственной устойчивости МБТ:

1. медленная, быстрая
2. первичная, вторичная
3. латентная, текущая
4. неактивная, активная
5. единичная

492. При рентгенологическом исследовании принято называть очаговой тенью:

1. до 0,5 см
2. до 1 см
3. до 2 см
4. до 3 см
5. до 4 см

493. Основной рентгенологической метод диагностики при заболеваниях органов дыхания во фтизиатрии:

1. стационарная среднеформатная флюорография
2. рентгеноскопия
3. томография
4. обзорная рентгенография в 2-х проекциях (прямая и боковая)
5. компьютерная томография

494. Рентгенологическая характеристика эмфизематозных участков легкого:

1. пониженная прозрачность
2. повышенная прозрачность
3. диффузное затемнение
4. нормальный легочной рисунок
5. усиленный легочной рисунок

495. При какой форме ТБ рентгенологические изменения в органах дыхания отсутствуют:

1. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
2. первичный туберкулезный комплекс
3. очаговый туберкулез
4. долокальная форма первичного туберкулеза
5. туберкулема

496. Форма ТБ при котором, на рентгенограмме отмечается расширенная тень корня легкого, нарушение его формы и структуры:

1. инфильтративный ТБ
2. ТБ интоксикация
3. ТБ внутригрудных лимфатических узлов
4. диссеминированный ТБ
5. туберкулема

497. Рентгенологический характерный признак при фиброзно-кавернозного ТБЛ:

1. полость неправильной формы, с неровными очертаниями, с наличием перифокальной реакции
2. тонкостенная полость без уровня жидкости
3. полость с неравномерной толщиной стенки, внутренняя стенка неровная, выраженная реакция со стороны корня легкого
4. однородное полостное образование, с четкими границами
5. полость с толстыми фиброзными стенками с уменьшением объема легкого и наличием очагов отсева в окружающей легочной ткани

498. Для спонтанного пневмоторакса характерно рентгенологический синдром:

1. высокое стояние диафрагмы на стороне поражения
2. смещение органов средостения в сторону поражения
3. развитие эмпиемы плевры
4. наличие синдрома просветления и контуры поджатого легкого
5. расширение тени корня легкого

499. Характерный рентгенологический синдром при туберкулеме:

1. синдром округлой тени
2. синдром очаговой тени
3. синдром диссеминации
4. синдром патологии корней легких
5. синдром патологии легочного рисунка

500. Характерный рентгенологический синдром при милиарном ТБ:

1. синдром очаговой тени
2. синдром округлой тени
3. синдром патологии корней легких
4. синдром диссеминации
5. синдром патологии легочного рисунка