

АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ТЮМЕНСКИЙ МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
АТТЕСТАЦИИ ПЕРСОНАЛА»

УТВЕРЖДЕНО:
Исполнительный директор АНО ДПО «ТМЦАП»
И. В. Ильина
«12» января 2020 г.



Дополнительная профессиональная образовательная
программа повышения квалификации по циклу
«Фтизиатрия»

	Должность	Фамилия	Подпись	Дата
Разработал	Преподаватель АНО ДПО «ТМЦАП»	Межебовский В.Р.		

Тюмень 2020

Актуальность дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации врачей по специальности «Фтизиатрия» состоит в необходимости постоянного совершенствования имеющихся и освоения новых теоретических знаний и профессиональных практических навыков врачом-фтизиатром. В настоящее время туберкулез остается распространенным заболеванием как в России, так и во всем мире. В течение последних лет в России несколько стабилизировалась заболеваемость туберкулезом. Тем не менее, в структуре заболеваемости увеличивается удельный вес распространенных деструктивных форм туберкулеза легких, резко возросло число больных с множественной и широкой лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам. За последние два десятилетия проблему туберкулеза обострило распространение ВИЧ/СПИД заболевания. Эта ситуация предъявляет высокие требования к уровню подготовки врача-фтизиатра

Цель дисциплины: углубление знаний и приобретение навыков фтизиатров в соответствии с новыми достижениями медицинской науки и практики в области фтизиатрии и действующими законодательными и организационными установками в этой отрасли.

Категория обучающихся: врачи-фтизиатры

Всего часов –144 час.

Форма обучения: очно-заочная, заочная

Характеристика профессиональных компетенций врача, подлежащих совершенствованию:

универсальные компетенции (УК):

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни,

предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков

(ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании фтизиатрической медицинской помощи (ПК-6);

- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

Учебно-тематический план программы повышения квалификации

№ п/п	Раздел дисциплины	Количество часов			Всего
		Лекции	Практ.занятия	Самост.работа	
1	2	3	4	5	12
1.	Эпидситуация по туберкулезу	4	2		6
2.	Новое в этиологии и патогенезе туберкулеза	4	8		12
3.	Лекарственная устойчивость МБТ к АБП: виды, профилактика, диагностика, тактика	2	4		6
4.	Клиническая классификация туберкулеза	2	4		6
5.	Латентная туберкулезная инфекция, первичный и вторичный туберкулез. Особенности течения туберкулеза в различных возрастах.	2	4		6
6	Семиотика современного туберкулеза. Отрицательный и положительный патоморфоз туберкулеза.	2	4		6
7.	Лучевая диагностика туберкулеза органов дыхания.	4	8		12
8.	Дифференциальная диагностика очаговых и инфильтративных образований в легких.	2	4		6
9.	Дифференциальная диагностика округлых образований в легких.	2	4		6
10.	Дифференциальная диагностика полостных образований в легких.	2	4		6
11.	Туберкулезные плевриты.	2	4		6
12.	Туберкулез и другие заболевания: ВИЧ-инфекция, сахарный диабет, пылевые заболевания легких и др.	2	4		6
13.	Туберкулез и материнство.	2	4		6

14.	Внелегочный туберкулез	4	2		6
15.	Дифференциально-диагностическое значение различных лабораторно-инструментальных методов исследования – эндоскопических, туберкулиновых проб, диаскинтеста, ПЦР, ИФА, квантиферонового теста и др.	4	2		6
16.	Современные методы и принципы лечения больных туберкулезом. Химиотерапия туберкулеза. Режимы химиотерапии.	2	4		6
17.	Патогенетическое лечение туберкулеза. Гигиенодиетический режим больного туберкулезом.	2	3		5
18.	Один из видов местного лечения туберкулеза: коллапсотерапия.	2	3		5
19.	Организация борьбы с туберкулезом в Российской Федерации. Профилактика туберкулеза: специфическая (БЦЖ), химиопрофилактика.	2	4		6
20.	Оздоровительные мероприятия в бациллярных очагах.	2	3		5
21	Активное выявление больных туберкулезом: туберкулинодиагностика у детей и подростков и массовая флюорография. Алгоритм мероприятий по результатам пробы Манту и диаскинтеста.	2	3		5
22	ИТОГОВЫЙ КОНТРОЛЬ		6		6
23	Всего часов	52	92		144

**Календарный учебный график
по программе дополнительной профессиональной
образовательной программы повышения квалификации**

Календарный учебный график разработан в соответствии с Правилами внутреннего учебного распорядка в автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования «Тюменский Межрегиональный Центр аттестации персонала» от 11.01.2019г №51.21;

- Федеральным законом от 29 декабря 2012 г. № 273 - ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»,

-приказом Минобрнауки России от 01.07.2013г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»,

- приказом Минобрнауки РФ от 18.04. 2013 г. № 292 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным программам профессионального обучения»,

- Уставом АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр аттестации персонала»

Календарный учебный график учитывает в полном объеме заявки организаций, заявления от физических лиц, возрастные особенности обучаемого контингента, и отвечает требованиям охраны их жизни и здоровья в процессе обучения.

Продолжительность обучения в АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр аттестации персонала»:

Учебным годом в АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр аттестации персонала» считается календарный год с 1 января по 31 декабря.

Режим работы АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр аттестации персонала»:

Продолжительность рабочего времени в день- 8 часов

Продолжительность рабочего времени в предпраздничные дни - сокращены на 1 час.

Начало работы в- 9час.00 мин.

Перерыв-с 12-00 до 13-00 час.

Окончание работы в 18-00 час.

Режим рабочего дня преподавателей определяется учебной нагрузкой.

Регламент образовательного процесса:

Продолжительность учебной недели 40 часов - 5 дней (понедельник-пятница),

Регламентирование образовательной деятельности на день 6-8 часов.

Учебные занятия организуются в одну смену (при необходимости в 2 смены).

Начало учебных занятий в 9:00 , окончание в 16.15 (с часовым перерывом на обед).

Продолжительность уроков (академический час): 45 мин. Перерыв между уроками-10 мин

Наполняемость групп: не более 20 человек

Оценочные и методические материалы

Литература:

1. Аксёнова В.А. Туберкулёз у детей и подростков: Учебное пособие.-М.: ГЭОТАРМедиа, 2007.-272с.

2. Диссеминированные заболевания легких / под ред. М.М. Ильковича. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 480 с.

3. Ерохин В.В.,Мишин В.Ю.,Чуканов В.И., Гиллер Д.Б.. Казеозная пневмония.- М.:Медицина, 2008. –191с.

4. Литвинов В.И., Макарова М.В., Краснова М.А. Нетуберкулезные микобактерии. –М.: МНПЦБТ.- 2008. – 256 с.: ил.

5. Перельман М.И. Фтизиатрия+CD. Национальное руководство. / М.: ГЭОТАРМЕДИЦИНА, 2007.- 512 с.
6. Репин Ю.М. Лекарственно-устойчивый туберкулёз лёгких. Хирургическое лечение.- СПб.: Издательство Гиппократ, 2007.-168с.
7. Черняев А.Л., Самсонова М.В. Патологическая анатомия легких: Атлас, 2-е изд., испр. и доп. (серия монографий Российского респираторного общества; Гл. ред.Серии Чучалин А.Г.). – М.: Издательский холдинг «Атмосфера», 2011. – 112 с.

Дополнительная литература:

1. Фтизиатрия. Национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 240 с.
2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания. – М.–Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2014. – 56 с.
3. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя. – М.–Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2014. – 72 с.
4. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. – М.–Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2014. – 56 с.
5. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей. – М.: РООИ «Здоровье человека», 2015. – 36 с.

Интернет-источники:

1. Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова (<http://www.emll.ru/newlib/?330500>)
2. Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России (<http://193.232.7.109./feml>)
3. Федеральный портал «Российское образование» (<http://www.edu.ru>)
4. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (<http://window.edu.ru/window>)
7. Научная электронная библиотека (<http://elibrary.ru>)
9. Единое окно доступа к образовательным ресурсам (<http://window.edu.ru>)

Итоговая аттестация

Проходит в последний день обучения в тестовой форме по вопросам изучаемых тем/модулей.

Цель:

Проверка теоретических знаний, полученных в ходе изучения курса повышения квалификации «Фтизиатрия».

001.В понятие "начальные проявления первичной туберкулезной инфекции" входит

- а)инфицирование микобактериями туберкулеза
- б)"малые формы" первичного туберкулеза
- в)первичный туберкулезный комплекс в фазе инфильтрации
- г)параспецифические реакции, туберкулезная интоксикация

д) ранний период первичной туберкулезной инфекции, туберкулезная интоксикация

002. Основным методом выявления раннего периода первичной туберкулезной инфекции является

а) обследование детей по контакту

б) туберкулинодиагностика

в) выявление по обращаемости

г) верно все перечисленное

003. Биологическим критерием первичного инфицирования является

а) гиперергия к туберкулину

б) узловатая эритема

в) вираж чувствительности к туберкулину

г) реакция периферических лимфоузлов

д) верно все перечисленное

004. Ведущим клиническим синдромом, характерным для первичного инфицирования, является

а) лихорадка

б) синдром интоксикации

в) дефицит веса

г) параспецифические реакции

д) увеличение печени и селезенки

005. Морфологическим субстратом аллергического периода первичного инфицирования является

а) казеозный лимфаденит

б) гиперплазия лимфаденоидной ткани

в) малые неспецифические изменения

г) малые специфические изменения

д) верно все, кроме одного

006.Различают следующие основные периоды первичного инфицирования

- а)инкубационный
- б)латентного микробиоза
- в)предаллергический и аллергический
- г)бактериолимфии
- д)все перечисленное

007.Основным исходом первичного инфицирования является

- а)выздоровление
- б)развитие локальной формы туберкулеза
- в)латентный микробиоз
- г)формирование нестерильного иммунитета
- д)инфицирование

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

- а)алиментарный
- б)аэрогенный
- в)трансплацентарный
- г)контактный

009.Возможны следующие пути распространения микобактерий туберкулеза в организме ребенка

- а)бронхогенный
- б)лимфогенный
- в)гематогенный
- г)контактный
- д)все перечисленное

010.Появление у ребенка клинических параспецифических реакций свидетельствует

- а)о развитии локального туберкулеза

- б) о наличии суперинфекции
- в) об общей гиперсенсibilизации организма
- г) о деструкции в легочной ткани
- д) верно все перечисленное

011. К критериям туберкулезной интоксикации относятся

- а) локальная форма первичного инфицирования
- б) синдром функциональных нарушений
- в) легочные изменения у инфицированного ребенка
- г) патология функции внешнего дыхания в раннем периоде первичной инфекции

012. При подозрении на туберкулезную интоксикацию необходимо

- а) выделить комплекс функциональных нарушений по системному принципу
- б) включить локальную форму туберкулеза при рентгенографическом исследовании
- в) определить момент первичного инфицирования по динамике туберкулиновых проб
- г) исключить возможные причины интоксикации неспецифической природы
- д) все перечисленное

013. Верификация диагноза "туберкулезная интоксикация" возможна

- а) в противотуберкулезном диспансере
- б) в детском туберкулезном стационаре
- в) в противотуберкулезном санатории
- г) в соматическом стационаре
- д) во всех перечисленных учреждениях

014. Диспансерное наблюдение детей с туберкулезной интоксикацией осуществляется

- а) по IIIб группе диспансерного наблюдения в течение 6 месяцев
- б) по II группе учета в течение 1 года
- в) по I группе учета в течение 6 месяцев
- г) по I группе учета в течение 1 года, затем по IIIб группе

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

а)хронической патологией носоглотки, затяжными и хроническими бронхолегочными заболеваниями

б)воспалительными заболеваниями печени, желчевыделительных путей, желудочно-кишечного тракта и глистными инвазиями

в)воспалительными заболеваниями почек и мочевых путей

г)вегето-сосудистой дистонией и эндокринными заболеваниями

д)всем перечисленным

016.Лечение больных с туберкулезной интоксикацией предусматривает

а)лечение 3 антибактериальными препаратами в течение 9-12 месяцев

б)лечение 2 препаратами в течение 6 месяцев

в)лечение 2 препаратами в течение 3 месяцев

г)лечение 2 препаратами в течение 9-12 месяцев

017.Применение химиопрепаратов при туберкулезной интоксикации направлено

а)на лимфаденоидную гиперплазию

б)на параспецифические изменения

в)на малые специфические изменения

г)на микобактерии туберкулеза

д)на казеозный некроз

018.Основными клиническими проявлениями параспецифических реакций являются

а)узловатая эритема и фликтенулезный конъюнктивит

б)риниты и гипертрофия миндалин

в)увеличение периферических лимфоузлов

г)увеличение печени и селезенки

д)все перечисленное

019.Основной причиной перехода первичного инфицирования в заболевание туберкулезом является

а) массивная суперинфекция

б) неблагоприятный преморбидный фон, интеркуррентные заболевания

в) возрастная несостоятельность иммунных механизмов и несостоятельность вакцинного иммунитета

г) организационные дефекты в выявлении и лечении детей в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции

д) все перечисленное

020. Возрастной группой риска, в которой первичное инфицирование почти неизбежно переходит в заболевание, являются

а) подростки

б) дети младшего школьного возраста

в) дети раннего возраста

021. Первичный туберкулезный комплекс - это

а) поражение внутригрудных лимфоузлов и очаги в легочной ткани

б) поражение лимфоузлов, стенки прилежащего бронха и очаги в легочной ткани

в) очаг в месте внедрения инфекции, лимфангит, идущий к корню, и поражение регионарных лимфатических узлов

г) все перечисленное

022. Первичный легочный аффект представляет собой

а) изолированный кальцинат в легочной ткани диаметром 3-5 мм

б) одиночный очаг ацинозной или лобулярной казеозной пневмонии, располагающейся субплеврально

в) очаг специфической пневмонии, окруженной зоной перифокального параспецифического воспаления

г) все перечисленное

023. Регионарные лимфатические узлы поражаются в результате

а) ортоградного распространения инфекции из первичного очага

б) распространения микобактерий из очага бронхогенным или гематогенным путем

в) распространения инфекции по ходу отводящих лимфатических сосудов с возникновением в стенке сосудов воспалительных изменений продуктивного характера

г)перехода специфического процесса со стенки отводящего лимфатического сосуда на регионарные лимфоузлы

д)все перечисленное

024.Наиболее часто вовлекаются в процесс группы лимфоузлов

а)бронхопульмональные лимфоузлы

б)лимфатические узлы верхнего средостения

в)лимфатические узлы, регионарные к легочному компоненту

г)все перечисленное

025.Первичный очаг в легочной ткани

а)локализуется в хорошо вентилируемых отделах легочной ткани

б)локализуется в долях и сегментах легкого, имеющих хорошее кровоснабжение

в)встречается чаще в верхней и средней доле правого легкого

г)располагается чаще в нижней доле левого легкого

026.Инволюция первичного легочного аффекта характеризуется основными этапами

а)рассасыванием перифокального воспаления

б)развитием соединительнотканной капсулы вокруг казеозного очага

в)полным рассасыванием казеозного центра с образованием рубца

г)обезвоживанием казеоза, отложением солей извести, полной кальцинацией очага

д)все перечисленное

027.Заживление в регионарных лимфатических узлах происходит

а)раньше, чем в легочной ткани

б)более медленно с длительным сохранением активности процесса

в)возможно и то, и другое

г)закономерности нет

028. Источником бронхолегочных осложнений является

- а) первичный легочный аффект
- б) лимфангит
- в) регионарные лимфатические узлы
- г) все перечисленное

029. Причинами редкого развития первичного комплекса в настоящее время является

- а) уменьшение массивности туберкулезной инфекции
- б) повышение защитной роли лимфатической системы у вакцинированных детей
- в) изменение свойств микобактерий туберкулеза
- г) все перечисленное

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

- а) полное рассасывание
- б) кальцинация во внутригрудных лимфоузлах и образование очага Гона
- в) образование очага Гона и фиброзной дорожки к корню

031. Туберкулез внутригрудных лимфоузлов как нозологическая форма болезни - это

- а) преимущественное поражение внутригрудных лимфоузлов
- б) поражение 1-2 групп внутригрудных лимфоузлов с образованием в исходе кальцината
- в) туберкулезное поражение бронхопульмональных лимфоузлов
- г) все перечисленное

032. Основным методом выявления больных туберкулезом внутригрудных лимфоузлов является

- а) флюорографическое обследование
- б) рентгеномографическое обследование
- в) клиническая картина заболевания
- г) туберкулинодиагностика

д)все перечисленное

033.Выявление поражения внутригрудных лимфоузлов при рентгенологическом обследовании

- а)имеет диагностические трудности
- б)диагностических трудностей не имеет
- в)зависит от степени поражения лимфоузлов
- г)все перечисленное

034.Наиболее часто используется в клинической практике следующая схема топографии внутригрудных лимфоузлов

- а)Сукенникова
- б)Энгеля
- в)Жданова
- г)Есипова - Энгеля
- д)Сукенникова - Есипова - Энгеля

035.При рентгенологическом обследовании трудно выявить поражение следующих групп внутригрудных лимфоузлов

- а)передние бронхопульмональные
- б)задние и нижние бронхопульмональные слева
- в)бифуркационные
- г)верхние бронхопульмональные слева
- д)все перечисленные

036.Внутригрудные лимфатические узлы становятся доступны рентгенологической диагностике

- а)при наличии перифокального воспаления
- б)при значительной гиперплазии
- в)при отложении извести

г)при всех перечисленных изменениях

037.Наиболее типичным морфологическим изменением при туберкулезе внутригрудных лимфоузлов в активной фазе является

- а)перифокальное воспаление
- б)гиперплазия лимфаденоидной ткани
- в)казеозный некроз
- г)фиброзное перерождение лимфоузла
- д)кальцинация

038.К морфологическим критериям, позволяющим разграничить формы поражения внутригрудных лимфоузлов, относятся

- а)количество групп лимфоузлов, вовлеченных в патологический процесс
- б)наличие и выраженность перифокального воспаления
- в)степень кальцинации в лимфоузлах
- г)соотношение гиперпластических и казеозных изменений в ткани лимфоузла
- д)вовлечение в процесс бронхов и легочной ткани

039.Инфильтративную и опухолевую формы бронхаденита

- а)можно считать последовательными фазами одного и того же процесса
- б)нельзя считать последовательными фазами одного и того же процесса
- в)это различные формы патологического процесса

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

- а)фаза инфильтрации
- б)фаза рассасывания
- в)фаза уплотнения
- г)фаза обызвествления
- д)все перечисленное

041. Рентгенологическими признаками инфильтративной фазы туберкулеза внутригрудных лимфоузлов являются

- а) увеличение тени корня в размере (как в длину, так и в ширину, ее деформирование)
- б) размытость, четкость, полицикличность наружного контура тени корня
- в) снижение структурности тени корня
- г) завулированность просвета стволового бронха
- д) верно все перечисленное

042. Понятие "малой формы" туберкулеза внутригрудных лимфоузлов подразумевает

- а) ограниченное поражение 1-2 лимфоузлов
- б) кальцинат в группе лимфоузлов боталлова протока или дуги аорты
- в) морфологически - небольшую гиперплазию лимфоидной ткани с минимальным центральным казеозом
- г) по завершении формирования кальцината величиной 3-5 мм
- д) все перечисленное

043. В фазе инфильтрации малая форма туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов выявляется

- а) только рентгенологически по прямым признакам
- б) не выявляется рентгенологически
- в) рентгенологически (по косвенным признакам)

044. К косвенным рентгенологическим признакам, по которым можно заподозрить наличие малой формы туберкулеза внутригрудных лимфоузлов, относятся

- а) утолщение и подчеркнутость парамедиастинальной плевры на отдельном участке
- б) регионарное локальное обогащение легочного рисунка в прикорневой зоне
- в) появление двойного контура тени средостения
- г) все перечисленное

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

- а) наличию умеренных признаков интоксикации и параспецифические реакции
- б) выражу или нарастанию чувствительности к туберкулину до гиперергической

- в)воспалительным сдвигам в гемограмме
- г)величине, форме кальцината, степени кальцинации
- д)все перечисленное

046.У большинства детей туберкулез внутригрудных лимфоузлов начинается

- а)остро
- б)подостро
- в)мало- или бессимптомно

047.Выраженность клинических проявлений заболевания определяется

- а)возрастом ребенка
- б)состоянием естественного иммунитета
- в)направленностью вакцинного иммунитета
- г)морфологическим субстратом поражения внутригрудных лимфоузлов
- д)все перечисленное

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

- а)гладким с формированием незначительных остаточных изменений
- б)прогрессирующим с развитием осложнений
- в)торпидным с переходом в хронически текущий первичный туберкулез
- г)все перечисленное

049.Физические симптомы бронхаденита (перкуторные, аускультативные, симптомы сдавления)

- а)имеют важное диагностическое значение
- б)потеряли клиническую значимость
- в)значимы лишь у детей раннего возраста

050.Подбор исходной комбинации и дозы химиопрепаратов определяется

- а)фазой специфического процесса
- б)предполагаемым морфологическим субстратом

- в)распространенностью изменений во внутригрудных лимфоузлах
- г)преморбидным фоном и возрастом ребенка
- д)всем перечисленным