

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра фтизиопульмонологии

ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Тесты для студентов медико-диагностического факультета
(специальность 1-79 01 04 - медико-диагностическое дело)

Гродно
ГрГМУ
2011

УДК 616-002.5 (076.1)
ББК 55.4я 73
Ф98

Рекомендовано Центральным научно-методическим советом УО «ГрГМУ»
().

Авторы: зав. каф. фтизиатрии, доц., д-р мед. наук С.Б. Вольф;
доц. каф. фтизиатрии, канд. мед. наук Д.В. Шевчук;
проф., д-р мед. наук И.С. Гельберг;
доц. каф. фтизиатрии, канд. мед. наук Е.Н. Алексо;
ассист. С.Н. Демидик.

Рецензент: проф. каф. инфекционных болезней с курсом детских инфекций,
д-р мед. наук В.С. Васильев.

Вольф, С.Б.

Ф98 Фтизиопульмонология: тесты для студентов медико-диагностического факультета (специальность 1-79 01 04 - медико-диагностическое дело) / С.Б. Вольф [и др.]. – Гродно: ГрГМУ, 2011. – 40 с.
ISBN 978-985-496-834-6

В тестовые задания включены 233 вопроса, охватывающих основные разделы по фтизиопульмонологии: этиологию, патогенез, диагностику, клинику, лечение и профилактику туберкулеза.

Данное издание предназначено для студентов медико-диагностического факультета (специальность – медико-диагностическое дело).

УДК
ББК

ЭТИОЛОГИЯ, ИММУНОЛОГИЯ, ПАТОМОРФОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА. КЛАССИФИКАЦИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

1. Вид микобактерий, наиболее часто вызывающих туберкулез у человека:

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

2. Группа облигатных паразитов составляющих *M. tuberculosis complex* представлена:

- 1) 3 видами
- 2) 5 видами
- 3) 8 видами

3. МБТ являются:

- 1) анаэробами
- 2) факультативными анаэробами
- 3) факультативными аэробами
- 4) аэробами

4. Возбудителем микобактериоза могут быть:

- 1) микобактерии БЦЖ
- 2) *M. kansasii*
- 3) L-формы микобактерий туберкулеза
- 4) *M. bovis*
- 5) *M. avium-intracellulare*

5. Метод общедоступной и срочной лабораторной диагностики МБТ, выполнимый в любом лечебно-профилактическом учреждении:

- 1) метод флотации
- 2) прямая бактериоскопия
- 3) бактериологическое исследование
- 4) люминесцентная бактериоскопия

6. Виды лекарственной устойчивости МБТ:

- 1) медленная, быстрая
- 2) первичная, вторичная
- 3) латентная, текущая
- 4) активная

7. Основной путь заражения туберкулезом человека:

- 1) внутриутробный

- 2) алиментарный
- 3) аэрогенный
- 4) контактный

8. Микобактерия туберкулеза открыта:

- 1) Пастером
- 2) Вирховым
- 3) Вильменом
- 4) Кохом

9. Какие средства являются наиболее эффективными для дезинфекции при туберкулезе?

- 1) кислоты
- 2) щелочи
- 3) хлорсодержащие
- 4) спирты

10. Оптимальный температурный режим для активного размножения микобактерий туберкулеза:

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

11. Температурный режим, при котором происходит гибель микобактерий туберкулеза при 15-минутном воздействии:

- 1) - 140°C
- 2) 0°C
- 3) + 60°C
- 4) + 100°C

12. Генетическая информация МБТ находится в:

- 1) ядре
- 2) ядерной субстанции (нуклеотид)
- 3) плазмидах
- 4) клеточной стенке

13. В состав клеточной стенки МБТ входит:

- 1) воск
- 2) миколовая кислота
- 3) пальмитиновая кислота
- 4) стеарин

14. МБТ классифицируются как:

- 1) кислотоустойчивые грам-положительные бактерии
- 2) кислотоустойчивые грам-отрицательные бактерии

- 3) семейство актиномицетов
- 4) эукариоты

15. Какие плотные питательные среды используются для культивации МБТ:

- 1) Сабуро
- 2) Левенштейна –Йенсена
- 3) Финна
- 4) Кровяной агар

16. Какие жидкие питательные среды используются для культивации МБТ:

- 1) мясопептонный бульон
- 2) среда Мидлбрук 7Н9
- 3) среда Фишера
- 4) среда Хенкса

17. Выберите наиболее правильное выражение:

- 1) жидкие питательные среды широко используются в специализированных учреждениях для ускорения идентификации МБТ
- 2) жидкие питательные среды используются только при условии наличия автоматизированных системах идентификации МБТ
- 3) жидкие питательные среды не используются в настоящее время в практическом здравоохранении для идентификации МБТ

18. Для ускорения идентификации МБТ культуральным методом в РБ наиболее распространены системы:

- 1) ProbeТес
- 2) Bactec MGIT960
- 3) VacAlert
- 4) Real-time PCR

19. Метод идентификации роста МБТ в системе Bactec MGIT960

- 1) радиометрический
- 2) фотокалориметрический
- 3) визуальный
- 4) хроматографический

20. Положительный результат в системе Bactec:

- 1) является окончательным заключением о наличии бактериовыделения
- 2) требует подтверждения путем бактериоскопии осадка и обнаружения колоний МБТ
- 3) требует подтверждения посевом на плотную питательную среду
- 4) требует подтверждения биологической пробой

21. Тип роста МБТ на жидких питательных средах:

- 1) придонный
- 2) на поверхности в виде пленки
- 3) диффузный
- 4) R-колонии

22. Метод определения лекарственной устойчивости МБТ:

- 1) ниациновый тест
- 2) Bactec MGIT960
- 3) биологический метод
- 4) флюоресцентная бактериоскопия

23. Метод наиболее быстрого определения лекарственной устойчивости МБТ:

- 1) посев на плотные среды
- 2) Bactec MGIT960
- 3) молекулярно-генетический (PCR)
- 4) прямая бактериоскопия

24. Длительность бактериологического теста (плотная среда):

- 1) до 1 мес.
- 2) до 2 мес.
- 3) до 3 мес.
- 4) 2 недели

25. На плотной среде МБТ растут:

- 1) в виде R-колоний
- 2) в виде S-колоний
- 3) бесцветные
- 4) кремового оттенка

26. Достоинства бактериологического метода:

- 1) быстрота
- 2) высокая чувствительность
- 3) возможность определения лекарственной чувствительности
- 4) дешевизна

27. Достоинства прямой бактериоскопии:

- 1) быстрота
- 2) высокая чувствительность
- 3) возможность определения лекарственной чувствительности
- 4) дешевизна

28. Ниациновый тест применяется для:

- 1) определения лекарственной чувствительности
- 2) определения видовой принадлежности МБТ

- 3) идентификации атипичных штаммов
- 4) оценки эффективности деkontаминации материала

29. Биологический метод обнаружения МБТ это:

- 1) посев материала на специальную питательную среду
- 2) введение материала обследуемому пациенту
- 3) введение материала животному
- 4) не актуальный метод

30. Наиболее часто для биологического метода используются:

- 1) крысы
- 2) мыши
- 3) морские свинки
- 4) обезьяны

31. Для деkontаминации мокроты используют:

- 1) метод с использованием N-ацетил-L-цистеина и гидроокиси натрия
- 2) обработка материала 4% раствором едкого натра
- 3) обработка материала 3% серной кислотой
- 4) обработка материала 10% раствором трехзамещенного фосфорнокислого натрия

32. Для деkontаминации мочи используют:

- 1) метод с использованием N-ацетил-L-цистеина и гидроокиси натрия
- 2) обработка материала 4% раствором едкого натра
- 3) обработка материала 3% серной кислотой
- 4) обработка материала 10% раствором трехзамещенного фосфорнокислого натрия

33. Для повышения чувствительности бактериоскопии используют:

- 1) методы обогащения материала
- 2) иммуноцитохимические методы
- 3) окрашивание флюорохромами
- 4) эффект талой воды

34. К методам обогащения материала относят:

- 1) окрашивание флюорохромами
- 2) флотацию
- 3) седиментацию
- 4) метод индуцированной мокроты

35. Порог чувствительности прямой бактериоскопии:

- 1) 100 МБТ/мл материала

- 2) 1000 МБТ/мл материала
- 3) 5000 МБТ/мл материала
- 4) 100 тыс. МБТ/мл материала

36. Недостаток прямой бактериоскопии:

- 1) длительность
- 2) сложность
- 3) низкая чувствительность
- 4) невозможность определить ЛЧ

37. Для определения лекарственной чувствительности МБТ используют:

- 1) метод дисков
- 2) посев на питательные среды с добавлением химиопрепаратов
- 3) биологическую пробу
- 4) ПЦР с гибридизацией

38. Срок получения отрицательного ответа при бактериологическом методе:

- 1) 24 часа
- 2) 1 мес.
- 3) 3 мес.
- 4) 7 дней

39. Способ окраски мазка для выявления микобактерий туберкулеза:

- 1) по Граму
- 2) по Циль-Нильсену
- 3) гематоксилин-эозином
- 4) по Гимза-Романовскому

40. Формы преимущественного нахождения МБТ в здоровом инфицированном организме:

- 1) быстрорастущие
- 2) медленно размножающиеся
- 3) персистирующие
- 4) погибшие

41. Источник инфекции при алиментарном заражении туберкулезом человека

- 1) больной туберкулезом человек
- 2) домашние кошки, собаки
- 3) крупный рогатый скот
- 4) кролики
- 5) свиньи

б) домашняя птица

42. Важным свойством микобактерий туберкулеза является:

- 1) образование спор
- 2) кислотоустойчивость
- 3) подвижность
- 4) анаэроб

43. При наличии лекарственной устойчивости клиническое течение туберкулеза:

- 1) улучшается (потеря вирулентности)
- 2) ухудшается
- 3) не изменяется
- 4) в одних случаях улучшается, в других – ухудшается

ПАТОГЕНЕЗ, ПАТОМОРФОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА

44. Клетки, осуществляющие захват МБТ в дыхательных путях и легких:

- 1) Т-лимфоциты
- 2) В-лимфоциты
- 3) нейтрофилы
- 4) макрофаги

45. К какому типу реакций относится гиперчувствительность замедленного типа?

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

46. Основной путь элиминации МБТ при клеточном иммунитете:

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

47. Иммуитет при туберкулезе в основном:

- 1) клеточный
- 2) гуморальный
- 3) неспецифический
- 4) естественный

48. За клеточный иммунитет к туберкулезу у человека

ответственны:

- 1) В-лимфоциты
- 2) нейтрофилы
- 3) гистиоциты
- 4) Т-лимфоциты

49. Наиболее характерные клетки для туберкулезной гранулемы:

1. фибробласты
2. гистиоциты
3. клетки Березовского-Штеренберга
4. клетки Пирогова-Лангганса

50. Одним из основных факторов клеточного противотуберкулезного иммунитета является:

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

51. Взаимодействие между Т-лимфоцитами и макрофагами осуществляется:

- 1) через посредство нервных окончаний
- 2) путем выделения медиаторов
- 3) через клетки эндотелия мелких сосудов
- 4) с помощью антител

52. Основными морфологическими проявлениями активного туберкулезного процесса являются:

- 1) развитие гиалиноза
- 2) появление эпителиоидноклеточных бугорков с некрозом
- 3) кальцинация
- 4) жировая дистрофия
- 5) возникновение участков творожистого (казеозного) некроза
- 6) появление и размножение атипических клеток

53. Основной метод рентгенологической диагностики заболеваний органов грудной клетки в пульмонологической и фтизиатрической клинике:

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

- 54. Интенсивность свежих, недавно возникших очаговых тенеобразований в легких туберкулезной этиологии:**
1. высокая
 2. малая
 3. различная
 4. средняя
- 55. Самая распространенная в настоящее время клиническая форма туберкулеза легких среди вновь выявленных больных:**
1. очаговая
 2. диссеминированная
 3. инфильтративная
 4. туберкулема
- 56. Рентгенологический метод, позволяющий наиболее точно определять наличие полости распада в легких:**
1. рентгенография
 2. рентгеноскопия
 3. томография
 4. флюорография
- 57. Для плеврального экссудата характерен уровень белка:**
1. 5 г/литр
 2. 12 г/литр
 3. 17 г/литр
 4. 25 - 30 г/литр и более
- 58. Для туберкулезного плеврита характерен экссудат:**
1. преимущественно нейтрофильный
 2. преимущественно лимфоцитарный
 3. преимущественно эозинофильный
 4. хилезный
- 59. Для туберкулезного менингита характерен плеоцитоз:**
1. свыше 5.000 клеток в 1 мм³ ликвора
 2. 2000 - 5000 клеток
 3. 200 - 400 клеток
 4. 5 - 10 клеток
- 60. Для экссудативного плеврита характерно:**
- 1) бронхиальное дыхание
 - 2) шум трения плевры
 - 3) ослабленное дыхание
 - 4) жесткое дыхание

61. При туберкулезном менингите в ликворе уровень сахара и хлоридов:

- 1) повышен
- 2) повышен только уровень сахара
- 3) не изменен
- 4) понижен

62. Основной метод выявления туберкулеза, рекомендуемый ВОЗ (система DOTS):

- 1) рентгенография органов грудной клетки
- 2) туберкулинодиагностика по пробе Манту
- 3) простая бактериоскопия мазка мокроты в учреждениях общемедицинской сети
- 4) компьютерная томография

ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКА

63. Что представляет собой туберкулин?

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

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

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

65. Какой метод введения туберкулина является общепринятым в настоящее время при массовой туберкулинодиагностике?

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

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

- 1) с 2 мм
- 2) с 5 мм

3) с 12 мм

4) с 17 мм

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

1) с 12 мм

2) с 17 мм

3) с 21 мм

4) с 25 мм

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

1) с 25 мм

2) с 12 мм

3) с 17 мм

4) с 21 мм

69. В какой срок после постановки пробы Манту производится оценка результатов?

1) через 12 часов

2) через 24 часа

3) через 48 часов

4) через 72 часа

70. При каких показателях пробы Манту дети и подростки подлежат ревакцинации БЦЖ в 6–7 лет и 14–15 лет?

1) 17 мм и выше

2) сомнительной

3) 5 мм и выше

4) отрицательной

71. Регулярность проведения массовой туберкулинодиагностики у детей и подростков:

1) 1 раз в 6 месяцев

2) ежегодно

3) 1 раз в 2 года

4) 1 раз в 5 лет

72. С какого возраста проводится массовая туберкулинодиагностика?

1) с 6 месяцев

2) с 1 года

3) с 2 лет

4) с 5 лет

73. До какого возраста проводится массовая туберкулинодиагностика?

- 1) до 7 лет
- 2) до 12 лет
- 3) до 15 лет
- 4) до 18 лет

74. Основной массовый метод раннего выявления туберкулеза у детей в Республике Беларусь в настоящее время:

- 1) флюорография
- 2) туберкулинодиагностика по пробе Манту с 2 ТЕ ППД-Л
- 3) исследование мокроты на МБТ
- 4) компьютерная томография

75. К какому виду реакций относится проба Манту:

- 1) местная
- 2) общая
- 3) очаговая
- 4) параспецифическая

ПРОФИЛАКТИКА

76. Что представляет собой вакцина БЦЖ?

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

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

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

78. Чем отличается вакцина БЦЖ-М от вакцины БЦЖ-1?

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

79. Сроки очередной ревакцинации БЦЖ в Республике Беларусь у туберкулиноотрицательных детей и подростков после вакцинации в родильном доме:

- 1) через 3 года
- 2) через 5 лет
- 3) через 7 лет
- 4) через 10 лет

80. Прививочная доза вакцины БЦЖ?

- 1) 0,05 мг
- 2) 0,1 мг
- 3) 0,5 мг
- 4) 1 мг

81. Осложнением вакцинации БЦЖ может являться:

- 1) лимфаденит подмышечного лимфоузла
- 2) лимфаденит паховых лимфоузлов
- 3) геморрагический васкулит
- 4) келоидный рубец на месте прививки
- 5) послепрививочный рубец размером 5–6 мм
- 6) положительная проба Манту через 4–6 месяцев после вакцинации

82. Ревакцинация БЦЖ проводится:

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

83. Вакцина БЦЖ была получена:

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

84. Кто нуждается в проведении обязательной медикаментозной профилактики изониазидом?

- 1) лица с малыми остаточными туберкулезными изменениями в легких без отягощающих обстоятельств
- 2) взрослые лица, находящиеся в контакте с больным закрытой формой туберкулеза
- 3) дети и взрослые лица, находящиеся в контакте с бактериовыделителем
- 4) дети с положительной пробой Манту (12 мм) в течение 3-х лет

- 85. Частота проведения химиопрофилактики при выраже туберкулиновой реакции:**
- 1) 2 раза в год в течение 2 лет
 - 2) 1 раз в год в течение 3 лет
 - 3) один курс при взятии на учет
 - 4) проведение химиопрофилактики не обязательно
- 86. Химиопрофилактика бывает:**
- 1) первичная, вторичная
 - 2) начальная, окончательная
 - 3) единичная, множественная
 - 4) терапевтическая, эпидемиологическая
- 87. Кто выполняет текущую дезинфекцию в очагах туберкулезной инфекции:**
- 1) участковый врач-терапевт с медицинской сестрой
 - 2) участковый врач-фтизиатр с медицинской сестрой
 - 3) противоэпидемический отдел центра гигиены и эпидемиологии
 - 4) члены данной семьи и сам больной туберкулезом
- 88. Кто выполняет заключительную дезинфекцию в очагах туберкулезной инфекции?**
- 1) участковый врач-терапевт с медицинской сестрой
 - 2) участковый врач-фтизиатр с медицинской сестрой
 - 3) дезинфекционный отдел центра гигиены и эпидемиологии
 - 4) члены данной семьи и сам больной туберкулезом
- 89. Частота рентгенологического обследования контактов:**
1. 1 раз в 6 месяцев
 2. 1 раз в год
 3. 1 раз в 2 года
 4. 1 раз в 3 года
- 90. Обработка посуды бактериовыделителя осуществляется путем:**
- 1) замачивания в растворе хлорной извести (хлорамина)
 - 2) кипячения
 - 3) мытья горячей водой
 - 4) замачивания в карболовом растворе
- 91. Обработка мокроты осуществляется путем:**
- 1) слива в канализацию
 - 2) замачивания в посуде раствором хлорной извести
 - 3) кипячения в плевательнице
 - 4) обработки карболовым раствором
- 92. Очагом туберкулезной инфекции называется:**

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

93. Очаг повышенной эпидемиологической опасности – это:

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

94. Санитарная профилактика включает:

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

95. Выявление туберкулеза среди крупного рогатого скота производится путем:

- 1) постановки подкожной туберкулиновой пробы
- 2) постановки комбинированной внутрикожно-глазной туберкулиновой пробы
- 3) изучения клинических проявлений и наружного осмотра
- 4) серологических исследований крови

96. Мероприятия при обнаружении туберкулино-положительных коров:

- 1) молоко собирается в отдельную тару
- 2) отправляются на убой
- 3) изолируются на отдельных фермах
- 4) специальных мероприятий не проводится

97. Госпитализация и лечение больных туберкулезом в стационаре, как метод санитарной профилактики, проводится:

- 1) до ликвидации симптомов интоксикации
- 2) до прекращения бактериовыделения
- 3) до появления положительной рентгенологической динамики
- 4) до клинического выздоровления

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ

98. Основными методами выявления туберкулеза являются:

- 1) рентгенологическая диагностика
- 2) микробиологическая диагностика
- 3) фибробронхоскопия
- 4) туберкулинодиагностика

99. Флюорографическое обследование населения проводится:

- 1) с 18 лет
- 2) с 14 лет
- 3) с 17 лет
- 4) с 20 лет

100. «Обязательные» контингенты – это:

- 1) группы населения, имеющие высокий риск заражения окружающих при заболевании туберкулезом.
- 2) группы населения, контактирующие с больными туберкулезом
- 3) группы населения, работающие во вредных условиях
- 4) группы населения, страдающие профессиональными заболеваниями

101. В «обязательные» контингенты входят:

- 1) работники родильных домов, детских лечебно-профилактических учреждений
- 2) работники лечебно-профилактических учреждений для взрослых
- 3) работники предприятий легкой промышленности
- 4) работники школ, техникумов, студенты ВУЗов, достигшие 17 лет

102. Контроль за флюорографическим обследованием «обязательных» контингентов осуществляет:

- 1) общая лечебная сеть
- 2) противотуберкулезная служба

- 3) центр гигиены и эпидемиологии
- 4) руководители предприятий и учреждений

103. В «угрожаемые» контингенты входят группы:

- 1) социального риска
- 2) профессионального риска
- 3) асоциального риска
- 4) медицинского риска
- 5) находящиеся в контакте с источником туберкулезной инфекции

104. Группа социального риска:

- 1) лица БОМЖ
- 2) беженцы
- 3) работники молочно-товарных ферм
- 4) военнослужащие, проходящие службу по призыву
- 5) работники водопроводных сооружений

105. Группа медицинского риска включает:

- 1) ВИЧ-инфицированные
- 2) больные сифилисом
- 3) больные сахарным диабетом
- 4) больные гипертонической болезнью
- 5) лица, перенесшие экссудативный плеврит
- 6) женщины в послеродовом периоде

106. «Угрожаемые» контингенты флюорографически обследуются:

- 1) 1 раз в год
- 2) 1 раз в 2 года
- 3) 1 раз в 6 месяцев
- 4) 1 раз в 3 года

107. Во внеочередном порядке рентгено-флюорографическому обследованию подлежат:

- 1) лица, обратившиеся в лечебно-профилактическое учреждение за медицинской помощью с подозрением на туберкулез
- 2) лица, состоящие по III группе на диспансерном учете
- 3) лица, у которых диагноз ВИЧ-инфекция установлен впервые
- 4) прибывшие на постоянное место жительства

108. Флюорографическое обследование населения проводится с:

- 1) 18 лет
- 2) 14 лет
- 3) 17 лет
- 4) 20 лет

109. Основной массовый метод выявления туберкулеза легких среди взрослого населения Республики Беларусь в настоящее время:

- 1) туберкулинодиагностика по пробе Манту с 2 ТЕ ППД-Л
- 2) флюорография (стационарная и передвижная)
- 3) рентгенография в разных проекциях грудной клетки
- 4) исследование мокроты на МБТ

110. Как часто с профилактической целью должны обследоваться рентгенофлюорографически обязательные контингенты и лица с повышенным риском заболевания туберкулезом?

- 1) не реже 1 раза в 6 месяцев
- 2) ежегодно
- 3) не реже 1 раза в 2 года
- 4) не реже 1 раза в 3 года

111. С какой периодичностью обследуются флюорографическим методом медицинские работники?

- 1) 1 раз в 6 месяцев
- 2) 1 раз в год
- 3) 1 раз в 2 года
- 4) 1 раз в 3 года

112. При наличии беременности профилактическое флюорографическое обследование производится:

- 1) в первой половине беременности
- 2) во второй половине беременности
- 3) непосредственно после родов
- 4) на общих основаниях, 1 раз в 2 года

113. Какой из контингентов лиц, обращающихся за медпомощью, нуждается во флюорографическом обследовании?

- 1) артериальная гипертензия
- 2) диспепсические расстройства
- 3) длительный субфебрилитет
- 4) артралгия с припуханием суставов
- 5) кашель с мокротой
- 6) учащенное и болезненное мочеиспускание

114. При подозрении на туберкулез беременной производится:

- 1) рентгенография грудной клетки
- 2) флюорография
- 3) только анализ мокроты на БК
- 4) обследование откладывается до родов

115. Для выявления туберкулеза по системе DOTS проводится:

- 1) клиническое обследование с последующей флюорографией по показаниям
- 2) бактериологическое (посев) исследование мокроты
- 3) бактериоскопия мазка мокроты, окрашенного по Циль-Нильсену
- 4) массовая флюорография

116. В группу повышенного риска заболевания туберкулезом входят:

- 1) спортсмены
- 2) больные венерическими заболеваниями
- 3) злоупотребляющие алкоголем
- 4) работники милиции

117. Ребенку, родившемуся от больной туберкулезом матери производится:

- 1) вакцинация БЦЖ
- 2) химиопрофилактика
- 3) вакцинация БЦЖ и химиопрофилактика
- 4) рентгенологическое обследование

118. Принципиальный подход к сохранению или прерыванию беременности при выявлении туберкулеза:

- 1) прерывание беременности обязательно
- 2) прерывание беременности желательно
- 3) может родить здорового ребенка
- 4) прерывание беременности полностью исключается

119. Частота флюорографических обследований населения, не входящего в обязательные контингенты и группы повышенного риска:

- 1) 1 раз в 2 года
- 2) 1 раз в 4 года
- 3) 1 раз в 5 лет
- 4) обследование не обязательно

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

120. Каким приказом определены мероприятия по диспансерному наблюдению и выявлению больных туберкулезом:

- 1) Приказ МЗ РБ №32 от 14.03.2002 года

- 2) Приказ МЗ РБ №19 от 14.03.2002 года
- 3) Приказ МЗ РБ №106 от 04.07.2002 года
- 4) Приказ МЗ РБ №119 от 17.10.2002 года

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

- 1) I а гр.
- 2) I б гр.
- 3) II гр.
- 4) III гр.

122. В какой группе диспансерного учета должны наблюдаться дети и подростки с «виражом» туберкулиновых проб?

- 1) I А
- 2) VI А
- 3) II
- 4) на учет не берутся

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

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

124. Максимальная продолжительность выдачи больничного листа по временной нетрудоспособности по заболеванию туберкулезом стационарному больному по согласованию с ВКК, но без разрешения МРЭК:

- 1) до 2-х месяцев
- 2) до 4-х месяцев
- 3) до 6 месяцев
- 4) до 10 месяцев

125. Наиболее частая причина установления II группы инвалидности больному туберкулезом легких при недостаточной эффективности основного курса химиотерапии:

- 1) нестойкое абациллирование мокроты
- 2) сохранение полости без дыхательной недостаточности
- 3) сохранение полости и фиброза с явлениями легочно-сердечной недостаточности II степени
- 4) периодически появляющиеся непродолжительные кровохарканья без симптомов дыхательной недостаточности

126. Заболеваемость туберкулезом – это:

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

127. Смертность от туберкулеза – это:

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

128. Микроскопическое (бактериоскопия) исследование мокроты на наличие МБТ производится:

- 1) лабораториями поликлиник
- 2) лабораторией противотуберкулезного диспансера
- 3) лабораториями областных и районных больниц
- 4) лабораториями всех перечисленных медучреждений

129. В обязанности главной медсестры противотуберкулезного диспансера входит:

- 1) контроль за соблюдением мероприятий инфекционного контроля в отделениях диспансера
- 2) организация текущей дезинфекции
- 3) контроль за своевременным четким выполнением средним медицинским персоналом врачебных назначений
- 4) ежедневный обход отделений
- 5) работа по уничтожению мышей, крыс и тараканов

130. Текущая дезинфекция в отделении противотуберкулезного стационара включает:

- 1) ежедневную двукратную уборку помещений и предметов обстановки с применением дезинфицирующих средств
- 2) ежедневная уборка палат
- 3) уборка мусора на территории больницы
- 4) мытье рук

131. На работу в противотуберкулезные учреждения принимаются лица:

- 1) не моложе 18 лет
- 2) не старше 50 лет
- 3) не моложе 17 лет
- 4) независимо от возраста

132. Работающие в противотуберкулезных учреждениях:

- 1) берутся на диспансерный учет, как имеющие профессиональную вредность
- 2) не берутся под диспансерное наблюдение
- 3) каждый год проходят повторное обследование с рентгенографией органов грудной клетки
- 4) 1 раз в год обследуются профпатологом

133. У сотрудника, принятого на работу в противотуберкулезное учреждение, где есть контакт с больными бактериовыделителями, реакция Манту отрицательная. В этом случае необходимо:

- 1) не принимать на работу
- 2) вакцинировать БЦЖ и допустить к работе
- 3) вакцинировать БЦЖ и допустить к работе через 6 недель
- 4) допустить к работе без вакцинации

134. Территория противотуберкулезного стационара должна быть:

- 1) ограждена, выход больных за ее пределы запрещен
- 2) ограждение не обязательно, выход больных за ее пределы запрещен
- 3) ограждения нет, выход больных за ее пределы разрешен
- 4) ограждена, выход больных за ее пределы разрешен

135. Остатки пищи в противотуберкулезном отделении:

- 1) собирают и скармливают скоту
- 2) выбрасывают в мусорные баки
- 3) обеззараживают дезраствором на месте
- 4) собирают и отвозят для обеззараживания на специальные площадки

136. Грязная посуда после туберкулезных больных:

- 1) освобождается от остатков пищи, моется, сушится, обеззараживается в сушильно-стерилизационном шкафу
- 2) моется, сушится
- 3) обеззараживается вместе с остатками пищи, моется, сушится,

- 4) освобождается от остатков пищи, моется, сушится, обеззараживается в сухожаровом шкафу

137. Генеральная уборка в палатах проводится:

- 1) 1 раз в неделю
- 2) 1 раз в месяц
- 3) 1 раз в 6 месяцев
- 4) 2 раза в месяц

138. К уровням инфекционного контроля не относится:

- 1) административный контроль
- 2) инженерный контроль
- 3) индивидуальная защита органов дыхания
- 4) эпидемиологический контроль

139. К мерам административного контроля не относится:

- 1) своевременное разделение потоков пациентов
- 2) изоляция пациентов с положительным мазком МБТ
- 3) своевременное начало курса противотуберкулезной терапии
- 4) просвещение пациентов
- 5) максимальное сокращение процедур, вызывающих кашель
- 6) использование хирургической маски бактериовыделителем

140. В первую зону (с высоким риском инфицирования) включают помещения:

- 1) операционный блок
- 2) отделение функциональной диагностики
- 3) эндоскопическое отделение
- 4) бактериологическая лаборатория
- 5) кабины (помещения) для сбора мокроты
- 6) все ответы верны

141. К помещениям со средней степенью риска инфицирования (вторая зона) относятся:

- 1) отделения (палаты) для пациентов с отрицательным результатом бактериоскопии мокроты на МБТ, исключая МЛУ-ТБ
- 2) отделения (палаты) для пациентов с отрицательным результатом бактериоскопии мокроты на МБТ, не исключая МЛУ-ТБ
- 3) отделения (палаты) для пациентов с положительным результатом бактериоскопии мокроты на МБТ, исключая МЛУ-ТБ

142. К третьей зоне (с низкой степенью) риска инфицирования не относятся:

- 1) клиничко-диагностическая лаборатория
- 2) операционный блок

- 3) аптека
- 4) административно-хозяйственные кабинеты

143. Зоны с высоким риском обозначаются предупредительными надписями, типа:

- 1) Внимание! Зона опасного риска заражения туберкулезом! Пользуйтесь медицинскими халатами!
- 2) Внимание! Зона высокого риска заражения! Пользуйтесь масками!
- 3) Внимание! Зона высокого риска заражения! Пользуйтесь респиратором!

144. Влажная уборка с использованием дезинфицирующих средств в палатах противотуберкулезного отделения проводится:

- 1) 1 раз в сутки
- 2) 3 раза в сутки
- 3) не реже 2-х раз в сутки
- 4) по мере необходимости

145. Очистка ламп и поверхностей ультрафиолетовых бактерицидных облучателей (УФБИ устройств) осуществляется:

- 1) 70% спиртом
- 2) мыльным раствором
- 3) раствором хлорсодержащего дезинфектанта
- 4) 50% спиртом

146. По способу размещения ультрафиолетовые облучатели:

- 1) настенные
- 2) передвижные
- 3) потолочные
- 4) все ответы верны

147. В настоящее время не используются ультрафиолетовые облучатели:

- 1) с ртутными лампами низкого давления
- 2) с ртутными лампами высокого давления
- 3) с ксеноновыми импульсными лампами
- 4) с ртутными лампами без давления

148. В целях обеспечения индивидуальной защиты медицинского персонала при проведении работ в присутствии больных туберкулезом с бактериовыделением должны использоваться респираторы, обеспечивающие фильтрацию частиц аэрозолей 1 мкм и более, со степенью фильтрации:

- 1) не менее 95%

- 2) не менее 90%
- 3) более 75%
- 4) менее 95%

149. Хирургические маски в целях обеспечения индивидуальной защиты должны использоваться:

- 1) сотрудниками фтизиатрической службы
- 2) пациентами, выделяющими МБТ при необходимости перемещения из палат в другие помещения
- 3) врачами отделений МЛУ туберкулеза
- 4) медицинскими сестрами противотуберкулезных стационаров

150. Надежным средством индивидуальной защиты органов дыхания для сотрудников противотуберкулезного стационара при контакте с бактериовыделителями является:

- 1) респиратор
- 2) хирургическая маска
- 3) хирургическая многослойная маска
- 4) все ответы правильные

151. Респираторы FFP2 используются:

- 1) в палатах, коридорах, процедурных кабинетах и перевязочных отделений для бактериовыделителей
- 2) в ингалятории
- 3) в рентгеновском кабинете
- 4) в местах массового скопления пациентов (забор крови в лаборатории, выдача противотуберкулезных препаратов в отделениях)
- 5) все ответы верны

152. Реальная потребность в респираторах FFP2 составляет для зоны высокого риска:

- 1) 1 респиратор на 10 рабочих смен
- 2) 1 респиратор на месяц
- 3) все ответы не верны
- 4) 1 респиратор на 2 рабочие смены

153. Реальная потребность в респираторах FFP2 составляет для зоны среднего риска:

- 1) 1 респиратор на 4-5 рабочих смен
- 2) 1 респиратор на 2 рабочие смены
- 3) 1 респиратор на месяц
- 4) все ответы не верны

154. Реальная потребность в респираторах FFP2 составляет для зоны низкого риска:

- 1) 1 респиратор на 10-20 рабочих смен
- 2) 1 респиратор на 4-5 рабочих смен
- 3) 1 респиратор на 2 рабочие смены
- 4) 1 респиратор на месяц

155. Какой тест используется для правильного выбора размера респиратора и правильного его одевания:

- 1) фото-тест
- 2) фит-тест
- 3) спот-тест
- 4) респираторный тест

156. Микробный аэрозоль образуется в процессе следующих манипуляций, проводимых в бактериологических лабораториях:

- 1) при открывании плотно закрытых контейнеров с мокротой
- 2) при встряхивании жидких материалов или бактериальных суспензий, содержащих МБТ
- 3) при центрифугировании
- 4) все ответы верны
- 5) нет правильного ответа

157. Мероприятия по утилизации медицинских отходов:

- 1) дезинфекция отходов
- 2) герметизация упаковочной тары
- 3) сокращение времени пребывания отходов в функциональных помещениях
- 4) использование надежных методов очистки и дезинфекции воздуха, поступающего в чистые помещения
- 5) использование средств защиты при обращении с отходами
- 6) все ответы верны

ЛЕЧЕНИЕ

158. Наиболее эффективная комбинация противотуберкулезных препаратов на этапе продолжения лечения по методике ВОЗ:

- 1) стрептомицин + этамбутол
- 2) изониазид + рифампицин
- 3) ПАСК + тибон
- 4) пипразинамид + этионамид

159. Какое число противотуберкулезных препаратов должно быть включено в комбинацию для начального лечения вновь выявленного бациллярного больного с деструкциями в легких (по усовершенствованной методике ВОЗ)?

- 1) не менее 2-х
- 2) не менее 3-х
- 3) не менее 4-х
- 4) не менее 5-ти

160. Какое число противотуберкулезных препаратов должно быть включено в комбинацию для начального лечения больного с обострением, рецидивом или хроническим туберкулезным процессом прогрессирующего характера при предположении наличия устойчивости МБТ (по схеме ВОЗ)?

- 1) не менее 2-х
- 2) не менее 3-х
- 3) до 4-х
- 4) до 5 препаратов

161. Наиболее эффективные комбинации антибактериальных препаратов при химиотерапии по методике ВОЗ для I категории больных туберкулезом на начальном этапе:

- 1) изониазид + этамбутол + тибон
- 2) изониазид + рифампицин + пиразинамид + этамбутол
- 3) рифампицин + стрептомицин + этионамид + ПАСК
- 4) изониазид + стрептомицин + этамбутол + ПАСК

162. 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 (в диспансере, здравпункте, на ФАПе и т.д.)

163. Наиболее часто рекомендуемый режим приема противотуберкулезных препаратов в амбулаторных условиях:

- 1) ежедневно суточная доза
- 2) 2–3 раза в день
- 3) 3 раза в неделю

4) 2 раза в неделю

164. Основное побочное действие рифампицина:

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

165. Основное побочное действие стрептомицина:

- 1) на желудочно-кишечный тракт
- 2) на периферическую нервную систему
- 3) на слуховой нерв
- 4) кожный зуд

166. Основное побочное действие изониазида:

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

167. Наиболее эффективная комбинация АБП на начальном этапе лечения больных 3-й категории (ограниченные формы туберкулеза):

- 1) канамицин, изониазид, фторхинолоны
- 2) изониазид, рифампцин, пиразинамид, этамбутол
- 3) изониазид, ПАСК
- 4) рифампицин, этамбутол

168. Какие методы патогенетической терапии наиболее показаны при деструктивных формах туберкулеза?

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

169. При кашле с затрудненным отхождением мокроты Вы порекомендуете:

- 1) комплекс витаминов
- 2) анаболические стероиды
- 3) протеолитические ферменты
- 4) экстракт алое

КЛИНИКА

170. Наиболее характерные грудные жалобы больных туберкулезом легких:

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

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

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

172. Какие признаки более характерны для туберкулезной интоксикации у детей и подростков:

- 1) боли в области сердца, суставов, субфебрильная температура
- 2) частые ангины в анамнезе
- 3) диспептические расстройства, снижение аппетита, массы тела
- 4) субфебрильная температура по вечерам, слабость, похудание, раздражительность, потливость
- 5) полиаденит шейных, надключичных, подмышечных лимфатических узлов
- 6) горечь во рту, болезненность в правом подреберье

173. Какая клиническая форма туберкулеза протекает без видимых локальных поражений?

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

174. Первичный туберкулезный комплекс характеризуется:

- 1) наличием очага в легких, увеличением периферических лимфоузлов и положительной пробой Манту с 2 ТЕ.
- 2) наличием первичного аффекта в легких, увеличением внутригрудных лимфоузлов и лимфангитом
- 3) наличием очага в легком, симптомов интоксикации и МБТ в мокроте

- 4) наличием очаговых теней в легком, длительным субфебрилитетом и «виражом» туберкулиновых проб

175. К осложнениям первичного туберкулеза не относится:

- 1) бронхоnodулярный свищ
- 2) плеврит
- 3) ателектаз
- 4) легочно-сердечная недостаточность

176. Дифференциальная диагностика туберкулезного бронхоаденита проводится:

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

177. Дифференциальная диагностика туберкулезной интоксикации проводится:

- 1) с острой пневмонией
- 2) с хроническим тонзиллитом
- 3) с экссудативным плевритом
- 4) с саркоидозом
- 5) с глистной инвазией
- 6) с хроническим гастритом

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

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

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

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

180. Характерная клиническая картина при милиарном туберкулезе легких:

- 1) постепенное начало, температура тела с субфебрильных цифр стабилизировалась утром и вечером на 39–40°C, кашель и одышка отсутствуют

- 2) острое начало, температура до 40°C, озноб, через несколько дней появился кашель с большим количеством мокроты
- 3) острое начало, температура тела утром субфебрильная, вечером 39–40°C, сильная потливость по ночам, беспокоит выраженная одышка, кашель небольшой
- 4) острое начало, температура тела субфебрильная, беспокоит сильный приступообразный кашель с болевыми ощущениями за грудиной

181. Дифференциальная диагностика милиарного туберкулеза проводится:

- 1) с крупозной пневмонией
- 2) с пневмосклерозом
- 3) с мелкоочаговой пневмонией
- 4) с периферическим раком

182. Патогенез милиарного и диссеминированного туберкулеза чаще всего связан:

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

183. Характерный рентгенологический признак подострого диссеминированного туберкулеза:

- 1) наличие толстостенной полости с неровным контуром в среднем отделе легкого
- 2) наличие нескольких крупнофокусных теней размером 3–4 см
- 3) наличие тонкостенных "штампованных" каверн в верхних долях
- 4) сужение одного из легочных полей, смещение средостения в эту сторону

184. Рентгенологический признак, характерный для хронического диссеминированного туберкулеза легких:

- 1) симптом «яичной скорлупы»
- 2) симптом «плакучей ивы»
- 3) симптом «снежной бури»
- 4) симптом «восходящего солнца»

185. При какой форме туберкулеза легких, несмотря на проводимую химиотерапию, отмечается чаще 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+

186. Симптом «очковых каверн» или «очков» характерен:

- 1) для инфильтративного туберкулеза в фазе распада
- 2) для фиброзно-кавернозного туберкулеза
- 3) для диссеминированного туберкулеза в фазе распада
- 4) для двустороннего очагового туберкулеза

187. Основной и решающий метод исследования при диагностике туберкулезного менингита:

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

188. Типичное для туберкулезного менингита начало заболевания:

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

189. Показатели спинномозговой жидкости, характерные для туберкулезного менингита:

- 1) жидкость мутная, высокий плеоцитоз (более 1.000 клеток в 1 мм³)
- 2) жидкость прозрачная или слабомутная, умеренный плеоцитоз (100–300 клеток)
- 3) количество сахара и хлоридов в норме
- 4) снижение уровня сахара и хлоридов
- 5) преобладание нейтрофилов при умеренном повышении белка

190. Основной метод диагностики очагового туберкулеза легких:

- 1) рентгенологический
- 2) исследование мокроты на МБТ
- 3) бронхоскопия с биопсией
- 4) компьютерная томография

191. Наиболее характерная клиническая картина при очаговом туберкулезе легких:

- 1) выраженная слабость, утомляемость, длительный малопродуктивный кашель

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

192. Очаговый туберкулез легких чаще всего дифференцируют:

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

193. Характер рентгенологической картины при очаговом туберкулезе:

- 1) фокусные тени в верхней доли легкого
- 2) множественные очаги в верхних и средних отделах с обеих сторон
- 3) участок уплотнения легочной ткани со смещением трахеи
- 4) единичные очаговые тени в 1-м – 2-м сегментах с одной или обеих сторон

194. Наиболее характерная клиническая симптоматика при ограниченном облаковидном туберкулезном инфильтрате:

- 1) выраженный интоксикационный синдром, температура тела до 39–40°C, кашель с гнойной мокротой
- 2) более месяца отмечается небольшую слабость, потливость, температура по вечерам до 37.5°C, покашливание со скудным количеством мокроты
- 3) клиническая симптоматика отсутствует
- 4) беспокоит сухой приступообразный кашель, одышка, боль в грудной клетке, температура тела иногда 37.1–37.3°C

195. Дифференциальная диагностика облаковидного инфильтрата проводится в первую очередь:

- 1) с легочной кистой
- 2) с экссудативным плевритом
- 3) с очаговой пневмонией
- 4) с периферическим раком

196. Наиболее типичные для инфильтративного туберкулеза аускультативные данные:

- 1) шум трения плевры
- 2) обильные влажные мелко- и средне-пузырчатые хрипы в средне-нижних отделах легких

- 3) бронхиальное дыхание, средне- и крупнопузырчатые хрипы в проекции верхней доли
- 4) скудные мелкопузырчатые хрипы в проекции верхней доли

197. Преобладающая морфологическая реакция при инфильтративном туберкулезе:

- 1) альтеративная (некротическая)
- 2) продуктивная
- 3) экссудативная
- 4) образование кальцинатов

198. Общее состояние больного с казеозной пневмонией, как правило, бывает:

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

199. Данные аускультации при казеозной пневмонии:

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

200. Характер рентгенологических данных при казеозной пневмонии:

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

201. Казеозную пневмонию необходимо дифференцировать, в первую очередь:

- 1) с сепсисом
- 2) с менингитом

- 3) с центральным раком
- 4) с крупозной пневмонией

202. Преобладающая морфологическая реакция при казеозной пневмонии:

- 1) продуктивная
- 2) экссудативная
- 3) альтеративная
- 4) образование фиброзных изменений

203. Рентгенологические признаки и локализация, характерные для туберкулемы легких:

- 1) правильной шаровидной формы тень с ровными дугообразными очертаниями в третьем сегменте (С₃)
- 2) интенсивное гомогенное округлое образование, резко ограниченное от здоровой ткани с бугристыми контурами в нижней доле легкого (С₈)
- 3) округлое интенсивное образование неоднородного характера с эксцентрическим распадом, наличие очаговых изменений в окружающей легочной ткани во втором сегменте легкого (С₂)
- 4) круглая однородного характера тень в прикорневой зоне (С₅)

204. С каким заболеванием необходимо дифференцировать туберкулему:

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

205. Наиболее характерная клиника при туберкулезе:

- 1) постепенное начало нарастающей лихорадкой, кашлем и выделением мокроты
- 2) отсутствие клинических проявлений
- 3) выраженная слабость, потливость, умеренный сухой кашель, субфебрилитет
- 4) острое начало, головная боль, потеря аппетита, температура до 38°, кашель

206. Предшествующая клиническая форма, из которой наиболее часто развивается кавернозный туберкулез:

- 1) очаговый туберкулез
- 2) инфильтративный туберкулез
- 3) фиброзно-кавернозный туберкулез
- 4) диссеминированный туберкулез легких

207. Назовите основной путь распространения инфекции из каверны при прогрессировании туберкулеза легких:

- 1) лимфогенный
- 2) бронхогенный
- 3) гематогенный
- 4) контактный

208. Рентгенологическая картина, более характерная для кавернозного туберкулеза:

- 1) наличие тонкостенных полостей с многочисленными очаговыми тенями с обеих сторон
- 2) деформированная толстостенная полость с наличием фиброзной тяжистости в окружающей ткани
- 3) участок инфильтрации легочной ткани с просветлением в центре, контуры полости еще четко не сформировались
- 4) обычно единичная тонкостенная полость на фоне мало измененной легочной ткани

209. Более характерные для кавернозного туберкулеза клинические проявления:

- 1) острое начало, лихорадочное состояние, выраженная интоксикация
- 2) субфебрильная температура, сильный кашель, выделение обильного количества мокроты
- 3) незначительно выраженные проявления интоксикации или их отсутствие
- 4) кашель с мокротой, одышка, развитие дыхательной недостаточности

210. Рентгенологические признаки, характерные для фиброзно-кавернозного туберкулеза легких:

- 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) полость с толстыми фиброзными стенками с уменьшением объема легкого и наличием очагов отсева в окружающей легочной ткани

211. Наиболее частая причина смерти больных туберкулезом в настоящее время:

- 1) прогрессирование туберкулезного процесса

- 2) легочно-сердечная недостаточность
- 3) легочное кровотечение
- 4) амилоидоз внутренних органов

212. Течение, более типичное для фиброзно-кавернозного туберкулеза:

- 1) непрерывно прогрессирующее
- 2) стабильное после первой вспышки
- 3) медленно регрессирующее
- 4) волнообразное, периоды обострения сменяются периодами затихания

213. 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

214. Кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез необходимо дифференцировать:

- 1) с пневмосклерозом
- 2) с ателектазом
- 3) с инфицированной кистой
- 4) с хроническим бронхитом

215. Аускультативные и перкуторные данные, характерные для фиброзно-кавернозного туберкулеза?

- 1) везикулярное дыхание, легочный звук при перкуссии
- 2) коробочный звук, жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются
- 3) укорочение (притупление перкуторного звука, бронхиальное (везико-бронхиальное дыхание), влажные хрипы
- 4) шум трения плевры, ослабленное дыхание

216. Более типичные клинические проявления при цирротическом туберкулезе:

- 1) острое начало с высокой температурой и сильным кашлем
- 2) начало постепенное, кашель умеренный, слабость, потливость, снижение аппетита
- 3) одышка, кашель, выделение мокроты, хроническое течение
- 4) клинические проявления мало выражены

217. При цирротическом туберкулезе органы средостения смещаются:

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

218. Достоверный метод диагностики наличия выпота в плевральной полости:

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

219. Характерные для сухого плеврита физикальные данные:

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

220. Больной сухим плевритом чаще лежит:

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

221. Более типичные клинические проявления при экссудативном плеврите:

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

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

- 1) лимфоциты
- 2) моноциты
- 3) нейтрофилы
- 4) клетки мезотелия плевры

223. Для плеврального экссудата, в отличие от транссудата, характерно количество белка:

- 1) 10 г/л
- 2) 15 г/л
- 3) 20 г/л
- 4) 25–30 и более г/л

224. При экссудативном плеврите определяется смещение органов средостения:

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

ОСЛОЖНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

225. К осложнениям туберкулеза относятся:

- 1) пиелонефрит
- 2) спонтанный пневмоторакс
- 3) агранулоцитоз
- 4) амилоидоз почек
- 5) фиброзирующий альвеолит

226. При легочном кровотечении кровь выделяется:

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

227. «Легочное сердце» является чаще всего осложнением:

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

228. Основной метод диагностики спонтанного пневмоторакса:

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

229. Перкуторно при спонтанном пневмотораксе определяется:

- 1) обычный легочной звук
- 2) укорочение перкуторного звука

- 3) притупление (тупость) перкуторного звука
- 4) коробочный звук

230. Аускультативно при спонтанном пневмотораксе определяется:

- 1) бронхиальное дыхание
- 2) амфорическое дыхание
- 3) дыхание ослаблено или не прослушивается
- 4) жесткое везикулярное дыхание

231. Наиболее тяжело протекающий клинически вид пневмоторакса:

- 1) открытый
- 2) клапанный
- 3) закрытый
- 4) существенного различия нет

232. Амилоидоз внутренних органов, как осложнение туберкулеза чаще встречается:

- 1) при очаговом туберкулезе
- 2) при кавернозном туберкулезе
- 3) при милиарном туберкулезе
- 4) при фиброзно-кавернозном туберкулезе

233. В осадке мочи при амилоидозе почек преобладает:

- 1) гематурия
- 2) пиурия
- 3) билирубинурия
- 4) альбуминурия

Ответы

1.	1
2.	3
3.	3
4.	2, 5
5.	2
6.	2
7.	3
8.	4
9.	3
10.	2
11.	4
12.	2
13.	1, 2
14.	1, 3
15.	2, 3
16.	2
17.	2
18.	2
19.	2
20.	2
21.	2
22.	2
23.	3
24.	3
25.	1, 4
26.	2, 3
27.	1, 4
28.	2
29.	3, 4
30.	3
31.	1, 4
32.	2, 3
33.	1, 3
34.	2, 3
35.	4
36.	3, 4
37.	2, 4
38.	3
39.	2
40.	3
41.	1, 3
42.	2
43.	2
44.	4
45.	3
46.	2
47.	1
48.	4
49.	4
50.	1
51.	2

52.	2, 5
53.	2
54.	2
55.	3
56.	3
57.	4
58.	2
59.	3
60.	3
61.	4
62.	3
63.	4
64.	2
65.	2
66.	2
67.	2
68.	4
69.	4
70.	4
71.	2
72.	2
73.	4
74.	2
75.	1
76.	3
77.	3
78.	3
79.	3
80.	1
81.	1, 4
82.	1
83.	4
84.	3
85.	3
86.	1
87.	4
88.	3
89.	2
90.	2
91.	3
92.	1
93.	4
94.	1
95.	2
96.	2
97.	2
98.	1, 2, 4
99.	3
100.	1
101.	1, 2, 4
102.	3

103.	1, 4, 5
104.	1, 2
105.	1, 3, 5, 6
106.	1
107.	1, 3, 4
108.	3
109.	2
110.	2
111.	2
112.	3
113.	3, 5
114.	1
115.	3
116.	3
117.	1
118.	3
119.	1
120.	3
121.	1
122.	2
123.	4
124.	3
125.	3
126.	3
127.	1
128.	4
129.	1, 3
130.	1
131.	1
132.	1, 3
133.	3
134.	1
135.	3
136.	4
137.	2
138.	4
139.	6
140.	6
141.	1
142.	2
143.	3
144.	3
145.	1
146.	4
147.	4
148.	1
149.	2
150.	1
151.	5
152.	4
153.	1

154.	1
155.	2
156.	4
157.	6
158.	2
159.	3
160.	4
161.	2
162.	4
163.	1
164.	2
165.	3
166.	1
167.	2
168.	3
169.	3
170.	2
171.	2
172.	4, 5
173.	2
174.	2
175.	4
176.	1
177.	2, 5
178.	2
179.	3
180.	3
181.	3
182.	2
183.	3
184.	2
185.	4
186.	3
187.	1
188.	3
189.	2, 4
190.	1
191.	2
192.	3
193.	4
194.	2
195.	3
196.	4
197.	3
198.	3
199.	3
200.	3
201.	4
202.	3
203.	3
204.	4

205.	2
206.	2
207.	2
208.	4
209.	3
210.	4
211.	1
212.	4

213.	1, 5
214.	3
215.	3
216.	3
217.	2
218.	4
219.	3
220.	2

221.	4
222.	1
223.	4
224.	1
225.	2, 4
226.	1
227.	3
228.	2

229.	4
230.	3
231.	2
232.	4
233.	4

Учебное издание

Вольф Сергей Борисович
Шевчук Дмитрий Валерьевич
Гельберг Илья Самуилович и др.

ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Тесты

Ответственный за выпуск В.В.Воробьев

Компьютерная верстка А.В.Яроцкая
Корректор Л.С.Засельская

Подписано в печать 26.08.2011. Формат 60x84/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Таймс. Ризография.
Усл. печ. л. 2,3. Уч.-изд. л. 1,2. Тираж 30 экз. Заказ 99.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0548511 от 16.06.2009. Ул. Горького, 80, 230009, г. Гродно.