

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра фтизиопульмонологии

**КОМПЬЮТЕРНЫЙ ТЕСТ-КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ
ПО ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ
для студентов лечебного факультета
(специальность 1-79 01 01 «Лечебное дело»)**

Гродно
ГрГМУ
2018

УДК 616.2-002.5(076.3)

ББК 55.4я73

К 63

Рекомендовано Центральным научно-методическим советом ГрГМУ
(протокол № 3 от 05.12.2017 г.).

Авторы: ассист. каф. фтизиопульмонологии ГрГМУ,
канд. мед. наук С. Н. Демидик;
зав. каф. фтизиопульмонологии ГрГМУ, доц. Е. Н. Алексо;
проф. каф. фтизиопульмонологии ГрГМУ, д-р мед. наук,
проф. С. Б. Вольф;
проф. каф. фтизиопульмонологии ГрГМУ, д-р мед. наук,
проф. И. С. Гельберг;
ст. препод. каф. фтизиопульмонологии ГрГМУ Ю. А. Шейфер.

Рецензент: доц. каф. пропедевтики внутренних болезней ГрГМУ,
канд. мед. наук М. А. Добродей.

Компьютерный тест-контроль знаний по фтизиопульмонологии для
К 63 студентов лечебного факультета (специальность 1-79 01 01 «Лечебное
дело) [Электронный ресурс] / С. Н. Демидик [и др.]. – Электрон. текст. дан.
и прогр. (объем Mb). – Гродно : ГрГМУ, 2018. – 1 электрон. опт. диск
(CD-ROM).

ISBN 978-985-595-068-5.

В задание включено 504 вопроса, охватывающих все основные разделы фтизиопульмонологии. Вопросы разбиты на несколько тематических блоков. Правильным являются один или два из 4–6 ответов. Тестовый контроль проводится на компьютере.

Данное пособие предназначено для проведения тест-контроля на лечебном факультете для студентов 4-го, 6-го курса, но может использоваться и на других факультетах.

УДК 616.2-002.5(076.3)

ББК 55.4я73

ISBN 978-985-595-068-5

© ГрГМУ, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ, МИКРОБИОЛОГИЯ, ИСТОРИЯ.....	4
ПАТОГЕНЕЗ, ПАТОМОРФОЛОГИЯ, ИММУНОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА.....	10
КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА.....	31
ОСЛОЖНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА	66
ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА.....	70
РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА	78
ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА	82
ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА.....	86
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ	91
ОТВЕТЫ.....	106

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ, МИКРОБИОЛОГИЯ, ИСТОРИЯ

1. Оптимальный температурный режим для активного размножения микобактерий туберкулеза (МБТ):

1. 20–25°C;
2. 35–37°C;
3. 42–45°C;
4. 50–55°C.

2. Температурный режим, при котором происходит гибель микобактерий туберкулеза при пятнадцатиминутном воздействии:

1. –140°C;
2. 0°C;
3. +60°C;
4. +100°C.

3. Вид лучистой энергии, к которой высокочувствительны микобактерии туберкулеза при воздействии в течение часа:

1. инфракрасное солнечное излучение;
2. ультрафиолетовое излучение;
3. постоянное и переменное магнитное поле;
4. радиоактивное излучение.

4. Вид микобактерий, наиболее часто вызывающий туберкулез у человека:

1. *M. tuberculosis*;
2. *M. bovis*;
3. *M. avium*;
4. *M. kansasii*.

5. Способ персистирования в организме возбудителя туберкулеза:

1. в виде типичных микобактерий;
2. в виде L-форм;
3. в виде атипичных микобактерий;
4. в виде зернистых форм.

6. Возбудитель микобактериоза:

1. микобактерии БЦЖ;
2. нетуберкулезные микобактерии;

3. L-формы микобактерий туберкулеза;
4. *M. bovis*.

7. Какие из перечисленных видов микобактерий могут вызывать туберкулез у человека:

1. *M. avium-intracellulare*;
2. *M. bovis*;
3. *M. kansasii*;
4. *M. phlei*;
5. *M. smegmatis*;
6. *M. africanum*.

2 правильных ответа

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

1. 2–3 дня;
2. 2 недели;
3. 1 месяц;
4. 2,5–3 месяца.

9. Виды лекарственной устойчивости МБТ к противотуберкулезным лекарственным средствам:

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

10. Важным свойством микобактерий туберкулеза является:

1. образование спор;
2. кислотоустойчивость;
3. подвижность;
4. анаэробный тип дыхания.

11. Микобактерии туберкулеза чувствительны к воздействию:

1. низких температур;
2. кислот;
3. коротковолнового ультрафиолетового облучения;
4. спиртов.

12. При наличии синдрома зависимости от алкоголя клиническое течение туберкулеза:

1. улучшается (потеря вирулентности);

2. ухудшается;
3. не изменяется;
4. в одних случаях улучшается, в других – ухудшается.

13. Основной путь заражения туберкулезом человека:

1. внутриутробный;
2. алиментарный;
3. аэрогенный;
4. чрезкожный (контактный).

14. Вакцина БЦЖ получена:

1. Р. Кохом;
2. А. Кальметтом и К. Гереном;
3. В. Берингом;
4. П.Эрлихом и В.Рентгеном.

15. Микобактерия туберкулеза открыта:

1. Л. Пастером;
2. Р. Вирховым;
3. Ж. Вильменом;
4. Р. Кохом.

16. Туберкулин впервые получен:

1. Р. Лаэннеком;
2. Р. Кохом;
3. А. Кальметтом;
4. И. Мечниковым.

17. Гигантские клетки в туберкулезном бугорке описал:

1. Р. Вирхов;
2. Н. И. Пирогов;
3. А. И. Абrikосов;
4. А. Гон.

18. Какие средства являются наилучшими для дезинфекции при туберкулезе:

1. кислоты;
2. щелочи;
3. хлорсодержащие дезинфицирующие средства;
4. спирты.

19. Способ окраски мазка для выявления кислотоустойчивых бактерий:

1. по Граму;
2. по Цилю-Нильсену;
3. гематоксилином и эозином;
4. по Романовскому-Гимзе.

20. Формы преимущественного нахождения МБТ в здоровом инфицированном организме:

1. быстрорастущие;
2. медленно размножающиеся;
3. персистирующие;
4. «ожившие».

21. Источник инфекции при алиментарном заражении туберкулезом человека:

1. пациент с активным туберкулезом (бактериовыделитель);
2. домашние кошки, собаки;
3. крупный рогатый скот;
4. кролики;
5. свиньи;
6. домашняя птица.

2 правильных ответа

22. Первичная лекарственная устойчивость это:

1. заражение лекарственно-устойчивыми штаммами МБТ;
2. изменение обмена веществ возбудителя;
3. снижение естественной сопротивляемости к инфекции;
4. вторичный иммунодефицит;
5. все перечисленное верно.

23. Когда чаще развивается вторичная лекарственная устойчивость МБТ?

1. при лечении одним препаратом;
2. при спонтанных мутациях МБТ;
3. при вторичном иммунодефиците;
4. при наличии сопутствующих заболеваний;
5. при отсутствии витаминотерапии.

24. Какие изменения претерпевают МБТ при химиотерапии?

1. снижение жизнеспособности;
2. развитие устойчивости;

3. снижение вирулентности;
4. трансформация в L-формы;
5. все перечисленное верно.

25. Какие факторы губительно действуют на МБТ?

1. ультрафиолетовые лучи;
2. кипячение;
3. хлорсодержащие вещества;
4. автоклавирование;
5. все перечисленное верно.

26. Кто является основным источником заражения людей туберкулезом?

1. инфицированные МБТ люди;
2. пациенты с активным туберкулезом – бактериовыделители;
3. кровососущие насекомые;
4. больные туберкулезом животные;
5. все перечисленное верно.

27. Что способствует возникновению туберкулеза?

1. ВИЧ-инфекция;
2. лечение кортикостероидами более 1 месяца;
3. злоупотребление алкоголем;
4. беременность;
5. все перечисленное верно.

28. В какой группе населения наиболее высокая заболеваемость туберкулезом?

1. мужчины;
2. подростки;
3. женщины;
4. дети;
5. пожилые люди.

29. В какой из перечисленных ниже групп более высокая заболеваемость туберкулезом?

1. студенты;
2. городские жители;
3. военнослужащие;
4. школьники;
5. мигранты.

30. Факторы риска развития первичного туберкулеза у детей?

1. бытовой контакт;
2. отсутствие вакцинации БЦЖ;
3. ВИЧ-инфекция;
4. раннее первичное инфицирование МБТ;
5. все перечисленное верно.

31. У пациентов с какими заболеваниями чаще выявляется туберкулез?

1. сахарный диабет;
2. язва желудка;
3. синдром зависимости от алкоголя;
4. ВИЧ-инфекция;
5. все перечисленное верно.

32. Какой показатель характеризует резервуар туберкулезной инфекции?

1. заболеваемость;
2. болезненность;
3. инфицированность;
4. смертность;
5. летальность.

33. Вторым по значимости источником туберкулезной инфекции для людей (после человека) являются?

1. мышевидные грызуны;
2. кошки и собаки;
3. домашние куры, утки, гуси;
4. крупный рогатый скот;
5. все перечисленное верно.

ПАТОГЕНЕЗ, ПАТОМОРФОЛОГИЯ, ИММУНОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА

34. Какая плотная питательная среда наиболее часто используется для культивирования МБТ при бактериологическом исследовании?

1. Левенштейна-Йенсена;
2. Гисса;
3. Леффлера;
4. Китта-Тароцци.

35. Какой метод культивирования микобактерий, в сравнении с традиционными, позволяет сократить сроки выявления МБТ в 2–3 раза:

1. люминесцентная микроскопия;
2. прямая бактериоскопия;
3. полимеразная цепная реакция (ПЦР);
4. с использованием автоматизированных систем (ВАСТЕС).

36. Наиболее доступным, быстрым, простым и менее затратным методом выявления кислотоустойчивых бактерий (КУБ) является:

1. метод флотации;
2. микроскопия мазка с окраской по методу Циля-Нильсена;
3. бактериологическое исследование;
4. люминесцентная бактериоскопия.

37. Назовите современный метод, позволяющий быстро, с высокой чувствительностью и специфичностью проводить выявление ДНК микобактерий в различном диагностическом материале:

1. люминесцентная микроскопия;
2. прямая бактериоскопия;
3. полимеразная цепная реакция (ПЦР);
4. метод флотации.

38. Методы обогащения материала при выявлении МБТ:

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

39. Какой метод введения туберкулина применяется при проведении пробы Манту?

1. накожный;
2. внутрикожный;
3. подкожный;
4. внутримышечный;
5. электрофорез.

40. Что не влияет на выраженность туберкулиновой реакции?

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

41. Ослаблению противотуберкулезного иммунитета способствуют:

1. переутомление и недоедание;
2. острые и хронические заболевания, нарушающие клеточный иммунитет;
3. прием лекарственных средств, подавляющих клеточный иммунитет (глюкокортикостероиды, цитостатики, антитела к фактору некроза опухоли);
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

42. Через какое время с момента инфицирования МБТ возникает положительная реакция на туберкулин?

1. 1–2 недели;
2. 3–5 недель;
3. 6–8 недель;
4. 10–12 недель;
5. более 12 недель.

43. Кого не относят к группе повышенного риска заболевания туберкулезом?

1. детей с выраженной туберкулиновой реакцией;
2. подростков с выраженной туберкулиновой реакцией;
3. детей с положительным Диаскинтестом;
4. лиц с гиперергическими реакциями на туберкулин;
5. лиц с низкими нормергическими реакциями на туберкулин.

44. Что не учитывается при дифференциальной диагностике поствакцинальной и постинфекционной аллергии?

1. размер инфильтрата при пробе Манту с 2 ТЕ;
2. размер гиперемии при пробе Манту с 2 ТЕ;
3. наличие отрицательной туберкулиновой реакции в прошлом году;
4. прививка БЦЖ в предыдущем году;
5. контакт с бактериовыделителем.

45. Что позволяет точнее судить о давности инфицирования ребенка МБТ?

1. данные рентгенографии органов грудной клетки;
2. результаты пробы Манту с 2 ТЕ в прошлые годы;
3. время появления первых симптомов заболевания;
4. длительность контакта с бактериовыделителем;
5. результаты исследования мокроты на МБТ.

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

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

47. Что является основным методом выявления очагового туберкулеза у взрослых?

1. туберкулинодиагностика;
2. бактериоскопия;
3. полимеразная цепная реакция;
4. компьютерная томография;
5. цифровая рентгенография органов грудной клетки.

48. Эндогенная реактивация туберкулеза возможна у следующих категорий лиц:

1. инфицированного лица, ранее никогда не имевшего признаков активного туберкулёза;
2. у перенёсшего активный туберкулёз и клинически излечившегося человека;
3. у пациента с затихающей активностью туберкулёзного процесса;

4. все перечисленное неверно;
5. все перечисленное верно.

49. Патогенез хронического очагового туберкулеза связан:

1. с замедленной инволюцией свежего очагового туберкулеза;
2. с рассасыванием воспалительных изменений при диссеминированной, инфильтративной, кавернозной или другой форме туберкулеза легких в сочетании с развитием периваскулярного и перибронхиального фиброза;
3. с образованием осумкованных, плотных, частично фиброзированных очагов на месте свежих очагов;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

50. В патологическом материале МБТ могут присутствовать в виде:

1. типичных форм;
2. L-форм;
3. ультрамелких форм;
4. лекарственно-устойчивых форм;
5. все перечисленное верно.

51. Какую тень при рентгенологическом исследовании принято называть очаговой?

1. до 1 см (12 мм);
2. до 2 см;
3. до 3 см;
4. до 4 см;
5. до 5 см.

52. Какая характеристика соответствует очаговому туберкулезу легких?

1. начало вторичного туберкулеза легких;
2. малая форма туберкулеза;
3. своевременно выявленная форма туберкулеза;
4. исход других форм туберкулеза;
5. все перечисленное верно.

53. Какие лабораторные признаки подтверждают активность очагового туберкулеза легких?

1. бактериовыделение;

2. увеличение СОЭ;
3. сдвиг лейкоцитарной формулы влево;
4. лейкоцитоз;
5. все перечисленное верно.

54. Какие иммунобиологические особенности характерны для вторичного периода туберкулезной инфекции?

1. снижение противотуберкулезного иммунитета;
2. выраженные местные реакции иммунитета в легочной ткани;
3. отсутствие склонности к генерализации;
4. отсутствие параспецифических реакций;
5. все перечисленное верно.

55. Какой рентгенологический признак свидетельствует об активности очагового туберкулеза?

1. высокая интенсивность очаговой тени;
2. малая интенсивность и нечеткость контура очаговой тени;
3. гомогенность очаговой тени;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

56. Какой патологический материал у пациентов с очаговым туберкулезом может быть использован для выявления МБТ?

1. биоптат периферических лимфатических узлов;
2. биоптат внутригрудных лимфатических узлов;
3. промывные воды желудка;
4. нативная или индуцированная мокрота;
5. кровь.

57. КТ картина хронического очагового туберкулёза (фиброзно-очагового) характеризуется:

1. инкапсулированными, чётко отграниченными казеозными очагами;
2. частично кальцинированными очагами;
3. хорошо отграниченными очагами, вокруг которых визуализируются деформированные мелкие бронхи и сосуды, фиброзные тяжи, участки эмфиземы;
4. все перечисленное неверно;
5. все перечисленное верно.

58. Что может быть источником эндогенной реактивации туберкулеза?

1. очаги Симона;
2. очаг Гона;
3. кальцинаты в лимфатических узлах;
4. внелегочные посттуберкулезные очаги;
5. все перечисленное верно.

59. Какая локализация характерна для очагового туберкулеза легких?

1. преимущественно односторонняя;
2. чаще справа;
3. в верхушечном или заднем сегменте верхней доли (реже в 6-м сегменте);
4. субплевральная;
5. все перечисленное верно.

60. В каких сегментах легких чаще локализуются вторичные формы туберкулеза?

1. I, II, VI;
2. III, IV, X;
3. V, VII;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

61. Как называют инкапсулированные очаги вторичного периода туберкулезной инфекции?

1. Симона;
2. Гона;
3. Абрикосова;
4. Ашоффа-Пуля;
5. Ассмана.

62. Какая локализация типична для очагов Абрикосова?

1. верхушки легких;
2. пирамиды нижних долей легких;
3. базальные сегменты нижних долей легких;
4. средняя доля правого и язычковые сегменты левого легкого;
5. передние сегменты верхних долей легких.

63. Ранние изменения при свежем очаговом туберкулёзу легких, соответствующие начальной стадии образования очага Абрикосова, могут быть обнаружены:

1. клинически;
2. иммунологически;
3. при проведении цифровой рентгенографии органов грудной клетки;
4. при компьютерной томографии органов грудной клетки;
5. все ответы верны.

64. Какой метод наиболее информативен для диагностики очагового туберкулеза легких?

1. физикальный;
2. рентгенологический;
3. лабораторный;
4. бронхоскопия;
5. туберкулинодиагностика.

65. Исходом какой клинической формы может быть фиброзно-очаговый туберкулез?

1. инфильтративной;
2. диссеминированной;
3. кавернозной;
4. свежего очагового;
5. все перечисленное верно.

66. Какой фазе очагового туберкулеза легких соответствует средняя интенсивность и четкие контуры очаговых теней на рентгенограмме?

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

67. Какой фазе очагового туберкулеза легких соответствует малая интенсивность очаговых теней на рентгенограмме?

1. инфильтрации;
2. распада;
3. обсеменение;
4. уплотнения;
5. обызвествления.

68. Какая рентгенологическая характеристика очагов обычно исключает 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 тени от 2 до 4 мм в диаметре в VIII, IX, X сегментах обоих легких.

69. Какая форма туберкулеза непосредственно предшествует развитию инфильтрата?

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

70. Для какого клинико-рентгенологического типа инфильтрата характерно наличие ограниченного одностороннего затемнения треугольной формы с расплывчатой верхней границей и довольно четкой нижней, которая проходит по междолевой щели?

1. округлого;
2. облаковидного;
3. перисциссурита;
4. бронхолобулярного;
5. лобарного.

71. Какой форме туберкулеза легких соответствуют рентгенологические изменения в виде неомогенного затемнения без четких границ в I-II сегментах легкого с участками просветления и очагами обсеменения вокруг?

1. округлому инфильтрату;
2. облаковидному инфильтрату;
3. перисциссуриту;
4. туберкулеме;
5. кавернозному туберкулезу.

72. Для какого клинико-рентгенологического типа инфильтрата характерно наличие ограниченного затемнения в подключичной области округлой формы, преимущественно средней интенсивности с ясными, но нерезкими очертаниями?

1. округлого;
2. облаковидного;
3. перисцисурита;
4. бронхолобулярного;
5. лобарного.

73. Какой форме туберкулеза рентгенологически соответствует ограниченное затемнение округлой формы, чаще расположенное субплеврально в 1-м, 2-м или 6-м сегментах с четкими контурами и эксцентричным участком просветления?

1. округлому инфильтрату;
2. облаковидному инфильтрату;
3. перисцисуриту;
4. туберкулеме;
5. кавернозному туберкулезу.

74. Какой форме туберкулеза рентгенологически более соответствует кольцевидная тень, как правило, не более 4 см в диаметре, с толщиной стенки 2-3 мм и единичными очагами вокруг?

1. округлому инфильтрату;
2. облаковидному инфильтрату;
3. перисцисуриту;
4. туберкулеме;
5. кавернозному туберкулезу.

75. Какой форме туберкулеза рентгенологически более соответствует неомогенное затемнение округлой формы под ключицей с расплывчатыми контурами и очагами вокруг?

1. округлому инфильтрату в фазе обсеменения;
2. облаковидному инфильтрату;
3. перисцисуриту;
4. туберкулеме;
5. кавернозному туберкулезу.

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

1. рассасывание инфильтрации, развитие ограниченного пневмофиброза 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.

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

1. округлом инфильтрате;
2. облаковидном инфильтрате;
3. перисциссурите;
4. лобите;
5. казеозной пневмонии.

78. Какой фактор менее значим 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 системных кортикостероидов и/или цитостатиков, лучевая терапия.

79. Течение остро прогрессирующих форм туберкулеза лёгких характеризуется:

1. преобладанием экссудативного и альтеративного типов воспалительной реакции;
2. выраженной Т-клеточной иммунодепрессией;
3. угнетением гранулематозной реакции;
4. дефицитом активированных моноцитов и лимфоцитов, сочетающимся с их морфофункциональной недостаточностью и апоптозом;
5. все перечисленное верно.

80. Что входит в обязательный диагностический минимум обследования пациента при подозрении на туберкулез?

1. общий анализ крови;
2. проба Манту;
3. исследование мокроты на МБТ;

4. рентгенография органов грудной клетки;
5. углубленный сбор жалоб и анамнеза;
6. все перечисленное верно.

81. Какой метод диагностики наиболее информативен для выявления фазы распада при туберкулезе легких?

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

82. Какие изменения в анализе крови могут быть выявлены у пациентов с активным туберкулезом?

1. лейкоцитоз;
2. сдвиг лейкоцитарной формулы влево;
3. увеличение СОЭ;
4. лимфопения;
5. все перечисленное верно.

83. Что влияет на дозу облучения пациента при лучевом исследовании легких?

1. метод исследования;
2. технические возможности аппарата;
3. наличие электронно-оптического усилителя рентгеновского аппарата;
4. анатомические особенности тела обследуемого;
5. все перечисленное верно.

84. Что не определяется в корне легкого в норме на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки?

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

85. Укажите показание для проведения бронхиальной ангиографии у пациентов с туберкулезом легких (из перечисленных ниже):

1. уточнение активности туберкулёзного процесса;
2. выявление источника бактериовыделения;

3. проведение дифференциальной диагностики между туберкулезом и другими заболеваниями лёгких;
4. легочное кровотечение;
5. проведение данного метода исследование противопоказано при туберкулезе легких.

86. Какую рентгенограмму в прямой проекции считают выполненной с повышением жесткости рентгеновского излучения?

1. срединная тень гомогенна;
2. отчетливо видны два верхних грудных позвонка;
3. отчетливо видны 3–4 верхних грудных позвонка;
4. видно более 4–х верхних грудных позвонков;
5. грудные позвонки не видны.

87. Что считают анатомическим субстратом легочного рисунка на нормальной рентгенограмме легких?

1. артерии и вены;
2. бронхи;
3. лимфатические сосуды;
4. соединительная ткань;
5. все перечисленное верно.

88. Какие элементы не входят в состав туберкулезной гранулемы?

1. гигантские клетки Пирогова-Лангханса;
2. творожистый некроз;
3. эпителиоидные клетки;
4. лимфоциты;
5. эозинофилы.

89. Какие сегменты наиболее часто поражаются при кавернозном туберкулезе?

1. I, II, VI;
2. IV;
3. V;
4. VIII;
5. X.

90. При каком строении гранулемы следует считать туберкулезной:

1. эпителиоидно-клеточная с единичными гигантскими многоядерными клетками Пирогова-Лангханса без казеозного некроза;

2. с наличием лимфоидных клеток и клеток Березовского-Штернберга;

3. эпителиоидно-клеточная с гигантскими многоядерными клетками Пирогова-Лангханса и казеозным некрозом в центре;

4. соединительнотканые узелковые уплотнения по ходу мелких сосудов.

91. При каком строении гранулема следует считать саркоидозной:

1. эпителиоидно-клеточная с единичными гигантскими многоядерными клетками Пирогова-Лангханса без казеозного некроза;

2. с наличием лимфоидных клеток и клеток Березовского-Штернберга;

3. эпителиоидно-клеточная с гигантскими многоядерными клетками Пирогова-Лангханса и казеозным некрозом в центре;

4. соединительнотканые узелковые уплотнения по ходу мелких сосудов.

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

1. Т-лимфоциты;

2. В-лимфоциты;

3. нейтрофилы;

4. альвеолярные макрофаги.

93. К какому типу реакций относится реакция гиперчувствительности замедленного типа?

1. гуморального иммунитета;

2. неспецифической резистентности;

3. клеточного иммунитета;

4. все ответы верны.

94. Основной путь элиминации МБТ при клеточном иммунитете:

1. реакция антигена с антителом;

2. фагоцитоз;

3. разрушение МБТ цитокинами;

4. воздействие на МБТ факторов бактерицидной активности крови.

95. Иммуитет при туберкулезе в основном:

1. клеточный;

2. гуморальный;

3. неспецифический;
4. естественный.

96. Ведущая роль в приобретенном противотуберкулезном иммунитете принадлежит:

1. В-лимфоцитам;
2. нейтрофилам;
3. гистиоцитам;
4. Т-лимфоцитам.

97. Первой линией защиты против МБТ, после достижения ими нижних отделов респираторного тракта, служат?

1. альвеолярные макрофаги;
2. гистиоциты;
3. дендритные клетки;
4. эпителиоидные клетки;
5. Т-лимфоциты

98. Патоморфологическая реакция, характеризующая прогрессирование туберкулезного процесса:

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

99. Иммуниет при туберкулезе:

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

2 правильных ответа

100. Главная защитная реакция клеточного иммунитета при туберкулезе:

1. реакция антиген-антитело;
2. выделение микобактерий из бронхов;
3. фагоцитоз;
4. воздействие комплемента.

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

1. В-лимфоциты;
2. нейтрофилы;
3. альвеолярные макрофаги;
4. эозинофилы;
5. Т-лимфоциты;
6. мезотелиальные клетки.

2 правильных ответа

102. Взаимодействие между Т-лимфоцитами и макрофагами осуществляется:

1. посредством нервных окончаний;
2. путем выделения клеточных медиаторов (цитокинов);
3. через клетки эндотелия мелких сосудов;
4. с помощью антител.

103. Туберкулезный процесс по морфологической сущности является:

1. дистрофическим;
2. атрофическим;
3. воспалительным;
4. опухолевым.

104. Основными морфологическими проявлениями активного туберкулезного процесса являются:

1. развитие гиалиноза;
2. появление эпителиоидно-клеточных гранул с некрозом;
3. кальцинация;
4. жировая дистрофия;
5. появление и размножение атипических клеток.

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

1. стационарная среднеформатная флюорография;
2. обзорная рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях (прямой и боковой);
3. рентгеноскопия;
4. томография.

106. Какой сегмент легких наиболее часто поражается при вторичных формах туберкулеза?

1. С2;
2. С3;
3. С5;
4. С8.

107. Рентгенологические параметры (диаметр) очаговых теней крупных размеров:

1. до 3 мм;
2. от 3 до 6 мм;
3. от 6 до 10 мм;
4. от 15 до 20 мм.

108. Интенсивность «свежих», недавно возникших очаговых теней при туберкулезе легких:

1. высокая;
2. малая;
3. различная;
4. средняя.

109. Рентгенологическая характеристика активного туберкулезного процесса с прогрессирующим течением:

1. фокус затенения слабой интенсивности с кольцевидным просветлением внутри и немногочисленными очагами вокруг;
2. группа очаговых теней в С₁ и С₂ справа слабой интенсивности гомогенной структуры;
3. средней интенсивности затенение округлой формы с участками уплотнения;
4. высокой интенсивности четко отграниченные очаги.

110. В эмфизематозных участках легкого рентгенологически определяется:

1. повышенная прозрачность, обеднение легочного рисунка;
2. пониженная прозрачность;
3. диффузное затемнение;
4. нормальный легочный рисунок.

111. Для плеврального экссудата характерен уровень белка в выпоте:

1. 5 г/литр;
2. 12 г/литр;

3. 17 г/литр;
4. 25–30 и более г/л.

112. Для туберкулезного плеврита характерен экссудат:

1. преимущественно нейтрофильный;
2. преимущественно лимфоцитарный;
3. преимущественно эозинофильный;
4. хилезный.

113. При исследовании ликвора для туберкулезного менингита характерен плеоцитоз:

1. свыше 5000 клеток в 1 мм³ ликвора;
2. 2000–5000 клеток в 1 мм³ ликвора;
3. 200–400 клеток в 1 мм³ ликвора;
4. 2–5 клеток в 1 мм³ ликвора.

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

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

115. При туберкулезном менингите ликвор:

1. прозрачный;
2. может иметь ксантохромный характер;
3. бесцветный, прозрачный;
4. все ответы верны.

116. Какой результат морфологического исследования подтверждает диагноз туберкулемы легких?

1. участок экссудативно-казеозного воспаления диаметром около 2 см;
2. инкапсулированный очаг казеоза диаметром около 0,6 см;
3. инкапсулированный фокус казеоза диаметром 2 см;
4. все перечисленное верно.

117. Какой морфологический признак подтверждает активность туберкулемы легких?

1. плотные очаги в окружающей легочной ткани;
2. перифокальное воспаление;

3. деформация дренажного бронха;
4. участок линейного фиброза в окружающей легочной ткани;
5. отсутствие кальцинации.

118. При саркоидозе в бронхоальвеолярном смыве увеличивается:

1. процент лимфоцитов;
2. процент нейтрофилов;
3. процент эозинофилов;
4. процент альвеолярных макрофагов.

119. При обострении туберкулезного процесса в периферической крови определяется:

1. нейтрофильный сдвиг влево (увеличение палочкоядерных нейтрофилов);
2. увеличение эритроцитов и гемоглобина;
3. нарастает количество эозинофилов;
4. появляются бласты.

120. Что повышает риск заболевания туберкулезом у пожилых людей?

1. тяжёлые хронические заболевания, снижающие иммунитет;
2. структурно-функциональными изменениями бронхолёгочной системы, («сенильное лёгкое»);
3. длительный приём медикаментов с иммунодепрессивным действием;
4. стрессовые ситуации;
5. все перечисленное верно.

121. Что представляет собой туберкулин?

1. взвесь культуры микобактерий туберкулеза;
2. фильтрат нетуберкулезных микобактерий;
3. рекомбинантный туберкулезный антиген;
4. фильтрат культуры микобактерий туберкулеза.

122. Какова доза туберкулина при постановке пробы Манту?

1. 1 ТЕ;
2. 2 ТЕ;
3. 0,5 ТЕ;
4. 10 ТЕ.

123. Какой метод введения туберкулина используется при постановке пробы Коха?

1. накожный;
2. внутрикожный;
3. подкожный;
4. внутривенный.

124. При постановке пробы Манту реакцию считают положительной при размере папулы (инфильтрата):

1. 2 мм и более;
2. 5 мм и более;
3. с 12 мм;
4. с 17 мм.

125. Что относится к гиперергической реакции при оценке пробы Манту у детей?

1. папула 12 мм;
2. папула 17 мм;
3. папула 16 мм;
4. гиперемия 25 мм.

126. Диаскинтест с целью раннего выявления туберкулезной инфекции у детей из групп риска проводится:

1. с 8 до 17 лет;
2. с 1 года до 18 лет;
3. с 1 года до 7 лет;
4. противопоказан.

127. Укажите правильный вариант ответа, в котором приведен пример «виража» туберкулиновой пробы Манту?

1. папула 6 мм (год назад – 10 мм через год после вакцинации);
2. папула 8 мм (вакцинация БЦЖ 2 года назад, в прошлом году – папула 10 мм);
3. папула 12 мм (год назад – проба отрицательная, вакцинация БЦЖ 6 лет назад);
4. папула 2 мм (вакцинация БЦЖ в прошлом году).

128. В какой срок после постановки пробы Манту производится оценка результата?

1. через 12 часов;
2. через 24 часа;

3. через 48 часов;
4. через 72 часа.

129. Укажите антиген(ы), присутствующие в вирулентных штаммах микобактерий туберкулеза и отсутствующие в вакцинном штамме БЦЖ:

1. CFP-21;
2. IFN- γ ;
3. MTB RIF;
4. ESAT-6 и CFP-10.

130. Какие дополнительные тесты используются для верификации диагноза латентной туберкулезной инфекции?

1. T-SPOT TB метод;
2. Диаскинтест;
3. QuantiFERON-TB Gold;
4. все ответы верны.

131. В каком возрасте проводится плановая туберкулинодиагностика у детей из групп высокого риска по заболеванию туберкулезом?

1. с 8 до 17 лет;
2. с 1 года до 18 лет;
3. с 1 года до 7 лет;
4. не проводится у детей.

132. Метод введения рекомбинантного туберкулезного антигена при Диаскинтесте:

1. накожный;
2. внутрикожный;
3. подкожный;
4. внутримышечный.

133. Цель постановки пробы Коха:

1. определение инфицированности населения;
2. выявление «виража»;
3. выявление гиперергических реакций;
4. определение активности туберкулеза и дифференциальная диагностика.

134. Какая реакция развивается при постановке пробы Манту?

1. реакция неспецифической резистентности;
2. реакция гиперчувствительности замедленного типа;

3. реакция гиперчувствительности немедленного типа;
4. реакция гуморального иммунитета.

135. Для постинфекционной аллергии при постановке пробы Манту с 2 ТЕ характерно:

1. папула выпуклая, с гиперемией, сохраняется длительно, при повторной постановке реакция склонна к нарастанию;
2. папула плоская, без гиперемии, при повторной постановке реакция склонна к угасанию;
3. папула отсутствует, имеется гиперемия, быстро преходящая;
4. папула до 10 мм через год после вакцинации.

136. Основной метод ранней диагностики туберкулезной инфекции у детей в Республике Беларусь:

1. флюорография;
2. проба Манту с 2 ТЕ (стандартный кожный тест с туберкулином);
3. исследование мокроты на МБТ;
4. компьютерная томография.

137. У мальчика 5-ти лет выявлен «вираж» туберкулиновой пробы. Куда необходимо направить ребенка?

1. в детскую поликлинику;
2. в детскую больницу;
3. в детский кабинет противотуберкулезного диспансера на консультацию к врачу-фтизиатру;
4. в туберкулезный санаторий.

138. Положительный результат туберкулиновой пробы Манту у ребенка может свидетельствовать о:

1. поствакцинальной аллергии после вакцинации БЦЖ;
2. латентной туберкулезной инфекции;
3. активном туберкулезе;
4. все ответы верны.

139. Какие типы реакций возникают на введение туберкулина:

1. местная и общая;
2. отсутствие реакций;
3. очаговая;
4. параспецифическая;
5. неопластическая.

2 правильных ответа

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА

140. Самая распространенная в настоящее время клиническая форма туберкулеза легких среди вновь выявленных пациентов:

1. очаговая;
2. диссеминированная;
3. инфильтративная;
4. туберкулема.

141. Какая форма туберкулеза легких занимает промежуточное положение между свежими и хроническими формами заболевания?

1. кавернозная;
2. диссеминированная;
3. инфильтративная;
4. фиброзно-кавернозная.

142. Какой туберкулез называют первичным?

1. впервые выявленный;
2. доброкачественно протекающий;
3. возникший в период первичного инфицирования МБТ;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

143. Что из перечисленного ниже отличает первичный от вторичного туберкулеза?

1. выраженная интоксикация;
2. развитие на фоне «виража» туберкулиновой пробы Манту;
3. поражение лимфатических узлов;
4. деструкция легочной ткани;
5. распространение по бронхиальным путям.

144. У какого процента людей после первичного инфицирования может развиваться первичный туберкулез?

1. у 0–1%;
2. у 5–10%;
3. у 20%;
4. у 30%;
5. у 70%.

145. Где чаще локализуется морфологический субстрат туберкулезного воспаления у детей с диагнозом туберкулезной интоксикации?

1. в печени;
2. в лимфатических узлах;
3. в легких;
4. в почках;
5. в сердце.

146. При какой форме первичного туберкулеза рентгенологические изменения в органах дыхания отсутствуют?

1. при туберкулезной интоксикации;
2. при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов;
3. при первичном туберкулезном комплексе;
4. при очаговом туберкулезе;
5. при туберкулезном плеврите.

147. Выберите наиболее характерные для туберкулезного менингита изменения в ликворе:

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, преимущественно лимфоцитарный, цитоз (200–400 клеток), снижение сахара и хлоридов.

148. При какой форме туберкулеза тень в легком сливается с тенью расширенного средостения?

1. инфильтративном туберкулезе;
2. туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов;
3. первичном туберкулезном комплексе;
4. очаговом туберкулезе;
5. казеозной пневмонии.

149. При какой форме туберкулеза на рентгенограмме расширена тень корня легкого, нарушена его форма и структура?

1. инфильтративном туберкулезе;
2. туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов;
3. туберкулезной интоксикации;

4. диссеминированном туберкулезе;
5. туберкулезе.

150. Каков наиболее частый путь распространения инфекции в сегменты нижней доли при инфильтративном туберкулезе верхушечного сегмента?

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

151. Какая клиническая форма туберкулеза чаще предшествует туберкулезе легких?

1. милиарная;
2. инфильтративная;
3. казеозная пневмония;
4. фиброзно-кавернозная;
5. цирротическая.

152. Для экссудативного плеврита характерно:

1. бронхиальное дыхание;
2. шум трения плевры;
3. ослабленное дыхание или его отсутствие;
4. жесткое дыхание.

153. Показанием для проведения компьютерной томографии у детей с первичным туберкулезом является:

1. проведение дифференциальной диагностики;
2. уточнение признаков активности первичного туберкулеза;
3. «малая» форма туберкулеза ВГЛУ с целью визуализации аденопатий;
4. все ответы не верны;
5. все ответы верны.

154. Какова более частая причина сухих хрипов при хроническом очаговом туберкулезе легких?

1. деструкция легочной ткани;
2. разлитой катаральный эндобронхит;
3. ограниченный катаральный эндобронхит;
4. инфильтрация легочной ткани.

155. Какова причина мелкопузырчатых влажных хрипов при очаговом туберкулезе легких?

1. туберкулез бронхов;
2. перифокальная инфильтрация;
3. локальная эмфизема;
4. деструкция легочной ткани;
5. перифокальный фиброз.

156. Что чаще выявляют при аускультации у пациентов с очаговым туберкулезом?

1. амфорическое дыхание;
2. бронхиальное дыхание;
3. усиленное везикулярное дыхание;
4. отсутствие локальных изменений;
5. резко ослабленное дыхание.

157. Что определяет выраженность клинических симптомов при инфильтративном туберкулезе?

1. тип инфильтрата;
2. объем поражения легких;
3. наличие полостей распада легочной ткани;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

158. Негомогенность тени туберкулёмы может быть обусловлена:

1. неоднородностью казеозных масс с присутствием в них фиброзных тяжей;
2. участками обызвествления;
3. наличием участка деструкции;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

159. Какое дыхание обычно выслушивается в зоне туберкулёмы?

1. ослабленное везикулярное;
2. усиленное везикулярное;
3. везикуло-бронхиальное;
4. везикулярное;
5. бронхиальное.

160. Какой патологический дыхательный шум может выслушиваться при прогрессировании туберкулемы?

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

161. Какой рентгенологический признак не характерен для округлого инфильтрата?

1. малая и средняя интенсивность тени;
2. размеры тени менее 1 см;
3. негетогенный характер тени;
4. центральное расположение просветления в инфильтрате;
5. нечеткость контуров тени.

162. Какой рентгенологический признак не характерен для облаковидного инфильтрата?

1. затемнение в пределах 1-го или 2-х сегментов;
2. участки просветления на фоне затемнения;
3. контуры затемнения четкие, резкие;
4. контуры затемнения размытые;
5. малая интенсивность затемнения.

163. Какая чувствительность к туберкулину типична для инфильтративного туберкулеза?

1. слабоположительная;
2. нормергическая;
3. резко положительная;
4. гиперергическая;
5. все перечисленное верно.

164. Какой путь распространения инфекции менее вероятен при возникновении плеврита у пациента с инфильтративным туберкулезом легких?

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

165. Какая фаза процесса может быть при инфильтративном туберкулезе?

1. распада;
2. рассасывания;
3. обсеменения;
4. рубцевания;
5. все перечисленные.

166. Какая форма более характерна для туберкулемы легкого?

1. полигональная;
2. округлая;
3. неправильная;
4. треугольная;
5. облаковидная.

167. Каковы особенности мокроты при инфильтративном туберкулезе легких в фазе распада?

1. большое количество пенистой мокроты;
2. слизисто-гнойная мокрота до 50 мл в сутки, МБТ–;
3. мокрота гнойная, с запахом, до 200–300 мл, МБТ–;
4. умеренное количество слизистой мокроты, МБТ+;
5. мокрота в виде отдельных плевков, МБТ–.

168. Какой метод исследования более информативен для изучения структуры туберкулемы легкого?

1. бронхография;
2. радиоизотопное сканирование;
3. ультразвуковое сканирование;
4. компьютерная томография;
5. магнитно-резонансная томография.

169. Какая из жалоб не характерна для пациента с туберкулемой легкого в фазе распада?

1. недомогание;
2. субфебрильная температура;
3. гектическая лихорадка;
4. кашель с выделением мокроты;
5. кровохарканье.

170. Укажите наиболее характерные проявления заболевания у пациентов с туберкулемой легкого?

1. проявления заболевания выражены слабо или отсутствуют;

2. прогрессирующая одышка, частый кашель со слизисто-гнойной мокротой;
3. резко выраженные клинические проявления интоксикации;
4. лейкоцитоз и повышением СОЭ до 40-60 мм/ч;
5. «вираж» туберкулиновой реакции.

171. Какой рентгенологический признак подтверждает активность туберкулемы?

1. верхнедолевая локализация;
2. округлая форма;
3. включения высокой интенсивности;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

172. Какую «фазу» редко выявляют у пациентов с очаговым туберкулезом легких?

1. инфильтрации;
2. распада;
3. рассасывания;
4. уплотнения;
5. все перечисленное неверно.

173. Какой рентгенологический признак подтверждает прогрессирующее течение туберкулемы легкого?

1. единичные очаги высокой интенсивности вокруг туберкулемы;
2. перифокальная инфильтрация;
3. включения высокой интенсивности в туберкулеме;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

174. Какой рентгенологический признак подтверждает прогрессирование туберкулемы легкого?

1. четкость наружного контура;
2. эксцентрично расположенная полость распада;
3. кальцинаты в регионарных лимфатических узлах;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

175. Какие патоморфологические виды истинных туберкулем выделяют?

1. солитарную гомогенную;
2. солитарную слоистую;

3. конгломератную гомогенную;
4. конгломератную слоистую;
5. все варианты верны.

176. В каком сегменте (сегментах) легкого чаще локализуются туберкулезные каверны?

1. 7 сегмент;
2. 5 сегмент;
3. 9 и 10 сегменты;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

177. Что может сформироваться в легком на месте зажившей каверны?

1. инкапсулированный очаг;
2. санированная каверна;
3. рубец;
4. все перечисленное верно.

178. Каковы типичные жалобы пациента с облаковидным или округлым инфильтратом?

1. фебрильная температура, профузные поты;
2. кашель с большим количеством гнойной мокроты;
3. субфебрильная температура, редкий кашель со скудной слизистой мокротой;
4. слабость, головные боли, головокружение;
5. прогрессирующая одышка.

179. Каковы данные аускультации при облаковидном или 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 или отсутствие изменений при аускультации;
5. сухие хрипы, на фоне усиленного везикулярного дыхания.

180. Каковы данные аускультации при туберкулезном лобите?

1. дыхание ослаблено, хрипов нет;
2. бронхиальное дыхание над пораженной долей, влажные хрипы;
3. свистящие хрипы, удлинение фазы выдоха;

4. дыхание везикулярное, хрипов нет;
5. ослабленное везикулярное дыхание, сухие и крупнопузырчатые хрипы.

181. При физикальном исследовании пациента с кавернозным туберкулезом над зоной поражения выслушивается:

1. иногда единичные влажные и сухие хрипы после покашливания и глубокого вдоха;
2. нет изменений при аускультации;
3. крепитация;
4. единичные влажные хрипы на фоне бронхиального дыхания;
5. сухие свистящие хрипы с удлинением выдохом.

2 правильных ответа

182. 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. соединительнотканые тяжи от кольцевидной тени к плевре;
5. равномерная кальцинация по всей окружности кольцевидной тени.

183. Какие рентгенологические признаки свидетельствуют о возможном наличии каверны в легком?

1. просветление на фоне затемнения;
2. кольцевидная тень;
3. отсутствие бронхо-сосудистого рисунка на ограниченном участке пораженного легкого;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

184. Какое строение имеет стенка 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.

185. Что необходимо для заживления каверны?

1. очищение каверны от казеозно-некротических масс;
2. трансформация грануляционного слоя в соединительно-тканые волокна;
3. рассасывание перифокального воспаления;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

186. Какова основная причина «немых» каверн у пациентов с туберкулезом легких?

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

187. Для какой формы туберкулеза легких характерна толсто-стенная каверна с выраженными очаговыми, инфильтративными и фиброзными изменениями вокруг?

1. хронического диссеминированного туберкулеза;
2. фиброзно-очагового туберкулеза;
3. кавернозного туберкулеза;
4. фиброзно-кавернозного туберкулеза;
5. цирротического туберкулеза.

188. Основным рентгенологическим признаком каверны является:

1. участок легкого с отсутствием структурных элементов легочного рисунка;
2. замкнутая кольцевидная тень, которая сохраняется на снимках в двух взаимно перпендикулярных проекциях;
3. бронхогенная диссеминация;
4. все перечисленное не верно;
5. все перечисленное верно.

189. Какие причины формирования фиброзно-кавернозного туберкулеза легких?

1. позднее выявление туберкулеза;
2. неприверженность лечению – перерывы в лечении;
3. значительное снижение иммунитета;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

190. Какие формы туберкулеза органов дыхания чаще трансформируются в фиброзно-кавернозный туберкулез?

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

191. Какая мокрота чаще бывает у пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких?

1. стекловидная;
2. слизистая;
3. вязкая;
4. гнойная;
5. слизисто-гнойная.

192. Какие морфологические изменения не характерны для цирротического туберкулеза легких?

1. грубый деформирующий склероз;
2. бронхоэктазы;
3. эмфизематозные буллы;
4. острые каверны с признаками прогрессирования.

193. Осложнением какой формы туберкулеза органов дыхания может быть экссудативный плеврит?

1. первичный туберкулезный комплекс;
2. подострый диссеминированный туберкулез;
3. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;
4. инфильтративный туберкулез;
5. все перечисленное верно.

194. Какой фактор (-ы) имеет значение в развитии туберкулезного плеврита?

1. специфическая сенсibilизация плевры на первичном этапе туберкулезной инфекции;
2. гематогенная диссеминация МБТ;
3. перифокальное воспаление вокруг субплеврального туберкулезного очага;
4. все перечисленное верно.

195. Какой фактор имеет наименьшее значение в развитии туберкулезной эмпиемы?

1. прорыв каверны в плевральную полость;
2. образование остаточной пострезекционной плевральной полости;
3. большие остаточные изменения после первичного туберкулеза;
4. многократные плевральные пункции при экссудативном плеврите.

196. Какой метод более информативен для уточнения этиологии плеврита?

1. радионуклидная диагностика;
2. компьютерная томография;
3. торакоскопия с биопсией плевры;
4. ультразвуковое исследование.

197. При какой форме туберкулеза легких чаще развивается эмпиема плевры?

1. первичный туберкулезный комплекс;
2. диссеминированный туберкулез;
3. очаговый туберкулез;
4. туберкулема;
5. фиброзно-кавернозный туберкулез.

198. Какие клетки преобладают в экссудате при туберкулезном серозном плеврите?

1. эозинофилы;
2. нейтрофилы;
3. лимфоциты;
4. моноциты;
5. клетки мезотелия.

199. Для какого заболевания типичен плеврит с преобладанием нейтрофилов в экссудате?

1. туберкулез;
2. пневмония;
3. рак легкого;
4. лимфогранулематоз;
5. саркоидоз.

200. Какой плеврит называют идиопатическим?

1. плеврит как осложнение пневмонии;
2. плеврит вследствие метастазирования раковой опухоли;
3. плеврит без выявленной причины;
4. аллергический плеврит;
5. плеврит при системных заболеваниях соединительной ткани.

201. Какой характер экссудата наиболее типичен для туберкулезного плеврита?

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

202. Какой клинический симптом отсутствует при сухом плеврите?

1. боль в грудной клетке;
2. ограничение подвижности грудной клетки;
3. шум трения плевры;
4. притупление перкуторного звука;
5. все перечисленное верно.

203. Какой рентгенологический симптом отсутствует при экссудативном плеврите?

1. косая верхняя граница затемнения;
2. изменение формы затемнения при глубоком дыхании больного;
3. изменение формы затемнения при перемене положения больного;
4. смещение тени средостения в здоровую сторону;
5. наличие элементов сосудистого рисунка на фоне затемнения.

204. Какие клетки отсутствуют в экссудате при туберкулезном плеврите?

1. нейтрофилы;
2. лимфоциты;
3. атипичные клетки;
4. мезотелиальные клетки.

205. Какой метод более информативен для диагностики небольшого плеврального выпота?

1. перкуссия;
2. рентгенография;
3. пункция плевральной полости;
4. ультразвуковое исследование;
5. компьютерная томография.

206. О какой природе перенесенного плеврита свидетельствуют участки обызвествления плевры (из перечисленного ниже)?

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

207. Какой вид (проекция) рентгенологического исследования органов грудной клетки наиболее информативен при диагностике междолевых выпотов?

1. прицельная рентгенограмма;
2. боковая проекция;
3. прямая проекция;
4. косая проекция.

208. Изменение какого биохимического показателя в экссудате позволяет заподозрить его туберкулезную этиологию?

1. белок;
2. амилаза;
3. остаточный азот;
4. жирные кислоты;
5. аденозиндезаминаза (АДА).

209. Какие исследования позволяют выявить генетический материал МБТ и определить мутации, связанные с устойчивостью к некоторым противотуберкулезным лекарственным средствам (ПТЛС):

1. диаскинтест;
2. проба Манту;
3. Xpert MTB/RIF (рифампицин) и LPA (рифампицин, изониазид, аминогликозиды/циклопептиды и фторхинолоны);
4. компьютерная томография.

210. Вариант кашля, характерный для пациентов с туберкулезом легких:

1. сухой надсадный кашель в течение недели;
2. длительный, постепенно усиливающийся кашель с небольшим количеством мокроты без запаха;
3. кашель с обильным количеством мокроты по утрам при вставании с постели;
4. кашель, преимущественно ночью, со скудной трудно-отделяемой мокротой слизистого характера.

211. Малые формы бронхоаденита лучше всего выявляются:

1. на обзорной рентгенограмме в прямой проекции;
2. на обзорной рентгенограмме в боковой проекции;
3. на прицельной рентгенограмме;
4. при компьютерной томографии.

212. Какая клиническая форма туберкулеза у детей является первичной?

1. очаговый туберкулез легких;
2. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;
3. туберкулема легких;
4. инфильтративный туберкулез легких.

213. Какая реакция на пробу Манту чаще выявляется у детей с туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов?

1. сомнительная;
2. отрицательная;
3. нормергическая в течение 5 лет;
4. «вираж» туберкулиновой реакции.

214. Признаками, характерными для первичного туберкулеза являются:

1. бронхогенное обсеменение;
2. образование каверн;
3. высокая степень специфической сенсibilизации организма;
4. неблагоприятное течение;
5. склонность к поражению лимфатической системы;
6. эндогенная реактивация процесса.

2 правильных ответа

215. 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;
4. субфебрильная температура по вечерам, слабость, похудание, раздражительность, потливость;
5. полиаденит шейных, надключичных, подмышечных лимфатических узлов;
6. горечь во рту, болезненность в правом подреберье.

2 правильных ответа

216. Для хронической туберкулезной интоксикации характерно:

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

217. Одним из критериев для постановки диагноза ранней туберкулезной интоксикации является:

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

218. Первичный туберкулезный комплекс характеризуется:

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

219. Очаг Гона – это результат перенесенного:

1. туберкулезного бронхоаденита;
2. первичного туберкулезного комплекса;

3. туберкулезной интоксикации;
4. милиарного туберкулеза.

220. Рентгенологический симптом «биполярности» или «гантели» характерен для:

1. туберкулезного бронхоаденита;
2. туберкулезного мезаденита;
3. диссеминированного туберкулеза;
4. первичного туберкулезного комплекса.

221. Инфильтративная форма туберкулезного бронхоаденита рентгенологически проявляется в виде:

1. увеличения тени корня лёгкого в длину и ширину, с выпуклой и размытой наружной границей и нарушением его структуры;
2. появление в области корня полигональной тени с четким контуром;
3. симптома «дымовой трубы»;
4. усиления легочного рисунка в средних отделах обеих легких.

222. Рентгенологические признаки первичного туберкулезного комплекса в «пневмонической» стадии:

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

223. Какой из рентгенологических методов обследования наиболее информативен при внутригрудных лимфаденопатиях?

1. обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции;
2. бронхография;
3. компьютерная томография;
4. рентгеноскопия.

224. Что относится к параспецифическим реакциям при первичном туберкулезе?

1. ревматизм Понсе;
2. фликтенулезный кератоконъюнктивит;
3. полисерозит;

4. узловатая эритема;
5. все перечисленное верно.

225. При какой форме туберкулеза чаще показана бронхоскопия?

1. туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов;
2. очаговом туберкулезе;
3. туберкулезе;
4. цирротическом туберкулезе;
5. туберкулезном плеврите.

226. Что относится к вариантам туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов?

1. инфильтративный бронхоаденит;
2. туморозный бронхоаденит;
3. малые формы бронхоаденита;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

227. Что может быть источником развития диссеминированного туберкулеза легких?

1. очаг Гона;
2. туберкулезный очаг в почке;
3. казеозно-изменённые внутригрудные лимфатические узлы;
4. очаги Симона;
5. все перечисленное верно.

228. Что необходимо для возникновения диссеминированного туберкулеза?

1. бактериемия;
2. нарушение иммунологической реактивности;
3. сенсбилизация сосудов легких;
4. все перечисленное неверно;
5. все перечисленное верно.

229. Укажите основные варианты диссеминированного туберкулеза (в зависимости от распространенности поражения):

1. генерализованный;
2. с преимущественным поражением легких;
3. с преимущественным поражением других органов;
4. все перечисленное неверно;
5. все перечисленное верно.

230. Какой(-ие) симптом(-ы), появившийся у пациента с диссеминированным туберкулезом легких, свидетельствует о возможном развитии осложнения – туберкулеза гортани?

1. першение в горле;
2. боль в горле при глотании;
3. осиплость голоса;
4. все перечисленное неверно;
5. все перечисленное верно.

231. Какие изменения на рентгенограмме могут быть выявлены у пациентов с хроническим диссеминированным туберкулезом легких?

1. субтотальная или тотальная полиморфная очаговая диссеминация;
2. признаки интерстициального фиброза в верхних отделах обоих легких;
3. плевральные наслоения;
4. признаки викарной эмфиземы;
5. все перечисленное верно.

232. При какой форме милиарного туберкулеза бывает одышка асфиктического типа?

1. тифоидной;
2. легочной;
3. менингеальной;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

233. Какая форма диссеминированного туберкулеза возможна у пациента с удовлетворительным общим состоянием и малой выраженностью клинических проявлений?

1. подострый диссеминированный туберкулез легких;
2. острый (милиарный) диссеминированный туберкулез легких;
3. генерализованный диссеминированный туберкулез;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

234. У пациента с жалобами на боль в горле выявлен туберкулез гортани и легких. Какая форма легочного процесса более вероятна?

1. первичный туберкулезный комплекс;
2. диссеминированный туберкулез;
3. инфильтративный туберкулез;
4. кавернозный туберкулез.

235. Какой результат исследования мокроты методом микроскопии с окраской мазка по методу Циля-Нильсена наиболее характерен для милиарного туберкулеза?

1. КУБ 3+;
2. КУБ 2+;
3. КУБ 1+;
4. отрицательный;
5. все перечисленное верно в зависимости от фазы процесса.

236. Чувствительность к туберкулину у пациентов с милиарным туберкулезом легких до начала терапии обычно:

1. гипергическая;
2. нормергическая;
3. сомнительная;
4. анергическая (отрицательная анергия);
5. анергическая (положительная анергия).

237. Когда появляются типичные рентгенологические признаки при милиарном туберкулезе легких?

1. в день начала заболевания;
2. на 2-й – 3-й день;
3. на 4-й – 6-й день;
4. на 10-й – 14-й день;
5. на 15-й – 20-й день.

238. Какой форме туберкулеза рентгенологически соответствуют множественные мелкие однотипные малой интенсивности очаговые тени на протяжении обоих легочных полей?

1. казеозной пневмонии;
2. свежему очаговому туберкулезу;
3. милиарному туберкулезу;
4. подострому диссеминированному туберкулезу;
5. хроническому диссеминированному туберкулезу.

239. Какой форме туберкулеза рентгенологически соответствуют множественные средние и крупные, малой и средней интенсивности очаговые тени на протяжении обоих легких; с тенденцией к слиянию очагов в конгломераты неоднородной структуры?

1. казеозной пневмонии;
2. свежему очаговому туберкулезу;
3. милиарному туберкулезу;

4. подострому диссеминированному туберкулезу;
5. хроническому диссеминированному туберкулезу.

240. Какой форме туберкулеза рентгенологически соответствуют множественные полиморфные очаговые тени в верхне-средних отделах обоих легких; сетчатый пневмосклероз; апикальные наслоения; дислокация корней вверх; капельное сердце; базальная эмфизема?

1. цирротическому туберкулезу;
2. хроническому очаговому туберкулезу;
3. милиарному туберкулезу;
4. подострому диссеминированному туберкулезу;
5. хроническому диссеминированному туберкулезу.

241. Что не характерно для милиарного туберкулеза?

1. множественные мелкие с размытыми контурами очаги;
2. тотальный характер диссеминации;
3. множественные каверны;
4. петрификаты в корнях легких;
5. ослабление легочного рисунка.

242. Какой рентгенологический симптом типичен для милиарного туберкулеза легких?

1. размер очагов около 2 мм;
2. однотипность очагов;
3. стертость легочного рисунка;
4. смазанность структуры легочных корней;
5. все перечисленное верно.

243. Какой рентгенологический симптом типичен для подострого диссеминированного туберкулеза легких?

1. очаги размером 4–10 мм;
2. дислокация корней легких;
3. капельное сердце;
4. смещение тени средостения;
5. все перечисленное верно.

244. Какой рентгенологический симптом типичен для хронического диссеминированного туберкулеза легких?

1. полиморфные очаги;
2. сетчатый пневмосклероз;
3. деформация и подтягивание корней легких вверх;

4. «очковые» каверны;
5. все перечисленное верно.

245. Какие группы периферических лимфоузлов чаще поражаются у детей при первичном туберкулезе?

1. подключичные;
2. паховые;
3. шейные;
4. кубитальные.

246. Какие сроки окончательного формирования кальцитов в легком и средостении после перенесенного первичного туберкулеза у детей:

1. через 2 месяца от начала химиотерапии;
2. через один год от начала химиотерапии;
3. через 6 месяцев от начала химиотерапии;
4. через 1,5–2 и более лет после лечения и наблюдения.

247. Укажите возможные осложнения подострого диссеминированного туберкулеза (из перечисленных ниже):

1. легочное кровохарканье;
2. экссудативный плеврит;
3. спонтанный пневмоторакс;
4. туберкулез гортани;
5. все перечисленное верно.

248. Какой метод исследования, из перечисленных ниже, является определяющим в диагностике милиарного туберкулеза легких?

1. проба Манту;
2. обзорная рентгенография органов грудной клетки;
3. суперэкспонированная рентгенография органов грудной клетки;
4. перфузионная сцинтиграфия лёгких.

249. Укажите особенность рентгенологической картины при остром диссеминированном туберкулезе у детей раннего возраста:

1. крупноочаговая диссеминация;
2. очаговые тени сливаются и образуют фокусные затемнения;
3. множественные полиморфные очаговые тени с участками просветления;
4. более крупные, чем у взрослых, размеры очаговых теней – от 2 до 5 мм.

250. Какая рентгенологическая картина характерна для милиарного туберкулеза легких?

1. множественные малоинтенсивные очаги различных размеров в обоих легких, местами сливающиеся между собой в фокусы с просветлениями;

2. множественные малоинтенсивные мелкие очажки «просовидного» характера по всем легочным полям обоих легких, легочный рисунок не определяется;

3. множественные крупноочаговые тени высокой интенсивности с четкими контурами в средних и нижних отделах обоих легких, верхушки свободны;

4. в верхних отделах обоих легких на фоне умеренного пневмофиброза определяются очаговые тени различной интенсивности.

251. Характерная клиническая картина при милиарном туберкулезе легких:

1. постепенное начало, температура тела субфебрильная, кашель и одышка отсутствуют;

2. острое начало, температура до 40°C , озноб, через несколько дней появляется кашель с большим количеством гнойной мокроты;

3. острое начало, температура тела $39-40^{\circ}\text{C}$, сильная потливость по ночам, беспокоит выраженная одышка, сухой кашель;

4. острое начало, температура тела $37-38^{\circ}\text{C}$, беспокоит сильный приступообразный кашель с болевыми ощущениями за грудиной.

252. Рентгенологическая картина исхода при милиарном туберкулезе легких в случае своевременной диагностики и эффективной химиотерапии:

1. частичное рассасывание и уплотнение очагов;

2. полное рассасывание без видимых остаточных изменений;

3. формирование множественных мелких кальцинатов;

4. формирование диффузного пневмосклероза с включением плотных очагов.

253. Патогенез милиарного и подострого диссеминированного туберкулеза чаще всего связан:

1. с бронхогенным обсеменением;

2. с лимфогематогенным распространением процесса;

3. с контактным распространением;

4. со спутогенным обсеменением.

254. Рентгенологическая картина при подостром варианте диссеминированного туберкулеза легких:

1. множественные полиморфные очаги разной интенсивности с участками просветлений на фоне пневмофиброза в верхних сегментах обоих легких;

2. множественные мелкие очажки значительной интенсивности в обоих легких без деструкций в средне-нижних отделах; корни уплотнены;

3. множественные невысокой интенсивности разновеликие очаги больше в верхних и средних отделах легких, местами сливающиеся в фокусы с участками тонкостенных кольцевидных просветлений;

4. множественные очаги различной величины, невысокой интенсивности в субкортикальных зонах средних отделов обоих легких без деструкций; корни с обеих сторон резко расширены за счет увеличенных бронхопульмональных лимфоузлов.

255. Рентгенологические признаки хронического диссеминированного туберкулеза легких:

1. множественные мелкие малоинтенсивные очаги в обоих легких без деструкций;

2. множественные очаги различной величины и интенсивности с наличием полостей распада, фиброзно-склеротические изменения в легких, преимущественно в верхних отделах, «очковые» каверны;

3. множественные фокусы инфильтрации сливного характера в обоих легких с нечеткими контурами;

4. множественные мелкие интенсивные очажки в средне-нижних отделах обоих легких на фоне сетчатого пневмосклероза; верхушки свободны.

256. Характерный для подострого диссеминированного туберкулеза рентгенологический признак:

1. наличие толстостенной полости с неровным контуром в среднем легочном поле;

2. наличие нескольких крупнофокусных теней размером 3–4 см;

3. наличие тонкостенных «штампованных» каверн;

4. сужение апертуры левого легкого со смещением тени средостения влево.

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

1. симптом «яичной скорлупы»;

2. симптом «плакучей ивы»;

3. симптом «снежной бури»;
4. симптом «восходящего солнца».

258. При какой форме туберкулеза легких, несмотря на проводимую химиотерапию, чаще отмечается неблагоприятный прогноз?

1. инфильтративный (облаковидный вариант) туберкулез легких с распадом, МБТ+;
2. хронический диссеминированный туберкулез легких МБТ+;
3. подострый диссеминированный туберкулез легких с распадом, МБТ+;
4. фиброзно-кавернозный туберкулез легких МБТ+ МЛУ, прогрессирующее течение.

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

1. люмбальная пункция с исследованием ликвора, в том числе, на наличие МБТ;
2. клинический с изучением особенностей течения заболевания;
3. многократные исследования мокроты на МБТ;
4. данные неврологического статуса.

260. Наиболее характерный вид ликвора при туберкулезном менингите:

1. мутный;
2. геморрагический;
3. прозрачный;
4. прозрачный с ксантохромией.

261. Типичное для туберкулезного менингита начало заболевания:

1. острое;
2. молниеносное;
3. постепенное с продромальным периодом;
4. малосимптомное начало и течение;

262. Какой путь введения противотуберкулезных лекарственных средств предпочтительнее при лечении пациентов с туберкулезным менингитом?

1. эндолюмбальный;
2. пероральный;
3. ингаляционный;
4. внутривенный и/или внутримышечный.

263. Показатели спинномозговой жидкости, характерные для туберкулезного менингита:

1. жидкость мутная, высокий плеоцитоз (более 1000 клеток в 1 мм³);
2. жидкость прозрачная или слабо мутная, умеренный плеоцитоз (200–400 клеток);
3. количество глюкозы и хлоридов в норме;
4. снижение уровня глюкозы и хлоридов;
5. преобладание нейтрофилов при умеренном повышении белка.

2 правильных ответа

264. Основной метод диагностики очагового туберкулеза легких:

1. рентгенологический;
2. исследование мокроты на МБТ;
3. бронхоскопия с биопсией;
4. иммунологический.

265. Для клинической картины при очаговом туберкулезе легких характерны следующие симптомы:

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

266. Данные осмотра грудной клетки при очаговом туберкулезе:

1. грудная клетка бочкообразной формы;
2. грудная клетка без особенностей;
3. грудная клетка асимметричная, одна из сторон отстает в акте дыхания;
4. одна из сторон отстает в акте дыхания, межреберные промежутки с этой стороны сглажены.

267. Наиболее частый исход при очаговом туберкулезе легких:

1. частичное рассасывание и уплотнение очагов;
2. полное рассасывание;
3. формирование туберкулемы;
4. формирование ограниченного цирроза.

268. Рентгенологическая картина при очаговом туберкулезе:

1. фокусные тени в верхней доле легкого;

2. множественные очаги в верхних и средних отделах в обоих легких;
3. участок уплотнения легочной ткани со смещением трахеи;
4. единичные очаговые тени в пределах одного – двух сегментов легких.

269. Какой клинико-рентгенологический вариант инфильтративного туберкулеза легких чаще встречается?

1. бронхо-лобулярный;
2. облаковидный;
3. перисциссурит;
4. лобит.

270. Для туберкулеза легких в фазе распада характерно:

1. гиперергический характер туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ;
2. выделение гнойной мокроты;
3. обнаружение МБТ в мокроте;
4. положительный эффект при проведении противовоспалительной терапии.

271. Наиболее характерная клиническая симптоматика при облаковидном туберкулезном инфильтрате:

1. выраженный интоксикационный синдром, температура тела до 39–40°C, кашель с гнойной мокротой;
2. около месяца отмечается небольшая слабость, потливость, температура по вечерам до 38,0°C, кашель со скудным количеством слизистой мокроты;
3. клиническая симптоматика отсутствует;
4. беспокоит сухой приступообразный кашель, одышка, боль в грудной клетке, температура тела 37,1–37,3°C.

272. Укажите рентгенологические признаки характерные для округлого инфильтрата:

1. ограниченное затемнением округлой формы, преимущественно средней интенсивности с ясными, но нерезкими очертаниями;
2. частая локализация в подключичной области;
3. воспалительная дорожка, которая отходит от медиальных отделов затемнения к корню лёгкого (симптом «теннисной ракетки»);
4. все ответы верны.

273. Наиболее типичные для инфильтративного туберкулеза аускультативные данные:

1. шум трения плевры;
2. обильные влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы в средне-нижних отделах легких;
3. бронхиальное дыхание, средне- и крупнопузырчатые хрипы в проекции верхней доли;
4. скудные мелкопузырчатые хрипы в проекции верхних долей с одной, реже обеих сторон (лучше выслушиваются на вдохе после покашливания).

274. КТ картина лобита включает:

1. сплошное, почти однородное уплотнение доли лёгкого;
2. в поражённой доле легкого деформированные и частично обтурированные казеозными массами бронхи, множественные полости распада малого и среднего диаметра («пчелиные соты» или «хлебный мякиш»);
3. инфильтрат в верхней доле правого легкого, очаговая диссеминация в противоположном лёгком, главным образом в 4-м и 5-м сегментах;
4. все ответы верны.

275. Общее состояние пациента с казеозной пневмонией, как правило, бывает:

1. удовлетворительное, без клинических симптомов;
2. средней тяжести;
3. тяжелое, с выраженной интоксикацией;
4. удовлетворительное, небольшая слабость, потливость.

276. При физикальном обследовании пациентов с казеозной пневмонией над пораженными участками легких наиболее часто выслушивается:

1. амфорическое дыхание;
2. ослабление или полное отсутствие дыхания;
3. ослабленное бронхиальное дыхание, влажные хрипы;
4. везикулярное дыхание без катаральных явлений.

277. Перечислите все возможные рентгенологические изменения, выявляемые у пациентов с лобарной казеозной пневмонией:

1. затемнение всей доли легкого;
2. множественные участки просветления без четко очерченных границ;

3. множественные очаги обсеменения в прилежащих сегментах и другом легком;

4. все варианты ответов правильные.

278. Туберкулема легких чаще формируется из:

1. диссеминированного туберкулеза;

2. очагового туберкулеза;

3. инфильтративного туберкулеза;

4. кавернозного туберкулеза.

279. Какие рентгенологические признаки характерны для туберкулемы легких в фазе распада и обсеменения:

1. правильной шаровидной формы тень с ровными дугообразными очертаниями в третьем сегменте (S₃);

2. интенсивное гомогенное округлое образование, резко отграниченное от здоровой ткани с бугристыми контурами в нижней доле легкого (S₈);

3. округлое интенсивное образование неоднородного характера с эксцентрическим распадом, наличие очаговых изменений в окружающей легочной ткани во втором сегменте легкого (S₂);

4. круглая однородного характера тень в прикорневой зоне (S₅).

280. Наиболее характерная клиника при стабильном течении туберкулемы легких:

1. постепенное начало с нарастающей лихорадкой, кашлем и выделением мокроты;

2. отсутствие клинических проявлений;

3. выраженная слабость, потливость, умеренный сухой кашель, субфебрилитет;

4. острое начало, головная боль, потеря аппетита, температура до 38°C, кашель.

281. Тактика при лечении малых и средних туберкулем:

1. интенсивная полихимиотерапия;

2. химиотерапия, при наличии показаний рассмотреть возможность хирургического лечения;

3. резекция участка легкого без последующей химиотерапии;

4. коллапсотерапия (пневмоторакс) с одновременной химиотерапией.

282. Какой вид лечения дает лучшие результаты при больших туберкулемах легких с распадом и повторным кровохарканием?

1. интенсивная химиотерапия;
2. полихимиотерапия и другие патогенетические средства;
3. резекция пораженного участка легкого с химиотерапией;
4. коллапсотерапия с одновременной химиотерапией.

283. Предшествующая клиническая форма, из которой чаще развивается кавернозный туберкулез:

1. очаговый туберкулез в фазе инфильтрации;
2. инфильтративный туберкулез в фазе распада;
3. фиброзно-кавернозный туберкулез;
4. диссеминированный туберкулез легких.

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

1. лимфогенный;
2. бронхогенный;
3. гематогенный;
4. контактный.

285. 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. единичная тонкостенная полость на фоне мало измененной легочной ткани.

286. Туберкулезная этиология деструктивных изменений в легком, как правило, подтверждается:

1. исследованием гематологических показателей;
2. исследованием туберкулиновой чувствительности (проба Манту);
3. положительным результатом исследования мокроты методом бактериоскопии;
4. иммунологическими исследованиями (РБТЛ, ИФА и др.);
5. исследованием функции внешнего дыхания.

287. 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.

288. Основная причина, приводящая к быстрому увеличению каверны в размерах и одновременному истончению ее стенок при кавернозном туберкулезе легких:

1. прогрессирование туберкулезного процесса;
2. образование бронхоплеврального свища;
3. нарушение дренажной функции бронха;
4. очищение каверны от казеозно-некротического слоя.

289. 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.

290. Наиболее частая причина смерти пациентов с туберкулезом в настоящее время:

1. прогрессирование туберкулезного процесса;
2. легочно-сердечная недостаточность;
3. легочное кровотечение;
4. амилоидоз внутренних органов.

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

1. остропрогрессирующее;
2. стабильное после первой вспышки;

3. медленно регрессирующее;
4. волнообразное: периоды обострения сменяются периодами затихания.

292. Какая клиническая форма туберкулеза может трансформироваться в цирротический туберкулез?

1. хронический диссеминированный туберкулез;
2. казеозная пневмония;
3. фиброзно-кавернозный туберкулез;
4. все варианты верны.

293. Для обострения цирротического туберкулеза характерно:

1. острое начало с высокой температурой и сильным кашлем;
2. одышка, кашель с выделением большого количества гнойной мокроты;
3. начало постепенное, кашель умеренный, слабость, потливость, снижение аппетита, обнаружение МБТ в мокроте;
4. клинические проявления отсутствуют.

294. Достоверный метод диагностики выпота в плевральной полости:

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

295. Какой метод(-ы) обследования позволяет выявить наличие свободной жидкости в плевральной полости?

1. обзорная рентгенография легких;
2. компьютерная томография;
3. ультразвуковое исследование плевральных полостей;
4. все перечисленное верно.

296. Характерные для сухого плеврита физикальные данные:

1. коробочный перкуторный звук;
2. ослабленное везикулярное дыхание;
3. шум трения плевры;
4. усиленное голосовое дрожание.

297. Пациент с сухим плевритом чаще лежит:

1. на здоровом боку;
2. на больном боку;
3. на спине;
4. на животе.

298. 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.

299. Достоверный критерий, подтверждающий туберкулезную этиологию плеврита при лабораторном исследовании плевральной жидкости:

1. высокий удельный вес жидкости;
2. положительная проба Ривальта;
3. преобладание лимфоцитов в плевральной жидкости;
4. обнаружение МБТ в плевральной жидкости методом бактериоскопии, посева или ПЦР.

300. Верхняя граница выпота при экссудативном реберно-диафрагмальном плеврите:

1. горизонтальная;
2. косая, по линии Эллиса-Дамуазо-Соколова;
3. определить не удастся;
4. по среднеключичной линии.

301. При экссудативном плеврите определяется смещение органов средостения:

1. в противоположную сторону;
2. вверх;
3. в больную сторону;
4. вниз.

302. Перечислите варианты локализации плеврита?

1. паракостальный;
2. парамедиастинальный;

3. наддиафрагмальный;
4. междолевой;
5. все перечисленное верно.

303. В какой фазе выявляют рентгенологический симптом «биполярности» при первичном туберкулезном комплексе?

1. инфильтрации;
2. распада;
3. рассасывания;
4. уплотнения;
5. петрификации.

304. Что не характерно для туберкулезного менингита?

1. асимметрия лица;
2. анизокория;
3. односторонний птоз;
4. косоглазие;
5. экзофтальм.

305. Какие жалобы типичны для пациентов с очаговым туберкулезом легких в фазе инфильтрации?

1. слабость, повышенная утомляемость;
2. одышка при ходьбе и физической нагрузке;
3. резкое повышение температуры, мышечные боли;
4. головные боли, головокружения;
5. все перечисленное верно.

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

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

307. Преобладающая морфологическая реакция при казеозной пневмонии:

1. продуктивная;
2. экссудативная;
3. альтеративная (некротическая);
4. образование фиброзных изменений.

308. Что такое туберкулезная интоксикация как клиническая форма туберкулеза?

1. функциональные расстройства у пациента с туберкулезом;
2. функциональные расстройства при увеличении внутригрудных лимфатических узлов на фоне выража туберкулиновой реакции;
3. функциональные расстройства на фоне выража туберкулиновой реакции, без видимых локальных изменений в органах дыхания;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

ОСЛОЖНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

309. К осложнениям туберкулеза относятся:

1. пиелонефрит;
2. спонтанный пневмоторакс;
3. агранулоцитоз;
4. амилоидоз почек;
5. фиброзирующий альвеолит.

2 правильных ответа

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

1. подострый диссеминированный туберкулез легких в фазе распада;
2. очаговый туберкулез легких;
3. туберкулема;
4. милиарный туберкулез.

311. При легочном кровотечении кровь выделяется:

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

312. Легочное сердце чаще всего осложняет:

1. инфильтративный туберкулез легких;
2. милиарный туберкулез легких;
3. фиброзно-кавернозный туберкулез легких;
4. туберкулезный плеврит.

313. Симптомами спонтанного пневмоторакса является все, кроме:

1. резкая боль в грудной клетке;
2. снижение артериального давления;
3. тахикардия;
4. одышка;
5. повышение температуры.

314. При какой клинической форме туберкулеза чаще возникает спонтанный пневмоторакс?

1. при казеозной пневмонии с поликавернозом;

2. при очаговом туберкулезе;
3. при милиарном туберкулезе;
4. при туберкулезе.

315. Основным методом диагностики спонтанного пневмоторакса:

1. по клинической симптоматике;
2. рентгенологический;
3. метод перкуссии;
4. метод аускультации.

316. Перкуторно при спонтанном пневмотораксе на стороне поражения определяется:

1. легочный звук;
2. укорочение перкуторного звука;
3. тупой перкуторный звук;
4. коробочный звук.

317. Аускультативно при спонтанном пневмотораксе определяется:

1. бронхиальное дыхание;
2. амфорическое дыхание;
3. дыхание ослаблено или не прослушивается;
4. везикулярное дыхание.

318. Наиболее частая причина спонтанного пневмоторакса (из перечисленных ниже):

1. туберкулез легких;
2. буллезные изменения легочной ткани;
3. неспецифические заболевания легких;
4. дефицит альфа-1 антитрипсина.

319. Наиболее тяжело протекающий клинически вид пневмоторакса:

1. открытый;
2. клапанный;
3. закрытый;
4. все ответы верны.

320. Амилоидоз внутренних органов, как осложнение туберкулеза чаще встречается при:

1. очаговом туберкулезе;

2. кавернозном туберкулезе;
3. милиарном туберкулезе;
4. фиброзно-кавернозном туберкулезе.

321. В осадке мочи при амилоидозе почек преобладает:

1. гематурия;
2. пиурия;
3. билирубинурия;
4. альбуминурия.

322. Какова причина формирования больших остаточных изменений после первичного туберкулеза?

1. поздняя диагностика;
2. отсутствие лечения;
3. неадекватное лечение;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

323. Какое осложнение первичного туберкулеза легких наиболее угрожает жизни?

1. ателектаз;
2. плеврит;
3. лимфобронхиальный свищ;
4. менингит;
5. лимфогенная и бронхогенная диссеминация.

324. К осложнениям первичного туберкулеза не относится:

1. бронхоодулярный свищ;
2. плеврит;
3. ателектаз;
4. хроническая легочно-сердечная недостаточность.

325. Какое осложнение чаще встречается у детей при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов?

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

326. Причиной возникновения ятрогенного пневмоторакса может служить:

1. повреждение висцеральной плевры при наложении искусственного пневмоторакса;
2. разрыв буллы;
3. разрыв каверны при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких;
4. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;
5. все ответы верны.

327. Характерное осложнение туберкулеза периферических лимфатических узлов:

1. формирование свища;
2. флегмона;
3. легочное кровотечение;
4. сепсис.

328. Когда у пациента с туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов обнаруживают МБТ в мокроте?

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

329. Типичным осложнением туберкулезной эмпиемы плевры является:

1. бронхо-плевральный свищ;
2. ателектаз;
3. легочное кровотечение;
4. сепсис.

330. К осложнениям первичного туберкулезного комплекса относятся:

1. первичная каверна;
2. туберкулез бронха;
3. диссеминация;
4. все ответы верны.

ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА

331. Вакцина БЦЖ представляет собой:

1. культуру патогенных *M. tuberculosis*;
2. убитые *M. tuberculosis*;
3. живую, ослабленную культуру *M. bovis* BCG;
4. продукты жизнедеятельности *M. bovis*.

332. Какой метод введения вакцины БЦЖ является общепринятым при вакцинации детей?

1. пероральный;
2. накожный;
3. внутрикожный;
4. подкожный.

333. Чем отличается вакцина БЦЖ-М от вакцины БЦЖ?

1. более ослабленный вакцинный штамм БЦЖ;
2. прививочная доза увеличена в 2 раза;
3. весовое содержание микобактерий вакцинального штамма в прививочной дозе уменьшено в 2 раза;
4. ничем не отличается, кроме фирменного знака.

334. Противотуберкулезная вакцинация новорождённых 1-й группы здоровья проводится в родильном доме:

1. после достижения нормальной массы тела;
2. вакциной БЦЖ-М;
3. вакциной БЦЖ;
4. проводится после выписки в процедурном кабинете детской поликлиники.

335. Нормальная (ожидаемая) прививочная реакция после вакцинации БЦЖ появляется:

1. через 4–6 недель;
2. через неделю;
3. через 72 часа;
4. к концу 4 месяца.

336. Когда образуется поверхностный рубчик после вакцинации БЦЖ:

1. через неделю;

2. через месяц;
3. через 2–3 месяца;
4. через 4–6 месяцев.

337. Сроки вакцинации новорождённых против туберкулеза в соответствии с календарем профилактических прививок Республики Беларусь:

1. 3–5 сутки;
2. 1–2 сутки;
3. 1 месяц;
4. 7 сутки.

338. Какая прививочная доза вакцины БЦЖ-М используется:

1. 0,05 мг в 0,1 мл растворителя;
2. 0,025 мг в 0,1 мл растворителя;
3. 0,025 мг в 0,5 мл растворителя;
4. 1,0 мг в 1,0 мл растворителя.

339. Прививочная доза вакцины БЦЖ:

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

340. Сроки изоляции привитых вакциной БЦЖ новорожденных из контакта:

1. 1 месяц;
2. 2 месяца;
3. 4 месяца;
4. 6 месяцев.

341. Противопоказанием для вакцинации БЦЖ новорожденных является:

1. наличие туберкулеза у матери;
2. наличие туберкулеза у отца;
3. масса тела менее 2500 г;
4. масса тела более 4000 г.

342. При наличии массы тела новорожденного менее 2000 г:

1. вакцинация не проводится;
2. вакцинация проводится вакциной БЦЖ;

3. вакцинация проводится вакциной БЦЖ-М;
4. вакцинация против туберкулеза откладывается до достижения массы тела 2500 г.

343. К локальным осложнениям, связанным с вакцинацией против туберкулеза относятся:

1. регионарный лимфаденит (чаще подмышечный);
2. лимфаденит паховых лимфоузлов;
3. геморрагический васкулит;
4. келоидный рубец;
5. положительная проба Манту через 4–6 месяцев после вакцинации.

2 правильных ответа

344. Противопоказанием для вакцинации БЦЖ новорожденных является:

1. внутриутробная инфекция;
2. острые заболевания;
3. гемолитическая болезнь новорожденных;
4. все ответы верны.

345. Укажите специфические антигены *M. tuberculosis*, используемые в диагностике туберкулеза:

1. Хpert MTB/RIF;
2. LPA;
3. ESAT-6, CFP-10;
4. рpoB.

346. Какие тесты, использующиеся для диагностики латентной туберкулезной инфекции, основаны на определении уровня гамма-интерферона и/или подсчете количества Т-лимфоцитов при контакте со специфическими антигенами *M. tuberculosis*:

1. QuantiFERON-TB Gold;
2. Диаскинтест;
3. ПЦР;
4. проба Манту.

347. Вакцина БЦЖ была получена:

1. О. Цехновицером и Д. Жераром;
2. Р. Кохом и В. Берингом;
3. Э. Канетти и П. Зорини;
4. А. Кальметтом и К. Гереном.

348. Основным противотуберкулезным лекарственным средством для проведения химиопрофилактики является:

1. стрептомицин;
2. изониазид;
3. пиразинамид;
4. этамбутол.

349. Противопоказанием для проведения химиопрофилактики изониазидом является:

1. эпилепсия;
2. беременность;
3. декомпенсированные врожденные пороки сердца;
4. все ответы верны.

350. Когда детям из контакта с лекарственно чувствительным туберкулезом или туберкулезом без бактериовыделения проводится химиопрофилактика?

1. при лечении инсулином;
2. при назначении бронходилататоров;
3. при длительном (более 1 месяца) лечении большими дозами глюкокортикостероидов;
4. при лечении пневмонии антибиотиками.

351. Длительность курса химиопрофилактики изониазидом, назначаемого детям из контакта с лекарственно чувствительным туберкулезом или туберкулезом без бактериовыделения:

1. 6 месяцев;
2. 1 месяц;
3. 3 месяца;
4. 2 месяца.

352. Химиопрофилактика детям из контакта с источником инфекции туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью МБТ проводится:

1. 1 раз в год;
2. 1 раз в 2 года;
3. не проводится, а устанавливается диспансерное наблюдение в течение не менее 2-х лет;
4. 2 раза в год весной и осенью.

353. Какие противотуберкулезные лекарственные средства могут использоваться при проведении химиопрофилактики у детей из контакта с лекарственно чувствительным туберкулезом или туберкулезом без бактериовыделения:

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

2 правильных ответа

354. Специфическая профилактика туберкулеза включает:

1. только вакцинацию БЦЖ;
2. вакцинацию БЦЖ и химиопрофилактику;
3. только химиопрофилактику;
4. комбинированная химиотерапия в течении 3-х месяцев.

355. Химиопрофилактика бывает:

1. первичная, вторичная;
2. начальная, окончательная;
3. единичная, множественная;
4. терапевтическая, эпидемиологическая.

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

1. жилищно-бытовые условия данной семьи;
2. материальная обеспеченность индексного пациента с туберкулезом и его семьи;
3. санитарный и культурный уровень семьи;
4. массивность бактериовыделения у индексного пациента с туберкулезом и/или выделение МБТ с множественной (широкой) лекарственной устойчивостью к противотуберкулезным лекарственным средствам.

357. Кто выполняет текущую дезинфекцию в очагах туберкулезной инфекции:

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

358. 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 территориального центра гигиены и эпидемиологии;
4. сам пациент с туберкулезом и члены семьи.

359. Работу в очаге туберкулезной инфекции осуществляют:

1. участковый терапевт;
2. поликлиника и ЦГЭ;
3. врач-фтизиатр, медсестра противотуберкулезного диспансера (кабинета) и врач-эпидемиолог территориального центра гигиены и эпидемиологии;
4. ЦГЭ.

360. 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.

361. К эпидемиологическим факторам риска контактов по туберкулезу относятся:

1. контакт с бактериовыделителем с положительным результатом микроскопии;
2. контакт с бактериовыделителем, при наличии множественной лекарственной устойчивости МБТ;
3. контакт с лицом, умершим от туберкулеза;
4. все ответы верны.

362. Что является косвенным свидетельством высокой эпидемиологической опасности индексного пациента с туберкулезом легких:

1. смерть пациента от туберкулезной инфекции;
2. хроническая форма туберкулеза у индексного пациента;
3. выявление туберкулеза легких у индексного пациента рентгенологически;
4. впервые выявленный туберкулез легких.

363. Очагом туберкулезной инфекции называется:

1. место пребывания источника МБТ, как правило бактериовыделителя, вместе с окружающими его людьми и обстановкой в тех пределах пространства и времени, в которых возможно возникновение новых заражений и заболеваний;

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 пациент с туберкулезом.

364. Сколько групп очагов туберкулезной инфекции выделяют в зависимости от риска возникновения новых заболеваний:

1. 3 группы;

2. 2 группы;

3. 4 группы;

4. не разделяются на группы.

365. Наибольшим риском заражения характеризуются очаги туберкулезной инфекции, относящиеся к:

1. 3-й группе;

2. 2-й группе;

3. 1-й группе;

4. все одинаково опасны.

366. К 1-й группе очагов с наибольшим риском заражения может быть отнесен очаг:

1. в семье проживает алкоголик, переболевший туберкулезом и снятый с учета;

2. у одного из членов семьи определяются множественные кальцинаты;

3. проживает пациент с туберкулезным спондилитом;

4. проживает пациент с туберкулезом органов дыхания с выделением МБТ, подтвержденным бактериоскопически, и ребенок 5 лет.

367. К мероприятиям по разобщению источника инфекции и контактов относятся:

1. госпитализация (изоляция) и лечение бактериовыделителя; изоляция пациента в пределах очага (если он не госпитализируется); изоляция и оздоровление контактов;

2. изоляция и лечение пациентов, санитарное просвещение, общеоздоровительные мероприятия;

3. изоляция и лечение пациентов, работа в очаге туберкулезной инфекции, массовые рентгенологические обследования;

4. вакцинация БЦЖ и химиопрофилактика.

368. С целью разобщения с источником инфекции, проведения контролируемого профилактического лечения и оздоровления дети-контакты направляются:

1. в детскую больницу;

2. в детские отделения противотуберкулезных стационаров;

3. в специализированные или общие детские санаторные учреждения;

4. остаются в очаге туберкулезной инфекции.

369. Дети из очагов туберкулезной инфекции (с согласия родителей) направляются в специализированные или общие детские санаторные учреждения с целью:

1. разобщения с источником инфекции;

2. проведения контролируемого профилактического лечения;

3. проведения оздоровления;

4. все ответы верны.

370. К медико-биологическим факторам риска контактов (детей) по туберкулезу относятся:

1. отсутствие вакцинации БЦЖ или постпрививочного рубчика;

2. ВИЧ-инфицирование, перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции;

3. длительная терапия кортикостероидными, цитостатическими препаратами;

4. все ответы верны.

371. Санитарно-просветительная работа в очаге туберкулезной инфекции проводится:

1. фтизиатром;

2. участковым фтизиатром, участковой медсестрой и эпидемиологом;

3. участковым терапевтом;

4. участковой медсестрой терапевтического участка.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

372. Основной метод активного и раннего выявления туберкулеза легких среди взрослого населения Республики Беларусь в настоящее время:

1. туберкулинодиагностика – проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л;
2. цифровая рентгенография органов грудной клетки;
3. компьютерная томография органов грудной клетки;
4. исследование мокроты на МБТ.

373. Наиболее эффективные варианты организации рентгенологического обследования взрослого населения с целью выявления туберкулеза:

1. путем выборочных рентгенологических обследований;
2. путем сплошных рентгенологических обследований;
3. путем максимального охвата рентгенологическим обследованием населения при обращении в лечебно-профилактические учреждения;
4. путем рационального использования всех вышеуказанных вариантов.

374. При проведении диспансеризации «обязательные» и «угрожаемые» по заболеванию туберкулезом органов дыхания контингенты обследуются рентгенологически:

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.

375. Беременным рентгенологическое обследование производится:

1. в первой половине беременности;
2. во второй половине беременности;
3. только по строгим показаниям;
4. при постановке на учет по беременности до 12 недель.

376. При проведении диспансеризации цифровая рентгенография органов грудной клетки рекомендована пациентам в возрасте 18–39 лет, не относящимся к «обязательным» и «угрожаемым» контингентам:

1. 1 раз в 6 месяцев;

2. 1 раз в 3 года;
3. 1 раз в 2 года;
4. ежегодно.

377. При проведении диспансеризации цифровая рентгенография органов грудной клетки рекомендована пациентам в возрасте 40 лет и старше, не относящимся к «обязательным» и «угрожаемым» контингентам:

1. 1 раз в 6 месяцев;
2. 1 раз в 2 года;
3. ежегодно;
4. 1 раз в 3 года.

378. Если в семье туберкулезом болен отец новорожденного, индексный пациент:

1. изолируется в пределах очага;
2. обязательно госпитализируется не менее чем на 2–3 месяца;
3. не изолируется, обучается правилам поведения в отношении новорожденного;
4. специальные мероприятия не требуются.

379. При проведении расследования контактов приоритет отдается:

1. детям;
2. контактам с клиническими проявлениями туберкулеза;
3. контактам с иммуносупрессией (в том числе ВИЧ-инфекцией);
4. все ответы верны.

380. Микробиологическое обследование пациента с жалобами, характерными для активного туберкулеза легких включает:

1. молекулярно-генетическое исследование (Xpert MTB/Rif);
2. культуральное исследование мокроты;
3. микроскопическое исследование мокроты на КУБ;
4. все ответы верны.

381. В группу повышенного риска заболевания туберкулезом входят пациенты с:

1. сахарным диабетом;
2. ишемической болезнью сердца;
3. мочекаменной болезнью;
4. хроническим холециститом;

382. Укажите социальные факторы риска контактов по туберкулезу:

1. проживание в малообеспеченных многодетных семьях;
2. миграционный анамнез;
3. алкоголизм или наркомания источника инфекции или контакта;
4. все ответы верны.

383. В группу повышенного риска заболевания туберкулезом входят:

1. лица, злоупотребляющие алкоголем;
2. беженцы, мигранты;
3. работники милиции, непосредственно контактирующие с заключенными;
4. все ответы верны.

384. На консультацию к фтизиатру должен быть направлен ребенок:

1. при наличии реакции Манту – папула 7 мм через год после вакцинации;
2. с гиперергической реакцией или нарастанием чувствительности к туберкулину на 6 мм и более по сравнению с предыдущей;
3. с «виражом» туберкулиновой реакции.
4. с отрицательной реакцией Манту;
5. с поствакцинальным рубчиком 6 мм.

2 правильных ответа

385. Укажите мероприятия, которые необходимо провести к моменту выписки новорожденного из роддома, если отец с диагностированным туберкулезом уже госпитализирован в противотуберкулезный стационар?

1. в квартире проводится заключительная дезинфекция (химиофилактика новорожденному не назначается);
2. химиофилактика;
3. профилактическое лечение ребенка;
4. все ответы верны.

386. К группам повышенного риска заболевания туберкулезом относятся дети:

1. с ревматизмом;
2. с хроническим гайморитом;

3. с «виражом» туберкулиновой реакции;
4. с наличием сколиоза;
5. с экссудативным плевритом в анамнезе.

2 правильных ответа

387. Принципиальный подход к сохранению или прерыванию беременности при выявлении туберкулеза у женщины:

1. прерывание беременности обязательно;
2. прерывание беременности желательно;
3. может родить здорового ребенка;
4. прерывание беременности полностью исключается;
5. вопрос решается в каждом случае индивидуально.

2 правильных ответа

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

388. В какой группе диспансерного учета должны наблюдаться впервые выявленные пациенты без бактериовыделения и с лекарственно-чувствительными формами туберкулеза?

1. IA;
2. IB;
3. II;
4. III.

389. В какой группе диспансерного учета должны наблюдаться лица с клинически излеченным туберкулезом?

1. I;
2. IV;
3. III;
4. II.

390. В какой группе диспансерного учета наблюдаются контакты с активным туберкулезом?

1. I;
2. IV;
3. II;
4. III.

391. В какой группе диспансерного учета должны наблюдаться дети с виражом туберкулиновой реакции?

1. IA;
2. VIA;
3. II;
4. на диспансерный учет не берутся.

392. В какой группе диспансерного учета должны наблюдаться дети с впервые выявленным первичным туберкулезным комплексом без бактериовыделения?

1. IA;
2. VIБ;

3. VIB ;
4. III.

393. В какой группе диспансерного учета должны наблюдаться дети с гиперергической туберкулиновой реакцией?

1. IA;
2. II;
3. VIA;
4. VIB.

394. При каком результате (исходе) химиотерапии осуществляется перевод из IIА и IIБ ГДУ в неактивную IIIБ группу?

1. прогрессирование туберкулезного процесса;
2. стабилизация процесса;
3. затихание туберкулезного процесса при сохранении активности;
4. после успешно проведенного лечения.

395. Врачи каких специальностей должны активно выявлять пациентов, подозрительных на туберкулез?

1. терапевты;
2. педиатры;
3. фтизиатры;
4. любой врачебной специальности.

396. Укажите рекомендуемые сроки обследования очага туберкулезной инфекции (после выявления индексного пациента) для выявления и приоритизации контактов:

1. до 2-х месяцев;
2. в течение недели;
3. в течение 3-х дней;
4. до 1-го месяца.

397. Какой максимальный срок выплаты пособия по временной нетрудоспособности с перерывом в течение последних 12 месяцев возможен пациенту с туберкулезом (на основании листка нетрудоспособности по согласованию с ВКК, без решения МРЭК):

1. до 2-х месяцев;
2. до 4-х месяцев;
3. 8 месяцев;
4. 6 месяцев.

398. Заболеваемость туберкулезом – это:

1. число пациентов с активным туберкулезом, определяемое на конец года на 100 000 населения;
2. число пациентов с впервые в жизни выявленным активным туберкулезом на 100 000 населения;
3. число впервые выявленных пациентов с активным туберкулезом за определенный период времени (за год), рассчитанное на 100 000 населения;
4. число всех лиц, состоящих на учете в противотуберкулезном диспансере на конец года.

399. Смертность от туберкулеза – это:

1. количество пациентов, умерших в текущем году от туберкулеза и его последствий (показатель рассчитывается из числа умерших лиц на 100 000 населения);
2. число пациентов с туберкулезом, умерших от всех причин на 100 000 населения;
3. число умерших от туберкулеза по отношению к числу пациентов, состоящих на учете в тубдиспансере;
4. число умерших лиц, состоявших на учете в тубдиспансере, по отношению ко всему контингенту тубдиспансера.

400. К обязанностям терапевтической службы по проведению противотуберкулезных мероприятий относится:

1. работа в очаге туберкулезной инфекции;
2. контроль прохождения рентгенологического обследования «обязательными» контингентами;
3. направление пациентов в туберкулезные санатории;
4. формирование групп риска по туберкулезу и контроль прохождения ими рентгенологического обследования;
5. определение активности туберкулезного процесса.

2 правильных ответа

401. К обязанностям педиатрической службы относится:

1. планирование и проведение вакцинации БЦЖ детям, не вакцинированным в родильном доме;
2. обследование на туберкулез контактов;
3. назначение химиопрофилактики детям с «виражом» и гиперергической туберкулиновой реакцией;
4. своевременное направление к фтизиопедиатру детей с «виражом», гиперергической или нарастающей реакцией на пробу Манту;
5. лечение детей с туберкулезной интоксикацией.

2 правильных ответа

402. При отсутствии лечения пациент с туберкулезом легких, выделяющий МБТ, может заразить в среднем за год:

1. 1–2 человек;
2. более 1000 человек;
3. всех людей, контактировавших с ним более 30 минут;
4. 10–14 человек.

403. Лечение детей с активным туберкулезом органов дыхания проводится:

1. в инфекционной больнице;
2. в пульмонологическом отделении детской больницы;
3. в противотуберкулезном стационаре;
4. в детских отделениях противотуберкулезных диспансеров и стационаров.

404. В какой группе диспансерного учета должны наблюдаться дети с поствакцинальными осложнениями БЦЖ вакцины?

1. IA;
2. II;
3. VIA;
4. VIB.

ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

405. Рекомендуемая комбинация лекарственных средств в фазе продолжения лечения пациентов с лекарственно-чувствительным туберкулезом:

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

406. Какое сочетание противотуберкулезных лекарственных средств недопустимо?

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

407. Какое число противотуберкулезных лекарственных средств включает режим лечения впервые выявленного пациента бактериовыделителя при сохраненной чувствительности МБТ в интенсивной фазе?

1. 2;
2. 3;
3. 4;
4. 5–6.

408. При сохранении бактериовыделения, подтвержденного методом микроскопии, после двух месяцев лечения пациента с лекарственно-чувствительным туберкулезом, интенсивная фаза продлевается до:

1. шести месяцев;
2. пяти месяцев;
3. пациента переводят на фазу продолжения;
4. трех месяцев.

409. Рекомендуемая комбинация противотуберкулезных лекарственных средств для интенсивной фазы лечения пациентов с лекарственно-чувствительным туберкулезом:

1. изониазид + этамбутол + канамицин;
2. изониазид + рифампицин + пиразинамид + этамбутол;

3. рифампицин + стрептомицин + этионамид + ПАСК;
4. изониазид + амикацин + этамбутол + офлоксацин.

410. Наиболее эффективный метод контроля приема противотуберкулезных лекарственных средств пациентом в амбулаторных условиях:

1. выдача препаратов на руки пациенту 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.

411. Основное побочное действие рифампицин оказывает на:

1. центральную нервную систему;
2. печень (гепатит);
3. орган зрения;
4. орган слуха.

412. Основное побочное действие канамицин оказывает на:

1. желудочно-кишечный тракт;
2. периферическую нервную систему;
3. слуховой нерв;
4. орган зрения.

413. Основное побочное действие изониазид оказывает:

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

414. Основное побочное действие этамбутол оказывает:

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

415. Рекомендуемая в интенсивной фазе комбинация противотуберкулезных лекарственных средств при лечении ребенка с туберкулезной интоксикацией:

1. изониазид;
2. изониазид + рифампицин;

3. изониазид + этамбутол (или пиразинамид, протионамид);
4. изониазид + рифампицин + пиразинамид + этамбутол.

416. Укажите число противотуберкулезных лекарственных средств, включаемых в режим терапии в фазе продолжения ранее леченого пациента (при сохраненной чувствительности МБТ)?

1. 3;
2. 2;
3. 4;
4. 5–6 и более.

417. Рекомендуемая в фазе продолжения комбинация противотуберкулезных лекарственных средств при лечении ребенка с малой формой туберкулезного бронхоаденита (без бактериовыделения)?

1. изониазид + рифампицин;
2. рифампицин + пиразинамид;
3. изониазид + рифампицин + этамбутол;
4. лечение не показано, проводится химиопрофилактика изониазидом.

418. К какой группе основных ПТЛС второго ряда, используемых для лечения рифампицин-устойчивого туберкулеза, относятся фторхинолоны?

1. группа А;
2. группа В;
3. группа С;
4. группа D.

419. К какой группе основных ПТЛС второго ряда, используемых для лечения рифампицин-устойчивого туберкулеза, относятся инъекционные ПТЛС 2-го ряда?

1. группа А;
2. группа С;
3. группа В;
4. группа D.

420. Дополнительно при лечении пациента с туберкулезом следует предусмотреть:

1. назначение глюкокортикоидов;
2. назначение анаболических стероидов;
3. консультацию торакального хирурга;
4. назначение протеолитических ферментов.

421. При каких формах туберкулезного процесса показано применение глюкокортикоидов?

1. очаговый туберкулез легких в фазе рассасывания и уплотнения;
2. цирротический туберкулез легких;
3. туберкулема;
4. милиарный туберкулез.

422. Срочным показанием для хирургического вмешательства при лечении туберкулеза легких является?

1. односторонний очаговый туберкулез в фазе распада;
2. повторное кровохарканье, которое невозможно остановить другими методами;
3. профузное легочное кровотечение;
4. фиброзно-кавернозный туберкулез в верхней доле левого легкого.

423. Что является неотложным показанием для хирургического вмешательства при лечении туберкулеза легких?

1. односторонний очаговый туберкулез в фазе распада;
2. повторное кровохарканье, которое невозможно остановить другими методами;
3. фиброзно-кавернозный туберкулез в верхней доле левого легкого;
4. профузное легочное кровотечение.

424. Использование лечебного питания в комплексном лечении пациентов с туберкулезом направлено на:?

1. повышение защитных сил организма;
2. стимуляцию репаративных процессов;
3. нормализацию обменных процессов и восстановление нарушенных функций;
4. все ответы верны.

425. Основные принципы химиотерапии туберкулеза:

1. контролируемость;
2. длительность;
3. комбинированность;
4. учет лекарственной чувствительности МБТ;
5. все ответы правильны.

426. Лечение, направленное на уничтожение возбудителя туберкулеза (МБТ) называется:

1. патогенетическая терапия;
2. симптоматическая терапия;
3. химиотерапия туберкулеза;
4. лучевая терапия.

427. Курс химиотерапии туберкулеза включает в себя следующие периоды:

1. интенсивная фаза;
2. фаза накопления;
3. фаза продолжения;
4. активная фаза;
5. пассивная фаза;

2 правильных ответа

428. При легочном кровотечении показано назначение:

1. викасол + этамзилат + аминокaproновая кислота;
2. рамиприл+метопролол+аспирин;
3. гепарин+ варфарин+стрептокиназа.

429. При клапанном пневмотораксе показано:

1. только симптоматическая терапия;
2. наложение искусственного пневмоторакса;
3. дренирование плевральной полости;
4. все ответы правильны.

430. Оптимальным лечением экссудативного туберкулезного плеврита является:

1. химиотерапия;
2. химиотерапия + глюкокортикостероиды;
3. химиотерапия + плевральная пункция;
4. химиотерапия + глюкокортикостероиды + плевральная пункция.

431. При первичном спонтанном пневмотораксе небольшого объема (менее 15%) у пациентов без выраженной одышки показано:

1. наблюдение и кислородотерапия;
2. наложение искусственного пневмоторакса;
3. дренирование плевральной полости;
4. все ответы правильны.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

432. Дифференциальная диагностика туберкулезной интоксикации проводится с:

1. пневмонией;
2. хроническим тонзиллитом;
3. экссудативным плевритом;
4. саркоидозом;
5. глистной инвазией;
6. хроническим гастритом.

2 правильных ответа

433. Рентгенологический признак, характерный для туберкулезной полости, в отличие от абсцесса легких:

1. высокий горизонтальный уровень жидкости в полости;
2. наличие полиморфных очаговых теней в окружающей ткани легкого;
3. увеличение корня легкого за счет реактивного аденита;
4. широкая и неравномерная перикавитарная зона воспаления.

2 правильных ответа

434. Дифференциальная диагностика первичного комплекса проводится с:

1. коклюшем;
2. плевритом;
3. пневмонией;
4. лимфогранулематозом.

435. Для лимфогранулематоза, в отличие от туберкулезного бронхоаденита, характерны:

1. симптом «дымовой трубы»;
2. одностороннее увеличение преимущественно бронхопульмональных лимфоузлов;
3. гиперергическая реакция Манту;
4. микрополиаденит;
5. клетки Березовского-Штернберга в гранулеме;
6. клетки Пирогова-Лангханса в гранулеме.

2 правильных ответа

436. Метод исследования, позволяющий верифицировать этиологию периферического лимфаденита?

1. рентгенологический;
2. бактериологический;
3. иммунологический;
4. гистологический (биопсия).

437. Дифференциальную диагностику туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов у детей следует проводить с:

1. саркоидозом внутригрудных лимфатических узлов;
2. прикорневой пневмонией;
3. Лангерганс-клеточным гистиоцитозом;
4. лимфогранулематозом;
5. все ответы верны.

438. Дифференциальный диагноз милиарного туберкулеза проводится с:

1. крупозной пневмонией;
2. пневмосклерозом;
3. мелкоочаговой пневмонией;
4. периферическим раком.

439. Для милиарного туберкулеза, в отличие от карциноматоза, характерно:

1. наличие высокой (до 39–40⁰С) температуры гектического типа;
2. развитие экссудативного плеврита с упорным течением и геморрагическим экссудатом;
3. появление одышки и ее постепенное нарастание;
4. наличие мелких (до 0,5 см) очагов с четкими контурами без слияния между собой.

440. Для какой патологии характерен симптом «разменной монеты»?

1. подострый диссеминированный туберкулез;
2. хронический диссеминированный туберкулез;
3. периферический рак;
4. метастатический рак (карциноматоз).

441. Очаговый туберкулез легких чаще всего дифференцируют:

1. с периферическим раком;
2. с эозинофильной пневмонией;

3. с очаговой пневмонией;
4. с доброкачественной опухолью.

442. Для очагового туберкулеза, в отличие от пневмонии, характерно:

1. температура 38–39⁰С;
2. изменения чаще в нижних отделах легких;
3. температура нормальная или субфебрильная;
4. СОЭ повышена до 30 мм/час и более.

443. Дифференциальный диагноз облаковидного инфильтрата проводится в первую очередь:

1. с легочной кистой;
2. с экссудативным плевритом;
3. с периферическим раком;
4. с пневмонией.

444. Дифференциальная диагностика круглого инфильтрата проводится со всеми перечисленными ниже заболеваниями, кроме:

1. солитарный метастаз опухоли другой локализации в легкое;
2. доброкачественная периферическая опухоль легкого;
3. периферический рак легкого;
4. туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов.

445. При дифференциальной диагностике острого абсцесса легких и инфильтративного туберкулеза с распадом, в пользу туберкулеза свидетельствует:

1. наличие неприятного запаха мокроты;
2. неравномерный участок инфильтрации в верхней доле с просветлением в центре и наличием очаговых теней в рядом расположенных отделах легкого;
3. полость распада с горизонтальным уровнем и инфильтрацией вокруг;
4. острое начало с высокой лихорадкой (до 39 °С), ознобами и улучшением состояния после отхождения большого количества гнойной мокроты.

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

1. анамнез заболевания и данные объективного обследования;
2. данные бронхоскопии;

3. многократное исследование мокроты на МБТ;
4. рентгенологические данные.

447. Казеозную пневмонию необходимо дифференцировать, в первую очередь с:

1. сепсисом;
2. менингитом;
3. центральным раком;
4. крупозной пневмонией.

448. С каким заболеванием необходимо дифференцировать туберкулезу легких:

1. с очаговой пневмонией;
2. с хроническим абсцессом легкого;
3. с легочной воздушной кистой;
4. с периферическим раком легкого.

449. Какие из перечисленных рентгенологических признаков не характерны для туберкулемы:

1. симптом «восходящего солнца»;
2. наличие в круглой тени участка просветления, расположенного эксцентрично;
3. локализация тени в 1-м и 2-м сегменте;
4. фиброзная дорожка к корню легкого;
5. бугристые контуры тени;
6. наличие кальцината внутри округлой тени.

2 правильных ответа

450. Кавернозный и фибринозно-кавернозный туберкулез необходимо дифференцировать:

1. с пневмосклерозом;
2. с ателектазом;
3. с инфицированной кистой;
4. с хроническим бронхитом.

451. 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.

452. Какую форму первичного туберкулеза необходимо дифференцировать от пневмонии?

1. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;
2. первичный туберкулезный комплекс;
3. туберкулезная интоксикация;
4. хронически текущий первичный туберкулез;
5. все перечисленное верно.

453. Что, из перечисленного ниже, можно отнести к осложнениям хронического диссеминированного туберкулеза легких:

1. дыхательная недостаточность;
2. туберкулез гортани;
3. легочное кровохарканье;
4. плеврит;
5. все перечисленное верно.

454. Какой менингит наиболее вероятен при постепенном начале заболевания?

1. вирусный;
2. стрептококковый;
3. туберкулезный;
4. церебральный эпидемический;
5. менингококковый.

455. Что, из приведенного ниже, характерно для пациента с очаговым туберкулезом легких?

1. состояние средней тяжести, пациент пониженного питания, бледен;
2. состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, отеки;
3. состояние удовлетворительное, кожа обычной влажности и цвета;
4. состояние удовлетворительное, кожа повышенной влажности, тургор снижен;
5. состояние средней тяжести, акроцианоз.

456. Какие клинические проявления (симптомы) возможны у пациентов с очаговым туберкулезом легких:

1. отсутствие клинических проявлений заболевания;
2. слабо выраженные симптомы интоксикации – слабость, утомляемость, субфебрильная температура;
3. кашель – сухой или с небольшим количеством слизистой мокроты;
4. возможны все предложенные варианты.

457. Каковы данные аускультации легких у пациентов с очаговым туберкулезом?

1. распространенные свистящие хрипы;
2. разнокалиберные влажные хрипы на ограниченном протяжении;
3. крепитация над зоной поражения;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

458. Наиболее характерные грудные жалобы пациентов с 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.

459. Что не приводит к смещению нижней границы легких?

1. клапанный пневмоторакс;
2. пневмония;
3. плеврит;
4. ателектаз легкого;
5. эмфизема.

460. Что из перечисленного ниже приводит к ослаблению голосового дрожания?

1. пневмоторакс;
2. плеврит;
3. фиброторакс;
4. ХОБЛ;
5. все перечисленное верно.

461. Что приводит к смещению нижней границы легких вниз?

1. воспаление;
2. опухоль;
3. инфаркт сегмента легкого;
4. ателектаз легкого;
5. эмфизема.

462. Что приводит к смещению нижней границы легких вверх?

1. клапанный пневмоторакс;
2. пневмония;
3. бронхиальная астма;
4. ателектаз легкого;
5. эмфизема.

463. Притупление перкуторного легочного звука может определяться при всех ниже приведенных заболеваниях, кроме?

1. пневмоторакс;
2. бактериальная пневмония;
3. казеозная лобарная пневмония;
4. экссудативный плеврит;
5. эмпиема плевры.

464. При каком заболевании выявляется коробочный перкуторный звук?

1. пневмосклероз;
2. инфаркт легкого;
3. хронический бронхит;
4. опухоль легкого;
5. эмфизема легкого.

465. В каком случае выявляется тимпанический перкуторный звук?

1. пневмосклероз;
2. инфаркт легкого;
3. гигантская полость в легком;
4. пневмония;
5. экссудативный плеврит.

466. Что может быть причиной ослабления везикулярного дыхания?

1. опухоль бронха;
2. эмфизема легких;
3. фибринозный плеврит;
4. пневмония;
5. все перечисленное верно.

467. Где локализуется воспалительный процесс, если выслушивается жесткое дыхание?

1. в бронхах и бронхиолах;

2. в альвеолах;
3. в интерстициальной ткани;
4. в плевре;
5. все перечисленное верно.

468. При каком заболевании выслушивается крепитация?

1. бронхиальная астма;
2. сухой плеврит;
3. острый бронхит;
4. идиопатический легочный фиброз;
5. пневмония.

2 правильных ответа

469. При каком заболевании чаще выслушиваются влажные хрипы?

1. очаговый туберкулез легких;
2. туберкулема легкого;
3. пневмония;
4. рак легкого;
5. киста легкого.

470. При каком заболевании мокрота, как правило, не бывает слизистой?

1. бронхиальная астма;
2. пневмония;
3. бронхит;
4. абсцесс легких;
5. инфильтративный туберкулез легких.

471. При каком заболевании мокрота стекловидная?

1. бронхиальная астма;
2. крупозная пневмония;
3. абсцесс легких;
4. отек легких;
5. туберкулез.

472. При каком заболевании возможно кровохарканье?

1. туберкулез легких;
2. рак легких;
3. хронический бронхит;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

473. Что свидетельствует о поражении бронхов?

1. кашель;
2. гиповентиляция;
3. ателектаз;
4. гнойная мокрота;
5. все перечисленное верно.

474. Какой аускультативный признак указывает на гигантскую каверну в легких при туберкулезе?

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

475. К клинико-рентгенологическим типам инфильтративного туберкулеза легких относится все, кроме:

1. бронхо-лобулярный;
2. облаковидный;
3. перисциссурит;
4. междолевой;
5. лобит.

476. Для какой формы туберкулеза типично наличие каверны стабильных размеров с малой выраженностью очаговых, инфильтративных и фиброзных изменений вокруг?

1. первичный туберкулез в фазе распада;
2. диссеминированный туберкулез в фазе распада;
3. инфильтративный туберкулез в фазе распада;
4. кавернозный туберкулез;
5. фиброзно-кавернозный туберкулез.

477. Как отображается фиброзная каверна в легком на рентгенограмме?

1. фокус округлой или овальной формы с просветлением в центре;
2. распространенное затемнение с просветлением в центре;
3. кольцевидная тень округлой формы с уровнем жидкости и перифокальным воспалением;
4. тонкостенная кольцевидная тень в малоизмененном легком;
5. кольцевидная тень со стенкой разной толщины в уменьшенном по объему легком.

478. Перечислите основные варианты течения фиброзно-кавернозного туберкулеза легких:

1. относительно стабильный;
2. прогрессирующий;
3. осложненный;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

479. Какие изменения могут определяться на рентгенограмме у пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких?

1. наличие одной или нескольких каверн неправильной формы;
2. полиморфные очаги обсеменения;
3. фиброз и уменьшение пораженных отделов легкого;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

480. Какой рентгенологический признак свидетельствует о развитии фиброза легочной ткани вокруг каверны?

1. уплощение купола диафрагмы;
2. смещение органов средостения в сторону поражения;
3. полиморфизм очагов вокруг каверны;
4. перикавитарная эмфизема;
5. все перечисленное верно.

481. Какой рентгенологический признак указывает на фиброз легочной ткани?

1. уменьшение в размерах пораженного отдела легкого;
2. смещение органов средостения в сторону поражения;
3. высокое стояние купола диафрагмы;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

482. Что свидетельствует в пользу туберкулеза при дифференциальной диагностике с опухолью легкого?

1. молодой (работоспособный) возраст;
2. обнаружение МБТ в мокроте;
3. наличие очаговых теней вокруг «образования»;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

483. Какой рентгенологический признак(-и) характерен для центрального рака легкого?

1. расширение тени корня легкого;
2. ателектаз на стороне поражения;
3. объемное образование в корне легкого;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

484. Какая клиническая форма туберкулеза рентгенологически похожа на саркоидоз легких (II стадия)?

1. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;
2. первичный туберкулезный комплекс;
3. инфильтративный туберкулез средней доли;
4. кавернозный туберкулез;
5. милиарный туберкулез легких.

485. Какой рентгенологический симптом характерен для силикотуберкулеза и не встречается при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов?

1. расширение корней легких;
2. преимущественное поражение бронхопульмональных лимфатических узлов;
3. кальцинация лимфоузлов;
4. кальцинация лимфатических узлов по типу «яичной скорлупы»;
5. наличие ателектаза.

486. Дифференциальная диагностика туберкулезного бронхоаденита проводится с:

1. саркоидозом внутригрудных лимфатических узлов;
2. очаговой пневмонией;
3. периферическим раком;
4. междолевым плевритом.

487. Какой изменения биохимических показателей чаще наблюдается при саркоидозе?

1. гипогаммаглобулинемия;
2. повышение уровня лизоцима в слюне;
3. повышение содержания кальция в крови;
4. гиперхолестеринемия;
5. гипопротеинемия.

488. При каком заболевании для верификации диагноза необходима биопсия легкого?

1. мелкоочаговая бронхопневмония;
2. саркоидоз легких;
3. диффузный деформирующий бронхит;
4. силикоз;
5. диссеминированный туберкулез.

489. Какой метод верификации диагноза является наиболее информативным при интерстициальных заболеваниях легких?

1. рентгенография;
2. иммуногенетическое исследование;
3. микробиологическое исследование бронхиального содержимого;
4. радионуклидное исследование легких;
5. гистологическое (морфологическое) исследование ткани легкого.

490. Общими для идиопатического легочного фиброза и хронического диссеминированного туберкулеза легких являются все нижеприведенные симптомы, кроме:

1. кашель с мокротой или без;
2. снижение сатурации по данным пульсоксиметрии;
3. прогрессирующая одышка;
4. наличие фиброзных изменений в легких;
5. выявление МБТ в мокроте.

491. Какой рентгенологический признак отличает «застойное» легкое от диссеминированного туберкулеза легких?

1. деформация корней легких;
2. очаговые тени в верхних и средних отделах легких;
3. усиление и смазанность (нечеткость) легочного рисунка в нижних отделах в сочетании с правосторонним или двухсторонним плевральным выпотом;
4. плевральный выпот;
5. смещение органов средостения.

492. Укажите, какие изменения могут быть выявлены при компьютерной томографии высокого разрешения у пациентов с идиопатическим легочным фиброзом:

1. «сотовое легкое»;
2. тракционные бронхоэктазы;
3. ретикулярные изменения преимущественно в нижних отделах обоих легких;

4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное не верно.

493. Укажите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику у пациента при выявлении на рентгенограмме двухсторонней диссеминации в легких?

1. диссеминированный туберкулез легких;
2. саркоидоз легких (II стадия);
3. карциноматоз;
4. пневмокониоз;
5. все перечисленное верно.

494. Какие органы, из перечисленных ниже, следует обследовать при подозрении на карциноматоз?

1. толстый кишечник и желудок;
2. молочные железы ;
3. почки;
4. щитовидную железу;
5. все перечисленное верно.

495. Какое заболевание наиболее вероятно при тотальной диссеминации в легких без тенденции очагов к слиянию и распаду?

1. силикотуберкулез;
2. подострый диссеминированный туберкулез;
3. альвеолярный протеиноз;
4. карциноматоз;
5. идиопатический легочный фиброз.

496. Что имеет наибольшее значение в диагностике пневмокониозов?

1. тщательно собранный профессиональный анамнез (контакт пациента с фиброгенными аэрозолями);
2. кровохарканье и гипохромная анемия;
3. фиброз и очаговые тени в средних и нижних легочных полях;
4. кашель с трудно отделяемой мокротой;
5. легочное сердце и полицитемия.

497. Что является причиной интенсивного затемнения в легком со смещением органов средостения в пораженную сторону?

1. казеозная пневмония;
2. ателектаз;

3. киста;
4. пневмония;
5. плеврит.

498. Какой клинический признак помогает дифференцировать острый абсцесс от инфильтративного туберкулеза в фазе распада?

1. острое начало заболевания;
2. недостаточный эффект неспецифического антибактериального лечения;
3. кальцинаты в корне легкого;
4. кашель с отхождением значительного количества гнойной мокроты с запахом;
5. пневмония в анамнезе.

499. Какой метод(-ы) является наиболее информативным при проведении дифференциальной диагностики центрального рака легкого и инфильтративного туберкулеза?

1. линейная томография;
2. комплексное обследование, включающее: ФБС с биопсией, компьютерную томографию органов грудной клетки, использование методов выявления МБТ;
3. микроскопия мокроты;
4. медиастиноскопия с биопсией;
5. диагностическая торакотомия.

500. Какое исследование, из перечисленных ниже, следует назначить в первую очередь пациенту с периферическим округлым образованием в легком?

1. исследование мокроты на микрофлору и клеточный состав;
2. торакоскопию;
3. ультразвуковое исследование легких;
4. УЗИ внутренних органов;
5. компьютерную томографию.

501. Что характерно для солитарной кисты легкого?

1. отсутствие воспалительных изменений в окружающей легочной ткани;
2. отсутствие клинических симптомов заболевания;
3. ровность и четкость наружного и внутреннего контуров стенки кисты;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

502. Какое исследование(-я) целесообразно проводить при дифференциальной диагностике кавернозного туберкулеза и кисты легкого?

1. исследование мокроты на МБТ (методами микроскопии и посева);
2. компьютерная томография;
3. исследование мокроты на МБТ методом ПЦР;
4. все перечисленное верно;
5. все перечисленное неверно.

503. Какая наиболее вероятная причина длительно сохраняющегося, на фоне противовоспалительной терапии, экссудативного плеврита у молодого пациента?

1. пневмония;
2. туберкулез;
3. злокачественная опухоль легкого;
4. сердечно-сосудистые заболевания;
5. мезотелиома.

504. Какая причина плеврального выпота наиболее вероятна у пациента старше 65 лет курильщика (ИКЧ 75 пачка/лет)?

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

ОТВЕТЫ

1.	2
2.	4
3.	2
4.	1
5.	2
6.	2
7.	2, 6
8.	3
9.	2
10.	2
11.	3
12.	2
13.	3
14.	2
15.	4
16.	2
17.	2
18.	3
19.	2
20.	3
21.	1, 3
22.	1
23.	1
24.	5
25.	5
26.	2
27.	5
28.	1
29.	5
30.	5
31.	5
32.	3
33.	4
34.	1
35.	4
36.	2
37.	3

38.	1
39.	2
40.	1
41.	4
42.	3
43.	5
44.	2
45.	2
46.	3
47.	5
48.	5
49.	4
50.	5
51.	1
52.	5
53.	5
54.	5
55.	2
56.	4
57.	5
58.	5
59.	5
60.	1
61.	4
62.	1
63.	4
64.	2
65.	5
66.	4
67.	1
68.	5
69.	3
70.	3
71.	2
72.	1
73.	4
74.	5

75.	1
76.	1
77.	5
78.	4
79.	2
80.	6
81.	5
82.	5
83.	5
84.	5
85.	4
86.	4
87.	1
88.	5
89.	1
90.	3
91.	1
92.	4
93.	3
94.	2
95.	1
96.	4
97.	1
98.	2
99.	2, 5
100.	3
101.	3, 5
102.	2
103.	3
104.	2
105.	2
106.	1
107.	3
108.	2
109.	1
110.	1
111.	4

112.	2
113.	3
114.	4
115.	4
116.	3
117.	2
118.	1
119.	1
120.	5
121.	4
122.	2
123.	3
124.	2
125.	2
126.	1
127.	3
128.	4
129.	4
130.	4
131.	3
132.	2
133.	4
134.	2
135.	1
136.	2
137.	3
138.	4
139.	1, 3
140.	3
141.	1
142.	3
143.	2
144.	2
145.	2
146.	1
147.	4
148.	3

149.	2
150.	3
151.	2
152.	3
153.	5
154.	3
155.	2
156.	4
157.	4
158.	4
159.	2
160.	3
161.	2
162.	3
163.	5
164.	2
165.	5
166.	2
167.	4
168.	4
169.	3
170.	1
171.	5
172.	2
173.	2
174.	2
175.	5
176.	5
177.	4
178.	3
179.	4
180.	2
181.	1, 2
182.	5
183.	4
184.	5
185.	4
186.	2
187.	4
188.	2

189.	4
190.	3
191.	5
192.	4
193.	5
194.	4
195.	3
196.	3
197.	5
198.	3
199.	2
200.	3
201.	1
202.	5
203.	5
204.	3
205.	5
206.	5
207.	2
208.	5
209.	3
210.	2
211.	4
212.	2
213.	4
214.	3, 5
215.	4, 5
216.	4
217.	3
218.	2
219.	2
220.	4
221.	1
222.	4
223.	3
224.	5
225.	1
226.	4
227.	5
228.	5

229.	5
230.	5
231.	5
232.	2
233.	1
234.	2
235.	4
236.	4
237.	4
238.	3
239.	4
240.	5
241.	3
242.	5
243.	1
244.	5
245.	3
246.	4
247.	5
248.	2
249.	4
250.	2
251.	3
252.	2
253.	2
254.	3
255.	2
256.	3
257.	2
258.	4
259.	1
260.	4
261.	3
262.	4
263.	2, 4
264.	1
265.	2
266.	2
267.	1
268.	4

269.	2
270.	3
271.	2
272.	4
273.	4
274.	4
275.	3
276.	3
277.	4
278.	3
279.	3
280.	2
281.	2
282.	3
283.	2
284.	2
285.	4
286.	3
287.	3
288.	3
289.	4
290.	1
291.	4
292.	4
293.	3
294.	4
295.	4
296.	3
297.	2
298.	4
299.	4
300.	2
301.	1
302.	5
303.	3
304.	5
305.	1
306.	3
307.	3
308.	3

309.	2, 4
310.	1
311.	1
312.	3
313.	5
314.	1
315.	2
316.	4
317.	3
318.	2
319.	2
320.	4
321.	4
322.	4
323.	4
324.	4
325.	3
326.	1
327.	1
328.	4
329.	1
330.	4
331.	3
332.	3
333.	3
334.	3
335.	1
336.	4
337.	1
338.	2
339.	1
340.	2
341.	3
342.	4
343.	1, 4
344.	4
345.	3
346.	1
347.	4
348.	2

349.	4
350.	3
351.	1
352.	3
353.	1, 4
354.	2
355.	1
356.	4
357.	4
358.	3
359.	3
360.	2
361.	4
362.	1
363.	1
364.	3
365.	3
366.	4
367.	1
368.	3
369.	4
370.	4
371.	2
372.	2
373.	4
374.	2
375.	3
376.	2
377.	2
378.	2
379.	4
380.	4
381.	1
382.	4
383.	4
384.	2, 3
385.	1
386.	3, 5
387.	3, 5
388.	1

389.	3
390.	2
391.	2
392.	1
393.	4
394.	4
395.	4
396.	3
397.	3
398.	3
399.	1
400.	2, 4
401.	1, 4
402.	4
403.	4
404.	4
405.	2
406.	1
407.	3
408.	4
409.	2
410.	4
411.	2
412.	3
413.	1
414.	3
415.	4
416.	2
417.	1
418.	1
419.	3
420.	3
421.	4
422.	2
423.	4
424.	4
425.	5
426.	3
427.	1, 3
428.	1

429.	3
430.	4
431.	1
432.	2, 5
433.	2
434.	3
435.	1,5
436.	4
437.	5
438.	3
439.	1
440.	4
441.	3
442.	3
443.	4
444.	4
445.	2
446.	3
447.	4
448.	4
449.	1, 5
450.	3
451.	4
452.	2
453.	5
454.	3
455.	3
456.	4
457.	5
458.	2
459.	2
460.	5
461.	5
462.	4
463.	1
464.	5
465.	3
466.	5
467.	1
468.	4, 5

469.	3
470.	4
471.	1
472.	4
473.	5
474.	2
475.	4
476.	4
477.	5
478.	4
479.	4
480.	2
481.	4
482.	4
483.	4
484.	5
485.	4
486.	1
487.	3
488.	2
489.	5
490.	5
491.	3
492.	4
493.	5
494.	5
495.	4
496.	1
497.	2
498.	4
499.	2
500.	5
501.	4
502.	4
503.	2
504.	3

Учебное издание

Демидик Светлана Николаевна
Алексо Елена Николаевна
Вольф Сергей Борисович и др.

**КОМПЬЮТЕРНЫЙ ТЕСТ-КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ
ПО ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ**
для студентов лечебного факультета
(специальность 1-79 01 01 «Лечебное дело»)

Ответственный за выпуск В. В. Воробьев

Компьютерная верстка М. Я. Милевской
Корректурa С. Н. Демидик

Подписано в печать 26.11.2018.
Тираж 9 экз. Заказ 223.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет».
ЛП № 02330/445 от 18.12.2013.
Ул. Горького, 80, 230009, Гродно.