ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ. ИСТОРИЯ. МИКРОБИОЛОГИЯ

?

Оптимальный температурный режим для активного размножения микобактерий туберкулеза:

-20-25°C

+37-38°C

-42-45°C

-50 - 55°C

?

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

--140°C

-20°C

++60°C

+ +100°C

?

Вид лучистой энергии, к которой высоко чувствительны микобактерий туберкулеза при воздействии в течение часа:

-инфракрасное солнечное излучение

+ультрафиолетовое солнечное излучение

-постоянное и переменное магнитное поле

-радиоактивное излучение

?

Вид микобактерий наиболее часто вызывающий туберкулез у человека:

+*M. tuberculosis*

-*M. bovis*

-*M. avium*

-*M. kansasii*

?

Способ персистенции в организме возбудителя туберкулеза:

-в виде типичных микобактерий

+в виде L-формы

-в виде атипичных микобактерий

-в виде зернистых форм

?

Возбудитель микобактериоза:

-микобактерий БЦЖ

+атипичные микобактерий

-L-формы микобактерий туберкулеза

-*M. bovis*

?

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

-*M. avium-intracellulae*

+*M. bovis*

-*M. kansasii*

-*M. phlei*

-*M. smegmatis*

?

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

-2-3 дня

-2 недели

+1 месяц

-2,5-3 месяца

?

Метод общедоступной и срочной лабораторной диагностики МВТ, выполнимый в любом лечебно-профилактическом учреждении:

-бактериологическое исследование (ВАСТЕС)

+прямая бактериоскопия

-бактериологическое исследование (плотные питательные среды)

-люминесцентная бактериоскопия

?

Назовите наиболее чувствительные метод выявления микобактерий в материале:

-люминесцентная микроскопия

-прямая бактериоскопия

+ПЦР

-бактериологическое исследование (ВАСТЕС)

-бактериологическое исследование (плотные питательные среды)

?

Виды лекарственной устойчивости МБТ:

-медленная, быстрая

+первичная, вторичная

-латентная, текущая

-неактивная, активная

?

Важным свойством микобактерий туберкулеза является:

-образование спор

+кислотоустойчивость

-подвижность

-анаэроб

?

Микобактерий туберкулеза устойчивы

+к низким температурам

-к высоким температурам

-к ультрафиолетовым лучам

-к хлорсодержащим веществам

?

При наличии лекарственной устойчивости клиническое течение туберкулеза

-улучшается (потеря вирулентности)

+ухудшается

-не изменяется

-в одних случаях улучшается, в других - ухудшается

?

Основной путь заражения туберкулезом человека:

-внутриутробный

-алиментарный

+аэрогенный

-чрезкожный / контактный/

?

Вакцина БЦЖ получена:

-Кохом

+Кальметтом

-Берингом

-Эрлихом

?

Микобактерия туберкулеза открыта:

-Пастером

-Вирховым

-Вильменом

+Кохом

?

Туберкулин впервые получен:

-Лаэннеком

+Кохом

-Кальметтом

-Мечниковым

?

Гигантские клетки в туберкулезном бугорке описал:

-Вирхов

+Пирогов

-Абрикосов

-Гон

?

Какие средства являются наилучшими для дезинфекции при туберкулезе:

- кислоты
- щелочи
- +хлорсодержащие
- спирты

?

Способ окраски мазка для выявления микобактерий туберкулеза:

- по Граму
- +по Циль-Нильсену
- гемаксилин-эозином
- по Гимза-Романовскому

?

Методы обогащения материала при выявлении МБТ:

- абсорбция
- фильтрация
- дегидратация
- +седиментация
- поляризация

?

Формы преимущественного нахождения МБТ в здоровом инфицированном организме:

- быстрорастущие
- медленно размножающиеся
- +персистирующие
- погибшие

?

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

- +Левенштейна-Иенсена
- Сабуро
- Леффлера
- Китта-Тароци

?

Источник инфекции при алиментарном заражении туберкулезом человека

- домашние кошки, собаки
- +крупный рогатый скот
- кролики
- свиньи
- домашняя птица

2. ПАТОГЕНЕЗ. ПАТОМОРФОЛОГИЯ. ИММУНОЛОГИЯ. ДИАГНОСТИКА.

?

При каком строении гранулемы следует считать туберкулезной:

- эпителиоидноклеточная с гигантскими клетками Пирогова-Ланганса без некроза
- с наличием лимфоидных клеток и клеток Березовского-Штеренберга
- +эпителиоидноклеточная с гигантскими клетками Пирогова-Ланганса и некрозом в центре
- соединительнотканые узелковые уплотнения по ходу мелких сосудов
- эозинофильноклеточная

?

Клетки, осуществляющие захват МБТ в дыхательных путях и легких:

- Т-лимфоциты
- В-лимфоциты
- нейтрофилы
- +макрофаги

?

К какому типу реакций относятся гиперчувствительность замедленного типа?

- гуморальный иммунитет
- неспецифическая резистентность
- +клеточный иммунитет
- продуктивное воспаление

?

Основной путь элиминации МБТ при клеточном иммунитете:

- реакция антигена с антителом
- +фагоцитоз
- разрушение МБТ медиаторами-интерлейкинами
- воздействие на МБТ факторов бактерицидной активности крови
- ?

Иммунитет при туберкулезе в основном:

- +клеточный
- гуморальный
- неспецифический
- естественный
- ?

За клеточный иммунитет к туберкулезу у человека ответственны:

- В-лимфоциты
- нейтрофилы
- гистиоциты
- +Т-лимфоциты
- ?

Наиболее характерные метки для туберкулезной гранулемы:

- фибробласты
- гистоциты
- клетки Березовского-Штеренберга
- +клетки Пирогова-Ланганса
- ?

Патоморфологическая реакция, характерная для прогрессирования туберкулезного процесса:

- дистрофическая
- +казеозный некроз
- атрофия тканей:
- продуктивное воспаление
- ?

Особенности иммунитета при туберкулезе

- абсолютный
- +нестерильный
- стерильный
- врожденный
- относительный
- неспецифический
- ?

Главная защитная (эффекторная) реакция при клеточном иммунитете к туберкулезу:

- реакция антиген-антитело
- выделение микобактерий из бронхов
- +фагоцитоз
- воздействие комплемента
- ?

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

- В-лимфоциты
- Нейтрофилы
- Эозинофилы
- +Т-лимфоциты
- мезотелиальные клетки
- ?

Одним из основных факторов клеточного противотуберкулезного иммунитета является:

- +повышенная чувствительность (гиперчувствительность) замедленного типа
- повышенная чувствительность (гиперчувствительность) немедленного типа
- пониженная чувствительность клеток
- развитие нечувствительности
- ?

Взаимодействие между Т-лимфоцитами и макрофагами осуществляется:

- через посредство нервных окончаний
- +путем выделения медиаторов
- через клетки эндотелия мелких сосудов
- с помощью антител

?

Туберкулезный процесс по морфологической сущности является:

- дистрофическим
- атрофическим
- +воспалительным
- опухолевым

?

Основными морфологическими проявлениями активного туберкулезного процесса являются:

- развитие гиалиноза
- +появление эпителиоидноклеточных бугорков с некрозом
- кальцинация
- жировая дистрофия
- появление и размножение атипических клеток

?

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

- стационарная среднеформатная флюорография
- +обзорная рентгенография в 2-х проекциях / прямая и боковая/
- рентгеноскопия
- томография линейная

?

Какой сегмент легких наиболее часто поражается при вторичных формах туберкулеза?

- +С2
- С3
- С5
- С8

?

Рентгенологические параметры очаговых теней крупных размеров:

- 10-15 мм
- +до 10 мм
- 15-20 мм
- более 20 мм

?

Интенсивность свежих, недавно возникших очаговых тенеобразований в легких туберкулезной этиологии:

- высокая
- +малая
- различная
- средняя

?

Рентгенологическая характеристика явно активного туберкулезного процесса с прогрессирующим течением:

- +фокус затенения слабой интенсивности с кольцевидным просветлением внутри и немногочисленными очагами вокруг
- группа очаговых теней в С1 и С2; справа слабой интенсивности гомогенной структуры
- средней интенсивности фокус затенения с участками уплотнения
- высокой интенсивности фокус затенения крупных размеров с участками обызвествления

?

Самая распространенная в настоящее время клиническая форма туберкулеза легких среди вновь выявленных больных:

- очаговая
- диссеминированная
- +инфильтративная
- туберкулема

?

Какая форма туберкулеза легких занимает промежуточное положение между свежими и далеко зашедшими хроническими формами?

- +кавернозная
- диссеминированная
- инфильтративная
- фиброзно-кавернозная

?

Рентгенологический метод, позволяющий наиболее точно определять наличие полости распада в легких:

- рентгенография

- рентгеноскопия
- +томография
- флюорография
- ?

В эмфизематозных участках легкого рентгенологически определяется:

- +повышенная прозрачность
- пониженная прозрачность
- диффузное затемнение
- нормальный легочной рисунок
- ?

В настоящее время используется редко:

- рентгенография
- +рентгеноскопия
- компьютерная томография
- томография линейная
- ?

Для плеврального экссудата характерен уровень белка:

- 5 г/литр
- 12 г/литр
- 17 г/литр
- +25-30 г/литр и более
- ?

Для туберкулезного плеврита характерен экссудат:

- преимущественно нейтрофильный
- +преимущественно лимфоцитарный
- преимущественно эозинофильный
- хилезный
- ?

Для туберкулезного менингита характерен плеоцитоз:

- свыше 5.000 клеток в 1 мм³ ликвора
- 2000 - 5000 клеток
- +200 - 400 клеток
- 4.5-10 клеток
- ?

При туберкулезном менингите в ликворе уровень сахара и хлоридов:

- повышен
- повышен только уровень сахара
- неизменен
- +понижен
- ?

Спинальная жидкость может иметь ксантохромный характер:

- при гнойном менингите
- при серозном менингите
- +при туберкулезном менингите
- в норме
- ?

Картина спинномозговой жидкости более характерная для туберкулезного менингита:

- повышение содержания белка, хлоридов, сахара
- высокий цитоз (свыше 1000 клеток), нейтрофильного характера, умеренное увеличение содержания белка, жидкость мутная
- небольшое повышение содержания белка, умеренный лимфоцитарный цитоз, сахар и хлориды в норме
- +высокое содержание белка, умеренный цитоз (200 - 400 клеток и более), преимущественно лимфоцитарный, снижение сахара и хлоридов
- ?

В бронхоальвеолярном смыве при саркоидозе увеличивается:

- +процент лимфоцитов
- процент нейтрофилов
- процент эозинофилов
- процент альвеолярных макрофагов
- ?

Для экссудативного плеврита характерно:

- бронхиальное дыхание

- шум трения плевры
- +ослабленное дыхание
- жесткое дыхание
- ?

Основной метод выявления туберкулеза, рекомендуемый ВОЗ (сие тема DOTS):

- рентгенография органов грудной клетки
- туберкулинодиагностика по пробе Манту
- +простая бактериоскопия мазка мокроты и учреждениях общемедицинской сета
- компьютерная томография
- ?

При обострения туберкулезного процесса в периферической крови определяется:

- +нейтрофильный сдвиг влево (увеличение палочкоядерных нейтрофилов)
- сдвиг вправо (увеличение лимфоцитов)
- нарастает количество эозинофилов
- появляются базофилы

3. ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКА

?

Что представляет собой туберкулин?

- взвесь убитых микобактерий туберкулеза
- взвесь убитых микобактерий вакцины БЦЖ
- специально выделенный микобактериальный антиген
- +продукты жизнедеятельности после фильтрации культуры микобактерий
- ?

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

- 1 ТЕ
- +2 ТЕ
- 5 ТЕ
- 10 ТЕ
- ?

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

- накожный
- +внутрикожный
- подкожный
- внутривенный
- ?

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

- с 2 мм
- +с 5 мм
- с 12 мм
- с 17мм
- ?

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

- с 12мм
- +с 17мм
- с 21 мм
- с 25 мм
- ?

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

- с 25 мм
- с 12 мм
- с 17 мм
- +с 21 мм
- ?

В какой срок после постановки пробы Манту производится оценка результатов?

- через 12 часов
- через 24 часа
- через 48 часов
- +через 72 часа

?

При каких показателях пробы Манту дети и подростки подлежат ревакцинации БЦЖ в 7 лет?

-17 мм и выше

-12 мм и выше

-5 мм и выше

+0 мм

?

69. Регулярность проведения селективной туберкулинодиагностики у детей и подростков:

-1 раз в 6 месяцев

+ежегодно

-1 раз в 2 года

-1 раз в 5 лет

?

С какого возраста проводится селективная туберкулинодиагностика?

-с 6 месяцев

+с 1 года

-с 2 лет

-с 5 лет

?

До какого возраста проводится селективная туберкулинодиагностика?

-до 7 лет

-до 12 лет

-до 15 лет

+до 18 лет

?

Метод введения препарата Диаскинтест при проведении диагностической пробы:

-накожный

+внутрикожный

-подкожный

-внутримышечный

?

Цель постановки Диаскинтеста:

-определение инфицированности населения

-выявление / "виража"/

-выявление гиперергических реакций

+диагностика и дифференциальная диагностика ЛТБИ

?

К какому типу реакций относится проба Манту?

-неспецифическая резистентность

+гиперчувствительность замедленного типа

-гиперчувствительность немедленного типа

-гуморальный иммунитет

?

Основной раннего выявления туберкулеза у детей в Республике Беларусь в настоящее время:

-флюорография

+туберкулинодиагностика по пробе Манту с 2 ТЕ ППД-Л

-исследование мокроты на МБТ

-компьютерная томография

?

К какому виду реакций относится проба Манту:

-местная

+общая

-очаговая

-параспецифическая

4. ПРОФИЛАКТИКА

?

Что представляет собой вакцина БЦЖ?

-культуры патогенных МБТ

-убитые МБТ

+живую, но ослабленную культуру МБТ

-продукты жизнедеятельности МБТ

?

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

-пероральный

-накожный

+внутрикожный

-подкожный

?

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

-еще более ослаблен вакцинный штамм БЦЖ

-прививочная доза увеличена в 2 раза

+прививочная доза уменьшена в 2 раза

-ничем не отличается, кроме фирменного знака

?

Сроки очередной ревакцинации БЦЖ в Республике Беларусь у туберкулиноотрицательных детей из групп риска, после вакцинации в родильном доме:

-через 3 года

-через 5 лет

+через 7 лет

-через 10 лет

?

Из какого вида микобактерии была получена вакцина БЦЖ?

-M. tuberculosis

+M. bovis

-M. avium

-M. Canasssi

?

Прививочная доза вакцины БЦЖ?

+0.05мг

-0,1 мг

-0.5 мг

-1 мг

?

Противопоказаниями для вакцинации БЦЖ новорожденных являются:

-наличие туберкулеза у матери

-наличие туберкулеза у отца

+масса тела менее двух килограмм

-масса тела более 4 килограмм

?

Осложнением вакцинации БЦЖ может являться:

+лимфаденит подмышечного лимфоузла

-лимфаденит паховых лимфоузлов

-геморрагический васкулит

-послепрививочный рубец размером 5 - 6 мм

-положительная проба Манту через 4-6 месяцев после вакцинации

?

Критериями хорошего качества вакцинации являются:

-отрицательная проба Манту

-гиперергическая реакция Манту

+гипо- или нормергическая реакция Манту (папула до 10- 12 мм)

-положительная реакция Панди

?

Ревакцинация БЦЖ проводится:

+при отрицательной пробе Манту

-при отрицательной или сомнительной пробе Манту

-при положительной пробе Манту

-постановка пробы Манту не обязательна

?

Вакцина БЦЖ была получена:

-Цехновицером и Жераром

-Кохом и Берингом

-Канетти и Зорини
+Кальметтом и Гереном
?

Каким противотуберкулезным препаратам, как правило, проводится медикаментозная профилактика с целью предупреждения заболевания туберкулезом?

-стрептомицином
+изониазидом
-рифампицином
-этамбутолом
?

Кто нуждается в приведении обязательной медикаментозной профилактики изониазидом?

-лица с малыми остаточными туберкулезными изменениями в легких безотягощающих обстоятельств
-взрослые лица, находящиеся в контакте с больным туберкулезом без бактериовыделением
+дети и взрослые лица, находящиеся в контакте с бактериовыделителем МЕТ
-дети с положительной пробой Манту /12 мм/ в течение 3-х лет
?

При наличии каких состояний и заболеваний пациентам проводится химиопрофилактика туберкулеза?

-сахарный диабет
-беременность
+ВИЧ-инфекция
?

Частота проведения химиопрофилактики при выраже туберкулиновой реакции:

-2 раза в год в течение 2 лет
-1 раз в год в течение 3 лет
+один курс при взятии на учет
-проведение химиопрофилактики не обязательно
?

Химиопрофилактика детям из контакта с бактериовыделителями проводится:

-1 раз в год
-1 раз в 2 года
-по показаниям при сопутствующих заболеваниях
+при взятии на учет в течении 6 мес., далее по показателям
?

Специфическая профилактика туберкулеза включает:

-вакцинацию БЦЖ
+вакцинацию БЦЖ и химиопрофилактику
-химиопрофилактику
-первые 3 месяца лечения антибактериальными препаратами
?

Химиопрофилактика бывает:

+первичная, вторичная
-начальная, окончательная
-единичная, множественная
-терапевтическая, эпидемиологическая
?

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

-жилищно-бытовые условия данной семьи
-материальная обеспеченность семьи
-санитарный и культурный уровень семьи
+массивность бактериовыделения у больных туберкулезом
?

Кто является ответственным за расследование контактов?

-медицинская сестра противотуберкулезного диспансера
-участковый врач-терапевт
-врач-эпидемиолог ЦГиЭ
+участковый врач-фтизиатр
?

Какой медицинский документ заполняют врач-эпидемиолог и врач-фтизиатр на каждый очаг туберкулезной инфекции?

-контрольная карта диспансерного наблюдения за больным туберкулезом (форма №030-4/у)
-карта лечения пациента I,II категории (форма №081-2/у)

+карта наблюдения за очагом туберкулезной инфекции (форма №085/у)
-извещение о пациенте с впервые в жизни установленном диагнозом туберкулеза (форма №089-1/у)
?

Работу в туберкулезном очаге осуществляют:

-поликлиника - участковый терапевт
-поликлиника и ЦГЭ
+противотуберкулезный диспансер и ЦГЭ
-ЦГЭ
?

В какой срок необходимо взять на учет и провести клиническую оценку контактов от момента выявления индексного пациента с ТБ?

-24 часа
+10-14 дней
-в течение 1 месяца
-1-3 дня
?

Кто относится к I кругу контактов:

+лица, проживающие вместе с индексным пациентом
-коллеги по работе, которые находились в контакте с индексным пациентом
-все сотрудники подразделения предприятия, где работал индексный пациент
-соседи, находившиеся в контакте с индексным пациентом
?

К очагам с наибольшим риском заражения относят

-очаги, в которых проживают пациенты с туберкулезом, выделяющие МБТ, выявленные методом посева
-очаги, в которых проживают пациенты с туберкулезом без бактериовыделения, но проживающие с детьми
+очаги, в которых проживают пациенты с туберкулезом, выделяющие МБТ, выявленные бактериоскопически
-очаги, в которых проживают пациенты с туберкулезом без бактериовыделения, но проживающие с детьми
?

Очагом туберкулезной инфекции называется:

+место пребывания бактериовыделителя вместе с окружающими его людьми и обстановкой в тех пределах пространства и времени, в которых возможно возникновение новых заражений и заболеваний
-местность, где произошла вспышка туберкулезной инфекции среди людей
-местность, где произошла вспышка туберкулезной инфекции среди животных
-учреждение, предприятие, где *есть* хотя бы один больной туберкулезом
?

Очаги туберкулезной инфекции бывают:

-3-х категорий
-2-х категорий
+4-х категорий
-не разделяются
?

Эпидемиологически наиболее опасны очаги туберкулезной инфекции:

-3-ей категории
-все одинаково опасны
+1-ой категории
-2-ой категории
?

Очаг повышенной эпидемиологической опасности это:

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

Социальная профилактика туберкулеза проводится:

-органами социального обеспечения
-органами здравоохранения
-правоохранительными органами
+органами государственной власти в целом
?

Санитарная профилактика включает:

+разобщение источника инфекции и контактов, расследование контактов, проведение информационно-образовательной работы

- изоляцию и лечение больных, санитарное просвещение, общеоздоровительные мероприятия
- изоляцию и лечение больных, работу в очаге туберкулезной инфекции, массовые рентгенофлюорографические обследования
- вакцинацию БЦЖ и химиопрофилактику

?

Сроки посещения очага туберкулезной инфекции фтизиатром от момента выявления индексного пациента:

- до 24 часов
- в течение 10-14 дней
- +в течение 3-х дней
- в течение 7 дней

?

К первой группе очагов относят:

- очаги, в которых проживают пациенты с туберкулезом без бактериовыделения, но проживающие с детьми
- очаги, в которых проживают пациенты с туберкулезом, выделяющие МБТ, выявленные методом посева
- +очаги, в которых проживают пациенты с туберкулезом, выделяющие МБТ с МЛУ (ШЛУ)
- очаги, в которых проживают пациенты с туберкулезом, выделяющие лекарственно-чувствительные МБТ

?

Клиническое обследование «контактов» включает:

- +2-х кратную бактериоскопию мокроты, флюорографическое обследование органов грудной клетки, проведение пробы Манту
- 2-х кратную бактериоскопию и посев мокроты, флюорографическое обследование органов грудной клетки, проведение пробы Манту
- флюорографическое обследование органов грудной клетки
- флюорографическое обследование органов грудной клетки и проведение пробы Манту

?

Новорожденным из тубочагов проба Манту:

- не проводится
- проводится через 2 месяца
- проводится через 2 месяца при отрицательной пробе Манту
- +проводится на 3-4 день жизни

?

Профилактическое лечение «контактам» проводится:

- детям до 14 лет при отрицательной пробе Манту
- независимо от возраста при отрицательной пробе Манту
- +детям до 14 лет при положительной пробе Манту
- взрослым при отрицательной пробе Манту

5. РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ

?

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

- туберкулинодиагностика по пробе Манту с 2 ТЕ ППД-Л
- +рентгенофлюорографическое обследование
- рентгенография в различных проекциях грудной клетки
- исследование мокроты на МБТ

?

К какой группе риска относят медицинских работников противотуберкулезных организаций

- социальный риск
- +контакты
- медицинский риск

?

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

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

?

С какой периодичностью обследуются РФО медицинские работники?

- 1 раз в 6 месяцев
- +1 раз в год

-1 раз в 2 года

-1 раз в 3 года

?

С какой периодичностью должны обследоваться РФО «обязательные» контингенты

-1 раз в 3 года

-1 раз в 2 года

-1 раз в 6 месяцев

+1 раз в год

?

Какой из контингентов лиц обращающихся за медпомощью нуждается в РФО?

-артериальная гипертензия

-диспепсические; расстройства

+длительный субфебрилитет

-артралгия с припуханием суставов

-учащенное и болезненное мочеиспускание

?

При наличие беременности профилактическое РФО производится:

-в первой половине беременности

-во второй половине беременности

+непосредственно после родов

-на общих основаниях 1 раз в год

?

Если в семье болен туберкулезом отец новорожденного:

-в целях максимальной изоляции в пределах очага ему выделяют отдельную комнату

+подлежит обязательной госпитализации

-не изолируется, обучается правилам поведения в отношении новорожденного

-специальные мероприятия не требуются

?

При подозрении на туберкулез беременной производится:

+рентгенография грудной клетки.

-флюорография

-только анализ мокроты на МБТ

-обследование откладывается до родов

?

Флюорографическая картотека ведется:

-на все население

+на все население от 17 лет

-на обязательные контингенты и группы риска

-ведение картотеки не обязательно

?

Сколько лет должны храниться в ЛПУ по месту жительства данные предшествующих рентгенофлюорографических исследований каждого взрослого человека?

-не менее года

-не менее 2 лет

-не менее 3 лет

+не менее 5 лет

?

В группу повышенного риска заболевания туберкулезом входят больные:

+сахарным диабетом

-ИБС

-мочекаменной болезнью

-хроническим холециститом

?

В число обязательных контингентов входят:

-продавцы промтоварных магазинов

+доярки

-преподаватели ВУЗов

-работники бухгалтерии

?

В группу повышенного риска заболевания туберкулезом входят больные:

-переболевшие ОРЗ

-больные дизентерией

- больные ревматизмом
- +получающие длительно глюкокортикоиды
- постоянно получающие антиаритмические средства
- ?

Частота дифференцированных профилактических РФО:

- +1 раз в 2 года
- 1 раз в 4 года
- 1 раз в 5 лет
- обследование не обязательно
- ?

В группу повышенного риска заболевания туберкулезом входят:

- спортсмены
- больные венерическими заболеваниями
- +злоупотребляющие алкоголем
- работники милиции
- ?

В детском отделении противотуберкулезно диспансера направляются:

- при наличии р. Манту - папула - 7 мм через год после вакцинации
- при переходе положительной реакции Манту в отрицательную
- при многолетней отрицательной пробе Манту
- +при повышении показателя р. Манту на 6 мм и более по сравнению с предыдущим
- ?

Ребенку, родившемуся от больной туберкулезом матери производится:

- +вакцинация БЦЖ и изоляция
- химиопрофилактика
- вакцинация БЦЖ и химиопрофилактика
- рентгенологическое обследование
- ?

К группам повышенного риска туберкулеза среди детей относятся:

- больные ревматизмом
- дети с синдромом Дауна
- +с «виражом» туберкулиновой реакции
- с наличием сколиоза
- с хроническим гайморитом
- ?

Принципиальный подход к сохранению или прерыванию беременности при выявлении туберкулеза:

- прерывание беременности обязательно
- прерывание беременности желательно
- +может родить здорового ребенка
- прерывание беременности полностью исключается

6. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

?

В какой группе диспансерного учета должны наблюдаться вновь выявленные больные с лекарственночувствительными МБТ?

- +Ia гр.
- Iб гр.
- II гр.
- III гр.
- ?

В какой группе диспансерного учета должны наблюдаться лица, клинически излеченные от туберкулеза с остаточными изменениями в легких?

- I гр.
- II гр.
- +III гр.
- IV гр.
- ?

В какой группе диспансерного учета наблюдаются здоровые контакты с больными активным туберкулезом

- I гр.
- II гр.
- III гр.

+IY гр.

?

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

-IA

+VI A

-II

-на учет не берутся

?

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

-терапевты

-педиатры

-фтизиатры

+любой врачебной специальности

?

Заболеваемость туберкулезом - это:

-число впервые выявленных больных и больных с обострениями и рецидивами за год на 100 тыс. населения

+число больных активным туберкулезом, определяемое на конец года на 100 тыс. населения

-число больных с впервые в жизни выявленным активным туберкулезом на 100 тыс. населения

-число всех лиц ее .стоящих на учете в противотуберкулезном диспансере на конец года

?

Смертность от туберкулеза -- что:

+число всех умерших от туберкулеза за год на 100 тыс. населения

-число больных туберкулезом умерших от всех причин на 100 тыс. населения

-число умерших от туберкулеза по отношению к числу больных, состоящих на учете в тубдиспансере

-число умерших, состоявших на учете в тубдиспансере, по отношению ко всему контингенту тубдиспансер

?

Система ДОТС включает:

-сплошные обследования населения

-дифференцированное флюорографическое обследования населения

-бактериологический (посев мокроты) обследования в группах повышенного риска

+проведение полихимиотерапии под контролем

7. ЛЕЧЕНИЕ

?

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

-стрептомицин - этамбутол

+изониазид + рифампицин

-ПАСК+тибон

-пиразинамид + этионамид

?

Какое сочетание противотуберкулезных препаратов недопустимо?

+стрептомицин - канамицин

-рифампицин + изониазид

-изониазид + этамбутол

-этамбутол + пиразинамид

?

Какое число противотуберкулезных препаратов должно быть включено в комбинацию для лечения интенсивной фазы I клинической категории?

- не менее 2-х

-не менее 3-х

+не менее 4-х

- не менее 5-ти

?

Какое число противотуберкулезных препаратов должно быть включено в комбинацию для интенсивной фазы II клинической категории больного с обострением, рецидивом или хроническим туберкулезным процессом прогрессирующего характера при предположении о наличии устойчивости МБТ (по схеме ВОЗ)?

-не менее 2-х

-не менее 3-х

-до 4-х

+до 5 препаратом

?

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

- изониазид + этамбутол
- +изониазид + рифампицин + пиразинамид + этамбутол
- рифампицин + стрептомицин + этионамид + ПАСК
- изониазид + стрептомицин + этамбутол + ПАСК

?

Какие из этих антибактериальных препаратов относятся к резервным (по схеме ВОЗ)?

- Рифампицин
- Изониазид
- Этамбутол
- Пиразинамид
- +Офлоксацин

?

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

- выдача препаратов на руки больному не более чем на 5 - 7 дней
- контроль за приеме микобактериальных препаратов родственниками
- лабораторный контроль на присутствие препарата или его метаболитов в моче
- +прием препаратов в присутствии медицинского работника (в диспансере, здравпункте, на ФАПе и т. д.)

?

Наиболее эффективная комбинация АБП на интенсивной фазе лечения больных I-й категории (ограниченные формы туберкулеза):

- канамицин, изониазид и фторхинолоны
- +изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол
- изониазид, ПАСК
- рифампицин, этамбутол

?

Рекомендуемый режим приема противотуберкулезных препаратов в амбулаторных условиях:

- + ежедневно суточная доза
- 2-3 раза в день
- 3 раза в неделю
- 2 раза в неделю

?

Основное побочное действие рифампицина:

- на центральную нервную систему
- +гепатотропное
- на орган зрения
- снижение слуха

?

Основное побочное действие стрептомицина:

- на желудочно-кишечный тракт
- на периферическую нервную систему
- +на слуховой нерв
- кожный зуд

?

Основное побочное действие изониазида:

- +на периферическую нервную систему (невриты)
- на слуховой нерв
- на почечный клиренс
- на функцию щитовидной железы

?

Основное побочное действие этамбутола:

- на периферическую нервную систему
- на желудочно-кишечный тракт
- +на орган зрения
- на функцию почек

?

По принципу какой категории больных проводить лечение при впервые выявленном туберкулезном бронхоадените?

- +I-й

-2-й

-3-й

-4-й

?

По принципу какой категории проводить лечение больного с впервые выявленном инфильтративным туберкулезом в фазе распада

+1-й

-2-й

-3-й

-4-й

?

По принципу какой категории проводится лечение больного при наличии МЛУ МБТ:

-1-й

-2-й

-3-й

+4-й

?

Какие методы патогенетического лечения наиболее показаны у больных со свежими распространенными инфильтративными изменениями в легких?

-десенсибилизирующие

+противовоспалительные

-стимулирующие

-общеукрепляющие

?

В каком случае регистрируется полирезистентность МБТ, если в результате проведения теста ТЛЧ выявлена устойчивость к следующим препаратам?

+H+S

-H+R

-H+R+S

-H+R+S+Z

?

В каком случае регистрируется множественная лекарственная устойчивость МБТ, если в результате проведения теста ТЛЧ выявлена устойчивость к следующим препаратам?

-H+S+Ofx

+H+R

-R+S+Z

-H+S+Z

?

В каком случае регистрируется широкая лекарственная устойчивость МБТ, если в результате проведения теста ТЛЧ выявлена устойчивость к следующим препаратам?

-H+R

-H+S

+H+R+Ofx+Cm

-H+S+Ofx

?

Какой препарат противопоказан пациентам с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом при наличии МЛУ МБТ?

-изониазид

-рифампицин

-этамбутол

-офлоксацин

+тиоацетазон

?

Какой препарат назначают для профилактики побочных эффектов, развивающихся при приеме изониазида?

-Эссенциале

-Витамин В12

-Легалон

+Пиридоксима гидрохлорид

?

Какой препарат назначают для профилактики побочных эффектов, развивающихся при приеме рифампицина?

+Эссенциале

-Экстракт алоэ

-Тималин

-Пиридоксима гидрохлорид

?

Кратность суточного приема противотуберкулезных препаратов:

+1 раз в сутки

-2 раза в сутки

-3 раза в сутки

-по требованию

?

При кашле с затрудненным отхождением мокроты Вы порекомендуете:

-комплекс витаминов

-анаболические стероиды

+муколитические препараты

-экстракт алое

8. КЛИНИКА

?

Наиболее характерные грудные жалобы больных туберкулезом легких:

-сухой надсадный кашель в течение недели

+постепенно усиливающийся кашель более 3-х недель

-кашель с обильным количеством мокроты по утрам при вставании с постели

-относительно редкий кашель в течение многих лет с легко отделяющейся мокротой слизисто-гнойного характера

?

Каким методом подтверждается наличие туберкулеза внутригрудных лимфоузлов у детей?

- обзорная рентгенограмма прямой проекции

-обзорная рентгенограмма в боковой проекции

-прицельная рентгенограмма

+компьютерная томография

?

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

-очаговый туберкулез легких

+туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

-туберкулема

-инфильтративный туберкулез легких

?

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

-боли в области сердца, суставов, субфебрильная температура

-частые ангины в анамнезе

-диспептические расстройства, снижение аппетита, массы тела

+субфебрильная температура по вечерам, слабость, похудание, раздражительность, потливость

-горечь во рту, болезненность в правом подреберье

?

Какая клиническая форма туберкулеза протекает без видимых локальных поражений?

-«вираж» туберкулиновой реакции

+туберкулезная интоксикация

-малые формы туберкулезного бронхоаденита

-туберкулезный мезоаденит

?

Первичный туберкулезный комплекс характеризуется:

-наличием очага в легких, увеличением периферических лимфоузлов и положительной пробой Манту с 2ТЕ

+наличием очага в легких, увеличением внутригрудных лимфоузлов и лимфангитом

-наличием очага в легком, симптомов интоксикации и МВТ в мокроте

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

?

Очаг Гона - это результат перенесенного:

-туберкулезного бронхоаденита

+первичного туберкулезного комплекса

-туберкулезной интоксикации

-милиарного туберкулеза

?

К осложнениям первичного туберкулеза не относится:

- бронхолдулярный свищ
- плеврит
- ателектаз
- +легочно-сердечная недостаточность

?

Какой наиболее информативный из рентгенологических методов обследования применяется при внутригрудных лимфаденопатиях?

- обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции
- бронхография
- +срединная томограмма через корень легких
- прицельная рентгенограмма

?

Какое наиболее частое осложнение может наблюдаться при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов у детей?

- легочное кровотечение
- образование каверны
- +ателектаз
- легочно-сердечная недостаточность

?

Какие группы периферических лимфоузлов наиболее часто поражаются у детей и подростков при туберкулезе?

- подключичные
- паховые
- +шейные
- кубитальные

?

Какой наиболее информативный метод исследования помогает уточнить этиологию периферического лимфаденита?

- рентгенологический
- бактериологический
- иммунологический
- +гистологический / биопсия/

?

Возможное осложнение туберкулеза периферических лимфатических узлов:

- +свищ
- флегмона
- кровотечение
- сепсис

?

Характерным осложнением первичного комплекса является:

- ателектаз
- +образование каверны
- туберкулез бронха
- спонтанный пневмоторакс

?

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

- в первый день острых клинических проявлений
- через 3-4 дня
- +через 8-10 дней
- к концу месяца

?

Какой метод рентгенологического исследования является основным в диагностике милиарного туберкулеза легких?

- полипозиционная рентгеноскопия
- +рентгенография в прямой проекции
- томография
- компьютерная томография

?

Какой метод обследования больного в большинстве случаев является решающим в своевременной диагностике милиарного туберкулеза?

- обнаружение МВТ в мокроте
- проба Манту

-бронхоскопия

+повторно выполненные через 2 недели обзорные рентгенограммы

?

Рентгенологическая картина при милиарном туберкулезе легких:

-множественные малоинтенсивных очаги различных размеров в обоих легких, местами сливающиеся между собой в фокусы с просветлениями

+множественные малоинтенсивные мелкие очажки "просовидного" характера по всем легочным полям обоих легких, легочный рисунок не определяется

-в средних и нижних отделах обоих легких определяются множественные крупные очаговые тени значительной интенсивности с четкими контурами, верхушки свободные

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

?

Характерная клиническая картина при милиарном туберкулезе легких:

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

-острое начало, температура до 40°, озноб, через несколько дней появился кашель с большим количеством мокроты

+острое начало, температура тела утром субфебрильная. вечером 39 - 40°, сильная потливость по ночам, беспокоит выраженная одышка, кашель небольшой

-острое начало, температура тела субфебрильная, беспокоит сильный приступообразный кашель с болевыми ощущениями за грудиной

?

Рентгенологический исход патоморфологических изменений при милиарном туберкулезе легких в случае своевременной диагностики и интенсивной химиотерапии:

-частичное рассасывание и уплотнение очагов

+полное рассасывание без видимых остаточных изменений

-формирование множественных мелких кальцинатов

-формирование диффузного пневмосклероза с включением плотных очаговых теней

?

Патогенез милиарного и диссеминированного туберкулеза чаще всего связан:

-с бронхогенным обсеменением

+с лимфогематогенным распространением процесса

-с контактным распространением

-со спутогенным обсеменением

?

Рентгеновская картина при подостром варианте диссеминированного туберкулеза легких:

-множественные полиморфные очаги различной интенсивности с участками просветлений на фоне пневмофиброза в верхних сегментах обоих легких

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

+множественные невысокой интенсивности разновеликие очаги в верхних отделах обоих

легких, местами сливающиеся в фокусы с участками тонкостенных кольцевидных просветлений.

-множественные очаги различной величины, невысокой интенсивности в субкортикальных зонах средних отделов обоих легких без деструкции: корни с обеих сторон резко расширены за счет увеличенных бронхопультмональных лимфоузлов

?

Рентгенологические признаки хронического варианта диссеминированного туберкулеза легких:

-множественные мелкие малоинтенсивные очаги в обоих легких без деструкции

+множественные очаги различной величины и интенсивности с наличием полостей распада с фиброзно-склеротическими изменениями в верхних сегментах обоих легких

-множественные фокусы инфильтрации сливного характера в обоих легких с нечеткими контурами

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

?

Характерный рентгенологический признак подострого диссеминированного туберкулеза:

-наличие толстостенной полости с неровным контуром в среднем отделе легкого

-наличие нескольких крупнофокусных теней размером 3 - 4 см

+наличие тонкостенной "штампованной" каверны в верхней доле

-сужение одного из легочных полей, смещение средостения в эту сторону

?

Рентгенологический признак, характерный для хронического диссеминированного туберкулеза легких:

- симптом "яичной скорлупы"
- +симптом "плакучей ивы"
- симптом "снежной бури"
- симптом "восходящего солнца"

?

Симптом «разменной монеты» характерен для какой патологии?

- подострый диссеминированный туберкулез
- хронический диссеминированный туберкулез
- периферический рак
- +метастатический рак

?

Симптом «очковых каверн» или «очков» характерен:

- для инфильтративного туберкулеза в фазе распада
- для фиброзно-кавернозного туберкулем
- +для диссеминированного туберкулеза в фазе распада
- для двустороннего очагового туберкулеза

?

При какой форме туберкулеза легких, несмотря на проводимую химиотерапию, отмечается чаще менее благоприятный прогноз?

- инфильтративный (облаковидный вариант) туберкулез легких с распадом, БК+
- милиарный туберкулез легких, БК -
- подострый диссеминированный туберкулез легких с распадом, БК+
- +хронический диссеминированный туберкулез легких с распадом. БК+

?

Основной метод исследования при диагностике туберкулезного менингита:

- +люмбальная пункция с лабораторным исследованием ликвора, в том числе и на МВТ
- клинический с изучением особенностей течения заболевания
- многократные исследования мокроты на МБТ
- данные неврологического статуса

?

Более характерным вид спинномозговой жидкости для туберкулезного менингита:

- мутная
- геморрагическая
- прозрачная
- +прозрачная с ксантохромией

?

Типичное для туберкулезного менингита начало заболевания:

- острое
- молниеносное
- +постепенное с продромой
- малосимптомное начало и течение

?

Какой путь введения противотуберкулезных препаратов предпочтительнее при лечении больных туберкулезным менингитом?

- +эндолюмбальный
- пероральный
- ингаляционный
- внутривенный и внутримышечный

?

Показатели спинномозговой жидкости характерные для туберкулезного менингита:

- жидкость мутная, высокий плеоцитоз (более 1.000. клеток в 1 мм)
- +жидкость прозрачная или слабомутная умеренный плеоцитоз (100 - 300 клеток), снижение уровня глюкозы
- количество сахара и хлоридов в норме
- преобладание нейтрофилов при умеренном повышении белка

?

Основной метод диагностики очагового туберкулеза легких:

- +рентгенологический
- исследование мокроты на МВТ
- бронхоскопия с биопсией
- компьютерная томография

?

Наиболее характерная клиническая картина при очаговом туберкулезе легких:

- выраженная слабость, утомляемость, длительный малопродуктивный кашель
- +клинические симптомы заболевания отсутствуют или выражены мало
- кашель с гнойной мокротой, одышка
- сухой кашель, кровохарканье- болевые ощущения в грудной клетке

?

Наиболее частый исход при очаговом туберкулезе легких:

- +частичное рассасывание и уплотнение очагов
- полное рассасывание
- формирование туберкулемы
- формирование ограниченного цирроза

?

Данные осмотра грудной клетки при очаговом туберкулезе:

- грудная клетка бочкообразной формы, в надключичной зоне верхушки вздуты, выпячены
- +грудная клетка без особенностей, патологических изменений не определяется
- грудная клетка асимметричная, одна из сторон отстает в акте дыхания
- одна из сторон отстает в акте дыхания, межреберные промежутки с **этой** стороны сглажены

?

Характер рентгенологической картины при очаговом туберкулезе:

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

?

Какой клинико-рентгенологический вариант инфильтративного туберкулеза легких наиболее часто встречается в настоящее время?

- лобулярный, округлый
- +облаковидный
- перисциссурит
- лобит

?

Более достоверный диагностический признак в пользу туберкулеза легких в фазе распада:

- гиперергический характер туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л
- периодически отмечаемое кровохарканье
- +обнаружение МБТ в мокроте
- отсутствие положительного эффекта при проведении противовоспалительной терапии

?

Наиболее характерная клиническая симптоматика при ограниченном облаковидном туберкулезном инфильтрате:

- выраженный интоксикационный синдром, температура тела до 39 - 40°, кашель с гнойной мокротой
- +более месяца отмечается небольшую слабость, потливость, температура по вечерам до 37.5°, покашливание со скудным количеством мокроты
- клиническая симптоматика отсутствует

-беспокоит сухой приступообразный кашель, одышка, боль в грудной клетке, температура тела иногда 37.1 - 37.3°

?

Наиболее типичные для инфильтративного туберкулеза аускультативные данные:

- шум трения плевры
- обильные влажные мелко и средне-пузырчатые хрипы в средне-нижних отделах легких
- бронхиальное дыхание, средне- и крупнопузырчатые хрипы в проекции верхней доли
- +скудные мелкопузырчатые хрипы в проекции верхних долей с одной, реже обеих сторон

?

Преобладающая морфологическая реакция при инфильтративном туберкулезе:

- альтеративная (некротическая)
- продуктивная
- +экссудативная
- образование кальцинатов

?

Наиболее частая локализация з легких туберкулезного инфильтрата:

- +С2
- С4
- С8
- С9

?

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

- удовлетворительное
- средней тяжести
- +тяжелое, с выраженной интоксикацией
- относительно удовлетворительное, небольшая слабость, потливость

?

Данные аускультации при казеозной пневмонии:

- единичные сухие хрипы над пораженным участком легкого
- единичные сухие и мелкопузырчатые хрипы
- +обильные катаральные явления в проекции поражения легких
- дыхание везикулярное без катаральных явлений

?

Характер рентгенологических данных при казеозной пневмонии:

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

?

Преобладающая морфологическая реакция при казеозной пневмонии:

- продуктивная
- экссудативная
- +альтеративная (некротическая)
- образование фиброзных изменений

?

Туберкулема легких чаще формируется из:

- диссеминированного туберкулеза
- очагового туберкулеза
- +инфильтративного туберкулеза
- кавернозного туберкулеза

?

Рентгенологические признаки и локализация, характерные для туберкулемы легких:

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

?

Наиболее характерная клиника при туберкулеме:

- постепенное начало с нарастающей лихорадкой, кашлем и выделением мокроты
- +отсутствие клинических проявлений
- выраженная слабость, потливость, умеренный сухой кашель, субфебрилитет
- острое начало, головная боль, потеря аппетита, температура до 38°. кашель

?

Более частое расположение зоны распада при туберкулеме;

- в центре тени
- +эксцентрично
- распад отсутствует
- типичной локализации нет

?

Более правильный метод лечения малых и средних туберкулом:

- интенсивная полихимиотерапия
- + химиотерапия в сочетании с патогенетическими средствами (туберкулин, ультразвук и т. д.)
- резекция участка легкого с последующей химиотерапией
- коллапсотерапия (пневмоторакс с одновременной химиотерапией)

?

Какой вид лечения дает лучшие результаты при больших туберкулемах с распадом?

- интенсивная полихимиотерапия

- полихимиотерапия и другие патогенетические средства
- резекция пораженного участка легкого с последующей химиотерапией
- +коллассотерапия с одновременной полихимиотерапией

?

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

- очаговый туберкулез
- +инфильтративный туберкулез
- фиброзно-кавернозный туберкулез
- диссеминированный туберкулез легких

?

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

- лимфогенный
- +бронхогенный
- гематогенный
- контактный

?

Рентгенологическая картина, более характерней для кавернозного туберкулеза:

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

?

Более вероятный метод лабораторной диагностики, позволяющий предположить наличие туберкулезной полости в легком:

- исследование гематологических показателей
- исследование туберкулиновой чувствительности по пробе Манту
- +исследование мокроты на МБ Г с положительным результатом
- иммунологические исследования (РБГЛ, ИФЛ и др.)

?

Более характерные для кавернозного туберкулеза клинические проявления:

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

?

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

- прогрессирование туберкулезного процесса
- образование бронхо-плеврального свища
- +нарушение дренажной функции бронха
- очищение каверны от казеозно-некротического слоя

?

Рентгенологические признаки, характерные для фиброзно-кавернозного туберкулеза легких:

- полость неправильной формы, с неровными очертаниями, с наличием перифокальной реакции
- тонкостенная полость без уровня жидкости
- полость с неравномерной толщиной стенки, внутренняя стенка неровная, выраженная реакция со стороны корня легкого
- +полость с толстыми фиброзными стенками с уменьшением объема легкого и наличием очагов отсева в окружающей легочной ткани

?

Главная причина, приводящая к развитию фиброзно-кавернозного туберкулеза:

- генетические факторы
- пожилой и старческий возраст больного
- мужской пол
- +лекарственная устойчивость МБТ

?

Течение, более типичное для фиброзно-кавернозного туберкулеза:

- непрерывно прогрессирующее
- стабильное после первой вспышки
- медленно регрессирующее
- +волнообразное, периоды обострения сменяются периодами затихания

?

Кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез необходимо дифференцировать:

- с пневмосклерозом
- с ателектазом
- +с инфицированной кистой
- с хроническим бронхитом

?

Аускультативные и перкуторные данные характерные для фиброзно-кавернозного туберкулеза?

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

?

Какая клиническая форма туберкулеза чаще всего переходит в цирротический туберкулез?

- +инфильтративная
- кавернозная
- фиброзно-кавернозная
- туберкулема

?

Принципиальное отличие посттуберкулезного цирроза легких от циррозов другой этиологии:

- по локализации поражения в различных сегментах легких
- по характеру туберкулиновой чувствительности на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л
- по исследованию мокроты на МБТ
- +по наличию на рентгенограмме патоморфологических включений в циррозе в виде кальцинатов и плотных фиброзных очагов

?

Более типичные клинические проявления при цирротическом туберкулезе:

- острое начало с высокой температурой и сильным кашлем
- начало постепенное, кашель умеренный. слабость, потливость, снижение аппетита
- +одышка, кашель, выделение мокроты, хроническое течение
- клинические проявления мало выражены

?

При цирротическом туберкулезе органы средостения смещаются:

- в здоровую сторону
- +в больную сторону
- не смещаются
- вверх

?

Достоверный метод диагностики наличия выпота в плевральной полости:

- выявление тупости в проекции легкого при перкуссии
- отсутствие дыхательных шумов а проекции обширного затенения легкого при аускультации
- наличие на рентгенограмме обширного гомогенного затенения
- +получение свободной жидкости при пункции плевральной полости

?

Какой вид рентгенологическою исследования позволяет сделать заключение о наличии свободной жидкости в плевральной полости?

- обзорная рентгенография легких
- томография
- +рентгенография органов грудной клетки с латерографией
- флюорография

?

Какая рентгенограмма наиболее информативна при диагностике междолевых плевритов?

- прицельная
- +боковая
- в прямой проекции
- в косой проекции

?

Характерные для сухого плеврита физикальные данные:

- притупление перкуторного звука
- ослабленное везикулярное дыхание
- +шум трения плевры

-усиленное голосовое дрожание

?

Больной сухим плевритом чаще лежит:

-на здоровом боку

+на больном боку

-на спине

-на животе

?

Более типичные клинические проявления при экссудативном плеврите:

-боли в груди, поверхностное дыхание

-высокая лихорадка, сильный кашель с мокротой, наличие влажных хрипов

-приступообразная одышка, сухие свистящие хрипы

+фебрильная температура, притупление перкуторного звука, ослабленное дыхание

?

Достоверный показатель лабораторного исследования плевральной жидкости в пользу туберкулезной этиологии плеврита:

-высокий удельный вес выпота

-положительная проба Ривальта

-лимфоцитарный тип клеточного содержания лейкоцитов

+обнаружение МВТ в выпоте методом бактериоскопии или посева в лаборатории

?

Чаще всего в клеточном составе экссудата при туберкулезном плеврите преобладают:

+лимфоциты

-моноциты

-нейтрофилы

-клетки мезотелия плевры

?

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

-10г/л

-15 г/л

-15-20 г/л

+25-30 и более г/л

?

Верхняя граница выпота при экссудативном плеврите:

-горизонтальная

+косая, по линии Дамуазо

-определить не удается

-по среднеключичной линии

?

При экссудативном плеврите определяется смещение органов средостения:

+в здоровую сторону

-вверх

-в большую сторону

-смещение не определяется

9. ОСЛОЖНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

?

К осложнениям туберкулеза относятся:

-пиелонефрит

-синдром Гудпасчера

-агранулоцитоз

+амилоидоз почек

-фиброзирующий альвеолит

?

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

+подострый диссеминированный туберкулез легких в фазе распада

-очаговый туберкулез легких в фазе распада

-туберкулема в фазе распада

-милиарный туберкулез

?

При легочном кровотечении кровь выделяется:

- +при кашлевом толчке
 - при рвотном движении
 - без кашля в отличии от кровохаркания
 - при наклоне туловища
- ?

Легочное сердце является чаще всего осложнением:

- инfiltrативного туберкулеза
 - милиарного туберкулеза
 - +фиброзно-кавернозного туберкулеза
 - туберкулезного плеврита
- ?

При легочном сердце недостаточность кровообращения вначале развивается:

- по малому кругу
 - по левожелудочковому типу
 - +по правожелудочковому типу
 - по смешанному типу
- ?

При какой клинической форме туберкулеза чаще возникает спонтанный пневмоторакс?

- +при казеозной пневмонии с поликавернозом
 - при очаговом туберкулезе в фазе распада
 - при милиарном туберкулезе
 - при туберкулезе в фазе распада
- ?

Основной метод диагностики спонтанного пневмоторакса:

- по клинической симптоматике
 - +рентгенологический метод
 - метод перкуссии
 - метод аускультации
- ?

Перкуторно при спонтанном пневмотораксе определяется:

- обычный легочной звук
 - укорочение перкуторного звука
 - притупление (тупость) перкуторного звука
 - +коробочный звук
- ?

Аускультативно при спонтанном пневмотораксе определяется:

- бронхиальное дыхание
 - амфорическое дыхание
 - +дыхание ослаблено или не прослушивается
 - жесткое везикулярное дыхание
- ?

Наиболее тяжело протекающий клинически вид пневмоторакса:

- открытый
 - +клапанный
 - закрытый
 - существенного различия нет
- ?

Амилоидоз внутренних органов, как осложнение туберкулеза чаще встречается при:

- очаговом туберкулезе
 - кавернозном туберкулезе
 - милиарном туберкулезе
 - +фиброзно-кавернозном туберкулезе
- ?

В осадке мочи при амилоидозе почек преобладает:

- гематурия
 - пиурия
 - билирубинурия
 - +альбуминурия
- ?

В какой группе диспансерного учета должны наблюдаться дети и подростки с гиперергической реакцией на туберкулин?

- IA

-II

-VIA

+VI Б

?

Что не относится к обязанностям терапевтической службы по проведению противотуберкулезных мероприятий:

-обследование на туберкулез больных с ХНХЗОД

-амбулаторное лечение больных туберкулезом

-исследование мокроты на БК у больных с бронхолегочными заболеваниями

+определение активности туберкулезного процесса

?

Микроскопическое (бактериоскопия) исследование мокроты на наличие МВТ производится:

-лабораториями поликлиник

-лабораторией противотуберкулезного диспансера

-лабораториями областных и районных больниц

+лабораториями всех перечисленных медучреждений

?

Дифференциальная диагностика туберкулезного бронхоаденита проводится:

+с саркоидозом

-очаговой пневмонией

-периферическим раком

-междолевым плевритом

?

Дифференциальная диагностика первичного комплекса проводится:

-с острым бронхитом

-с сухим плевритом

+с пневмонией

-с лимфогранулематозом

?

При дифференциальной диагностике туберкулезного бронхоаденита и лимфогранулематоза для последнего характерны:

-одностороннее увеличение преимущественно бронхопульмональных лимфоузлов

-гиперергическая реакция Манту

-наличие перифокального воспаления вокруг внутригрудных лимфатических узлов

+наличие клеток Березовского – Штеренберга

-наличие клеток Пирагова-Ланганса

?

Какие группы периферических лимфоузлов наиболее часто поражаются у детей и подростков при туберкулезе?

-подключичные

-паховые

+шейные

-кубитальные

?

Дифференциальная диагностика милиарного туберкулеза проводится:

-с пневмококковой пневмонией

-с пневмосклерозом

+пневмоцистной пневмонией

-с периферическим раком

?

При дифференциальной диагностике милиарного туберкулеза и карциноматоза для туберкулеза характерны:

-наличие высокой (до 39 - 40°C) температуры гектического типа

-развитие экссудативного плеврита с упорным течением и геморрагическим экссудатом

-появление одышки и ее постепенное нарастание

+наличие мелких (до 0.5 см) очагов в четкими контурами без слияния между собой

?

При дифференциальной диагностике милиарного туберкулеза и мелкоочаговой пневмонии наиболее важны:

-результаты исследования крови

-данные рентгенологического исследования

-характер температуры

+эффект от лечения через 10 - 12 дней

?

При дифференциальной диагностике туберкулезного и гнойного менингитов свидетельствует в пользу

туберкулезной этиологии:

- плеоцитоз - 2300 клеток в 1 мм³ ликвора
- +преимущественно лимфоцитарный характер цитоза
- острое начало с температурой 39-40"
- нормальный уровень, сахара в ликворе

?

Очаговый туберкулез легких чаще всего дифференцируют:

- с периферическим раком
- с эозинофильной пневмонией
- +с бактериальной пневмонией
- с доброкачественной опухолью

?

Характерны для очагового туберкулеза проявления при его дифференциальной диагностике с пневмонией:

- температура 38 - 39°
- изменения чаще в нижних отделах легких
- температура нормальная или субфебрильная
- СОЭ повышена до 30 мм/час
- +отсутствие эффекта от антибактериальной терапии

?

Дифференциальная диагностика круглого инфильтрата проводится:

- с кавернозным туберкулезом
- с очаговой пневмонией
- с ателектазом
- +с периферическим раком

?

В изменениях со стороны крови при дифференциальной диагностике туберкулеза и пневмоний более важное значение имеет:

- уровень гемоглобина
- СОЭ
- +лейкоцитоз
- процент лимфоцитов

?

При дифференциальной диагностике инфильтративного туберкулеза с распадом и острым абсцессом легких, что свидетельствует в пользу туберкулеза:

- наличие неприятного запаха мокроты
- +неравномерный участок инфильтрации в верхней доле с просветлением в центре и наличием очага в нижележащих отделах легкого
- полость распада с горизонтальным уровнем и инфильтрацией вокруг
- острое начало с высокой лихорадкой (до 39°), ознобами и улучшением состояния после отхождения большого количества гнойной мокроты

?

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

- анамнез заболевания и данные объективного обследования
- данные бронхоскопии
- +исследование мокроты на МБТ
- рентгенологически с данные

?

Казеозную пневмонию необходимо дифференцировать, в первую очередь:

- с сепсисом
- с менингитом
- с центральным раком
- +с бактериальной пневмонией

?

С каким заболеванием необходимо дифференцировать туберкулез:

- очаговая пневмония
- хронический абсцесс легкого
- легочная воздушная киста
- +периферический рак легкого

?

В дифференциальной диагностике туберкулемы и периферического рака легких в пользу туберкулемы свидетельствует:

- +наличие краевого участка просветления (распада) в округлой тени

- гомогенная округлая тень, нередко с нечетким бугристым контуром
 - многолетнее курение в анамнезе
 - заметный рост при повторном рентгенконтроле через 3-4 месяца
- ?

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

- значительное количество жидкости в полости
 - +реакция в окружающей ткани в виде появления полиморфных очаговых теней
 - увеличение корня легкого за счет реактивного аденита
 - широкая и неравномерная перикавитарная зона воспаления
- ?

Кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез необходимо дифференцировать:

- с пневмосклерозом
 - с ателектазом
 - +с инфицированной кистой
 - с хроническим бронхитом
- ?

При дифференциальной диагностике фиброзно-кавернозного туберкулеза и поликистоза (кистозной гипоплазией) легких в пользу туберкулеза свидетельствует:

- отсутствие клинических проявлений
 - нормальные показатели при исследовании периферической крови
 - наличие тонкостенных полостных образований в легких
 - +наличие деформированной полости с толстыми стенками и очаговых изменений различной интенсивности вокруг
- ?

При дифференциальной диагностике туберкулезного и ракового плевритов в пользу туберкулезной этиологии свидетельствует:

- +экссудат соломенно-желтый прозрачный с относительно высоким содержанием белка
- экссудат геморрагический, мутный
- после аспирации быстро накапливается вновь
- в экссудате обнаруживаются атипические клетки

Ответы

1.	2
2.	4
3.	2
4.	1
5.	2
6.	2
7.	2,6
8.	3
9.	2
10.	3,5,1,4,2
11.	2
12.	2
13.	1,5
14.	2
15.	3
16.	2
17.	4
18.	2
19.	2
20.	3
21.	2
22.	1,6
23.	3
24.	1
25.	1,3
26.	3,1
27.	4
28.	3
29.	2
30.	1
31.	4
32.	4
33.	2
34.	2,5
35.	3
36.	3,5
37.	1
38.	2
39.	3
40.	2,5
41.	2
42.	1
43.	3
44.	2
45.	1
46.	3
47.	1
48.	3
196.	3
197.	4
198.	2,4
199.	1
200.	2
201.	1
202.	3
203.	4
204.	2

49.	1
50.	2
51.	4
52.	2
53.	3
54.	4
55.	3
56.	4
57.	1
58.	3
59.	3
60.	1
61.	4
62.	2
63.	2
64.	2
65.	2
66.	4
67.	4
68.	4
69.	2
70.	2
71.	4
72.	3
73.	4
74.	2
75.	2
76.	1
77.	3
78.	3
79.	3
80.	3
81.	2
82.	1
83.	3
84.	1,4
85.	3
86.	1
87.	4
88.	2
89.	2
90.	3
91.	3
92.	4
93.	2
94.	1
95.	4
96.	4
97.	3
220.	2
221.	2
222.	4
223.	3
224.	3
225.	3
226.	4
227.	1,5
228.	4

98.	3
99.	2
100.	2
101.	3
102.	1
103.	1
104.	3
105.	4
106.	4
107.	1
108.	2
109.	2
110.	3
111.	4
112.	2
113.	2
114.	4
115.	2
116.	2
117.	4
118.	3,5
119.	3
120.	2
121.	1
122.	2
123.	2
124.	1
125.	2
126.	1,5
127.	1
128.	3
129.	4
130.	1
131.	3,5
132.	3
133.	1
134.	3
135.	4
136.	2
137.	4
138.	3
139.	1
140.	4,5
141.	2
142.	1
143.	3
144.	4
145.	2
146.	1,5
244.	2
245.	1
246.	2,4
247.	1
248.	1
249.	3
250.	2,4
251.	1
252.	2

147.	4
148.	2
149.	3
150.	2
151.	3
152.	1
153.	3
154.	3
155.	1
156.	4
157.	2
158.	3
159.	3
160.	4
161.	2
162.	2
163.	4
164.	2,4
165.	3
166.	2
167.	4
168.	2
169.	4,5
170.	2
171.	2
172.	2
173.	4
174.	3
175.	3
176.	3
177.	4
178.	1
179.	2
180.	3
181.	2
182.	4
183.	2
184.	3
185.	2
186.	2
187.	3
188.	2
189.	3
190.	2
191.	4
192.	3
193.	4
194.	1
195.	4
268.	1,5
269.	3
270.	3
271.	1
272.	4
273.	1,4
274.	2
275.	3
276.	3

205.	3
206.	2
207.	4
208.	3
209.	1
210.	3
211.	3
212.	3
213.	3
214.	3
215.	3
216.	2
217.	2
218.	2
219.	3

229.	3
230.	3
231.	3
232.	4
233.	3
234.	2
235.	4
236.	3
237.	2
238.	3
239.	2
240.	4
241.	4
242.	
243.	4

253.	4
254.	3
255.	2
256.	4
257.	3
258.	4
259.	1
260.	4
261.	3
262.	3
263.	3
264.	1,4
265.	4
266.	1
267.	3

277.	4
278.	3
279.	2
280.	3
281.	4
282.	4
283.	1,4
284.	2
285.	3
286.	4
287.	1