

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ГИА ПО ФТИЗИАТРИИ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ

1. При подозрении на туберкулез необходимо обследование пациента:

- а) в противотуберкулезном диспансере;
- б) в поликлинике по месту жительства;
- в) в районной больнице;
- г) в фельдшерско-акушерском пункте;
- д) в региональном диагностическом центре.

2. Необходимые мероприятия в отношении здоровых лиц, проживающих в очаге туберкулезной инфекции:

- а) назначение специфической химиотерапии;
- б) учет в противотуберкулезном диспансере и флюорография органов грудной клетки;
- в) оздоровительные мероприятия в условиях туберкулезного санатория;
- г) обследование в поликлинике по месту жительства;
- д) профилактических мероприятий в отношении здоровых лиц не требуется.

3. Мероприятия в отношении детей, проживающих в очаге туберкулезной инфекции:

- а) ревакцинация БЦЖ, независимо от результатов пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л и возраста ребенка;
- б) взятие на учет и обследование в противотуберкулезном диспансере;
- в) назначение специфической химиотерапии;
- г) оздоровительные мероприятия в условиях санатория детского сада;
- д) лечение сопутствующих заболеваний.

4. Основной источник финансирования лечебно-профилактических мероприятий при туберкулезе:

- а) фонд обязательного медицинского страхования;
- б) фонд добровольного медицинского страхования;
- в) международные фонды;
- г) благотворительные организации;
- д) средства госбюджета.

5. Принадлежность очага туберкулезной инфекции к определенной эпидемической группе определяют:

- а) участковый терапевт и фтизиатр;
- б) участковый терапевт и педиатр;
- в) участковый фтизиатр и педиатр;
- г) участковый фтизиатр и врач-эпидемиолог;
- д) участковая медицинская сестра.

6. Извещение о больном, у которого впервые в жизни установлен диагноз туберкулеза, заполняет:

- а) врач любой специальности;
- б) врач-фтизиатр;
- в) медицинская сестра противотуберкулезного диспансера;
- г) работник территориального органа Госсанэпиднадзора;
- д) главный врач учреждения.

7. Оформление извещения о больном, у которого впервые в жизни установлен диагноз туберкулеза, осуществляется:

- а) в течение 1 недели после получения анализа мокроты на МБТ;
- б) в течение трех дней;
- в) в течение десяти дней;
- г) сразу после подтверждения бактериовыделения;
- д) срок оформления извещения значения не имеет.

8. Показатель болезненности при туберкулезе — это:

- а) число больных туберкулезом, состоящих на учете на конец года, в пересчете на 100.000 населения;
- б) число больных активным туберкулезом на конец года;
- в) удельный вес больных туберкулезом среди всех больных на данной территории;
- г) число больных туберкулезом в пересчете на 1000 населения;
- д) число оставшихся больных на учете на конец года.

9. Группа диспансерного наблюдения больных с впервые выявленным активным туберкулезом органов дыхания:

- а) IA;
- б) ПА;
- в) IYA;
- г) OA;
- д) YIA.

10. Группа диспансерного наблюдения ребенка с осложнением после вакцинации БЦЖ:

- а) IA для детей и подростков;
- б) YA для детей и подростков;
- в) III для детей и подростков;
- г) IYA для детей и подростков;
- д) YIA для детей и подростков.

11. Первичный туберкулез — заболевание, которое возникает:

- а) после первого контакта с больным туберкулезом;
- б) в связи с первым проникновением в организм вирулентных МБТ;
- в) вследствие реактивации у подростка скрытой туберкулезной инфекции;
- г) вследствие суперинфекции при контакте с больным активным туберкулезом;
- д) после завершения латентной туберкулезной инфекции с формированием кальцинатов.

12. У больных с неосложненным течением первичного туберкулеза чувствительность к туберкулину чаще:

- а) отрицательная;
- б) сомнительная;
- в) нормергическая;
- г) выраженная;
- д) слабоположительная.

13. Патоморфологически для параспецифических реакций характерно:

- а) узелковая макрофагальная реакция;
- б) туберкулезная гранулема продуктивного характера;
- в) гранулема казеозно-некротического характера;
- г) формирование фиброза в легких и других органах;
- д) наличие мелких кальцинатов в легких.

14. К клиническим проявлениям параспецифических реакций относятся:

- а) психоэмоциональная лабильность;
- б) длительный субфебрилитет;
- в) узловатая эритема на передних поверхностях голени;
- г) потливость;
- д) туберкулезный увеит.

15. Наиболее частой формой первичного туберкулеза у ребенка является:

- а) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;
- б) первичный туберкулезный комплекс;
- в) туберкулезная интоксикация;

- г) туберкулезный плеврит;
- д) милиарный туберкулез легких.

16. Первичный туберкулезный комплекс характеризуется:

- а) вовлечением в процесс трахеобронхиальных и бронхопульмональных групп лимфатических узлов;
- б) поражением бронхопульмональных групп внутригрудных лимфоузлов и наличие плеврального выпота;
- в) наличие первичного латентного аффекта и железистого компонента
- г) наличием очага в легочной ткани при неизменном корне легкого.

17. Инфильтративная форма туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов подтверждается:

- а) расширенным корнем легкого с размытыми наружными контурами;
- б) расширенным корнем легкого с четкими наружными контурами;
- в) поражением всех групп лимфатических узлов;
- г) наличием лимфогенной диссеминации;
- д) развитием лимфогенной каверны.

18. Наиболее частое осложнением туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов:

- а) амилоидоз внутренних органов;
- б) спонтанный пневмоторакс;
- в) нарушение бронхиальной проходимости;
- г) легочно-сердечная недостаточность;
- д) легочное кровотечение.

19. Основной метод лучевой диагностики для малой формы туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов:

- а) обзорной ретрограммой органов грудной клетки;
- б) томограммой средостения;
- в) УЗИ органов грудной клетки;
- г) компьютерной томограммой органов грудной клетки;
- д) рентгеноскопией легких с помощью электронного оптического преобразователя.

20. В патогенезе диссеминированного туберкулеза особое значение имеет:

- а) общая и локальная гиперсенсibilизация организма;
- б) гипертоническая болезнь;
- в) отсутствие ревакцинации БЦЖ в 14 лет;
- г) клинически излеченная пневмония;
- д) заболевание щитовидной железы.

21. При подостром диссеминированном туберкулезе основной путь распространения МБТ:

- а) бронхогенный;
- б) контактный;
- в) лимфогенматогенный;
- г) перибронхогенный;
- д) спутогенный.

22. При диссеминированном туберкулезе чаще поражаются:

- а) почки и омочеточники;
- б) красное вещество костного мозга;
- в) легкие;
- г) мозговые оболочки;
- д) кожа.

23. При диссеминированном туберкулезе очаги диссеминации преимущественно располагаются:

- а) внутриальвеолярно;
- б) по ходу мелких бронхов;
- в) в эндотелии сосудов;
- г) в интерстициальной ткани;
- д) вокруг каверны.

24. Морфологически подострый диссеминированный туберкулез характеризуется:

а) наличием очагов разной величины преимущественно продуктивного характера;

- б) наличием очагов продуктивного характера 1-2 мм в диаметре;
- в) формированием острой пневмогенной полости распада;
- г) наличием выраженного диффузного пневмосклероза;
- д) наличием сливающихся очагов с выраженным казеозным некрозом.

25. Штампованные каверны — типичный признак:

- а) острого диссеминированного туберкулеза;
- б) хронической формы диссеминированного туберкулеза;
- в) подострой формы диссеминированного туберкулеза;
- г) инфильтративного туберкулеза;
- д) кавернозного туберкулеза.

26. Больных подострым диссеминированным туберкулезом беспокоят жалобы на:

- а) сухой кашель;
- б) кашель с выделением мокроты;
- в) кровохарканье;
- г) затрудненное дыхание;
- д) осиплость голоса.

27. Для хронического диссеминированного туберкулеза характерны жалобы на:

- а) нарастающую одышку;
- б) гипертермию;
- в) систематические головные боли;
- г) боль в грудной клетке при ходьбе;
- д) боль в области сердца.

28. При хроническом диссеминированном туберкулезе в легких выявляются:

а) диффузный пневмосклероз, множественные очаги разной величины и плотности;

- б) множественные мелкие (0,5-1,0 мм) очаги диссеминации;
- в) фокусы долевого затемнения;
- г) облаковидные инфильтраты;
- д) подключичные округлые инфильтраты.

29. Отличительным рентгенологически признаком очагового туберкулеза являются:

- а) более частые локализации в базальных сегментах;
- б) изолированное поражение отдельных долей одного-двух сегментов легкого;
- в) отсутствие участков деструкции в зоне поражения;
- г) наличие каверны с трехслойной стенкой в зоне поражения;
- д) наличие обширной инфильтрации вокруг пораженной доли легкого.

30. Очаг Абрикосова — это:

- а) участок деструкции в легочной доле, окруженной трехслойной капсулой;
- б) казеозная бронхопневмония доли легкого;
- в) полость распада, заполненная казеозными массами;
- г) казеозные массы в доле легкого, пропитанные солями кальция;

д) фиброзированная доля легкого.

31. Очаговый туберкулез располагается в пределах:

- а) сегмента легкого;
- б) ацинуса;
- в) доли легкого;
- г) паратрахеального лимфатического узла и доли легкого;
- д) верхушки легкого.

32. Очаговый туберкулез относится к:

- а) своевременно выявленной форме туберкулеза;
- б) несвоевременно выявленной форме туберкулеза;
- в) запущенной форме туберкулеза;
- г) ранней форме туберкулеза;
- д) несвоевременно выявленной форме туберкулеза с бактериовыделением.

33. При очаговом туберкулез легких чувствительность к туберкулину чаще:

- а) нормергическая;
- б) парадоксальная;
- в) гиперергическая;
- г) отрицательная;
- д) сомнительная.

34. Наиболее информативным методом выявления очагового туберкулеза является:

- а) клиническое обследование;
- б) микробиологическая диагностика;
- в) туберкулинодиагностика;
- г) рентгенография органов грудной клетки;
- д) фибробронхоскопия.

35. При инфильтративном туберкулезе в зоне поражения:

- а) преобладает казеозно-некротическая тканевая реакция;
- б) инкапсулируются специфические изменения;
- в) доминирует экссудативная тканевая реакция;
- г) преобладает продуктивная тканевая реакция;
- д) отторгаются казеозные массы и образуются множественные острые каверны.

36. При инфильтративном туберкулез легких выраженность клинических признаков определяется:

- а) наличием внелегочных очагов;
- б) локализацией поражения;
- в) наличием МБТ в мокроте;
- г) клинико-рентгенологическим вариантом инфильтрата;
- д) сопутствующими заболеваниями.

37. Массивное выделение МБТ обнаруживают при развитии в легком:

а) округлого инфильтрата в фазе рассасывания;
б) наличие очищенной полости распада на фоне ограниченно перифокального воспаления;

- в) инфильтративного туберкулеза и туберкулезного плеврита;
- г) облаковидного инфильтрата с распадом и обсеменением;
- д) бронхолобулярного инфильтрата.

38. Распространенное затемнение на рентгенограмме соответствует:

- а) лобарному инфильтрату в фазе уплотнения;
- б) лобарному инфильтрату;
- в) округлому инфильтрату;
- г) бронхолобулярному инфильтрату;
- д) перисциссуриту в фазе уплотнения.

39. Осложнением инфильтративного туберкулеза легких чаще бывает:

- а) легочное кровохарканье;
- б) легочно-сердечная недостаточность;
- в) спонтанный пневмоторак;
- г) амилоидоз внутренних органов;
- д) туберкулез кожи.

40. В результате эффективного лечения инфильтративного туберкулеза чаще развивается:

- а) фиброз и фиброзные очаги;
- б) осумкование фокуса;
- в) санирование каверны на фоне фиброза;
- г) фиброателектаз с инкапсулированными очагами;
- д) участки обызвествления.

41. Морфологическая основа казеозной пневмонии:

а) обширные инфильтративные изменения в зоне поражения;
б) множественные казеозно-некротические изменения в легком без тенденции к отграничению;

- в) казеозный некроз в пределах одного сегмента в легком;
- г) осумкованный участок казеозного некроза в пределах доли легкого;
- д) полость распада с очагами обсеменения в окружающей легочной ткани.

42. Ведущий патогенетический фактор в развитии казеозной пневмонии:

- а) снижение количества Т-лимфоцитов;
- б) повышение количества В-лимфоцитов;
- в) снижение количества макрофагов;
- г) избыточный апоптоз иммунокомпетентных клеток;
- д) снижение функциональной активности Т-лимфоцитов.

43. Клиническая картина казеозной пневмонии характеризуется:

- а) волнообразным течением;
- б) рецидивирующим течением;
- в) умеренно-выраженными клиническими процессами;
- г) тяжелым, остро прогрессирующим течением;
- д) подострым течением.

44. Благоприятный исход казеозной пневмонии характеризуется:

- а) полным рассасыванием;
- б) формированием фиброза и плотных очагов;
- в) исходом в кальцинацию;
- г) развитием множественных туберкулем;
- д) формированием цирротического туберкулеза.

45. Истинная туберкулема характеризуется:

- а) наличием трехслойной капсулы;
- б) наличием трехслойной капсулы вокруг зоны специфического поражения;
- в) обилием казеозных масс в зоне поражения;
- г) выраженной зоной перифокального воспаления;
- д) вовлечением в процесс внутригрудных лимфатических узлов.

46. Туберкулема чаще всего формируется:

- а) в результате перенесенного первичного туберкулезного комплекса;
- б) в результате фиброзно-кавернозного туберкулеза;
- в) в результате милиарного туберкулеза;
- г) в результате инфильтративного туберкулеза;
- д) в результате казеозной пневмонии.

47. Туберкулема чаще располагается:

- а) субкортикально;
- б) по ходу междолевой борозды;
- в) в нижних отделах легких;
- г) в наддифрагмальном пространстве;
- д) в прикорневой зоне.

48. Олигобациллярность у больных туберкулемой обусловлена:

- а) наличием у туберкулемы фиброзной капсулы;
- б) неспособностью МБТ размножаться в казеозе;
- в) быстрым фагоцитозом МБТ в казеозе;
- г) поражением бронха и плохим дренированием казеозных масс;
- д) быстрой трансформацией МБТ, окруженных казеозом, в Л-формы.

49. Рентгенологические признаки прогрессирования туберкулемы:

- а) четкий наружный контур;
- б) наличие очаговых теней высокой плотности в окружающей легочной ткани;
- в) появление просветления серповидной формы;
- г) включения высокой плотности;
- д) перифокальный фиброз.

50. Туберкулемы чаще выявляют:

а) при обследовании лиц, находящихся в контакте с больными активным туберкулезом;

- б) при плановой флюорографии;
- в) у лиц, госпитализированных в связи с внебольничной пневмонией;
- г) у лиц, обратившихся к врачу с кровохарканьем;
- д) среди пациентов с ВИЧ-инфекцией.

51. Для впервые выявленного кавернозного туберкулеза характерно:

- а) двухслойная стенка каверны;
- б) обилие полиморфных очагов в ткани;
- в) наличие секвестра в каверне;
- г) грубый перикаветарный фиброз;
- д) отсутствие выраженных перикаветарных инфильтративных изменений.

52. Стенка свежей туберкулезной каверны отличается:

- а) широким фиброзным слоем;
- б) широким и непрерывным фиброзным слоем;
- в) отсутствием фиброзного слоя;
- г) тонким фиброзным слоем;
- д) тонким и прерывистым фиброзным слоем.

53. У больных кавернозным туберкулезом чаще отмечают:

- а) отсутствие мокроты МБТ-;
- б) большое количество гнойной мокроты МБТ+/-;
- в) небольшое количество крошковатой мокроты МБТ+/-;
- г) небольшое количество слизистой мокроты МБТ+/-;
- д) большое количество слизисто-гнойной мокроты МБТ+/-.

54. Наиболее информативным методом выявления каверны в легком является:

- а) бронхоскопия;
- б) УЗИ органов грудной клетки;
- в) КТ органов грудной клетки;
- г) исследование мокроты на МБТ;
- д) обзорная рентгенограмма органов грудной клетки.

55. Фиброзно-кавернозный туберкулез отличается от кавернозного туберкулеза:

- а) отсутствием эмфиземы;

б) наличием широкого и непрерывного фиброзного слоя в стенке каверны;
в) смещением органов средостения в здоровую сторону;
г) расширением межреберных промежутков над каверной;
д) сетчатым фиброзом в обоих легких и уменьшением объема пораженного легкого.

56. Над фиброзной каверной чаще выслушивают:

- а) звук падающей капли;
- б) бронхиальное дыхание;
- в) единичные сухие хрипы;
- г) усиление везикулярного дыхания;
- д) амфорическое дыхание.

57. Типичным рентгенологическим признаком фиброзно-кавернозного туберкулеза является:

- а) наличие уровня жидкости в кольцевидной тени;
- б) тонкая стенка кольцевидной тени и очаги обсеменения в окружающей ткани;
- в) широкая стенка кольцевидной тени, фиброзные изменения, очаги обсеменения;
- г) бугристы очертания наружного контура кольцевидной тени;
- д) широкая дорожка к расширенному корню легкого.

58. Наиболее частая причина смерти при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких:

- а) почечная недостаточность;
- б) печеночная недостаточность;
- в) прогрессирование туберкулеза с исходом в казеозную пневмонию;
- г) туберкулез мозговых оболочек;
- д) тромбоэмболия легочной артерии.

59. Специфические изменения при цирротическом туберкулезе легких обычно представлены:

- а) свежими кавернами;
- б) фиброзными кавернами;
- в) казеозными фокусами;
- г) циррозом, изменениями в легочной ткани с наличием инкапсулированных казеозных очагов;
- д) казеозными фокусами.

60. При цирротическом туберкулезе многие клинические проявления обусловлены:

- а) специфическим эндобронхитом;
- б) наличием туберкулезной каверны;
- в) формированием бронхоплеврального свища;
- г) лимфогематогенным распространением МБТ;
- д) присоединением неспецифической инфекции.

61. Показания к прерыванию беременности:

- а) кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах;
- б) очаг Гона в легких;
- в) любая форма активного туберкулеза легких;
- г) милиарный туберкулез легких;
- д) латентный период туберкулезной инфекции.

62. Локализацией первоначальных очагов при развитии туберкулеза почек является:

- а) капсула почки;
- б) мозговой слой;
- в) кортикальный слой паренхимы почки;
- г) окружающая почку клетчатка;

д) медулярное вещество.

63. К неструктивной форме туберкулеза почек относится:

- а) туберкулезный папиллит;
- б) кавернозный туберкулез;
- в) туберкулез паренхимы почек;
- г) туберкулезный пионефроз;
- д) гидронефроз.

64. Наиболее распространенной формой абдоминального туберкулеза является:

- а) туберкулез пищевода и желудка;
- б) туберкулез поджелудочной железы;
- в) туберкулез мезентериальных лимфатических узлов;
- г) туберкулез печени;
- д) туберкулез селезенки.

65. В процессе работы с культурой МБТ Р.Кохом был создан:

- а) стрептомицин;
- б) противотуберкулезная вакцина;
- в) туберкулин;
- г) специфический антиген;
- д) специфические антитела.

66. Размножение МБТ происходит преимущественно:

- а) почкованием;
- б) путем простого деления;
- в) ветвлением;
- г) спорообразованием;
- д) почкованием и ветвлением.

67. Туберкулезному процессу патоморфологически свойственны реакции воспаления:

- а) экссудации, пролиферации;
- б) альтерации, экссудации, пролиферации;
- в) пролиферации, экссудации;
- г) экссудации, пролиферации;
- д) неспецифического тромбоваскулита.

68. Источником заражения людей МБТ являются:

- а) человек, крупный рогатый скот;
- б) человек, домашние животные (кошки, собаки);
- в) крупный рогатый скот, домашние животные (кошки, собаки);
- г) крупный рогатый скот, полевые мыши;
- д) человек, куры.

69. Первичный туберкулез — это:

- а) заболевание вследствие первичного инфицирования МБТ;
- б) первое в жизни заболевание туберкулезом;
- в) первое проникновение МБТ в организм;
- г) заболевание вследствие суперинфекции МБТ;
- д) заболевание вследствие обострения эндогенной инфекции.

70. В патогенезе первичного туберкулеза выделяют стадии:

- а) формирования параспецифических реакций;
- б) первичной микобактериемии;
- в) латентного микробизма;
- г) формирования первичного аффекта;
- д) первичной микобактериемии, латентного микробизма.

71. Вторичный период туберкулезной инфекции:

- а) возникает вследствие эндогенной суперинфекции или реактивации эндогенной инфекции;
- б) заболевание, возникающее после биологического излечения туберкулеза;
- в) рецидив туберкулеза;
- г) возникает вследствие экзогенной суперинфекции;
- д) возникает вследствие эндогенной реактивации туберкулезной инфекции.

72. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л считается нормергической при размере папулы у взрослых:

- а) 5-10 мм;
- б) 5-20 мм;
- в) 5-17 мм;
- г) 5-12 мм;
- д) 4-16 мм.

73. Туберкулин — препарат выявляет:

- а) инфицированность МБТ;
- б) поствакцинальную аллергию;
- в) специфические антитела к МБТ;
- г) специфическую ГЗТ;
- д) специфическую ГНТ.

74. На внеклеточно расположенные МБТ преимущественно действуют:

- а) Н;
- б) R;
- в) Z;
- г) S;
- д) E.

75. При легочном кровотечении наибольшую угрозу для жизни представляет:

- а) аспирационная пневмония;
- б) ателектаз легкого;
- в) прогрессирование туберкулеза;
- г) кровопотеря;
- д) асфиксия

76. Основной клинический синдром при спонтанном пневмотораксе:

- а) резкая боль в груди;
- б) кашель;
- в) сердцебиение;
- г) чувство страха смерти;
- д) холодный пот.

77. Наиболее ранней формой туберкулеза почек является:

- а) кавернозный туберкулез;
- б) туберкулезный папиллит;
- в) туберкулезный пиелонефроз;
- г) туберкулез паренхимы почек;
- д) неспецифический пиелонефрит.

78. Наиболее тяжелой формой туберкулеза периферических лимфатических узлов является:

- а) гиперпластическая;
- б) абсцедирующая;
- в) казеозная;
- г) свищевая;
- д) инфильтративная.

79. Бактерицидное действие на МБТ оказывает сочетание препаратов:

- а) H+R
- б) H+Z
- в) R+Z
- г) H+S
- д) Et+Fg

80. В основе нерегулярного приема препаратов больными туберкулезом лежит:

- а) надежда на самоизлечение
- б) представление о невозможности излечения
- в) мнение о высокой токсичности препаратов
- г) вредные привычки
- д) низкая социальная культура

81. Термин «туберкулез» был введен в медицину:

- 1) Гиппократом;
- 2) Р.Кохом;
- 3) Р.Лаэннеком;
- 4) Парацельсом;
- 5) Авиценной.

82. Инфекционная природа туберкулеза была научно доказана:

- 1. Б.Вильменом;
- 2. Р.Кохом;
- 3. А.Кальметтом
- 4. Ф.Цилем и Ф.Нельсеном
- 5. Гиппократом.

83. Первый эффективно действующий на МБТ лекарственный препарат получил:

- 1. К.Форланини;
- 2. С.Ваксман;
- 3. А.Флеминг;
- 4. З.Ермольева;
- 5. Р.Кох.

84. Уникальная устойчивость МБТ обеспечивается:

- 1) микрокапсулой;
- 2) ядерной субстанцией;
- 3) цитоплазматической мембраной;
- 4) клеточной стенкой;
- 5) лизосомальными ферментами.

85. Корд-фактор МБТ — это фактор:

- 1) проницаемости;
- 2) толерантности;
- 3) изменчивости;
- 4) токсичности;
- 5) вирулентности.

86. Патоморфоз туберкулеза — это:

- 1) снижение заболеваемости;
- 2) снижение смертности;
- 3) изменение свойств возбудителя;
- 4) изменение морфологических проявлений и биологического вида возбудителя;
- 5) изменение морфологических проявлений и клинического течения заболевания.

87. Патоморфологически туберкулез характеризуется образованием:

- 1) эпителиоидно-клеточных гранулем с фибриноидным некрозом в центре;

- 2) эпителиоидно-клеточных гранулам с абсцедированием по периферии;
- 3) эпителиоидно-клеточных гранулам с присутствием гигантских клеток Лангханса;
- 4) гранулам, состоящих из эпителиоидных клеток, гигантских клеток Лангханса, казеоза в центре;
- 5) гранулам, состоящих из гигантских многоядерных клеток Лангханса, макрофагов, гистиоцитов.

88. Наиболее специфичный морфологический признак туберкулезного воспаления:

- 1) эпителиоидно-клеточная трансформация;
- 2) образование гигантских многоядерных клеток Лангханса;
- 3) творожистый некроз;
- 4) кальцинация;
- 5) оссификация.

89. Ведущим механизмом защиты человека от туберкулезной инфекции является:

- 1) гиперчувствительность замедленного типа;
- 2) гиперчувствительность немедленного типа;
- 3) иммунологическая память;
- 4) иммунологическая толерантность;
- 5) антителообразование.

90. Латентная (скрытая) туберкулезная инфекция — это:

- 1) отсутствие клинических проявлений и положительные туберкулиновые пробы;
- 2) «вираж» туберкулиновых проб и функциональные нарушения;
- 3) отсутствие клинических и рентгенологических изменений при положительных туберкулиновых пробах;
- 4) отсутствие клинических проявлений, кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах при отрицательных туберкулиновых пробах;
- 5) отсутствие клинических и рентгенологических изменений, отрицательный диаскинтест.

91. Туберкулинодиагностика — метод, основанный на выявлении:

- 1) гиперчувствительности немедленного типа;
- 2) гиперчувствительности замедленного типа;
- 3) противотуберкулезных антител;
- 4) ДНК микобактерий туберкулеза;
- 5) иммунологической памяти.

92. Выявление возбудителя туберкулеза методом полимеразной цепной реакции основано:

- 1) на определении титра антител;
- 2) на обнаружении РНК МБТ;
- 3) на выявлении специфической сенсibilизации;
- 4) на амплификации (умножении) ДНК МБТ;
- 5) на обнаружении корд-фактора МБТ.

93. Основной метод нозологической верификации диагноза «туберкулез»:

- 1) обнаружение МБТ в материале;
- 2) обнаружение КУМ в материале;
- 3) обнаружение специфических антител;
- 4) обнаружение эпителиоидно-клеточных гранулам в биоптате;
- 5) положительные туберкулиновые пробы и диаскинтест.

94. Тесты для выявления специфической сенсibilизации при туберкулезе:

- 1) иммуноферментный анализ и туберкулиновые пробы;
- 2) туберкулиновые пробы и диаскинтест;

- 3) туберкулиновые пробы и полимеразная цепная реакция;
- 4) иммуноферментный анализ и диаскинтест;
- 5) положительные туберкулиновые пробы и эозинофилия в клиническом анализе крови.

95. Для туберкулеза клинически наиболее характерны проявления:

- 1) по клиническим проявлениям туберкулез универсален;
- 2) наиболее характерны симптомы интоксикации;
- 3) инапперцептное или малосимптомное течение;
- 4) патогномоничны локальные симптомы;
- 5) поты, истощение.

96. Препарат «Диаскинтест» содержит:

- 1) специфические антитела к МБТ;
- 2) рекомбинантные антигены CFP-10 и ESAT-6;
- 3) ДНК микобактерий туберкулеза;
- 4) РНК микобактерий туберкулеза;
- 5) рекомбинантный антиген ESAT-6.

97. Положительной реакцией на Диаскинтест является:

- 1) инфильтрат (папула) любого размера;
- 2) инфильтрат (папула) 5 мм и более;
- 3) инфильтрат (папула) 2-4 мм;
- 4) инфильтрат (папула) 15 мм и более;
- 5) гиперемия любого размера.

98. Первичный туберкулез — это:

- 1) заболевание вследствие первичного инфицирования МБТ;
- 2) заболевания в ранее инфицированном организме;
- 3) первое в жизни заболевание туберкулезом;
- 4) первое проникновение МБТ в организм;
- 5) заболевание вследствие суперинфекции.

99. Для первичного туберкулеза в отличие от вторичного характерны:

- 1) поражение легочной ткани с наклонностью к деструкции;
- 2) поражение лимфатических узлов, параспецифические реакции;
- 3) поражение бронхов с бронхогенным распространением МБТ;
- 4) нормергическая туберкулиновая чувствительность и заживление путем фиброобразования;
- 5) деструкция легочной ткани и бактериовыделение.

100. Для инфильтративной формы туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов рентгенологически характерно:

- 1) отсутствие изменений в корне легкого на обзорной рентгенограмме;
- 2) значительное увеличение тени корня легкого с четким полициклическим наружным контуром;
- 3) увеличение тени корня с нечеткой наружной границей;
- 4) увеличение в корне 1-2 узлов диаметром не более 10-15 мм, обнаруживаемых при компьютерной томографии;
- 5) увеличение внутригрудных лимфатических узлов при использовании магнитно-резонансной томографии.

101. Нарушение бронхиальной проходимости III степени по Джексону характеризуется развитием в соответствующей зоне легкого:

- 1) гиповентиляции;
- 2) ателектаза;
- 3) обтурационной эмфиземы;
- 4) очагов бронхогенного отсева;
- 5) лимфогенной каверны.

102. При первичном туберкулезном комплексе симптом биполярности чаще выявляется в фазе:

- 1) инфильтрации;
- 2) распада;
- 3) уплотнения;
- 4) рассасывания;
- 5) обызвествления.

103. В исходе неосложненного первичного туберкулезного комплекса формируются:

- 1) очаг Гона и кальцинаты в ВГЛУ;
- 2) очаг Абрикосова и кальцинаты;
- 3) очаг Гона и очаги Симона;
- 4) очаг Ашоффа-Пуля и кальцинаты;
- 5) очаг Гона, очаги Симона и кальцинаты в ВГЛУ.

104. Наиболее грозное осложнение первичного туберкулеза:

- 1) ателектаз;
- 2) полисерозит;
- 3) лимфогенная и бронхогенная диссеминация;
- 4) менингит;
- 5) нодулобронхиальный свищ.

105. При диссеминированном туберкулезе легких очаги локализуются:

- 1) в паренхиме легких;
- 2) в интерстиции легких;
- 3) в подслизистом слое бронхов;
- 4) в плевре;
- 5) в нижних отделах легких.

106. Выделяют следующие клинические варианты милиарного туберкулеза:

- 1) гематогенный, лимфогенный, бронхогенный;
- 2) острый, подострый, хронический;
- 3) abortивный, неосложненный, осложненный;
- 4) моноорганный, полиорганный;
- 5) тифоидный, легочный, септический.

107. Двусторонняя симметричная мелкоочаговая диссеминация в легких возникает при распространении МБТ:

- 1) контактным путем;
- 2) гематогенным путем;
- 3) лимфогенным путем;
- 4) бронхогенным путем;
- 5) спутогенным путем.

108. Преимущественное расположение очагов в прикорневых зонах возникает при распространении МБТ:

- 1) контактным путем;
- 2) гематогенным путем;
- 3) лимфогенным путем;
- 4) бронхогенным путем;
- 5) спутогенным путем.

109. Нижнедолевая диссеминация легких возникает при распространении МБТ:

- 1) контактным путем;
- 2) гематогенным путем;
- 3) лимфогенным путем;
- 4) бронхогенным путем;
- 5) спутогенным путем.

110. Туберкулезный менингит развивается преимущественно как:

- 1) серозная форма;
- 2) базилярная форма;
- 3) менингоэнцефалит;
- 4) цереброспинальная форма
- 5) конвекситальная форма.

111. Для туберкулезного менингита характерны:

- 1) молниеносное течение с поражением вещества головного или спинного мозга;
- 2) безлихорадочное течение и поражение черепно-мозговых нервов;
- 3) острое начало и хаотичная клиническая картина;
- 4) постепенное начало и стадийность развития клинической картины;
- 5) подострое начало и нормализация ликвора в течение 1 месяца.

112. Поражение ЦНС при туберкулезе начинается:

- 1) с диффузного параспецифического васкулита;
- 2) с появления на мягкой мозговой оболочке туберкулезных гранулем;
- 3) с поражения паутинной оболочки;
- 4) с появления туберкулезных бугорков в веществе мозга;
- 5) с поражения черепно-мозговых нервов.

113. Вторичный туберкулез — это:

- 1) заболевание вакцинированных БЦЖ людей;
- 2) заболевание, обусловленное экзогенной суперинфекцией;
- 3) заболевание, обусловленное эндогенной реактивацией туберкулезной инфекции;
- 4) заболевание, обусловленное экзогенной суперинфекцией или эндогенной реактивацией туберкулезной инфекции;
- 5) преимущественное поражение легких.

114. При инволюции свежего очагового туберкулеза формируются очаги:

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

115. При инфильтративном туберкулезе в зоне поражения доминирует:

- 1) казеозно-некротическая тканевая реакция;
- 2) продуктивная тканевая реакция;
- 3) васкулит, отек;
- 4) экссудативная тканевая реакция;
- 5) альтеративная тканевая реакция.

116. При инфильтративном туберкулезе выраженность клинических признаков определяется:

- 1) локализацией поражения;
- 2) возрастом и социальным статусом больного;
- 3) давностью заболевания;
- 4) клинико-рентгенологическим вариантом инфильтрата;
- 5) массивностью бактериовыделения.

117. Наиболее выраженные клинические симптомы наблюдаются при вариантах инфильтративного туберкулеза:

- 1) перисциссурите и облаковидном;
- 2) облаковидном и округлом;
- 3) перисциссурите и бронхолобулярном;

- 4) бронхолобулярном и лобите;
- 5) округлом и бронхолобулярном.

118. Наименее выраженные клинические симптомы наблюдаются при вариантах инфильтративного туберкулеза:

- 1) облаковидном и перисцисурите;
- 2) облаковидном и округлом;
- 3) перисцисурите и бронхолобулярном;
- 4) бронхолобулярном и лобите;
- 5) округлом и бронхолобулярном.

119. При казеозной пневмонии патоморфологически доминирует:

- 1) экссудативная тканевая реакция;
- 2) продуктивная тканевая реакция;
- 3) казеозно-некротическая тканевая реакция;
- 4) неспецифическое воспаление вследствие активизации микробной флоры и грибов;
- 5) реакция гиперчувствительности немедленного типа — отек, васкулит.

120. Ведущий патогенетический фактор развития казеозной пневмонии:

- 1) снижение количества Т-лимфоцитов;
- 2) снижение количества В-лимфоцитов;
- 3) снижение титра гуморальных антител;
- 4) избыточный апоптоз иммунокомпетентных клеток;
- 5) значительное содержание ИФН-гамма и ИЛ-2.

121. Благоприятным исходом казеозной пневмонии считают формирование:

- 1) множественных туберкулем;
- 2) крупной солитарной казеомы;
- 3) фиброзно-кавернозного туберкулеза;
- 4) инфильтративного туберкулеза по типу лобита;
- 5) кавернозного туберкулеза.

122. Формирование истинной туберкулемы обычно предшествует:

- 1) подострый диссеминированный туберкулез;
- 2) казеозная пневмония;
- 3) кавернозный туберкулез;
- 4) инфильтративный туберкулез;
- 5) первичный туберкулезный комплекс.

123. Формированию «ложной» туберкулемы обычно предшествует:

- 1) подострый диссеминированный туберкулез;
- 2) казеозная пневмония;
- 3) кавернозный туберкулез;
- 4) инфильтративный туберкулез;
- 5) первичный туберкулезный комплекс.

124. При прогрессировании туберкулемы чаще формируется:

- 1) кавернозный туберкулез;
- 2) фиброзно-кавернозный туберкулез;
- 3) казеозная пневмония;
- 4) цирротический туберкулез;
- 5) инфильтративный туберкулез в фазе распада.

125. Необходимость хирургического лечения при туберкулезе легкого обусловлена:

- 1) высокой эпидемической опасностью больного;
- 2) недостаточной эффективностью консервативного лечения;
- 3) угрозой генерализации процесса;
- 4) угрозой возникновения легочного кровотечения;
- 5) риском развития дыхательной недостаточности.

126. Для кавернозного туберкулеза характерно:

- 1) двуслойная стенка каверны;
- 2) наличие множественных полиморфных очагов ниже каверны;
- 3) отсутствие выраженных перикавитарных очаговых и инфильтративных изменений;
- 4) грубый перикавитарный фиброз;
- 5) наличие секвестра в каверне.

127. Наиболее частым клиническим проявлением кавернозного туберкулеза является:

- 1) непродуктивный кашель;
- 2) малопродуктивный кашель;
- 3) кровохарканье;
- 4) одышка;
- 5) выраженный синдром интоксикации.

128. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких отличается от кавернозного:

- 1) наличием широкого и непрерывного фиброзного слоя в стенке каверны;
- 2) смещением органов средостения в здоровую сторону;
- 3) сетчатым фиброзом в обоих легких;
- 4) наличием сердечной недостаточности;
- 5) обнаружением МБТ в мокроте.

129. Установить обострение специфического воспаления при цирротическом туберкулезе позволяет:

- 1) усиление кашля;
- 2) кровохарканье;
- 3) появление синдрома интоксикации;
- 4) появление МБТ в мокроте;
- 5) воспалительные изменения в клиническом анализе крови.

130. Появление экссудата в плевральной полости при параспецифическом туберкулезном плеврите обусловлено:

- 1) повышением давления в капиллярном русле плевры;
- 2) повышением проницаемости сосудистой стенки;
- 3) нарушением лимфатического оттока;
- 4) снижением онкотического давления плазмы;
- 5) снижением давления в плевральной полости.

131. Достоверным критерием туберкулезной этиологии плеврита является:

- 1) обнаружение специфических антител в экссудате;
- 2) повышением содержания аденозиндезаминазы в экссудате и крови;
- 3) обнаружение эпителиоидно-клеточных гранулем в биоптате;
- 4) обнаружение МБТ в экссудате;
- 5) гиперергическая реакция на Диаскинтест.

132. Наиболее сложно дифференцировать туберкулезный плеврит с:

- 1) парапневмоническим;
- 2) раковым;
- 3) злокачественной мезотелиомой плевры;
- 4) доброкачественной мезотелиомой плевры;
- 5) плевритом при заболеваниях соединительной ткани.

133. При туберкулезе бронхов ведущим клиническим симптомом является:

- 1) боли в межлопаточном пространстве;
- 2) кашель со значительным количеством мокроты;
- 3) осиплость голоса;
- 4) инспираторная одышка;

5) сухой упорный кашель.

134. При фибробронхоскопии удается осмотреть:

- 1) бронхи I-II порядка;
- 2) бронхи III-IV порядка;
- 3) бронхи I-IV порядка;
- 4) бронхи V порядка;
- 5) бронхи V-X порядка.

135. Своевременно выявленной формой туберкулеза почек является:

- 1) гидронефроз;
- 2) туберкулез паренхимы почки;
- 3) туберкулезный папиллит;
- 4) кавернозный туберкулез;
- 5) туберкулезный пиелонефроз.

136. Наиболее достоверным методом подтверждения туберкулезной этиологии поражения почек является:

- 1) микробиологический;
- 2) УЗИ;
- 3) МРТ;
- 4) КТ;
- 5) проба Коха.

137. Для туберкулеза почек в общем анализе мочи наиболее характерна:

- 1) лейкоцитурия;
- 2) эритроцитурия;
- 3) протеинурия;
- 4) гиалиновые цилиндры;
- 5) кислая реакция мочи.

138. Показания к прерыванию беременности:

- 1) латентная туберкулезная инфекция;
- 2) кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах;
- 3) очаги Симона в легких;
- 4) очаги Гона в легких;
- 5) активный туберкулез легочный и внелегочный.

139. Относительным противопоказанием для искусственного прерывания беременности является:

- 1) инфильтративный туберкулез легких;
- 2) активные формы внелегочного туберкулеза;
- 3) милиарный туберкулез;
- 4) диссеминированный туберкулез легких;
- 5) кавернозный туберкулез легких.

140. Туберкулезную этиологию изменений в легких косвенно подтверждает:

- 1) острое начало заболевания;
- 2) быстрая клинико-рентгенологическая динамика при лечении антибиотиками широкого спектра действия;
- 3) незначительная положительная клинико-рентгенологическая динамика при лечении антибиотиками широкого спектра действия;
- 4) отсутствие лейкоцитоза при увеличении СОЭ в клиническом анализе крови;
- 5) ВИЧ-инфицирование пациента;

141. Целью химиотерапии туберкулеза является:

- 1) клиническое излечение;
- 2) биологическое излечение;
- 3) закрытие полости распада;

- 4) прекращение бактериовыделения;
- 5) восстановление функции пораженного органа.

142. Продолжительность стационарного этапа лечения больного туберкулезом определяется:

- 1) локализацией поражения;
- 2) эффективностью проводимых лечебных мероприятий;
- 3) биологическим видом МБТ;
- 4) социальным статусом больного;
- 5) наличием лекарственной устойчивости МБТ.

143. Наиболее выраженной гепатотоксический эффект отмечается у:

- 1) изониазида;
- 2) ПАСК;
- 3) этионамида;
- 4) стрептомицина;
- 5) рифампицина.

144. При сохранении полости распада на фоне химиотерапии у больного инфильтративным туберкулезом легких показана:

- 1) физиотерапия;
- 2) коллапсотерапия;
- 3) коллапсохирургия;
- 4) иммунотерапия;
- 5) кавернотомия.

145. В дифференциальной диагностике кровотечения из ветвей легочной артерии и ветвей бронхиальной артерии имеет значение:

- 1) цвет крови;
- 2) рН крови;
- 3) объем выделенной крови;
- 4) свертываемость крови;
- 5) данные лучевого обследования.

146. Наиболее современная неотложная помощь при легочном кровотечении:

- 1) фармакологическая и эндоскопическая;
- 2) фармакологическая и хирургическая;
- 3) эндоскопическая и рентгеноэндоваскулярная;
- 4) фармакологическая и рентгеноэндоваскулярная;
- 5) эндоскопическая и хирургическая.

147. Наиболее эффективным медикаментозным методом остановки кровотечения из ветвей бронхиальной артерии является:

- 1) применение противокашлевых препаратов;
- 2) введение эуфиллина;
- 3) введение свежезамороженной плазмы;
- 4) искусственная артериальная гипотензия;
- 5) введение препаратов кальция.

148. Наиболее эффективным медикаментозным методом остановки кровотечения из ветвей легочной артерии является:

- 1) применение противокашлевых препаратов;
- 2) введение эуфиллина;
- 3) введение свежезамороженной плазмы;
- 4) искусственная артериальная гипотензия;
- 5) введение препаратов кальция и викасола

149. Экстренная помощь при клапанном (напряженном) спонтанном пневмотораксе включает:

- 1) ингаляции кислорода;

- 2) применение кардиотонических средств;
- 3) торакоцентез;
- 4) искусственная вентиляция легких;
- 5) применение анальгетиков и противокашлевых средств.

150. При открытом спонтанном пневмотораксе давление в плевральной полости:

- 1) отрицательное высокое;
- 2) отрицательное низкое;
- 3) положительное высокое;
- 4) положительное низкое;
- 5) атмосферное.

151. Губительное действие на МБТ оказывает:

- 1) инфракрасное излучение;
- 2) ультрафиолетовое излучение;
- 3) рентгеновское излучение;
- 4) ультразвук;
- 5) электромагнитное поле.

152. Вакцина БЦЖ — это:

- 1) живые микобактерии штамма БЦЖ;
- 2) убитые микобактерии штамма БЦЖ;
- 3) апатогенные микобактерии туберкулеза;
- 4) авирулетные микобактерии туберкулеза;
- 5) слабовирулетные микобактерии бычьего вида.

153. Прививочная доза вакцины БЦЖ-1:

- 1) 0,05 мг;
- 2) 0,025 мг;
- 3) 0,1 мг;
- 4) 1,0 мг;
- 5) 0,5 мг.

154. Прививочная доза вакцины БЦЖ-М:

- 1) 0,05 мг;
- 2) 0,025 мг;
- 3) 0,1 мг;
- 4) 1,0 мг;
- 5) 0,5 мг.

155. При показателе заболеваемости туберкулезом в регионе ниже 80 на 100 тыс. населения противотуберкулезная вакцинация:

- 1) обязательная вакцинация отменяется;
- 2) проводится только в группах риска;
- 3) применяется вакцина БЦЖ-1 в дозе 0,025 мг;
- 4) применяется вакцина БЦЖ-М в дозе 0,025 мг;
- 5) проводится только в возрасте 7 лет.

156. Вторичная химиопрофилактика показана:

- 1) лицам, не вакцинированным БЦЖ;
- 2) туберкулиноотрицательным лицам, имеющим бытовой контакт с больным активным туберкулезом;
- 3) не инфицированным МБТ при назначении ингибиторов ФНО-альфа;
- 4) не инфицированным МБТ при лечении ГКС;
- 5) инфицированным МБТ при назначении ГКС, ингибиторов ФНО-альфа.

157. Раннее выявление туберкулеза — это выявление:

- 1) туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов;
- 2) «виража» туберкулиновых проб;
- 3) очагового туберкулеза без бактериовыделения;

- 4) туберкулезного плеврита;
- 5) туберкулезной интоксикации у детей и подростков.

158. Своевременное выявление туберкулеза — это выявление:

- 1) инфильтративного туберкулеза легких в фазе распада;
- 2) очагового туберкулеза легких без бактериовыделения;
- 3) очагового туберкулеза легких с бактериовыделением;
- 4) туберкулемы легких в фазе распада;
- 5) первичного туберкулезного комплекса с бактериовыделением.

159. Возможные типы излечения от туберкулеза:

- 1) биологический, клинический;
- 2) биологический, анатомический;
- 3) биологический, анатомический, клинический;
- 4) спонтанный, индуцированный;
- 5) анатомический, клинический.

160. Оформление извещения о больном, у которого впервые в жизни установлен диагноз туберкулеза, осуществляется:

- 1) в течение 1 недели;
- 2) в 10-дневный срок;
- 3) в течение 24 часов;
- 4) в 3-дневный срок;
- 5) в течение 5 дней.