

12 занятие: Итоговое занятие по всем темам цикла.

ИТОГОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ СТУДЕНТОВ 6 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО И ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ

Выбрать один наиболее правильный ответ.

1. Основным путем проникновения возбудителя туберкулеза в организм человека является:
 1. алиментарный;
 2. аэрогенный;
 3. трансплацентарный;
 4. контактный.

2. Первичный туберкулезный комплекс характеризуется:
 1. поражением внутригрудных лимфатических узлов и наличием очагов в легочной ткани;
 2. наличием первичного аффекта в легочной ткани, лимфангоитом и поражением регионарных лимфоузлов;
 3. поражением лимфоузлов, стенки прилежащего бронха и наличием очага в легочной ткани;
 4. поражением лимфоузлов, стенки прилежащего бронха, пневмоническим фокусом в легочной ткани.

3. Первичной формой туберкулеза органов дыхания является:
 1. туберкулёма легких;
 2. очаговый туберкулез легких;
 3. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;
 4. инфильтративный туберкулез легких.

4. При туберкулезном менингите в ликворе характерны изменения:
 1. снижение уровня сахара;
 2. повышение уровня сахара;
 3. повышение содержания нейтрофилов;
 4. снижение уровня белка.

5. Гиперергической реакцией на туберкулин у детей является:
 1. инфильтрат 15 мм;
 2. гиперемия или инфильтрат 2 - 4 мм;
 3. инфильтрат 12 мм;
 4. инфильтрат 17 мм и более.

6. Основным методом диагностики туберкулеза периферических лимфатических узлов является:
 1. ультразвуковое исследование;
 2. биопсия;
 3. рентгенографическое исследование;
 4. клинические проявления.

7. Критерием «виража» туберкулиновой чувствительности является:
 1. переход отрицательной реакции в предшествующем году в положительную;
 2. переход положительной реакции в гиперергическую;
 3. угасание туберкулиновой чувствительности;
 4. переход положительной реакции в сомнительную.

8. Вакцинация и ревакцинация БЦЖ позволяет:
 1. предотвратить развитие тяжелых прогрессирующих форм туберкулеза у детей;
 2. предотвратить инфицирование МБТ;
 3. предотвратить развитие вторичного туберкулеза;
 4. предотвратить кальцинацию лимфатических узлов.

9. Основными причинами перехода инфицирования в заболевание туберкулезом являются:
 1. снижение неспецифической и специфической резистентности организма;
 2. климатические условия;
 3. неполноценное питание;
 4. пищевая аллергия;
 5. респираторно-вирусные инфекции 2-3 раза в год.

10. Выраженность проявлений первичного туберкулеза у детей, подростков определяется:
 1. давностью первичного инфицирования;
 2. полом ребенка;
 3. массивностью и вирулентностью инфекции; возрастом ребенка;
 4. локализацией поражения.

11. Туберкулез у подростков характеризуется:

1. склонностью к самозаживлению;
2. склонностью к острому началу и быстрому прогрессированию процесса;
3. склонностью к бессимптомному течению;
4. отсутствием бактериовыделения.

12. Источниками инфицирования человека микобактериями туберкулеза являются:

1. дети и подростки в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции;
2. больные бактериовыделители;
3. больные туберкулезом птицы;
4. лица, инфицированные МБТ;
5. взрослые, перенесшие туберкулез в детском возрасте.

13. Плановое флюорографическое обследование населения начинается с возраста:

1. с 7 лет;
2. с 15 лет;
3. с 12 лет;
4. с 18 лет.

14. Ревакцинацию вакциной БЦЖ проводят в возрасте:

1. 5 и 16 лет;
2. 7 и 14 лет;
3. 12 и 17 лет;
4. 18 и 30 лет.

15. На консультацию к фтизиатру направляются пациенты:

1. с длительным субфебрилитетом, кашлем более 2-3 недель;
2. с синдромом Марфана;
3. с аллергией неясной этиологии;
4. с дефицитом массы тела.

16. Причинами развития хронически текущего первичного туберкулеза являются:

1. первичный иммунодефицит;
2. раннее выявление туберкулеза;
3. несвоевременное выявление, неадекватно проводимое лечение;
4. первичная химиопрофилактика.

17. Характерными рентгенологическими признаками ателектаза при туберкулезе являются:

1. неоднородное затемнение в легком;

2. очаговые тени в легких;
3. нечеткие границы тени;
4. смещение средостения в сторону поражения; четкие; вогнутые границы сегмента или доли.

18. Основными путями диссеминации при первичном туберкулезе являются:

1. оппозиционный рост очагов;
2. контактный;
3. гематогенный; лимфогенный;
4. бронхогенный.

19. Туберкулезный менингит является:

1. серозным;
2. гнойным;
3. геморрагическим;
4. эозинофильным.

20. Основными препаратами для лечения туберкулеза являются:

1. амикацин, капреомицин;
2. изониазид, рифампицин;
3. этионамид, протионамид;
4. циклосерин, офлоксацин.

21. Рентгенологическим симптомом при туберкулезе легкого является:

1. затемнение в легком, связанное дорожкой с расширенным корнем;
2. кольцевидная тень;
3. округлая тень размером более 1 см с четкими контурами;
4. фокус затемнения с нечеткими контурами.

22. Рентгенологически для милиарного туберкулеза легких характерно:

1. симметричные мелко- и крупноочаговые тени в средних отделах легких;
2. мелкоочаговые тени по ходу сосудов в обоих легких без тенденции к слиянию;
3. очаговые изменения преимущественно в средних и нижних отделах легких с расплывчатыми контурами с тенденцией к слиянию;
4. усиление легочного рисунка и его деформация с грубыми ячеистыми структурами.

23. Массовая туберкулинодиагностика у детей, привитых в период новорожденности вакциной БЦЖ, начинается с возраста:

1. с 6- месячного возраста;
2. с 12-месячного возраста;
3. с 7-летнего возраста;
4. с 3-летнего возраста.

24. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППДЛ считается отрицательной при появлении на месте введения:

1. инфильтрата 5 мм;
2. инфильтрата 17 мм и более;
3. инфильтрата 2-4 мм или гиперемии любого размера;
4. уколочной реакции.

25. Наиболее опасное для жизни больного осложнение туберкулеза:

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

26. В процессе работы с культурой микобактерии туберкулеза Р. Кохом был создан:

1. стрептомицин;
2. туберкулин;
3. противотуберкулезная вакцина;
4. корд-фактор.

27. Противотуберкулезная вакцина была создана и апробирована:

1. А. Кальметтом и К. Гереном;
2. Ш. Манту;
3. Р. Кохом;
4. Ф. Цилем и Ф. Нельсеном.

28. В развитии туберкулезной инфекции у человека принято выделять следующие периоды:

1. вторичный и третичный;
2. первичный и вторичный;
3. инкубационный и клинических проявлений;
4. доклинический и клинический.

29. Развитию туберкулеза может способствовать применение с лечебной целью:

1. антибиотиков;
2. нестероидных противовоспалительных препаратов;

3. глюкокортикоидных гормонов, ингибиторов ФНО- α ;
4. противовирусных препаратов.

30. Выявить специфическую аллергию к МБТ позволяет:

1. общий анализ крови;
2. рентгенография легких;
3. микроскопическое исследование мокроты;
4. туберкулинодиагностика.

31. Временным противопоказанием для постановки пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л является:

1. положительная туберкулиновая проба;
2. острое соматическое заболевание;
3. сахарный диабет;
4. контакт с больным туберкулезом.

32. Формулировка клинического диагноза туберкулеза отражает:

1. метод выявления туберкулеза и функциональные нарушения;
2. давность заболевания и распространенность процесса;
3. чувствительность к туберкулину и выраженность интоксикации;
4. клиническую форму, фазу и локализацию процесса.

33. При первичном туберкулезе параспецифические реакции могут проявляться:

1. фебрильной лихорадкой;
2. потливостью;
3. узловатой эритемой;
4. психоэмоциональной лабильностью.

34. При остром диссеминированном туберкулезе легких основной путь распространения МБТ:

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

35. При туберкулезном плеврите в экссудате преобладают:

1. моноциты;
2. лимфоциты;
3. эозинофилы;
4. нейтрофилы.

36. Клиническая картина и течение ВИЧ-ассоциированного туберкулеза, в основном, обусловлена:

1. активностью гуморального звена иммунитета;
2. наличием или отсутствием анемии;
3. стадией ВИЧ-инфекции и степенью иммунных нарушений;
4. давностью первичного инфицирования МБТ.

37. Для туберкулезного менингита характерно:

1. наличие длительного продромального периода;
2. отсутствие лихорадки;
3. молниеносное течение;
4. гектическая лихорадка.

38. Губительное действие на МБТ оказывает:

1. инфракрасное излучение;
2. ультрафиолетовое излучение;
3. рентгеновское излучение;
4. ультразвук.

39. Иммунизация БЦЖ показана лицам:

1. имеющим положительные туберкулиновые пробы;
2. неинфицированным МБТ;
3. имеющим гиперергические туберкулиновые пробы;
4. впервые инфицированным МБТ.

40. Прививочная доза вакцины БЦЖ-М:

1. 0,01 мг;
2. 0,025 мг;
3. 0,05 мг;
4. 1,0 мг.

41. Ребенку, невакцинированному вакциной БЦЖ в период новорожденности, массовая туберкулинодиагностика начинается с:

1. 1 мес.;
2. 6 мес.;
3. 2 мес.;
4. 12 мес.

42. Химиопрофилактика (превентивная химиотерапия) показана детям:
1. с поствакцинальной аллергией;
 2. больным туберкулезом;
 3. с выражением чувствительности к туберкулину;
 4. с отрицательными туберкулиновыми пробами.
43. Основным методом лечения больных туберкулезом:
1. диетотерапия;
 2. химиотерапия;
 3. хирургический;
 4. коллапсотерапия.
44. Диагноз туберкулеза позволяет верифицировать:
1. компьютерная томография;
 2. общий анализ крови;
 3. биохимический анализ крови;
 4. обнаружение МБТ в патологическом или биологическом материале.
45. Ведущим защитным иммунологическим феноменом при туберкулезе является:
1. повышенная чувствительность замедленного типа;
 2. повышенная чувствительность немедленного типа;
 3. иммунологическая память;
 4. антителообразование.
46. Наиболее патогенными для человека являются микобактерии:
1. человеческого вида;
 2. птичьего вида;
 3. мышиного вида;
 4. бычьего вида;
 5. человеческого и бычьего видов.
47. Ребенку с наличием «виража» туберкулиновой пробы необходимо провести:
1. градуированную пробу Пирке;
 2. ревакцинацию БЦЖ-М;
 3. химиопрофилактику в течение 3–6 мес.;
 4. дезинтоксикационную терапию в течение 2 недель.
48. Инфекционная природа туберкулеза была научно доказана:
1. Гиппократом;
 2. Б. Вильменом;

3. А. Кальметтом;
4. Р. Кохом.

49. Рентгенологическим методом массового обследования населения на туберкулез является:

1. рентгеноскопия органов грудной клетки;
2. обзорная рентгенография органов грудной клетки;
3. флюорография органов грудной клетки;
4. компьютерная томография органов грудной клетки.

50. В России методом раннего выявления туберкулеза среди детей и подростков является:

1. иммуноферментный анализ;
2. исследование мокроты на МБТ;
3. флюорография;
4. туберкулинодиагностика;
5. полимеразная цепная реакция.

51. Первичный туберкулез, в отличие от вторичного, характеризуется:

1. положительной пробой Манту с 2 ТЕ ППД-Л;
2. отрицательной пробой Манту с 2 ТЕ ППД-Л;
3. более частой локализацией специфических изменений в легком;
4. вовлечением лимфатической системы в патологический процесс;
5. массивным бактериовыделением.

52. Для диссеминированного туберкулеза легких наиболее характерно:

1. двухстороннее субтотальное затемнение легких;
2. одностороннее очаговое поражение легких;
3. двухстороннее поражение легких с наличием множественных очаговых изменений;
4. затемнение доли легкого;
5. полость распада в верхнем отделе одного легкого с очагами в нижнем отделе другого легкого.

53. Нетуберкулезные (атипичные) микобактерии у человека могут вызывать:

1. микобактериоз;
2. псевдотуберкулез;
3. туберкулез внелегочной локализации;
4. токсокароз.

54. При подозрении на милиарный туберкулез рекомендуется проведение терапии *ex juvantibus*:
1. антибиотиками широкого спектра действия, не влияющими на МБТ;
 2. нестероидными противовоспалительными средствами;
 3. высокоэффективными противотуберкулезными препаратами;
 4. иммуномодуляторами.
55. Для очагового туберкулеза легких наиболее характерно:
1. туберкулезный процесс, ограниченный одной долей легкого со стертой клинической картиной;
 2. туберкулезный процесс с очаговыми изменениями в двух и более сегментах легких;
 3. процесс с малосимптомным (бессимптомным) течением, скудным бактериовыделением, очагами в одном-двух сегментах легких;
 4. распространенный туберкулезный процесс с выраженной клинической картиной.
56. Для очагового и инфильтративного туберкулеза легких наиболее характерна локализация в сегментах:
1. 4, 5;
 2. 1, 2, 6;
 3. 3, 6;
 4. 8, 9.
57. Очаговый туберкулез легких необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями:
1. пневмония;
 2. силикоз;
 3. муковисцидоз;
 4. лимфосаркома.
58. Тесты для выявления специфической сенсибилизации при туберкулезе:
1. ИФА и туберкулиновые пробы;
 2. ПЦР и Диаскинтест;
 3. Туберкулиновые пробы и Диаскинтест;
 4. Туберкулиновые пробы и ПЦР.
59. Наиболее частым осложнением инфильтративного туберкулеза легких является:
1. Кровохарканье, легочное кровотечение;
 2. туберкулез гортани;
 3. амилоидоз внутренних органов;
 4. ателектаз доли легкого;

5. легочно-сердечная недостаточность.

60. Острое прогрессирующее течение с летальным исходом более характерно для больных:

1. фиброзно-кавернозным туберкулезом;
2. хроническим диссеминированным туберкулезом;
3. инфильтративным туберкулезом;
4. казеозной пневмонией.

61. Туберкулезу легких следует дифференцировать со следующим заболеванием:

1. саркоидоз;
2. периферический рак легкого;
3. центральный рак легкого;
4. муковисцидоз.

62. Для кавернозного туберкулеза легких рентгенологически характерно наличие:

1. округлого фокуса затемнения с четким контуром;
2. полости с нечетким внутренним и наружным контуром и очагами отсева в окружающей ткани;
3. затемнения неомогенной структуры;
4. полости с равномерной тонкой стенкой с четким внутренним и наружным контуром;
5. множественных очаговых теней, "штампованные" каверны.

63. Инфильтративный туберкулез легких необходимо дифференцировать:

1. с саркоидозом легких;
2. с экзогенным аллергическим альвеолитом;
3. эозинофильной пневмонией;
4. с буллезной эмфиземой.

64. Основной причиной легочного кровотечения у больных туберкулезом легких является:

1. повреждение стенок кровеносных сосудов и повышение давления в малом круге кровообращения;
2. нарушения в свертывающей системе крови;
3. нарушения в противосвертывающей системе крови;
4. застойные явления в малом круге кровообращения.

65. О своевременном выявлении свидетельствует обнаружение у впервые выявленного больного:

1. инфильтративного туберкулеза легких в фазе распада;
2. цирротического туберкулеза легких;
3. туберкулемы легких в фазе распада;
4. очагового туберкулеза легких в фазе инфильтрации;
5. диссеминированного туберкулеза легких в фазе распада.

66. О позднем выявлении туберкулеза свидетельствует обнаружение у впервые выявленного больного:

1. очагового туберкулеза в фазе инфильтрации;
2. инфильтративного туберкулеза;
3. фиброзно-кавернозного туберкулеза;
4. подострого диссеминированного туберкулеза.

67. Продолжительность стационарного этапа лечения больного туберкулезом определяется:

1. клинической формой туберкулеза;
2. наличием в легких деструктивных изменений;
3. массивностью бактериовыделения;
4. эффективностью проводимых лечебных мероприятий;
5. наличием сопутствующих заболеваний.

68. Препарат «Диаскинтест» содержит:

1. Специфические антитела к МБТ;
2. Рекомбинантные антигены CFP-10 и ESAT-6;
3. ДНК микобактерий туберкулеза;
4. продукты жизнедеятельности МБТ.

69. Основным противопоказанием к назначению рифампицина является:

1. сахарный диабет;
2. язвенная болезнь желудка;
3. катаракта;
4. заболевание центральной и периферической нервной системы;
5. нарушение функции печени.

70. Выделяют следующие формы очагового туберкулеза:

1. экссудативную и пролиферативную;
2. свежую и хроническую;
3. прогрессирующую и регрессирующую;
4. типичную и атипичную;
5. первичную и вторичную.

71. Очаг Абрикосова — это:

1. участок деструкции в легочной доле, окруженный трехслойной капсулой;
2. казеозная бронхопневмония доли легкого;
3. жидкие казеозные массы, инкапсулированные в пределах доли легкого;
4. пропитанные солями кальция казеозные массы в доле легкого;
5. фиброзированная доля легкого с точечными вкраплениями казеозных масс.

72. Положительной реакцией на Диаскинтест является:

1. папула любого размера;
2. папула 5 мм и более;
3. папула 15 мм и более;
4. папула 2-4 мм.

73. Рентгенологически под очаговой тенью понимают затемнение размером:

1. 1 – 10 мм;
2. 1 – 15 мм;
3. 1 – 20 мм;
4. 15 мм.

74. Одним из клинико-рентгенологических вариантов туберкулезного инфильтрата является:

1. очаговый;
2. округлый;
3. конгломератный;
4. солитарный;
5. милиарный.

75. Одним из клинико-рентгенологических вариантов туберкулезного инфильтрата является:

1. Подострый;
2. Облаковидный;
3. Конгломератный;
4. хронически текущий;
5. ложный.

76. Массивное выделение МБТ обнаруживают при развитии в легком:

1. круглого инфильтрата;
2. лобита в фазе распада;
3. бронхобулярного инфильтрата;
4. сегментарного инфильтрата.

77. Особенностью казеозной пневмонии является:

1. преобладание параспецифических тканевых реакций;
2. выраженный казеозно-некротический компонент воспаления;
3. резко выраженный экссудативный компонент воспаления;
4. преобладание продуктивного компонента воспаления;
5. раннее формирование фиброзных изменений.

78. У больных туберкулезом часто отмечают:

1. выраженную туберкулезную интоксикацию;
2. появление клинических симптомов при прогрессировании;
3. одышку при незначительной физической нагрузке;
4. выделение значительного количества слизисто-гнойной мокроты;
5. массивное бактериовыделение.

79. Чаще туберкулемы выявляют:

1. при обследовании лиц, состоящих в контакте с больными туберкулезом легких;
2. при плановой флюорографии;
3. у лиц, госпитализированных по поводу пневмонии;
4. у лиц, обратившихся к врачу в связи с кровохарканьем;
5. среди пациентов с ВИЧ-инфекцией.

80. Наиболее информативным методом выявления каверны в легком является:

1. Бронхоскопия;
2. УЗИ органов грудной клетки;
3. КТ органов грудной клетки;
4. исследование мокроты на МБТ;
5. обзорная рентгенограмма органов грудной клетки.

81. Формированию кавернозного туберкулеза легких способствует:

1. лечения в условиях стационара;
2. несвоевременное выявление и позднее начало лечения;
3. использование комбинированной химиотерапии;
4. лечение в амбулаторных условиях.

82. Достоверным критерием туберкулезной этиологии плеврита является:

1. снижение содержания сахара в экссудате;
2. гиперергические кожные туберкулиновые пробы;
3. обнаружение МБТ в экссудате;
4. содержание лимфоцитов в экссудате более 20%.

83. Своевременно выявленной формой туберкулеза почек является:

1. туберкулез паренхимы почек;
2. туберкулезный папиллит;
3. кавернозный туберкулез почек;
4. туберкулезный пионефроз.

84. Наиболее информативна для выявления небольшого количества жидкости в плевральной полости:

1. перкуссия;
2. аускультация;
3. рентгенография;
4. УЗИ;
5. пункция плевральной полости.

85. При туберкулезном плеврите экссудат чаще:

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

86. При туберкулезе бронха ведущим клиническим симптомом является:

1. повышение температуры тела;
2. осиплость голоса;
3. выделение мокроты полным ртом;
4. сухой упорный кашель;
5. боли в межлопаточном пространстве.

87. Наибольшую опасность для жизни при легочном кровотечении представляет:

1. ателектаз легкого;
2. асфиксия;
3. кровопотеря;
4. аспирационная пневмония;
5. прогрессирование туберкулеза.

88. Наиболее эффективно для остановки кровотечения из ветвей бронхиальных артерий применение:

1. покоя;
2. искусственной артериальной гипотензии;
3. введения хлорида кальция;

4. капельного введения свежезамороженной плазмы;
5. введения эуфиллина 2,4% внутривенно.

89. Наиболее часто спонтанный пневмоторакс возникает при наличии:

1. туберкулеза легких;
2. буллезной эмфиземы;
3. кисты легкого;
4. рака легкого.

90. Основным методом специфической профилактики туберкулеза у взрослых является:

1. организация правильного режима дня и питания;
2. проведение закаливающих процедур;
3. лечение сопутствующих заболеваний;
4. превентивная химиотерапия.

91. Показанием к прерыванию беременности является:

1. очаг Гона в легком;
2. активный туберкулез легочной и внелегочной локализации;
3. латентная туберкулезная инфекция;
4. клинически излеченный инфильтративный туберкулез легких.

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

1. применение анальгетиков и противокашлевых средств;
2. ингаляцию кислорода;
3. искусственную вентиляцию легких;
4. торакоцентез.

93. Туберкулез центральной нервной системы чаще начинается с поражения:

1. корешков черепно-мозговых нервов;
2. мягкой мозговой оболочки основания головного мозга;
3. оболочек спинного мозга;
4. серого вещества головного мозга;
5. паутинной оболочки больших полушарий.

94. Активность очагового туберкулеза легких подтверждает:

1. нормергическая чувствительность к туберкулину;
2. симптомы интоксикации, нечеткие контуры рентгенологически;

3. четкие контуры очагов на рентгенограмме, отсутствие эффекта от специфической химиотерапии;
4. ослабленное везикулярное дыхание.

95. В группу повышенного риска заболевания туберкулезом относятся больные:

1. психическими заболеваниями;
2. острой пневмонией;
3. калькулезным холециститом;
4. стенокардией.

96. К основным противотуберкулезным препаратам относится следующая комбинация:

1. ПАСК, протионамид, циклосерин;
2. изониазид, рифампицин, этамбутол;
3. амикацин, этионамид, офлоксацин;
4. пипразинамид, капреомицин, амикацин;
5. канамицин, левофлоксацин, стрептомицин.

97. Выявление больных туберкулезом осуществляется:

1. в противотуберкулезных учреждениях;
2. в учреждениях общей лечебной сети;
3. в учреждениях службы Госсанэпиднадзора;
4. в пенитенциарных учреждениях.

98. К первичной лекарственной устойчивости МБТ относят:

1. лекарственную устойчивость, выявленную впервые в текущем году;
2. лекарственную устойчивость у больного, который получал противотуберкулезное лечение несколько лет назад;
3. лекарственную устойчивость, выявленную впервые до назначения противотуберкулезных препаратов;
4. лекарственную устойчивость, выявленную после проведения основного курса химиотерапии.

99. Одной из главных проблем современной фтизиатрии является:

1. отсутствие современного технического оснащения;
2. недостаточное финансирование;
3. распространение лекарственно-устойчивых штаммов МБТ;
4. качество подготовки врачей фтизиатров.

100. В каких случаях назначается первый режим химиотерапии:

1. впервые выявленный распространенный туберкулез с бактериовыделением;
2. повторный курс химиотерапии по поводу рецидива;
3. впервые выявленный ограниченный туберкулез без бактериовыделения;
4. лекарственно- устойчивый туберкулез;