**8.1. Лист актуализации**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Дата | Код | Изменения в содержании | Подпись заведующего кафедрой (протокол №, дата) |
| 1 | 10.03.2016 |  | Согласно решению Ученого совета ИДПО от 18.09.2014г., протокол №7 – о реализации дополнительных профессиональных программ по модульному принципу внести следующие изменения в учебный план образовательной программы повышения квалификации «ДПП ПК» врачей по специальности «Фтизиатрия» (учебный план и таблица профессиональных компетенций(ПК)прилагается)Рабочие программы цикла «Фтизиатрия» 288 часов ПК соответствуют учебно-производственному плану подготовки специалистов здравоохранения по программам профессионального образования на 2016 год. В указанную программу внесены изменения: изменить количество часов повышения квалификации с 288 часов на 144 часа (основание: Распоряжение №4 от 08.02.16г. директора ИДПО ГБУ ВПО БГМУ МЗ РФ Викторова В.В.) | Протокол №23 от 10.03.2016Профессор Х.К. Аминев |
| 2 | 24.11.17г. |  | Согласно решению заседания преподавателей кафедры фтизиатрии №44 от 23.11.17г. ввести в Дополнительную профессиональную программу повышения квалификации по специальности «Фтизиатрия» Приказ МЗ РФ №124н от 21.03.2017г (зарегистрировано в МЮ РФ 31.05.2017) | Протокол №44 от 23.11.2017Профессор Х.К. Аминев |

 **8.2. Учебный план**

Дополнительной профессиональной программы повышения квалификации по специальности «фтизиатрия»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Код** | **Наименование разделов, тем, элементов** | **Всего часов** | **В том числе** |
| **Базовая** | **Вариативная** | **Практика** | **Форма контроля** |
| **Л** | **ПЗ** | **С** | **Л** | **ПЗ** | **С** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1 | ***Учебный модуль 1******Фтизиатрия*** | **72** | **22** | **24** | **26** |  |  |  |  | **Промежуточная аттестация (зачет)** |
| 1.1 | *Раздел1**Организация противотуберкулезной помощи населению* | 6 | 2 | 2 | 2 |  |  |  |  | ТЗ, сит задачи, собеседование |
| 1.2 | *Раздел2**Диагностика туберкулеза* | 18 | 6 | 6 | 6 |  |  |  |  | ТЗ, сит задачи, собеседование |
| 1.3 | *Раздел 3**Туберкулез у детей и подростков* | 12 | 4 | 4 | 4 |  |  |  |  | ТЗ, сит задачи, собеседование |
| 1.4 | *Раздел 4* *Клинические формы туберкулеза органов дыхания* | 32 | 10 | 12 | 10 |  |  |  |  | ТЗ, сит задачи, собеседование |
|  | **Промежуточная аттестация****(зачет)** | 2 |  |  | 2 |  |  |  |  |  |
|  | **ИТОГО:** | 72 | 22 | 24 | 26 |  |  |  |  |  |
| 2 | ***Учебный модуль 2******Лечение лекарственноустойчивого туберкулеза с применением коллапсотерапевтических методов*** | **36** | **12** | **14** | **10** |  |  |  |  | **Промежуточная аттестация (зачет)** |
| 2.1 | *Раздел 1**Общие принципы и методы лечения туберкулеза* | 4 | 2 | 2 |  |  |  |  |  | ТЗ, сит задачи, собеседование |
| 2.2 | *Раздел 2**Химиотерапия туберкулеза* | 4 | 2 |  | 2 |  |  |  |  | ТЗ, сит задачи, собеседование |
| 2.3 | *Раздел 3* *Механизмы лекарственной устойчивости микобактерий* | 4 | 2 |  | 2 |  |  |  |  | ТЗ, сит задачи, собеседование |
| 2.4 | *Раздел 4**Лечение больных с лекарственной устойчивостью микобактерий* | 6 | 2 | 2 | 2 |  |  |  |  | ТЗ, сит задачи, собеседование |
| 2.5 | *Раздел 5**Патогенетические методы лечения* | 4 | 2 |  | 2 |  |  |  |  | ТЗ, сит задачи, собеседование |
| 2.6 | *Раздел 6**Хирургические и коллапсотерапевтические методы лечения*  | 12 | 2 | 10 |  |  |  |  |  | ТЗ, сит задачи, собеседование |
|  | **Промежуточная аттестация****(зачет)** | 2 |  |  | 2 |  |  |  |  |  |
|  | ***ИТОГО:*** | 36 | 12 | 14 | 10 |  |  |  |  |  |
| 3 | ***Модуль 3******Внелегочный туберкулез*** | **36** | **12** | **12** | **12** |  |  |  |  |  |
| 3.1 | *Раздел 1**Патогенез и клиническая классификация внелегочного туберкулеза* | 6 | 2 | 2 | 2 |  |  |  |  | ТЗ, сит задачи, собеседование |
| 3.2 | *Раздел 2**Туберкулез ЦНС* | 6 | 2 | 2 | 2 |  |  |  |  | ТЗ, сит задачи, собеседование |
| 3.3 | *Раздел 3**Мочеполовой туберкулез* | 6 | 2 | 2 | 2 |  |  |  |  | ТЗ, сит задачи, собеседование |
| 3.4 | *Раздел 4**Туберкулез костей и суставов* | 6 | 2 | 2 | 2 |  |  |  |  | ТЗ, сит задачи, собеседование |
| 3.5 | *Раздел 5**Туберкулез женских половых органов* | 4 | 2 | 2 |  |  |  |  |  | ТЗ, сит задачи, собеседование |
| 3.6 | *Раздел 6* *Туберкулез периферических л/у и др. редких локализаций* | 6 | 2 | 2 | 2 |  |  |  |  | ТЗ, сит задачи, собеседование |
|  | **Промежуточная аттестация****(зачет)** | 2 |  |  | 2 |  |  |  |  | ВАР |
|  | ***ИТОГО:*** | 36 | 12 | 12 | 12 |  |  |  |  |  |
|  | ***Итоговая аттестация******(экзамен)в т ч*** | **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ***ИТОГО:*** | **144** | **46** | **50** | **48** |  |  |  |  |  |

**8.3. Темы курсовых работ:**

1. Современные подходы к вакцинации и ревакцинации БЦЖ.
2. Иммунитет и аллергия при туберкулезе.
3. Санитарно-противоэпидемические мероприятия в очаге туберкулезной инфекции.
4. Правовые основы здравоохранения
5. Организация раннего выявления туберкулеза у детей.
6. Организация раннего выявления туберкулеза в группах риска заболевания туберкулезом.
7. Плевриты.
8. Дифференциальная диагностика легочных инфильтратов.
9. Округлые образования в легких.
10. Неотложные состояния в пульмонологии.
11. Казеозная пневмония.
12. Хронические формы туберкулеза органов дыхания.
13. Побочные явления и осложнения химиотерапии туберкулеза, методы устранения, профилактика.
14. Возбудитель туберкулеза.
15. Методы обнаружения микобактерий туберкулеза.
16. Основные принципы и методы лечения туберкулеза.
17. Туберкулез органов брюшной полости.
18. Туберкулез мозговых оболочек.
19. Туберкулез костей и суставов.
20. Туберкулез органов дыхания у детей.
21. Туберкулез почек и мочевыводящих путей.
22. Туберкулез женских половых органов.
23. Туберкулез мужских половых органов.
24. Рецидивы туберкулеза органов дыхания.
25. Саркоидоз.
26. Патологическая анатомия и патогенез туберкулеза.
27. История борьбы с туберкулезом.
28. Эпидемиология туберкулеза.
29. Туберкулинодиагностика.
30. Кожная туберкулиновая проба Диаскин-тест.
31. Туберкулезные поражения глаз.
32. Химиотерапия туберкулеза.
33. Лекарственно-устойчивый туберкулез.
34. Рентгенологические методы исследования туберкулеза легких.
35. Патогенетическое лечение туберкулеза.
36. Диссеминированные процессы в легких.
37. Легочно-сердечная недостаточность.
38. Легочное кровотечение.
39. Спонтанный пневмоторакс.
40. Туберкулезный менингит.
41. Лимфоаденопатии у детей.
42. Туберкулез и алкоголизм.
43. Санаторное лечение туберкулеза.
44. Туберкулез и материнство.
45. Первичный туберкулез у детей и подростков.
46. Туберкулез у лиц пожилого и старческого возраста.
47. Хирургическое лечение туберкулеза.
48. Анализ противотуберкулезной деятельности в районе обслуживания.
49. Туберкулез и гепатит.
50. Туберкулез и СПИД.

51. Вопросы взаимоотношения в диаде врач- пациент

**8.4. Вопросы для подготовки к Итоговой аттестации слушателей**

1. Эпидемиологические показатели по туберкулезу: инфицированность, риск инфицирования, заболеваемость, смертность.
2. Возбудитель туберкулеза. Характеристика. Виды биологической изменчивости. Методы выявления Определение виража туберкулиновой пробы у детей и подростков.
3. Методы исследования больных бронхолегочной патологией в условиях общей лечебной сети и противотуберкулезного диспансера.
4. Общие принципы лечения больных туберкулезом.
5. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Диагностика, клиника, лечение.
6. Роль врача-терапевта общей медицинской сети в своевременном выявлении туберкулеза у взрослых.
7. Основные принципы химиотерапии больных туберкулезом.
8. Клиническая классификация туберкулеза. Схема построения клинического диагноза.
9. Первичный туберкулезный комплекс. Диагностика, клиника, лечение.
10. Санаторное лечение больных туберкулезом. Туберкулезные санатории в Башкирии.
11. Стандартные режимы химиотерапии: «первый» (I) режим химиотерапии.
12. Методы исследования больных бронхолегочной патологией в условиях общей лечебной сети и противотуберкулезного диспансера.
13. Туберкулез и гепатит. Диагностика, клиника, лечение.
14. Спонтанный пневмоторакс. Виды. Диагностика, клиника, лечение.
15. Стандартные режимы химиотерапии: «второй» (IIа) режим химиотерапии.
16. Понятие о первичном и вторичном туберкулезе.
17. Туберкулезный менингит. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.
18. Очаг туберкулезной инфекции. Мероприятия по его оздоровлению.
19. Контингенты I группы диспансерного учета у взрослых.
20. Стандартные режимы химиотерапии: «второй» (IIб) режим химиотерапии.
21. Очаговый туберкулез легких. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.
22. Обследование на туберкулез и верификация диагноза.
23. Закон № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в России».
24. Стандартные режимы химиотерапии: «третий» (III) режим химиотерапии.
25. Иммунитет при туберкулезе. Механизм противотуберкулезного иммунитета.
26. Подострый диссеминированный туберкулез легких. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.
27. Основные принципы лечения больных туберкулезом легких.
28. Стандартные режимы химиотерапии: «четвертый» (IV) режим химиотерапии.
29. Обострение рецидива туберкулеза, роль отягощающих факторов.
30. Казеозная пневмония. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.
31. Коррекция химиотерапии при плохой переносимости лечения.
32. Виды туберкулинов. Методика постановки пробы Манту. Оценка результатов.
33. Милиарный туберкулез. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.
34. Хирургические методы лечения больных туберкулезом органов дыхания.
35. Организация химиотерапии у больных туберкулезом.
36. Роль флюорографии в раннем выявлении туберкулеза и бронхолегочной патологии. Группы риска заболевания туберкулезом.
37. Туберкулема легких. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.
38. Силикотуберкулез. Клиника, дифференциальная диагностика. Профилактика туберкулеза у больных силикозом.
39. Обследование больных туберкулезом при химиотерапии.
40. Методы раннего выявления туберкулеза у детей, подростков и взрослых.
41. Инфильтративный туберкулез легких. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.
42. Противотуберкулезный диспансер. Задачи, группировка.
43. Определение активности туберкулезного процесса.
44. Противотуберкулезная вакцина БЦЖ, БЦЖ-М. Характеристика вакцины. Техника проведения вакцинации, осложнения вакцинации.
45. Кавернозный туберкулез легких. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.
46. Противотуберкулезные препараты. Группировка, дозы, побочные реакции.
47. Критерии клинического излечения туберкулеза.
48. Дифференциальная диагностика поствакцинальной и инфекционной аллергии.
49. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.
50. Химиопрофилактика туберкулеза.
51. Саркоидоз. Клиника, диагностика, лечение.
52. Исследование и оценка функции внешнего дыхания у больных туберкулезом.
53. Параспецифические реакции при первичном туберкулезе.
54. Туберкулезный плеврит. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.
55. IV группа диспансерного учета. Характеристика контингентов.
56. Основной курс лечения больных туберкулезом.
57. Методы выявления микобактерий туберкулеза.
58. Туберкулезное воспаление. Строение туберкулезного бугорка.
59. Туберкулез, сочетанный с пылевыми профессиональными заболеваниями легких. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.
60. Препараты группы ГИНК. Дозы. Показания и противопоказания к их назначению. Побочные реакции и методы их устранения.
61. Цирротический туберкулез легких. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.
62. Оценка функций дыхания и кровообращения при туберкулезе органов дыхания.
63. Контроль эффективности химиотерапии и оценка результатов лечения.
64. Препараты группы аминогликозидов. Дозы. Показания и противопоказания к их назначению. Побочные реакции и методы их устранения.
65. Туберкулез периферических лимфатических узлов. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.
66. Раннее, своевременное и позднее выявление больных туберкулезом.
67. Химиотерапия туберкулеза легких в стационарных и амбулаторных условиях.
68. Производные ПАСК. Дозы. Показания и противопоказания к их назначению. Побочные реакции и методы их устранения.
69. Лекарственная устойчивость возбудителя туберкулеза и методика химиотерапии.
70. Туберкулез брыжеечных лимфатических узлов. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.
71. Приказ МЗ РФ № 109 «О совершенствовании противотуберкулезной помощи населению».
72. Этамбутол. Дозы. Показания и противопоказания к его назначению. Побочные реакции и методы их устранения.
73. Туберкулез кишечника. Туберкулезный перитонит. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.
74. Туберкулез и сахарный диабет.
75. Социальная и санитарная профилактика туберкулеза.
76. Рифампицин. Дозы. Показания и противопоказания к его назначению. Побочные реакции и методы их устранения.
77. Критерии оценки распространенности туберкулеза в регионе.
78. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных и больных с синдромом приобретенного иммунодефицита.
79. V группа диспансерного учета у детей и подростков.
80. Пиразинамид. Дозы. Показания и противопоказания к его назначению. Побочные реакции и методы их устранения.
81. Целевые программы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России и в Республике Башкортостан».
82. Туберкулез костей и суставов. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.
83. Циклосерин. Дозы. Показания и противопоказания к его назначению. Побочные реакции и методы их устранения.
84. Туберкулез женских половых органов. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.
85. Туберкулез и психические заболевания.
86. «О» группа диспансерного учета.
87. Этионамид. Дозы. Показания и противопоказания к его назначению. Побочные реакции и методы их устранения.
88. Туберкулез гортани, трахеи и бронхов. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.
89. Туберкулез и язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.
90. II группа диспансерного учета.
91. Протионамид. Дозы. Показания и противопоказания к его назначению. Побочные реакции и методы их устранения.
92. Основные этапы развития фтизиатрии.
93. Туберкулез и рак.
94. VI группа диспансерного учета у детей и подростков.
95. Фторхинолоны. Дозы. Показания и противопоказания к их назначению. Побочные реакции и методы их устранения.

**8.5. Фонд оценочных средств:**

**Тесты:**

**Вариант №1**

1. Дети, родившиеся у больных туберкулезом матерей, как правило:

1) больны туберкулезом

2) не инфицированы МБТ

3) инфицированы МБТ

4) обладают противотуберкулезным иммунитетом

2. Заболеваемость туберкулезом беременных и родильниц превышает общую заболеваемость женщин туберкулезом:

1) в 1,5-2 раза

2) в 3-4 раза

3) в 4-5 раза

4) в 5-6 раз

3. Рентгенологическое исследование во время беременности проводят:

1) в виде исключения при наличии сложной диагностической ситуации

2) при обнаружении МБТ в мокроте

3) при обнаружении ВИЧ-инфекции

4) при положительной чувствительности к туберкулину

4. В России на 100 тыс. населения внелегочным туберкулезом заболевают:

1) 1-2 человека

2) 3-4 человека

3) 7-8 человек

4) 8-10 человек

5. Туберкулез чаще поражает:

1) желудок и кожу

2) почки, внутренние половые органы, кости

3) мягкие ткани полости рта

4) центральную нервную систему

6. Локализацией первоначальных очагов при развитии туберкулеза почек является:

1) капсула почки

2) кортикальный слой паренхимы почки

3) окружающая почку клетчатка

4) мозговой слой

7. К формам туберкулеза почки относится:

1) округлый инфильтрат

2) очаговый туберкулез

3) туберкулема

4) кавернозный туберкулез

8. К недеструктивным формам туберкулеза почки относится:

1) туберкулезный папиллит

2) гидронефроз

3) туберкулез почечной паренхимы

4) кавернозный туберкулез

9. К своевременно выявленным формам туберкулеза почки относится:

1) гидронефроз

2) облаковидный инфильтрат

3) туберкулезный пионефроз

4) туберкулез почечной паренхимы

10. При туберкулезе почек рентгенологическая картина полости, заполненной контрастным веществом, с фестончатыми краями соответствует:

1) казеоме почки

2) пионефрозу

3) кавернозной форме туберкулеза почки

4) туберкулезному папиллиту

11. Отсутствие уретрита при наличии клинической картины эпидидимита является характерным признаком:

1) неспецифического эпидидимита

2) эпидидимита туберкулезной этиологии

3) опухолевого поражения придатка

4) вирусного эпидидимита

12. Проведение пробы Коха у больных туберкулезом мочевой системы необходимо для определения:

1) активности процесса

2) трудоспособности

3) степени нарушения функции почек

4) степени хронической почечной недостаточности

13. Локализацией первоначальных очагов при развитии туберкулеза женских половых органов являются:

1) матка

2) проксимальные отделы маточных труб

3) дистальные отделы маточных труб

4) эндометрий

14. При туберкулезе женских половых органов всегда поражаются:

1) маточные трубы

2) яичники и маточные трубы

3) яичники

4) матка и яичники

15. Основным исследованием, позволяющим определить объем поражения при туберкулезе женских половых органов, является:

1) гистеросальпингография

2) КТ органов малого таза

3) МРТ органов малого таза

4) УЗИ органов малого таза

16. Наиболее часто при костном туберкулезе поражаются:

1) кости кисти

2) позвонки поясничного отдела

3) тазобедренные суставы

4) кости голени

17. Основной путь проникновения МБТ в ткани при развитии туберкулеза костей и суставов:

1) контактный

2) гематогенный

3) аэрогенный

4) алиментарный

18. Локализацией первоначальных очагов при развитии туберкулеза позвоночника является:

1) остистый отросток позвонка

2) губчатое вещество тел позвонков

3) межреберные мышцы

4) мягкие ткани, расположенные паравертебрально

19. Выраженность клинических признаков при туберкулезе костей и суставов определяется:

1) возрастом больного

2) биологическим видом возбудителя туберкулеза

3) этапом развития туберкулезного процесса

4) наличием медико-биологических факторов риска по туберкулезу

20. Из различных суставов туберкулез чаще поражает:

1) плечевой

2) локтевой

3) мелкие суставы кисти

4) тазобедренный

21. Относительно ранний симптом туберкулеза позвоночника:

1) боль в спине в покое

2) деформация позвоночника

3) вынужденная осанка

4) нарушение походки

22. Туберкулез центральной нервной системы чаще начинается с поражения:

1) мягкой мозговой оболочки основания мозга

2) серого вещества головного мозга

3) паутинной оболочки больших полушарий

4) оболочек спинного мозга

23. Для туберкулезного менингита характерно:

1) наличие продромального периода

2) отсутствие лихорадки

3) молниеносное течение

4) доброкачественное течение

24. Туберкулезный менингит характеризуется:

1) возможностью самоизлечения

2) стадийностью развития клинической картины

3) отсутствием менингеального синдрома

4) отсутствием продромального периода

25. Преобладание лимфоцитов в клеточном составе ликвора, снижение содержания сахара и хлоридов характерны для менингита:

1) туберкулезного

2) вирусного

3) менингококкового

4) опухолевой природы

26. При гематогенной форме туберкулеза глаз чаще поражается:

1) хрусталик

2) стекловидное тело,

3) хориоидея

4) склера

27. При инфекционно-аллергической форме туберкулеза глаз чаще поражается:

1) стекловидное тело

2) зрительный нерв

3) хориоидея

4) конъюнктива

28. Основным диагностическим критерием туберкулеза глаз является:

1) положительная проба Манту

2) положительная очаговая реакция при проведении пробы Коха

3) помутнение стекловидного тела

4) характерная локализация поражения

29. Туберкулезом периферических лимфатических узлов чаще заболевают:

1) взрослые

2) дети

3) мужчины

4) люди пожилого возраста

30. Из всех групп периферических лимфатических узлов туберкулезом чаще поражаются:

1) паховые

2) подмышечные

3) шейные

4) локтевые

31. Наиболее ранней формой абдоминального туберкулеза является:

1) туберкулезный перитонит

2) туберкулез печени

3) туберкулез поджелудочной железы

4) туберкулез брыжеечных лимфатических узлов

32. Наиболее распространенной формой туберкулеза кожи является:

1) язвенный туберкулез

2) папулонекротический туберкулез

3) бородавчатый туберкулез

4) туберкулезная волчанка

33. К диссеминированным формам туберкулеза кожи относится:

1) индуративная эритема Базена

2) скрофулодерма

3) туберкулезная волчанка

4) нодозная эритема

34. Профилактика туберкулеза включает комплекс мероприятий, которые обеспечивают:

1) раннее выявление всех заболевших с последующей их изоляцией

2) санитарное просвещение населения в сочетании с принуждением к соблюдению гигиенических правил и норм поведения

3) повышение устойчивости человека к МБТ в течение всей жизни

4) воздействие на все звенья эпидемического процесса распространения туберкулезной инфекции среди людей

35. На каждое из звеньев эпидемического процесса можно воздействовать с помощью:

1) мер, относящихся к социальной профилактике

2) превентивного лечения

3) санитарной профилактики

4) туберкулинодиагностики

36. Мероприятия, относящиеся к социальной профилактике туберкулеза:

1) применение дезинфицирующих средств в очагах туберкулезной инфекции

2) повышение материального благосостояния граждан

3) вакцинация БЦЖ

4) изоляция бактериовыделителей

37. Цель санитарной профилактики:

1) повышение уровня жизни населения

2) иммунизация новорожденных БЦЖ

3) предупреждение инфицирования МБТ

4) улучшение финансирования противотуберкулезных мероприятий

38. Санитарная профилактика туберкулеза включает:

1) пассивную противотуберкулезную иммунизацию

2) противотуберкулезную вакцинацию БЦЖ

3) дезинфекцию в очагах туберкулезной инфекции

4) создание благотворительных фондов поддержки больных туберкулезом

39. Химические средства, применяемые для дезинфекции в очаге туберкулезной инфекции:

1) спирты

2) щелочи

3) хлорсодержащие вещества

4) фенолы

40. Губительное действие на МБТ оказывает:

1) инфракрасное излучение

2) ультрафиолетовое излучение

3) рентгеновское излучение

4) электромагнитное поле

41. В отличие от текущей дезинфекции заключительная дезинфекция в очаге туберкулезной инфекции предусматривает:

1) влажную уборку помещения

2) камерную обработку мягкого постельного инвентаря

3) проветривание помещений

4) обработку посуды больного

42. Специфическая профилактика туберкулеза предусматривает:

1) пассивную противотуберкулезную иммунизацию у контактирующих с больными лиц

2) вакцинацию БЦЖ у неинфицированных МБТ лиц

3) мероприятия по оздоровлению верхних дыхательных путей у контактирующих с больными туберкулезом лиц

4) вакцинацию БЦЖ у инфицированных МБТ лиц

43. Иммунизация БЦЖ показана лицам:

1) неинфицированным МБТ

2) имеющим гиперергию к туберкулину

3) имеющим отрицательную анергию

4) впервые инфицированным МБТ

44. Вакцина БЦЖ содержит:

1) живые и убитые микобактерии штамма БЦЖ

2) только убитые микобактерии вакцинного штамма

3) атипичные микобактерии

4) PPD-S или PPD-L}

45. Прививочная доза вакцины БЦЖ:

1) 0,05 мг

2) 0,1 мг

3) 0,05 г

4) 0,5 г

46. Прививочная доза вакцины БЦЖ-м:

1) 0,01 мг

2) 0,025 мг

3) 0,025 г

4) 0,05 г

47. Применение вакцины БЦЖ-м показано:

1) новорожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией

2) при наличии сведений о выявлении генерализованной БЦЖ-инфекции у детей, родившихся в данной семье в предыдущие годы

3) недоношенным новорожденным с массой тела при рождении 2000 г и более

4) только взрослым при отрицательных результатах пробы Манту с 2 ТЕ

48. В России противотуберкулезную вакцинацию здоровым новорожденным проводят в возрасте:

1) 3-7 дней

2) 7-10 дней

3) 10-15 дней

4) 15-20 дней

49. Противопоказаниями к вакцинации новорожденного в родильном доме являются:

1) генерализованная БЦЖ-инфекция у родившихся ранее в семье детей

2) масса тела при рождении менее 3000 г

3) сведения о туберкулезе легких у членов семьи в прошлом

4) сифилис у матери в анамнезе

50. Первые 2-4 мес после вакцинации БЦЖ течение прививочной реакции обычно оценивают по изменению:

1) общего состояния ребенка

2) кожи в месте введения вакцины

3) лейкограммы

4) иммунного статуса

51. Искусственный противотуберкулезный иммунитет считают полноценно сформированным, если размеры поствакцинального рубчика не менее:

1) 1-2 мм

2) 5-7 мм

3) 10-12 мм

4) 12-15 мм

52. Фактор, имеющий решающее значение для сохранения поствакцинального противотуберкулезного иммунитета:

1) наличие в организме остатков микробных тел БЦЖ

2) присутствие в организме живых микобактерий штамма БЦЖ и их L-форм

3) постепенная трансформация штамма БЦЖ в типичные формы м. Bovis

4) постепенное накопление в организме продуктов жизнедеятельности штамма БЦЖ

53. Срок угасания иммунитета при внутрикожной вакцинации БЦЖ в среднем составляет:

1) 1-2 года

2) 2-3 года

3) 5-7 лет

4) 7-10 лет

54. Срок ревакцинации БЦЖ в России:

1) каждые 4 года у детей и подростков

2) каждые 5 лет у детей и подростков

3) в возрасте 7 и 14 лет

4) устанавливают индивидуально в зависимости от эпидемиологической ситуации

55. Противопоказанием для ревакцинации БЦЖ является:

1) отрицательная реакция Манту с 2 ТЕ

2) отсутствие социальных факторов риска по заболеванию туберкулезом

3) положительная реакция при пробе Манту с 2 ТЕ

4) отсутствие противотуберкулезных антител в сыворотке крови

56. Применение противотуберкулезной иммунизации имеет принципиальное значение для уменьшения случаев туберкулезного менингита:

1) среди детей раннего возраста

2) среди лиц среднего возраста

3) среди людей, имеющих факторы риска по туберкулезу

4) среди людей, имеющих остаточные изменения после перенесенного ранее туберкулеза

57. Тактика в отношении ребенка 6 мес, не вакцинированного БЦЖ в родильном доме:

1) проведение пробы Манту, при отрицательных результатах # вакцинация БЦЖ

2) проведение пробы Пирке, при отрицательных результатах # вакцинация БЦЖ

3) проведение вакцинации БЦЖ без предшествующей туберкулинодиагностики

4) проведение пробы Коха, при отрицательных результатах # вакцинация БЦЖ}

58. Тактика в отношении ребенка 1,5 мес, не вакцинированного БЦЖ в родильном доме:

1) проведение пробы Пирке, при отрицательных результатах # вакцинация БЦЖ

2) проведение вакцинации БЦЖ без предшествующей туберкулинодиагностики

3) проведение первичной химиопрофилактики в течение 3 мес

4) проведение пробы Коха, при отрицательных результатах # вакцинация БЦЖ

59. Осложнение, встречающееся при вакцинации и ревакцинации БЦЖ:

1) пневмония

2) гектическая лихорадка

3) нейродермия

4) подкожный инфильтрат

60. Химиопрофилактика показана детям:

1) с поставакцинальной аллергией

2) с виражом чувствительности к туберкулину

3) при наличии отрицательной анергии

4) при наличии положительной анергии

61. Методика химиопрофилактики у детей и подростков с виражом чувствительности к туберкулину:

1) однократно в течение 3 мес

2) однократно в течение 10 мес

3) однократно в течение 1 года

4) в осенне-весеннее время по 2 мес в течение 2 лет

62. Здоровым членам семьи больного туберкулезом, выделяющего МБТ, проводят:

1) санацию полости рта

2) химиопрофилактику

3) курс лечения туберкулином

4) пассивную противотуберкулезную иммунизацию

63. Первичное обследование для выявления туберкулеза должны проводить:

1) родильные дома

2) все диагностические и лечебно-профилактические учреждения общей лечебной сети

3) центры госсанэпиднадзора

4) противотуберкулезные кабинеты и фельдшерско-акушерские пункты

64. Выявить ранний период первичной туберкулезной инфекции позволяет ежегодная:

1) флюорография

2) туберкулинодиагностика

3) микробиологическая диагностика бронхиального содержимого

4) бронхоскопия

65. К раннему выявлению туберкулеза относят обнаружение при плановом контрольном обследовании:

1) свежей каверны

2) виража чувствительности к туберкулину

3) свежего очагового туберкулеза

4) округлого инфильтрата

66. Типичным примером своевременного выявления туберкулеза считают обнаружение у впервые выявленного больного:

1) диссеминированного туберкулеза в фазе распада

2) очагового туберкулеза в фазе инфильтрации

3) туберкулемы в фазе распада и обсеменения

4) милиарного туберкулеза в фазе инфильтрации

67. Типичным примером несвоевременного выявления туберкулеза считают обнаружение у впервые выявленного больного:

1) очагового туберкулеза в фазе инфильтрации

2) инфильтративного туберкулеза в фазе распада

3) эмпиемы плевры

4) фиброзно-кавернозного туберкулеза в фазе инфильтрации

68. Типичным примером позднего выявления туберкулеза считают обнаружение у впервые выявленного больного:

1) диссеминированного туберкулеза в фазе инфильтрации

2) очагового туберкулеза в фазе инфильтрации

3) туберкулезного плеврита

4) фиброзно-кавернозного туберкулеза в фазе инфильтрации

69. В России для проведения массовой туберкулинодиагностики используют пробу:

1) Пирке градуированную

2) Коха

3) Манту с 5 ТЕ

4) Манту с 2 ТЕ

70. Детям, привитым БЦЖ в родильном доме, первую пробу Манту с 2 ТЕ проводят в возрасте:

1) 2 мес

2) 6 мес

3) 12 мес

4) перед первой вакцинацией в 7 лет

71. В России индивидуальную туберкулинодиагностику обычно применяют при проведении:

1) эпидемиологических исследований

2) обследования школьников на туберкулез

3) противотуберкулезной вакцинации новорожденных в родильных домах

4) обследования детей из очагов туберкулезной инфекции

72. В России основными методами выявления туберкулеза легких у детей являются:

1) клиническое обследование, рентгенография органов грудной клетки, микроскопия мокроты на кислотоустойчивые бактерии (куб)

2) клиническое обследование, туберкулинодиагностика, рентгенография органов грудной клетки

3) клиническое обследование, рентгенография органов грудной клетки, исследование мокроты методом ПЦР

4) клиническое обследование, УЗИ органов грудной клетки, микроскопия мокроты на куб

73. Оптимальная тактика педиатра в отношении ребенка с гиперергической чувствительностью к туберкулину:

1) госпитализация в противотуберкулезный стационар для лечения

2) госпитализация в стационар общего профиля для лечения

3) направление к фтизиатру

4) направление в детский санаторий общего профиля для проведения оздоровительных мероприятий

74. В России основными методами выявления туберкулеза легких у взрослых являются:

1) клиническое обследование, рентгенография органов грудной клетки, микроскопия мокроты на куб

2) клиническое обследование, рентгенография органов грудной клетки, микроскопия мокроты на куб, туберкулинодиагностика

3) клиническое обследование, рентгенография органов грудной клетки, фибробронхоскопия

4) клиническое обследование, УЗИ органов грудной клетки, микроскопия мокроты на куб

75. Больные сахарным диабетом нуждаются в обследовании на туберкулез:

1) 1 раз в год

2) 2 раза в год

3) 3 раза в год

4) 1 раз в 3 года

76. Минимальное число исследований мокроты на куб при обследовании на туберкулез:

1) три

2) четыре

3) пять

4) шесть

77. Исследование мокроты на куб является основным методом выявления туберкулеза у больных:

1) сахарным диабетом

2) язвенной болезнью

3) получающих длительный курс лечения глюкокортикоидными гормонами

4) хроническими неспецифическими заболеваниями легких

78. Клинический минимум обследования на туберкулез в учреждениях общей лечебной сети, не предполагает обязательного выполнения:

1) общего анализа крови

2) фибробронхоскопии

3) рентгенографии органов грудной клетки

4) исследования мокроты на куб

79. Обследование на туберкулез не является обязательным в случае:

1) обращения пациента к терапевту по поводу кашля с мокротой

2) первичного обследования пациента с ВИЧ-инфекцией

3) планового обследования больного сахарным диабетом

4) подготовки пациента к протезированию зубов

80. Одностороннее усиление голосового дрожания над ограниченным участком легкого # важный признак:

1) гиповентиляции сегмента легкого

2) каверны, сообщающейся с бронхом

3) ателектаза I-II сегментов легкого

4) буллезной эмфиземы

81. Отсутствие коробочного звука над областью проекции гигантской каверны в легком чаще обусловлено:

1) сужением и закрытием дренирующих бронхов

2) наличием широкого казеозно-некротического слоя

3) развитием перикавитарного фиброза

4) очагами в перикавитарной ткани

82. Притупленный легочный звук характерный признак:

1) эмфиземы легких

2) полости в легком

3) пневмоторакс

4) уплотнения легочной ткани

83. Сухие хрипы возникают в случае:

1) сужения просвета бронхов

2) появления в бронхах жидкой мокроты

3) образования пузырьков воздуха в мелких бронхах

4) уплотнения легочной ткани вокруг бронхов

84. Жесткое дыхание выслушивается, если поражены:

1) мелкие бронхи и бронхиолы

2) альвеолы

3) париетальная плевра

4) висцеральная плевра

85. Тимпанический легочный звук над ограниченным участком легкого # характерный признак:

1) пневмофиброза

2) гигантской полости в легком

3) экссудативного плеврита

4) пневмонии

86. При туберкулезе в фазе инфильтрации, распада и обсеменения у больных в общем анализе крови обычно отсутствует:

1) лейкоцитоз

2) эозинопения

3) лимфопения

4) повышение СОЭ

87. Выделение МБТ у больных казеозной пневмонией:

1) появляется с началом заболевания

2) возникает на 2-3-й нед заболевания

3) возникает на 4-6-й нед заболевания

4) возникает на 6-8-й нед заболевания

88. В экссудате при туберкулезном плеврите обычно отсутствуют:

1) лимфоциты

2) нейтрофилы

3) эозинофилы

4) эпителиоидные клетки

89. Диагноз туберкулеза легких позволяет верифицировать:

1) КТ органов грудной клетки

2) обзорная рентгенография и продольная томография органов грудной клетки

3) простая или люминесцентная бактериоскопия бронхиального содержимого на МБТ

4) морфологическое исследование биоптата из зоны поражения

90. Диагноз туберкулеза легких позволяет верифицировать:

1) КТ органов грудной клетки

2) МРТ органов грудной клетки

3) КТ легких

4) ПЦР бронхиального содержимого

91. Диагноз туберкулеза легких позволяет верифицировать:

1) культуральное исследование бронхиального содержимого на МБТ

2) простая или люминесцентная микроскопия бронхиального содержимого на МБТ

3) ультразвуковое и радиологическое исследование легких

4) КТ органов грудной клетки

92. Плановое флюорографическое обследование на туберкулез 2 раза в год проходят:

1) военнослужащие по призыву и сотрудники родильных домов

2) сотрудники учреждений социального обслуживания детей и подростков

3) больные, получающие иммуносупрессивную терапию

4) беженцы и мигранты

93. Плановое флюорографическое обследование на туберкулез 1 раз в год проходят:

1) освобожденные из учреждений пенитенциарной системы (в течение 2 лет после освобождения)

2) подследственные и осужденные, находящиеся в пенитенциарных учреждениях

3) больные хроническими неспецифическими заболеваниями легких и желудочно-кишечного тракта

4) ВИЧ-инфицированные

94. По мнению ВОЗ, основной целью химиотерапии туберкулеза является:

1) закрытие полостей распада

2) ликвидация клинических симптомов туберкулеза

3) прекращение бактериовыделения

4) биологическое излечение

95. В России целью химиотерапии туберкулеза является:

1) клиническое излечение

2) биологическое излечение

3) закрытие полостей распада

4) восстановление функции пораженного органа

96. При проведении химиотерапии туберкулеза принято выделять:

1) два основных этапа

2) три основных этапа

3) один основной этап

4) два-три основных этапа

97. Основной метод лечения больных туберкулезом:

1) диетотерапия

2) химиотерапия

3) коллапсотерапия

4) патогенетическая терапия

98. Принцип комбинированности химиотерапии подразумевает:

1) назначение химиопрепаратов на фоне рационального гигиенодиетического режима

2) сочетание специфической химиотерапии с патогенетическими средствами

3) одновременное назначение нескольких противотуберкулезных препаратов

4) сочетание химиотерапии с хирургическими вмешательствами

99. Достаточная продолжительность и непрерывность химиотерапии уменьшают вероятность:

1) закрытия полостей распада

2) формирования фиброзных изменений в зоне поражения

3) быстрого развития устойчивости МБТ к лекарствам

4) трансформации МБТ в L-формы

100. В основе нерегулярного приема химиопрепаратов больными туберкулезом часто лежит:

1) мнение о высокой частоте побочных реакций при химиотерапии

2) вредные привычки и низкая общая культура

3) представление о высокой частоте самоизлечения

4) представление о невозможности излечения

**Вариант 2**

1. Больные легочным туберкулезом с установленным бацилловыделением наблюдаются только

1) по 1 группе

2) по 3 группе

3) по 7Б группе

4) по 4 группе

2. Высокая эффективность и предупреждение ошибочных заключений при проведении флюорографии достигается

1) многократным проведением флюорографии в течение года

2) тем, что рулон снимков разрезается на кадры

3) тем, что рулон снимков просматривается дважды

4) тем, что рулон снимков долго хранится

003. Больные с внелегочными формами туберкулеза подлежат учету и наблюдению

1) по 7 группе

2) по 5 группе

3) по 1Б группе

4) по 4 группе

4. Термин "туберкулез" ввели в медицинскую терминологию

1) Кальметт и Герен

2) Лаэннек и Шенлейн

3) Вильмен и Конгейм

4) Кох и Пастер

5. Уклонение от лечения больного туберкулезом легких с обильным бацилловыделением

1) преследуется согласно статьи уголовного кодекса России

2) не предусматривает в России никаких наказаний

3) в Башкортостане наказывается штрафом в размере 10 000 рублей

4) является основанием для высылки за 101-й километр

6. Лица с остаточными посттуберкулезными изменениями состоят на диспансерном учете по

1) 6 группе

2) 5 группе

3) 4 группе

4) 7 группе

7. Роль Н.И.Пирогова в развитии учения о туберкулезе определяется

1) разработкой хирургических методов лечения туберкулеза

2) описанием гигантских клеток в туберкулезном бугорке

3) разработкой методов коллапсотерапии

4) описанием обызвествленного туберкулезного очага

8. Лица, находившиеся в бытовом или профессиональном контакте с больными, выделяющими с мокротой микобактерию, подлежат учету и наблюдению по

1) по 5Б группе

2) по 1 группе

3) по 2 группе

4) по 4 группе

9. Фтизиатры расценивают роль курения как фактор, который

1) делает лечение туберкулеза невозможным

2) затрудняет клиническую диагностику из-за хронического кашля

3) способствует формированию туберкулеза органов дыхания

4) стимулирует отхождение мокроты и ускоряет абациллирование

10. Основным методом раннего выявления туберкулеза у детей и подростков является

1) ежегодный осмотр педиатра

2) поликлиническое лабораторное обследование

3) иммуноферментный анализ сыворотки крови

4) ежегодное проведение туберкулинодиагностики

11. Заражение туберкулезом наиболее опасно

1) в 25-30 лет

2) в детском возрасте 1-5 лет

3) в 50-55 лет

4) в 30-40 лет

12. В нулевую группу диспансерного учета взрослых входят лица с

1) туберкулезом неясной активности

2) затихающим активным туберкулезом

3) неактивным туберкулезом

4) внелегочным туберкулезом

13. При диспансерном наблюдении детей, в отличие от взрослых

1) все группы имеют три подгруппы

2) нет первой группы учета

3) выделяют 6 группу учета

4) нет второй группы учета

14. При выявлении нового случая туберкулеза обязательным документом противотуберкулезной службы и санэпидстанции является

1) экстренное извещение

2) история болезни

3) посыльный лист

4) справка на улучшение жилищных условий

15. Одним из основных врачебных мероприятий для 4 группы учета в противотуберкулезном диспансере является

1) проведение комплексного длительного лечения

2) проведение химиопрофилактики

3) проведение поэтапного хирургического лечения

4) трансторакальное дренирование туберкулезной полости

16. "Виражные" дети без других проявлений туберкулеза могут находится

1) в санаторных яслях-садах, лесных школах

2) в противотуберкулезных стационарах

3) в санаториях для больных активным туберкулезом легких

4) в санаториях для больных внелегочным туберкулезом

17. Очагом туберкулеза называется

1) место жительства больного туберкулезом легких

2) регион с высокой заболеваемостью туберкулезом

3) место жительства впервые выявленного больного туберкулезом

4) место пребывания больного туберкулезом - бацилловыделителя

18. Кафедра туберкулеза башкирского медицинского института была создана на базе курса туберкулеза

1) в 1939 году

2) в 1970 году

3) в 1972 году

4) в 1981 году

19. В мире ежегодно туберкулезом заболевает

1) около 10 миллионов человек

2) около 5-6 тысяч человек

3) около 100 тысяч человек

4) около 100-150 человек

20. Первый противотуберкулезный диспансер был открыт

1) в шотландском городе Эдинбурге

2) в английском городе Оксфорде

3) в российском городе Твери

4) в американском городе Нью-Орлеан

21. Наиболее частой причиной развития туберкулеза у взрослых в странах с высокой инфицированностью остается

1) отсутствие средств эффективной химиопрофилактики

2) экзогенная суперинфекция

3) эндогенная реактивация инфекции

4) низкий охват населения профосмотрами

22. При лечении больного легочными туберкулезом на дому текущую дезинфекцию проводят

1) родственники пациента или он сам

2) сотрудники районной поликлиники

3) сотрудники коммунальных служб города

4) сотрудники противотуберкулезного диспансера

23. Основным методом раннего выявления туберкулеза у взрослых остается в России

1) массовая туберкулинодиагностика (проба Манту)

2) массовая туберкулинодиагностика (проба Пирке)

3) массовая флюорография и флюорография декретированных групп

4) массовое бактериологическое обследование

24. Физическая сущность флюорографии состоит в

1) фотографировании светящегося экрана

2) засвечивания рентгеновскими лучами фотопленки

3) применении ЯМР-эффекта

4) прикладном использовании фотоэффекта

25. В республике, крае, области, городе ведущее место в организации фтизиатрической помощи населению занимает

1) туберкулезные отделения больниц и госпиталей

2) туберкулезный кабинет поликлиники

3) противотуберкулезный диспансер

4) республиканская (областная, краевая) клиническая больница

26. Туберкулез является

1) особо опасным инфекционным заболеванием

2) системным заболеванием соединительной ткани

3) инфекционным заболеванием

4) вирусным инфекционным заболеванием

27. Впервые выявленный больной туберкулезом легких имеет право на оплачиваемый больничный лист сроком до

1) до 10 месяцев

2) до 5 лет

3) до 3 недель

4) до 15 месяцев

28. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу характеризуется прежде всего

1) смертностью, процентом быстрых инактиваторов ГИНК

2) смертностью,болезненностью,заболеваемостью,инфицированностью

3) смертностью,инфицированностью,процентом абацилирования

4) смертностью и устойчивостью к туберкулостатикам

29. В условиях перехода к рынку фтизиатрическая служба по типу финансирования должна быть

1) разделом страховой медицины

2) преимущественно бюджетной

3) исключительно частной медициной

4) преимущественно частной медициной

30. Во время войн, стихийных бедствий и социальных катаклизм для туберкулеза характерно

1) более легкое течение, исчезновение хронических форм

2) преобладание внелегочных форм туберкулеза

3) возрастание заболеваемости, неблагоприятное течение

4) увеличение случаев первичной устойчивости к препаратам

31. Больные активным туберкулезом органов дыхания подлежат учету в противотуберкулезном диспансере по

1) по 1 группе

2) по 7А группе

3) по 5А группе

4) по 4 группе

32. При расчете заболеваемости туберкулезом учитываются впервые заболевшие люди

1) с подтвержденным любым способом диагнозом

2) при условии, что лечение идет успешно

3) трудоспособного возраста

4) с наличием деструкции легочной ткани

33. При сопоставлении показателей заболеваемости туберкулезом в разных странах необходимо учитывать

1) социально-экономический строй

2) расовую и национальную структуру населения

3) долю малоимущих слоев населения

4) методы и критерии оценки болезни

34. Периодичность проведения массовой флюорографии (для недекретированных контингентов) составляет

1) 1 раз в 1 год

2) 1 раз в 2 года

3) 2 раза в год

4) 1 раз в 1 квартал

35. По завершении цикла туберкулеза студенты должны произвести дезинфекцию халатов. Для этого необходимо

1) автоклавирование

2) засыпка халата хлорной известью и инкубация в течение суток

3) кипячение в 2-3% растворе соды 15-20 минут

4) ультрафиолетовое облучение в течение 40 часов

36. Периодичность проведения флюорографии у лиц, работающих с детьми, составляет

1) 2 раза в 1 год

2) 1 раз в 1 год

3) 1 раз в 2 года

4) 1 раз в 3 года

37. Возбудитель туберкулеза у человека это

1) кислото- и щелочеупорная микобактерия

2) грамотрицательная кислотоупорная бактерия

3) риккетсия Провачека

4) парвовирус

38. Возбудитель туберкулеза при микроскопии окрашивается по методу

1) Грама

2) Циля-Нильсена

3) Йендрассика

4) Вельтмана

39. Наряду с окраской мазка для его исследования может быть использована

1) зонография

2) флюоресцентная микроскопия

3) нативная оптическая микроскопия

4) телегамматерапия

40. Морфология микобактерии характеризуется

1) высокой стабильностью строения и формы

2) отсутствием ядра или ядерной субстанции

3) разнообразием нитевидных, кокковидных, зернистых форм

4) высоким сходством с вирусами

41. Для оценки чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам необходимо произвести

1) флотацию мокроты

2) окраску мокроты специальным методом

3) назначение туберкулостиков больному

4) посев на специализированную среду

42. Метод обогащения исследуемой жидкости для последующей ее бактериоскопии называется

1) флотацией

2) бак.посевом

3) флюктуацией

4) фокусировкой

43. Представитель рода mycobacterium семейства actinomycetales вызывает не только туберкулез, но и такое опасное заболевание как

1) чуму

2) проказу (лепру)

3) брюшной тиф (легочную форму)

4) холеру

44. Туберкулез у человека вызывает

1) Micobacterium microti

2) Micobacterium paratuberculosis

3) Micobacterium tuberculosis

4) Micobacterium intracellulare

45. Встречаются различные нетуберкулезеные микобактериозы легких. Классификация условно-патогенных микобактерий основана на

1) различии их кислотоупорности

2) различии их по процессу метаболизма декстранов

3) различии окрашивания колоний на свету и в темноте

4) различии их географического обнаружения

046. Микобактерия туберкулеза человеческого типа при посеве на питательные среды растет

1) от 2 до 3 недель

2) от 2 до 7 дней

3) от 30 до 90 дней

4) от 70 до 130 дней

47. Стандартной питательной средой для выращивания микобактерий туберкулеза является среда

1) Кауффмана

2) Левинталя

3) Борде-Жангу

4) Левенштейна-Йенсена

48. Биологический метод выявления микобактерий туберкулеза состоит в

1) заражении морской свинки исследуемым материалом

2) заражении крысы исследуемым материалом

3) посеве на искусственную культуру ткани

4) инкубации материала с донорской кровью

49. Общим свойством для L-форм микобактерий и микобактерий туберкулеза является

1) сниженная вирулентность возбудителя

2) наличие жгутиков

3) наличие ундулирующей мембраны

4) повышенная подвижность в жидких средах

50. Для обнаружения микобактерии в материале методом бактериоскопии в 1 мл должно содержаться не менее

1) 10 микробов

2) 100 000 микробов

3) 100 микробов

4) 6000 микробов

51. Преимущество флуоресцентной микроскопии состоит в

1) в полной безопасности работы с микробом

2) в использовании большего увеличения изображения

3) в использовании меньшего увеличения и большого поля зрения

4) в отсутствии необходимости обучать лаборанта}

52. Животным, которое легко заражается туберкулезом, является

1) белая мышь

2) крыса линии "Август"

3) собака

4) морская свинка

53. При окраске мазка по Цилю-Нильсену микроскопия позволяет обнаружить

1) фиолетовых микобактерий на белом фоне

2) красных микобактерий на желтом фоне

3) зеленых микобактерий на розовом фоне

4) красных микобактерий на синем фоне

54. При пребывании в закрытом помещении вместе с бацилловыделителем риск заражения практически отсутствует, если

1) воздух в помещении имеет высокую влажность

2) воздух в помещении насыщен кислородом до 30%

3) воздух обновляется

4) воздух шестикратно обновляется в течение часа

55. Микобактерия туберкулеза сохраняет свою жизнеспособность на страницах книг в течение

1) 5 лет

2) 10-12 дней

3) 3 месяцев

4) 6 месяцев

56. Ультрафиолетовое облучение убивает микобактерию туберкулеза в течение

1) 12 часов

2) 2-3 минут

3) 30 минут

4) 24 часов

57. Клетки-эффекторы клеточного иммунитета при туберкулезе расположены в

1) в костном мозге и в периферической крови

2) в тимусзависимых зонах селезенки и костном мозге

3) в тимусзависимых зонах селезенки и лимфатических узлах

4) в костном мозге и лимфатических узлах

58. Вакцина БЦЖ это

1) живая ослабленная вакцина из микобактерий бычьего типа

2) живая ослабленная вакцина из микобактерий человеческого типа

3) комплекс противотуберкулезных иммуноглобулинов

4) убитая вакцина из микобактерий птичьего типа

59. Переработку туберкулезного антигена и предъявление его иммунокомпетентным клеткам осуществляют

1) тромбоциты

2) тучные клетки

3) клетки Пирогова-Ланхганса

4) макрофаги

60. При отсутствии противопоказаний первая вакцинация БЦЖ проводится

1) в 1 месяц, перед пробой Манту

2) на 20-й день патронажной медсестрой

3) на 4-7 день в родильном доме

4) на 6 неделе после осмотра педиатра

61. Сохранение в течение некоторого времени иммунитета после ликвидации микобактерии в организме обусловлено феноменом

1) иммунологической толерантности

2) миграции нейтрофилов

3) иммунологиченской памяти

4) аллергии немедленного типа

62. Вакцина БЦЖ-М это

1) двойная доза стандартной вакцины БЦЖ

2) половинная доза стандартной вакцины БЦЖ

3) убитая вакцина-БЦЖ в дозе 0.5 от стандартной

4) 0.5 дозы противотуберкулезных иммуноглобулинов

63. Противотуберкулезная вакцина была создана

1) Робертом Кохом в 1882 году

2) Кальметтом и Гереном В 1919 Году

3) Н.И.Пироговым в 1952 году

4) Форланини в 1982 году

64. Вакцина БЦЖ разводится и в объеме 0.1 мл вводится

1) внутримышечно под лопатку

2) внутрикожно в плечо

3) внутримышечно в ягодицу

4) внутрикожно в кожу живота

65. При правильно выполненной вакцинации БЦЖ через 2-4 месяца на месте введения

1) должен образоваться рубчик 2-10 мм

2) не должно оставаться никаких следов

3) должна сохраняться умеренная гиперемия

4) должен сформироваться келоидный рубец

66. Активация макрофагов и их ферментативная активность в отношении микобактерии поддерживается

1) гистамином тучной клетки

2) лимфокинами Т-лимфоцитов - хелперов

3) интерлейкином-1

4) повышением титра МРСА

67. Чаще всего ревакцинацию БЦЖ проводят в

1) в 2, 8 и 12 лет

2) в 3, 9 и 15 лет

3) в 7, 12 и 17 лет

4) в 9, 16 и 23 года

68. Противопоказанием к ревакцинации вакциной БЦЖ является

1) отрицательная реакция на 100 те АТК

2) положительная реакция на 2 ТЕ ППД-Л

3) положительная проба Квейма

4) положительная реакция Кацони

69. При инфицировании или вакцинации БЦЖ достаточно выраженный иммунитет формируется у человека спустя

1) 5-7 дней

2) 6-8 недель

3) 40-45 недель

4) 6-8 месяцев

70. После проведения БЦЖ другие профилактические прививки можно проводить не ранее, чем через

1) 1 год

2) 10 дней

3) 2 месяца

4) 3 недели

71. Активаторами Т-лимфоцитов при формировании противотуберкулезного иммунитета являются

1) макрофаги, выделяющие интерлейкин-1

2) эозинофилы, выделяющие иммуноглобулины

3) тучные клетки, выделяющие гистамин

4) эндотелиальные клетки, содержащие микобактерию

72. Иммунитет при туберкулезе характеризуется как

1) клеточный, стерильный, пассивный

2) клеточный, нестерильный, активный

3) гуморальный, пассивный, нестерильный

4) клеточный, пожизненный, пассивный

73. Накопление в крови иммуноглобулинов того или иного класса при туберкулезе

1) не стимулирует иммунного ответа

2) резко угнетает иммунный ответ

3) потенцирует скорость иммунного ответа

4) извращает иммунный ответ

74. При туберкулезе Т-киллеры совместно с макрофагами обеспечивают развитие

1) гиперчувствительности замедленного типа

2) феномена иммунологической памяти

3) гиперчувствительности немедленного типа

4) процессов тканевого некроза

75. Образование келоидного рубца на месте вакцинации БЦЖ является

1) показанием для его хирургического иссечения

2) показанием к длительной противотуберкулезной терапии

3) осложнением прививки и требует рассасывающей терапии

4) признаком того, что нужна ревакцинация

76. Методом активной специфической профилактики туберкулеза в связи с риском заражения человека является

1) химиопрофилактика

2) вакцинация БЦЖ

3) массовая туберкулинодиагностика

4) массовая флюорография

77. Противопоказанием к БЦЖ-вакцинации новорожденных является

1) отсутствие штатного фтизиатра в роддоме

2) положительная проба Манту

3) недоношенность с массой тела менее 2 кг

4) недоношенность на 2 недели

78. Если вакцина БЦЖ будет введена подкожно, то

1) возможно развитие местной и общей токсической реакции

2) возникает риск формирования холодного абсцесса

3) возникает риск формирования талассемии

4) возникает риск развития первичной устойчивости к препаратам

079. Проведение туберкулиновой пробы Манту на дому

1) считается более целесообразным

2) запрещено

3) допустимо только для лиц 4 группы учета

4) допустимо только для лиц 7 группы учета

80. Противопоказанием к проведению туберкулиновой пробы Манту считается

1) инфекционное заболевание в период обострения

2) предшествующая положительная реакция на туберкулин

3) предшествующая отрицательная реакция на туберкулин

4) подозрение на туберкулезное инфицирование

81. Для обеспечения эффективного раннего выявления туберкулеза у детей и подростков необходим ежегодное проведение туберкулинодиагностики у

1) 70% детского и подросткового населения

2) 50% всего населения

3) 70% подросткового населения

4) 100% детского и подросткового населения

82. Для постановки пробы Манту необходим шприц емкостью

1) 2 мл

2) 1 мл

3) 5 мл

4) 20 мл

83. Критерием гиперергической реакции на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л у детей считается

1) папула диаметром более 17 мм или некроз папулы

2) папула диаметром более 5 мм или гипертермия

3) папула диаметром более 3 мм или появление сыпи

4) папула диаметром более 10 мм или петехии

84. Туберкулином называется

1) фильтрат бульонной культуры бычьего типа МБТ

2) вакцина, содержащая обломки и продукты МБТ бычьего типа

3) гомогенизированная очищенная культура авирулентнызх МБТ

4) автоклавированный фильтрат 6-8 недельной культуры МБТ

85. Высокий биологический стандарт ППД-Л обеспечивается

1) добавкой детергента Твин-80

2) добавкой фенола

3) добавкой живых микобактерий

4) добавкой изониазида

86. Положительной реакцией на пробу Манту с 2 ТЕ у взрослых считается

1) папула диаметром 5 мм и более

2) гиперемия диаметром более 10 мм

3) гиперемия диаметром более 21 мм

4) папула диаметром до 5 мм

87. Туберкулин был создан

1) К.Пирке в 1907 году

2) А.Гоном в 1912 году

3) Р.Кохом в 1890 году

4) Ц.Форланини в 1882 году

88. Для массовой туберкулинодиагностики в странах СНГ принята

1) проба Квейма

2) проба Пирке в модификации Карпиловского-Гринчара

3) проба Манту в 2 ТЕ ППД-Л

4) проба Манту с 4 и 6 разведениями АТК

89. Положительная туберкулиновая реакция после предшествующей отрицательной у детей и подростков называется

1) анергией

2) гипоэргией

3) гиперергией

4) виражом

90. Первым туберкулином, который применяется и поныне, является

1) АТК

2) ППД-S

3) БЦЖ

4) БЦЖ-М

91. Ответная реакция на туберкулиновую пробу читается специально обученной медицинской сестрой и фтизиатром

1) через 24 часа

2) через 72 часа

3) чере3 7 дней

4) через 32 часа

92. Стандартным туберкулином, очищенным от белковых фракций среды и содержащим стандартную дозу в 0.1 мл препарата является

1) ППД-Л

2) БЦЖ

3) БЦЖ-М

4) АКДС

93. Одна доза (0,1 мл) препарата ППД-Л содержит

1) 100 ТЕ

2) 5 ТЕ

3) 2 ТЕ

4) 10 000 ТЕ

94. Для индивидуальной туберкулинодиагностики при проведении дифференциальной диагностики туберкулеза наиболее информативна

1) проба Манту в динамике

2) проба Коха

3) проба Пирке

4) пробная терапия изониазидом

95. При проведении пробы Коха оценивают следующие виды реакций:

1) раннюю и отсроченную

2) местную, общую и очаговую

3) локальную и местную

4) центральную и периферическую

96. Для проведения градуированной накожной пробы применяют следующие разведения туберкулина:

1) 2, 6 и 8 разведения

2) 100%, 25%, 5% и 1%

3) 100%, 50%, 10% и 5%

4) 4 и 6 разведения

97. Для массовой туберкулинодиагностики в странах СНГ принята проба Манту. Отказ от пробы Пирке, применявшейся ранее, был связан с

1) опасностью инфицирования детей

2) низким уровнем стандартизации этой пробы

3) дефицитом диагностического препарата

4) дефицитом диагностического оборудования

98. С точки зрения иммунологов туберкулин это

1) мутаген

2) МРСА

3) полный антиген

4) гаптен

99. Одной из задач массовой туберкулинодиагностики у взрослых и детей является

1) иммуностимуляция молодого организма

2) активация скрыто текущего туберкулеза

3) отбор на ревакцинацию БЦЖ

4) дифференциальная диагностика легочной патологии

100. Угасание туберкулиновой чувствительности на фоне прогрессирования туберкулезного процесса называется

1) отрицательной анергией

2) поствакцинальной реакцией

3) ложноположительной гиперергией

4) парадоксальной туберкулиновой чувствительностью

**Вариант 3**

1. При проведении пробы Коха туберкулин вводится

1) внутрикожно

2) внуримышечно

3) подкожно

4) накожно

2. При использовании терминов "просветление" или "затемнение" важно помнить, что стандартная рентгенограмма это

1) светочувствительный материал

2) негативное изображение

3) основа скиалогического метода

4) позитивное изображение

3. Реакция антиген-антитело лежит в основе метода, подтверждающего этиологию процесса, который называется

1) бактериальный посев

2) вакцинация БЦЖ

3) иммуноферментный анализ

4) гемосорбция

4. При туберкулезе легких нередко отмечают

1) пограничную артериальную гипертонию

2) умеренную артериальную гипотонию

3) частые гипертонические кризы

4) вазоренальную гипертензию

5. Жесткость прямого рентгеновского снимка грудной клетки принято оценивать по

1) по тени купола диафрагмы

2) по теням позвонков на фоне сердечно-сосудистого пучка

3) по тени трахеи на фоне тени грудины

4) по теням мягких тканей

6. Регистрация объемных скоростей при форсированном выдохе называется

1) спирометрией

2) пневмополиграфией

3) пневмотахографией

4) манометрией

7. Лейкоцитарная формула при активном туберкулезе легких часто характеризуется

1) нормальными соотношениями лейкоцитов

2) умер.лейкоцитозом,лимфопенией,эозинопенией и палочкояд.сдвиг

3) моноцитопенией, лимфоцитозм, эозинофилией и базофилией

4) моноцитозом, эозинопенией, лимфоцитозом, базофилией

8. Физикальная картина легочного туберкулеза, в отличие от неспецифического воспаление легких, характеризуется

1) скудностью феноменов

2) быстрой динамикой феноменов

3) полным отсутствием феноменов

4) быстрой сменой локализации феноменов

9. Фтизиатрический анамнез имеет своей особенностью

1) ориентацию на выявление генетических факторов

2) ориентацию на выявление длительного контакта с больными

3) ориентацию на возможность лечения травами

4) ориентацию на быстрое выздоровление

10. Симптом Воробьева-Поттенджера подразумевает

1) телеангиоэктазии на передней поверхности грудной клетки

2) выслушивание свистящих хрипов на выдохе

3) ригидность и болезненность мышц верхнего плечевого пояса

4) анизакорию на высоте активного воспаления

11. Рентгеновские снимки легких обычно производят

1) на высоте вдоха

2) независимо от фазы дыхания

3) при форсированном выдохе

4) во время пробы Вальсальвы

12. Регистрация легочных объемов называется

1) спирографией

2) зонографией

3) пневмотахометрией

4) пульмофонографией

13. Инструментальный осмотр плевральной полости называется

1) торакоскопией

2) бронхоскопией

3) бронхофонией

4) бронхо-спирографией

14. Звук разлипания альвеол, выслушиваемый на высоте вдоха при экссудативных процессах, называется

1) шумом трения плевры

2) крепитацией

3) флотацией

4) бронхофонией

15. Оценить визуально состояние бронхов, взять пробы мокроты и биопсийный материал позволяет метод

1) бронхографии

2) бронхо-спирографии

3) реопульмонографии

4) бронхоскопии

16. Изображение поперечных слоев легких обеспечивает такой метод как

1) крупнокадровая флюорография

2) томография

3) селективная бронхография

4) фистулография

17. Рентгеновское изображение на бумаге может быть получено с помощью

1) электрорентгенографии

2) рентгенопневмополиграфии

3) фонопульмонографии

4) реопульмонографии

18. Контрастное рентгеновское изображение бронхов называется

1) томограммой

2) флюорограммой

3) бронхограммой

4) реограммой

19. Для картины туберкулезной интоксикации характерны

1) иктеричность склер, кожный зуд, бесцветный стул

2) отеки и пастозность лица, гипо-анурия, боли в пояснице

3) катастрофическое похудание, боль в груди, диарея

4) слабость, потливость, похудание, возбудимость, астения

20. Наиболее часто туберкулез легких у взрослых локализуется в

1) 1, 5 и 9 сегментах

2) 1, 2 и 6 сегментах

3) 2, 8 и 10 сегментах

4) 3, 7 и 9 сегментах

21. Наиболее информативным методом лучевой диагностики очаговых и кольцевидных теней в легких является

1) флюорография

2) полипневмография

3) рентгено-томография

4) медиастинография

22. Выявление боли в груди при дыхании обязывает врача исключить вовлечение в процесс

1) альвеол

2) плевры

3) мелких бронхов

4) эндотелия капилляров

23. При сборе фтизиатрического анамнеза обращают внимание на возможность контакта с больными туберкулезом

1) собаками

2) попугаями

3) коровами

4) крысами

24. Ограниченная тень диаметром до 10 мм при описании рентгенограмм и томограмм называется

1) инфильтратом

2) фокусом

3) очагом

4) каверной

25. Рентгенологическое исследование легочной артерии и ее ветвей называется

1) бронхо-спирографией

2) ангиопульмонографией

3) фистулографией

4) реопульмонографией

26. У больных хроническими формами туберкулеза легких на электрокардиограмме нередко выявляется

1) гипертрофия правых отделов сердца

2) блокада пучка Джеймса

3) блокада левой ножки пучка Гиса

4) пароксизмальная тахикардия

27. Ригидность и болезненность мышц верхнего плечевого пояса при туберкулезе легких нередко сопровождает

1) обширные плевральные выпоты

2) формирование полостных образований

3) сухой апикальный плеврит

4) токсические поражения печени

28. Биохимическое исследование печени при туберкулезе легких необходимо проводить при поступлении больного в клинику и в ходе лечения для

1) раннего выявления туберкулеза печени

2) раннего выявления лекарственного и токсического гепатита

3) контроля за скоростью инактивации изониазида

4) контроля за скоростью выведения рифампицина

29. Для больного туберкулезом легких наиболее характерна

1) гектическая лихорадка

2) пониженная температура тела

3) субфебрильная температура

4) разница между утренней и вечерней температурой 4-5 градусов

30. Для активного туберкулеза легких при умеренной интоксикации картина крови характеризуется

1) повышенной СОЭ, лимфопенией и умеренным лейкоцитозом

2) крайне высокими величинами СОЭ и лейкоцитоза

3) нормальной СОЭ и лейкопенией

4) высокой СОЭ и лейкопенией

31. Повышенная прозрачность легких на рентгенограмме, расширение межреберных промежутков, уплощение купола диафрагмы принято считать признаками

1) спонтанного пневмоторакса

2) легочного кровотечения

3) эмфиземы легкого

4) облаковидного инфильтрата

32. Основой лечения туберкулеза считается

1) легочная хирургия

2) химиотерапия

3) туберкулинотерапия

4) коллапсотерапия

33. В основу современной отечественной классификации туберкулостатиков положено

1) химическое строение препаратов

2) побочное действие на органы и системы

3) влияние на микобактерию туберкулеза

4) влияние на неспецифическую флору

34. Необходимость назначения трех и более туберкулостатиков при лечении туберкулеза обусловлена

1) быстрым развитием устойчивости к каждому из них

2) особенностью отечественной фтизиатрической школы

3) сочетанием их побочных эффектов

4) наличием сопутствующей неспецифической инфекции.

35. Наиболее эффективным и признанным во всем мире препаратом ГИНК является

1) рифампицин

2) изониазид

3) фтивазид

4) пиразинамид

36. Для защиты от нейротоксического влияния препаратов ГИНК на центральную и периферическую нервную систему назначают

1) димедрол и аспирин

2) ретаболил и рибоксин

3) тиамин и пиридоксин

4) туберкулин и пирогенал

37. Внутривенное введение суточной дозы изониазида принято называть

1) методом предельный концентраций (МПК)

2) индивидуально переносимой дозировкой (ИПД)

3) экспресс-внутривенным введением (ЭВВ)

4) монотерапией (МТ)}

38. Эндокринологическим аспектом действия препаратов ГИНК, который можно с пользой применять при лечении неспецифической легочной патологии, является

1) гинекомастия

2) преходящая системная гипертензия, усиление ишемии миокарда

3) стимуляция функции коры надпочечника

4) дисменорея

39. Самым сильным противотуберкулезным антибиотиком является

1) канамицин

2) виомицин

3) циклосерин

4) рифампицин

40. Первым противотуберкулезным препаратом, открытым в 1944 году с.ваксманом и соавторами был

1) стрептомицин

2) канамицин

3) флоримицин

4) ПАСК

41. Средне-терапевтическая дозировка изониазида проводится из расчета

1) 10 мг/кг

2) 50 мг/кг

3) 100 мг/кг

4) 500 мг/кг

42. Туберкулостатический эффект препаратов ГИНК определяется в значительной степени

1) уровнем кортикостероидов в крови

2) созданием пиковых концентраций ГИНК в крови

3) одновременным применением препаратов ПАСК

4) отсутствием каких-либо побочных эффектов

43. Наиболее эффективными противотуберкулезными препаратами считаются

1) ПАСК и тибон

2) канамицин и этионамид

3) изониазид и рифампицин

4) тизамид и пиразинамид

44. Наименее эффективными туберкулостатиками считаются

1) пиразинамид и стрептомицин

2) этионамид и тизамид

3) солютизон и солюзид

4) тиоацетазон и ПАСК

45. Хорошо проникают в ограниченные и инкапсулированные образования (например, туберкулему)

1) стрептомицин, канамицин, виомицин

2) ПАСК, тибон, солютизон

3) циклосерин, тибон, ПАСК

4) этионамид, протионамид, пиразинамид

46. Побочным эффектом при лечении этамбутолом может быть

1) снижение зрения

2) снижение слуха и чувства равновесия

3) снижение обоняния

4) снижение желудочной секреции

47. При лечении пиразинамидом (тизамидом) следует учитывать возможное

1) снижение остроты зрения

2) нарушение функции печени

3) снижение памяти

4) повышение артериального давления

48. Когда схема лечения туберкулеза наряду с другими препаратами содержит циклосерин, то целесообразно назначить

1) лимонную кислоту

2) глютаминовую кислоту

3) никотиновую кислоту

4) эпсилон-аминокапроновую кислоту

49. При лечении вялотекущих туберкулезных процессов назначение туберкулостатиков целесообразно дополнить

1) туберкулином или пирогеналом

2) преднизилоном

3) димедролом или тавегилом

4) кокарбоксилазой

50. Риск серьезных нарушений функции центральной нервной системы следует учитывать при назначении

1) стрептомицина

2) циклосерина

3) канамицина

4) рифампицина

51. Метод назначения туберкулина с лечебной целью - туберкулинотерапия - показана при

1) гиперергических процессах

2) сочетании туберкулеза и онкологии

3) вялотекущих процессах

4) массивном бацилловыделении

52. Применение глюкокортикоидов в течение 6-8 недель при лечении туберкулеза

1) целесообразно, если больной готовится к операции

2) показано при вялом течении процесса

3) показано при выраженной инфильтративной фазе

4) показано при синдроме Иценко-Кушинга

53. Сохранение концентрации рифампицина в крови длительное время обусловлено

1) тем, что это депо-препарат

2) накоплением в желчи и повторным всасыванием в ЖКТ

3) дробным приемом препарата в течение суток

4) обязательным сочетанием его с теофиллином

54. При наличии свежего бронхогенного обсеменения, наличия деструкции легочной ткани и бацилловыделения лечение больного туберкулезом легких целесообразно дополнить

1) назначением курса инъекций пирогенала или гуммизоля

2) трансторакальной биопсией

3) дренированием плевральной полости и введением антибиотиков

4) назначением эндобронхиальных вливаний туберкулостатиков

55. Известно, что метаболизм теофиллина, преднизолона, женских оральных контрацептивов существенно меняется, если назначен

1) пиразинамид

2) ПАСК

3) рифампицин

4) стрептомицин

56. Длительность непрерывного применения туберкулостатиков при лечении легочного туберкулеза не должна быть короче, чем

1) пять лет

2) десять лет

3) шесть месяцев

4) три года

57. Основными критериями эффективности лечения туберкулеза органов дыхания принято считать

1) нормализацию СОЭ и церулоплазмина

2) абацилирование и закрытие полостей

3) исчезновение одышки и нормализацию температуры

4) отсутствие побочных реакций на туберкулостатики

58. Показанием к хирургическому лечению туберкулеза считаются такие формы, как

1) туберкулезный менингит и менингоэнцефалит

2) острый и подострый диссеминированный туберкулез

3) кавернозный туберкулез и туберкулемы

4) раннюю и хроническую туберкулезную интоксикацию

59. Включение в комплексную терапию нистатина показано, если из материала высеянa

1) Mycoplasma gallisepticum

2) Candida albicans

3) Mycobacterium bovis

4) Brucella neotomae

60. При наличии больших и гигантских каверн у больных с прогрессирующим туберкулезом, не позволяющим провести радикальное хирургическое лечение, методом выбора является

1) туберкулинотерапия

2) назначение таривида (офлоксацина)

3) торакопластика

4) бесконтактный массаж

61. При наложении лечебного или диагностического пневмоперитонеума перед введением воздуха необходимо убедиться, что игла локализована именно в брюшной полости. Для этого

1) проводится тонометрия плечевой артерии на вдохе

2) проводят тонометрию водным манометром во время акта дыхания

3) проводят тишайшую перкуссию желудка

4) манипуляцию проводят под контролем рентгеноскопии

62. Выбор хирургического пути лечения для первичных форм туберкулеза

1) малоприменим, как дающий высокий процент реактиваций

2) перспективен с момента постановки диагноза

3) является альтернативой длительной химиотерапии

4) рационален под защитой преднизолона

63. Перкуторные, аускультативные и клинические признаки расширения средостения патогномоничны для

1) очагового туберкулеза

2) туберкулезного бронхоаденита

3) туберкулемы

4) ранней туберкулезной интоксикации

64. Даже своевременно выявленный и эффективно леченный первичный туберкулезный комплекс заканчивается

1) выраженной деструкцией железистого и легочного компонента

2) выраженными кальцинатами в железистом и легочном компонентах

3) полным исчезновением железистого и легочного компонентов

4) переходом в цирротический туберкулез легких

65. Первичные формы туберкулеза чаще всего встречаются

1) у людей пожилого возраста

2) у людей, работающих в контакте с промышленной пылью

3) у лиц юного и молодого возраста

4) у людей, принимающих кордарон

66. Самой ранней формой первичного туберкулеза является

1) первичный туберкулезный комплекс

2) туберкулезная интоксикация детей и подростков

3) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

4) туберкулезный менингоэнцефалит

67. Легочный компонент, железистый компонент и лимфатическая "дорожка" типичны для

1) туберкулемы

2) туберкулезного бронхоаденита

3) очагового туберкулеза легких

4) первичного туберкулезного комплекса

68. Первичный туберкулез возникает при заражении микобактериями туберкулеза

1) ранее неинфицированных людей

2) людей, прошедших ревакцинацию БЦЖ в течение года

3) людей, ранее переболевших туберкулезом

4) людей из 5 группы диспансерного учета

69. Исходом первичного туберкулезного комплекса считаются кальцинированные очаги в легких, которые называются

1) очагами Симона

2) кавернами

3) очагами Гона

4) мицетомами

70. Осложнением туберкулезного бронхоаденита может быть

1) туберкулезная интоксикация

2) железисто-бронхиальная фистула и обтурация бронха

3) системная артериальная гипертензия

4) 1 стадия саркоидоза

71. По клиническому течению и морфологическим особенностям туберкулез внутригрудных лимфатических узлов подразделяют на две формы:

1) менингеальную и легочную

2) острую и подострую

3) инфильтративную и туморозную

4) серозную и гнойную

72. При дифференциальной диагностике туберкулезного бронхоаденита следует исключить такие заболевания, как

1) саркоидоз и центральный рак легкого

2) гаммартохондрому и липому легкого

3) бронхоэктатическую болезнь и цирроз легкого

4) абсцесс и гангрену легкого

73. Комплексная химиотерапия первичного туберкулеза легких продолжается обычно

1) 3-4 года

2) 1-1,5 года

3) 2-3 месяца

4) 4-6 недель

74. С широким внедрением в практику вакцины БЦЖ в структуре первичного туберкулеза стал преобладать

1) очаговый туберкулез легких

2) диссеминированный туберкулез легких

3) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

4) костно-суставной туберкулез

75. Дети и подростки, инфицированные микобактерией туберкулеза, не привитые БЦЖ по недоношенности и с поствакцинальными осложнениями наблюдаются в диспансере

1) по 2 группе учета

2) по 6 группе учета

3) по 0 группе учета

4) по 4 группе учета

76. Совокупность первичного очага в легком, специфического лимфангоита и поражения внутригрудных лимфатических узлов называется

1) очаговым туберкулезом

2) диссеминированным туберкулезом

3) первичным туберкулезным комплексом

4) фиброзно-кавернозным туберкулезом

77. 0 (нулевая) группа для детей и подростков называется

1) диагностической

2) динамической

3) группой сомнительной активности

4) группой контактов

78. Притупление перкуторного звука ниже 1 позвонка при перкуссии по позвоночнику ребенка называется

1) симптомом Воробьева-Поттенджера

2) симптомом Корани

3) симптомом Кернига

4) симптомом Бехтерева

79. Локальные формы туберкулеза у детей не выявляются там, где

1) где лечение туберкулеза проводят 4 препаратами

2) где хорошо организовано выявление "виражных" детей

3) где матери и дети пребывают в клиниках вместе

4) где много больных фиброзно-кавернозным туберкулезом

80. По мнению ученых Центрального НИИ туберкулеза саркоидоз

1) это разновидность злокачественных процессов в легком

2) это гранулематоз, вызванный ультрамелкими микобактериями

3) это аутоиммунный гранулематозный процесс

4) это генетически детерминированный гранулематоз

81. Наиболее вероятными осложнениями туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов могут быть

1) спленомегалия и анемия

2) идиопатические альвеолиты

3) локальный ателектаз или локальная эмфизема

4) карциноматоз и альвеолярный протеиноз

82. Ревматоидом Понсе принято называть

1) туберкулезное поражение крупных суставов

2) скрыто протекающий ревматизм у больного туберкулезом

3) суставную параспецифическую реакцию при туберкулезе

4) токсико-аллергический артрит, вызванный туберкулостатиками

83. Главным в постановке диагноза туберкулезной интоксикации детей и подростков является

1) тщательное физикальное обследование

2) результат проведенной туберкулинодиагностики

3) развернутое функциональное исследование дыхания

4) радиоизотопное исследование легких

84. Генерализованный мелкоочаговый диссеминированный процесс называют также

1) альвеолярным

2) бронхо-лобулярным

3) ацинарным

4) милиарным

85. Нередким спутником, а иногда и дебютом, диссеминированного туберкулеза является

1) туберкулез гортани

2) туберкулез надпочечника

3) туберкулез печени

4) туберкулез ногтя

86. Уменьшение в объеме обеих верхушек легких, наличие старых и кальцинированных очагов, подтянутость корней кверху характерны для

1) мелкоочагового туберкулеза

2) острого диссеминированного туберкулеза

3) хронического диссеминированного туберкулеза

4) округлого инфильтрата

87. Диссеминированный туберкулез подразделяют на

1) туморозный и инфильтративный

2) ранний и хронический

3) острый, подострый и хронический

4) кавернозный и цирротический

88. Острый диссеминированный туберкулез различается по формам на

1) подострую и хроническую

2) диффузную и локальную

3) очаговую и инфильтративную

4) легочную, тифоидную и менингеальную

89. Для острого диссеминированного (генерализованного) туберкулеза типичным путем диссеминации является

1) гематогенный

2) бронхогенный

3) аэрогенный

4) контактный

90. Острый диссеминированный туберкулез нередко требует дифференциальной диагностики

1) с брюшным тифом и другими инфекциями

2) с хронической туберкулезной интоксикацией

3) с хроническим бронхитом

4) с болезнью Верльгофа

91. Формой диссеминированного туберкулеза, дающей наибольшую летальность, является

1) его тифоидная форма

2) туберкулезный менингоэнцефалит

3) фиброзно-кавернозный туберкулез

4) туберкулезный пиелит

92. Спинномозговая жидкость при туберкулезном менингите

1) прозрачная, вытекает частыми каплями

2) мутная, вытекает частыми каплями

3) геморрагическая, вытекает струйкой

4) прозрачная, спонтанно не вытекает

93. При туберкулезном менингите в спинномозговой жидкости

1) содержание белка нормальное, повышено содержание нитратов

2) повышено содержание белка, понижено - сахара и хлоридов

3) резко снижено содержание белка, хлоридов и сахара

4) повышено содержание белка, хлоридов и сахара

94. При туберкулезном менингите в спинномозговой жидкости

1) преобладают эозинофилы

2) преобладают нейтрофилы

3) преобладают лимфоциты

4) преобладают базофилы

95. Туберкулез, характеризующийся наличием множества туберкулезных очагов в легких и других органах, называется

1) очаговым

2) инфильтративным

3) диссеминированным

4) кавернозным

96. При хроническом диссеминированном туберкулезе легких наиболее существенным функциональным нарушением дыхания является

1) нарушение бронхиальной проходимости

2) снижение диффузионной способности легких

3) снижение легочного объемного кровотока

4) нарушение тканевого дыхания

97. Туберкулиновые пробы при диагностике острого диссеминированного туберкулеза имеют

1) решающее значение, поскольку отражают реактивность организма

2) решающее значение, поскольку они всегда специфичны

3) низкую информативность, поскольку могут быть различными

4) значение только при легочной форме

98. Острое или подострое течение саркоидоза, сходное по клинике с пневмонией, называется

1) синдромом Лефгрена

2) синдромом Иценко-Кушинга

3) синдромом Картагенера

4) синдромом Скеддинга

99. Туберкулез гортани является нередким проявлением такой формы туберкулеза легких, как

1) очаговый

2) туберкулемы

3) диссеминированный

4) туберкулезный бронхоаденит

100. Неказеозный гранулематоз, поражающий лимфатические узлы и ткань легкого, дающий положительную реакцию Квейма и для лечения которого применяются глюкокортикоиды называется

1) цистицеркоз

2) саркоидоз

3) легионеллез

4) актиномикоз

**Вариант 4**

1. Легочный синдром диссеминации при милиарном туберкулезе выявляется на рентгенограмме

1) вместе с клиническим дебютом

2) на 2-3 день после клинических проявлений

3) на 2 месяц после начала клинических проявлений

4) на 7-10 день после начала клинических проявлений

2. К заболеваниям, описываемым как легочные диссеминации, относят

1) пневмонию, центральный рак, туберкулез

2) гистиоцитоз-х, фиброзирующие альвеолиты, гемосидероз

3) периферический рак и мезотелиому плевры

4) болезнь легионеров, лихорадку-ку, инфильтрат Лефлера

3. Ригидность затылочных мышц, позу "легавой собаки", сгибание ног при надавливании на лонное сочленение называют

1) менингеальными знаками

2) симптомами туберкулезной интоксикации

3) синдромом Иценко-Кушинга

4) синдромом Картагенера

4. Негомогенная тень с нечеткими контурами диаметром более одного сантиметра называется

1) очагом

2) каверной

3) диссеминацией

4) инфильтратом

5. Больные очаговым туберкулезом легких чаще выявляются при

1) обращении с жалобами на патологию легких

2) профилактической флюорографии

3) проведении фиброгастроскопии

4) проведении торакоскопии

6. При диагностике и лечении инфильтративного туберкулеза легких следует учитывать, что бацилловыделение наиболее вероятно в фазу

1) инфильтрации

2) распада

3) обсеменения

4) кальцинации

7. Малой формой вторичного туберкулеза легких является

1) цирротический туберкулез

2) очаговый туберкулез

3) спонтанный пневмоторакс

4) эмпиема плевры

8. Туберкулез, развившийся у ранее инфицированного человека, положительно реагирующего на туберкулин, называется

1) первичным

2) ранним

3) вторичным

4) зятяжным

9. При локализации инфильтрата в области междолевой борозды ставится диагноз

1) лобит

2) облаковидный инфильтрат

3) казеозная пневмония

4) перисциссурит

10. Заболеваниями, с которыми проводится дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза легких, принято считать

1) периферический рак, пневмонию, эозинофильный инфильтрат

2) гаммартохондрому, липому, кисту

3) лимфогранулематоз, саркоидоз, гистиоцитоз-х

4) альвеолярный протеиноз, актиномикоз, мезотелиому

11. С точки зрения патоморфологии легочный инфильтрат это

1) пропитывание легочной ткани клетками воспаления

2) участок деструкции легкого

3) необратимая фибротизация легочной паренхимы

4) множественный очаговый казеозный некроз легкого

12. В диагностике очагового туберкулеза легких основное значение имеет

1) бактериологическое исследование

2) рентгенологическое исследование

3) иммунологическое исследование

4) компьютерный скрининг анамнеза

13. Неблагоприятной и злокачественно протекающей формой инфильтративного туберкулеза легких является

1) казеозная пневмония

2) эозинофильная пневмония

3) риккетсиозная пневмония

4) абсцедирующая пневмония

14. Повторное рентгенологическое обследование пациента с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких на фоне лечения целесообразно проводить

1) через 2-3 недели

2) через 1,5-2 месяца

3) через 1-2 года

4) через 2-3 дня

15. Инфильтрат с локализацией в 1, 2 или 6 сегментах наиболее характерен для диагноза

1) инфильтративный туберкулез

2) инфильтрат Леффлера

3) периферический рак легкого

4) очаговый пневмосклероз

16. Отрицательная реакция на туберкулин у больных с казеозной пневмонией является

1) хорошим прогностическим признаком

2) плохим прогностическим признаком

3) свидетельством отсутствия БЦЖ в детстве

4) основанием для смены диагноза

17. История заболевания пациентов с инфильтративным туберкулезом нередко включает в себя эпизод лечения по поводу

1) неспецифической пневмонии

2) внематочной беременности

3) диссеминации неясного генеза

4) сальмонеллеза

18. Одним из основоположников учения об инфильтративном туберкулезе был

1) H.Assman, описавший округлый инфильтрат под ключицей

2) R.Koch, открывший микобактерию туберкулеза

3) Л.А.Тарасевич, внедривший вакцину БЦЖ

4) A.Ghon, описавший обызвествленные очаги в легком

19. Среди впервые выявленных взрослых пациентов наиболее часто встречается

1) очаговый туберкулез

2) диссеминированный туберкулез

3) инфильтративный туберкулез

4) туберкулемы

20. Клиника инфильтративного туберкулеза легких характеризуется обычно

1) вариабельностью от легкого до крайне тяжелого течения

2) полной бессимптомностью и быстрой спонтанной ремиссией

3) коагулопатией потребления, ДВС-синдромом

4) боковым амиотрофическим склерозом

21. Клинические проявления инфильтративного туберкулеза легких

1) зависят от распространенности и выраженности инфильтрации

2) характеризуются бессимптомностью и стертостью

3) характеризуются постоянством интоксикации и температуры

4) зависят от места проживания пациента и состава семьи

22. Форма инфильтративного туберкулеза, ведущая к формированию гигантских каверн, называется

1) милиарным туберкулезом

2) бронхо-лобулярным инфильтратом

3) казеозной пневмонией

4) сегментитом

23. При детализации диагноза инфильтративного туберкулеза легких могут быть установлены следующие фазы процесса:

1) инфильтрации, распада, рубцевания

2) распада, обсеменения, рассасывания, рубцевания

3) инфильтрации, обсеменения, рассасывания, рубцевания

4) инфильтрации, рассасывания, рубцевания, обызвествлени

24. Условными границами подразделения туберкулем на мелкие, средние и крупные являются

1) 5, 10-11 и более 15 см

2) 2, 2-4 и более 4 см

3) 1, 2-5 и более 5 см

4) 3, 4-7 и более 7 см

25. Характер распада туберкулем чаще бывает

1) центральным и единичным

2) чаще всего рентгенонегативным

3) краевым и множественным

4) стремительным, с формированием множества полостей

26. Одним из методов лечения туберкулемы является

1) метод предельных концентраций

2) резекция легкого

3) наложение искусственного пневмоторакса

4) дренирование плевральной полости

27. При химиотерапии туберкулемы предпочтение отдается препаратам

1) третьей группы

2) второй группы

3) проникающего действия

4) широкого спектра действия

28. Различная структура казеоза позволяет подразделять туберкулемы на

1) ранние и хронические

2) специфические и неспецифические

3) конгломератные и множественные

4) гомогенные и слоистые

29. При дифференциальной диагностике туберкулем необходимо учитывать такие диагнозы, как

1) пневмония, карциноматоз, гистиоцитоз-х

2) гамартохондорома, липома, периферический рак

3) абсцесс легкого, эмпиема плевры, плеврит

4) мезотелиома плевры, релаксация купола диафрагмы, плеврит

30. Рентгенологически туберкулемы различают на

1) солитарные, конгломератные и множественные

2) первичные и вторичные

3) легочные, тифоидные и менингеальные

4) специфические и неспецифические

31. Среди других форм туберкулеза легких наибольшей стабильностью и бессимптомностью отличется

1) милиарный туберкулез

2) туберкулема

3) фиброзно-кавернозный туберкулез

4) эмпиема

32. Активная позиция врача, настаивающего на лечении туберкулемы, протекающей бессимптомно, основана на

1) постоянном бацилловыделении пациента

2) высоком риске активации процесса

3) уголовной ответственности за уклонение от лечения

4) абсолютных показаниях к хирургическому вмешательству

33. Больные с крупными туберкулемами (более 4 см) находятся под многолетним наблюдением фтизиатра по

1) 2 группе диспансерного учета

2) 1 группе диспансерного учета

3) 7 группе диспансерного учета

4) 0 группе диспансерного учета}

34. У большинства больных со стабильными туберкулемами состояние гемограммы

1) соответствует норме

2) характеризуется лейкоцитозом с моноцитозом

3) характеризуется лейкопенией с относительной эозинофилией

4) характеризуется лейкопенией с относительным моноцитозом

35. При лечении туберкулем используют метод стимуляции процесса, позволяющий избежать операции, который состоит в

1) назначении тимолина, декариса, диуцифона и др

2) назначении гамма-глобулинов

3) назначении туберкулина, пирогенала, ультразвук-терапии и др

4) назначении интерферона

36. Казеозный фокус диаметром более 1 см, ограниченный фиброзной капсулой, с хроническим, торпидным течением называется

1) каверной

2) инфильтратом

3) туберкулемой

4) очагом

37. Активная позиция торакальных хирургов в отношении оперативного лечения туберкулем основана на

1) необходимости выполнить план операций

2) абсолютных показаниях к хирургическому вмешательству

3) онкологической настороженности

4) отсутствии эффективных консервативных методов

38. Формирование туберкулем наблюдается у лиц с

1) с высокой вероятностью ВИЧ-инфицирования

2) с длительным приемом цитостатиков в анамнезе

3) с высокой естественной сопротивляемостью и иммунитетом

4) с невысокой сопротивляемостью и отсутствием иммунитета

39. Рентгенологически туберкулемы подразделяют на

1) острые и хронические

2) ранние и поздние

3) локальные и диффузные

4) гомогенные и слоистые

40. При отсутствии бактериовыделения и гиперергии на туберкулин уточнить этиологию фокуса в легких позволяет

1) длительная туберкулостатическая терапия

2) иммуноферментный анализ на ВИЧ

3) цитологическое и гистологическое исследование

4) диспансерное наблюдение

41. Туберкулема дает выраженное укорочение перкуторного звука, если

1) она находится в фазе множественного распада

2) она расположена близко к корню легкого не не превышает 2 см

3) она расположена субплеврально и ее диаметр боее 4 см

4) она имеет слоистый характер и ее диаметр более 4 см

42. Течение туберкулемы сопровождается бацилловыделением только

1) в фазу обострения и распада

2) в стабильную фазу

3) если она имеет конгломератную форму

4) при субкортикальной локализации

43. При бактериологическом исследовании операционного материала удаленной стабильной туберкулемы часто обнаруживают

1) микобактерии африканского типа

2) L-формы микобактерий туберкулеза

3) скотохромогенные микообактерии

4) синегнойную палочку

44. Легочный туберкулез, характеризующийся наличием изолированного полостного образования, называется

1) фиброзно-кавернозным

2) инфильтративным

3) туберкулемой

4) кавернозным

45. Наиболее опасной в эпидемиологическом отношении формой туберкулеза легких является

1) инфильтративный туберкулез

2) фиброзно-кавернозный туберкулез

3) цирротический туберкулез

4) кавернозный туберкулез

46. Большинство умерших пациентов, причиной смерти которых был туберкулез легких, имели

1) диссеминированный туберкулез

2) фиброзно-кавернозный туберкулез

3) очаговый туберкулез

4) инфильтративный туберкулез

47. Какую из форм туберкулеза органов дыхания вы можете заподозрить уже при внешнем осмотре пациента?

1) подострый диссеминированный туберкулез

2) бронхо-лобулярный инфильтрат

3) цирротический туберкулез

4) округлый инфильтрат

48. Качеством выявления туберкулеза и показателем, характеризующим резервуар туберкулезной инфекции на анализируемой территории, может служить частота выявления больных

1) с цирротическим туберкулезом легких

2) с миллиарным туберкулезом

3) с эмпиемой плевры

4) с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких

49. Сформированная каверна имеет трехслойную стенку, которую составляют (изнутри кнаружи):

1) казеозные массы, соединительная ткань, клетки воспаления

2) тканевой детрит, фиброзная капсула, грануляционная ткань

3) слой лимфоцитов, слой макрофагов, эндотелий

4) казеозные массы, грануляционная ткань, соединительная ткань

50. Форма туберкулеза, являющаяся результатом развития грубого, деформирующего склероза в легких и плевре, называется

1) туберкулезный плеврит

2) туберкулема

3) цирротический туберкулез

4) синдром Хаммена-Рича

51. Наряду с наличием полиморфных каверн и фиброзных изменений, важным рентгенологическим признаком фиброзно-кавернозного туберкулеза является

1) наличие плевральных спаек

2) уменьшение легкого в объеме и смещение тени средостения

3) выбухание и уплотнение дуги аорты

4) серповидное просветление над тенью печени

52. При наличии свежей тонкостенной полости химиотерапию целесообразно дополнить

1) введением вакцины БЦЖ

2) наложением пневмоперитонеума

3) эндолюмбальным введением изониазида

4) проведением 7-реберной торакопластики

53. Цирротически измененный участок легкого с точки зрения патоморфолога представляет собой

1) безвоздушную соединительную ткань,эмфизему,фиброзные тяжи

2) интактную легочную ткань, окруженную фиброзной капсулой

3) участок казеозва, окруженный соединительнотканной капсулой

4) перерожденную лимфатическую ткань

54. Фиброзно-кавернозный и цирротический туберкулез легких нередко приводят к таким осложнениям, как

1) амилоидоз внутренних органов, легочная недостаточность

2) формирование гистиоцитоза-х

3) формирование синдрома Пиквика и дыхательной недостаточности

4) синдром голубых склер

55. При дифференциальной диагностике кавернозного туберкулеза целесообразна дифференциальная диагностика с

1) с хроническим бронхитом

2) с абсцессом легкого

3) с бронхиальной астмой

4) с гамартохондромой

56. Хронический деструктивный процесс с наличием выраженного фиброза в капсуле каверны и в окружающей легочной ткани, нередко с бронхогенным обсеменением называется

1) кавернозным

2) инфильтративным

3) фиброзно-кавернозным

4) эмпиемой

57. Введение в клиническую классификацию кавернозной формы туберкулеза стало актуальным

1) в связи с внедрением в практику туберкулина линниковой

2) в связи с разделением туберкулеза на первичный и вторичный

3) в с-зи с внедрением в пр-ку туберкулостатиков и резекц.хир-и

4) в связи с широким использованием лечебного пневмоторакса

58. Абациллированная, но не закрывшаяся, хорошо сформированная полость требует дальнейшего лечения, вплоть до хирургического, поскольку представляет опасность

1) развития аспергиллеза в полости и легочного кровотечения

2) формирования конгломератной туберкулемы

3) развития фиброзно-очагового туберкулеза

4) формирования первичного туберкулезного комплекса

59. При подборе химиотерапии больному кавернозным туберкулезом необходимо учитывать, что

1) больной положительно реагирует на туберкулин

2) больной имеет право на больничный лист

3) больной скорее всего получал ранее туберкулостатики

4) первый туберкулостатик был применен в 1944 году

60. На рентгенограмме каверна описывается как

1) фокус

2) кольцевидная тень

3) группа очагов

4) линейная тень

61. Течение фиброзно-кавернозного туберкулеза легких характеризуется чаще всего

1) волнообразным или прогрессирующим течением

2) длительным стабильным состоянием больного

3) неуклонным улучшением состояния больного

4) бессимптомно

62. При определении тактики лечения больного кавернозным туберкулезом необходимо решить, возможно ли применить

1) хирургические методы

2) первичную химиопрофилактику

3) вакцинацию БЦЖ

4) вакцинацию БЦЖ-М

63. Возрастная структура пациентов с туберкулезным плевритом имеет своей особенностью

1) преобладание лиц пенсионного возраста

2) отсутствие каких-либо преобладаний

3) преобладание мужчин старше 40 лет

4) преобладание детей и молодых людей

64. Частота туберкулезного плеврита среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания составляет

1) 50-55%

2) 1-2%

3) 22-25%

4) 3-6%

65. Прозрачный, светло-желтого цвета, с нитями фибрина экссудат называют

1) геморрагическим

2) серозным

3) гнилостным

4) гнойно-геморрагическим

66. Гиперсенсибилизация плевры в результате проникновения в нее продуктов распада микобактерий туберкулеза приводит к формированию

1) аллергического плеврита

2) эмпиемы плевры

3) спонтанного пневмоторакса

4) мезотелиомы плевры

67. При исследовании функции внешнего дыхания чаще других синдромов при плевритах встречается

1) рестриктивный, ограничительный

2) обструктивный, отечно-воспалительный

3) смешанный, с преобладанием спастического

4) обструкция дистальных бронхов

68. Если туберкулезный плевральный выпот большой, не рассасывается, поддерживает интоксикацию и одышку, то химиотерапию дополняют назначением

1) преднизолона

2) этазола

3) продигиозана

4) вакцины БЦЖ-М

69. При плевритах шум трения плевры наиболее четко выслушивается

1) при серозном характере экссудата и быстрой экссудации

2) при отложении фибрина и при рассасывании экссудата

3) при преобладании лимфоцитов в экссудате

4) при повышении концентрации глюкозы в экссудате

70. По патогенезу поражения плевры при туберкулезе выделяют

1) плеврит аллергический, перифокальный и туберкулез плевры

2) плеврит инфильтративный и фиброзный

3) плеврит травматический и идиопатический

4) плеврит трансторакальный,перифокальный и перикостальный

71. При свободном плевральном выпоте наблюдается смещение органов средостения

1) в сторону тени выпота

2) кверху от тени выпота

3) в противоположную от тени выпота сторону

4) книзу от тени выпота

72. Боли в груди, связанные с актом дыхания, сухой кашель, субфебрилитет, рестриктивные нарушения вентиляции легких позволяют предположить у больного наличие

1) инфильтрата в фазе распада

2) плеврита

3) перикардита

4) бронхиальной астмы

73. Рентгенологическая тень в легком, имеющая форму ленты, выпуклой линзы, треугольника позволяет заподозрить

1) округлый инфильтрат

2) междолевой плеврит

3) очаговый туберкулез

4) конгломератную туберкулему

74. При стабилизации туберкулезного плеврита в экссудате преобладают

1) нейтрофилы

2) лимфоциты

3) базофилы

4) моноциты

75. Важнейшим методом диагностики и лечения плевритов является

1) ирригоскопия

2) метод предельных концентраций

3) плевральная пункция

4) ангиопульмонография

76. При плеврите верхняя граница выпота принимает горизонтальное расположение если

1) объем выпота более 1000 мл

2) объем выпота более 2000 мл

3) выпот имеет серозный характер

4) в плевральную полость проникает воздух

77. В структуре смертности от туберкулеза плеврит составляет

1) 1-2% (эмпиема плевры)

2) 40-50% (экссудативный плеврит)

3) 25-30% (костальный осумкованный плеврит)

4) 40-45% (аллергический плеврит)

78. Гематогенное распространение микобактерий в плевру с образованием на ее поверхности бугорковых высыпаний и экссудата в плевральной полости принято называть

1) эмпиемой плевры

2) туберкулезом плевры

3) плевральными спайками

4) аллергическим плевритом

79. Для уточнения размеров и конфигурации осумкованных полостей может быть использована

1) спирография

2) кимография

3) плеврография

4) сонмография

80. Притупление перкуторного звука над грудной клеткой с верхней границей параболической формы, наблюдаемое при плевритах, называется

1) сидромом Хаммена-Рича

2) симптомом "плакучей ивы"

3) синдромом Картагенера

4) линией Эллиса-Демуазо-Соколова

81. Туберкулез плевры, сопровождающийся накоплением гнойного экссудата, называется

1) эмпиемой

2) гемотораксом

3) фистулой

4) мезотелиомой

82. Воспаление плевральных листков, сопровождающееся экссудацией в плевральную полость называется

1) транссудатом

2) плевритом

3) бронхоаденитом

4) пневмотораксом

83. Роль профузных легочных кровотечений в структуре причин смерти больных туберкулезом легких за последние 10 лет

1) многократно менялась

2) возросла

3) снизилась

4) не изучалась

84. Дополнительным методом топической диагностики легочного кровотечения является

1) вентиляционное сканирование легких

2) бронхоскопия

3) транссептальная пункция

4) бронхо-спирометрия

85. Депонирование крови при лечении легочного кровотечения обеспечивается с помощью

1) наложения венозных жгутов и инъекции атропина

2) наложения артериальных жгутов и инъекции викасола

3) наложения искусственного пневмоторакса

4) наложения пневмоперитонеума

86. Применение эпсилон-аминокапроновой кислоты при легочном кровотечении основано на ее действии в качестве

1) ингибитора фибринолиза

2) стимулятора фибринолиза

3) ингибитора тромбообразования

4) антагониста гепарина

87. Профузным называется легочное кровотечение при количестве выделенной крови

1) более 100 мл

2) более 200 мл

3) более 500 мл

4) более 50 мл

88. Для активации свертывания крови при легочном кровотечении издавна применяются внутривенные инъекции 10% раствора

1) сульфата магния

2) хлористого кальция

3) хлористого калия

4) тиосульфата натрия

89. Наиболее часто профузные, опасные для жизни легочные кровотечения отмечаются при

1) туберкулезном плеврите

2) инфильтративном туберкулезе

3) фиброзно-кавернозном туберкулезе

4) очаговом туберкулезе

90. Одной из манипуляций в комплексных мероприятиях по остановке легочного кровотечения является

1) плевральная пункция с активной аспирацией

2) наложение пневмоперитонеума

3) провоцирующая ингаляция физиологического раствора

4) ультразвук-терапия

91. После остановки легочного кровотечения необходимо оградить больного от осложнений с помощью

1) перевода пациента в реанимационное отделение

2) переливания до 3 л консервированной крови

3) анализа крови и назначения антибиотиков

4) оценки системы свертывания и назначения лидазы

92. Если позволяют условия, то важным диагностическим и лечебным мероприятием при легочном кровотечении является

1) торакоскопия

2) фистулография

3) реопульмонография

4) диагностическая бронхоскопия

93. Наличие прожилок крови в мокроте, выделение крови отдельными плевками называется

1) петехиями

2) легочным кровотечением

3) эвтаназией

4) кровохарканьем

94. Особенностью современного патоморфоза легочных кровотечений состоит в том, что их источником чаще стали

1) сосуды бассейна сонной артерии

2) сосуды бассейна бронхиальных артерий

3) сосуды бассейна позвоночных артерий

4) сосуды бассейна пищеводных артерий

95. Одним из методов обследования пациента с легочным кровотечением, поступающего в стационар является

1) пневмотахометрия

2) измерение артериального давления

3) определение активности АЛАТ

4) эхокардиография

96. Серьезным осложнением легочного кровотечения является

1) формирование лекарственной устойчивости

2) формирование аспирационных ателектазов и пневмонии

3) формирование поликаверноза

4) формирование клапанного напряженного пневмоторакса

97. Для легочного кровотечения характерно выделение через носоглотку

1) темных сгустков крови, вытекающих монотонно

2) алой пенистой крови во время кашлевых толчков

3) отдельных прожилок крови в слизистой мокроте

4) белесо-розовой студнеобразной мокроты

98. Устройство, состоящее из двух склянок с водой и воздухом, водного манометра, крана, иглы и системы трубок применяется во фтизиатрии для

1) для внутривенных инъекций

2) для проведения коллапсотерапии

3) для исследования функции внешнего дыхания

4) для катетеризации сердца

99. Сочетание спонтанного пневмоторакса с внутриплевральным кровотечением называется

1) торакопластикой

2) гемопневмотораксом

3) гидропневмотораксом

4) пиопневмотораксом

100. Самым информативным методом диагностики всех вариантов спонтанного пневмоторакса является

1) иммунологическое обследование

2) физикальное обследование

3) рентгенологическое обследование

4) лабораторное обследование

**Вариант 5**

1. Для стабильного состояния альвеол особое значение имеет:

 1) уровень давления в плевральной полости

2) система сурфактанта

3) кровоснабжение ткани легкого

4) глубина дыхания

2. Вдох в норме обеспечивают:

1) диафрагма и наружные межреберные мышцы

2) большие грудные мышцы

3) мышцы спины

4) большие и малые грудные мышцы

3. Расспрос и физикальные методы исследования позволяют:

1) заподозрить туберкулез

2) исключить туберкулез

3) верифицировать диагноз туберкулеза

4) исключить возможность сочетания туберкулеза с ВИЧ-инфекцией

4. Более ранним признаком туберкулеза является:

1) одышка

2) кашель с мокротой

3) боль в грудной клетке при дыхании

4) повышение температуры тела до 37-37,4 °с 2-3 раза в неделю

5. Пальпацию грудной клетки проводят для определения:

1) ритма дыхания

2) подвижности нижних краев легких

3) характера дыхания

4) голосового дрожания

6. У больных с начальными проявлениями туберкулеза легких при осмотре обычно отмечают:

1) дистрофические изменения кожи

2) крыловидные лопатки

3) отсутствие каких-либо видимых патологических изменений

4) дефицит массы тела

7. Перкуссию легких проводят для определения:

1) ритма дыхания

2) подвижности нижних краев легких

3) характера дыхания

4) голосового дрожания

8. Аускультацию легких проводят для определения:

1) подвижности нижних краев легких

2) характера дыхания

3) голосового дрожания

4) патологического ритма дыхания

9. Туберкулин содержит:

1) L-формы возбудителя туберкулеза

2) все антигенные компоненты МБТ

3) отдельные антигенные компоненты возбудителя туберкулеза

4) антитела к МБТ

10. Ответная реакция на PPD-S и PPD-L более специфична, поскольку эти препараты не содержат:

1) липидных фракций и нуклеиновых кислот МБТ

2) белка среды

3) полисахаридов МБТ

4) туберкулопротеидов

11. Выявить специфическую аллергию к МБТ позволяет:

1) общий анализ крови

2) рентгенография легких

3) фибробронхоскопия

4) туберкулинодиагностика

12. Внутрикожное введение туберкулина:

1) у неинфицированного МБТ человека может привести к заболеванию туберкулезом

2) у инфицированного МБТ человека вызывает формирование в месте введения папулы

3) у неинфицированного МБТ человека позволяет выявить отрицательную анергию

4) у инфицированного МБТ человека позволяет выявить положительную анергию

13. У инфицированного МБТ человека в месте внутрикожного введения 2 ТЕ обычно формируется:

1) люпома

2) участок депигментации

3) папула

4) участок гиперпигментации

14. Пробу Манту обычно применяют с целью:

1) уточнения локализации туберкулезного поражения

2) проведения массовой туберкулинодиагностики

3) подтверждения наличия деструкции в зоне туберкулезного поражения;

4) подтверждения биологической трансформации МБТ в L-формы

15. При пробе Манту с 2 ТЕ гиперергическая реакция на туберкулин у взрослых проявляется папулой размером не менее:

1) 7 мм

2) 15 мм

3) 17 мм

4) 21 мм

16. При пробе Манту с 2 ТЕ гиперергическая реакция на туберкулин у детей проявляется папулой размером не менее:

1) 12 мм

2) 15 мм

3) 17 мм

4) 21 мм

17. Результат внутрикожной туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ оценивают, когда с момента введения туберкулина пройдет:

1) 12 ч

2) 24 ч

3) 72 ч

4) 96 ч

18. У впервые инфицированного МБТ ребенка после пробы Манту на месте папулы в дальнейшем нередко формируется:

1) линейный белесоватый рубчик

2) участок депигментации

3) лимфангит

4) участок гиперпигментации

19. У вакцинированного БЦЖ ребенка отмечают переход поствакцинальной аллергии в инфекционную, если размеры папулы в месте введения 2 ТЕ, по сравнению с данными ранее проводимой пробы Манту:

1) увеличились на 6 мм и более

2) увеличились не менее чем на 10 мм

3) уменьшились на 2-3 мм

4) остались без изменений

20. Поствакцинальная аллергия маловероятна, если размеры папулы при пробе Манту с 2 ТЕ:

1) 5 мм

2) 7 мм

3) 11 мм

4) более 12 мм

21. Наличие гиперергической реакции подтверждает появление в месте введения 2 ТЕ:

1) везикулы

2) гиперемии

3) лимонной корочки

4) кровоизлияния

22. Отрицательная реакция на туберкулин у больного туберкулезом обусловлена:

1) положительной анергией

2) приемом противотуберкулезных препаратов

3) отрицательной анергией

4) закрытием полостей распада в легких

23. Для решения вопроса о сохранении активности туберкулезного процесса более информативна проба:

1) Пирке-градуированная

2) Манту с 10 ТЕ

3) Манту с 100 ТЕ

4) Коха

24. Противопоказанием для проведения пробы Манту с 2 ТЕ являются:

1) положительная реакция на пробу Манту в анамнезе

2) кожные проявления экссудативного диатеза

3) большие остаточные изменения после перенесенного туберкулеза

4) туберкулез у других членов семьи

25. Пробу Коха используют с целью:

1) диагностики первичного инфицирования МБТ

2) определения резистентности к туберкулезной инфекции

3) дифференциальной диагностики туберкулеза и других заболеваний

4) выявления положительной анергии к МБТ

26. Снижение чувствительности к туберкулину бывает при развитии:

1) мононуклеоза

2) саркоидоза

3) сахарного диабета

4) тиреотоксикоза

27. Повышение чувствительности к туберкулину бывает при развитии:

1) коклюша

2) хронического тонзиллита

3) злокачественного новообразования

4) краснухи

28. В отличие от пробы Манту тесты, основанные на определении гамма-интерферона в крови:

1) позволяют установить повышенную чувствительность замедленного типа к МБТ

2) не приводят к усилению специфической сенсибилизации у инфицированных МБТ лиц

3) не позволяют исключить устойчивость МБТ к лекарствам

4) не позволяют обнаружить L-формы МБТ

29. Микробиологическое исследование диагностического материала на МБТ имеет большое значение для подтверждения:

1) природы патологического процесса

2) виража чувствительности к туберкулину

3) отрицательной анергии

4) положительной анергии

30. Для обнаружения МБТ в диагностическом материале его нужно окрасить методом:

1) Бойля-Мариота

2) Ван-Гизона

3) Вельтмана

4) Циля-Нельсена

31. Биологический вид микобактерий позволяет установить:

1) прямая микроскопия после окраски по Цилю-Нельсону

2) прямая микроскопия после окраски по Шпенглеру

3) прямая микроскопия после флотации

4) культуральное исследование

32. Для исследования чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам необходимо получить чистую культуру микобактерий методом:

1) прямой микроскопии с окраской по Цилю-Нельсону

2) прямой микроскопии с окраской по Шпенглеру

3) люминесцентной микроскопии

4) посева

33. Быстрым способом определения чувствительности МБТ к лекарствам является:

1) люминесцентная микроскопия

2) исследование с использованием биологических микрочипов

3) иммуноферментный анализ

4) тест TB-SPOT

34. Наиболее информативный метод выявления фазы распада при туберкулезе легких:

1) фибробронхоскопия

2) магнитно-резонансная томография (МРТ)

3) томография

4) компьютерная томография (КТ)

35. При туберкулезе органов дыхания из эндоскопических методов чаще используют:

1) фибробронхоскопию

2) медиастиноскопию

3) ларингоскопию

4) риноскопию

36. Классическим местом для удаления жидкости из плевральной полости является:

1) первый-второй межреберный промежуток

2) пятый-шестой межреберный промежуток

3) седьмой-восьмой межреберный промежуток

4) нижний край IX ребра

37. Для получения диагностического материала из стенки долевого бронха обычно проводят биопсию:

1) трансбронхиальную

2) щеточную

3) трансторакальную игловую

4) прескаленную

38. При активном туберкулезе легких в общем анализе крови часто выявляют:

1) анемию и тромбоцитопению

2) олигохромазию и анизоцитоз

3) лейкоцитоз и лимфопению

4) лейкоцитоз и моноцитопению

39. Интегральным показателем для оценки функции внешнего дыхания являются:

1) показатели газового состава и кислотно-щелочного состояния крови

2) результаты общей плетизмографии

3) результаты капилляроскопии

4) показатели остаточного объема легких

40. Правильной формулировкой диагноза является:

1) очаговый туберкулез II сегмента правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ -

2) туберкулез левого легкого в фазе распада, МБТ +

3) пневмония туберкулезной этиологии верхней доли левого легкого в фазе уплотнения, МБТ -

4) единичная туберкулема нижней доли правого легкого, МБТ -

41. Правильной формулировкой диагноза является:

1) кавернозный туберкулез II сегмента правого легкого в фазе инфильтрации, МБТ -

2) туберкулема с распадом, МБТ +

3) туберкулез левого легкого в фазе распада, МБТ +

4) конгломерат очагов в нижней доли правого легкого, МБТ -

42. Согласно международной клинической классификации болезней выделяют:

1) туберкулез органов дыхания, туберкулез нервной системы, туберкулез других органов и систем, милиарный туберкулез

2) туберкулез органов дыхания, туберкулез костей и суставов, мочеполовой туберкулез, милиарный туберкулез

3) туберкулез легких и лимфатических узлов, туберкулезный плеврит, туберкулезный менингит, туберкулез мочеполовой системы

4) туберкулез легких, первичный туберкулез, вторичный туберкулез, диссеминированный туберкулез, абдоминальный туберкулез

43. Формулировка клинического диагноза туберкулеза отражает:

1) метод выявления туберкулеза и функциональных нарушений в связи с заболеванием туберкулезом

2) давность заболевания и распространенности туберкулезного процесса

3) чувствительность к туберкулину и выраженность туберкулезной интоксикации

4) клиническую форму и фазу туберкулезного процесса

44. В международной классификации болезней словесные формулировки диагнозов преобразованы:

1) в математические формулы

2) в цифровые шифры

3) в буквенно-цифровые коды

4) в условные обозначения

45. Первичный туберкулез - заболевание, которое возникает:

1) в связи с первым проникновением в организм вирулентных МБТ

2) после завершения латентной туберкулезной инфекции и формирования микрокальцинатов

3) в основном у невакцинированных БЦЖ детей первого года жизни

4) в основном у вакцинированных БЦЖ детей первого года жизни

46. Первичный туберкулез отличается от вторичного:

1) наклонностью к прогрессированию

2) вовлечением в патологический процесс лимфатической системы

3) наклонностью к формированию деструкции и бронхогенному распространению МБТ

4) преимущественным поражением верхних отделов легких

47. Удельный вес заболевших первичным туберкулезом среди впервые выявленных больных составляет:

1) 1- 5%

2) 5-10%

3) 10-15%

4) 20-25%

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

1) отрицательная

2) нормергическая

3) гиперергическая

4) слабоположительная

49. При первичном туберкулезе параспецифические реакции нередко проявляются:

1) лихорадкой

2) конъюнктивитом

3) потливостью

4) психоэмоциональной лабильностью

50. Особенностью туберкулезной интоксикации как формы первичного туберкулеза является:

1) малый объем специфических изменений

2) преобладание в клинической картине симптомов локального поражения

3) частое наличие деструкции в зоне поражения

4) частое развитие отрицательной анергии

51. Туберкулезная интоксикация как клиническая форма туберкулеза обычно проявляется:

1) одышкой и тахикардией

2) постепенно усиливающейся головной болью

3) различными функциональными расстройствами и микрополиаденопатией

4) анорексией и дистрофией

52. Длительность туберкулезной интоксикации как формы первичного туберкулеза редко превышает:

1) 3 мес

2) 6 мес

3) 8 мес

4) 12 мес

53. Установлено, что у больных с диагнозом туберкулезной интоксикации специфические изменения чаще поражают:

1) печень и селезенку

2) внутригрудные лимфатические узлы

3) почки

4) внутренние половые органы

54. При длительном течении туберкулезной интоксикации периферические лимфатические узлы:

1) чаще не изменены

2) увеличены, мягкоэластической консистенции, безболезненные, не спаяны с кожей и подкожной клетчаткой

3) мелкие, плотной консистенции, безболезненные

4) увеличены, с признаками периаденита

55. Наиболее частой клинической формой первичного туберкулеза является:

1) первичный туберкулезный комплекс

2) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

3) туберкулезный плеврит

4) милиарный туберкулез

56. Патологию тени корня легкого обычно выявляют у больных:

1) инфильтративным туберкулезом

2) туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов

3) диссеминированным туберкулезом

4) туберкулемой

57. При туберкулезном бронхоадените поражены:

1) трахеобронхиальные лимфатические узлы

2) бронхопульмональные

3) бифуркационные

4) трахеобронхиальные

58. Туморозную форму туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов определяют в случае:

1) сочетания туберкулеза с опухолевым поражением

2) развития лимфогенной каверны

3) значительного увеличения тени корня и достаточно четкой его наружной границы

4) поражения всех групп внутригрудных лимфатических узлов

59. Инфильтративную форму туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов подтверждает обнаружение:

1) туберкулезного поражения стенки бронха

2) нодулобронхиального свища

3) очаговой диссеминации

4) размытой наружной границы тени корня легкого

60. При малых формах туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов обычно поражены:

1) 1-2 узла диаметром не более 15 мм

2) 2-3 узла диаметром не более 20 мм

3) не более 2 узлов диаметром не более 30 мм

4) 3-4 узла диаметром не более 15 мм

61. Рентгенологически трудно отличить от пневмонии первую стадию:

1) туморозной формы бронхоаденита

2) первичного туберкулезного комплекса

3) туберкулезной интоксикации

4) инфильтративной формы бронхоаденита

62. Наиболее частая локализация легочного компонента первичного туберкулезного комплекса:

1) хорошо вентилируемые сегменты обоих легких

2) I сегмент правого легкого

3) II сегмент правого легкого

4) I-II сегменты левого легкого

63. При первичном туберкулезном комплексе симптом биполярности чаще выявляют в фазе:

1) инфильтрации

2) обсеменения

3) рассасывания

4) обызвествления

64. В исходе неосложненного первичного туберкулезного комплекса формируются:

1) очаг Гона и кальцинаты

2) очаг Ашоффа-Пуля и кальцинаты

3) очаг Гона, очаги Симона и кальцинаты

4) очаги Симона и кальцинаты

65. Неосложненное течение первичного туберкулеза у детей наблюдается:

1) в большинстве случаев

2) в 2/3 случаев

3) в 1/3 случаев

4) в 1/2 случаев

66. Угроза развития первичной легочной каверны возникает при осложненном течении:

1) туберкулезного бронхоаденита

2) туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов паратрахеальной группы

3) первичного туберкулезного комплекса

4) реинфекционного первичного туберкулеза

67. Наиболее опасное для жизни больного осложнение первичного туберкулеза:

1) плеврит

2) нодулобронхиальный свищ

3) лимфогенная и бронхогенная диссеминация

4) менингит

68. Наиболее частое осложнение первичного туберкулеза:

1) легочное кровотечение

2) спонтанный пневмоторакс

3) плеврит

4) амилоидоз

69. Реинфекционному первичному туберкулезу предшествует:

1) клиническое излечение

2) биологическое излечение

3) гиперсенсибилизация организма

4) эндогенная реактивация

70. Наиболее частый вариант излечения первичных очагов:

1) рубцевание

2) обызвествление

3) оссификация

4) инкапсуляция

71. Явные признаки кальцинации в первичных туберкулезных очагах обычно обнаруживают, когда с момента их образования прошло:

1) 1-2 мес

2) 3-4 мес

3) 10-12 мес

4) не менее 12 мес

72. Хронически текущий первичный туберкулез характеризуется:

1) наличием внелегочных поражений

2) волнообразным и неуклонно прогрессирующим течением

3) преобладанием продуктивной тканевой реакции

4) инапперцептным течением

73. Удельный вес больных диссеминированным туберкулезом среди впервые выявленных составляет около:

1) 5%

2) 15-25%

3) 30-35%

4) более 35%

74. Диссеминированный туберкулез отличается от неосложненного первичного туберкулеза:

1) преимущественным расположением очагов в верхних отделах легких

2) субплевральной локализацией очагов

3) формированием внелегочных очагов поражения

4) биологическим излечением на фоне лечения

75. Диссеминированный туберкулез отличается от вторичного туберкулеза:

1) преимущественно бронхогенным распространением МБТ

2) субплевральной локализацией очагов

3) преимущественно гематогенным распространением МБТ

4) клиническим излечением на фоне лечения

76. Фактор, исключающий развитие диссеминированного туберкулеза легких:

1) биологическая изменчивость МБТ

2) положительная анергия

3) внелегочная локализация источника диссеминации

4) экзогенная суперинфекция

77. Для развития диссеминированного туберкулеза особое значение имеет:

1) гиперсенсибилизация

2) гиперкетонемия

3) гипертония

4) гипергликемия

78. При гематогенной диссеминации источником МБТ чаще бывает:

1) неравномерно обызвествленный внутригрудной лимфатический узел

2) туберкулема с включениями солей кальция

3) внелегочный осумкованный казеозный очаг

4) фиброзная каверна

79. При диссеминированном туберкулезе основной путь распространения МБТ:

1) гематогенный

2) лимфогенный

3) бронхогенный;

4) контактный

80. При диссеминированном туберкулезе чаще поражаются:

1) почки и мочеточники

2) матка и маточные трубы

3) сетчатка глаза и мягкая мозговая оболочка

4) легкие

81. Диссеминированный туберкулез представляет особенно высокую опасность для жизни при поражении:

1) печени

2) селезенки

3) позвоночника

4) мягкой мозговой оболочки

82. При туберкулезе типичный морфологический признак очагов диссеминации:

1) ранняя инкапсуляция

2) интерстициальное расположение

3) выраженная инфильтрация вокруг очагов

4) неоднородность структуры

83. Двусторонняя симметричная очаговая диссеминация в легких возникает при распространении МБТ:

1) контактным путем

2) гематогенным путем

3) лимфогенным путем

4) спутогенным путем

84. Двусторонняя асимметричная очаговая диссеминация в легких возникает при распространении МБТ:

1) контактным путем

2) гематогенным путем

3) лимфогенным путем

4) спутогенным путем

85. Поражение одного легкого множественными очагами возникает при распространении МБТ:

1) контактным путем

2) лимфогенным путем

3) бронхогенным путем

4) спутогенным путем

86. Преимущественное расположение очагов в прикорневой зоне возникает при распространении МБТ:

1) контактным путем

2) лимфогенным путем

3) бронхогенным путем

4) спутогенным путем

87. Двусторонняя нижнедолевая диссеминация в легких возникает при распространении МБТ:

1) контактным путем

2) лимфогенным путем

3) бронхогенным путем

4) перибронхогенным путем

88. Среди форм диссеминированного туберкулеза наибольшую эпидемическую опасность представляет:

1) легочная

2) подострая

3) менингеальная

4) острая

89. Штампованные каверны # типичный признак:

1) легочной формы милиарного туберкулеза

2) хронической формы диссеминированного туберкулеза

3) подострой формы диссеминированного туберкулеза

4) острого диссеминированного туберкулеза

90. Выделяют следующие формы милиарного туберкулеза:

1) раннюю, позднюю, хронически текущую

2) свежую, подострую, хроническую

3) тифоидную, легочную, менингеальную

4) абортивную, неосложненную, осложненную

91. Больных диссеминированным туберкулезом легких чаще беспокоит:

1) кашель

2) одышка

3) выделение мокроты

4) осиплость голоса

92. У больных милиарным туберкулезом при перкуссии и аускультации чаще выявляют:

1) неизмененный легочный звук, везикулярное дыхание

2) коробочный звук, бронхиальное дыхание

3) тимпанический легочный звук, жесткое дыхание, единичные мелкопузырчатые хрипы

4) укороченный легочный звук в нижних отделах обоих легких, жесткое дыхание, крепитацию

93. У больных милиарным туберкулезом (тифоидная форма) при исследовании бронхиального содержимого обычно отмечают:

1) умеренное количество МБТ

2) единичные МБТ

3) отсутствие МБТ

4) наличие вторичной микробной флоры

94. При милиарном туберкулезе на фоне специфической терапии чувствительность к туберкулину постепенно становится:

1) гиперергической

2) нормергической

3) резко положительной

4) сомнительной

95. Сроки появления очаговых теней на рентгенограмме при милиарном туберкулезе легких:

1) 2-3-й дни

2) 4-7-й дни

3) 10-14-й дни

4) 15-20-й дни

96. Обнаружение на рентгенограмме в обоих легких множественных однотипных малой интенсивности очаговых теней размером до 2 мм в сочетании с обеднением легочного рисунка и размытостью тени корней легких подтверждает диагноз:

1) казеозной пневмонии

2) очагового туберкулеза

3) милиарного туберкулеза

4) хронического диссеминированного туберкулеза

97. Обнаружение на рентгенограмме в верхних и средних отделах обоих легких множества очагов размером 5-10 мм малой и средней интенсивности с тенденцией к слиянию в конгломераты неоднородной структуры подтверждает диагноз:

1) казеозной пневмонии

2) очагового туберкулеза

3) подострого диссеминированного туберкулеза

4) хронического диссеминированного туберкулеза

98. Обнаружение на рентгенограмме в верхних и средних отделах обоих легких множества полиморфных очагов в сочетании с сетчатым фиброзом, дислокацией корней вверх, апикальными наслоениями, капельным сердцем и базальной эмфиземой подтверждает диагноз:

1) подострого диссеминированного туберкулеза

2) хронического диссеминированного туберкулеза

3) очагового туберкулеза

4) цирротического туберкулеза

99. Полиморфизм очагов при хроническом диссеминированном туберкулезе обусловлен:

1) повторными волнами бактериемии

2) непрерывным поступлением МБТ в кровь

3) сочетанием бронхогенного и гематогенного путей распространения МБТ

4) одновременным распространением МБТ по гематогенным, лимфогенным и бронхогенным путям

100. Характерным признаком хронического диссеминированного туберкулеза легких является:

1) тотальное поражение обоих легких очагами

2) подтягивание вверх и деформация корней легких

3) гипертрофия левых отделов сердца

4) гипертрофия правых и левых отделов сердца

**Вариант 6**

1. Типичное осложнение диссеминированного туберкулеза:

1) туберкулез кишечника

2) ревматоид понсе

3) туберкулез миндалин

4) туберкулез гортани

2. При своевременной диагностике и адекватном лечении почти все очаги диссеминации могут рассосаться у больных:

1) хроническим диссеминированным туберкулезом

2) подострым диссеминированным туберкулезом

3) милиарным туберкулезом

4) туберкулезным бронхоаденитом, осложненным лимфогематогенной диссеминацией

3. Отличительным морфологическим признаком очагового туберкулеза является:

1) изолированное поражение отдельных долек одного-двух сегментов легкого

2) отсутствие участков деструкции в зоне поражения

3) наличие трехслойной стенки, окружающей зону поражения

4) наличие обширной инфильтрации вокруг пораженной дольки легкого

4. Выделяют следующие формы очагового туберкулеза:

1) свежий и хронический

2) прогрессирующий и регрессирующий

3) типичный и атипичный

4) первичный и вторичный

5. Очаг Абрикосова это:

1) казеозная бронхопневмония дольки легкого

2) жидкие казеозные массы, инкапсулированные в пределах дольки легкого

3) пропитанные солями кальция казеозные массы в дольке легкого

4) фиброзированная долька легкого с точечными вкраплениями казеозных масс

6. Специфическая воспалительная реакция при очаговом туберкулезе ограничивается границами:

1) сегмента легкого

2) ацинуса

3) легочной дольки

4) верхушки легкого

7. Среди впервые выявленных больных очаговый туберкулез обычно составляет не более:

1) 5%

2) 15%

3) 20%

4) 25%

8. Свежий очаговый туберкулез чаще обнаруживают при обследовании лиц:

1) обратившихся к врачу в связи с появлением признаков вегетососудистой дистонии

2) проходящих плановую диспансеризацию

3) госпитализированных в связи с декомпенсацией сахарного диабета

4) длительно лечившихся глюкокортикоидами

9. Наиболее частая локализация поражения при очаговом туберкулезе:

1) III сегмент

2) IV-V сегменты

3) I-II, VI сегменты

4) базальные сегменты

10. Свежий туберкулезный очаг часто называют очагом:

1) Симона

2) Гона

3) Абрикосова

4) Ашоффа-Пуля

11. У больных очаговым туберкулезом МБТ чаще обнаруживают при исследовании:

1) биоптата периферических лимфатических узлов

2) бронхиального содержимого после раздражающих ингаляций

3) мокроты, отделяемой больным при кашле

4) слюны, собранной больным утром, сразу после пробуждения

12. При очаговом туберкулезе чувствительность к туберкулину чаще:

1) нормергическая

2) парадоксальная

3) гиперергическая

4) сомнительная

13. Деструкцию в туберкулезном очаге чаще обнаруживают при проведении:

1) флюорографии

2) рентгенографии

3) КТ

4) ультразвукового исследования (УЗИ)

14. Наиболее частые клинические признаки свежего очагового туберкулеза:

1) одышка, тахикардия при физической нагрузке, гипотония

2) слабость, недомогание, снижение работоспособности, небольшая потливость

3) сухой кашель, периодически появление кровохарканья

4) кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты

15. При инволюции свежего очагового туберкулеза нередко формируются очаги:

1) Симона

2) Абрикосова

3) Ашоффа-Пуля

4) Ассмана

16. Наиболее информативным методом выявления очагового туберкулеза является:

1) микробиологическая диагностика

2) туберкулинодиагностика

3) рентгенография органов грудной клетки

4) фибробронхоскопия

17. Хронический очаговый туберкулез нередко формируется в процессе обратного развития:

1) инфильтративного туберкулеза

2) казеозной пневмонии

3) туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов

4) туберкулезного плеврита

18. При физикальном обследовании больного хроническим очаговым туберкулезом чаще определяют:

1) тимпанический оттенок легочного звука над верхушкой легкого

2) притупление легочного звука над верхушкой легкого

3) бронхиальное дыхание

4) расширение межреберных промежутков

19. У больных с прогрессирующим очаговым туберкулезом над зоной поражения чаще выслушивают:

1) разнокалиберные влажные хрипы над верхней долей правого легкого

2) единичные мелкопузырчатые хрипы над верхушкой легкого

3) распространенные свистящие хрипы

4) сухие и среднепузырчатые хрипы над верхними отделами обоих легких

20. Частая причина сухих хрипов при очаговом туберкулезе:

1) туберкулез бронхов

2) разлитой катаральный эндобронхит

3) ограниченный катаральный эндобронхит

4) инфильтрация легочной ткани

21. Причина появления мелкопузырчатых влажных хрипов при очаговом туберкулезе:

1) локальная эмфизема

2) деструкция в туберкулезном очаге

3) инфильтрация ткани вокруг очагов

4) перибронхиальный фиброз

22. У больного очаговым туберкулезом чаще отмечают:

1) амфорическое дыхание

2) бронхиальное дыхание

3) ослабленное везикулярное дыхание

4) значительно ослабленное дыхание

23. Активность очагового туберкулеза подтверждает:

1) нормергическая чувствительность к туберкулину

2) лейкоцитоз, относительная лимфопения

3) четкие контуры очагов на рентгенограмме

4) высокая интенсивность очаговых теней на рентгенограмме

24. Активность очагового туберкулеза легких обычно уточняют при проведении:

1) фибробронхоскопии

2) пробы Коха

3) морфологического исследования биоптата из зоны поражения

4) рентгеноскопии

25. Под очаговой тенью понимают затемнение размером:

1) 2-12 мм

2) 12-20 мм

3) 20-25 мм

4) 30 -35 мм

26. При очаговом туберкулезе на рентгенограмме органов грудной клетки чаще обнаруживают:

1) множественные очаговые тени, расположенные в верхних отделах

2) группу очаговых теней в верхушечном сегменте

3) очаговые тени, сливающиеся в фокусы

4) очаговые тени с нечеткими контурами в нижних долях

27. Более часто хронический очаговый туберкулез осложняется:

1) менингитом

2) плевритом

3) кровохарканьем

4) казеозной пневмонией

28. Наиболее вероятный исход при адекватном лечении больного свежим очаговым туберкулезом:

1) полное рассасывание

2) образование рубцов

3) частичное рассасывание и уплотнение

4) образование конгломератной туберкулемы

29. При инфильтративном туберкулезе в зоне поражения:

1) преобладает казеозно-некротическая тканевая реакция

2) доминирует экссудативная тканевая реакция

3) преобладает продуктивная тканевая реакция

4) отторгаются казеозные массы и образуются множественные острые каверны

30. Удельный вес инфильтративного туберкулеза в структуре впервые выявленных больных:

1) 15-25%

2) 35-45%

3) 65-75%

4) 75-85%

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

1) очаговый

2) округлый

3) солитарный

4) милиарный

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

1) свежий

2) лобарный

3) солитарный

4) хронический

33. Одним из клинико-морфологических вариантов туберкулезного инфильтрата является:

1) подострый

2) облаковидный

3) хронически текущий

4) ложный

34. Инфильтративному туберкулезу легких непосредственно предшествует:

1) первичный туберкулезный комплекс

2) очаговый туберкулез

3) туберкулема

4) кавернозный туберкулез

35. Поражение туберкулезным воспалением расположенных рядом 2-3 долек отмечают при сформированном:

1) сегментарном инфильтрате

2) облаковидном инфильтрате

3) перисциссурите

4) бронхолобулярном инфильтрате

36. Поражение туберкулезным воспалением доли легкого соответствует:

1) облаковидному инфильтрату

2) перисциссуриту

3) лобиту

4) бронхолобулярному инфильтрату

37. При инфильтративном туберкулезе выраженность клинических признаков определяется:

1) наличием внелегочных очагов

2) локализацией поражения

3) клинико-рентгенологическим вариантом инфильтрата

4) социальным статусом больного

38. У больных инфильтративным туберкулезом легких кашель с мокротой обычно появляется в случае:

1) распада легочной ткани в зоне поражения

2) формирования бронхонодулярного свища

3) развития лимфогематогенной диссеминации

4) поражения регионального внутригрудного лимфатического узла

39. Выделение умеренного количества слизисто-гнойной мокроты с МБТ более характерно для больных:

1) туберкулезным плевритом

2) очаговым туберкулезом легких в фазе инфильтрации

3) инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада

4) милиарным туберкулезом в фазе инфильтрации

40. Притупление перкуторного звука у нижнего угла лопатки справа определяют при формировании:

1) полости распада во II сегменте правого легкого

2) туберкулемы в I сегменте правого легкого

3) округлого инфильтрата в VI сегменте правого легкого

4) фиброзной каверны в I сегменте правого легкого

41. Единичные влажные хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания чаще определяют над зоной поражения у больного с впервые выявленным:

1) туберкулезом плевры

2) туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов

3) облаковидным инфильтратом

4) туберкулезом трахеи

42. Массивное выделение МБТ обнаруживают при развитии в легком:

1) округлого инфильтрата

2) лобита

3) сегментарного инфильтрата

4) свежих очагов

43. Лейкоцитоз, лимфопению, палочкоядерный сдвиг, повышение СОЭ чаще определяют при наличии:

1) лобита в фазе рассасывания

2) бронхолобулярного инфильтрата в фазе уплотнения

3) лобита в фазе распада

4) облаковидного инфильтрата в фазе уплотнения

44. На рентгенограмме больного с бронхолобулярным инфильтратом обычно обнаруживают:

1) кольцевидную тень размером не менее 3&sect1\_f0b4;4 см

2) патологию тени корня легкого

3) ограниченное затемнение

4) распространенное затемнение

45. При округлом инфильтрате обнаруживают:

1) патологию корня легкого

2) очаговую тень

3) ограниченное затемнение

4) кольцевидную тень

46. Распространенное затемнение на рентгенограмме соответствует:

1) кавернозному туберкулез

2) очаговому туберкулезу

3) лобиту

4) бронхолобулярному инфильтрату

47. Результатом эффективного лечения облаковидного инфильтрата более часто являются:

1) фиброз и фиброзные очаги

2) осумкованные фокусы

3) фиброателектаз с инкапсулированными очагами

4) участки обызвествления

48. Неблагоприятным исходом инфильтративного туберкулеза легких является:

1) милиарный туберкулез

2) подострый диссеминированный туберкулез

3) фиброзно-кавернозный туберкулез

4) хронически текущий первичный туберкулез

49. Морфологическая основа казеозной пневмонии:

1) множественные казеозные очаги в пределах доли легкого

2) казеозный некроз более чем одного сегмента легкого

3) осумкованный участок казеозного некроза более 12 мм

4) полость распада с широкой трехслойный стенкой

50. Особенностью казеозной пневмонии является:

1) выраженный казеозно-некротический компонент воспаления

2) резко выраженный экссудативный компонент воспаления

3) преобладание продуктивного компонента воспаления

4) раннее формирование фиброзных изменений

51. Удельный вес казеозной пневмонии в структуре впервые выявленных больных туберкулезом в РФ:

1) 0,5-1,5%

2) 3-5%

3) 10-15%

4) 15-20%

52. Летальность при казеозной пневмонии достигает:

1) 5-10%

2) 20-30%

3) 40-50%

4) 50-60%

53. Ведущий патогенетический фактор развития казеозной пневмонии:

1) повышение количества в-лимфоцитов

2) снижение количества макрофагов

3) избыточный апоптоз иммунокомпетентных клеток

4) снижение функциональной активности т-лимфоцитов

54. Характер туберкулиновой чувствительности у больных казеозной пневмонией:

1) положительная анергия

2) отрицательная анергия

3) гиперергическая реакция

4) нормергическая реакция

55. Клиническая картина казеозной пневмонии обычно характеризуется:

1) волнообразным течением

2) умеренно-выраженными клиническими признаками

3) тяжелым, остро прогрессирующим течением

4) подострым течением

56. Благоприятным исходом казеозной пневмонии считают формирование:

1) очагового туберкулеза

2) цирротического туберкулеза

3) диссеминированного туберкулеза

4) множественных туберкулем

57. Истинная туберкулема это:

1) казеозный фокус с обширной зоной перифокальной инфильтрации

2) казеозная пневмония с поражением 2-3 долек легкого

3) инкапсулированный казеозный фокус

4) каверна, заполненная казеозными массами

58. Истинная туберкулема характеризуется:

1) наличием трехслойной капсулы

2) сохранением эластического каркаса легкого в зоне специфического поражения

3) выраженной зоной перифокального воспаления

4) вовлечением в процесс внутригрудных лимфатических узлов

59. Удельный вес туберкулемы среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания составляет:

1) 1-3%

2) 2-6%

3) 6-10%

4) 15-20%

60. Появлению туберкулемы часто непосредственно предшествует:

1) милиарный туберкулез

2) инфильтративный туберкулез

3) казеозная пневмония

4) первичный туберкулезный комплекс

61. Ложной туберкулеме обычно непосредственно предшествует:

1) инфильтративный туберкулез

2) кавернозный туберкулез

3) цирротический туберкулез

4) очаговый туберкулез

62. Туберкулема отличается от округлого инфильтрата:

1) острым началом с выраженными симптомами интоксикации

2) наличием очагов в окружающей ткани

3) более скудной клинической симптоматикой

4) быстрой динамикой при проведении специфической химиотерапии

63. При прогрессирующей туберкулеме над зоной поражения чаще выслушивают:

1) крепитирующие хрипы

2) шум трения плевры

3) мелкопузырчатые влажные хрипы

4) сухие свистящие хрипы

64. Перкуторный звук в месте проекции туберкулемы на грудную стенку:

1) притупленный или легочный

2) тимпанический

3) громкий с тимпаническим оттенком

4) коробочный

65. Дыхание у больных с туберкулемой чаще:

1) ослабленное везикулярное

2) везикобронхиальное

3) везикулярное

4) бронхиальное

66. У больных туберкулемой часто отмечают:

1) появление клинических симптомов при прогрессировании

2) одышку при незначительной физической нагрузке

3) выделение значительного количества слизисто-гнойной мокроты

4) массивное бактериовыделение

67. Туберкулема с волнообразным течением:

1) конгломератная

2) ложная

3) слоистая

4) стационарная

68. Наиболее частая локализация туберкулем:

1) I-II сегмент

2) III-VII сегмент

3) IX-X сегмент

4) V-VIII сегмент

69. Туберкулемы обычно располагаются:

1) субкортикально

2) по ходу добавочной междолевой борозды

3) в нижних отделах легких

4) в прикорневой зоне

70. Чувствительность к туберкулину у больных туберкулемой нередко:

1) отрицательная в связи с положительной анергией

2) гиперергическая

3) отрицательная в связи с отрицательной анергией

4) слабоположительная

71. Олигобациллярность больных туберкулемой обусловлена:

1) неспособностью МБТ размножаться в казеозе

2) быстрым фагоцитозом МБТ в казеозе

3) поражением бронха и плохим дренированием казеозных масс

4) быстрой трансформацией МБТ, окруженных казеозом, в L-формы

72. На рентгенограмме туберкулема обычно имеет вид:

1) распространенного затемнения

2) ограниченного затемнения

3) очаговой тени с четкими контурами

4) очаговой тени с размытыми контурами

73. Рентгенологические признаки прогрессирования туберкулемы:

1) четкий наружный контур

2) появление просветления серповидной формы

3) включения высокой интенсивности

4) перифокальный фиброз

74. На стационарное состояние туберкулемы указывает:

1) размытость наружного контура

2) очаговые тени малой интенсивности в легочной ткани ниже туберкулемы

3) очаговые тени малой интенсивности в легочной ткани выше туберкулемы

4) четкий наружный контур

75. При регрессирующем течении рентгенологическое изображение туберкулемы чаще характеризуется:

1) размытостью наружного контура

2) четким наружным контуром

3) «дорожкой» к корню легкого

4) краевой локализацией деструкции

76. Неоднородность структуры туберкулемы часто обусловлена:

1) малой плотностью казеозных масс

2) поражением ветвей дренирующего бронха

3) включениями солей кальция

4) неравномерным развитием соединительной ткани

77. Чаще туберкулемы выявляют:

1) при плановой флюорографии

2) у лиц, госпитализированных по поводу пневмонии

3) у лиц, обратившихся к врачу связи с кровохарканьем

4) среди пациентов с ВИЧ-инфекцией

78. Наиболее благоприятный исход при регрессирующем течении туберкулемы:

1) фиброзный очаг

2) санированная киста

3) очаг Гона

4) очаг Абрикосова

79. При прогрессировании туберкулемы чаще формируется:

1) казеозная пневмония

2) фиброзно-кавернозный туберкулез

3) кавернозный туберкулез

4) очаговый туберкулез

80. Необходимость хирургического вмешательства при туберкулеме легкого объясняется:

1) высокой эпидемической опасностью больных

2) недостаточной эффективностью консервативного лечения

3) частым развитием легочного кровотечения

4) возможностью развития дыхательной недостаточности

81. Для впервые выявленного кавернозного туберкулеза характерно:

1) двухслойная стенка каверны

2) обилие полиморфных очагов в ткани, расположенной ниже каверны

3) наличие секвестра в каверне

4) отсутствие выраженных перикавитарных инфильтративных изменений

82. Среди впервые выявленных больных туберкулезом кавернозная форма составляет около:

1) 1%

2) 3%

3) 5%

4) 10%

83. Кавернозной форме туберкулеза чаще непосредственно предшествует:

1) инфильтративный туберкулез

2) диссеминированный туберкулез

3) первичный туберкулезный комплекс

4) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

84. Кавернозной форме туберкулеза может предшествовать:

1) милиарный туберкулез

2) первичный туберкулезный комплекс

3) хронический диссеминированный туберкулез

4) фиброзно-кавернозный туберкулез

85. Стенка свежей туберкулезной каверны отличается:

1) широким фиброзным слоем

2) отсутствием фиброзного слоя

3) тонким фиброзным слоем

4) тонким и прерывистым фиброзным слоем

86. Кавернозный туберкулез отличается от инфильтративного туберкулеза в фазе распада:

1) наличием полостного образования, окруженного трехслойной стенкой

2) выраженными фиброзными изменениями в зоне поражения

3) наличием очагов бронхогенной диссеминации

4) распространением МБТ лимфогематогенным путем

87. Для кавернозной формы туберкулеза характерно наличие:

1) тонкостенной каверны

2) толстостенной каверны

3) выраженного плевропневмофиброза на стороне каверны

4) множественных полиморфных очагов в обоих легких

88. Длительность кавернозного туберкулеза не превышает:

1) 6 мес

2) 1 года

3) 2 лет

4) 5 лет

89. Клинические проявления у впервые выявленного больного кавернозным туберкулезом, как правило:

1) чаще отсутствуют

2) нередко резко выражены

3) выражены слабо или умеренно

4) появляются внезапно среди полного благополучия

90. У больных кавернозным туберкулезом над зоной поражения дыхание чаще:

1) везикулярное

2) амфорическое

3) жесткое

4) пуэрильное

91. У больных кавернозным туберкулезом исследование мокроты на МБТ:

1) высокоинформативно

2) наиболее информативно при окраске по Цилю-Нельсену

3) наиболее информативно при окраске люминесцентными красителями

4) наиболее информативно при культуральном исследовании

92. У больных кавернозным туберкулезом чаще отмечают:

1) отсутствие мокроты, МБТ -

2) большое количества гнойной мокроты, МБТ+/-

3) небольшое количество слизистой мокроты, МБТ+/-

4) большое количество слизисто-гнойной мокроты, МБТ+

93. Более частая локализация туберкулезных каверн:

1) II сегмент

2) III сегмент

3) V сегмент

4) IX сегмент

94. Толщина стенки каверны при кавернозном туберкулезе обычно не превышает:

1) 2-3 мм

2) 3-5 мм

3) 5-10 мм

4) 10-20 мм

95. Рентгенологические признаки свежей каверны:

1) четкость внутренних и наружных контуров

2) неровность внутренних и размытость наружных краев

3) четкость внутренних и размытость наружных контуров

4) размытость внутренних и наружных контуров

96. Для кавернозного туберкулеза характерным рентгенологическим признаком является:

1) очаговая тень

2) кольцевидная тень

3) патология корня легкого

4) распространенное затемнение

97. Наиболее информативным методом выявления каверны в легком является:

1) бронхоскопия

2) УЗИ органов грудной клетки

3) КТ органов грудной клетки

4) обзорная рентгенограмма органов грудной клетки

98. При благоприятном исходе на месте каверны формируется:

1) очаг Гона

2) кальцинат

3) очаг или рубец

4) очаг Абрикосова

99. Прогрессирование кавернозного туберкулеза чаще приводит к формированию:

1) внелегочных очагов поражения

2) хронического очагового туберкулеза

3) фиброзно-кавернозного туберкулеза

4) туберкулемы

100. Лечение впервые выявленного больного кавернозным туберкулезом чаще проводят в условиях:

1) санатория

2) амбулаторного наблюдения в противотуберкулезном диспансере

3) круглосуточного фтизиохирургического стационара

4) круглосуточного фтизиотерапевтического стационара

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1**

Определите группу диспансерного учета и план лечебных и реабилитационных мероприятий.

Больная Х., 21 год, с детства страдает сахарным диабетом. Заболела 2 месяца назад: постепенно ухудшалось состояние, повышалась температура, появилась слабость, потливость, кашель с небольшим количеством мокроты. Перкуторно сзади слева сверху до средней трети лопатки укорочение звука, там же жесткое дыхание, сухие хрипы.

В гемограмме: лейк 8,0\*109 /л, эоз 2%, с/я 51%, лимф 8%, мон 12%, СОЭ 34 мм/ч. В мокроте при бактериоскопии обнаружены МБТ. Реакция Манту резко положительная.

Рентгенологически: Прозрачность 2 сегмента левого легкого неравномерно понижено за счет очаговых и инфильтративных изменений, с участками, подозрительными на полости распада.

**Вопросы:**

1. Что способствовало заболеванию?
2. Какая клиническая форма туберкулеза легких?
3. Какой рентгенологический метод позволит уточнить характер изменений в левом легком?
4. Какое лечение будет назначено?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №1**

1. Сахарный диабет. В общем анализе крови имеется незначительный лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, умеренное увеличение СОЭ.
2. Инфильтративный туберкулез левого легкого в фазе распада, МБТ+.
3. Компьютерная томография.
4. I режим химиотерапии с последующим направлением на санаторное лечение.

 **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2**

Больная П., 40 лет, бухгалтер. После летнего отпуска, проведенного на берегу моря, стала отмечать повышенную утомляемость, потливость, повышение температуры до 37,3С.

При обследовании терапевтом установлено: кожа цвета загара, подкожно-жировой слой развит хорошо, левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Над левой надключичной областью укорочение перкуторного звука и ослабленное дыхание, хрипов нет.

В анализе крови: СОЭ 20 мм/ч, лейк 6,0\*109 /л, п/я 10%, с/я 57%, лимф 20%, мон 8%.

При посеве мокроты обнаружены микобактерии туберкулеза, чувствительные ко всем туберкулостатическим препаратам.

Рентгенограмма ОГК: в I-II сегментах левого легкого группа теней средней и малой интенсивности, округлой формы с расплывчатыми контурами, кальцинаты в правом корне.

**Вопросы:**

1. Как вы оцените рентгенологические находки?
2. Сформулируйте клинический диагноз и дайте его обоснование?
3. К какому периоду туберкулеза относится процесс у данной больной? Первичный? Вторичный?
4. Какие условия способствовали развитию активного туберкулеза?
5. Назначьте лечение?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №2**

1. Кальцинаты в корне правого легкого говорят о перенесенном первичном туберкулезе легких. У больного произошла эндогенная реактивация старых туберкулезных очагов.
2. Очаговый туберкулез верхней доли левого легкого в фазе инфильтрации, МБТ+.
3. Вторичный.
4. Возможно влияние гиперинсоляции.
5. I режим химиотерапии.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3**

Больной М., 42 лет, слесарь-сантехник. Курит около 30 лет, злоупотребляет алкоголем. Обратился в поликлинику с жалобами на кашель с мокротой, одышку при физической нагрузке, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела по вечерам до 37,6 °С.

Врач, обследовавший больного, поставил диагноз: хронический бронхит, обострение и назначил противовоспалительное лечение, отхаркивающие средства, ингаляции. После проведенного лечения самочувствие больного улучшилось, уменьшился кашель, одышка почти исчезла, нормализовалась температура тела. Сохранялась невыраженная общая слабость. Врач разрешил больному приступить к работе.

Через 2 месяца при очередном флюорографическом обследовании обнаружено обширное затенение в области верхней доли правого легкого, негомогенное по структуре за счет наличия участков просветления, в нижних отделах правого легкого — множественные, расположенные группами, малоинтенсивные очаговые тени.

В анализе крови: Эритр.(RBC) – 4,5х1012/л, Нр – 112г/л, лейк.(WBC) – 11,0х109/л, эоз.(ЕО%) – 2, п/я – 10%, с/я – 60%, лимф.(LYM%) – 20, мон. (MON%) – 8, СОЭ(ESR) – 35мм/час.

 **ВОПРОСЫ:**

1. 1. Усматриваете ли Вы ошибки участкового врача, если да, то какие?
2. 2. О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании данных флюорографии?
3. 3. Интерпретируйте гемограмму.
4. 4. Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?
5. 5. Какова должна быть тактика участкового врача?
6. 6. Укажите, какие рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.
7. 7. К какому специалисту на консультацию должен быть направлен данный больной?
8. 8. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №3**

1. Не выполнен клинический минимум обследования на туберкулез.
2. Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения.
3. Лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево, лимфопения, ускорение СОЭ.
4. Общий анализ мочи, проба Манту, исследование мокроты на МБТ бактериоскопическим методом трехкратно, томография правого легкого, бронхоскопия.
5. Провести клинический минимум обследования на туберкулез.
6. Затенение в верхней доле справа, негомогенное по структуре, с участками просветления, очаги обсеменения в нижних отделах малоинтенсивные, расположены группами.
7. Необходимо направить к фтизиатру.
8. Провести дифференциальный диагноз между инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада, периферическим раком легких, абсцедирующей пневмонией, эозинофильным легочным инфильтратом.

 **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4**

Больная Н., 39 лет, домохозяйка. Жалобы на кашель с выделением скудной слизистой мокроты, непостоянные боли в правой половине грудной клетки, одышку при быстрой ходьбе.

Анамнез заболевания: указанные жалобы больную беспокоят на протяжении двух месяцев, но к врачу не обращалась. Патологические изменения в области корней легких выявлены флюорографически при устройстве на работу.

Анамнез жизни: в детстве болела корью. Муж и дети здоровы. Предыдущее флюорографическое обследование год назад – без патологии.

Объективно: температура тела 36,6°С. Правильного телосложения, повышенного питания. На коже голеней – узловатая эритема. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс – 72 уд. в мин, ритмичный. Тоны сердца ясные. АД 130/70 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная. Перкуторно легочной звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Эритр.(RBC) – 4,1х1012/л, Нв – 126г/л, лейк.(WBC) – 5,7х109/л,
эоз.(EO%) – 1, п/я – 1%, с/я – 53%, лимф.(LYM%) – 37, мон.(MON%) – 8, СОЭ (ESR) – 6 мм/ч. При исследовании мокроты микобактерии и опухолевые клетки не обнаружены. Проба Манту с 2 ТЕ — отрицательная.

На рентгенографии: легкие без очаговых и инфильтративных теней, корни легких расширены, бесструктурные за счет увеличенных лимфоузлов бронхопульмональной группы.

**ВОПРОСЫ:**

1. Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?

1. 2. Какие заболевания могут протекать со сходной симптоматикой?
2. 3. О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании клинико-рентгенологических данных?
3. 4. Обоснуйте Ваш диагноз.
4. 5. Укажите, какие клинико-рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.
5. 6. Проведите дифференциальную диагностику.
6. 7. Где должна лечиться и наблюдаться в дальнейшем данная больная?
7. 8. Определите тактику лечения.

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №4**

1. Фибробронхоскопия, УЗИ органов брюшной полости.
2. Саркоидоз внутригрудных лимфоузлов, туберкулез внутригрудных лимфоузлов, лимфогранулематоз, лимфосаркома, центральный рак.
3. Саркоидоз внутригрудных лимфоузлов, активная фаза.
4. На основании жалоб (кашель с выделением скудного количества мокроты, одышке при быстрой ходьбе), анамнеза (выявлена флюорографически при устройстве на работу), объективных данных (в легких везикулярное дыхание, хрипов нет, на коже голеней — узловатая эритема), лабораторных данных (ОАК в пределах нормы, отсутствие в мокроте опухолевых клеток и микобактерий), рентгенологического обследования ОГК (корни легких расширены, бесструктурные за счет увеличенных лимфоузлов бронхопульмональной группы).
5. Малосимптомность течения заболевания, наличие узловатой эритемы, отсутствие изменений в гемограмме, характерная рентгенологическая картина.
6. а) Для туберкулеза внутригрудных лимфоузлов характерно наличие признаков интоксикации, изменения в гемограмме, возможно обнаружение МБТ в мокроте (при наличии бронхонодулярного свища), рентгенологически чаще определяется одностороннее поражение, положительная проба Манту.

б) Для лимфогранулематоза характерен выраженный интоксикационный синдром, зуд кожи, увеличение также периферических лимфоузлов, выраженные изменения в гемограмме (значительный лейкоцитоз, лимфопения, эозинофилия).

в) При лимфосаркоме отмечается типичная клиническая симптоматика (одышка, интенсивная боль в грудной клетке, истощение), лимфосаркома быстро прогрессирует, в гемограмме — выраженная анемия, лимфопения, увеличение СОЭ.

г) Центральный рак легкого встречается чаще у мужчин, чаще в пожилом возрасте, поражение наиболее часто одностороннее, при цитологическом исследовании мокроты обнаруживаются опухолевые клетки, решающим в диагностике является фибробронхоскопия с биопсией опухоли.

1. У пульмонолога (терапевта) в поликлинике по месту жительства.
2. Кортикостероидная терапия, изониазид или рифампицин, антиоксиданты, препараты калия.

 **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5**

Больной В., 35 лет, зоотехник, доставлен “Скорой помощью” в ЦРБ с жалобами на повышение температуры тела до 39°С, одышку при незначительной физической нагрузке, сухой кашель, умеренные боли в грудной клетке справа, общую слабость.

Из анамнеза: больным себя считает в течение пяти мес., когда после простудного фактора повысилась температура тела, появилась одышка, постепенно нарастала. К врачу не обращался, не лечился. При более тщательном сборе анамнеза выяснилось, что больной около 2-х мес. назад начал постепенно худеть, стал сильно уставать, считал это последствиями возросшей нагрузки на работе.

Объективно: правильного телосложения, пониженного питания, кожа бледная, грудная клетка обычной формы, правая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания, тоны сердца ритмичные, приглушены, границы сердца в норме, ЧСС 96 в мин, АД 100/70 мм рт. ст. Перкуторно слева легочной звук, справа – притупление, аускультативно в легких слева – везикулярное дыхание, справа – ослабленное, хрипов нет, ЧД 20 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: Эритр.(RBC) – 4,5х1012/л, Нв – 121г/л, лейкоциты(WBC) – 9,9х109/л, эоз.(EO%) – 1, п/я – 20%, с/я – 50%, лим.(LYM%) – 18, мон.(MON%)–11, СОЭ (ESR) – 31 мм/ч.

Б/х ан. крови: общий белок – 76 г/л, общий билирубин – 12 мкмоль/л, сахар – 4,0 ммоль/л.

Рентгенологически: слева легкое чистое, справа с уровня II ребра до купола диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение, неотделимое от тени утолщенной костальной плевры, органы средостения смещены влево.

Дважды производились плевральные пункции, удалено соответственно 2800 мл и 400 мл соломенно-желтой, прозрачной жидкости, произведен анализ плеврального содержимого: белок 50 г/л, цитоз умеренно-клеточный, лимфоциты – 96%, нейтрофилы – 4%, микобактерии, опухолевые клетки не обнаружены.

Проба Манту с 2 ТЕ — папула 24мм, в центре папулы — везикула.

**ВОПРОСЫ:**

1. Ваш предварительный диагноз при поступлении больного в ЦРБ?
2. Правильно поступил ли врач, дважды пропунктировав плевральную полость?
3. По данным анализов плеврального содержимого, транссудат это или экссудат?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения этиологии плеврита?
5. Между какими заболеваниями в первую очередь нужно проводить дифференциальную диагностику?
6. По клинико-рентгенологическим данным о какой этиологии процесса можно думать? Почему? Сформулируйте диагноз.
7. Какова дальнейшая тактика врача ЦРБ?

 **эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №5**

1. Экссудативный плеврит справа.
2. Правильно, потому что жидкость из плевральной полости должна быть эвакуирована полностью с целью предотвращения нагноения и осумкования.
3. Экссудат, так как количество белка плеврального содержимого более 50% от количества белка сыворотки крови.
4. ЭКГ, фибробронхоскопия, фиброгастроскопия, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
5. Между туберкулезным плевритом, плевритом неспецифической этиологии, мезотелиомой плевры, метастатическим плевритом, кардиогенным выпотом.
6. С наибольшей вероятностью можно думать об экссудативном плеврите справа туберкулезной этиологии, в пользу данного диагноза говорит постепенное развитие заболевания, характерные изменения в гемограмме, лимфоцитарный цитоз плевральной жидкости, гиперергическая проба Манту.
7. Консультация фтизиатра, с последующим переводом больного для лечения в противотуберкулезный диспансер.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6**

Больной В., 36 лет. Жалобы на субфебрильную температуру, слабость, повышенную потливость, особенно по ночам, быструю утомляемость, небольшой сухой кашель. Заболевание началось постепенно. Болен в течение месяца.

При обследовании общее состояние удовлетворительное. Астеничного телосложения. Температура тела 37,1°С. Кожные покровы чистые, бледные, румянец на щеках. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Зев чист. Имеются кариозные зубы. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими легочный звук, незначительное притупление легочного звука над верхушкой справа. Дыхание в легких везикулярное, справа в верхних отделах на фоне жесткого дыхания прослушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Стул и мочеиспускание не изменены.

В гемограмме: Эритр.(RBC) – 4,9 х1012/л, лейк.(WBC) – 9,1х109/л, эоз. (EO%) – 3, п/я – 6%, с/я – 59%, лимф.(LYM%) – 18%, мон.(MON%) – 14%, СОЭ (ESR) - 24 мм/час.

Реакция Манту с 2 ТЕ — папула 9мм. Бактериоскопия мокроты на МБТ отр.

Рентгенологически: справа в С2 на фоне размытого легочного рисунка полиморфные очаги диаметром 5–9мм с нерезкими контурами, выражена наклонность к слиянию очагов.

**ВОПРОСЫ:**

1. 1. Ваш диагноз?
2. 2. Какая тень на рентгенограмме называется очагом?
3. 3. С каким заболеванием в первую очередь необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. 4. Является ли небациллярная мокрота основанием для исключения туберкулезного процесса?
5. 5. В какой группе учета должен состоять данный больной?
6. 6. Какое лечение будет назначено?
7. 7. Сочетание каких противотуберкулезных препаратов наиболее эффективно?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №6**

1. Очаговый туберкулез С2 правого легкого, фаза инфильтрации, МБТ отр.
2. Рентгенологически округлая тень диаметром до 10 мм называется очагом.
3. Очаговый туберкулез в первую очередь дифференцируем с очаговой пневмонией.
4. Отсутствие микобактерий туберкулеза в мокроте не является основанием для исключения туберкулезного процесса.
5. Больной с активным туберкулезным процессом в легких должен состоять в I А группе диспансерного учета.
6. Три противотуберкулезных препарата в течение 6 месяцев.
7. Изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол (стрептомицин).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7**

Больной С., 32года, заболел 1 мес. назад, когда внезапно повысилась температура тела до 39°С, появился озноб, кашель с мокротой, иногда с примесью крови, боли в правом боку, одышка. Был госпитализирован с диагнозом двухсторонняя пневмония в терапевтическую клинику.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание сохранено. Пониженного питания. Кожа чистая, влажная. Дыхание бронхиальное, ослаблено, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон, более выраженные справа. Органы желудочно-кишечного тракта без особенностей, температура тела — 38,3°С.

Гемограмма: Эритр.(RBC) – 5,2х1012/л, Нв – 134г/л, лейк.(WBC) – 12,0х109 г/л, эоз.(EO%) – 1, п/я – 8%, с/я – 70%, лимф.(LYM%) – 16, мон.(MON%) – 5, СОЭ(ESR) – 49 мм/час.На обзорной рентгенограмме: справа в верхней доле инфильтрация легочной ткани, множественные участки просветления. Слева в нижней доле инфильтрация, участки просветления, очаговые тени без четких контуров.

**ВОПРОСЫ:**

1. 1. Где должен лечиться больной?
2. 2. Чем объяснить участки просветления на обзорной рентгенограмме?
3. 3. Необходимы ли дополнительные рентгенологические методы обследования?
4. 4. Интерпретируйте гемограмму.
5. 5. Предварительный диагноз?
6. 6. Какие осложнения возможны?
7. 7. Какое лечение необходимо назначить?

 **эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №7**

1. В стационаре противотуберкулезного диспансера.
2. Наличием полостей распада.
3. Необходимо проведение томографического обследования.
4. Лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево, лимфопения, ускорение СОЭ.
5. Казеозная пневмония.
6. Кровотечение, дыхательная, сердечная недостаточность.
7. 5-6 противотуберкулезных препарата 3–4 месяца, 2–3 препарата — в последующем. Общий курс непрерывного лечения не менее 1,5-2 лет.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8**

Больная Х., 19 лет, не работает. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на слабость, быструю утомляемость, сухой кашель. Два месяца назад роды при сроке 32 недели, без осложнений. Незначительное недомогание почувствовала сразу после родов, однако данное состояние расценивала как недомогание в послеродовом периоде, между тем, недомогание нарастало. Начато лечение амбулаторно в течение двух недель (неспецифическая антибактериальная терапия) без эффекта. Больная госпитализирована в терапевтическое отделение. К этому моменту увеличивается слабость, потливость, повышается температура тела до 38,6°С в вечернее время, утром нормальная. Кашель к этому моменту усиливается, слабость нарастает, появляется чувство разбитости, появляется головная боль.

Объективно: температура тела 38,3°С. Больная правильного телосложения, пониженного питания, отмечается небольшой цианоз губ. Грудная клетка симметрична, обе половины активно участвуют в акте дыхания. Кожные покровы влажные, периферические лимфатические узлы не увеличены. При перкуссии в нижних отделах справа притупление перкуторного звука. Аускультативно слева везикулярное дыхание, справа в нижних отделах слегка ослабленное. Живот мягкий, печень на 2 см выступает из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Эритр.(RBC) – 3,6х1012г/л, Нв – 115 г/л, лейк.(WBC) – 9,1х109г/л, эоз.(EO%) – 3, п/я – 9%, с/я – 63%, лимф.(LYM%) – 14%, мон.(MON%) – 11, СОЭ (ESR) – 29 мм/час. Общий анализ мочи без особенностей.

Рентгенологически: справа в С1, С2, С6 массивная инфильтрация легочной ткани, состоящая из сливных очагов.

Больной проводилась неспецифическая антибактериальная терапия по поводу крупозной пневмонии в течение месяца. Эффекта от лечения не отмечено. В тяжелом состоянии больная переведена в отделение реанимации, где в течение 10 дней также проводилась интенсивная терапия и тоже без эффекта. Больная консультировалась онкологом. Опухолевый процесс в легком исключен.

**ВОПРОСЫ:**

1. 1. Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения диагноза?
2. 2. Интерпретируйте общий анализ крови.
3. 3. Назовите заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.
4. 4. Ваш предположительный диагноз?
5. 5. Назначьте лечение.

 **эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №8**

1. При постановке диагноза туберкулез необходимо провести клинический минимум обследования на туберкулез: жалобы, анамнез, объективные исследования, общий анализ крови, общий анализ мочи, мокроту на МБТ бактериоскопическим методом, обзорную рентгенографию грудной клетки, пробы Манту с 2 ТЕ.
2. Умеренный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг лейкоформулы влево, лимфопения, умеренное увеличение СОЭ.
3. Казеозная пневмония, крупозная пневмония, центральный рак легкого, осложненный ателектазом, абсцедирующая пневмония.
4. Инфильтративный туберкулез С1С2С6 правого легкого.
5. Изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол (стрептомицин).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9**

Больная М., 20 лет, не работает. На 4 день после родов поднялась высокая температура до 39°С, слабость, одышка. Лечение антибиотиками широкого спектра действия к улучшению состояния не привело.

Объективно: больная правильного телосложения, пониженного питания. Кожа чистая, бледная, губы с цианотичным оттенком. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 110 уд. в мин., ритмичный, температура тела 39,4°С. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца приглушены, над верхушкой – нежный систолический шум. АД 110/60 мм рт. ст. Число дыхания 36 в минуту. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, при перкуссии легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно с обеих сторон скудные рассеянные влажные и сухие хрипы. Живот мягкий, нижний край печени на 2 см. ниже реберной дуги, чувствительный при пальпации. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: Эритр.(RBC) – 3,28х1012 г/л, Нв – 106 г/л, лейк.(WBC) – 11,5х109 г/л, эоз. (EO%) – 0, п/я – 5%, с/я – 65%, лимф.(LYM%) – 18%, мон.(MON%) – 12%, СОЭ (ESR) – 24 мм/ч. Анализ мочи без патологии. В мокроте МБТ не обнаружены. На рентгенограмме органов грудной полости по всем легочным полям равномерно мелкие очаговые тени по ходу сосудов. Синусы свободны.

**ВОПРОСЫ:**

1. 1. Интерпретируйте анализ крови.
2. 2. О каком заболевании можно думать?
3. 3. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?
4. 4. Назначьте наиболее эффективную комбинацию препаратов.
5. 5. Исходы и возможные осложнения данного заболевания.

 **эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №9**

1. Снижение уровня гемоглобина, лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево, моноцитоз, увеличение СОЭ.
2. О милиарном туберкулезе с острым течением.
3. Саркоидоз, мелкоочаговая двусторонняя пневмония, карциноматоз, коллагенозы.
4. Изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол (стрептомицин).
5. При своевременной диагностике и лечении возможно полное излечение. Частым осложнением является туберкулезный менингит. Возможен летальный исход.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10**

Больной А., 43 года, прибыл из мест заключения. При устройстве на работу обследован флюорографически. Выявлены изменения в легких: слева в верхней доле легкого группа очагов.

При обследовании жалоб не предъявляет. В анамнезе указаний на перенесенный туберкулез нет. В последние годы ежегодно обследовался флюорографически, но ни разу на изменения в легких не указывалось.

При объективном обследовании: кожные покровы нормальной окраски, подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Прощупываются подчелюстные и подмышечные лимфатические узлы небольших размеров, безболезненные, подвижные, плотные. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание ослабленное, хрипы не выслушиваются.Анализ крови: Эритр.(RBC) – 4,7х1012/л, Нв – 126 г/л, лейк.(WBC) – 4,6х109/л, эоз.(EO%) – 2%, п/я – 2%, с/я – 63%, лимф.(LYM%) –26%, мон.(MON%) –7, СОЭ (ESR) – 4 мм/час.На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: слева в области 1 и 2 сегментов легкого определяются интенсивные, четко очерченные очаги на фоне ограниченного пневмосклероза. Корни легких несколько уплотнены, в корне левого легкого – единичный петрификат размером до 1см. Тень сердца не изменена.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л — папула 14мм. В мокроте простой и люминесцентной микроскопией МБТ не выявлены.

**ВОПРОСЫ:**

1. 1. Какой должна быть тактика терапевта?
2. 2. О каком заболевании с большей вероятностью необходимо думать?
3. 3. Каким должно быть обследование для подтверждения диагноза?
4. 4. С какими заболеваниями должен быть проведен дифференциальный диагноз?
5. 5. Где должен лечиться больной?
6. 6. Какие исходы этого заболевания могут быть?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №10**

1. Терапевт должен направить больного на консультацию в противотуберкулезный диспансер.
2. С большей вероятностью необходимо думать об очаговом туберкулезе легких.
3. ОАК, проба Манту, обзорная рентгенография, прицельная рентгенография легких, томография легких, исследование мокроты на МБТ.
4. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с такими заболеваниями: бронхит, начальные формы рака легких.
5. Больной должен лечиться в стационаре противотуберкулезного диспансера.
6. Исходы очагового туберкулеза: рассасывание, уплотнение, прогрессирование.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11**

Больной А., 40 лет, при устройстве на работу обследован флюорографически, когда в верхней доле правого легкого обнаружена круглая тень диаметром 2,5 см с достаточно четкими контурами на фоне фиброзных изменений, в корне правого легкого кальцинаты. Установлено, что в детстве состоял на учете в противотуберкулезном диспансере с диагнозом: туберкулез внутригрудных лимфатических узлов справа. В рядах Российской Армии не служил. Флюорографически не обследовался много лет, всегда считая себя здоровым.

Гемограмма: Эритр.(RBC) – 4,2х1012/л, лейк.(WBC) – 6,4х109/л, эоз.(EO%) – 1, п/я – 4%, с/я – 65%, лимф.(LYM%) – 26%, мон.(MON%) – 4%, СОЭ(ESR) – 7 мм/час.

**ВОПРОСЫ:**

1. 1. О каком заболевании должен думать терапевт?
2. 2. Интерпретируйте гемограмму.
3. 3. Каким должно быть обследование для подтверждения диагноза?
4. 4. Где должен лечиться больной?
5. 5. Какую реакцию на пробу Манту у данного больного следует ожидать?
6. 6. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №11**

1. Терапевт должен думать о туберкуломе верхней доли правого легкого.

2. Соответствует норме.

3. Обследование должно включать: ОАМ, обзорная рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях, анализ мокроты на БК бактериоскопическим методом трехкратно, томография верхней доли правого легкого, проба Манту, бронхоскопия.

4. Больной должен лечиться в стационаре противотуберкулезного диспансера.

5. Положительная реакция Манту.

 6. С периферическим раком легкого, доброкачественными опухолями легких, кистами легких (паразитарной и непаразитарной этиологии), пневмонией, инфильтратами туберкулезными, грибковыми поражениями легких

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12**

У мужчины 42 лет на флюорограмме во 2-м сегменте правого легкого обнаружено затемнение неправильной формы размером 3 на 2 см, негомогенное по структуре, наружные контуры нечеткие. При обследовании в противотуберкулезном диспансере установлены симптомы интоксикации, температура – 37,2°С, в крови: Эритр.(RBC) – 4,0 х1012/л, Нв – 142г/л, лейк.(WBC) – 7,2х109/л, эоз.(EO%) – 1, п/я – 9%, с/я – 69%, лимф.(LYM%) – 18%, мон. (MON%) – 3%, СОЭ (ESR) – 20 мм/час.

Хрипы в легких не выслушиваются. В мокроте обнаружены микобактерии туберкулеза, реакция на пробу Манту с 2 ТЕ – папула 21 мм в диаметре, в центре с везикулой. На томограмме верхушки правого легкого установлено, что в центре фокуса имеется просветление, в окружающей легочной ткани в базальных сегментах правого легкого очаги малой интенсивности.

**ВОПРОСЫ:**

1. Опишите клиническую форму туберкулезного процесса, сформулируйте диагноз?
2. С какими заболеваниями должен быть проведен дифференциальный диагноз?
3. Может ли процесс перейти в другие формы туберкулеза и в какие?
4. Какие осложнения могут быть?
5. Оцените пробу Манту.
6. Назначьте наиболее эффективную комбинацию противотуберкулезных препаратов.

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №12**

1. Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого (С2) в фазе распада, МБТ+.
2. Необходимо провести дифференциальный диагноз с заболеваниями: бронхопневмония, крупозная пневмония, грипп.
3. Может перейти в следующие формы: фиброзно-кавернозный туберкулез, кавернозный туберкулез, цирротический туберкулез.
4. Осложнения: кровохаркание, кровотечение, ателектаз, амилоидоз легкого.
5. Реакция на пробу Манту гиперергическая.
6. Лечение обязательно проводится в стационаре противотуберкулезного диспансера комбинацией препаратов: изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол (стрептомицин).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13**

Больной С., 33 года, водитель автобуса. При очередном флюорографическом обследовании в поликлинике выявлены изменения в правом легком, в верхней доле определяется негомогенный фокус затемнения с нечеткими контурами, с дорожкой к корню и просветлением в центре.

 После вызова на дообследование в рентгенологическом кабинете врачом-рентгенологом установлено, что у больного 2 года назад был контакт с больным туберкулезом соседом. За 2 недели до профосмотра перенес гриппоподобное состояние, в течении недели отмечал повышения температуры тела в вечернее время до 37,5 – 37,8°С, слабость, недомогание. К врачам не обращался. В момент посещения терапевта отмечает небольшую общую слабость, других жалоб нет.

На обзорной рентгенограмме справа в 1, 2 сегментах легкого определяется затемнение неправильной формы с размытыми контурами размером 5х6 см, средней интенсивности, негомогенное, с более плотными очаговыми включениями и просветлениями, с дорожкой к корню легкого.

**ВОПРОСЫ:**

1. 1. Какой должна быть дальнейшая тактика рентгенологического обследования?
2. 2. О каком заболевании с большей вероятностью необходимо думать?
3. 3. Какое обследование должен провести терапевт для подтверждения диагноза?
4. 4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
5. 5. Куда направить больного на консультацию?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №13**

1. Томография верхней доли правого легкого.
2. Инфильтративный туберкулез верхней доли (С1, С2) правого легкого, фаза распада.
3. Туберкулинодиагностика, анализ мокроты на МБТ трехкратно, ОАК.
4. Бронхопневмония, крупозная пневмония, грипп.
5. К фтизиатру.
6. Антибактериальная терапия. 3 - 4 противотуберкулезных препарата.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14**

Больной И., 32 года, водитель. Жалоб нет. Изменения в легких выявлены при профосмотре. В последний раз флюорографию проходил 3 года назад.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Дыхание над обоими легкими везикулярное, хрипов нет. АД – 120/70мм рт.ст., пульс 80 ударов в 1 минуту.

Гемограмма: Эритр.(RBC) – 4,2х1012/л, Нв – 139г/л, лейк.(WBC) – 6,4х109/л, эоз.(EO%) – 1, п/я – 4%, с/я – 65%, лимф.(LYM%) – 23%, мон.(MON%) – 7%, СОЭ(ESR) – 7 мм/час.

Анализ мокроты на МБТ методом простой бактериоскопии – отр.

Реакция Манту – папула 10мм.

Рентгенологическое исследование: Слева в С1–C2 группа немногочисленных очагов средней интенсивности с четкими контурами.

**ВОПРОСЫ:**

1. 1. Ваш диагноз?
2. 2. Нужны ли дополнительные методы обследования больного?
3. 3. Является ли показателем отсутствия активности туберкулезного процесса отсутствие в мокроте микобактерий туберкулеза?
4. 4. Показано ли проведение пробы Коха?
5. 5. Нужна ли антибактериальная терапия?
6. 6. Ваша тактика?
7. 7. По какой группе диспансерного учета должен наблюдаться данный пациент?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №14**

1. Очаговый туберкулез С1–С2 левого легкого, МБТ –.
2. Анализ мокроты на МБТ 3-кратно методом флотации и посева.
3. Нет.
4. Да.
5. Нужна, если подтверждена активность туберкулезного процесса.
6. Если процесс активен, то 2 месяца — 4 препарата, 4 месяца — интермиттирующая терапия.
7. IА группа (впервые выявленный активный туберкулез).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15**

Больной В., 35 лет. Жалобы на субфебрильную температуру, слабость, повышенную потливость, особенно по ночам, быструю утомляемость, небольшой сухой кашель. Заболевание началось постепенно. Болен в течение месяца.

При обследовании: Состояние средней тяжести. Астеничного телосложения. Температура тела 37,1 С. Кожные покровы чистые, бледные, румянец на щеках. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Зев чист. Имеются кариозные зубы. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими легочный звук, незначительное притупление легочного звука над верхушкой справа. Дыхание в легких везикулярное, справа, в верхних отделах на фоне жесткого дыхания прослушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Стул и мочеиспускание не изменены.

В гемограмме: Эритр.(RBC) – 5,3 х1012/л, Нв – 118г/л, лейк. (WBC) – 8,1х109/л, эоз. (EO%) – 3, п/я – 6%, с/я – 59 %, лимф.(LYM%) – 18, мон.(MON%) – 14, СОЭ(ESR) – 27 мм/час.

Реакция Манту – 9мм. Микробиологическое исследование мокроты на МБТ – роста нет.

Рентгенологически: Справа в С2 на фоне размытого легочного рисунка полиморфные очаги диаметром 5-9 мм с нерезкими контурами, выражена наклонность к слиянию очагов.

**ВОПРОСЫ:**

1. Ваш диагноз?
2. Какая тень на рентгенограмме называется очагом?
3. С каким заболеванием в первую очередь необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Является ли небациллярная мокрота основанием для исключения туберкулезного процесса?
5. В какой группе диспансерного учета должен состоять данный больной?
6. Какое лечение будет назначено?
7. Сочетание каких препаратов наиболее эффективно?
8. Возможные исходы заболевания?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №15**

1. Очаговый туберкулез С2 правого легкого, фаза инфильтрации, МБТ отр.
2. Рентгенологически округлая тень диаметром до 10-12 мм называется очагом.
3. Очаговый туберкулез в первую очередь дифференцируем с очаговой пневмонией.
4. Отсутствие микобактерий туберкулеза в мокроте не является основанием для исключения туберкулезного процесса.
5. Больной с активным туберкулезным процессом в легких должен состоять в 1А группе диспансерного учета.
6. 4 противотуберкулезных препарата в течение 2 месяцев, затем 4 мес. – 2 препарата.
7. Изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол (стрептомицин).
8. При благоприятном течении заболевания и правильном лечении возможно рассасывание или уплотнение очага, при неблагоприятном течении заболевания возможно прогрессирование процесса.

 **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16**

Больная А., 44 года, поступила в клинику с жалобами на повышенную температуру до 38,5°С, слабость, отсутствие аппетита, быструю утомляемость, слабый кашель с небольшим количеством мокроты, боли в межлопаточной области, больше справа.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, повышенной влажности, стойкий красный дермографизм. Положительный симптом Воробьева-Поттенджера (болезненность мышц плечевого пояса при пальпации) более выражен справа. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими легочный звук, незначительное притупление звука над верхушкой правого легкого, при аускультации над верхушкой правого легкого после покашливания определяются сухие и полусухие, трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Стул и мочеиспускание не нарушены.

В гемограмме: Эритр.(RBC) – 3,7х1012/л , Нв – 118г/л, лейк.(WBC) – 12,8х109/л, эоз. (EO%) – 3, п/я – 8%, с/я – 58 %, лимф.(LYM%) – 17, мон.(MON%) – 14, СОЭ (ESR) – 29 мм/час.

Посев мокроты на микобактерии туберкулеза положительный.

Рентгенологически: В С1-С2 правого легкого округлая тень 2х3 см, с нечеткими, размытыми контурами, средней интенсивности, неоднородная по структуре с участками просветления. **ВОПРОСЫ:**

1. Ваш диагноз?
2. Какая группа диспансерного учета у данного больного?
3. С каким заболеванием в первую очередь проводим дифференциальную диагностику?
4. Какие доли и сегменты легкого чаще всего поражаются при данном заболевании?
5. Определите тактику ведения больного.
6. Какие лекарственные препараты необходимо назначить больному?
7. Какие осложнения возможны?
8. **эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №16**
9. Инфильтративный туберкулез С1-С2 правого легкого, фаза распада, МБТ +.
10. Больные с активным туберкулезным процессом наблюдаются в IА группе диспансерного наблюдения.
11. Дифференциальный диагноз в первую очередь проводим с неспецифической пневмонией.
12. При туберкулезе чаще всего поражается верхняя доля легкого, 1,2 и 6 сегменты.
13. Обязательная госпитализация в противотуберкулезный стационар, направление экстренного извещения в СЭС, противотуберкулезное лечение.
14. Изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол (стрептомицин). После анализа мокроты на чувствительность МБТ к антибактериальным препаратам скорректировать лечение с учетом лекарственной чувствительности.
15. Кровохаркание, легочное кровотечение, ателектаз.

 **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17**

Больной З., 56 лет, поступил в клинику с жалобами на повышенную утомляемость, температуру до 38,1°С, слабость, отсутствие аппетита, понижение веса, кашель с мокротой с прожилками крови, боли в межлопаточной области, больше слева. За последние полгода похудел на 5 килограмм.

Объективно: Состояние средней тяжести. Астеничного телосложения. Кожные покровы повышенной влажности, стойкий красный дермографизм. АД 90/60. Положительный симптом Воробьева-Поттенджера (болезненность мышц плечевого пояса при пальпации) более выражен слева. Грудная клетка цилиндрической формы. При аускультации над верхушкой левого легкого после покашливания определяются сухие трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Общий анализ крови: Эритр.(RBC) – 3,8х1012/л, Нв – 144г/л, лейк.(WBC) – 14,6х109/л, эоз.(EO%) – 3, п/я – 8%, с/я – 58 %, лимф.(LYM%) – 17, мон.(MON%) – 14, СОЭ (ESR) – 28 мм/час.

Рентгенологически: В С1-С2 левого легкого определяется тень 4х5 см, с нечеткими, размытыми контурами, средней интенсивности, неоднородная по структуре с участками просветления и очагами отсева в окружающую легочную ткань.

**ВОПРОСЫ:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Терапевтическая тактика при данном заболевании?
4. Какие препараты необходимо назначить больному?
5. Какие побочные действия данных препаратов?
6. В какие другие формы может перейти данное заболевание?
7. Прогноз заболевания?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №17**

1. Инфильтративный туберкулез С1-2 левого легкого, фаза распада, МБТ +.
2. Посев мокроты на МБТ, реакция Манту, бронхоскопическое исследование.
3. Длительное стационарное лечение с применением не менее 4 противотуберкулезных препаратов с обязательным использованием патогенетических средств.
4. Рифампицин, изониазид, пиразинамид, этамбутол (стрептомицин). После анализа мокроты на чувствительность МБТ к антибактериальным препаратам скорректировать лечение с учетом чувствительности.
5. Рифампицин окрашивает естественные жидкости в красный цвет, гепатотоксичен. Изониазид гепатотоксичен, нейротоксичен. Стрептомицин оказывает ототоксическое и нефротоксическое действие.
6. Очаговый туберкулез, туберкулема, кавернозный туберкулез, фиброзно-кавернозный туберкулез, цирроз легкого.
7. При своевременном правильном лечении прогноз благоприятный, при несвоевременном или некачественном лечении переход в хронические формы туберкулеза.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18**

Больная Х., 21 год, с детства страдает сахарным диабетом. Заболела 2 месяца назад: постепенно ухудшалось состояние, повышалась температура, появилась слабость, потливость, кашель с небольшим количеством мокроты. Перкуторно слева по лопаточной линии сверху до средней трети лопатки укорочение звука, там же жесткое дыхание, сухие хрипы.

В гемограмме: Эритр.(RBC) – 4,6 х 1012/л, лейк.(WBC) – 8,0 х 109/л, эоз.(EO%) – 2, п/я – 8%, с/я – 70%, лимф.(LYM%) – 8, мон.(MON%) – 12, СОЭ(ESR) – 34 мм/час. В мокроте при бактериоскопии обнаружены МБТ. Реакция Манту резко положительная.

Рентгенологически: прозрачность 2-го сегмента левого легкого неравномерно понижена за счет очаговых и инфильтративных изменений, с участками просветления.

**ВОПРОСЫ:**

1. 1. Интерпретируйте общий анализ крови.
2. 2. Что способствовало заболеванию?
3. 3. Какая клиническая форма туберкулеза легких?
4. 4. Какой рентгенологический метод позволит уточнить характер изменений в левом легком?
5. 5. Какое лечение будет назначено?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №18**

1. В общем анализе крови имеется незначительный лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, умеренное увеличение СОЭ.
2. Сахарный диабет.
3. Инфильтративный туберкулез левого легкого в фазе распада, МБТ+.
4. Томография.
5. Сочетание: изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол в течение 2 месяцев, затем 2-3 препарата 5-6 мес.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19**

Больной 50 лет. Жалобы на кашель с мокротой с примесью крови, одышку при физической нагрузке, 5 лет назад был диагностирован инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, МБТ+. Лечился стационарно и амбулаторно, неаккуратно, злоупотреблял алкоголем. Пониженного питания, первая половина грудной клетки отстает при дыхании. Соответственно верхней доле определяется притупленное, амфорическое дыхание, единичные влажные хрипы. Над нижними отделами обоих легких коробочный звук. ЧД – 24 в минуту, ЧСС – 96 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см.

Анализ легких: Эритр.(RBC) – 4,1х1012/л, Нв – 136г/л, лейк.(WBC) – 13,0х109/л, эоз. (EO%) – 2, п/я – 8%, с/я – 64%, лимф.(LYM%)– 15, мон.(MON%) – 11, СОЭ (ESR) – 40 мм/час.

Рентгенологически: уменьшение в объеме верхней доли справа, в ней система полостей неправильной формы, корень подтянут вверх.

В мокроте обнаружены МБТ методом люминесцентной микроскопии.

**ВОПРОСЫ:**

1. 1. Интерпретируйте общий анализ крови.
2. 2. Сформулируйте диагноз.
3. 3. Что способствовало развитию данной клинической формы туберкулеза?
4. 4. Перечислите осложнения, которые могут встречаться при данной форме туберкулеза.
5. 5. Составьте план лечебных мероприятий.

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №19**

1. Умеренный лейкоцитоз, снижение относительного содержания лимфоцитов, моноцитоз, увеличение СОЭ.
2. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого, МБТ+. Эмфизема легких, ДН II стадии.
3. Низкий культурный уровень больного.
4. Легочное сердце, кровотечение, амилоидоз.
5. Лечение 5-6 препаратами в течение 3 мес., затем - 3–4 антибактериальными препаратами до года.

 **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20**

В терапевтическое отделение городской больницы поступил больной 65 лет по поводу впервые выявленных изменений в легких. Жалоб не предъявлял, состояние удовлетворительное, физикально — без патологических изменений.

Рентгенологически в III сегменте правого легкого определялась интенсивная гомогенная фокусная тень с четкими границами в диаметре до 3 см.

В анализе крови: Эритр.(RBC) – 3,0 х 1012/л, Нв – 96 г/л, лейк.(WBC) – 12,3х109/л, баз.(BA%) – 1, эоз.(EO%) – 2, п/я – 6%, с/я – 58%, лимф.(LYM%) – 24, мон.(MON%) – 9, СОЭ(ESR) – 23 мм/час. Анализ мокроты на МБТ – отриц.

Проба Коха: местная реакция — инфильтрат 8 мм, самочувствие не изменилось, температура N, при аускультации стали определяться сухие хрипы.

**ВОПРОСЫ:**

1. 1. Интерпретируйте общий анализ крови.
2. 2. Какая доза туберкулина обычно вводится при проведении пробы Коха и способ его введения?
3. 3. Как Вы трактуете результаты пробы Коха у больного по местной, общей и очаговой реакциям?
4. 4. Можно ли заподозрить у больного туберкулез легких по результатам пробы Коха?

5. Какие дополнительные исследования показаны больному с диагностической целью?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №20**

1. Умеренная анемия, сдвиг лейкоформулы влево, лейкоцитоз, увеличение СОЭ.
2. 20 ТЕ, подкожно.
3. Проба Коха — отрицательная.
4. Нет.

 5. Бронхоскопия с биопсией, повторные рентгенографии

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21**

У мужчины 55 лет во время флюорографического обследования справа под ключицей обнаружена группа очаговых теней размерами 0,3–0,6 см, плотных с четкими контурами. В прошлом туберкулезом не болел. Самочувствие в период обследования хорошее. Гемограмма: Эритр.(RBC) – 4,2 х 1012/л, лейк.(WBC) – 6,4 х 109/л, эоз.(EO%) – 1, п/я – 4%, с/я – 65%, лимф.(LYM%) – 26, мон.(MON%) – 4, СОЭ(ESR) – 8 мм/час.

В мокроте МБТ не обнаружены.

Предыдущее флюорографическое исследование ОГК 2 года назад – норма.

**ВОПРОСЫ:**

1. 1. У пациента активный или неактивный очаговый туберкулез?
2. 2. Нужны ли дополнительные методы обследования?
3. 3. Можно ли считать пациента практически здоровым или необходима антибактериальная терапия.
4. 4. Является ли показателем отсутствия активности туберкулезного процесса небациллярная мокрота?
5. 5. Показана ли больному проведение пробы Коха?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №21**

1. Нуждается в определении активности туберкулезного процесса.
2. Да, посевы мокроты на МБТ, томография, бронхоскопия.
3. Нет, при отсутствии активности — 3 месяца химиопрофилактики, при активном процессе — 5–6 месяцев антибактериальной терапии.
4. Нет.

 5.Показано

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22**

Больная П. 40 лет, бухгалтер. После летнего отпуска, проведенного на берегу моря, стала отмечать повышенную утомляемость, потливость, повышение температуры до 37,3°С.

При обследовании терапевтом установлено: кожа цвета загара, подкожно-жировой слой развит хорошо. Над левой надключичной областью укорочение перкуторного звука и ослабленное дыхание, хрипов нет.

В анализе крови: Эритр.(RBC) – 4,5 х 1012/л, Нр – 112г/л, лейк.(WBC) – 6,0 х 109/л, п/я – 10%, с/я – 62%, лимф.(LYM%) – 20, мон.(MON%) – 8, СОЭ(ESR) – 20 мм/час.

При микробиологическом исследовании в мокроте обнаружены микобактерии туберкулеза, чувствительные ко всем туберкулостатическим препаратам.

Рентгенограмма органов грудной клетки: в I–II сегментах левого легкого группа теней средней и малой интенсивности до 1см в диаметре, округлой формы с расплывчатыми контурами, кальцинаты в правом корне.

**ВОПРОСЫ:**

1. 1. Интерпретируйте общий анализ крови.
2. 2. Как Вы оцените рентгенологические находки?
3. 3. Сформулируйте клинический диагноз и дайте его обоснование.
4. 4. К какому периоду туберкулеза относится процесс у данной больной? Первичный? Вторичный?
5. 5. Какие условия способствовали развитию активного туберкулеза?
6. 6. Назначьте лечение.

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №22**

1. Палочкоядерный сдвиг влево, умеренный лейкоцитоз
2. Кальцинаты в корне правого легкого говорят о перенесенном первичном туберкулезе легких. У больного произошла эндогенная реактивация старых туберкулезных очагов.
3. Очаговый туберкулез верхней доли левого легкого в фазе инфильтрации, МБТ+.
4. Вторичный.
5. Возможно влияние гиперинсоляции.

6. Изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол в течение 2–3 месяцев, затем – 4 мес. – 2 препарата.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23**

При вскрытии трупа больного, умершего при внезапно начавшемся профузном кровотечении, обнаружено: правое легкое уменьшено в объеме, левое эмфизематозно изменено. Наощупь верхняя доля правого легкого плотная, в средней и нижней долях правого легкого и в нижней доле левого — твердые узелки. При разрезе: на бледно-серой поверхности правого легкого полость размером до 5 см в диаметре неправильной формы, ткань легкого в прилежащих отделах сероватого цвета, лишена воздушности. В полости, в бронхах и трахее — сгустки крови, смешанные с гнойным содержимым. В окружающей полости ткани — полиморфные очаги казеоза, осумкованные и частично обызвествленные. Висцеральная плевра на верхушке легкого спаяна с париетальной плеврой грубыми, плотными сращениями, утолщена.

**ВОПРОСЫ:**

1. 1. Ваш клинический диагноз?
2. 2. Опишите возможную клиническую картину, которая могла быть у данного больного.
3. 3. Опишите рентгенологическую картину, соответствующую описанным морфологическим изменениям.
4. 4. Определите продолжительность заболевания.
5. 5. Сформулируйте подробный патологоанатомический диагноз с указанием причин смерти больного.
6. **эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №23**
7. Фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ+.

Осложнение: легочное кровотечение.

1. Жалобы на слабость, повышенную температуру до 39,0°С, кашель с выделением крови со сгустками, снижение аппетита, одышку при физической нагрузке.

Пониженного питания, кожа и видимые слизистые бледные, влажные на ощупь. Перкуторно — укорочение перкуторного звука в верхних отделах правого легкого. Дыхание над легкими справа в верхних отделах ослаблено, сухие и крупнопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, тахикардия с ЧСС 120 в мин, АД — 80/60 мм рт. ст.

1. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции справа верхняя доля уменьшена в объеме, в ней определяются многочисленные очаги. Корень правого легкого подтянут кверху. Слева легкое без очаговых и инфильтративных теней.
2. Давность заболевания — больше 1 года.
3. Патологоанатомический диагноз:

Основной: фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, МБТ+.

Осложнение: Легочное кровотечение. Острая постгеморрагическая анемия.

Причина смерти: Асфиксия. Острая постгеморрагическая анемия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24**

Больная П., 23 лет, швея, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела (в вечерние часы) до 38°С, понижение аппетита, похудание, одышку при физической нагрузке, сухой кашель. Больной себя считает около трех месяцев, когда была на седьмом месяце беременности. Сначала появилась общая слабость, субфебрильная температура тела, затем присоединился сухой кашель. Лечилась у участкового терапевта по поводу бронхита, эффект незначительный. На второй день после родов повысилась температура тела до 38,6°С, появилась одышка.

Анамнез жизни: в детстве перенесла скарлатину, пневмонию. Муж здоров. Флюорографическое обследование не проходила более 4-х лет.

Объективно: правильного телосложения, пониженного питания, кожа чистая, бледная, умеренный акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 110 уд. в мин., ритмичный. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца приглушены. АД 100/60 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, перкуторно ясный легочной звук, аускультативно в легких с обеих сторон везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыхания 36 в мин. Живот мягкий, нижний край печени на 2 см ниже реберной дуги, чувствительный при пальпации.

Общий анализ мочи без патологических изменений.

Общий анализ крови: Эритр.(RBC) – 2,28х1012/л, Нв – 86г/л, лейк.(WBC) – 11,5х109/л,
эоз.(EO%) – 0, п/я – 5%, с/я – 65%, лимф.(LYM%) – 18, мон.(MON%) – 12, СОЭ(ESR) – 24 мм/ч.

Рентгенологически: в легких на всем протяжении, больше на верхушках, по ходу сосудов множественные мелкие малоинтенсивные очаговые тени. Структура корней легких не изменена. Синусы свободны. Сердце без особенностей. В правом корне единичные мелкие кальцинаты. Произведено исследование мокроты на МБТ – в шести анализах методом флотации микобактерии не обнаружены. Проба Манту с 2 ТЕ – отрицательная.

**ВОПРОСЫ:**

1. Какие заболевания могут протекать со сходной симптоматикой?

1. 2. Какие дополнительные методы исследования необходимо применить для уточнения диагноза?
2. 3. О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании клинико-рентгенологических данных?
3. 4. Обоснуйте Ваш диагноз.
4. 5. Проведите дифференциальную диагностику.
5. 6. Укажите, какие рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.
6. 7. Куда необходимо направить больную после установления диагноза?
7. 8. О чем говорит отрицательная проба Манту у данной больной?
8. 9. На какой срок может быть оформлен лист нетрудоспособности у данной пациентки?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №24**

1. 1. Милиарный туберкулез легких, саркоидоз легких, карциноматоз легких, двусторонняя очаговая пневмония.
2. 2. УЗИ органов брюшной полости, осмотр гинекологом с целью исключения первичной опухоли, фибробронхоскопия, фиброгастроскопия.
3. 3. Милиарный туберкулез легких, МБТ (–).
4. 4. Диагноз милиарного туберкулеза легких выставляется на основании: жалоб (слабость, повышение температуры тела по вечерам, понижение аппетита, одышка при физической нагрузке, сухой кашель), анамнеза (больна в течении 3 месяцев, заболела во время беременности, заболевание развивалось постепенно, эффект от неспецифической терапии незначительный), объективного обследования (в легких везикулярное дыхание, хрипов нет, симптомы интоксикации (бледность кожи, акроцианоз, приглушенность тонов сердца, тахикардия, увеличение печени), лабораторных данных (умеренный лейкоцитоз с лимфопенией, умеренное увеличение СОЭ), рентгенологического исследования (в легких на всем протяжении, больше на верхушках, по ходу сосудов множественные мелкие средней интенсивности очаги, в правом корне мелкие единичные кальцинаты).
5. 5. а) Саркоидоз легких чаще всего протекает мало- или бессимптомно, отсутствуют симптомы интоксикации. Часто саркоидоз легких протекает совместно с саркоидозом внутригрудных лимфоузлов. Клинически проявляется синдромом Лефгрена.

б) Карциноматоз легких у молодых людей встречается редко, при рентгенологическом обследовании верхушки легких чаще бывают чистыми, нередко удается обнаружить первичную опухоль (чаще всего — опухоли желудка, поджелудочной железы, органов женской половой сферы)

в) Острая двусторонняя пневмония обычно начинается остро, часто связана с простудным фактором, клиническая картина развивается в течении нескольких дней, при богатой рентгенологической симптоматике при пневмонии наблюдается богатая аускультативная симптоматика, рентгенологические изменения чаще всего наблюдаются в средних и нижних отделах, очаги различных размеров, неравномерные, картина крови при пневмонии резко изменена (высокий лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, большое увеличение СОЭ и т.д.).

1. Наличие кальцинатов в корне; очаги средней интенсивности, мелкие, расположены вдоль сосудов.
2. В противотуберкулезный диспансер.
3. Отрицательная проба Манту у больной туберкулезом отражает резко выраженную иммунологическую недостаточность.
4. На срок до 10 месяцев.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25**

Больной 55 лет, поступил по поводу одышки инспираторного характера даже при небольшой физической нагрузке, небольшой кашель. Болен около двух лет, в течение которых отмечалось постепенное увеличение одышки, иногда субфебрильная температура. Похудел на 8 кг.

Объективно: цианоз, акроцианоз, пальцы в виде “барабанных палочек”. В легких ослабленное везикулярное дыхание с укорочением вдоха и выдоха. Крепитирующие хрипы с обеих сторон под лопатками, усиливаются при глубоком дыхании. ЧД – 28 в минуту. Печень у края реберной дуги.

Рентгенография грудной клетки: диффузная сетчатая деформация легочного рисунка, распространенные двухсторонние инфильтративные тени и понижение прозрачности в области нижних легочных полей.

**ВОПРОСЫ:**

1. 1. Определите тип и степень дыхательной недостаточности.
2. 2. Дифференциальный диагноз проводится между хроническим бронхитом и туберкулезом легких. Приведите аргументы “за” и “против” этих заболеваний.
3. 3. Методы подтверждения диагноза?
4. 4. Возможное заключение медико-социальной экспертизы?
5. 5. Методы лечения.

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №25**

1. Рестриктивная, III стадия.
2. Хронический бронхит:

“за” —кашель 2 года, субфебрильная температура;

“против” —основная жалоба одышка, в легких не сухие хрипы, а крепитация.

Туберкулез легких:

 “за” —рентгенологические данные, субфебрильная температура, похудание;

“против” —поражение нижних легочных полей.

1. Бронхоальвеолярный лаваж, биопсия, сцинтиграфия легких, спирография.
2. Возможно установление инвалидности II группы.

При обнаружении активности процесса - глюкокортикоиды, иммунодепрессант

**8.7. Методические рекомендации и учебные пособия, используемые для реализации ДПП ПП**

1. Р.К.Ягафарова с соавт. Справочник медицинских терминов по фтизиатрии 2010
2. Х.К.Аминев и соавт. Туберкулез, беременность и материнство 2011
3. Х.К.Аминев и соавт. Очаги туберкулезной инфекции 2013
4. Федеральные рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза
5. Приказы МЗ РФ, МЗ РБ
6. Концепция этиологической (микробиологической и молекулярно- биологической) диагностики туберкулеза в РФ.
7. ВИЧ- инфекция в РБ. Информационный бюллетень. 2017
8. Генитальный туберкулез у женщин. Информационное письмо. 2017
9. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению

туберкулеза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной

устойчивостью возбудителя 2013

1. Методические рекомендации по выполнению дипломных работ 2015

**8.8. Перечень ЭУК**

1. ЭУК диагностика и лечение латентной туберкулезной инфекции у детей

2. ЭУК милиарный туберкулез

3. ЭУК первичный туберкулезный комплекс

4. ЭУК туберкулез внутригрудных лимфатических узлов