**7.1. Листы 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 профессиональной переподготовки «ДПП ПП» врачей по специальности «Фтизиатрия» (учебный план и таблица профессиональных компетенций(ПК)прилагается)Рабочие программы цикла «Фтизиатрия» 576 часов ПП соответствуют учебно-производственному плану подготовки специалистов здравоохранения по программам профессионального образования на 2016 год. В указанную программу внесены изменения: изменить количество часов профессиональной переподготовки с 576 часов на 504 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 профессиональной переподготовки 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 |

7.2. Учебный план

**Цель обучения на цикле**: Приобретение врачами компетенций,необходимых для выполнения нового вида профессиональной деятельности,т.е. приобретение новой квалификации.

**Категория слушателей**: специалисты,имеющие подготовку в интернатуре/ординатуре по специальности «Инфекционные болезни», «Неврология», «Общая врачебная практика», «Педиатрия» , «Пульмонология», «Терапия» , « Торакальная хирургия» , «Травматология и ортопедия », «Урология», «Хирургия»

**Количество часов**: 504 часа

**Режим занятий**: 6 дней в неделю ,6 часов в день

**Форма обучения**: очная

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование модуля | всего | Базовая | Вариативная | практика |
| 1 | ИЗ | С | 1 | ИЗ | С |
| 1. | Теоретические основы фтизиатрии | 72 | 8 | 20 | 20 | 8 | 8 | 8 |  |
| 2. | Диагностика туберкулеза | 36 | 6 | 12 | 6 | 4 | 8 |  | 8 |
| 3. | Первичный туберкулез | 36 | 8 | 18 | 10 |  |  |  | 10 |
| 4. | Туберкулез органов дыхания | 72 | 22 | 28 | 20 |  |  |  | 14 |
| 5. | Лечение туберкулеза( проблемы и решения) | 72 | 22 | 32 | 18 |  |  |  | 18 |
| 6. | Внелегочный туберкулез | 72 | 18 | 34 | 20 |  |  |  | 20 |
| 7. | Организация противотуберкулезной помощи | 36 | 6 | 20 | 18 |  |  |  | 6 |
| 8. | Пульмонология | 72 |  |  |  | 22 | 28 | 22 | 14 |
| 9. | ВАР | 36 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Тестирование | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | ИТОГО | 504 | 90 | 164 | 104 | 34 | 44 | 30 |  |

**7.3. Темы дипломных работ:**

«Анализ противотуберкулезной деятельности легочного отделения стационара»

«Анализ противотуберкулезной деятельности внелегочного отделения стационара»

 «Анализ противотуберкулезной деятельности на фтизиатрическом участке»

«Анализ противотуберкулезной деятельности детского отделения диспансера»

«Анализ противотуберкулезной деятельности санатория для лечения туберкулеза органов дыхания»

«Анализ противотуберкулезной деятельности санатория для лечения внелегочного туберкулеза»

«Анализ противотуберкулезной деятельности детского санатория»

«Эпидемиология туберкулеза у лиц, инфицированных и неинфицированных ВИЧ»

«Лекарственно- резистентный туберкулез»

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

1. Определение виража туберкулиновой пробы у детей и подростков.
2. Очаг туберкулезной инфекции. Мероприятия по его оздоровлению.
3. Общие принципы лечения больных туберкулезом.
4. Возбудитель туберкулеза. Характеристика. Виды биологической изменчивости. Методы выявления.
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. Контингенты I группы диспансерного учета у взрослых.
19. Стандартные режимы химиотерапии: «второй» (IIб) режим химиотерапии.
20. Очаговый туберкулез легких. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.
21. Обследование на туберкулез и верификация диагноза.
22. Закон № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в России».
23. Стандартные режимы химиотерапии: «третий» (III) режим химиотерапии.
24. Иммунитет при туберкулезе. Механизм противотуберкулезного иммунитета.
25. Подострый диссеминированный туберкулез легких. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.
26. Основные принципы лечения больных туберкулезом легких.
27. Стандартные режимы химиотерапии: «четвертый» (IV) режим химиотерапии.
28. Обострение рецидива туберкулеза, роль отягощающих факторов.
29. Казеозная пневмония. Патогенез, диагностика, клиника, лечение.
30. Эпидемиологические показатели по туберкулезу: инфицированность, риск инфицирования, заболеваемость, смертность.
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.

**7.5. Фонд оценочных средств:**

**Тесты:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Вариант №1**

1. Одним из основных разделов противотуберкулезной работы у фтизиопедиатров среди детей и подростков является прививка БЦЖ с целью:

1) предупреждения развития заболевания у впервые инфицированных

2) профилактики, направленная на предупреждение инфицирования

3) раннего выявления туберкулеза среди детей и подростков

4) диспансерного наблюдения за больными и инфицированными

2. Важным разделом противотуберкулезной работы у фтизиопедиатров среди детей и подростков является проведение химиопрофилактики с целью:

1) профилактики, направленной на предупреждение инфицирования

2) диагностики и дифференциальной диагностики туберкулеза

3) предупреждения развития заболевания у впервые инфицированных

4) диспансерного наблюдения за больными и инфицированными

3. С целью раннего выявления туберкулеза у детей и подростков проба Манту с 2 ТЕ применяется:

1) всем инфицированным

2) всем детям и подросткам

3) всем невакцинированным

4) всем неинфицированным

4. Проба Манту с 2 ТЕ применяется всем вакцинированным детям систематически с возраста:

1) 3 месяцев

2) 12 месяцев

3) 3 лет

4) 7 лет

5. Детям, непривитым БЦЖ в период новорожденности по медицинским противопоказаниям, проба Манту ставится 2 раза в год:

1) с 3 месяцев

2) с 4 месяцев

3) с 5 месяцев

4) с 6 месяцев

6. Туберкулиновую пробу Манту лучше проводить в одно и то же время:

1) летом

2) осенью

3) зимой

4) не имеет значения

7. После вакцинации и ревакцинации БЦЖ при постановке пробы Манту с 2 ТЕ в установленные сроки определяется

1) положительная анергия

2) инфекционная аллергия

3) поствакцинальная аллергия

4) иммунодефицитное состояние

8. При инфицировании, "вираже" туберкулиновой пробы определяется:

1) инфекционная аллергия

2) положительная анергия

3) отрицательная анергия

4) иммунодефицитное состояние

9. Послевакцинная аллергия имеет меньшую интенсивность и тенденцию к угасанию при наблюдении в динамике по сравнению с инфекционной аллергией и средний размер равняется:

1) 5-7 мм

2) 7-9 мм

3) 11-13 мм

4) 13-15 мм

10. При инфекционной аллергии определяется усиление аллергии в динамике и средний размер равняется:

1) 7-9 мм

2) 9-11 мм

3) 11-13 мм

4) 13-15 мм

11. Для послевакцинной аллергии характерны реакции:

1) отрицательные

2) сомнительные и слабо положительные

3) гиперергические

4) выраженная гиперемия

12. Для послевакцинной аллергии не характерны реакции:

1) отрицательные

2) слабо положительные

3) положительные

4) гиперергические

13. Для детей и подростков реакция Манту с 2 ТЕ считается гиперергической, если папула:

1) 7 и более мм

2) 9 и более мм

3) 17 и более мм

4) 19 и более мм

14. После вакцинации и ревакцинации БЦЖ аллергия может быть более выраженной в продолжении:

1) до 1 года

2) 1-2 лет

3) 3-4 лет

4) 4-5 лет

15. К инфицированным по пробе Манту с 2 ТЕ относятся лица с реакцией:

1) сомнительной

2) положительной (5 мм и более)

3) положительной анергией

4) отрицательной анергией

16. При инфекционной аллергии стойко сохраняется инфильтрат:

1) 5 и более мм

2) 7 и более мм

3) 9 и более мм

4) 12 и более мм

17. При инфекционной аллергии отмечается усиление предыдущей сомнительной или положительной реакции в динамике не менее чем на:

1) 6 и более мм

2) 9 и более мм

1) 12 и более мм

4) 15 и более мм

18. Целью ежегодного проведения пробы Манту заведомо инфицированным детям и подросткам является выявление лиц:

1) с отрицательной реакцией

2) со слабо положительной реакцией

3) с положительной реакцией

4) с гиперергической реакцией

19. Дети, достигшие предусмотренного для данного региона порогового возраста, подлежат флюорографическим обследованиям:

1) с 7 лет

2) с 12 лет

3) с 15 лет

4) с 17 лет

20. Через 1 год после вакцинации или ревакцинации БЦЖ при наличии инфильтрата на Манту с 2 ТЕ подлежат направлению к фтизиопедиатру

1) 12 мм и более

2) 3-4 мм

3) 5-6 мм

4) 7-8 мм

21. Вакцина БЦЖ представляет собой:

1) очищенный белковый дериват

2) живая ослабленная вакцина из микобактерий бычьего типа

3) комплекс противотуберкулезных иммуноглобулинов

4) гаптен

22. Доза вакцины БЦЖ-М:

1) 0,05 мг в 0,1 мл

2) 0,025 мг в 0,1 мл

3) 90000 ТЕ в 0,1 мл

4) 10 мг в 0,1 мл

23. Оптимальный метод введения вакцины БЦЖ в организм:

1) внутримышечно

2) внутривенно

3) внутрикожно

4) перорально

24. Вакцина БЦЖ разводится:

1) 0,25 % физкарболовым раствором

2) раствором рингера

3) гемодезом

4) дистиллированной водой

25. Вакцина БЦЖ вводится в:

1) границу верхней и средней трети плеча

2) границу верхней и средней трети предплечья

3) под лопатку

4) переднюю поверхность бедра

26. Местные прививочные реакции на внутрикожное введение БЦЖ появляются через:

1) 6-8 недель

2) 4-6 месяцев

3) 1 год

4) 10 месяцев

27. После внутрикожного введения БЦЖ рубчик формируется через:

1) 4 недели

2) 4 месяца

3) 6 месяцев

4) 1 год

28. Нужно ли лечить медикаментами или наружными средствами местную прививочную реакцию на БЦЖ:

1) да, обязательно

2) нет

3) да, у детей из туберкулезного контакта

4) да, у ослабленных детей

29. Вакциной БЦЖ-М прививают здоровых детей, достигших массы тела:

1) 3000 г

2) 2300 г

3) 2000 г

4) 3300 г

30. Срок годности разведенной вакцины БЦЖ:

1) 2 дня

2) 8 часов

3) 2 часа

4) 30 минут

31. Сроки вакцинации БЦЖ:

1) 5, 10, 15 лет

2) 7, 14 лет

3) 8, 12 лет

4) 7, 18 лет

32. Следует ли вакцинировать детей, находящихся в контакте с больным туберкулезом:

1) да

2) нет

3) только контактных с БК+

4) только при семейном контакте

33. Поствакцинную аллергию можно выявить:

1) внутрикожными туберкулиновыми пробами

2) пробами Коха

3) методом флюорографии

4) рентгеноскопическим методом

34. Оптимальные размеры рубчика при качественной вакцинации БЦЖ составляют:

1) 4-8 мм

2) 12 мм

3) 17 и более мм

4) 21 и более мм

35. Основным методом раннего выявления туберкулеза у детей и подростков до 12 лет является:

1) ежегодная флюорография

2) ежегодный осмотр педиатра

3) иммуноферментный анализ сыворотки крови

4) ежегодное проведение туберкулинодиагностики

36. Самой ранней формой первичного туберкулеза является:

1) туберкулезная интоксикация

2) туберкулома

3) туберкулезный менингит

4) первичный туберкулезный комплекс

37. У детей с туберкулезной интоксикацией разница между утренней и вечерней температурой составляет:

1) 1 градус по Цельсию

2) 2 градуса по Цельсию

3) 3 градуса по Цельсию

4) разницы нет

38. Изменения в периферических лимфоузлах при туберкулезной интоксикации проявляются в виде:

1) увеличения только затылочных лимфоузлов

2) увеличения паховых лимфоузлов

3) микрополиадении

4) увеличения всех групп лимфоузлов до крупных размеров

39. Дети и подростки с туберкулезной интоксикацией наблюдаются по:

1) 1 группе диспансерного учета

2) 6А группе диспансерного учета

3) 6Б группе диспансерного учета

4) 6В группе диспансерного учета

40. Чаще всего инфекция при туберкулезной интоксикации находится в:

1) лимфоузлах

2) мягкой мозговой оболочке

3) суставах

4) легких

41. Объективным признаком первичного инфицирования микобактериями туберкулеза служат:

1) изменения в анализе крови

2) изменения в анализе мочи

3) вираж туберкулиновой пробы

4) отставание в физическом развитии

42. При аускультации легких дыхание у детей с туберкулезной интоксикацией:

1) везикулярное

2) жесткое

3) бронхиальное

4) не выслушивается

43. При аускультации легких у детей с туберкулезной интоксикацией хрипы:

1) не определяются

2) влажные мелкопузырчатые

3) влажные крупнопузырчатые

4) сухие

44. При туберкулезной интоксикации у детей видимые рентгенологические изменения в легких:

1) туморозный бронхоаденит

2) пневмонический фокус

3) очаговые изменения

4) изменений нет}

45. Лечение детей с туберкулезной интоксикацией:

1) три препарата 1 ряда

2) два препарата 1 ряда

3) ГИНК

4) хирургическое

46. Возможные осложнения туберкулезной интоксикации:

1) бронхиальная астма

2) локальная форма туберкулеза

3) ревматизм

4) пневмония

47. Лечение детей с туберкулезной интоксикацией:

1) не проводится

2) стационарное

3) амбулаторное

4) стационарное + санаторное

48. Для постановки диагноза туберкулезной интоксикации у детей необходимо:

1) исключить локальный процесс в легких

2) исключить другие интоксикации

3) провести рентгеноскопию

4) выявить туберкулезный контакт

49. Сколько долей выделяют анатомы в левом легком?

1) три

2) четыре

3) две

4) пять

50. Функционально-анатомической субъединицей легкого является

1) зона

2) отдел

3) сегмент

4) квадрант

51. Среди внутригрудных лимфатических узлов выделяют следующие группы:

1) медиальные, париетальные, костальные, диафрагмальные и др

2) подлопаточные, подключичные, подмышечные, кубитальные и др

3) подчелюстные, затылочные, паховые, подколенные и др

4) паратрахеальные,бронхопульмональные,бифуркационные и др

52. Самой большой дыхательной мышцей является

1) большая грудная мышца

2) широчайшая мышца спины

3) лестничная мышца

4) диафрагма

53. На каждую легочную артерию у человека приходится по

1) по одной легочной вене

2) по две легочных вены

3) по две бронхиальных вены

4) по одной паратрахеальной вене

54. Плевра - серозная оболочка окружающая легкие - представлена у человека

1) двумя листками - висцеральным и париетальным

2) тремя листками - диафрагмальным, костальным, медиастинальным

3) двумя листками - апикальным и базальным

4) двумя листками - грудным и брюшным

55. Наряду с функциями вентиляции и газообмена легкое также участвует в

1) теплообмене, водообмене, регуляции свертывания крови

2) аммониогенезе, хондрогенезе и репарации ран

3) остеосинтезе и ранней оссификации хрящей

4) образовании основной массы обученных Т-лимфоцитов

56. Выведение трахеобронхиального секрета обеспечивается в норме за счет

1) спонтанного дыхания.

2) мукоцилиарного транспорта

3) особенностей гемодинамики легкого

4) отрицательного давления на вдохе

57. В сосудах бассейна легочной артерии течет

1) венозная кровь

2) смешанная артерио-венозная кровь

3) кровь с высоким содержанием кислорода и углекислоты

4) кровь с высоким содержанием окиси углерода

58. Неспадаемость альвеол легкого обеспечивается за счет

1) хрящевой основы ее стенки

2) наличия сурфактанта

3) капиллярного давления в сосудах

4) отрицательного давления в плевральной полости

59. Связь между кровенаполнением сердца и объемом изгоняемой крови описывает закон

1) Бойля-Мариотта

2) Франка-Старлинга

3) Вотчала-Тиффно

4) Карпиловского-Гринчара

60. Систолическое давление в легочной артерии в норме равно

1) 50 мм рт.ст

2) 10 мм рт.ст

3) 25 мм рт.ст

4) 5 мм рт.ст

61. В системе бронхиальных артерий течет

1) смешанная кровь

2) артериальная кровь

3) кровь с высоким содержанием углекислоты

4) кровь с высоким содержанием окиси углерода

62. В условиях гипоксии сосуды легкого находятся в состоянии

1) гипоксической вазодилатации, ведущей к системной гипотонии

2) гипоксической вазоконстрикции, ведущей к легочной гипертонии

3) гипоксической адаптации, ведущей к нормализации давления

4) гипоксической вазоконстрикции, ведущей к коллапсу легкого

63. Гладкая мускулатура, способная вызывать бронхоспазм и реагировать на бронхолитики находится на уровне

1) гортани

2) трахеи

3) мелких бронхов и бронхиол

4) альвеол

64. Гипоксемией называется

1) снижение кислорода во вдыхаемом воздухе

2) снижение кислорода в альвеолах

3) снижение кислорода в крови

4) снижение кислорода на уровне бронхиол

65. Ацидозом принято называть

1) избыток лейкоцитов в периферической крови

2) смещение рH крови в кислую сторону

3) смещение рH крови в щелочную сторону

4) гиперкоагуляционный синдром

66. Аллергические реакции замедленного типа реализуются преимущественно с помощью

1) гуморальных механизмов

2) клеточных механизмов

3) макрофагов и нейтрофилов

4) гистамина

67. Микробы относятся к

1) животным

2) ракам

3) растениям

4) минералам

68. Микобактерии туберкулеза относятся к

1) грамположительным бактериям

2) грибам кандида

3) кислотоупорным актиномицетам

4) риккетсиям

69. Для лечения туберкулеза применяются

1) любые антибиотики широкого спектра действия

2) туберкулостатики и ряд антибиотиков широкого спектра

3) гормоны коры надпочеченика

4) туберкулостатики и сульфаниламиды широкого спектра действия

70. Препараты, основой действия которых является принцип "живое против живого", называются

1) антибиотиками

2) сульфаниламидами

3) нитрофуранами

4) иммуномодуляторами

71. Препараты, воздействующие непосредственно на возбудителя инфекционного заболевания, называются

1) патогенетическими

2) паллиативными

3) этиотропными

4) ксенобиотическими

72. Наиболее частым и нежелательным побочным действием антибиотиков при приеме их per os является

1) нейропатия

2) дисбактериоз

3) агранулоцитоз

4) синдром Лайела

73. Сигнатура - это та часть рецепта, где врач

1) указывает дозу лекарства

2) описывает способ и кратность применения лекарства

3) указывает название лекарства

4) описывает форму изготовления лекарства

74. При рестриктивных нарушениях проба Тиффно

1) снижена

2) увеличена

3) нормальная

75. Химической основой рентгеновского изображения является

1) восстановление серебра

2) осаждение серы

3) фиксация сажи на полимерной основе

4) окисление металла

76. Наиболее информативный метод диагностики костно-суставного туберкулеза это

1) туберкулиндиагностика

2) бактериологическое исследование

3) лабораторные анализы крови

4) рентгенологическое исследование

77. Основной путь проникновения микобактерий туберкулеза в орган зрения- это

1) лимфогенный

2) гематогенный , из первичного очага

3) гематогенный, в период бактериемии

4) контактный.

78. При туберкулезе периферических лимфатических узлов чаще поражается

1) подмышечная группа

2) шейная группа

3) паховая группа

4) подчелюстная группа

79. Специфический процесс при туберкулезном менингите локализуется преимущественно

1) в веществе головного мозга

2) в мозговых оболочках

3) в стволе головного мозга

80. Антон Павлович Чехов был известен как

1) врач м пианист

2) писатель и врач

3) поэт и композитор

4) врач и изобретатель

81. Наиболее эффективным методом лечения саркоидоза является

1) Кортикостероидная терапия

2) нестероидная терапия

3) цитостатическая терапия

4) лучевая терапия

82. Клиническая картина детского туберкулеза хорошо описана в произведениях

1) Джека Лондона

2) Роберта Стрита

3) Владимира Короленко

4) Михаила Лермонтова

83. Наиболее частой формой туберкулеза мочевой системы является

1) туберкулезный папиллит

2) фиброзно-кавернозная

3) кавернозная

4) паренхиматозная

84.Для верификации системных и злокачественных заболеваний лимфатических узлов обязательным методом диагностики является

1) рентгенотомография

2) бронхоскопия

3) пробная терапия

4) биопсия лимфатических узлов

85. Возбудителем острой пневмонии чаще бывают

1) пневмококки

2) стрептококки

3) кишечная палочка

4) палочка Фридлендера ( клебсиела )

86. Казеозная пневмония характеризуется

1) скудным выделением МБТ

2) обильным выделением МБТ

3) редким выделением МБТ

4) однократным выделением МБТ

87. Ранний и характерный клинический признак туберкулеза тазобедренного сустава

1) ограничение подвижности

2) боль в суставе при нагрузке

3) боль в суставе в покое

4) гиперемия и отечность кожи в области сустава

88. Основным методами выявления туберкулеза мочевой системы является

1) рентгенологический

2) бактериологический

3) туберкулиновые пробы

4) клинический

89. Клапанный спонтанный пневмоторакс требует

1) неотложной госпитализации больного

2) накзначения оксигенотерапии и сердечно-сосудистых средств

3) торакоцентеза

90. Вне зависимости от путей проникновения туберкулезной инфекции в организм чаще поражаются туберкулезом

1) органы дыхания

2) желудочно-кишечный тракт

3) мочевыделительные органы

4) кроветворение

91. Круглый инфильтрат характеризуется

1) отсутствием клинических проявлений

2) умеренно выраженными клиническими проявлениями

3) выраженными клиническими проявлениями

4) всем перечисленным

92. У туберкулемы во время ремиссии процесса контур чаще бывает

1) четкий

2) нечеткий

3) бугристый

93. Распределение очагов в легких при остром милиарном туберкулезе

1) равномерное

2) неравномерное

3) групповое

4) все перечисленным

94. При наличии уплотнения в легочной ткани перкуторный звук становится

1) тимпаническим

2) коробочным

3) притупленным

4) звонким

95. Нижняя граница правого легкого по среднеключичной линии соответствует

1) IV ребру

2) III ребру

3) II ребру

4) VI ребру

96. Нижняя граница левого легкого по лопаточной линии соответствует

1) V ребру

2) Х ребру

3) остистому отростку XII позвонка

4) VI ребру

97. При нарушении проходимости бронхов чаще встречается

1) экспираторная одышка

2) смешанная одышка

3) ортопное

4) одышка после еды

98. Дыхательный объем человека в покое составляет в среднем

1) 100 мл

2) 1500 мл

3) 2000 мл

4) 500 мл

99. У здоровых людей верхушки выступают над ключицами (при перкуссии)

1) на 1-2 см

2) на 8-10 см

3) на 3-4 см

4) 25-30 см

100. Бочкообразная грудная клетка, ногти - "часовые стекла", одышка - это частые признаки

1) пневмоторакса

2) плеврита

3) острого бронхита

4) эмфиземы легких

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Вариант 2**

1. У женщин чаще встречается

1) грудной тип дыхания

2) брюшной тип дыхания

3) смешанный тип дыхания

4) тахипноэ

2. Сужение просвета бронхов приводит к выслушиванию при аускультации

1) крепитации

2) сухих хрипов

3) амфорического дыхания

4) мелкопузырчатых хрипов

3. Боль в грудной клетке связанная с дыханием является частым признаком

1) бронхита

2) альеволита

3) плеврита

4) фарингита

4. Брюшной или диафрагмальный тип дыхания характерен для

1) женщин

2) детей младшего возраста

3) мужчин

4) беременных женщин

5. Частота дыханий здорового взрослого человека составляет в норме

1) 25-30 в 1 минуту

2) 16-20 в 1 минуту

3) 35-40 в 1 минуту

4) 6-10 в 1 минуту

6. Термин "легочное сердце" относится прежде всего к патологическим изменениям со стороны

1) легочной артерии и трикуспидального клапана

2) левого предсердия и митрального клапана

3) правого желудочка, предсердия и легочной артерии

4) аорты и левого желудочка

7. Визуально дыхательные пути можно осмотреть и взять биопсийные пробы при

1) томографии

2) реографии

3) бронхоскопии

4) рентгеноскопии

8. Основное показание к проведению ревакцинации БЦЖ - это

1) положительная реакция Манту с 2 ТЕ

2) отрицательная реакция Манту с 2 ТЕ

3) сомнительная реакция Манту с 2 ТЕ

4) контакт с больным туберкулезом

9. Среди инфекционных заболеваний туберкулез, как причина, приведшая к летальному исходу, занимает место

1) 1-е

2) 5-е

3) 6-е

4) 8-е

10. Вакцинация и ревакцинация БЦЖ осуществляется

1) работниками общей медицинской сети

2) работниками СЭС

3) врачами фтизиопедиатрами

4) врачами фтизиатрами

11. После правильно проведенной вакцинации и ревакцинации БЦЖ на коже остается

1) пятно

2) рубец

3) звездчатый рубец

4) келлоидный рубец

12. После вакцинации БЦЖ при наличии в семье больного туберкулезом ребенок изолируется на

1) 1 месяца

2) 2 месяца

3) 5 месяцев

4) 1 год

13. Массовую туберкулинодиагностику среди детей следует проводить

1) 1 раз в 6 месяцев

2) 1 раз в 1 год

3) 4 раза в 1 год

4) 1 раз в два года

14. Проведение массовой туберкулинодиагностики осуществляется

1) общей педиатрической сетью

2) противотуберкулезным диспансером

3) противотуберкулезным стационаром

4) санэпидемиологической службой

15. Проба Тиффно в норме составляет ЖЕЛ

1) 50%

2) 60%

3) 70%

4) 80%

16. Современная отечественная классификация туберкулеза построена на принципе

1) клиническом

2) морфологическом

3) клинико-рентгенологическом

4) клинико-иммунологическом

17. Ацинус дренируется

1) бронхом 12-го порядка

2) мембранным бронхом

3) терминальной бронхиолой

4) респираторной бронхиолой

18. Наибольшую роль в эпидемиологии и клинике туберкулеза человека играют

1) микобактерии птичьего вида

2) микобактерии человеческого вида

3) атипичные микобактерии

4) микобактерии бычьего вида

19. Следующая патология эндокринной системы отрицательно влияет на течение туберкулезного процесса

1) тиреотоксикоз

2) кортико-адреналовая недостаточность - аддисонизм

3) диабет

4) акромегалия

20. Основная защита альвеолы от повреждающих ее агентов осуществляется

1) удалением их с фазами дыхательных движений

2) удалением ресничками мерцательного эпителия

3) фагоцитозом нейтрофилами

4) фагоцитозом альвеолярными макрофагами

21. Сцинтиграфия легких с изотопами позволяет уточнить состояние

1) мелких сосудов легких

2) крупных сосудов легких

3) мелких и крупных сосудов легких

4) капиллярного кровотока легких

22. Клинически малосимптомно и без изменений, выявляемых с помощью физических методов исследования, протекает

1) очаговый туберкулез легких

2) диссеминированный туберкулез

3) фиброзно-кавернозный туберкулез

4) цирротический туберкулез

23. Рентгенологическое исследование при заболеваниях органов дыхания следует начинать с

1) рентгеноскопии в различных проекциях

2) обзорной рентгенографии в прямой и боковой проекциях

3) томографии легких в прямой и боковой проекциях

4) томографии средостения в прямой и боковой проекциях

24. Так называемый "первичный туберкулезный комплекс" чаще наблюдается на территориях

1) с высокой заболеваемостью туберкулезом

2) со средним уровнем заболеваемости туберкулезом

3) с низким уровнем заболеваемости туберкулезом

4) с любым уровнем заболеваемости туберкулезом

25. Для определения наддиафрагмального свободного выпота необходимо сделать рентгенограмму грудной полости

1) в ортопозиции

2) в боковой позиции

3) в латеропозиции

4) на выдохе

26. Самые частые пути заноса инфекции при туберкулезе ротоглоткии верхних дыхательных путей - это

1) контактный и лимфогенный

2) лимфогенный и гематогенный

3) контактный и спутогенный (интраканаликулярный)

4) спутогенный (интраканаликулярный) и гематогенный

27. Комплекс симптомов: кашель, кровохарканье, лихорадка, утомляемость, похудание - наиболее характерен

1) для туберкулемы легкого

2) для периферического рака

3) для того, и другого

4) ни для того, и ни для другого

28. При кавернозном туберкулезе бактериовыделение

1) массивное и постоянное

2) скудное и непостоянное

3) отсутствует

4) закономерности не выявляется

29. Самым частым специфическим осложнением фиброзно-кавернозного туберкулеза легких являются

1) туберкулез крупного бронха (главного, долевого)

2) туберкулез кишечника

3) казеозная пневмония

4) милиарный туберкулез, туберкулезный менингит

30. Больные с установленным диагнозом цирротического туберкулеза наблюдаются диспансером по

1) I группе учета

2) III группе учета

3) VII группе учета

4) 0 группе учета

31. Пациенты с посттуберкулезными изменениями в грудной клетке должны наблюдаться в диспансере

1) I группе

2) II группе

3) III группе

4) VII группе

32. Для неосложненного первичного комплекса наиболее характерен

1) сухой кашель

2) влажный кашель

3) боли в груди

4) синдром интоксикации

33. При гематогенно-диссеминированной форме туберкулеза легких в первую очередь поражаются

1) межуточная ткань

2) паренхима

3) бронхи

4) плевра

34. В основу классификации клинико-рентгенологических вариантов инфильтратов положено

1) поражение бронха

2) степень выраженности специфич.воспален.,распространенности

3) наличие ателектатических изменений

4) клинические проявления болезни

35. Для верификации диагноза при шаровидной тени, локализующейся в глубине сегмента легкого, целесообразно применять

1) трансторакальную игловую биопсию легкого

2) трансторакальную щипцовую биопсию

3) бронхоскопию с катетербиопсией

4) открытую биопсию легкого

36. Фиброзно-кавернозный туберкулез редко формируется из

1) инфильтративного туберкулеза

2) туберкулемы легкого

3) диссеминированного туберкулеза

4) туберкулеза бронхов (как формы туберкулеза)

37. Самым редким специфическим осложнением фиброзно-кавернозного туберкулеза легких являются

1) туберкулез гортани

2) туберкулез кишечника

3) казеозная пневмония

4) милиарный туберкулез, туберкулезный менингит

38. Наиболее частой причиной смерти больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких является

1) легочно-сердечная недостаточность

2) прогрессирование легочного туберкулеза

3) легочное кровотечение и амилоидоз внутренних органов

4) серьезное сопутствующее заб.(инфаркт миокарда, рак и т.д.)

39. Больные с установленным диагнозом посттуберкулезного пневмоцирроза наблюдаются диспансером по

1) I группе учета

2) II и III группе учета

3) 0 группе учета

4) VII группе учета

40. К прямым признакам активности туберкулезных изменений легких относятся

1) бацилловыделения

2) изменения в гемограмме

3) аускультативные изменения в легких

4) динамика изменений на рентгенограмме в процессе наблюдения

41. Кальцинаты в лимфатических узлах при заживлении первичного туберкулезного комплекса

1) формируются всегда

2) не формируются

3) формируются в порядке исключения

4) формируются при выраженном казеозном некрозе

42. Наиболее частыми локализациями патологического процесса при остром милиарном туберкулезе являются

1) легкие и печень

2) печень и селезенка

3) селезенка и почки

4) почки и оболочки головного мозга

43. Лобулярный инфильтрат характеризуется

1) отсутствием клинических проявлений заболевания

2) умеренно выраженными и непродолжительными клинич.симптомами

3) наличием симптомов локального бронхита

4) наличием влажных хрипов в легком

44. При эффективном лечении лобита чаще формируется

1) участок пневмосклероза

2) участок пневмосклероза с очагами

3) туберкулема

4) цирроз

45. Для верификации диагноза при шаровидной тени, локализующейся субплеврально, целесообразно применять

1) трансторакальную игловую биопсию легкого

2) бронхоскопию с прямой биопсией

3) катетербиопсию

4) медиастиноскопию с биопсией

46. Самым частым неспецифическим осложнением при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких является

1) дыхательная недостаточность

2) хроническое легочное сердце

3) легочная геморрагия

4) амилоидоз внутренних органов

47. Самым частым неспецифическим осложнением, приводящим больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких к смерти, является

1) легочно-сердечная недостаточность

2) легочное кровотечение

3) амилоидоз органов

4) истощение

48. Казеозная пневмония характеризуется

1) скудным выделением МБТ

2) обильным выделением МБТ

3) редким выделением МБТ

4) однократным выделением МБТ

49. В понятие "начальные проявления первичной туберкулезной инфекции" входит

1) инфицирование микобактериями туберкулеза

2) "малые формы" первичного туберкулеза

3) параспецифические реакции, туберкулезная интоксикация

4) ранний период первичной туб.инфекции, туб.интоксикация

50. Очаги бронхогенного обсеменения при адекватном лечении чаще всего

1) полностью рассасываются

2) переходят в ограниченный фиброз

3) переходят в пневмосклероз

4) подвергаются обызвествлению

51. Основной принцип лечения туберкулеза бронхов

1) общее лечение

2) местное лечение

3) сочетанное лечение

4) лечение осложнений

52. Наиболее типичным морфологическим изменением при туберкулезе внутригрудных лимфоузлов в активной фазе является

1) перифокальное воспаление

2) гиперплазия лимфаденоидной ткани

3) казеозный некроз

4) кальцинация

53. Для верификации системных и злокачественных заболеваний лимфатических узлов обязательным методом диагностики является

1) бронхоскопия

2) функциональные пробы

3) пробная терапия

4) биопсия лимфатических узлов

54. Пороки развития бронхолегочной системы и хронической пневмонии удается обычно отличить от туберкулеза с помощью

1) данных физического обследования больного

2) контрастных методов исследования

3) трахеобронхоскопии

4) иммунологического исследования

55. Туберкулез при диффузных болезнях соединительной ткани в основном развивается в связи с

1) применением глюкокортикоидных гормонов

2) хроническим течением этих болезней

3) плохой переносимостью многих болезней

4) нарушением белкового обмена

56. Число бронхиальных генераций у взрослых составляют

1) 10

2) 17

3) 24

4) 30

57. При затяжной и рецидивирующей пневмонии у мужчин старше 40 лет необходимо в первую очередь исключить

1) туберкулез легких

2) рак легких

3) гипостатическую пневмонию

4) хроническую пневмонию

58. Наиболее информативным методом исследования при тромбоэмболи и легочной артерии является

1) рентгенологический

2) электрокардиографический

3) сканирование легких с помощью радионуклидов

4) зондирование малого круга кровообращения

59. В России первичным раком легкого заболевают

1) 3 на 100 000 населения

2) 30 на 100 000 населения

3) 300 на 100 000 населения

4) 500 на 100 000 населения

60. Опухоль в легком размере в 4 см может быть определена как

1) Т1

2) Т2

3) Т3

4) Т4

61. При терапии легочного кандидомикоза следует отдать предпочтение

1) леворину

2) амфотерицину В

3) гентамицину

4) существенной разницы нет

62. Основной причиной бронхиальной обструкции при бронхиальной астме является

1) отек слизистой бронхов

2) закрытие просвета бронхов вязкой секреции

3) спадение мелких бронхов на выходе

4) все приведенные выше

63. Функция коры надпочечников у больных саркоидозом

1) сохранена

2) снижена

3) повышена

4) не изменена

64. При лечении экзогенного аллергического альвеолита следует рекомендовать

1) введение глюкокортикостероидных гормонов

2) введение антиоксидантов

3) прекращение контакта с повреждающим агентом

4) введение глюкокортикостероидн. гормонов,элиминацию аллергена

65. Рак легкого чаще наблюдается у больных, страдающих

1) диабетом

2) язвенной болезнью желудка и кишечника

3) хроническим неспецифическим заболеванием легких и туб-зом

4) бронхиальной астмой

66. Тень опухолевого узла удается без труда дифференцировать с туберкулемой легкого при его размере около

1) 2 см

2) 3 см

3) 4 см

4) 5-6 см

67. После рождения ребенка развитие бронхо-легочного аппарата продолжается до

1) 1 года

2) 3 лет

3) 5 лет

4) 8 лет

68. Если не установлена этиология острой пневмонии, то начинать лечение надо

1) стрептомицином

2) пенициллином

3) тетрациклином

4) сульфаниламидными препаратами

69. Решающая роль в дифференциальной диагностике абсцесса легкого от туберкулеза и полостной формы рака легкого принадлежит

1) клиническому методу исследования

2) рентгенологическому методу исследования

3) бронхоскопии

4) биопсии

70. Кокцидиоидоз относится к

1) паразитарным заболеваниям

2) грибковым заболеваниям

3) вирусным заболеваниям

4) бактериальной инфекции

71. Полость распада в раковом узле появляется при

1) размере опухоли от 2 до 4 см

2) размере опухоли от 4 до 6 см

3) размере опухоли от 6 см и более

4) любом размере опухоли

72. Рак легкого, поражающий только стенку сегментарного бронха, соответствует

1) Т1

2) Т2

3) Т3

4) Т4}

73. Возбудителем острой пневмонии чаще бывают

1) пневмококки

2) стрептококки

3) стафилококки

4) палочка Фридлендера (клебсиелла)

74. Кандидомикоз относится к

1) паразитарным заболеваниям

2) бактериальным заболеваниям

3) вирусным заболеваниям

4) грибковым заболеваниям}

75. Токсоплазмоз относится к

1) бактериальным инфекциям

2) вирусным инфекциям

3) грибковым заболеваниям

4) паразитарным заболеваниям

76. Основным патогенетическим механизмом развития астматического статуса является

1) бронхоспазм

2) отек слизистой бронхов

3) генерализованная закупорка просвета бронхов вязким секретом

4) спадение мелких бронхов на выдохе

77. Основным путем распространения туберкулезной инфекции на мочеполовую систему является

1) контактный

2) гематогенный

3) лимфогенный

4) интракалликулярный

78. Наиболее частой формой туберкулеза мочевой системы является

1) туберкулезный папиллит

2) фиброзно-кавернозная

3) кавернозная

4) паренхиматозная (туберкулез почечной паренхимы)

79. Основной путь проникновения микобактерий туберкулеза в кости и суставы - это

1) лимфогенный, из внутригрудных лимфатических узлов

2) лимфогенный, из очага в легочной ткани

3) гематогенный

4) контактный, при переходе инфекции с мягких тканей на костную

80. Наиболее частая локализация процесса туберкулеза глаз - это

1) туберкулезный кератит и склерит

2) туберкулезный иридоциклит

3) туберкулезный увеит

4) туберкулезный хориоретинит

81. Заболевшие мочеполовым туберкулезом наблюдаются по группе учета

1) V группе

2) I группе

3) II группе

4) IVаб группе учета

82. Уменьшение вдвое суточной дозы препаратов больным со сниженной функцией почек или единственной почки обусловлено

1) кумуляцией препаратов,риском возникновения токсичес.действия

2) риском появления аллергических реакций

3) и тем, и другим

4) ни тем, ни другим

83. Наиболее характерный клинический симптом болезни при туберкулезном поражении глаз - это

1) боль и зуд в глазу

2) снижение зрения

3) гиперемия склер

4) чувство давления на глаз

84. При наличии у инфицированного туберкулезом ребенка снижения зрения и боли в глазу фтизиопедиатр должен

1) направить ребенка к фтизио-окулисту

2) направить к окулисту

3) поставить туберкулиновые пробы

4) провести рентген.обследование органов грудной клетки,черепа

85. Длительность коллапсотерапии в эру химиотерапии туберкулеза обычно не превышает

1) 2 месяцев

2) 4-6 месяцев

3) 12 месяцев

4) 16-18 месяцев

86. Функциональная адаптация дыхания и гемодинамики у больного, перенесшего лобэктомию, обычно наступает в пределах после операции

1) 2-3 месяцев

2) 3-4 месяцев

3) 6 месяцев

4) 10-12 месяцев

87. При возникновении периферического полиневрита в результате химиотерапии наиболее целесообразно назначение

1) тиамина

2) рибофлавина

3) пиридоксина

4) пантотеновой кислоты

88. Однократное внутривенное введение эуфиллина дает бронхорасширительный эффект длительностью до

1) 2 часов

2) 4 часов

3) 6 часов

4) 12 часов

89. Основные клинические симптомы спонтанного пневмоторакса - - это

1) лихорадка, кашель с мокротой, боли в груди и одышка

2) боли в груди и одышка

3) лихорадка, сухой надсадный кашель, боли в груди

4) боли в груди, затрудненное дыхание, кашель с мокротой

90. Методика лечения глюкокортикоидными гормонами зависит от

1) характера воспалительных реакций

2) показаний для назначения гормонов

3) возраста больного

4) наличия относительных противопоказаний

91. При выявлении кохлеарного неврита в результате химиотерапии наиболее целесообразно назначение

1) тиамина

2) рибофлавина

3) пиридоксина

4) пантотеновой кислоты

92. Функциональная адаптация дыхания и гемодинамики у больного, перенесшего сегментарную резекцию легкого, обычно наступает в пределах после операции

1) 1 месяца

2) 2-3 месяцев

3) 6 месяцев

4) 10-12 месяцев

93. При туберкулезе с преобладанием экссудативного воспаления глюкокортикоидную терапию следует назначить

1) с минимальной дозы и затем постепенно ее увеличивать

2) с максимально показан. дозы и затем постепенно ее уменьшать

3) со средней дозы и затем постепенно ее увеличивать

4) с любой дозы

94. С целью устранения витаминной недостаточности и профилактики ее нарастания наиболее целесообразно назначение

1) никотинамида и пиридоксина

2) пантотеновой кислоты и ретинола

3) аскорбиновой кислоты и пиридоксина

4) комплекса витаминов в сбалансированных соотношениях

95. При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место в следующей системе

1) сердечно-сосудистой системе

2) системе органов кроветворения

3) пищеварительной системе

4) иммунной системе

96. Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является

1) тошнота и рвота

2) лейкопения

3) выпадение волос

4) жидкий стул

97. Мероприятием, которое нужно проводить по предупреждению медицинского облучения плода на начальных сроках беременности, является

1) производить рентген в первые 10 дней менструального цикла

2) производить рентген во второй половине менструального цикла

3) не использовать флюорографию у женщин детородного возраста

4) перед рентгеном направить женщину на осмотр к гинекологу

98. Степень тяжести лучевого поражения определяется:

1) содержанием радионуклидов на месте облучения

2) количеством "горячих" частиц в легких

3) количеством радионуклидов в организме

4) степенью угнетения кроветворения

99. Пороговая доза для развития острой лучевой болезни составляет:

1) 0.5 Грей

2) 1 Грей

3) 3 Грей

4) 4 Грей

100. Наиболее ранними изменениями клинического анализа крови при острой лучевой болезни является уменьшение содержания следующих элементов:

1) лейкоцитов

2) нейтрофилов

3) лимфоцитов

4) тромбоцитов

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Вариант 3**

1. Минимальная доза излучения, вызывающая развитие хронической лучевой болезни, составляет

1) 1.5 Грей

2) 1 Грей

3) 0.5 Грей

4) любая

2. Единица поглощенной дозы

1) Грей

2) Рентген

3) Кюри

4) Бэр

3. Туберкулезный горб обнаружен у человека, который жил во времена:

1) первобытно-общинного строя

2) каменного века

3) медного века

4) средневековья

4. Термин «туберкулез» был введен в медицину:

1) Я.Сильвиусом

2) Р.Мортоном

3) Р.Лаэннеком и Шенлейном

4) Ю.Конгеймом и Б.Вильменом

5. Одним из первых инфекционную природу туберкулеза предположил:

1) Гален

2) Гиппократ

3) Р.Кох

4) Б.Вильмен

6. Инфекционная природа туберкулеза была научно доказана:

1) Б.Вильменом

2) Р.Мортоном

3) Р.Кохом

4) Я.Сильвиусом

7. Среди факторов, способствующих развитию туберкулеза, Кох особенно подчеркивал роль:

1) ВИЧ-инфекции

2) применения гормональных препаратов

3) социального неблагополучия

4) табакокурения

8. В процессе работы с культурой микобактерий туберкулеза (МБТ) Кохом был создан:

1) стрептомицин

2) туберкулин

3) кахектин

4) фрагмент 16s РРНК

9. Принципиальная возможность использования туберкулина для обнаружения присутствия МБТ в организме человека была доказана:

1) Ш.Манту

2) К.Пирке

3) А.Гоном

4) Р.Кохом

10. Принципиальные изменения в представления о патогенезе туберкулеза были внесены:

1) Н.Аничковым

2) А.Абрикосовым

3) Ф.Менделем

4) И.Давыдовским

11. Внутрикожная туберкулиновая проба разработана:

1) К.Пирке

2) Ш.Манту и Ф.Менделем

3) Р.Кохом

4) А.Кальметом и К.Гереном

12. Противотуберкулезная вакцина была создана и апробирована:

1) А.Кальметом и К.Гереном 1921 г. во Франции

2) Ш.Манту и Ф.Менделем в 1910 г. в Швейцарии

3) Ф.Цилем и Ф.Нельсеном в 1982-1984 г. в Швеции

4) В.Рентгеном в 1895 г. в Германии

13. Первый патогенетически обоснованный и эффективный метод лечения туберкулеза легких предложил:

1) Р.Кох

2) К.Форланини

3) А.Рубель

4) Ф.Мендель

14. Первый эффективно действующий на МБТ лекарственный препарат был получен:

1) Р.Кохом

2) А.Рубелем

3) С.Ваксманом

4) Ф.Менделем

15. Первой страной, в которой был организован противотуберкулезный диспансер, стала:

1) Франция

2) Англия

3) Италия

4) Швейцария

16. Год создания всероссийской лиги борьбы с туберкулезом:

1) 1900

2) 1910

3) 1915

4) 1920

17. Год создания первого НИИ туберкулеза в России:

1) 1918

2) 1928

3) 1938

4) 1958

18. Регулярным печатным органом всероссийского общества фтизиатров является журнал:

1) пульмонология

2) проблемы туберкулеза

3) туберкулез и болезни легких

4) вопросы туберкулеза

19. Туберкулез у человека чаще вызывают:

1) м. Bovis

2) м. TubercuLosis

3) м. Fortunatum

4) м. Avium-intracellulare

20. Нетуберкулезные микобактерии могут вызвать у человека:

1) псевдотуберкулез

2) микобактериоз

3) вторичный туберкулез

4) диссеминированный туберкулез

21. М. Bovis чаще выявляют у заболевших туберкулезом жителей:

1) сельской местности

2) высокогорной местности

3) городов, расположенных на морском побережье

4) населенных пунктов, расположенных в сейсмоопасных районах

22. Внелегочный туберкулез чаще отмечают у людей, инфицированных:

1) м. TubercuLosis

2) м. Bovis

3) м. Fortunatum

4) м. Avium-intracellularе

23. Микобактериозы чаще диагностируют у больных:

1) сахарным диабетом

2) ВИЧ-инфекцией

3) хроническим бронхитом

4) алкоголизмом

24. Полная расшифровка генома МБТ - крупное научное достижение:

1) начала IX века

2) начала XX века

3) конца XX века

4) начала XXI века

25. МБТ нельзя считать бациллами, потому что:

1) они имеют примитивное ядро - без оболочки

2) форма МБТ палочковидная

3) в их цитоплазме отсутствует аппарат Гольджи

4) они не образуют спор

26. Микрокапсула МБТ имеет:

1) 2-3 слоя

2) 3-4 слоя

3) 4-5 слоев

4) 5-6 слоев

27. Микрокапсула МБТ обладает:

1) липидным составом

2) высокой токсичностью для человека

3) высокой серологической активностью

4) слабой связью со стенкой МБТ

28. В состав клеточной стенки МБТ входят:

1) ДНК

2) фосфолипиды

3) соли кальция

4) соли аморфных фосфатов

29. Формирование лекарственной устойчивости у МБТ сопровождается:

1) утолщением клеточной стенки

2) истончением клеточной стенки

3) принципиальным изменением состава клеточной стенки

4) нестабильностью структуры клеточной стенки

30. Корд-фактор МБТ - это:

1) оболочка ядерной субстанции

2) ядрышко ядерной субстанции

3) компонент клеточной стенки

4) фрагмент мезосомы

31. Цитоплазма МБТ содержит:

1) митохондрии

2) лизосомы

3) аппарат гольджи

4) микрогранулы

32. Степень родства МБТ позволяет оценить детальное исследование:

1) микрокапсулы

2) корд-фактора

3) РРНК микрогранул

4) митохондрий цитоплазмы

33. Ядерная субстанция МБТ обеспечивает:

1) стабильность размеров и формы возбудителя туберкулеза

2) осмотическую защиту

3) передачу наследственных признаков

4) индукцию воспалительной реакции

34. Внутриплазматическая мембранная система МБТ называется:

1) фагосомой

2) лизосомой

3) мезосомой

4) эндосомой

35. Носителями антигенных свойств МБТ являются:

1) липиды оболочки ядра

2) туберкулопротеиды

3) полисахариды клеточной стенки

4) липиды микрокапсулы

36. Размножение МБТ происходит преимущественно:

1) почкованием

2) путем простого деления

3) ветвлением

4) путем простого деления и ветвлением

37. МБТ погибают при воздействии прямого солнечного света в течение:

1) 1,5 ч

2) 5,5 ч

3) 7,5 ч

4) 10 ч

38. При культивировании первые признаки роста МБТ макроскопически обычно обнаруживают по истечении:

1) 3-5 сут

2) 5-10 сут

3) 5-20 сут

4) 5-30 сут

39. Появление нитевидных, актиномицетных, зернистых и кокковидных форм МБТ обусловлено:

1) преобладанием в бактериальной популяции штаммов, устойчивых к лекарствам

2) ускоренным ростом бактериальной популяции

3) длительной внутриклеточной локализацией возбудителей

4) воздействием на возбудителя неблагоприятных факторов

40. Устойчивость МБТ к противотуберкулезным препаратам отличается высоким уровнем полиморфизма и доминантно наследуется при мутациях ДНК:

1) мезосомы

2) микросомы

3) плазмид

4) митохондрий

41. «Молекулярными часами» эволюции часто называют:

1) РРНК

2) корд-фактор

3) ДНК хромосом

4) РНК плазмид

42. Осмотическую защиту МБТ в основном обеспечивает:

1) микросома

2) плазмиды

3) цитоплазматическая мембрана цитоплазмы

4) клеточная стенка

43. В индукции тканевой гиперчувствительности замедленного типа к МБТ непосредственно участвуют:

1) микросомы

2) 16s РРНК

3) компоненты клеточной стенки

4) компоненты цитоплазматической мембраны

44. Воздействие специфических химиопрепаратов на МБТ способствует:

1) появлению L-форм микобактерий

2) увеличению числа внеклеточно расположенных штаммов

3) повышению способности МБТ к простому делению

4) повышению способности МБТ к почкованию

45. Фактор вирулентности МБТ называют:

1) фактором изменчивости

2) фактором некроза опухоли;

3) корд-фактором

4) фактором проницаемости

46. Основное действующее вещество в корд-факторе:

1) АТФ-положительные протоны

2) гликолипид-6,6-димиколат трегалозы

3) РРНК

4) О2-фиксирующий белок

47. Основной путь проникновения МБТ в организм человека:

1) контактный

2) трансмиссивный

3) внутриутробный

4) аэрогенный

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

1) первичный и вторичный

2) инкубационный и период клинических проявлений

3) начальный, развернутый и завершающий

4) доклинический и клинический

49. Характер ответной реакции на первое проникновение вирулентных МБТ определяется:

1) путем проникновения микобактерий

2) генотипом и реактивностью макроорганизма

3) входными воротами инфекции

4) биологическим возрастом возбудителя

50. При первичном инфицировании МБТ вероятность развития заболевания особенно велика в течение первых:

1) 2 лет

2) 3 лет

3) 5 лет

4) 6 лет

51. Ранний период первичной туберкулезной инфекции начинается с момента первичного инфицирования вирулентными МБТ и продолжается:

1) 1 год

2) 3 года

3) 4 года

4) 5 лет

52. Люди с латентной туберкулезной инфекцией:

1) обычно предъявляют жалобы в связи с наличием туберкулезной интоксикации

2) нуждаются в лечении в условиях стационара

3) не имеют клинических признаков туберкулеза и не выделяют МБТ в окружающую среду

4) не имеют клинических признаков туберкулеза, однако эпизодически выделяют МБТ

53. Мукоцилиарный клиренс позволяет:

1) задерживать в верхних дыхательных путях и элиминировать содержащие МБТ частицы размером менее 5 мк

2) разрушать МБТ в частицах размерами 5-10 мк

3) задерживать в верхних дыхательных путях и элиминировать содержащие МБТ частицы размером 5-10 мк

4) задерживать все частицы с МБТ независимо от их размера в верхних дыхательных путях, препятствуя их проникновению в альвеолы

54. В условиях незавершенного фагоцитоза МБТ:

1) не фиксируются на поверхности макрофага

2) не поглощаются макрофагом

3) не разрушаются макрофагои

4) не могут вызвать ответной серологической реакции

55. Латентный микробизм ярко проявляется на этапе:

1) симбиоза МБТ и макроорганизма

2) формирования клеточного иммунитета

3) развития гиперчувствительности замедленного типа к МБТ

4) прогрессирования и развития клинических симптомов туберкулеза

56. Первичная облигатная (обязательная) бактериемия обычно возникает на этапе:

1) инфицирования МБТ

2) симбиоза МБТ и макроорганизма

3) развития гиперчувствительности замедленного типа к МБТ

4) прогрессирования и развития клинических симптомов туберкулеза

57. Появление гиперчувствительности замедленного типа к МБТ обусловлено:

1) повышением чувствительности клеточных мембран к туберкулопротеидам

2) появлением опсонизирующих антител

3) повышением чувствительности клеточных мембран к полисахаридам МБТ

4) появлением макрофагов с повышенным бактерицидным потенциалом

58. Возникновение клеточного противотуберкулезного иммунитета связано с появлением:

1) нейтрализующих антител

2) L-форм МБТ

3) макрофагов с повышенным бактерицидным потенциалом

4) повышенной чувствительности клеточных мембран к полисахаридам МБТ

59. Появление и накопление в крови противотуберкулезных антител:

1) существенно повышают устойчивость макроорганизма к МБТ

2) практически не влияют на устойчивость макроорганизма к МБТ

3) являются типичным проявлением латентного микробизма

4) указывают на развитие первичной облигатной бактериемии

60. Первичный период туберкулезной инфекции:

1) развивается только у невакцинированных БЦЖ лиц при первичном инфицировании МБТ

2) отличается прогрессирующим течением

3) чаще протекает как латентная туберкулезная инфекция

4) часто завершается развитием первичного туберкулеза

61. Диссеминированный туберкулез:

1) развивается только у вакцинированных БЦЖ людей

2) возникает в условиях гиперсенсибилизации сосудистой и нервной системы

3) развивается при фрагментации и рассасывании остаточных изменений, сформировавшихся в исходе первичного периода туберкулезной инфекции

4) обычно протекает благоприятно и заканчивается самоизлечением

62. Вторичный период туберкулезной инфекции:

1) возникает в условиях гиперсенсибилизации сосудистой и нервной системы

2) редко поражает органы дыхания

3) связан с повторным экзогенным инфицированием МБТ и эндогенной реактивацией туберкулезной инфекции

4) обычно протекает благоприятно и заканчивается самоизлечением

63. Необходимое условие для формирования естественного противотуберкулезного иммунитета:

1) инфицирование МБТ

2) вакцинация и ревакцинация БЦЖ

3) превентивное лечение

4) регулярная туберкулинодиагностика

64. Естественный нестерильный противотуберкулезный иммунитет обычно сохраняется:

1) 1-5 лет

2) 5-10 лет

3) 10-15 лет

4) в течение всей жизни

65. Отличительным компонентом туберкулезной гранулемы являются:

1) лимфоциты

2) казеозные массы

3) эпителиоидные клетки

4) плазматические клетки

66. В туберкулезной гранулеме редко обнаруживают:

1) гигантские клетки Пирогова-Лангханса

2) эпителиоидные клетки;

3) лимфоциты

4) эозинофилы

67. Образование деструкции в зоне туберкулезного поражения чаще обусловлено:

1) ранним созреванием коллагеновых волокон

2) преобладанием продуктивной тканевой реакции

3) преобладанием некротической тканевой реакции

4) преобладанием экссудативной тканевой реакции

68. Биологическое излечение туберкулеза наступает в случае:

1) выведения всех МБТ из организма

2) внутриклеточной локализации МБТ

3) прекращения роста МБТ

4) инкапсуляции МБТ в остаточных изменениях

69. Клиническое излечение туберкулеза предполагает:

1) временное прекращение роста бактериальной популяции

2) появление устойчивых к лекарствам штаммов МБТ

3) трансформацию части МБТ в L-формы с инкапсуляцией в остаточных изменениях

4) постепенное исчезновение клеточного иммунитета к МБТ

70. При распространении туберкулезной инфекции среди людей заболевает туберкулезом:

1) 1 из 10 инфицированных

2) 1 из 20 инфицированных

3) 1 из 30 инфицированных

4) 1 из 50 инфицированных

71. По данным ВОЗ, на земле инфицированы МБТ:

1) 2 млрд человек

2) 3 млрд человек

3) 4 млрд человек

4) 5 млрд человек

72. Основным опасным для людей источником МБТ являются:

1) инфицированные МБТ люди

2) больные туберкулезом легких

3) больные туберкулезом животные

4) инфицированные МБТ животные

73. Больные туберкулезом особенно часто встречаются среди жителей:

1) восточной Европы

2) латинской Америки

3) средиземноморья

4) юго-восточной Азии

74. Один нелеченный заразный больной туберкулезом за год обычно инфицирует примерно:

1) 10 человек

2) 20 человек

3) 30 человек

4) 50 человек

75. Высокая частота туберкулезного менингита среди детей косвенно подтверждает:

1) недостаточное применение противотуберкулезной вакцинации у новорожденных

2) плохую организацию туберкулинодиагностики

3) несоблюдение правил личной гигиены работниками детских учреждений

4) большую распространенность L-форм МБТ

76. Выявление первичных абдоминальных форм среди детей косвенно подтверждает:

1) недостаточное применение противотуберкулезной вакцинации

2) большую распространенность туберкулеза среди крупного рогатого скота

3) несоблюдение правил личной гигиены работниками детских учреждений

4) большую распространенность L-форм МБТ

77. На вероятность заболевания туберкулезом практически не влияет:

1) курение табака

2) исключение из рациона питания полноценного жира и белка животного происхождения

3) злоупотребление продуктами с повышенным содержанием холестерина

4) беременность

78. Туберкулезом чаще болеют:

1) мужчины

2) подростки

3) дети

4) женщины

79. Туберкулез чаще встречается среди работников:

1) коммунальной службы

2) общественного транспорта

3) общественного питания

4) пенитенциарных учреждений

80. Туберкулез чаще развивается на фоне:

1) ВИЧ-инфекции

2) дисбактериоза

3) тиреотоксикоза

4) вегетососудистой дистонии

81. При ежегодной оценке эпидемиологической ситуации определяют общее число больных активным туберкулезом на 100 тыс. населения. Эти данные отражает показатель:

1) заболеваемости

2) распространенности

3) смертности

4) инфицированности

82. При ежегодной оценке эпидемиологической ситуации определяют число впервые выявленных больных туберкулезом на 100 тыс. населения. Эти данные отражает показатель:

1) заболеваемости

2) распространенности

3) летальности

4) инфицированности

83. Общий резервуар туберкулезной инфекции среди людей позволяет оценить показатель:

1) заболеваемости

2) распространенности

3) летальности

4) инфицированности

84. Распространение туберкулезной инфекции среди людей отражает показатель:

1) распространенности

2) смертности

3) летальности

4) инфицированности

85. При прочих равных условиях вероятность заболеть туберкулезом особенно велика, если контакт с больным туберкулезом:

1) эпизодический

2) семейный

3) производственный

4) повторный

86. Среди социально-неблагополучных граждан особенно часто заболевают туберкулезом:

1) вынужденные переселенцы

2) страдающие алкоголизмом

3) находящиеся в местах лишения свободы

4) безработные

87. Условно ситуацию по туберкулезу считают относительно благополучной, если показатель заболеваемости не превышает:

1) 10

2) 20

3) 30

4) 50

88. Ежегодный риск инфицирования # показатель, который при ежегодной оценке эпидемической ситуации отражает процент лиц:

1) с сомнительной реакцией на туберкулин

2) впервые инфицированных МБТ

3) не прошедших плановую туберкулинодиагностику

4) с гиперергической реакцией к туберкулину

89. Опасным для человека источником МБТ являются больные туберкулезом:

1) кошки и собаки

2) домашние куры, утки, гуси

3) коровы и козы

4) дикие животные

90. Среди инфекционных заболеваний туберкулез как причина смерти у взрослых занимает:

1) 1-е место

2) 3-е место

3) 5-е место

4) 10-е место

91. Среди основных причин смерти людей туберкулез занимает:

1) 1-е место

2) 5-е место

3) 7-е место

4) 10-е место

92. Развитию туберкулеза может способствовать применение с лечебной целью:

1) нестероидных противовоспалительных средств

2) глюкокортикоидных гормонов

3) парасимпатомиметиков

4) противовирусных препаратов

93. При пункции плевральной полости повреждение межреберной артерии менее вероятно во время прокола и введения иглы:

1) между околопозвоночной и лопаточной линиями

2) по нижнему краю ребра

3) по верхнему краю ребра

4) по окологрудинной линии

94. В норме давление в плевральной полости:

1) меняется в зависимости от положения тела

2) всегда положительное

3) всегда отрицательное

4) меняется с возрастом

95. Верхушечный и задний сегменты легкого непосредственно вентилируются:

1) бронхами 2-го порядка

2) бронхами 3-го порядка

3) бронхами 1-го порядка

4) через бронхи соседних сегментов

96. Бронхиальная артерия отходит:

1) от легочной артерии

2) от аорты или межреберной артерии

3) только от межреберной артерии

4) от внутренней грудной артерии

97. Легочная артерия отходит:

1) от нисходящей аорты

2) от левого желудочка

3) от правого желудочка

4) от плечеголовного ствола

98. Лимфа, перемещаясь из внутригрудного лимфатического узла в грудной проток, проходит:

1) легочные капилляры

2) воротный синус

3) сегментарные вены

4) лимфовенозные анастомозы

99. Основной анатомической единицей легкого является:

1) доля

2) сегмент

3) долька

4) альвеола

100. Снабжение ткани легкого кровью в основном обеспечивается:

1) межреберными артериями

2) бронхиальными артериями

3) нижними щитовидными артериями

4) диафрагмальными артериями

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Вариант 4**

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 5**

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

**Вариант 6**

1. Формированию кавернозного туберкулеза способствует:

1) широкое применение лечения в условиях стационара

2) несвоевременное выявление и позднее начало лечения

3) использование комбинированной химиотерапии

4) большое разнообразие организационных форм, применяемых для лечения больных туберкулезом

2. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких характеризуется:

1) преимущественно симметричным поражением верхних отделов обоих легких

2) выраженными фиброзными изменениями в легком на стороне каверны

3) наличием тонкостенной каверны в малоизмененной легочной ткани

4) наличием каверны с широкой стенкой и милиарной диссеминацией в окружающей ткани

3. Удельный вес фиброзно-кавернозного туберкулеза легких среди больных, умерших от туберкулеза:

1) 30%

2) 40%

3) 50%

4) 80%

4. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких отличается от кавернозного туберкулеза:

1) отсутствием эмфиземы

2) наличием широкого и непрерывного фиброзного слоя в стенке каверны

3) смещением органов средостения в здоровую сторону

4) сетчатым фиброзом в обоих легких

5. Клиническая картина фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, как правило:

1) характеризуется преобладанием симптомов интоксикации;

2) зависит от фазы туберкулезного процесса

3) определяется биологическим видом возбудителя туберкулеза

4) определяется наличием внелегочных очагов поражения}

6. Над фиброзной каверной чаще выслушивают:

1) бронхиальное дыхание

2) единичные сухие хрипы

3) усиленное везикулярное дыхание

4) ослабленное везикулярное дыхание

7. У больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких исследование мокроты на МБТ:

1) высокоинформативно

2) информативно только при посеве на среду левенштейна-йенсена

3) информативно только при окраске методом Циля-Нельсена

4) информативно только при окраске люминесцентными красителями

8. У больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких при обострении чаще отмечают выделение:

1) крошковатой мокроты, МБТ+

2) гнойной мокроты, МБТ+

3) серозной мокроты, МБТ+

4) слизисто-гнойной мокроты, МБТ+

9. Изменения общего анализа крови, характерные для больных кавернозным и фиброзно-кавернозным туберкулезом в фазе инфильтрации:

1) моноцитоз, лейкоцитоз

2) лейкоцитоз, лимфопения

3) лейкоцитоз, лимфоцитоз

4) эозинофилия, лейкоцитоз

10. Типичным рентгенологическим признаком фиброзно-кавернозного туберкулеза легких является:

1) тонкая стенка кольцевидной тени

2) широкая стенка кольцевидной тени

3) бугристые очертания наружного контура

4) широкая дорожка к увеличенному корню легкого

11. При прогрессировании инфильтративного туберкулеза в фазе распада фиброзно-кавернозный туберкулез формируется в течение:

1) 0,5-1 года

2) 1,5-2 лет

3) 3-4 лет

4) 5 лет

12. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких чаще осложняется:

1) эмпиемой плевры

2) туберкулезом кишечника

3) легочным кровотечением

4) спонтанным пневмотораксом

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

1) почечная недостаточность

2) печеночная недостаточность

3) туберкулез мозговых оболочек

4) легочно-сердечная недостаточность

14. При фиброзно-кавернозном туберкулезе легких наряду с химиотерапией обычно более эффективно применение:

1) хирургического вмешательства

2) физиотерапии

3) климатотерапии

4) патогенетической терапии

15. Специфические изменения при цирротическом туберкулезе легких обычно представлены:

1) свежими кавернами

2) фиброзными кавернами

3) казеозными фокусами

4) инкапсулированными казеозными очагами

16. В структуре причин смерти от туберкулеза в России цирротический туберкулез легких составляет:

1) 0,5-1%

2) 2-3%

3) 3-5%

4) более 10%

17. Цирротическому туберкулезу легких чаще непосредственно предшествует:

1) милиарный туберкулез

2) первичный туберкулезный комплекс

3) фиброзно-кавернозный туберкулез

4) подострый гематогенно-диссеминированный туберкулез}

18. О развитии фиброза в легочной ткани свидетельствует:

1) отсутствие инфильтрации в зоне поражения

2) полиморфизм очагов

3) дорожка от кольцевидной тени к корню легкого

4) смещение органов средостения в сторону поражения}

19. От цирроза легкого цирротический туберкулез отличается наличием:

1) казеозных очагов

2) казеозных фокусов

3) сосудистых аневризм

4) сетчатого фиброза

20. Цирротический туберкулез отличается от фиброзно-кавернозного туберкулеза легких:

1) прогрессирующим иммунодефицитом

2) преобладанием фиброзных изменений над туберкулезными

3) преобладанием пролиферативной тканевой реакции в зоне поражения

4) нарушением газообмена в зоне поражения}

21. В развитии цирротического туберкулеза легких принципиальное значение имеет:

1) массивная суперинфекция МБТ

2) повышение тканевой проницаемости

3) преобладание экссудативной тканевой реакции в зоне поражения

4) замедленная инволюция туберкулезного воспаления}

22. Более частым и устойчивым клиническим симптомом цирротического туберкулеза легких является:

1) боль в грудной клетке

2) приступообразный кашель

3) одышка

4) повышенная ночная потливость

23. Установить обострение специфического воспаления при цирротическом туберкулезе позволяет:

1) усиление кашля

2) появление МБТ в мокроте

3) увеличение количества выделяемой мокроты

4) ухудшение самочувствия

24. Многие клинические проявления цирротического туберкулеза легких обусловлены:

1) специфическим эндобронхитом

2) наличием туберкулезной каверны

3) формированием бронхоплеврального свища

4) присоединением неспецифической инфекции

25. Типичным осложнением цирротического туберкулеза легких является:

1) спонтанный пневмоторакс

2) туберкулез бронха

3) легочно-сердечная недостаточность

4) лимфогематогенная диссеминация

26. У большинства больных цирротическим туберкулезом в месте введения 2 te формируется:

1) только гиперемия

2) папула 5-12 мм

3) папула 21 мм и более

4) везикула

27. При цирротическом туберкулезе летальный исход чаще связан с развитием:

1) эмпиемы плевры

2) туберкулезного менингита

3) легочно-сердечной недостаточности

4) амилоидозом внутренних органов

28. Туберкулезный плеврит:

1) чаще бывает у пожилых

2) связан с параспецифическим или специфическим поражением плевры

3) обычно протекает бессимптомно и заканчивается самоизлечением

4) в основном развивается как типичное осложнение вторичного туберкулеза

29. Удельный вес туберкулезного плеврита среди впервые выявленных больных туберкулезом в рф составляет:

1) 1-2%

2) 3-6%

3) 15-20%

4) 20-25%

30. Характерным рентгенологическим признаком туберкулезного экссудативного плеврита является:

1) кольцевидная тень

2) патология корня легкого

3) ограниченное затемнение

4) распространенное затемнение

31. Междолевой плеврит можно отчетливо визуализировать с помощью:

1) прямой рентгенографии

2) боковой рентгенографии

3) видеобронхоскопии

4) УЗИ легких

32. Более информативным методом выявления небольшого количества жидкости в плевральной полости является:

1) аускультация

2) рентгенография

3) КТ

4) пункция плевральной полости

33. Экссудативный плеврит реже встречается у пациентов с диагнозом:

1) цирротический туберкулез легких

2) первичный туберкулезный комплекс

3) подострый диссеминированный туберкулез

4) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

34. Эмпиема плевры чаще встречается у пациентов с диагнозом:

1) очаговый туберкулез легких

2) первичный туберкулезный комплекс

3) диссеминированный туберкулез легких

4) фиброзно-кавернозный туберкулез легких

35. При туберкулезном плеврите в экссудате преобладают:

1) моноциты

2) лимфоциты

3) эозинофилы

4) ретикулоциты

36. При туберкулезном плеврите экссудат чаще:

1) гнойный

2) серозный

3) холестериновый

4) геморрагический

37. Показанием к хирургическому лечению является:

1) эмпиема плевры

2) серозный плеврит

3) микотический плеврит

4) геморрагический плеврит

38. У больных первичным туберкулезом, осложненным плевритом, чувствительность к туберкулину чаще:

1) сомнительная

2) гиперергическая

3) отрицательная анергия

4) положительная анергия

39. Туберкулез гортани, трахеи и бронхов более часто выявляют у больных туберкулезом:

1) периферических лимфатических узлов

2) легких

3) мягкой мозговой оболочки

4) плевры

40. Поражение внутреннего кольца гортани чаще выявляют у больных:

1) диссеминированным туберкулезом

2) инфильтративным туберкулезом легких

3) фиброзно-кавернозным туберкулезом легких

4) туберкулезом миндалин

41. Распад туберкулезного инфильтрата, сформировавшегося в стенке бронха, приводит к появлению:

1) бронхостеноза

2) бронхоспазма

3) язвы

4) бронхоэктаза

42. Нодулобронхиальный свищ образуется в результате:

1) ишемического некроза стенки бронха

2) прорыва внутригрудного казеозного лимфатического узла в бронх

3) лимфостаза

4) нейротрофических нарушений в стенке бронха

43. При туберкулезе бронха ведущим клиническим симптомом является:

1) повышение температуры тела

2) осиплость голоса

3) сухой упорный кашель

4) боли в межлопаточном пространстве

44. Основным методом диагностики туберкулеза бронхов является:

1) исследование мокроты на МБТ

2) КТ органов грудной клетки

3) бронхоскопия с биопсией

4) МРТ органов грудной клетки

45. Частым последствием туберкулеза бронха является:

1) гематогенная диссеминация

2) стеноз бронха

3) облитерация плевральной полости

4) бронхопищеводный свищ

46. Наиболее частой формой пневмокониоза является:

1) бериллиоз

2) силикоз

3) алюминиоз

4) антракоз

47. Для развития туберкулеза у больных силикозом имеет значение:

1) пол

2) локализация силикотических поражений

3) степень поражения бронхиального дерева

4) распространенность силикотического поражения

48. Среди больных туберкулезом и сахарным диабетом преобладают:

1) мужчины в возрасте 20-40 лет

2) дети школьного возраста и подростки

3) дети дошкольного возраста

4) люди пожилого и преклонного возраста

49. Клиническая картина и течение ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в основном обусловлены:

1) активностью гуморального звена иммунитета

2) наличием или отсутствием гипохромной анемии

3) стадией ВИЧ-инфекции и степенью иммунных нарушений

4) давностью первичного инфицирования МБТ

50. Подавление противотуберкулезного иммунитета у больных с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза проявляется:

1) гипогликемиея

2) отрицательной анергией

3) гектической лихорадкой

4) вегетососудистой дистонией

51. Силикотическая гранулема представлена:

1) коллагеновыми волокнами, аневризматически расширенными сосудами

2) пылевыми частицами, клеточными элементами и коллагеновыми волокнами

3) пылевыми частицами, скоплениями лейкоцитов и гигантских клеток

4) пылевыми частицами, эпителиоидными и плазматическими клетками

52. При бронхоскопии у больных силикозом, как правило, обнаруживают:

1) гиперемию слизистой оболочки бронха

2) дистонию бронхов

3) пылевые пятна в слизистой оболочке бронха

4) папилломатоз бронхов

53. У больных сахарным диабетом чаще развивается

1) туберкулез плевры

2) инфильтративный туберкулез легких

3) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

4) туберкулез брюшины

54. Наиболее распространенной формой туберкулеза у больных алкоголизмом является:

1) очаговый туберкулез легких

2) фиброзно-кавернозный туберкулез легких;

3) цирротический туберкулез легких

4) эмпиема плевры

55. У больных с сочетанием туберкулеза и психического заболевания:

1) первым чаще бывает туберкулез

2) первым чаще бывает психическое заболевание

3) заболевания развиваются одновременно

4) последовательность развития заболеваний зависит от социальных условий

56. Форма первичного туберкулеза, при которой не удается обнаружить изменения на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки:

1) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

2) первичный туберкулезный комплекс

3) туберкулезная интоксикация

4) туберкулезный плеврит

57. В диагностике туберкулезной интоксикации # формы первичного туберкулеза # наибольшее значение имеет:

1) КТ органов грудной клетки

2) УЗИ органов брюшной полости

3) проба Манту

4) МРТ органов грудной клетки

58. Установить диагноз туберкулезной интоксикации # формы первичного туберкулеза # позволяет обнаружение:

1) МБТ в бронхиальном содержимом

2) включений высокой интенсивности в тени корня легкого

3) виража чувствительности к туберкулину

4) увеличения тени корня легкого

59. У детей туберкулезную интоксикацию # форму первичного туберкулеза - нередко принимают за проявления:

1) ветрянки

2) коклюша

3) хронического тонзиллита

4) дифтерии

60. Расширение тени корня легкого чаще выявляют у больных:

1) эозинофильной пневмонией

2) туберкулезной интоксикацией

3) туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов бронхопульмональной группы

4) периферическим раком легкого

61. Рентгенологический симптом биполярности обнаруживают у больного:

1) актиномикозом

2) с первичным туберкулезным комплексом

3) саркоидозом I стадии

4) бронхолитиазом

62. При лимфосаркоме, в отличие от туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, отмечается:

1) острое начало болезни

2) быстрое увеличение размеров внутригрудных лимфатических узлов

3) постепенное увеличение внутригрудных лимфатических узлов

4) нормергическая чувствительность к туберкулину

63. В отличие от неспецифической пневмонии, начало и течение первичного туберкулезного комплекса бывают:

1) острым, медленно прогрессирующим

2) подострым, волнообразным

3) инапперцептным

4) острым, быстро прогрессирующим

64. Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов обычно отличается от туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов:

1) эпителиоидными клетками в биоптате из пораженного лимфатического узла

2) узловатой эритемой

3) отсутствием выраженных изменений в гемограмме

4) двусторонним поражением лимфатических узлов без перифокальной инфильтрации

65. При лимфогранулематозе, в отличие от туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, в биоптате обнаруживают:

1) клетки Пирогова-Лангханса

2) эпителиоидные клетки

3) клетки березовского-штернберга

4) гистиоциты

66. Диссеминация в легких обычно сочетается с внутригрудной аденопатией у больных:

1) диссеминированным туберкулезом

2) гистиоцитозом

3) саркоидозом

4) микролитиазом

67. Преимущественно верхнедолевая локализация очаговой диссеминации в обоих легких характерный признак:

1) саркоидоза

2) хронического диссеминированного туберкулеза

3) силикоза

4) двусторонней очаговой пневмонии

68. Застойное легкое отличается от диссеминированного туберкулеза легких:

1) деформацией корней обоих легких

2) очаговоподобными тенями в средних отделах легких

3) усилением и смазанностью легочного рисунка в средних и нижних отделах

4) смещением органов средостения

69. Тяжелая двусторонняя мелкоочаговая пневмония отличается от милиарного туберкулеза легких:

1) острым началом

2) многочисленными сухими и влажными хрипами

3) отсутствием петрификатов во внутригрудных лимфатических узлах

4) одышкой

70. Диссеминированный туберкулез легких отличается от экзогенного аллергического альвеолита:

1) большим количеством светлой мокроты

2) медленно прогрессирующей дыхательной недостаточностью

3) быстрым прогрессированием на фоне лечения глюкокортикоидами

4) кратковременным улучшением при назначении тиенама

71. Гистиоцитоз х отличается от диссеминированного туберкулеза легких:

1) присутствием в легочной ткани сидеробластов

2) лихорадкой

3) сетчатым фиброзом

4) рецидивирующим спонтанным пневмотораксом

72. Метастатическое поражение легких отличается от диссеминированного туберкулеза легких:

1) наличием симптома «плакучей ивы»

2) наличием симптома «разменной монеты»

3) признаками «сотового» легкого

4) сетчатым фиброзом

73. Для терапии ex juvantibus при подозрении на туберкулез используют:

1) изониазид и этамбутол

2) антибиотики широкого спектра действия

3) изониазид и рифампицин

4) глюкокортикоидные гормоны

74. При очаговом туберкулезе изменения на рентгенограмме иногда имеют сходство с рентгенологической картиной:

1) туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов

2) туберкулемы

3) диссеминированного туберкулеза ограниченной протяженности

4) кавернозного туберкулеза

75. Туберкулиновая проба у больных раком легкого чаще:

1) отрицательная

2) положительная

3) гиперергическая

4) отрицательная или сомнительная

76. Синдром Панкоста возникает при развитии:

1) очагового туберкулеза в I сегменте легкого

2) рака верхушки легкого

3) ограниченного пневмоторакса

4) осумкованного верхушечного плеврита

77. Чаще метастазирует в легкие:

1) рак печени

2) злокачественная хорионэпителиома

3) рак кишечника

4) рак поджелудочной железы

78. Заболевание, с которым чаще дифференцируют инфильтративный туберкулез:

1) саркоидоз I стадии

2) лимфогранулематоз

3) неспецифическая пневмония

4) эхинококкоз

79. В отличие от пневмонии, для инфильтративного туберкулеза более характерны:

1) верхнедолевая локализация и постепенное развитие заболевания

2) наличие болей в грудной клетке, острое начало

3) одышка, потливость

4) кашель с отделением большого количества мокроты

80. Для эозинофильной пневмонии, в отличие от инфильтративного туберкулеза, характерно:

1) медленное прогрессирующее течение

2) гектическая лихорадка

3) быстрая динамика клинико-рентгенологических и лабораторных признаков

4) кашель с гнойной мокротой

81. Для абсцедирующей пневмонии, в отличие от инфильтративного туберкулеза, характерно:

1) быстрая динамика клинико-рентгенологических и лабораторных признаков

2) кашель со значительным количеством гнойной мокроты

3) одышка

4) нормальная температура тела

82. Эластические волокна, лимфоциты чаще обнаруживают в мокроте больных:

1) раком легкого

2) инфильтративным туберкулезом

3) бактериальной пневмонией

4) эозинофильной пневмонией

83. Выраженные лейкоцитоз, повышение СОЭ чаще обнаруживают в общем анализе крови больных:

1) раком легкого

2) саркоидозом

3) бактериальной пневмонией

4) эозинофильной пневмонией

84. Оптимальным методом верификации диагноза центрального рака является:

1) бронхоскопия с биопсией

2) микроскопия мокроты

3) медиастиноскопия с биопсией

4) диагностическая торакотомия

85. Оптимальным методом верификации диагноза казеозной пневмонии является:

1) исследование мокроты на МБТ

2) КТ

3) медиастиноскопия

4) морфологическое исследование мокроты

86. Опасность выполнения трансторакальной пункции у больных эхинококкозом обусловлена главным образом угрозой развития:

1) экссудативного плеврита

2) анафилактического шока

3) кровотечения

4) пневмоторакса

87. Кавернозный туберкулез от хронического абсцесса отличается:

1) отсутствием симптома «опорожнения»

2) локализацией в задних сегментах легкого

3) нечеткостью наружных контуров кольцевидной тени

4) перикавитарным фиброзом в окружающей легочной ткани

88. Наиболее информативным рентгенологическим признаком, отличающим туберкулезную каверну от буллы, является:

1) округлая форма

2) наличие дорожки к корню легкого

3) высокая интенсивность тени стенки

4) хаотичное включение кальция в стенке полости

89. Рентгенологическим признаком, позволяющим отличить туберкулезную каверну от врожденной кисты, является:

1) размер кольцевидной тени

2) наличие полиморфных очагов в легочной ткани, расположенных ниже кольцевидной тени

3) локализация кольцевидной тени в верхних отделах легких

4) высокая интенсивность стенки кольцевидной тени

90. Туберкулезную каверну от полостной формы рака легкого позволяет отличить:

1) бронхоскопия

2) рентгенография

3) радионуклеидное исследование

4) исследование бронхоальвеолярной жидкости на МБТ и опухолевые клетки

91. При дифференциальной диагностике фиброзно-кавернозного туберкулеза легких и силикотуберкулеза нередко решающее значение имеет:

1) туберкулинодиагностика

2) давность заболевания

3) анамнез жизни

4) высокая интенсивность стенки кольцевидной тени

92. Наиболее информативным методом дифференциальной диагностики фиброзно-кавернозного туберкулеза и бронхоэктазов является:

1) бронхоскопия

2) КТ органов грудной клетки

3) туберкулинодиагностика

4) многократное исследование мокроты на МБТ

93. Туберкулезную этиологию плеврита позволяет заподозрить обнаружение в экссудате:

1) хлоридов

2) трансферрина

3) малонового диальдегида

4) аденозиндезаминазы

94. Более частой причиной выпота в плевральную полость у лиц молодого возраста является:

1) пневмония

2) туберкулез легких

3) злокачественная опухоль легкого

4) инфаркт миокарда

95. Более вероятной причиной выпота в плевральную полость у лиц пожилого возраста является:

1) саркоидоз

2) туберкулез легких

3) злокачественная опухоль легкого

4) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

96. Синдром средней доли отличается от осумкованного междолевого плеврита:

1) негомогенностью затемнения

2) прямолинейными или вогнутыми контурами затемнения

3) уменьшением объема средней доли

4) повышением прозрачности окружающей легочной ткани

97. Туберкулезную этиологию изменений в легких косвенно подтверждает:

 1) быстрая положительная рентгенологическая динамика при лечении антибиотиками широкого спектра

2) небольшое клинико-рентгенологическое улучшение при лечении антибиотиками широкого спектра действия

3) появление аллергических побочных реакций при лечении антибиотиками широкого спектра действия

4) появление токсических побочных реакций при лечении антибиотиками широкого спектра

98. Наиболее важным скиалогическим признаком, косвенно подтверждающим туберкулезную этиологию поражения легких, является:

1) полость распада

2) инфильтрация вокруг патологического образования

3) полиморфные очаги в легочной ткани

4) гиперплазия внутригрудных лимфатических узлов

99. Больные туберкулезом женщины в период беременности наблюдаются:

1) акушером-гинекологом, фтизиатром и эпидемиологом

2) акушером-гинекологом и фтизиатром

3) акушером-гинекологом, фтизиатром и неонатологом

4) акушером-гинекологом, фтизиатром и терапевтом

100. Показания к прерыванию беременности:

1) кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах

2) диссеминированный туберкулез

3) очаги Симона в легких

4) латентная туберкулезная инфекция

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ФТИЗИАТРИЯ».**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1.**

 Оцените эффективность вакцинации, при необходимости назначьте режим химиотерапии, ответьте на поставленные вопросы:

В детское отделение ПТД поступил ребенок 2х лет, заболел остро, температура 39 С. Ребенок рос в неполной семье. В роддоме вакцинирован, рубчика на левом плече нет. Проба Манту в 1 год и 2 года отрицательная. Ребенок пониженного питания, отстает в физическом развитии, бледен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Выслушивается жесткое дыхание. В крови умеренный лейкоцитоз, лимфопения. В мокроте методом люминесцентной микроскопии обнаружены микобактерии туберкулеза. На обзорной рентгенограмме наблюдаются двусторонние мелкоочаговые изменения по всем легочным полям.

**Вопросы:**

1. Какой клинической форме туберкулеза соответствует клинико-рентгенологическая картина у данного ребенка?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Какие противотуберкулезные препараты необходимы для лечения ребенка?
4. По какой группе диспансерного учета подлежит наблюдению данный ребенок?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №1**

 Вакцинация неэффективна, так как проба Манту в 1 и 2 года отрицательна

1. Милиарный туберкулез
2. Томография уровня корней легких

Биохимическое исследование крови (билирубин,АЛТ,АСТ)

Анализ мочи на МБТ

УЗИ органов брюшной полости

1. Изониазид

Рифампицин

Амикацин

Этамбутол

Пиразинамид

1. I группа диспансерного учета.
2. Определить чувствительность МБК к АБП

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА№ 2.**

Оцените данные клинического и рентгенологического обследования и дайте ответы на поставленные вопросы:

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

При обследовании общее состояние удовлетворительное. Астеничного телосложения. Температура тела 37,1оС. 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: лейкоциты 9,1х109/л, э-3%, п-6%, с-59%, л-18%, м-14%, СОЭ 24 мм/ч.

Реакция Манту с 2 ТЕ – 9 мм. Посев мокроты на БК отр.

Рентгенологически: справа в S2 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 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 №2.**

1. Очаговый туберкулез S2 правого легкого, фаза инфильтрации. БК 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 A группе диспансерного учета.
6. III режим химиотерапии
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 № 3.**

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

Из анамнеза: больным себя считает в течении пяти месяцев, 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 2х месяцев 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 минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. Перкуторно: слева легочный звук, справа – притупление, при аускультации в легких слева- везикулярное дыхание, справа – ослабленное, хрипов нет, ЧД 20 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови : эритроциты 4,5х1012/л, Нв-121 г/л, лейкоциты 9,9х109/л, э-1%, п-40%, с-6%, л-18%, м-11%, СОЭ – 31 мм/ч.

Биохимический анализ 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 2200мл и 400мл 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 – 4мм, в центре папулы – везикула.

**Вопросы:**

1. Какой предварительный диагноз Вы поставили бы больному при поступлении в ЦРБ?

2. Правильно поступил ли врач, дважды пропунктировав плевральную полость? Почему?

3. По данным анализов плеврального содержимого, транссудат это или экссудат? Почему?

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 №3.**

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 №4.**

Оцените результаты массовой туберкулинодиагностики детям в возрасте 7 лет перед ревакцинацией: из 20 детей, которым проведены проба Манту с 2 ТЕ, у 10 детей-проба отрицательная, у 2- гиперергическая проба, и 8-норморгическая.

Ответьте на вопросы:

1) Кто из детей подлежит ревакцинацией?

2) Кого нужно дообследовать у педиатра?

3) Кто из детей подлежит наблюдению у фтизиатра?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №4.**

Ревакцинации подлежат 10 детей с отрицательной туберкулиновой пробой. Двоим детям с гиперергической пробой необходимо провести клинико-рентгенологическое обследование в условиях детской поликлиники и направить на консультацию к фтизиатру. У детей с нормергической пробой провести анализ данных туберкулиновых проб в предыдущие годы. Детей с виражом туб.пробы и нарастанием диаметра папулы на 6 мм и больше также направить на консультацию к фтизиатру.

 **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5**

Дайте оценку клинической и рентгенологической картине данной больной и ответьте на поставленные вопросы.

Больная А., 27 лет, обратилась на консультацию к фтизиатру по поводу появления узловатой эритемы на коже в области голеностопного сустава, общей слабости, ночных потов, похудания за последний год на 5-6кг. Из анамнеза заболевания выявлено, что ухудшение состояния отмечается после родов, когда появились боли в крупных суставах, субфебрильная температура до 37,7оС, красновато-синюшные пятна на коже голеней. Больная обратилась к врачу-терапевту. Была обследована ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, ревмо-фактор, Р-графия коленных суставов. Выставлен диагноз: Ревматоидный артрит? Лечилась по поводу данного заболевания, принимала преднизолон коротким курсом. Состояние больной несколько стабилизировалось, но беспокоили слабость, потливость. Спустя 6 месяцев во время проф. осмотра на флюорографии органов грудной клетки выявлена мелкоочаговая диссеминация легких, расширение тени корня легких с обеих сторон за счет увеличения лимфатических узлов бронхопульмональной группы. Проба Манту с 2 ТЕ отрицательная. По поводу чего больную направили на консультацию к фтизиатру.

**Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие методы обследования необходимы для постановки диагноза у этой больной?

3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?

4. Какие ошибки допущены при ведении больной?

5. Какова тактика лечения?

6. Нуждается ли больная в диспансерном учете, и в какой группе?

7. Какие изменения на Р-грамме легких можно наблюдать при данном заболевании?

8. Характерные изменения в анализе крови.

9. Почему у данной категории больных проба Манту чаще отрицательная?

10. Каков прогноз заболевания у данной больной?

 **эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №5.**

1. Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов и легких.
2. R-графия органов дыхания.
3. Туберкулез легких, рак легких, пневмокониоз, саркоидоз, альвеолиты.
4. Врач-терапевт направил больную на рентгенографию легких.
5. Преднизолон, антиоксиданты, иммуномодуляторы.
6. Диагноз туберкулеза исключен, лечение и наблюдение у терапевта и пульмонолога.
7. Увеличение внутригрудных лимфоузлов, расширение корней легких, двухсторонняя мелкоочаговая диссеминация.
8. Общий анализ крови: лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, ускорение СОЭ до 20-40 мм/ч.
9. Проба Манту у данной категории больных чаще отрицательная ввиду иммунологической несостоятельности.
10. Саркоидоз — доброкачественное заболевание, хорошо поддающееся лечению.

 **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6.**

Больной С., 42 л, заболел 1 месяц назад, когда внезапно повысилась температура тела до 39оС, появился озноб, кашель с мокротой, иногда с примесью крови, боли в правом боку, одышка. Был госпитализирован с диагнозом двухсторонняя пневмония в терапевтическую клинику. На учете с ВИЧ-инфекцией состоит в течении 3х лет.

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 – 38,3Со.

Гемограмма: умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, СОЭ – 49 мм/ч. В мокроте БК+.

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. Где должен лечиться больной?

2. Чем объяснить участки просветления на обзорной рентгенограмме?

3. Необходимы ли дополнительные рентгенологические методы обследования?

4. Предварительный диагноз?

5. Какие осложнения возможны?

6. Какое лечение необходимо назначить?

7. Каков прогноз заболевания у данного больного?

 **эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №6.**

1.В стационаре противотуберкулезного диспансера.

2.Наличием полостей распада.

3.Необходимо проведение томографического обследования.

4.Казеозная пневмония, СПИД.

5.Кровотечение, дыхательная, сердечная недостаточность.

6. 5-6 противотуберкулезных препарата 3-4 месяца, 2-3 препарата — в последующем. Общий курс непрерывного лечения не менее 1,5 года. Антиретровирусная терапия.

7.Прогноз:

— развитие фиброзно-кавернозного туберкулеза

* цирротического туберкулеза
* больших остаточных изменений
* летальный исход

**ИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7.**

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

Объективно: больная правильного телосложения, пониженного питания. Кожа чистая, бледная, губы с цианотическим оттенком. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 110 уд. в минуту, ритмичный, температура тела до 39,4оС. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца приглушены, над верхушкой – нежный систолический шум. АД 110/60 мм.рт.ст. ЧД 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 2см ниже реберной дуги, чувствительный при пальпации. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: Эр 3,28х1012/л, Нв – 106 г/л, лейкоциты 11,5х109/л, э-0, п-5, л-18, м-12, СОЭ – 24 мм/ч. Анализ мочи без патологии. В мокроте МБТ не обнаружены. На рентгенограмме органов грудной клетки по всем легочным полям равномерно мелкие очаговые тени по ходу сосудов. Синусы свободны.

**Вопросы:**

1. Интерпретируйте анализ крови.

2. О каком заболевании можно думать?

3. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

4. Назначьте наиболее эффективную комбинацию препаратов.

5. Исходы и возможные осложнения данного заболевания.

 **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №7.**

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). I режим химиотерапии. Патогенетическая терапия-преднизолон по схеме.
5. При своевременной диагностике и лечении возможно полное излечение. Частым осложнением является туберкулезный менингит.

**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 38,6оС в вечернее время, утром нормальная. Кашель к этому моменту усиливается, слабость нарастает, появляется чувство разбитости, появляется головная боль.

 Объективно: температура тела 38,3оС. 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 2см выступает из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

 Общий анализ крови: Эр. 3,6х1012/л, Нв-115 г/л, э-3, п-9, л-14, м-11, Л-9,1х109/л, СОЭ – 29 мм/ч. Общий анализ мочи без особенностей.

 Рентгенологически: справа в S1, S2, S6 массивная инфильтрация легочной ткани, состоящая из сливных очагов.

 В течении месяца больной с диагнозом крупозная пневмония проводилась неспецифическая антибактериальная терапия. Эффекта от лечения не отмечено. В тяжелом состоянии больная переведена в отделение реанимации, где в течении 10 дней также проводилась интенсивная терапия и тоже без эффекта. Больная консультировалась онкологом. Опухолевый процесс в легком исключен.

**Вопросы:**

1. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для выяснения диагноза?

2. Интерпретируйте общий анализ крови.

3. Назовите сходные заболевания, при которых могут наблюдаться сходные изменения.

4. Предположительный диагноз?

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 БК бактериоскопическим методом, ПЦР, 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 *C1C2C6* правого легкого.

5.I режим химиотерапии

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9.**

Ребенку в возрасте 7 лет поставлена проба Манту 2ТЕ ППДЛ. Результат – папула 16 мм. Анамнез: находится в контакте с больным туберкулезом отцом. Сделан Диаскинтест, результат – папула 10 мм, с везикулой в центре и лимфангитом. Предыдущая проба Манту 2 ТЕ – 11 мм.

**Вопросы:**

1. Какое заключение можно дать на основании этих данных?
2. При каких условиях можно поставить диагноз первичного инфицирования(виража)?
3. По какой группе диспансерного учета можно взять ребенка? (При условии отсутствия локальных форм туберкулеза)
4. Какие факторы риска необходимо учитывать при назначении превентивного лечения?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №9**

1. Гиперергическая чувствительность к туберкулину
2. Отсутствие симптомов туберкулезной интоксикации

Отсутствие рентгенотомографических признаков туберкулеза

Отсутствие признаков внеторакального туберкулеза

1. IV-я группа диспансерного учета
2. 0Б режим превентивного лечения назначается независимо от факторов риска заболевания.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10.**

 Провести анализ действий врача-терапевта при направлении больного в специализированное учреждение и ответить на поставленные вопросы:

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 проф. осмотра перенес гриппоподобное состояние, в течение недели отмечал повышение температуры тела в вечернее время до 37,5-37,80С, 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 размером 5х6 см, средней интенсивности, негомогенное, с более плотными очаговыми включениями и просветлениями, с дорожкой к корню легкого, неправильной формы с размытыми контурами.

**Вопросы:**

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

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №10**

1. Томография верхней доли правого легкого.
2. Инфильтративный туберкулез верхней доли (Ci, C2) правого легкого, фаза распада.
3. Туберкулинодиагностика, анализ мокроты на БК трехкратно, OAK.
4. Бронхопневмония, крупозная пневмония, грипп.
5. К фтизиатру.
6. I режим лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11.**

 Определить тактику ведения пациента с изменениями в легких с неясной активностью туберкулеза и ответить на поставленные вопросы:

Пациент И., 32 года, не работает. Жалоб нет. Выявлен при устройстве на работу. Последняя флюорография 3 года назад.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное. АД 120/70. Пульс 80 уд.

Гемограмма: без патологии

Анализ мокроты на БК – отр.

Реакция Манту 10 мм.

Рентгенологическое исследование: слева в S1 –S2 группа немногочисленных очагов средней интенсивности с четкими контурами.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Является ли показателем отсутствия активности туберкулезного процесса отсутствие в мокроте микобактерий туберкулеза?
3. Показано ли проведение пробы Коха?
4. Нужна ли антибактериальная терапия?
5. Ваша тактика?
6. Группа диспансерного учета?

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №11**

1. Очаговый туберкулез C1-С2 левого легкого, БК минус.
2. Анализ мокроты на МБТ 3-кратно методом флотации и посева.
3. Нет.
4. Нужна, если подтверждена активность туберкулезного процесса.
5. III режим лечения.
6. 0A группа (диагностическая, определение активности).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12.**

Девочка 1 год 9 месяцев. Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей с токсикозом, анемией. Роды в срок, ягодичное предлежание. Вес – 3500,0 г, рост – 51 см. На грудном вскармливании до 2-х мес, сидит с 6 мес, ходит с 12 месяцев. Детскими инфекционными заболеваниями не болела.

Фтизиатрический анамнез: вакцинирована БЦЖ-М в роддоме, рубчик 3мм. Пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 15мм, 6 мес. назад – 4 мм.

Два года назад у матери выявлен инфильтративный туберкулез легких, БК(+). С 2-х месячного возраста ребенок состоит на учете в диспансере по поводу контакта с матерью, получила 1 курс химиопрофилактики. Для обследования и лечения поступила в специализированное детское отделение.

Объективно при осмотре: При поступлении: состояние удовлетворительное. Вес – 11300г, рост – 81см. Температура тела 36,7°С. Кожные покровы бледные, чистые, периорбитальный цианоз. Периферическая лимфаденопатия. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1см. Селезенка у края реберной дуги. По другим органам и системам патологии не выявлено.

Результаты обследования: В общем анализе крови: Hb – 108 г/л, лейкоциты – 8,4х109/л, эритроциты – 3,1х1012/л, П – 2%, Э – 1%, С – 59%, Л – 32% М – 6%, СОЭ – 20мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1021, белка нет, Л – 2-3 п/зр, эритроцитов нет.

Реакция Манту с 2ТЕ ППД-Л – 13мм

Градуированная кожная проба:

100% 25% 5% 1% АТК К

12мм 1мм 1мм отр отр

Рентгенограмма : корень правого легкого расширен, контуры его размытые, структура не определяется, просветы бронхов не дифференцируются.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз
2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Выделите факторы, способствующие развитию заболевания у данного пациента
4. Какое лечение необходимо назначить больному?

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №12**

1. ТВГЛУ с локализацией в бронхопульмональной группе лимфоузлов справа, инфильтративная форма
2. Биохимический анализ крови; ЭКГ; Фибробронхоскопия;
3. Вакцинация БЦЖ-М; Контакт с матерью; Отсутствие 2 курса химиопрофилактики;
4. Витаминотерапия; АБТ 3 препаратами; Дезинтоксикационная терапия; Иммуномодулирующая терапия;

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13.**

 Определить диагноз, группу эпидемического очага, мероприятия по оздоровлению очага инфекции, ответить на поставленные вопросы:

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.

 Проживает с дочерью и внуком трех лет в однокомнатной квартире.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, повышенной влажности, стойкий красный дермографизм. Положительный симптом Воробьева- Поттенджера (болезненность 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 справа после покашливания определяются сухие и полусухие трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Стул и мочеиспускание не нарушены.

В гемограмме: Л- 12,8х109л, э-3%, п-8%, с-58%, л-17%, м-14%, СОЭ 24 мм/ч.

Посев мокроты на МБТ – положительный, устойчивость к изониазиду и рифампицину.

Рентгенологически: в S1, S2 правого легкого округлая тень 2х3 см, с нечеткими, размытыми контурами, средней интенсивности, неоднородная по структуре с участками просветления, вокруг тени очаги малой и средней интенсивности

**Вопросы:**

1. Какая группа диспансерного учета у данного больного?
2. С каким заболеванием в первую очередь проводим дифференциальную диагностику?
3. Какие доли и сегменты легкого чаще всего поражаются при данном заболевании?
4. Тактика ведения больного.
5. Какие лекарственные препараты необходимо назначить больному?
6. Какие осложнения возможны?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №13**

1. Инфильтративный туберкулез С1-С2 правого легкого, фаза распада, БК +.
2. Больные с активным туберкулезным процессом наблюдаются в IA группе диспансерного наблюдения. Дочь и внучка наблюдаются по IV А группе. III группа эпидемического очага.
3. Дифференциальный диагноз в первую очередь проводим с неспецифической пневмонией.
4. При туберкулезе чаще всего поражается верхняя доля легкого, 1,2 и 6 сегменты.
5. Обязательная госпитализация в противотуберкулезный стационар, направление экстренного извещения в СЭС, противотуберкулезное лечение.
6. Изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол (стрептомицин). После анализа мокроты на чувствительность МБТ к антибактериальным препаратам скоррегировать лечение с учетом чувствительности.
7. Кровохаркание, кровотечение, ателектаз.
8. Мероприятия по оздоровлению очага: лечение больной, дезинфекция в очаге, обследование контактных и их химиопрофилактика.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14.**

 Дайте оценку эпидемиологической ситуации по туберкулезу в городе с населением в 200 тыс. человек, если за год выявлено 110 больных, умерло от туберкулеза 17 больных, состоит на учете 526 активных больных

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №14**

1. Заболеваемость = впервые выявленные больные/ср. годовое население\*100 тыс. = 110/200 тыс\*100 тыс=55.
2. Распространенность=число больных , состоящих в I, II гр. ДУ/ ср. годовое население\*100 тыс.=526/200 тыс.\*100 тыс.=263.
3. Смертность=число умерших/ср. годовое население\*100 тыс. =17/200 тыс.\*100 тыс.=8,5.

Вывод: показатели заболеваемости и распространенности соответствуют среднегодовым показателям по РФ, но выше, чем по РБ.

 Показатели смертности соответствуют среднегодовым показателям по РБ и РФ.

Заболеваемость РБ в 2015 г. 38,5; распространенность по РБ в 2015 г. 112,1; смертность по РБ в 2015 г. 7,4.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15.**

При массовом флюорографическом обследовании у больного 32 лет в верхней доле левого легкого обнаружена округлая тень размером 2,5х3см с четкими контурами, неоднородная по структуре за счет более плотных включений. На томограмме верхней доли ( срезы 6,5 и 7,5 см) подтверждается четкость границы и неоднородность структуры тени за счет просветления, прилегающего к дренирующему бронху, и более плотных включений, в окружающей легочной ткани фиброзные и очаговые изменения. При обследовании у цехового врача установлено, что флюорографию проходил 2 года назад, считает себя здоровым, жалоб не предъявляет. Год назад, во время эпидемии гриппа, заболел остро с катаральными изменениями, кашель с субфебрильной температурой сохранялись около месяца, астенический синдром – более 2 месяцев.

Объективно: Грудная клетка не деформирована, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно определяется ясный легочный звук, хрипов нет.

В крови: СОЭ 7мм/ч, Л – 6,4х109/л, э – 1%, п – 4%, с – 65%, л – 26%, м – 4%.

Терапевт заподозрила периферический рак легкого, больной направлен на консультацию в онкологический диспансер. При обследовании обнаружены микобактерии туберкулеза.

**Вопросы:**

1. На основании имеющихся данных о каком заболевании Вы думаете?
2. Укажите, на основании каких признаков можно думать о туберкулезе?
3. В консультации какого врача нуждается больной?
4. Интерпретируйте общий анализ крови
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №15**

1. О конгломератной туберкулеме в фазе распада, БК (+).
2. На основании обнаружения на томограмме округлой тени с четкими контурами, неоднородной структуры в окружении фиброза и очагов. На основании клинических признаков: длительный субфебрилитет и астенический синдром.
3. Фтизиатра.
4. Анализ крови без патологических изменений.
5. С периферическим раком легкого, доброкачественными опухолями легких, кистами легких (паразитарной и непаразитарной этиологии, пневмонией, грибковыми поражениями легких).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16.**

Проведите мероприятия по остановке легочного кровотечения.

Больной А., 43 года, прибыл из мест заключения. Доставлен машиной скорой помощи с жалобами на кровохарканье.

При обследовании жалобы на кашель с кровавой мокротой. 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 бледной окраски, подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Прощупываются подчелюстные и единичные подмышечные лимфатические узлы небольших размеров, безболезненные, подвижные, плотные. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание ослаблено, хрипы не выслушиваются.

Анализ крови: СОЭ 4 мм/ч, Нв- 126 г/л, лейкоциты 4,6х109/л, э-2%, п-2%, с-63%, л-26%, мон-7%.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: слева в области 1 и 2 сегментов легкого определяются очаги на фоне ограниченного пневмосклероза, интенсивные, четко очерченные, полость распада диаметром 2\*3 см. Корни легких несколько уплотнены, в левом - единичный петрификат размером до 1 см. Тень сердца не изменена.

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

**Вопросы:**

1. О каком заболевании с большей вероятностью необходимо думать?

2. Каким должно быть обследование для подтверждения диагноза?

3. С какими заболеваниями должен быть проведен дифференциальный диагноз?

4. Где должен лечиться больной?

5. Какие исходы заболевания могут быть?

 **эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №16**

Гемостатическая терапия: в/в капельно аминокапроновая кислота 5% 200 г, дицинон 2 мг в/м, транексам 5 мл в/в струйно. Пневмоперитонеум по показаниям. Консультация фтизио-хирурга.

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

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17**

Сделайте обоснование клинического диагноза и дайте ответы на поставленные вопросы.

У мужчины 42 лет на флюорограмме во 2-ом сегменте правого легкого обнаружено затемнение неправильной формы размером 3х2 см, негомогенное по структуре, наружные контуры нечеткие. При обследовании в противотуберкулезном диспансере установлены симптомы интоксикации, температура – 37,20С, в крови СОЭ – 20 мм/ч, Л – 7,2х109,э – 1%, п/я – 9%, с/я – 69%, л – 18%, м – 3%.

Хрипы в легких не выслушиваются. Микобактерии в мокроте не обнаружены, реакция на пробу Манту с 2 ТЕ – папула 21 мм в диаметре, в центре с везикулой. На томограмме 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 №17**

1. Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого (С2) в фазе распада,
БК+.

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

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18.**

Девочка 1 год 7 месяцев. Поступила 06.03.04г. Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей с токсикозом, анемией. Роды в срок, ягодичное предлежание. Вес – 3500,0г, рост – 51см. На грудном вскармливании до 2-х мес, сидит с 6 мес, ходит с 12 ме-сяцев. Детскими инфекционными заболеваниями не болела.

Фтизиатрический анамнез: вакцинирована БЦЖ-М в роддоме, рубчик 3мм. Пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л 01.11.03г – 4мм, 11.12.03 – 15мм

В октябре 2002г у матери выявлен инфильтративный туберкулез легких, БК(+). С 2-х месячного возраста ребенок состоит на учете в диспансере по поводу контакта с матерью, получила 1 курс химиопрофилактики. Для обследования и лечения поступила в специализированное детское отделение.

Объективно при осмотре: При поступлении: состояние удовлетворительное. Вес – 11300г, рост – 81см. Температура тела 36,7°С. Кожные покровы бледные, чистые, периорбитальный цианоз. Периферическая лимфаденопатия. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1см. Селезенка у края реберной дуги. По другим органам и системам патологии не выявлено.

Результаты обследования: В общем анализе крови: Hb – 108 г/л, лейкоциты – 8,4х109/л, эритроциты – 3,1х1012/л, П – 2%, Э – 1%, С – 59%, Л – 32% М – 6%, СОЭ – 20мм/час. Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1021, белка нет, Л – 2-3 п/зр, эритроцитов нет.

Реакция Манту с 2ТЕ ППД-Л 05.04.04г – 13мм

Градуированная кожная проба:

100% 25% 5% 1% АТК К

12мм 1мм 1мм отр отр

Рентгенограмма ОГК: в восьмом сегменте правого легкого определяется очаговое затемнение с нечеткими краями, неоднородное, средней интенсивности, с вкраплениями солей кальция. Во втором сегменте левого легкого также определяется очаговое затемнение средней интенсивности с участками вкрапления кальция, неоднородное, с нечеткими контурами. Корни правого и левого легкого расширены за счет трахеобронхиальных и бронхопульмональных лимфоузлов с обоих сторон.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Выделите факторы, способствующие развитию заболевания у данного пациента
4. Какое лечение необходимо назначить больному?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №18**

1. Первичный туберкулезный комплекс с локализацией первичных аффектов в S8 правого легкого и в S2 левого легкого в фазе неполной кальцинации
2. Пневмония; Лимфолейкоз; Саркоидоз; Неспецифическая лимфоаденопатия;
3. Вакцинация БЦЖ-М

Контакт с матерью

Отсутствие 2 курса химиопрофилактики;

1. Витаминотерапия; АБТ 3 препаратами; Дезинтоксикационная терапия; Иммуномодулирующая терапия;

 **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19.**

 Определите группу эпидемического очага и мероприятия по его оздоровлению:

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. Живет один в однокомнатной квартире.

При обследовании: состояние средней тяжести. Астенического телосложения. Температура тела 37,10С. Кожные покровы чистые, бледные, румянец на щеках. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Зев чистый. Имеются кариозные зубы. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими легочный звук, незначительное притупление легочного звука над верхушкой справа. Дыхание везикулярное, справа, в верхних отделах на фоне жесткого дыхания, прослушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Стул и мочеиспускание не изменены.

В гемограмме: Л- 8,1х109л, э-3%, п-6%, с-59%, л-18%, м-14%, СОЭ 24 мм/ч.

Реакция Манту 9 мм.

В мокроте методом посева БАКТЕК выделены микобактерии туберкулеза, чувствительные к основным АБП.

Рентгенологически: справа в S2 на фоне размытого легочного рисунка полиморфные очаги диаметром 5-9 мм, с нерезкими контурами, выражена наклонность к слиянию очагов и распаду.

**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 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 №19**

 1.Очаговый туберкулез S2 правого легкого, фаза инфильтрации. БК 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 (I режим химиотерапии).

8.При благоприятном течении заболевания и правильном лечении возможно рассасывание или уплотнение очага, при неблагоприятном течении заболевания возможно прогрессирование процесса.

I группа эпидемического очага.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20.**

 Проведите анализ клинической, рентгенологической ситуации, дайте ответы на поставленные вопросы:

Больная А., 22 года, заболела 2 недели назад: постепенно ухудшалось состояние, по вечерам повышалась температура до 370С, отмечалось слабость, потливость, появились головные боли, усиливающиеся при ярком свете и шуме, запор. День назад наступило резкое ухудшение всех симптомов: температура повысилась до 38,20С, наросла интенсивность головной боли, светобоязнь, на теле спонтанно возникают и исчезают красные пятна.

Объективно: Состояние тяжелое. Сознание спутанное. Нормостенического телосложения. Кожные покровы чистые, выраженный красный дермографизм, выраженные пятна Труссо. Зев чистый. Температура тела 39,20С. АД 140/90. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими легочный звук, аускультативно – везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, тахикардия – 92уд. в мин. Живот втянутый, ладьевидной формы. Отмечается запор. Мочеиспускание не нарушено. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, Кернига, Брудзинского) положительные. Отмечается левосторонний птоз, сходящееся косоглазие.

В гемограмме: Л- 12,8х 109л, э – 3%, с – 51%, л – 8%, м – 11%, СОЭ 32 мм/ч. Исследование ликвора: жидкость опалесцирующая, вытекает струей. Количество клеток 0,15х10/л, лимфоциты 70%, нейтрофилы30%. Выпала паутинная пленка. Сахар 16 ммоль/л, хлориды 92ммоль/л. Анализ ликвора на БК: бактериоскопически микобактерии туберкулеза не обнаружены. Рентгенологически: легочные поля прозрачные, чистые, в S2 справа очаг Гона.

 **Вопросы:**

1. Какие черепные нервы вовлечены в процесс?
2. Предварительный диагноз?
3. Прогноз болезни?
4. Что говорит в пользу данного диагноза?
5. Какие методы исследования необходимы еще для подтверждения диагноза?
6. Методы лечения данного больного?
7. К какой группе диспансерного наблюдения относится данный больной?
8. Какие осложнения заболевания возможны?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №20**

1. Поражение 3 и 6 пары черепнолицевых нервов.
2. Туберкулез мозговых оболочек и головного мозга, БК отр.
3. При своевременном и правильном лечении - выздоровление, при

неблагоприятном течении заболевания возможен летальный исход.

1. В пользу данного диагноза говорит постепенное начало заболевания, поражение

черепномозговых нервов, показатели ликвора, рентгенологически - перенесенный

ранее туберкулезный процесс.

1. Реакция Манту, анализ мокроты на БК, посев мокроты и ликвора на

микобактерий туберкулеза.

1. Длительное стационарное лечение с применением не менее 5-6

противотуберкулезных препаратов с обязательным использованием

патогенетических средств.

1. Больные с активной формой внелегочного туберкулеза должны находится в IA

группе диспансерного учета.

1. Возможны осложнения в виде потери зрения и слуха, органических поражений

головного мозга.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21.**

Больная Л., 15 лет. Обратилась к врачу общей практики. Отмечает в течение последних 2-х недель периодическое повышение температуры до 37-38°С, появились боли в правом боку, сухой кашель, слабость, потливость по ночам.

Объективно при осмотре: В нижних отделах правого легкого определяется притупление перкуторного звука и везико-бронхиальное дыхание, ЧДД – 19 в мин, ЧСС – 67 ударов в минуту.

Результаты обследования: При трахеобронхоскопии патологических изменений в бронхах не выявлено, в промывных водах МБТ не обнаружены. Посевы в работе. В общем анализе крови: Hb – 123 г/л, лейкоциты – 3,3х109/л, эритроциты – 4,5х1012/л, П – 12%, С – 65%, Л – 13%, М – 10%, СОЭ – 20мм/час. Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1021, белка нет, Л – 2-3 п/зр, эритроцитов нет.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и боковых томограммах в 6-м сегменте правого легкого определяется округлый фокус с размытыми контурами величиной около 3 см. Правый корень легкого расширен и уплотнён за счет увеличенных бронхопульмональных лимфатических узлов. На обзорном снимке между двумя этими компонентами хорошо прослеживается усиление легочного рисунка.

**Вопросы:**

1. Предположительный диагноз?
2. Предложите дополнительные методы диагностики для подтверждения диагноза.
3. Какие препараты необходимо назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №21**

1. Первичный туберкулезный комплекс правого легкого, фаза инфильтрации, МБТ(-)
2. Рентгенологическое дообследование (назначение томограмм срединной тени)

Дальнейшее неоднократное микробиологическое исследование мокроты на МБТ

Туберкулинодиагностика

1. Изониазид;Пиразинамид;Этамбутол; Рифампицин;
2. Пневмония

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22.**

 Определить наиболее рациональный режим лечения с учетом диагноза пациента и ответить на поставленные вопросы:

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 кг.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Астеничного типа 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 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: Л 14,6 \*109 /л, ЭОС-3%, ПЯ-8%, СЯ-58%, ЛИМФ-17%, М-14%, СОЭ-28 мм/ч.

Рентгенологически: в S1-S2 левого легкого определяется тень 4х5 см, с нечеткими, размытыми контурами, средней интенсивности, неоднородная по структуре с участками просветления и очагами отсева.

**Вопрос:**

1. 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 №22**

1. Инфильтративный туберкулез S1-2 левого легкого, фаза распада. БК +.
2. Посев мокроты на БК, 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 скоррегировать лечение с учетом чувствительности.
5. Рифампицин окрашивает естественные жидкости в красный цвет, гепатотоксичен. Изониазид гепатотоксичен, нейротоксичен. Стрептомицин оказывает ототоксическое 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 №23.**

 Определите группу диспансерного учета для больного и лиц, находящихся в контакте, и необходимые мероприятия по оздоровлению очага инфекции:

Больной Ф., 56 лет. Жалобы на слабость, повышенную до 38,0 С температуру тела, кашель со слизистой мокротой, кровохарканье, одышку при физической нагрузке.

4 года назад был диагностирован инфильтративный туберкулез с распадом, БК +. Лечился стационарно, но очень не аккуратно, злоупотреблял алкоголем. Не долечившись, ушел самовольно из стационара. Живет с сожительницей, у которой ребенок в возрасте четырех лет, не работает, 2 раза находился в МЛС.

Состояние средней тяжести. Пониженного питания. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. При аускультации в верхних отделах справа влажные хрипы, а на остальном протяжении - сухие. В правом отделе при перкуссии коробочный звук. ЧД 26 в мин. Печень выступает на 2 см из под края реберной дуги.

Гемограмма: Л 11,7 \*109/л, СОЭ 52 мм/ч, п 7%.

Мокрота: МБТ (+), устойчивость к рифампицину, изониазиду, стрептомицину.

Рентгенологически: справа в С1выраженный фиброз, фиброзно-рубцовые изменения, разнокалиберные деформированные полости, очаги с элементами полиморфизма. Справа в С6,С10, слева в С4,С5 очаги отсева. Корень правого легкого деформирован, подтянут кверху, слева легкое чистое.

**Вопросы:**

1. Почему произошло прогрессирование процесса?
2. Целесообразно ли проведение пробы Манту?
3. Какие дополнительные методы исследования вы бы провели?
4. Почему в нижних отделах определяется коробочный звук?
5. Какие осложнения возможны?
6. План лечения?
7. Прогноз?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №23**

1. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, БК+.
2. Лечился неаккуратно, беспорядочно и т.д.
3. Нет.
4. Бронхоскопия (кровохарканье).
5. Эмфизема.
6. Кровотечение, дыхательная, сердечно-сосудистая, амилоидоз.
7. IV режим химиотерапии.
8. При хорошем лечении, что зависит в основном от больного, для жизни благоприятный, возможна инвалидизация, летальный исход.
9. Сожительница с ребенком наблюдается в 4 гр. ДУ, больной по 1 гр. ДУ, наблюдение очага по 3 гр. ДУ.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24.**

Больной 13 лет. Страдает инсулинзависимым сахарным диабетом. Год назад наблюдался в противотуберкулезном диспансере по поводу туберкулезной интоксикации. Через неделю после перенесенного гриппа вновь появились лихорадка до 39,5 С, сильный озноб. В течение 5 дней наблюдался участковым терапевтом амбулаторно с диагнозом: ОРВИ. Состояние прогрессивно ухудшалось, госпитализирован в инфекционную больницу. При обследовании состояние тяжелое. Лихорадка гектическая. Аускультативно в легких ослабленное дыхание. Тахикардия. При рентгенологическом обследовании в легких выявлено усиление легочного рисунка. Был установлен диагноз токсического течения гриппа, назначены антибиотики широкого спектра действия пенициллинового ряда, противовирусные препараты. Несмотря на проводимые мероприятия состояние ухудшалось, на 15 сутки заболевания появились признаки дыхательной недостаточности. Произведена смена антибиотиков на цефалоспорины. Эффекта от лечения не наблюдалось. Больной стал заторможен, спутанность сознания, появилась рвота, не связанная с приемом пищи, ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига и Брудзинского. Сделана повторная рентгенография органов грудной полости: по всем легочным полям выражены мелкие очаговые тени.

**Вопросы:**

1. Имелись ли факторы риска развития туберкулеза у больного?
2. Какие диагностические мероприятия необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какие изменения в ликворе наиболее характерны для туберкулезного менингита?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №24**

1.Сахарный диабет является фактором риска заболевания и рецидивов туберкулеза.

Гриппозная инфекция провоцирует реактивацию туберкулеза

2.Осмотр глазного дна

КТ черепа

Ликвородиагностика

Консультация невропатолога

Консультация эндокринолога

3.Повышение содержания белка

Преимущественно лимфоцитарный цитоз

Снижение содержания сахара

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25.**

 Определить план лечебных и реабилитационных мероприятий, группу диспансерного наблюдения.

Больной 50 лет, не работает. 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(+) обн. 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 уд/мин, ЧСС 96 в мин, АД 110/70 мм.рт.ст. Печень выступает из под реберной дуги на 3 см.

ОАК: Л 13,0\*109 /л, эоз 2%, п/я 8%, с/я 61%, лимф 15%, мон 14%, СОЭ 40 мм/ч.

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. Сформулируйте диагноз?
2. Что способствовало развитию данной клинической формы туберкулеза?
3. Перечислите осложнения, которые могут встречаться при данной форме туберкулеза?

**эталоны ответов к СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №25**

1. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого, МБТ+. Эмфизема легких, ДНII стадии.
2. Низкий культурный уровень больного.
3. Легочное сердце, кровотечение, амилоидоз.
4. Лечение 5-6 препаратами в течение 3 мес, затем – 3-4антибактериальными препаратами до года. Направление на МСЭ.

**7.7. 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

**7.8. 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