

Тестовые задания по специальности «Фтизиатрия»

Проявления синдрома интоксикации при ТБ:

- повышение температуры
- ночная потливость
- снижение массы тела
- все названные симптомы

Особенности лихорадки при ТБ:

- повышение температуры преимущественно по утрам
- хорошая переносимость лихорадки
- отсутствие подъемов температуры до высоких цифр
- повышение температуры только в виде ежедневного субфебрилитета

Особенности кашля при ТБ:

- преимущественно сильный мучительный
- с большим количеством мокроты
- небольшой (покашливание) с незначительным количеством мокроты
- преимущественно с кровохарканьем

Частые проявления синдрома интоксикации у детей:

- отставание в физическом развитии
- снижение аппетита
- повышенная утомляемость
- все названное

Частые проявления активного туберкулеза у детей:

- кашель
- боли в грудной клетке
- одышка
- синдром интоксикации

Преимущественная степень выраженности синдрома интоксикации при туберкулез у детей:

- слабая
- умеренная
- выраженная
- отсутствует

Особенности начала и течение туберкулеза:

- постепенное начало
- волнообразное течение
- длительное течение
- все перечисленное

Значение социальных условий для развития туберкулеза:

- не имеет значения
- заболевают только социальнодезадаптированные лица
- социальнодезадаптированные лица составляют большую часть заболевших
- социально адаптированные лица не болеют

Структура клинических форм туберкулеза за последние годы в динамике:

- стабильна
- рост ограниченных форм
- рост диссеминированных форм
- рост доли бактериовыделителей

Частота остро прогрессирующих форм туберкулеза в современных условиях:

- стабильна
- снижается
- растет
- чередуются периоды роста и снижения

Отделы грудной клетки с преимущественной локализацией перкуторных и аускультативных изменений при туберкулезе легких у взрослых:

- верхне-передние
- верхнезадние
- нижне передние
- нижне задние

Влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы при туберкулезе легких – признак:

- инфильтрации легочной ткани
- поражения бронха
- полости распада
- экссудативного плеврита

Периферические лимфоузлы при туберкулезе органов дыхания у взрослых:

- не изменены
- увеличены 3-4 группы
- увеличены 5 групп и более
- увеличены во всех группах

Периферические лимфоузлы при туберкулезе органов дыхания у детей:

- не изменены
- увеличены 3-4 группы
- увеличены 5 групп и более
- увеличены во всех группах

Особенности рентгенокартины туберкулеза легких:

- неоднородность затемнения
- наличие деструкции
- очаги обсеменения
- все верно

Наиболее частая локализация изменений в легких при вторичном туберкулезе:

- S1S2S6
- S3S4S5
- S7S8S9
- S10

Наиболее частая локализация изменений в легких при первичном туберкулезе:

- S1S2S6
- S3S4S5
- S7S8S9
- S10

Наиболее достоверный метод исследования патологического материала на МБТ:

- простая микроскопия
- люминисцентная микроскопия
- посев на питательные среды
- ПЦР

Оптимальные условия сбора мокроты на МБТ:

- дома
- в палате
- в «кашлевой комнате»
- за пределами помещений

Метод исследования мокроты на МБТ, дающий возможность своевременного назначения адекватной химиотерапии:

- микроскопия мазка
- люминисцентная микроскопия
- посев
- ПЦР

Наиболее короткие сроки исследования на МБТ с определением ЛУ обеспечивает метод:

- посев на плотные питательные среды
- посев на жидкие питательные среды
- биочип (ПЦР)
- Genexpert (ПЦР)

Однократное бактериовыделение свидетельствует о туберкулезной этиологии заболевания:

- всегда
- при клинико-рентгенологической картине, типичной для ТБ
- никогда
- лишь при наличии полости распада

Наиболее информативно исследование мокроты на МБТ, собранной:

- утром до завтрака
- утром после завтрака
- в полдень
- вечером

Особенности данных рентгенологического обследования при вторичном туберкулезе легких:

- локализация в S2S1S6
- негомогенность затемнения
- наличие деструкции, очагов обсеменения
- все перечисленное

Достоверный признак туберкулезной этиологии заболевания:

- верхнедолевая локализация
- однократное бактериовыделение
- двукратное бактериовыделение
- положительная реакция на ДСТ

Достоверный признак туберкулезной этиологии заболевания:

- положительная реакция на туберкулиновую пробу Манту с 2ТЕ
- хорошая переносимость синдрома интоксикации
- обнаружение при биопсии эпителиоидно-клеточных гранул с казеозным некрозом
- обнаружение гранул из эпителиоидных и гигантских клеток без казеозного некроза
- }

Окончательный диагноз туберкулеза устанавливает:

- врач ОЛС
- фтизиатр
- ЦВКК противотуберкулезной службы

-все перечисленные
}

Туберкулин представляет собой:

- живые ослабленные МБТ
- убитые МБТ
- экстракт культуры туберкулезных микобактерий
- антигены вирулентных МБТ

Реакция на туберкулин:

- аллергическая немедленного типа
- аллергическая замедленного типа
- токсическая
- токсико-аллергическая

Положительная реакция на туберкулиновую пробу Манту с 2ТЕ ППДЛ:

- гиперемия любых размеров
- папула 5мм и более
- папула 10мм и более
- папула 16мм и более

Гиперергическая реакция на пробу Манту с 2ТЕ у ребенка:

- папула 10мм и более
- папула 16мм и более
- папула 21мм и более
- гиперемия более 20мм

Гиперергическая реакция на пробу Манту с 2ТЕ у взрослого:

- папула 10мм и более
- папула 16мм и более
- папула 21мм и более
- гиперемия более 20мм

Положительная нормергическая реакция на пробу Манту отражает:

- наличие активного туберкулеза
- наличие высокого риска заболевания
- инфицированность МБТ
- остропрогрессирующий туберкулез

Гиперергическая реакция на пробу Манту с 2ТЕ отражает:

- наличие активного туберкулеза или высокий риск его развития
- инфицированность
- поствакцинную аллергию
- остропрогрессирующий туберкулез

Отрицательная реакция на пробу Манту с 2ТЕ свидетельствует об отсутствии инфицирования ТБ:

- при всех условиях
- при тяжелом состоянии больного
- при удовлетворительном состоянии пациента и ранее отрицательных реакциях на туберкулин
- при отсутствии указания на контакт с больным ранее

Показания для направления на консультацию к фтизиопедиатру детей по результатам массовой туберкулинодиагностики:

- вираж туберкулиновой чувствительности

- гиперергическая реакция на туберкулин
- нарастание чувствительности к туберкулину
- все перечисленное

Цели массовой туберкулинодиагностики среди детского населения:

- своевременное выявление заболевания
- выявление детей групп риска
- отбор на ревакцинацию
- все перечисленное

Какая цель туберкулинодиагностики не может быть достигнута при замене ее ДСТ:

- своевременное выявление заболевания
- выявление детей групп риска
- отбор на ревакцинацию
- все перечисленное

Диаскинтест содержит:

- продукт распада и жизнедеятельности МБТ
- антигены, присутствующие в вирулентных штаммах МБТ
- убитые МБТ
- антитела к МБТ

Механизм действия ДСТ:

- оказывает сенсибилизирующее на организм
- обладает иммуногенными свойствами
- вызывает кожную реакцию гиперчувствительности замедленного типа у лиц, больных ТБ или высоким риском его развития
- вызывает кожную реакцию гиперчувствительности замедленного типа у лиц, привитых БЦЖ

Доза и место введения ДСТ:

- передняя поверхность предплечья подкожно 0,1мл
- передняя поверхность предплечья внутрикожно 0,1мл
- передняя поверхность предплечья подкожно 0,2мл
- передняя поверхность предплечья внутрикожно 0,2мл

Целями применения ДСТ являются все, кроме:

- уточнение локализации туберкулезного процесса
- диагностика туберкулеза и оценка активности туберкулезного процесса
- дифференциальная диагностика туберкулеза с нетуберкулезными заболеваниями
- дифференциальная диагностика поствакцинальной и инфекционной аллергии

Отрицательная реакция на ДСТ это:

- наличие уколочной реакции
- инфильтрат размером 1мм
- гиперемия любых размеров
- гиперемия 2-4мм

Сомнительная реакция на ДСТ:

- уколочный след размером 1мм
- гиперемия любого размера
- папула 2-4мм
- папула любого размера

Положительная реакция на ДСТ:

- гиперемия 5-10мм

- гиперемия более 17мм
- гиперемия любого размера
- папула любого размера

Гиперергические реакции на ДСТ:

- папула 1-4мм
- папула 5-9мм
- папула 10-14мм
- папула 15мм и более

Положительная реакция на ДСТ отражает:

- наличие инфицирования МБТ
- наличие активного ТБ или высокий риск его развития
- поствакцинную аллергию
- иммунитет к МБТ

Отрицательная реакция на ДСТ свидетельствует:

- против диагноза активного туберкулеза
- об отсутствии инфицирования МБТ
- об отсутствии поствакцинного иммунитета
- не имеет значения

У детей с поствакцинной аллергией на туберкулин реакция на ДСТ:

- отрицательная
- сомнительная
- слабо положительная
- нормергическая

У пациентов без активного туберкулеза, но инфицированных МБТ, реакция на ДСТ, как правило:

- отрицательная
- сомнительная
- слабо положительная
- нормергическая

У пациентов с активным туберкулезом реакция на ДСТ чаще всего:

- отрицательная
- сомнительная
- слабо положительная
- гиперергическая или нормергическая

Среди умерших чаще всего встречается:

- алкоголизм
- пребывание в заключении
- наркомания
- бродяжничество

Старые туберкулезные изменения:

- фиброз
- невысокая интенсивность
- нечеткие контуры
- наличие распада

Наиболее частая локализация туберкулезного процесса в легочной ткани при первичном туберкулезе:

- S2S1

- S6
- S3S4S5
- S10

Назовите фазу затихающего туберкулеза:

- рассасывание
- инфильтрация
- распад
- обсеменение

Назовите фазу активного туберкулеза:

- инфильтрация
- рассасывание
- уплотнение
- фиброзирование

Форма туберкулеза, наиболее часто приводящая к летальному исходу:

- КП
- диссеминированная
- милиарная
- ФКТЛ

Назовите форму туберкулеза, стоящую на 2 месте по частоте летальных исходов:

- КП
- диссеминированная
- милиарная
- ФКТЛ

Наиболее неблагоприятный тип воспалительного процесса при туберкулезе:

- продуктивный
- экссудативный
- экссудативно-продуктивный
- альтеративный

Наиболее благоприятный тип воспалительного процесса при туберкулезе:

- продуктивный
- экссудативный
- экссудативно-продуктивный
- альтеративный

Реакция, при которой туберкулезный процесс быстро прогрессирует и хорошо поддается лечению:

- продуктивный
- экссудативный
- экссудативно-продуктивный
- альтеративный

Наиболее частой причиной летального исхода от КП является:

- самостоятельная форма КП
- осложняющая ФКТЛ
- осложняющая диссеминированный туберкулез
- осложняющая милиарный туберкулез

Редкой причиной летального исхода является:

- ФКТЛ

- диссеминированный туберкулез
- цирротический туберкулез
- КП

Редкой причиной летального исхода является:

- ФКТЛ
- диссеминированный туберкулез
- инфильтративный туберкулез
- КП

Очаговый туберкулез в диагнозе при направлении на вскрытие выступает как:

- основное заболевание (первоначальная причина смерти)
- осложнение
- сопутствующий диагноз
- непосредственная причина смерти

Инфильтративный туберкулез в диагнозе при направлении на вскрытие выступает как:

- основное заболевание (первоначальная причина смерти)
- осложнение
- сопутствующий диагноз
- непосредственная причина смерти

Туберкулома в диагнозе при направлении на вскрытие выступает как:

- основное заболевание (первоначальная причина смерти)
- осложнение
- сопутствующий диагноз
- непосредственная причина смерти

Милиарный туберкулез в диагнозе при направлении на вскрытие выступает как:

- основное заболевание (первоначальная причина смерти)
- осложнение
- сопутствующий диагноз
- непосредственная причина смерти

Диссеминированный туберкулез в диагнозе при направлении на вскрытие выступает чаще всего как:

- основное заболевание (первоначальная причина смерти)
- осложнение
- сопутствующий диагноз
- непосредственная причина смерти

Укажите смертельное осложнение туберкулеза органов дыхания:

- легочное сердце компенсированное
- профузное легочное кровотечение
- отек головного мозга
- спонтанный пневмоторакс закрытый

Укажите смертельное осложнение туберкулеза органов дыхания:

- декомпенсированное легочное сердце
- кровохарканье
- отек головного мозга
- закрытый спонтанный пневмоторакс

Укажите смертельное осложнение туберкулеза органов дыхания:

- компенсированное легочное сердце

- кровотечение легочное
- отек головного мозга с вклинением в большое затылочное отверстие
- закрытый спонтанный пневмоторакс

Укажите смертельное осложнение:

- гематогенная диссеминация в печень и селезенку
- амилоидоз печени, селезенки, почек, надпочечников
- легочное сердце компенсированное
- отек головного мозга

Укажите специфическое осложнение туберкулеза органов дыхания:

- кровохарканье
- спонтанный пневмоторакс
- КП
- пневмония

Укажите специфическое осложнение:

- туберкулезный менингит
- кровотечение
- легочное сердце
- амилоидоз

Укажите специфическое осложнение:

- эмпиема плевры
- кровотечение
- легочное сердце
- амилоидоз

Укажите специфическое осложнение:

- туберкулезный перикардит
- кровотечение
- легочное сердце
- амилоидоз

Укажите неспецифическое осложнение:

- кровотечение легочное
- КП
- эмпиема
- туберкулезный менингит

Укажите неспецифическое осложнение:

- КП
- эмпиема
- туберкулезный менингит
- амилоидоз внутренних органов

Укажите неспецифическое осложнение:

- гематогенная диссеминация
- КП
- эмпиема
- декомпенсированное легочное сердце

Укажите неспецифическое осложнение:

- симптоматические язвы желудка
- КП

- эмпиема
- генерализация туберкулезного процесса

Наиболее частая непосредственная причина смерти:

- прогрессирование туберкулезного процесса
- легочно-сердечная недостаточность
- амилоидоз
- эмпиема плевры

Начало клинического построения диагноза при направлении на вскрытие (последовательность):

- сопутствующий диагноз
- осложнение
- первоначальная причина смерти
- непосредственная причина смерти

Минимальное количество диагнозов при котором ставится диагноз «Полипатия»:

- монокаузальный диагноз
- бикаузальный
- трикаузальный
- четыре и более диагнозов

Первоначальный диагноз, явившийся причиной смерти:

- ВИЧ-инфекция III стадии
- ВИЧ-инфекция IV-V стадии
- фиброзно-кавернозный туберкулез легких
- диссеминированный туберкулез легких

Укажите диагноз сопутствующего заболевания:

- ВИЧ-инфекция III стадии
- ВИЧ-инфекция IV-V стадии
- фиброзно-кавернозный туберкулез легких
- диссеминированный туберкулез легких

Ятрогения – результат:

- бездействия медицинского персонала
- запоздалого действия медицинского персонала
- ошибки при оказании медицинской помощи
- заключение медперсонала без патанатомического вскрытия

Заключение об ятрогении как причине летального исхода выносит:

- патологоанатом в результате вскрытия
- клиницист на основании расследования
- совместно патологоанатом и клиницист
- клинико-экспертная комиссия медицинского учреждения

Ятрогения I категории, как причина летального исхода:

- реакции и осложнения, обусловленные медицинским воздействием, проведенным по обоснованным показаниям и выполненным правильно
- реакции, не связанные патогенетически с основным заболеванием или его осложнением
- неадекватные, ошибочные медицинские воздействия, связанные с основным заболеванием
- запоздалые действия или бездействие врача

Ятрогения II категории, как причина летального исхода:

- реакции и осложнения, обусловленные медицинским воздействием, проведенным по обоснованным показаниям и выполненные правильно
- реакции, не связанные патогенетически с основным заболеванием или его осложнением
- неадекватные, ошибочные медицинские воздействия, связанные с основным заболеванием
- запоздалые действия или бездействие врача

Ятрогения III категории, как причина летального исхода:

- реакции и осложнения, обусловленные медицинским воздействием, проведенным по обоснованным показаниям и выполненные правильно
- реакции, не связанные патогенетически с основным заболеванием или его осложнением
- неадекватные, ошибочные медицинские воздействия, связанные с основным заболеванием
- запоздалые действия или бездействие врача

Расхождение клинического и патанатомического диагноза II класса:

- диагноз можно было поставить и это способствовало бы излечению больного
- диагноз поставить невозможно было из-за малого пребывания больного в стационаре (до 3-х дней)
- диагноз поставить было невозможно из-за тяжелого состояния больного
- диагноз можно было поставить, но это не изменило бы исход заболевания

Расхождение клинического и патанатомического диагноза III класса:

- диагноз можно было поставить и это способствовало бы излечению больного
- диагноз поставить невозможно было из-за малого пребывания больного в стационаре (до 3-х дней)
- диагноз поставить было невозможно из-за тяжелого состояния больного
- диагноз можно было поставить, но это не изменило бы исход заболевания

Субъективная причина неустановления диагноза:

- пребывания в стационаре до 3-х дней
- пребывание в стационаре в бессознательном положении
- тяжесть состояния больного при невозможности проведения полноценного обследования
- недоучет анамнестических данных

Расхождение клинического и патанатомического диагнозов I класса:

- диагноз можно было поставить, если бы не переоценили заключение консультанта
- диагноз можно было поставить и это способствовало бы излечению больного
- диагноз поставить невозможно было из-за малого пребывания больного в стационаре (до 3-х дней)
- диагноз можно было поставить, но это не изменило бы исход заболевания

Объективная причина неустановления диагноза:

- тяжесть состояния больного при невозможности проведения полноценного обследования
- недоучет клинических проявлений
- недоучет рентгеновской картины
- переоценка заключения консультанта

Членом КИЛИ (комиссии по изучению летальных исходов) не является:

- зам. главного врача по лечебным вопросам
- зав. отделением
- работник кафедры
- лечащий врач

Лечение больного туберкулезом включает:

- гигиено-диетический режим
- химиотерапию
- коллапсотерапию и хирургическое лечение
- все названные

Минимальная длительность лечения больного туберкулезом:

- 1-2 мес.
- 3-4 мес.
- 6 мес.
- 10 мес.

Продолжительность ИФ лечения ТБ в большинстве случаев:

- не более 2мес.
- 2-4 мес.
- 4-6 мес.
- 8-10 мес.

Основное значение в лечении больного туберкулезом имеет:

- химиотерапия
- патогенетическая терапия
- хирургическое лечение
- коллапсотерапия

Интенсивная фаза химиотерапии направлена на:

- подавление быстрого размножения МБТ и уничтожение их
- подавление медленно размножающейся популяции МБТ
- уничтожение персистирующих МБТ
- все названное верно

Фаза продолжения лечения предусматривает:

- подавление быстрого размножения МБТ и уничтожение их
- подавление медленно размножающейся популяции МБТ
- уничтожение персистирующих МБТ
- все названное верно

При устойчивости МБТ к фторхинолонам в схему химиотерапии целесообразно включить:

- офлоксацин
- левофлоксацин
- моксифлоксацин
- ломефлоксацин

Назовите фторхинолон с наибольшей противотуберкулезной активностью:

- офлоксацин
- левофлоксацин
- ципрофлоксацин
- моксифлоксацин

Механизм действия циклосерина:

- угнетает синтез компонентов клеточной стенки бактерий
- угнетение синтеза РНК
- нарушение синтеза аминокислот
- антагонизм с ПАБК

Назовите противотуберкулезный препарат с наибольшей биодоступностью:

- циклосерин

- фторхинолоны
- этионамид
- пиразинамид

Какой из перечисленных ПТП входит во все режимы химиотерапии при активном туберкулезе:

- рифампицин
- изониазид
- этамбутол
- пиразинамид

Какой из перечисленных ПТП обладает наибольшей проникаемостью через гематоэнцефалический барьер:

- циклосерин
- протионамид
- этамбутол
- пиразинамид

При наличии выраженных нарушений функции печени какой из препаратов следует назначать с осторожностью:

- рифампицин
- стрептомицин
- этамбутол
- офлоксацин

При выпадении боковых полей зрения, нарушения цветового ощущения и перенесенном ранее неврите зрительного нерва какой из препаратов не следует назначать:

- стрептомицин
- фторхинолоны
- изониазид
- этамбутол

При стойком снижении слуха какой из препаратов не следует назначать:

- стрептомицин
- фторхинолоны
- изониазид
- этамбутол

При сниженной функции почек и небольшом снижении слуха данным аудиометрии какой из препаратов не следует назначать:

- стрептомицин
- этионамид
- пиразинамид
- этамбутол

Широкая лекарственная устойчивость – это:

- устойчивость ко всем противотуберкулезным препаратам
- устойчивость к основным ПТП и 2 резервным
- устойчивость к изониазиду и рифампицину в сочетании с устойчивостью к фторхинолонам и одному из инъекционных препаратов
- устойчивость к изониазиду и рифампицину в сочетании с устойчивостью к фторхинолонам и тионамидам

Множественная лекарственная устойчивость – это:

- устойчивость к изониазиду и рифампицину без устойчивости к фторхинолонам и аминогликозидам/капреомицину

- устойчивость ко всем противотуберкулезным препаратам
- устойчивость к изониазиду и рифампицину в сочетании с устойчивостью к фторхинолонам и одному из инъекционных препаратов
- устойчивость к изониазиду и рифампицину в сочетании с устойчивостью к фторхинолонам и тионамидам

К противотуберкулезным средствам не относят:

- парааминосалициловую кислоту
- бисептол
- изониазид
- рифампицин

Препарат, обладающий *in vitro* самой высокой активностью в отношении микобактерии туберкулеза:

- рифампицин
- стрептомицин
- цикloserин
- изониазид

Противотуберкулезный препарат, обладающий только бактериостатическим действием на МБТ:

- рифампицин
- изониазид
- канамицин
- этамбутол

Изониазид:

- относится к противотуберкулезным препаратам резервного ряда
- действует только на возбудителя туберкулеза
- имеет широкий спектр антимикробного действия
- оказывает ототоксическое действие

Механизм действия ПАСК обусловлен:

- угнетением синтеза РНК
- антагонизмом с ПАБК
- угнетением синтеза клеточной оболочки микобактерий
- нарушение синтеза аминокислот

Препарат, который применяется как для лечения активного туберкулеза так и для его профилактики:

- этамбутол
- цикloserин
- стрептомицин
- изониазид

Назовите противотуберкулезный препарат, не относящийся к группе гидразидов изоникотиновой кислоты:

- феназид
- изониазид
- фтивазид
- этионамид

Препарат выбора при лечении внебольничной пневмонии нетяжелого течения у пациента до 60 лет:

- тетрациклины
- левомецетин

- пенициллин
- аминогликозид

Чаще всего в качестве побочного действия аминогликозиды могут вызывать:

- анемию
- нарушение слуха
- поражение почек
- нарушение роста трубчатых костей

Фармакотерапия, направленная на микобактерию туберкулеза, называется:

- симптоматическая
- этиотропная
- заместительная
- патогенетическая

Действие, развивающееся после всасывания ПТП в системный кровоток, называется:

- местное
- резорбтивное
- рефлекторное
- прямое

Повышенная чувствительность организма к ПТП называется:

- привыкание
- кумуляция
- сенсбилизация
- амплификация

Назовите определение разовой дозы противотуберкулезного препарата:

- количество вещества на один прием
- доза, оказывающая лечебный эффект
- количество ПТП на прием в течение суток
- количество ПТП, не вызывающее опасные для организма токсические эффекты

Назовите определение курсовой дозы противотуберкулезного препарата:

- количество вещества на один прием
- доза, оказывающая лечебный эффект
- количество ПТП на курс лечения
- количество ПТП на прием в течение суток

Всасывание большей части ПТП происходит:

- в ротовой полости
- в желудке
- в тонком кишечнике
- в толстом кишечнике

Основным противопоказанием к назначению рифампицина является:

- сахарный диабет
- язвенная болезнь желудка
- заболевание центральной и периферической нервной системы
- нарушение функции печени

Контролируемая химиотерапия:

- необходима только на начальном этапе лечения
- необходима только на амбулаторном этапе лечения
- необходима на всем протяжении химиотерапии

-необязательна

К основным видам нежелательных побочных реакций при химиотерапии больных туберкулезом относятся:

- токсические
- дисбактериоз
- реакции обострения
- смешанные

Терапия, направленная на устранение отдельных признаков туберкулеза, называется:

- патогенетическая
- этиотропная
- симптоматическая
- заместительная

Биодоступность противотуберкулезного препарата– это:

- количество всосавшегося ПТП в ЖКТ
- разрушение ПТП в печени
- количество ПТП, поступившего в общий кровоток по отношению к введенной дозе
- количество свободной фракции ПТП

Предпочтительный путь введения ПТП при милиарном туберкулезе:

- пероральный
- сублингвальный
- внутривенный
- ректальный

Действие ПТП при ингаляторном и интратрахеальном введении при ТБ бронхов называется:

- общее
- рефлекторное
- избирательное
- местное

Назовите орган в котором преимущественно осуществляется биотрансформация ПТП в организме:

- почки
- печень
- сердце
- легкие

Наиболее частые побочные действия противотуберкулезных препаратов из перечисленных имеет:

- анафилаксия
- гепатотоксическое
- нефротоксическое
- действие на ЦНС

Противопоказанием к назначению изониазида является:

- хронический холецистит
- сахарный диабет
- язвенная болезнь желудка
- заболевание центральной и периферической нервной системы

Комбинация из какого количества противотуберкулезных препаратов основного ряда является адекватной:

- 1
- 2
- 3
- 4 и более

Комбинация сколько препаратов резервного ряда считается оптимальной:

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-8

Определяющим фактором при назначении противотуберкулезных препаратов является:

- механизм действия препаратов
- химическая формула препаратов
- путь введения
- лекарственная чувствительность МБТ к препарату

Оптимальная суточная доза химиопрепарата при лечении больного туберкулезом определяется всеми перечисленными факторами, кроме:

- переносимости химиотерапии
- фармакокинетики химиопрепарата
- массы тела больного и его возраста
- необходимости достижения подавляющей рост микобактерий концентрации препарата в организме

Основным фактором в оценке эффективности курса химиотерапии больных туберкулезом являются:

- улучшение самочувствия
- нормализация показателей гемограммы
- рассасывание изменений в легких
- прекращение бактериовыделения

Основной курс лечения больных лекарственно-чувствительным туберкулезом в среднем составляет:

- до 3 месяцев
- 2-4 месяца
- 6-12 месяцев
- 16-18 месяцев

Наиболее точным определением лекарственной устойчивости микроорганизма является:

- отсутствие клинического эффекта при химиотерапии
- продолжение роста и размножения микроорганизма на питательной среде в присутствии противотуберкулезного препарата
- переносимость микроорганизмом действия препарата в концентрации, которая превышает возможный уровень его содержания в тканях организма человека
- прекращение бактериовыделения на фоне лечения препаратами резервного ряда

Главным фактором, влияющим на эффективность противотуберкулезной терапии является:

- хорошая переносимость препаратов
- высокий уровень защитных сил организма
- чувствительность микобактерий к применяемым химиопрепаратам
- отсутствие сопутствующих заболеваний
- применение патогенетических методов лечения

Канамицин:

- имеет широкий спектр антибактериального действия
- действует только на возбудителей туберкулеза
- относится к противотуберкулезным препаратам основного ряда
- не обладает ототоксическим действием

Механизм действия рифампицина обусловлен:

- угнетением синтеза РНК
- антагонизмом с ПАБК
- угнетением синтеза клеточной оболочки микобактерий
- нарушением синтеза миколовых кислот

Препарат основного ряда, который применяется на всем протяжении курса лечения по I режиму ХТ:

- этамбутол
- пиразинамид
- стрептомицин
- рифампицин

Рифампицин действует на:

- внутриклеточно расположенные микобактерии туберкулеза
- внеклеточно расположенные микобактерии туберкулеза
- на микобактерии туберкулеза, расположенные как внутриклеточно, так и внеклеточно
- не действует на микобактерии

К аминогликозидным антибиотикам относят:

- капреомицин
- теризидон
- амикацин
- левомицетин

2ПТП с бактериоцидным действием:

- изониазид и рифампицин
- пиразинамид и этамбутол
- стрептомицин
- канамицин, амикацин

Полноценное питание в лечении туберкулеза

- не имеет важного значения
- ведущее условие эффективности лечения
- имеет второстепенное значение
- единственный метод лечения ТБ

Режим, назначаемый большинству впервые выявленных больных туберкулезом:

- постельный
- полупостельный
- тренировочный
- свободный

Физическая активность при ТБ:

- улучшает функцию органов дыхания и ССС
- способствует повышению общего тонуса
- улучшает вентиляцию легких
- все сказанное верно

При активном ТБ противопоказано:

- аэротерапия
- водные процедуры
- ультрафиолетовое (солнечное) облучение
- воздушные ванны

В питании больного ТБ наиболее важно:

- высокая калорийность пищи
- большое количество пищи
- оптимальный качественный состав пищи
- многократный прием пищи в течение суток

В пище больного ТБ в наибольшей степени повысить содержание:

- белка
- жиров
- углеводов
- жидкости

При ТБ следует несколько снизить содержание в пище:

- белка
- жиров
- углеводов
- жидкости

При туберкулезе потребность в витаминах:

- повышается
- без изменений
- снижается
- повышается лишь для В6, А, Е

В наибольшей степени повышают потребность в витаминах при ТБ:

- аллергические побочные действия ПТП
- токсические побочные действия ПТП
- снижение массы тела
- пожилой возраст

Интервалы между приемами пищи при ТБ днем:

- 2 часа
- 4 часа
- 6 часов
- 8 часов

Цель патогенетической терапии:

- уничтожение МБТ
- ослабление МБТ
- повышение защитных сил макроорганизма
- обеспечение бактериоцидного действия МБТ

Задачи патогенетической терапии в ИФ лечения:

- противовоспалительное действие
- антигипоксемическое
- предупреждение побочного действия МБТ
- все перечисленные

Задачи патогенетической терапии в ФП:

- стимуляция репаративных процессов

- противовоспалительное действие
- дезинтоксикация
- антигипоксемическое действие

С целью дезинтоксикации больному следует вводить:

- физраствор
- коллоидный раствор
- раствор глюкозы
- нативную кровь

Действие глюкокортикоидов:

- противовоспалительное
- десенсибилизирующее
- ускоряет биосинтез коллагена
- все перечисленные

Побочное действие глюкокортикоидов:

- иммунодепрессивное
- повышение АД
- прогрессирование язвенной болезни желудка и 12п.к.
- все названное

Показание для назначения глюкокортикоидов при ТБ:

- выраженный экссудативный компонент воспаления
- множественные деструкции
- массивный казеозный некроз
- хроническое течение ТБ

Клиническая форма ТБ с показанием к назначению кортикостероидов:

- полисерозит
- казеозная пневмония
- очаговый туберкулез
- все перечисленные

Показание к назначению кортикостероидов при ТБ:

- туберкулезный менингит
- туберкулез бронхов
- экссудативный плеврит
- все перечисленные

Кортикостероиды назначаются:

- до химиотерапии
- одновременно с химиотерапией
- после начала химиотерапии
- после ИФ химиотерапии

Иммунотерапия показана:

- всем больным ТБ
- при первичном иммунодефиците
- при вторичном иммунодефиците
- при МЛУ МБТ

Противопоказания к иммунотерапии:

- первичный (генетический) иммунодефицит
- аллергические заболевания

- сочетание ТБ с ВИЧ-инфекцией
- все названные

Противопоказания к иммунотерапии:

- беременность
- тяжелая сопутствующая патология
- злокачественные новообразования
- все перечисленные состояния

Иммунокорректоры назначаются:

- до ПТП
- на фоне ПТП
- после окончания курса х/т
- в перерыве между ИФ и ФП

Оптимальный препарат для иммунотерапии при ТБ:

- полиоксидоний
- виферон
- кипферон
- циклоферон

Оптимальный иммунокорректор при затихании туберкулезного процесса:

- ликопид
- глютоксин
- интерлейкен
- миелопид

Антиоксиданты:

- витамин Е
- витамин А
- тиосульфат натрия
- все названные

Анаболические гормоны:

- нерабол
- ретаболил
- метиландростенолон
- все названные

Показания к назначению анаболических гормонов:

- гипотрофия, астения
- аллергия
- иммунодефицит
- выраженный эксудативный компонент воспаления

Препараты, предупреждающие формирование больших остаточных изменений после излечения туберкулеза:

- лидаза
- кортикостероиды
- анаболические гормоны
- плазма

Наиболее частое показание для наложения искусственного пневмоторакса:

- диссеминированный туберкулез легких
- инфильтративный верхний доли правого легкого в фазе распада

- инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого в фазе распада
- казеозная пневмония

Состояние при котором не желательно наложение искусственного пневмоперитонеума:

- инфильтративный туберкулез нижних долей в фазе распада.
- подострый диссеминированный туберкулез
- туберкулез бронха
- легочное кровотечение, кровохарканье

Назовите самое частое осложнение при наложении искусственного пневмоторакса:

- плевральный шок
- газовая эмболия
- ятрогенный пневмоторакс
- реактивные плевропневмониты
- подкожная эмфизема

Оптимальные сроки ведения искусственного пневмоторакса и пневмоперитонеума:

- 2-3 месяца
- 4-6 месяцев
- 1-2 года
- более 2-х лет

Наиболее важное показание для коллапсотерапии:

- длительное сохранение деструкции на фоне х/т
- остропрогрессирующее течение ТБ
- МЛУ МБТ
- ШЛУ МБТ

Оптимальная локализация ТБ при наложении ИП:

- верхняя доля
- средняя доля (S4S5)
- нижняя доля
- не имеет значения

Оптимальная локализация ТБ при наложении РР:

- верхняя доля
- средняя доля (S4S5)
- нижняя доля
- не имеет значения

Оптимальное условие для эффективного ИП:

- субплевральная локализация деструкции
- толстые фиброзные стенки каверны
- туберкулема в фазе распада
- свежесть туберкулезного процесса (относительно тонкие стенки каверны)

Интервалы между инсуфляциями воздуха при ИП:

- 1-2 дня
- 3-4 дня
- 6-7 дней
- 8-10 дней

Количество вводимого воздуха в плевральную полость при ведении ИП:

- 200-300мл
- 500мл

- 700-800мл
- 900-1000мл

Количество воздуха, вводимого в брюшную полость при ведении РР более месяца:

- 300-400мл
- 500-600
- 700-800мл
- 1000-1200мл

При прекращении ИП и РР, продолжавшегося 6 мес. и более, следует:

- сразу прекратить инсуффляции
- постепенно уменьшать количество вводимого воздуха
- только увеличивать интервалы между инсуффляциями
- возможны различные варианты

При окончании краткосрочной коллапсотерапии следует:

- сразу прекратить инсуффляции
- постепенно уменьшать количество вводимого воздуха
- только увеличивать интервалы между инсуффляциями
- возможны различные варианты

Оптимальный эффект от КББ:

- рубцевание деструкции
- уменьшение размеров каверн
- рассасывание инфильтрации вокруг каверн
- рассасывание очагов обсеменения

Цели хирургического вмешательства:

- лечение
- диагностика
- социальная реабилитация
- все названные

Группировка показаний к хирургическому вмешательству:

- экстренные
- неотложные
- плановые
- все названные

Цели хирургического вмешательства:

- лечение
- диагностика
- социальная реабилитация
- все названные

Показание к плановой лечебной операции:

- впервые выявленный деструктивный туберкулез
- прекращение положительной динамики деструктивного процесса на фоне химиотерапии при ограниченной его распространенности
- сохранение деструкции при окончании ОКЛ
- формирование туберкулемы до 2см в диаметре без распада

При ТБ с МЛУ МБТ:

- операции противопоказаны
- те же показания, как при ЛЧ ТБ

- показания расширяются
- не обязателен предварительный прием ПТП резервного ряда

Назовите основной индикатор мониторинга лечения туберкулеза

- прекращение бактериовыделения
- рассасывание процесса в легких
- клиническое улучшение
- нормализация СОЭ

Дайте определение понятию «когорта», которое используется для проведения мониторинга лечения туберкулеза

- пациенты, состоящие на диспансерном учете у фтизиатра
- пациенты, закончившие лечение в течение квартала
- пациенты, зарегистрированные для лечения в течение квартала
- пациенты, закончившие лечение в отчетном году

Длительность лечения пациента с инфильтративным туберкулезом в условиях круглосуточного стационара зависит от:

- наличия очагов бронхогенного обсеменения на момент выявления
- локализации инфильтративных изменений
- эффективности проводимых лечебных мероприятий
- продолжительности парентерального введения противотуберкулезных препаратов

Назовите фактор, который практически не влияет на выбор организационной формы лечения больного туберкулезом

- группа эпидемиологической опасности очага
- тяжесть общего состояния пациента
- наличие сопутствующих заболеваний
- режим химиотерапии

Тактика врача (по вопросу мониторинга) при изменении режима лечения с 1 на 4:

- закрыть предыдущий курс лечения в зависимости от того результата, который достигнут на момент перевода, зарегистрировать «новый случай» по 4 режиму
- закрыть предыдущий курс лечения как «неэффективный» зарегистрировать «новый случай» по 4 режиму
- закрыть предыдущий курс лечения как «неэффективный» зарегистрировать «лечение после неэффективного КХТ» по 4 режиму
- закрыть предыдущий курс лечения в зависимости от того результата, который достигнут на момент перевода, зарегистрировать «лечение после неэффективного КХТ» по 4 режиму

В медицинской карте лечения больного туберкулезом ТБ-01 в разделе «Прием суточных доз» при регулярном приеме противотуберкулезных препаратов пациентом под непосредственным наблюдением, ежедневно ставится отметка в виде:

- инициалов врача, назначившего лечение
- инициалов медицинской сестры, контролирующей прием противотуберкулезных препаратов
- числа, обозначающего количества принятых пациентом доз
- обозначений не требуется

В функции отделения дневного стационара для больных туберкулезом не входит:

- оказание экстренной медицинской помощи больным при развитии угрожающих жизни состояниях
- обеспечение лабораторного и инструментального обследования больных туберкулезом
- выявление больных туберкулезом
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов и направление на медико-социальную экспертизу

Назовите противопоказание для пребывания в отделении дневного стационара

- деструктивные формы туберкулеза
- бактериовыделение у пациента
- состояние пациента средней степени тяжести и тяжелое
- внелегочные формы туберкулеза

Кто не может осуществлять лечение под непосредственным наблюдением больного туберкулезом

- фельдшер ФАП
- сотрудник управления социальной защиты населения
- доброволец, проживающий по соседству с больным туберкулезом
- доброволец, член семьи больного туберкулезом

В отчетность какого учреждения должен войти исход лечения пациента выбывшего из одной территории и прибывшего в другую

- учреждение, где начато лечение
- учреждение, где лечение завершено
- в обоих вышеперечисленных
- пациент будет учтен как выбывший и исход лечения в отчетность не войдет

Все противотуберкулезные мероприятия выполняют:

- фтизиатры
- врачи общей лечебной сети
- государственная служба, администрация всех уровней
- вся медицинская служба с участием администрации и ряда других ведомств

Основная цель противотуберкулезной работы в РФ

- снижение инфицированности населения туберкулезом
- снижение доли впервые инфицированных
- ликвидация туберкулеза
- улучшение эпидемической обстановки по ТБ (снижение заболеваемости, распространенности, смертности)

Положительно оценить динамику эпидобстановки по туберкулезу позволяет снижение следующего показателя:

- заболеваемости
- доли тяжелых форм туберкулеза среди заболевших
- распространенности
- частоты выявления первичных форм ТБ

Нормативный документ по противотуберкулезной работе, отмененный МЗ РФ к 2014г.:

- порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом в РФ, утвержденный МЗ РФ №1224 за 2010г.
- приказ МЗ РФ №109 за 2003г. «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ»
- порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации, утвержденный приказом МЗ РФ №982 от ноября 2012г.
- СП 1235

Основные задачи противотуберкулезной работы:

- профилактика (предупреждение) туберкулеза
- выявление и диагностика ТБ
- лечение и реабилитация больных ТБ
- все вышеперечисленное

Социальную поддержку больных туберкулезом осуществляют:

- органы государственной власти и местного самоуправления
- международные исправительные гуманитарные организации
- благотворительные фонды
- все перечисленное верно

Основные направления работы противотуберкулезного диспансера:

- организационно-методическое руководство противотуберкулезной работой ОЛС
- диагностика туберкулеза и квалифицированное лечение больных ТБ
- диспансерное наблюдение больных и лиц групп риска с осуществлением профилактических мероприятий среди них
- все вышеперечисленное

В профилактике туберкулеза у взрослых ведущее значение имеет:

- прививки БЦЖ
- химиопрофилактика
- изоляция бактериовыделителей
- улучшение социальных условий и здоровый образ жизни

В профилактике туберкулеза у детей ведущее значение имеет:

- прививка БЦЖ
- разобщение контакта с больным активным туберкулезом
- химиопрофилактика
- улучшение социальных условий

Вакцина БЦЖ:

- экстракт культуры БЦЖ
- убитые МБТ
- живые ослабленные МБТ
- живые вирулентные МБТ

Срок формирования прививочного иммунитета:

- 1 месяц
- 2 месяца
- 3 месяца
- 6 месяцев

Длительность сохранения прививочного иммунитета:

- 3 года
- 7 лет
- 10 лет
- пожизненно

Срок первой прививки БЦЖ:

- 3-7 день жизни
- 1 год
- 3 года
- 7 лет

Место введения вакцины БЦЖ:

- левое предплечье
- правое предплечье
- левое плечо

-правое плечо

Вакцина БЦЖ вводится:

- внутрикожно
- подкожно
- внутримышечно
- внутривенно

Срок появления местной прививочной реакции на БЦЖ:

- 72 часа
- 1 месяц
- 3 месяца
- 1 год

Размеры поствакцинного рубчика при качественной прививке БЦЖ:

- 1-3 мм
- 5-10 мм
- 10-20 мм
- 20-30 мм

Отличие БЦЖ от БЦЖ-М

- сниженная вирулентность
- другой вид МБТ
- сниженная доза
- другой генотип МБТ

Наиболее частое осложнение вакцинации БЦЖ:

- инфильтраты, холодные абсцессы, язвы
- регионарный лимфаденит
- БЦЖ-остит
- келоидный рубец

Осложнения БЦЖ лечит преимущественно:

- педиатр ОЛС
- фтизиопедиатр
- детский хирург ОЛС
- НИИ фтизиопульмонологии

Основной критерий диагностики БЦЖ-остита:

- возраст не старше 3 лет
- факт вакцинации БЦЖ
- несоответствие между удовлетворительным состоянием и деструкцией в костной ткани
- отрицательная реакция на ДСТ при положительной на пробу Манту при выше названных признаках

Эффективность прививок БЦЖ:

- предупреждается инфицирование
- полностью предотвращается заболеваемость
- предупреждаются тяжелые и остротекущие формы ТБ у детей
- предупреждается вторичный туберкулез

Ведущее условие эффективности химиопрофилактики для контактных:

- изоляция от бактериовыделителя
- контролируемость
- достаточная доза ПТП

-сочетание с санаторным режимом

При отрицательной реакции на ДСТ показанием к химиопрофилактике у детей является:

- выраж туберкулиновой чувствительности
- гиперергическая реакция на туберкулин
- нарастание чувствительности к туберкулину
- контакт с больным активным туберкулезом

Опасность очага туберкулезной инфекции в наибольшей степени увеличивают:

- наличие детей, подростков, беременных женщин
- неудовлетворительные жилищные условия
- наличие бактериовыделения
- вирулентность инфекции

Наиболее важное направление в работе в очаге туберкулезной инфекции:

- изоляция бактериовыделителя
- текущая дезинфекция
- заключительная дезинфекция
- химиопрофилактика контактных

Срок первичного обследования контактных на ТБ после выявления больного:

- 3 дня
- 2 недели
- месяц
- 2 месяца

Срок снятия с учета контактных после смерти бактериовыделителя:

- 0,5 года
- 1 год
- 2 года
- 5 лет

Длительность и периодичность обследования контактных после прекращения кратковременного контакта с бактериовыделителем:

- однократно при установлении контакта
- после установления контакта и через 6 месяцев
- сразу после установления контакта, затем через 6 месяцев и через 1 год
- сразу и каждые 6 месяцев в течение 2-х лет

Критерий эффективности профилактической работы среди контактных:

- отсутствие случаев заболевания контактных в период контакта
- в период контакта и 1 год после его прекращения
- в период контакта и 2 года после его окончания
- в период контакта и 3 года после его окончания

Оптимальный путь выявления источника заражения ТБ ребенка среди наблюдаемых в ПТД взрослых больных ТБ

- сбор анамнеза у родителей
- опрос других родственников
- наличие сведений у фтизиопедиатра об очагах туберкулезной инфекции с детьми на обслуживаемом участке
- наличие сведений у участкового фтизиопедиатра (педиатра ОЛС) о всех очагах туберкулезной инфекции на территории участка

Предупреждение заражения новорожденного от матери с невыявленным туберкулезом:

- всем родильницам общаться с новорожденными в масках
- всех беременных обследовать флюорографически перед родами
- всех родильниц обследовать флюорографически после родов после выписки из роддома
- всех родильниц обследовать флюорографически после родов в роддоме, при выявлении ТБ изолировать ребенка и вакцинировать его БЦЖ

Предупреждение заражения контактных от больных туберкулезом с МЛУ:

- изоляция
- химиопрофилактика ПТП I ряда
- химиопрофилактика ПТП II ряда
- вакцинация БЦЖ

Заболевание, прогрессирующее которого является показание к химиопрофилактике ТБ:

- сахарный диабет
- ВИЧ-инфекция
- язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
- системное заболевание соединительной ткани

Методы лечения других заболеваний, нередко являющиеся поводом для химиопрофилактики ТБ:

- антибиотики
- генно-инженерные биологические препараты с иммунодепрессивным действием
- лидаза
- бронхолитики

Выявление больного инфильтративным туберкулезом в фазе распада с бактериовыделением в мазке мокроты (ММ) считается:

- ранним
- своевременным
- несвоевременным
- запущенным случаем

Запущенные случаи туберкулеза органов дыхания:

- {
- диссеминированный в фазе распада МБТ+
- инфильтративный в фазе распада МБТ+
- фиброзно-кавернозный
- туберкулема в фазе распада МБТ+

Наиболее частая причина несвоевременного выявления и выявление запущенных форм туберкулеза:

- позднее обращение за медицинской помощью
- дефекты в работе врачей ОЛС
- пропуск патологии рентгенологом на флюорограмме
- ошибки фтизиатров

Самое важное направление предупреждения выявления запущенных форм ТБ:

- конференции и семинары по ТБ с врачами ОЛС
- санпросветработа и социальная поддержка среди социально дезадаптированных слоев населения
- строгий контроль за работой ОЛС
- регулярное повышение квалификации фтизиатров

Основной метод своевременного выявления туберкулеза у взрослых и подростков:

- обращение с жалобами к врачу

- туберкулинодиагностика
- флюорообследование
- обследование на МБТ лиц групп риска

Метод выявления наиболее ранних форм туберкулеза среди детей:

- обращение с жалобами к врачу
- туберкулинодиагностика
- флюорообследование
- обследование на МБТ лиц групп риска

Наиболее частый и важный симптом, как повод обследования на ТБ взрослых и подростков:

- лихорадка неясного генеза
- снижение массы тела неясного генеза
- кашель со скудной мокротой более 3 недель
- боли в грудной клетке неясного генеза 3 недели и более

Наиболее важное проявление пневмонии, являющееся поводом для обследования на ТБ:

- верхнедолевая локализация
- наличие деструкции
- отсутствие связи с переохлаждением
- отсутствие эффекта от неспецифической противовоспалительной терапии

Наиболее частый первоначальный диагноз, выставляемый больному туберкулезом органов дыхания в ОЛС:

- пневмония
- ХОБЛ
- туберкулез
- бронхиальная астма

Наиболее редкий симптом туберкулеза органов дыхания:

- кашель с мокротой
- снижение массы тела
- кровохарканье
- лихорадка

Особенность синдрома интоксикации при туберкулезе:

- наиболее выражен в первую половину дня
- тяжело переносится
- удовлетворительно переносится
- начинается остро

Наиболее частая локализация перкуторных и аускультативных изменений при туберкулезе органов дыхания у подростка и взрослого:

- верхне-задние отделы грудной клетки
- верхне-передние отделы
- нижне-передние отделы
- нижне-задние отделы

Аускультативный признак каверны:

- ослабленное дыхание
- сухие хрипы
- влажные мелкопузырчатые хрипы
- влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы

Особенность хрипов при туберкулезе легких:

- звучные
- диффузные
- обильные
- скудные

Специфический метод обследования на туберкулез в ОЛС:

- обзорная рентгенограмма органов дыхания
- СКТ
- исследование мокроты на КУМ
- клинический анализ крови

Какой метод входит в минимум обследования на ТБ в ОЛС:

- ДСТ
- анализ мокроты на КУМ
- КТ
- проба Коха

Какой метод не входит в минимум обследования на туберкулез взрослого в ОЛС:

- обзорная рентгенограмма органов дыхания
- 3 анализа мокроты на КУМ
- анализ крови
- реакция Манту

Количество порций мокроты, обязательное для исследования на КУМ в ОЛС:

- 1
- 2
- 3
- 4

«Золотой стандарт» диагностики ТБ:

- исследование ММ простой микроскопией на КУМ
- люминисцентная микроскопия
- посев на питательную среду на МБТ
- ПЦР на ДНК МБТ

Наиболее частая локализация ТБ в органах дыхания у взрослых и подростков:

- 2,1,6 сегменты
- 3,4,5 сегменты
- 7-10 сегменты
- тотальное поражение легких

Наиболее частая клиническая форма туберкулеза органов дыхания у взрослых и подростков:

- ТБ ВГЛУ
- диссеминированная
- очаговая
- инфильтративная

Наиболее частая клиническая форма ТБ органов дыхания у детей:

- ТБ ВГЛУ
- диссеминированная
- очаговая
- инфильтративная

Наиболее важный повод для обследования на туберкулез внеторакальной локализации в ОЛС:

- положительная реакция на пробу Манту с 2ТЕ

- отсутствие эффекта от неспецифической терапии
- субфебрилитет в течение недели
- снижение массы тела в течение недели

Флюорографическому обследованию в каждые 6 месяцев подлежат:

- лица БОМЖ
- мигранты, вынужденные переселенцы
- контингенты мест лишения свободы и лица первые 2 года после освобождения из МЛС
- проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания

Заболевание, при котором следует обследовать на ТБ каждые 6 месяцев:

- ВИЧ-инфекция
- сахарный диабет
- ХОБЛ
- язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

Частота обследования на ТБ в ОЛС лиц, снятых с диспансерного учета в противотуберкулезном учреждении в связи с выздоровлением (первые 3 года):

- каждые 3 месяца
- через 6 месяцев
- ежегодно
- 1 раз в 2 года

Не подлежат флюорообследованию ежегодно:

- работники детских учреждений
- пенсионеры
- военнослужащие
- работники лечебно-профилактических учреждений

Показание для обязательного флюорографического обследования женщин на ТБ:

- перед планированием беременности
- за 6 месяцев до родов
- сразу после родов в роддоме
- через 6 месяцев после родов

Показание для обязательного флюорообследования членов семьи беременной и родильницы:

- за 9 месяцев до родов
- за 6 месяцев до родов и перед выпиской матери и ребенка из роддома
- через 0,5 года после родов
- через год после родов

Оптимальный вариант учета подлежащих флюорообследованию:

- списочный
- бумажная картотека
- компьютерный
- устный

Туберкулез составляет среди патологии, выявленной флюорографически:

- 100%
- 50%
- 15%
- 5%

Показатель, позволяющий оценить качество работы по выявлению заболевших туберкулезом:

- заболеваемость

- распространенность ТБ
- смертность от ТБ
- доля выявленных с запущенными формами ТБ

При флюорообследованиях наиболее часто выявляется:

- неспецифический воспалительный процесс
- туберкулез
- рак
- врожденная патология органов дыхания

Группа населения, наиболее трудно привлекаемая к профобследованию, с наиболее высокой выявляемостью ТБ:

- работающие
- пенсионеры
- инвалиды
- лица БОМЖ

Основной недостаток организации флюорообследований населения:

- ежегодный осмотр одних и тех же групп населения
- неполное привлечение к дообследованию выявленных с подозрением на патологию
- неудовлетворительное планирование
- отсутствие четкого учета

Обязанности участкового фтизиатра по флюорографическому обследованию населения на ТБ:

- учет подлежащих обследованию
- составление плана-графика проведения флюороосмотров
- привлечение к дообследованию выявленных с подозрением на патологию
- контроль за проведением профобследований на обслуживаемой территории

Обязанности участкового фтизиатра по обследованию лиц медицинских групп риска по туберкулезу в ОЛС:

- выделение лиц групп риска
- привлечение к регулярному флюорообследованию лиц групп риска
- дообследование выявленных с подозрением на патологию
- консультация лиц с подозрением на ТБ

Для определения активности туберкулезных изменений в ОА группу диспансерного учета включают лиц:

- впервые обратившихся
- из III группы диспансерного учета
- из IV группы диспансерного учета
- из 0Б группы диспансерного учета

В IA группе диспансерного учета взрослых наблюдаются:

- впервые выявленные больные с активным туберкулезом
- впервые выявленные больные с распространенными и осложненными формами туберкулеза
- больные с рецидивами
- больные с хроническими формами активного туберкулеза

В IA группе диспансерного учета детей и подростков наблюдаются:

- впервые выявленные больные с активным туберкулезом
- впервые выявленные больные с распространенными и осложненными формами туберкулеза
- больные с рецидивами
- больные с хроническими формами активного туберкулеза

Максимальный срок наблюдения в IA группе диспансерного учета:

- 6 месяцев
- 12 месяцев
- 18 месяцев
- 24 месяца

В IB группу диспансерного учета берут больных после прерывания лечения в течение:

- 1 месяца
- 2 месяцев
- 3 месяцев
- 4 месяцев

Оптимальный повод для перевода из IA в другую группу диспансерного учета:

- эффективное окончание основного курса лечения
- истечение максимального срока наблюдения
- неблагоприятный прогноз заболевания
- стабилизация процесса

Бактериовыделитель – больной ТБ с выявлением МБТ в:

- плевральном экссудате
- спинно-мозговой жидкости
- операционном материале
- мокроте, моче

Тактика фтизиатра при однократном бактериовыделении у пациента III группы диспансерного учета с отсутствием клинико-рентгенологических проявлений реактивации:

- перевод в Iгруппу диспансерного учета
- продолжать амбулаторное наблюдение в III группе
- обследовать амбулаторно
- углубленно обследовать в условиях стационара

При сомнительной клинико-рентгенологической картине проявлением туберкулеза с бактериовыделением является обнаружение МБТ:

- однократно
- не менее 2-ух раз
- не менее 3 раз
- не менее 4 раз

При наличии клинико-рентгенологических данных за активный туберкулезный процесс больной считается бактериовыделителем при обнаружении МБТ:

- однократно
- не менее 2-ух раз
- не менее 3 раз
- не менее 4 раз

Прекращение бактериовыделения (абацилирование) при лекарственно-чувствительном туберкулезе устанавливается после получения отрицательных результатов исследования на МБТ всеми методами:

- {
- однократно
- двухкратно с промежутком в 1 месяц
- двухкратно с промежутком в 2-3 месяца
- 4 раза с промежутком в 1 месяц

Прекращение бактериовыделения при туберкулезе с МЛУ:

- двукратно с промежутком 2-3 месяца
- 4 раза с промежутком в 1 месяц
- 10 раз с промежутком в 1 месяц
- 11 раз с промежутком в 1 месяц

При исходе деструктивного туберкулеза в заполненную или санированную каверну больной снимается с эпидемиологического учета после прекращения бактериовыделения через:

- 3 месяца
- 6 месяцев
- 1 год
- 2 года

Малые остаточные изменения после излеченного туберкулеза:

- единичные до 3см в диаметре или несколько мелких (до 1см) плотных петрифицированных очагов, также ограниченный фиброз в пределах 2-х сегментов
- единичные плотные очаги в пределах 1 сегмента
- единичные плотные и обизвестленные очаги в пределах доли
- единичные плотные очаги независимо от распространенности

Большие остаточные изменения после излеченного туберкулеза:

- плотные очаги и фиброз, занимающие более 1 сегмента
- плотные очаги, фиброз, занимающие более 2 сегментов, а также единичные образования диаметром не менее 3см
- плотные очаги, фиброз, занимающие более 1 доли
- плотные очаги, фиброз, занимающие не менее всего легкого

Прогрессирование туберкулеза:

- появление новых признаков активного туберкулезного процесса после периода улучшения до достижения клинического излечения
- появление признаков активного туберкулеза после достижения клинического излечения или снятия с диспансерного учета в связи с выздоровлением
- появление признаков активного туберкулеза у ребенка или подростка VI группы диспансерного учета
- появление проявлений активного туберкулеза у пациента IV группы диспансерного учета

Рецидив туберкулеза:

- появление новых признаков активного туберкулезного процесса после периода улучшения до достижения клинического излечения
- появление признаков активного туберкулеза после достижения клинического излечения или снятия с диспансерного учета в связи с выздоровлением
- появление признаков активного туберкулеза у ребенка или подростка VI группы диспансерного учета
- появление проявлений активного туберкулеза у пациента IV группы диспансерного учета

Как расценивать остаточные изменения после экономной резекции S₁ S₂ правого легкого по поводу туберкулемы при отсутствии очагов:

- {
- отсутствие остаточных изменений
- малые остаточные изменения
- большие остаточные изменения
- клиническое излечение без остаточных изменений

Минимальная длительность заболевания при хроническом течении туберкулеза:

- 1 год

- 2 года
- 3 года
- 5 лет

Частота обследования пациентов I группы диспансерного учета:

- ежемесячно
- ежеквартально
- 1 раз в 0,5 года
- 1 раз в год

Частота обследования пациентов II группы диспансерного учета:

- ежемесячно
- ежеквартально
- 1 раз в 0,5 года
- 1 раз в год

Частота обследования пациентов III группы диспансерного учета:

- ежемесячно
- ежеквартально
- 1 раз в 0,5 года
- 1 раз в год

Частота обследования пациентов IV группы диспансерного учета:

- ежемесячно
- ежеквартально
- 1 раз в 0,5 года
- 1 раз в год

Частота обследования пациентов VI группы диспансерного учета:

- ежемесячно
- ежеквартально
- 1 раз в 0,5 года
- 1 раз в год

Длительность наблюдения пациентов в III группе диспансерного учета при малых остаточных изменениях и отсутствииотягощающих факторов:

- 1 год
- 2 года
- 3 года
- 4 года

Длительность наблюдения излеченных в III группе диспансерного учета при отсутствии остаточных изменений иотягощающих факторов:

- 1 год
- 2 года
- 3 года
- 4 года

Длительность наблюдения пациентов в III группе диспансерного учета при больших остаточных изменениях или (и)отягощающих факторах:

- 1 год
- 2 года
- 3 года
- 4 года

Дети с осложнениями прививок БЦЖ наблюдаются и лечатся:

{

- у педиатра ОЛС
- в I группе диспансерного учета у фтизиопедиатра
- в III группе диспансерного учета
- в V группе диспансерного учета

Группа диспансерного учета для впервые инфицированных детей ТБ («вираж»):

- IA
- VIA
- VIB
- VIV

Дети и подростки, ранее инфицированные, с гиперергической чувствительностью к туберкулину, наблюдаются в:

- IA
- VIA
- VIB
- VIV

Дети и подростки, впервые инфицированные, с гиперергической чувствительностью к туберкулину, наблюдаются в:

- IA
- VIA
- VIB
- VIV

Дети и подростки с выраженными реакциями на туберкулин, из социальных групп риска наблюдаются в группе диспансерного учета:

- IA
- VIA
- VIB
- VIV

Дети и подростки с нарастанием чувствительности к туберкулину, наблюдаются в группе диспансерного учета:

- IA
- VIA
- VIB
- VIV

Повод для перевода больного из I группы диспансерного учета во IIА группу учета

- наблюдение для подтверждения клинического излечения
- необходимость продолжать интенсивное лечение до излечения
- неблагоприятный прогноз заболевания
- потребность в проведении противорецидивных курсов химиотерапии

В IIIА группе диспансерного учета детей и подростков наблюдаются:

- впервые выявленные с остаточными посттуберкулезными изменениями
- пациенты с клиническим излечением
- дети и подростки с рецидивом ТБ
- контактные

Понятие "Клиническое излечение" не включает в себя:

- прекращение бактериовыделения только по данным простой микроскопии

- прекращение бактериовыделения, подтвержденное микроскопически и культуральными исследованиями
- регрессия рентгенологических изменений с закрытием деструкции
- исчезновение клинических проявлений туберкулезного воспалительного процесса

Возможно ли достижение клинического излечения при сохранении полости распада?

- не возможно
- возможно в виде остаточной санированной полости при отсутствии бактериовыделения в двух последовательных результатах исследования мокроты с промежутком в 2-3 месяца
- возможно при отрицательных результатах исследования мокроты на МБТ всеми методами в течение года
- возможно при отрицательных результатах исследования мокроты на МБТ в течение 3 лет

Закрытие полости распада должно быть подтверждено:

- обзорной рентгенограммой органов дыхания
- УЗИ органов дыхания
- прекращением бактериовыделения
- томографически (СКТ) при прекращении бактериовыделения

К отягощающим факторам не относится:

- социальная дезадаптация больного
- низкий уровень образования
- постоянный контакт с больным активным туберкулезом
- алкоголизм, наркомания

В IVA группе диспансерного учета взрослых наблюдаются:

- лица, состоящие в бытовом контакте с бактериовыделителем
- лица, состоящие в бытовом контакте с больным активным туберкулезом
- имеющие контакт с бактериовыделителями по месту работы
- имеющие профессиональный и производственный контакт с больными туберкулезом людьми и животными

В IVБ группе диспансерного учета взрослых наблюдаются:

- лица, состоящие в бытовом контакте с бактериовыделителем
- лица, состоящие в бытовом контакте с больным активным туберкулезом
- имеющие контакт с бактериовыделителями по месту работы
- имеющие профессиональный и производственный контакт с больными туберкулезом людьми и животными

Частота обследования наблюдаемых в IVA группе диспансерного учета взрослых:

- каждые 3 месяца
- каждые 6 месяцев
- ежегодно
- 1 раз в 2 года

Частота обследования наблюдаемых в IVБ группе диспансерного учета взрослых:

- каждые 3 месяца
- каждые 6 месяцев
- ежегодно
- 1 раз в 2 года

Дети, наблюдаемые в IVA группе диспансерного учета:

- состоящие в семейных, родственных и квартирных контактах с бактериовыделителями
- контактные с бактериовыделителями в детских и подростковых учреждениях
- проживающие на территории противотуберкулезных учреждений

-все перечисленные

Дети, наблюдаемые в IVБ группе диспансерного учета:

- контактирующие с больными активным туберкулезом без бактериовыделения
- члены семей животноводов, работающих на неблагополучных по туберкулезу фермах
- члены семей, содержащих больных туберкулезом сельскохозяйственных животных
- все перечисленные

В VA группе диспансерного наблюдения (ДН) состоят дети и подростки со следующими осложнениями прививок БЦЖ:

- генерализованными и распространенными осложнениями
- с локальными и ограниченными поражениями
- с неактивными локальными осложнениями
- с подозрением на осложнения

В VB группе диспансерного наблюдения (ДН) состоят дети и подростки со следующими осложнениями прививок БЦЖ:

- генерализованными и распространенными осложнениями
- с локальными и ограниченными поражениями
- с неактивными локальными осложнениями
- с подозрением на осложнения

В VB группе диспансерного наблюдения (ДН) состоят дети и подростки со следующими осложнениями прививок БЦЖ:

- генерализованными и распространенными осложнениями
- с локальными и ограниченными поражениями
- с неактивными локальными осложнениями
- с подозрением на осложнения

В 0А ГДН включают взрослых:

- для определения активности туберкулезного процесса
- дифференциальной диагностики туберкулеза
- с малыми формами активного туберкулеза
- лиц групп риска

В ГДН 0Б включают взрослых:

- для определения активности туберкулезного процесса
- дифференциальной диагностики туберкулеза
- с малыми формами активного туберкулеза
- лиц групп риска

В 0 ГДН включают детей и подростков для:

- уточнения характера туберкулиновой чувствительности к туберкулину
- дифференциальной диагностики туберкулеза органов дыхания
- дифференциальной диагностики туберкулеза внеторакальных локализаций
- всего перечисленного

Вопросы противотуберкулезной помощи населению, решаемые на уровне администрации:

- организация профосмотров населения
- социальная поддержка больных
- предоставление изолированных квартир больным-бактериовыделителям
- все перечисленные

Обязанности противотуберкулезной службы:

- проведение прививок БЦЖ
- массовая туберкулинодиагностика
- обследование на ТБ больных с заболеваниями, предрасполагающими к ТБ
- оргметодруководство противотуберкулезной работой

Участие полиции в противотуберкулезной работе:

- санпросветработа
- принудительная госпитализация по решению суда
- привлечение к уголовной ответственности уклоняющихся от лечения
- социальная поддержка больных

Обязанности участкового фтизиатра по межведомственному взаимодействию:

- привлечение администрации района к проведению профосмотров населения
- контроль за обследованием на ТБ групп риска в ОЛС
- взаимодействие с организацией Красного Креста по социальной поддержке больных
- все перечисленные

Преимущество здравоохранения с пенитенциарной системой в противотуберкулезной работе включает:

- получение поликлиниками ОЛС списков освобожденных (здоровых) для привлечения к профосмотрам
- получение сведений от освобожденных больных ТБ для продолжения их лечения
- анализ эпидобстановки и составление комплексной межведомственной программы противотуберкулезной работы
- все перечисленные

Участие Роспотребнадзора в противотуберкулезной работе:

- организация профобследований
- проведение прививок БЦЖ
- работа в очагах туб. инфекции
- контроль за противотуберкулезной работой

Задачи участкового терапевта по противотуберкулезной работе:

- выявление ТБ среди обратившихся с жалобами
- проведение прививок БЦЖ
- работа в очагах туберкулезной инфекции
- химиопрофилактика туберкулеза

Кто из ниже перечисленных относится к группе риска по заболеванию туберкулезом?

- ~работники сферы обслуживания и общественного питания.
- ~работники учреждений здравоохранения.
- лица, находящиеся в следственных изоляторах и исправительных учреждениях, а также освобожденные из мест лишения свободы в течение последних двух лет.
- ~неорганизованное население.

Показана ли вакцинация БЦЖ при отрицательной пробе Манту несовершеннолетним подследственным и осужденным?

- да, показана.
- нет, не показана.
- показана, в индивидуальном порядке.
- категорически запрещена.

Наиболее часто саркоидозом болеют:

- дети
- женщины 20-30 лет

- женщины 30-40 лет
- мужчины 20-30 лет

Этиология саркоидоза:

- вирусная
- наследственная
- проявление атипичного ТБ
- не известна

Наиболее часто при саркоидозе поражаются:

- периферические лимфоузлы
- ВГЛУ
- кожа
- печень, селезенка

Строение туберкулезной гранулемы:

- эпителиоидные, гигантские клетки, казеозный некроз
- эпителиоидные клетки, гигантские без казеозного некроза
- эпителиоидные клетки
- гигантские клетки

Развитию саркоидоза способствует:

- неблагоприятные социальные условия
- детский возраст
- контакт с агрессивной пылью и химическими вредностями
- континентальный климат

Наиболее частый исход саркоидной гранулемы:

- полное рассасывание
- частичное рассасывание с формированием небольшого фиброза
- отсутствие динамики (стабильность)
- формирование выраженного фиброза («сотового легкого»)

Наиболее частое течение саркоидоза:

- острое в виде синдрома Лефгрена
- острое в виде синдрома Хеерфордта-Вальденстрема
- хроническое малосимптомное
- бессимптомное

Наиболее частая форма саркоидоза (СК):

- СК ВГЛУ
- СК ВГЛУ и легких
- СК легких
- генерализованный СК

Наиболее информативный для диагностики рентгенологический синдром саркоидоза:

- внутригрудная лимфаденопатия
- диссеминация
- пневмонический
- интерстициальный

Наиболее частые изменения при саркоидозе со стороны кожи

- узловатая эритема
- макулоподобные высыпания
- подкожные узлы

-феномен «оживших рубцов»

Наиболее частое заболевание, при котором развивается узловатая эритема:

- туберкулез
- системное поражение соединительной ткани
- идиопатический фиброзирующий альвеолит
- саркоидоз

Особенность лимфаденопатии при саркоидозе:

- односторонняя
- двухсторонняя ассиметричная
- двухсторонняя симметричная с размытыми контурами
- двухсторонняя симметричная с четкими полициклическими контурами

Особенность диссеминации при саркоидозе:

- крупные очаги с обеих сторон преимущественно в верхних отделах легких
- мелкие очаги, расположенные ассиметрично, в нижних отделах легких
- очаги мелких и средних размеров, с тотальным или субтотальным поражением легких, расположенные симметрично, преимущественно в средне-нижних отделах легких
- крупные очаги с тотальным поражением легких

Реакция на туберкулиновую пробу Манту с 2ТЕ ППДЛ при саркоидозе бывает преимущественно:

- отрицательная
- слабоположительная
- нормергическая
- резко положительная

Реакция на ДСТ при саркоидозе

- отрицательная
- слабоположительная
- нормергическая
- резко положительная

При ФБС наиболее часто помогают диагностике саркоидоза:

- бугорковые специфические высыпания на слизистой
- расширенные и извитые сосуды слизистой («саркоидная эктазия»)
- сужение просвета бронхов
- отсутствие изменений

Из внеторакальных органов чаще поражаются при саркоидозе:

- периферические лимфоузлы
- печень, селезенка
- глаза
- опорно-двигательная система

Наиболее достоверный метод диагностики саркоидоза:

- иммунодиагностика (туб. проба Манту, ДСТ)
- рентгендиагностика
- биопсия
- тест-терапия

Заболевание, при котором не встречаются эпителиодно-клеточные гранулемы без казеозного некроза:

- туберкулез

- альвеолит
- микоз
- злокачественные новообразования

Влияние противотуберкулезной терапии на течение саркоидоза:

- не влияет
- способствует обратному развитию
- способствует прогрессированию и формированию грубого фиброза
- предупреждает развитие фиброза

Тактика врача при выявлении больного саркоидозом:

- назначение антибиотиков широкого спектра действия
- назначение кортикостероидов
- назначение противотуберкулезных препаратов (ex juvantibus)
- наблюдение без лечения

Показание к назначению кортикостероидов при саркоидозе:

- острое начало заболевания
- медленное обратное развитие изменений
- стабилизация изменений
- прогрессирование изменений и поражение жизненно важных органов

Специалист, занимающийся наблюдением и лечением больных саркоидозом:

- фтизиатр
- пульмонолог
- аллерголог
- профпатолог

Наиболее опасный источник туберкулезной инфекции:

- невывявленный больной туберкулезом с массивным бактериовыделением
- больной-бактериовыделитель, получающий лечение
- ребенок, больной туберкулезом
- больное туберкулезом животное

Основной путь заражения туберкулезной инфекцией:

- воздушно-пылевой
- воздушно-капельный
- алиментарный
- внутриутробный

Наиболее частый исход заражения туберкулезом:

- заболевание
- инфицирование
- удаление туберкулезной инфекции из организма
- уничтожение туберкулезной инфекции в организме

Максимальная длительность сохранения жизнеспособности МБТ во внешней среде:

- несколько часов
- несколько дней
- несколько месяцев
- год и более

Действие прямых солнечных лучей на МБТ:

- не действуют
- снижают жизнеспособность

- убивают за 5-10 мин
- убивают за 1,5 часа

Отношение МБТ к неблагоприятным внешним воздействиям:

- не устойчивы
- слабо устойчивы
- умеренно устойчивы
- высоко устойчивы

Главный фактор, способствующий развитию туберкулеза у взрослых:

- тесный контакт с бактериовыделителем
- неблагоприятные социальные условия
- врожденная предрасположенность
- высокая вирулентность возбудителя

Наиболее опасный фактор, предрасполагающий к развитию заболевания туберкулезом у детей:

- тесный и постоянный контакт с бактериовыделителем
- неблагоприятные социальные условия
- врожденная предрасположенность
- ранний детский возраст

Заболевание, в наибольшей степени предрасполагающее к развитию туберкулеза:

- ветряная оспа
- сахарный диабет
- ВИЧ-инфекция
- грипп

Латентный туберкулез - это:

- первичный туберкулез без уточнения локализации процесса
- остаточные изменения после излеченного туберкулеза
- наличие в организме живой туберкулезной инфекции без развития заболевания
- скрытое бессимптомное течение активного туберкулезного процесса

МБТ в петрификате:

- отсутствуют
- имеются неживые
- имеются персистирующие (дремлющие, неактивные)
- имеются активные

Роль МБТ в петрификате:

- не имеют значения
- могут стать источником инфекции и вызвать заболевание
- поддерживают приобретенный иммунитет к туберкулезу
- поддерживают иммунитет и могут стать источником инфекции при вторичном туберкулезе

Наиболее высокую заболеваемость туберкулезом имеют:

- дети раннего возраста
- лица пожилого возраста
- социально дезадаптированные лица (вне МЛС)
- контингенты МЛС

Регионы мира с наиболее неблагоприятной эпидобстановкой по ТБ:

- Северная Америка и Западная Европа
- страны СНГ (в т.ч. РФ)
- Латинская Америка

-Южная Африка

Регионы мира с наиболее благоприятной эпидобстановкой по ТБ:

- Северная Америка и Западная Европа
- страны СНГ (в т.ч. РФ)
- Латинская Америка
- Южная Африка

Федеральные округа РФ с наиболее неблагоприятной обстановкой по ТБ:

- Центральный и Северо-западный
- Приволжский и Южный
- Уральский
- Сибирский и Дальневосточный

Частота бактериовыделения среди впервые выявленных больных туберкулезом в % в РФ:

- 10-20%
- 40-60%
- 70-80%
- 90-100%

Частота бактериовыделения среди впервые выявленных больных туберкулезом в соответствии с требованиями ВОЗ (при высоком качестве исследования):

- 10-20%
- 40-60%
- 70-80%
- 90-100%

Основные клетки, ответственные за противотуберкулезный иммунитет:

- нейтрофилы
- лимфоциты
- моноциты
- эозинофилы

Туберкулезная гранулема - это:

- результат токсического действия МБТ на организм
- специфический иммунный ответ организма на туберкулезную инфекцию (специфическая защитная реакция)
- неспецифическая защитная реакция на туберкулезную инфекцию
- проявление аллергической реакции

Иммунитет при ТБ:

- клеточный, относительный, нестерильный
- клеточный абсолютный стерильный
- гуморальный относительный нестерильный
- гуморальный абсолютный

Время формирования противотуберкулезного иммунитета после инфицирования:

- 1 месяц
- 2 месяца
- 3 месяца
- 6 месяцев

Длительность сохранения постинфекционного (естественного) иммунитета:

- 7 лет
- 14 лет

- 20 лет
- пожизненно

Наиболее частая первая реакция организма на заражение туберкулезом:

- мукоцилиарный клиренс
- незавершенный фагоцитоз
- завершенный фагоцитоз
- взаимодействие антител с МБТ

Показатель, в наибольшей степени отражающий качество противотуберкулезной работы:

- инфицированность
- заболеваемость
- распространенность
- смертность от ТБ

Показатель, наиболее информативно отражающий состояние выявления больных туберкулезом:

- заболеваемость
- доля выявленных с запущенными формами туберкулеза
- инфицированность
- % первично инфицированных (вираж)

Наиболее частая причина неблагоприятного исхода ТБ:

- позднее выявление
- множественная лекарственная устойчивость (МЛУ)
- отрывы от лечения своевременно выявленных больных
- наличие сопутствующих заболеваний

Туберкулезом наиболее часто заболевают:

- Женщины молодого возраста (20-30 лет)
- мужчины 30-50 лет
- лица 60 лет и старше
- дети 0-3 лет

Количество долей в правом легком:

- 2
- 3
- 4
- 5

Количество долей в левом легком:

- 2
- 3
- 4
- 5

Количество сегментов в правом легком:

- 6
- 8
- 10
- 12

Количество сегментов в левом легком преимущественно (чаще всего):

- 6
- 8

-10

-12

В переднем средостении находится:

-вилочковая железа

-трахея

-пищевод

-аорта

В переднем средостении находится:

-сердце

-трахея

-пищевод

-аорта

В переднем средостении находятся:

-крупные сосуды

-трахея

-пищевод

-аорта

В заднем средостении находится:

-вилочковая железа

-сердце

-крупные сосуды

-аорта

В заднем средостении находится:

-вилочковая железа

-сердце

-диафрагмальные нервы

-пищевод

В заднем средостении находится:

-крупные сосуды

-трахея

-пищевод

-аорта

Угол между главными бронхами у нормостеников:

-тупой

-прямой

-острый

-не имеет значения

Угол между главными бронхами у гиперстеников:

-тупой

-прямой

-острый

-не имеет значения

Угол между главными бронхами у астеников:

-тупой

-прямой

-острый

-не имеет значения

В газообмене участвуют:

- долевые бронхи
- сегментарные бронхи
- бронхиолы
- альвеолы

Назовите количество междолевых борозд в правом легком:

- 1
- 2
- 3
- 4

Назовите количество междолевых борозд в левом легком:

- 1
- 2
- 3
- 4

Передняя стенка трахеи и крупных бронхов содержит слой:

- многоядерный мерцательный реснитчатый эпителий
- подслизистый слой с серозно-слизистыми железами
- гиалиновый хрящ
- все сказанное верно

Задняя стенка трахеи и крупных бронхов в отличие от передней стенки содержит слой:

- выраженный соединительнотканый
- многоядерный мерцательный реснитчатый эпителий
- подслизистый слой с серозно-слизистыми железами
- гиалиновый хрящ

Задняя стенка трахеи и крупных бронхов в отличие от передней стенки содержит слой:

- гладких мышц
- многоядерный мерцательный реснитчатый эпителий
- подслизистый слой с серозно-слизистыми железами
- гиалиновый хрящ

Задняя стенка трахеи и крупных бронхов не содержит:

- гиалиновый хрящ
- гладкие мышцы
- выраженный соединительный ткани
- подслизистый слой

Стенки бронхов по мере уменьшения их объема теряют:

- гиалиновый хрящ
- гладкие мышцы
- выраженный соединительный ткани
- подслизистый слой

Стенки бронхов по мере уменьшения их объема приобретает все больше:

- гиалиновый хрящ
- гладкие мышцы
- выраженный соединительный ткани
- подслизистый слой

Дренажную функцию выполняет преимущественно:

- мерцательный реснитчатый эпителий
- подслизистый слой
- гладкая мускулатура
- соединительно-тканый слой

Трахея и крупные бронхи осуществляют в основном функцию:

- дренажную
- воздухопроводящую
- выделения слизи
- все сказанное верно

Дренажную функцию осуществляют:

- мерцательный реснитчатый эпителий
- подслизистый слой выделяющий слизь
- гладкая мускулатура мелких бронхов
- все сказанное верно

Слизистую альвеол выстилает:

- реснитчатый эпителий
- однослойный плоский эпителий
- гладкая мускулатура
- все сказанное верно

Сурфактант:

- участвует в газообмене
- участвует в фагоцитозе
- препятствует спадению альвеол
- все сказанное верно

Главная функция альвеол:

- фагоцитоз
- газообмен
- дренаж
- воздухопроводящая

Аппарат дыхания включает:

- дыхательный центр
- диафрагму
- мышцы грудной и брюшной стенки
- все сказанное верно

Основными мышцами вдоха являются:

- внутренние межреберные
- брюшные
- диафрагма
- все сказанное верно

Основными мышцами вдоха являются:

- внутренние межреберные
- брюшные
- наружные межреберные
- все сказанное верно

Основными мышцами выдоха являются:

- внутренние межреберные
- наружные межреберные
- диафрагма
- все сказанное верно

Основными мышцами выдоха являются:

- наружные межреберные мышцы
- диафрагма
- брюшные мышцы
- все сказанное верно

Внутреннее дыхание – это:

- транспортировка газов к тканям и обратно
- газообмен между эритроцитами крови
- газообмен между клетками тканей и эритроцитами крови
- все сказанное верно

Внешнее дыхание – это:

- газообмен между воздухом альвеол и кровью легочных капилляров
- транспортировка газов к тканям и обратно
- газообмен между эритроцитами крови
- газообмен между клетками тканей и эритроцитами крови

Жизненная емкость легких – это:

- дыхательный объем
- резервный объем вдоха
- резервный объем выдоха
- все сказанное верно

Части плевры:

- реберная
- диафрагмальная
- медиастинальная
- все сказанное верно

В ворота легких (гилюсы) входят:

- крупные бронхи
- нервы
- сосуды
- все сказанное верно

Малый круг кровообращения:

- легочная артерия
- капилляры омывающие легочные альвеолы
- легочные вены
- все сказанное верно

Большой круг кровообращения:

- бронхиальные артерии
- легочные артерии
- легочные вены
- все сказанное верно

Функции малого круга кровообращения:

- газообмен
- питание легких
- газообмен и питание легких
- все сказанное верно

Функции бронхиальных артерий большого круга кровообращения:

- газообмен
- питание легких
- газообмен и питание легких
- все сказанное верно

Дыхательная система у детей заканчивает свое формирование к ... годам:

- 1
- 3
- 10
- 20

Основополагающим морфологическим элементом туберкулезного воспаления является:

- туберкулезная гранулема
- саркоидная гранулема
- скопление недифференцированных клеток
- нейтрофильная инфильтрация

Строение туберкулезной гранулемы:

- казеозный некроз
- эпителиоидные клетки
- клетки Пирогова-Лангханса
- все выше перечисленное

При очаговом туберкулезе наблюдается преимущественная тканевая реакция:

- альтеративная реакция
- экссудативная
- продуктивная
- альтеративно-экссудативная

При очаговом туберкулезе максимальные размеры очага составляют:

- 3 мм
- 6 мм
- 12 мм
- 20 мм

При инфильтративном туберкулезе наблюдается преимущественная тканевая реакция:

- альтеративная реакция
- экссудативная
- продуктивная
- альтеративно-экссудативная

Минимальный размер туберкулезного инфильтрата:

- 3 мм
- 5 мм
- 10 мм
- 15 мм

При казеозной пневмонии наблюдается тканевая реакция:

- альтеративная реакция

- экссудативная
- продуктивная
- альтеративно-экссудативная

Диагноз ВИЧ-инфекции устанавливается на основании:

- иммуноферментного анализа
- иммунологического блоттинга
- реакции непрямой геммаглютинации
- полимеразной цепной реакции

Картина общего анализа крови при у больного туберкулезом в 4В стадии ВИЧ-инфекции характеризуется:

- тромбоцитозом, повышением уровня гемоглобина
- анемией, тромбопенией, лимфопенией
- моноцитозом, анемией, тромбоцитозом
- нейтрофилезом, лимфоцитозом

К оппортунистическим инфекциям при ВИЧ относится:

- туберкулез
- лямблиоз
- пневмоцистоз
- пневмония, вызванная *S. aureus*

Что такое пассивное выявление ВИЧ-ассоциированного туберкулеза:

- выявление туберкулеза у пациентов с ВИЧ/СПИД инфекцией при регистрации нового случая ВИЧ-инфекции при профилактическом обследовании пациентов данного контингента
- выявление туберкулеза у пациентов с ВИЧ/СПИД инфекцией при обращении в медицинское учреждение с симптомами, похожими на туберкулез
- выявление при устройстве на работу
- выявление при профилактическом обследовании у инфекциониста

Инкубационный период при ВИЧ-инфекции составляет (I стадия):

- 7 дней.
- от 6 до 12 месяцев.
- от 3-6 недель до 3-6 месяцев
- более 1 года

Показатель иммунограммы, имеющий наиболее важное значение в определении степени иммуносупрессии при ВИЧ-инфекции:

- ~CD 6
- =CD 4
- ~CD 2
- ~CD 8

Кратность исследования мокроты на КУМ у ВИЧ-инфицированного пациента:

- один
- два
- три
- пять

У пациента с ВИЧ-инфекцией с уровнем CD4 – 169 кл в 1 мк/л нарастающая лихорадка неясного генеза в течение 2-х месяцев. Имеется ли необходимость проведения рентгенологического обследования органов грудной клетки, если это обследование выполнялось 2 месяца назад?

- нет

- да
- не обязательно
- необходимо провести данное обследование через 3 месяца

У больного с ВИЧ-инфекцией с уровнем CD4 – 140 кл в 1 мк/л имеется лихорадка в течение 2-х недель и прогрессивно нарастающая дыхательная недостаточность, акроцианоз, ЧСС 40 в мин. О каком заболевании следует подумать в первую очередь?

- туберкулез
- пневмоцистная пневмония
- доброкачественная опухоль легких
- бактериальная пневмония

У больного с ВИЧ-инфекцией присутствует бронхолегочный синдром. На рентгенограмме ОГК патологических изменений не обнаружено. Нужно ли выполнять в этом случае р. Манту?

- нет
- да
- не обязательно
- данное обследование нужно провести в плановом порядке 1 раз в 6 месяцев

У больного туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией произошло снижение количества CD4 лимфоцитов менее 200 кл в 1 мк/л. Что необходимо предпринять?

- назначить притивовирусные препараты для профилактики ЦМВ-инфекции
- назначить ко-тримаксозол для профилактики пневмоцистной пневмонии
- назначить антибактериальные препараты широкого спектра действия
- назначить противогрибковые средства даже при отсутствии грибковых поражений кожи и слизистых

Наиболее частая клиническая форма туберкулеза при поздних стадиях ВИЧ-инфекции:

- инфильтративная
- очаговая
- диссеминированная
- фиброзно-кавернозная

Укажите особенности рентгенологической картины при туберкулезе органов дыхания у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции:

- преимущественно верхнедолевая локализация
- диссеминированное поражение, вовлечение внутригрудных лимфоузлов
- частая типичная локализация туберкулезного процесса
- частое выявление деструктивных процессов в легочной ткани

Назовите признаки острого ретровирусного синдрома:

- лихорадка, полилимфаденопатия
- кахексия, оппортунистические заболевания
- стоматит, эзофагит
- язвы на слизистых оболочках гениталий, опоясывающий лишай

Туберкулезный сепсис чаще возникает:

- у больных туберкулезом из МЛУ-очага.
- у больных ВИЧ-инфекцией при относительно сохранном иммунитете (при CD4 более 350 клеток/мкл).
- У больных ВИЧ-инфекцией при глубоком иммунодефиците (при CD4 менее 50 клеток/мкл).
- У больных сахарным диабетом

Какой противотуберкулезный препарат не сочетается с антиретровирусной терапией:

- моксифлоксацин

- рифампицин
- изониазид
- амикацин

Больному сочетанной инфекцией (ВИЧ/ТБ) с исходным количеством CD4+лимфоцитов 178 клеток/мкл антиретровирусная терапия назначается:

- одновременно с ПТТ
- в первые 2 недели после ПТТ (после адаптации к противотуберкулезным препаратам)
- после первых двух месяцев интенсивной фазы ПТТ
- после основного курса лечения.

Задача. Больной Р. 32 года, не работает. Обратился к врачу поликлиники в связи с обнаружением увеличенных лимфатических узлов на шее. Температура тела нормальная. Объективно: состояние удовлетворительное. Подчелюстные, передне- и заднешейные лимфатические узлы увеличены до 1,0 см. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Увеличение внутренних лимфатических узлов не обнаружено (УЗИ брюшной полости, рентгенография грудной клетки). Лабораторными методами установлена ВИЧ-инфекция. Укажите стадию ВИЧ-инфекции у пациента:

- III
- IVA
- IV Б
- IV В

С чем, наиболее вероятно, связано увеличение периферических лимфатических узлов у пациента с инфильтративным туберкулезом легких и 3 стадией ВИЧ-инфекции:

- саркома Капоши
- неходжкинская лимфома
- персистирующая генерализованная лимфаденопатия
- туберкулез периферических лимфатических узлов

Наиболее частая внелегочная локализация ВИЧ-ассоциированного туберкулеза:

- почки
- мозговые оболочки
- трубчатые кости
- мезентериальные лимфатические узлы
- Кожа

В случае смерти пациента с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом в посмертном диагнозе в обязательном порядке указывается лабораторный номер и дата:

- результата исследования СД4-лимфоцитов
- результата иммунного блотинга
- результата ИФА на ВИЧ
- исследования на оппортунистические инфекции

Такие признаки как кахексия, кандидоз пищевода могут проявиться (по клинической классификации В.И. Покровского) в стадии ВИЧ-инфекции:

- III
- IVA
- IV Б
- IV В

Генерализованный туберкулез является признаком стадии ВИЧ-инфекции (по клинической классификации В.И. Покровского):

- III
- IVA

- IV Б
- IV В

Отличительными особенностями менингита на поздних стадиях ВИЧ-инфекции в отличие от менингита у ВИЧ-отрицательных пациентов является:

- редкое обнаружение МБТ в ликворе
- низкий плеоцитоз
- низкий уровень глюкозы в ликворе
- низкий уровень хлоридов в ликворе

Воспалительный синдром восстановления иммунной системы при ВИЧ-ассоциированном туберкулезе возникает:

- У больных ВИЧ-инфекцией в первые три месяца после начала противотуберкулезной терапии.
- У больных ВИЧ-инфекцией через 6-12 месяцев после начала АРВТ.
- У больных ВИЧ-инфекцией на фоне успешного лечения вторичных заболеваний
- У больных ВИЧ-инфекцией в первые три месяца после начала АРВТ.

Больному сочетанной инфекцией (ВИЧ/ТБ) с исходным количеством CD4+лимфоцитов 39 клеток/мкл АРВТ назначается:

- одновременно с ПТТ
- в первые две недели после ПТТ (после адаптации к противотуберкулезным препаратам).
- в течение первых двух месяцев интенсивной фазы ПТТ.
- на фазе продолжения ПТТ
- после основного курса лечения

Частота поражения внутригрудных лимфатических узлов по результатам аутопсий больных туберкулезом, умерших от ВИЧ-инфекции составляет:

- 80-90%
- 40-50%
- 20-30 %
- менее 3%

При сочетании ТБ с поздней стадией ВИЧ-инфекции рентгенологические изменения в легких обычно:

- предшествуют клиническим проявлениям ТБ
- появляются одновременно с клиническими проявлениями
- часто опаздывают от клинических проявлений на значительные сроки
- выявляются без клинических проявлений

Клинические проявления ТБ при поздних стадиях ВИЧ-инфекции:

- отсутствуют
- слабо выражены
- умеренно выражены
- резко выражены

Периодичность поражения лимфоузлов при ВИЧ/ТБ:

- ВГЛУ-мезентериальные-периферические
- мезентериальные-периферические-ВГЛУ
- периферические-ВГЛУ-мезентериальные
- одновременно все группы

Особенность поражения плевры при ВИЧ/ТБ:

- фибринозный плеврит
- экссудативный с небольшим количеством жидкости
- экссудативный с умеренным количеством жидкости

- "ненасытный" плеврит

Какой материал следует исследовать на МБТ у больных ВИЧ/ТБ:

- мокрота
- моча
- экссудат из серозных полостей, ликвор при ТБ ЦНС
- все выше перечисленное

Продолжительность лечения ТБ у ВИЧ-инфицированных при ЛЧ МБТ

- 6 месяцев
- 10 месяцев
- 12 месяцев
- 18 месяцев

Продолжительность лечения ТБ у ВИЧ-инфицированных при МЛУ МБТ:

- 10-12 месяцев
- 14-16 месяцев
- 18-24 месяцев
- 25-30 месяцев

Туберкулез ЦНС у ВИЧ-инфицированных (поздние стадии) преимущественно представляет собой:

- базилярный менингит
- спинальный менингит
- менингоэнцефалит с тотальной распространенностью
- туберкулема мозга

Частые особенности клинических проявлений ТБ ЦНС при поздних стадиях ВИЧ-инфекции:

- острое или подострое начало без продромального периода
- отсутствие менингеальных знаков
- развитие гемипареза
- все, перечисленные выше

Наиболее частый метод обнаружения МБТ в ликворе при туберкулезе ЦНС у ВИЧ-инфицированных (поздняя стадия):

- простая микроскопия
- люминисцентная микроскопия
- посев
- ПЦР

Особенности туберкулезного процесса у ВИЧ-инфицированных на поздних стадиях:

- частое поражение лимфоузлов
- склонность к генерализации
- пониженная склонность к образованию деструкций
- все перечисленное

Преобладающий тип воспалительного процесса при поздних стадиях ВИЧ/ТБ:

- продуктивная
- экссудативная
- альтернативная
- экссудативная и альтернативная

Соответствие наличия деструкций и бактериовыделения при ВИЧ/ТБ (поздние стадии):

- нередко бактериовыделение без деструкций
- возможно наличие деструкций без бактериовыделения

- возможно наличие бактериовыделения и деструкций
- все перечисленное

Поражение других органов при ТБ ЦНС у ВИЧ-инфицированных (наиболее частый вариант):

- отсутствует
- инfiltrативный ТБ легких
- диссеминированный генерализованный туберкулез
- фиброзно-кавернозный туберкулез легких

При ТБ ЦНС у ВИЧ-инфицированных в ликворе преобладают клетки:

- нейтрофилы
- лимфоциты
- эозинофилы
- моноциты

Особенности лечения ТБ у ВИЧ-инфицированных (поздние стадии):

- увеличение продолжительности ИФ и ФП в 2 раза
- парэнтеральное введение ПТП
- массивная дезинтоксикационная терапия
- все перечисленное

Проявление микобактериоза у ВИЧ-инфицированных:

- поражение желудочно-кишечного тракта, мезентериальных л/у, диарея, боли в животе
- поражение костного мозга-тяжелая анемия
- полости распада в лимфоузлах
- все перечисленное

Химиопрофилактика ТБ проводится:

- всем ВИЧ-инфицированным
- ВИЧ-инфицированным при иммунодефиците
- всем инфицированным ТБ
- больным сахарным диабетом

Какой противотуберкулезный препарат следует назначить вместо рифампицина при совместном лечении ВИЧ-инфекции и ТБ у взрослого (ЛЧ):

- рифабутин
- фторхинолон
- аминогликозид
- протионамид

Что назначить вместо рифимпицина при совместном лечении ТБ и ВИЧ-инфекции у ребенка лекарственная чувствительность МБТ сохранена:

- рифабутин
- 1 препарат резервного ряда
- 2 препарата резервного ряда
- оставить 3 ПТП основного ряда

Сахарный диабет это:

- состояние хронической гипергликемии, возникающее под воздействием эндогенных и экзогенных факторов
- заболевание, возникающее в результате изменений печени
- заболевание, возникающее в результате интоксикации
- все указанное верно

Заболеваемость туберкулезом больных СД превышает заболеваемость населения:

- в 2 раза
- в 3 раза
- в 5 раз
- в 10 раз

В патогенезе сахарного диабета имеют значение:

- диабетическая микроангиопатия
- нарушение режима питания
- стрессовые ситуации
- все вышеперечисленное

Инсулинозависимый СД возникает в возрасте:

- молодом (до 40 лет)
- 40-50 лет
- пожилом
- любом

Инсулинонезависимый СД возникает в возрасте:

- молодом (до 40 лет)
 - старше 40 лет
 - пожилом
 - любом
- }

Тесту на толерантность к глюкозе подлежат:

- все больные туберкулезом при поступлении
- имеющие клинические признаки СД при нормальном уровне глюкозы в крови
- больные с дефицитом массы тела
- больные с ожирением

Нарушение толерантности к глюкозе это сахар крови натощак:

- в норме, но через 2 часа после нагрузки глюкоза повышена до 11,1ммоль/л
- в норме, но через 2 часа после нагрузки глюкоза повышена до 13,1ммоль/л
- в норме, но через 2 часа после нагрузки глюкоза повышена до 15,1ммоль/л
- в норме, но через 2 часа после нагрузки глюкоза повышена до 17,1ммоль/л

Доля инсулинозависимого СД среди всех больных СД:

- 20%
- 40%
- 50%
- 80%

Доля инсулинонезависимого СД среди всех больных СД:

- 20%
- 40%
- 50%
- 80%

Первым клиническим признаком возможного появления туберкулеза у больных СД является:

- ухудшение компенсации – повышение потребности в инсулине
- ДН
- фебрильная температура
- все вышеперечисленное

В большинстве случаев последовательность развития туберкулеза и сахарного диабета:

- СД – первичное заболевание
- туберкулез – первичное заболевание
- одновременно оба заболевания
- нет зависимости

Тяжесть течения туберкулеза и СД зависит от последовательности их возникновения:

- тяжелее течет заболевание, выявленное первым
- тяжелее течет заболевание, выявленное вторым
- всегда тяжелее течет туберкулез
- нет зависимости

Взаимное влияние туберкулеза и СД:

- нет зависимости
- туберкулез утяжеляет СД
- СД утяжеляет туберкулез
- СД и туберкулез взаимно утяжеляют друг друга

Особенность патоморфологии туберкулеза на фоне СД:

- преобладание экссудативных и казеозно-некротических изменений
- частое поражение плевры
- быстрое обратное развитие
- склонность к гематогенной диссеминации

Особенность рентгенкартины при туберкулезе у больных СД:

- преобладание нижнедолевой локализации и склонность к образованию туберкулом абсцедирования
- частое поражение плевры
- нет склонности к распаду
- склонность к гематогенной диссеминации

Преобладающая клиническая форма туберкулеза при СД:

- очаговая
- инфильтративная
- диссеминированная
- кавернозная

Наиболее значимое осложнение сахарного диабета:

- генерализованная микроангиопатия с поражением всех органов и тканей
- полиневрит
- атеросклероз
- плеврит

Длительность срока АБТ туберкулеза у больных СД:

- обычные сроки
- укорочение ОКЛ из-за выраженных побочных реакций
- длительность ОКЛ должна быть 1,5 раза больше чем без СД
- противопоказаны хирургические сроки лечения

Особенности клинических проявлений туберкулеза у больных СД:

- в 2/3 случаев скудная симптоматика
- в 1/3 острое прогрессирование с деструкцией
- нередко абсцедирование каверны
- все вышеперечисленные

Особенности рентгенкартины при туберкулезе у больных СД:

- двухсторонняя, прикорневая и н/долевая локализация
- склонность к образованию туберкулом с меньшей четкостью контуров и их фестончатостью
- нередко множественность поражения и склонность к распаду
- все вышеперечисленное

Особенности патоморфологии туберкулеза при СД:

- частое поражение бронхов и склонность к бронхогенному обсеменению
- быстрое развитие деструкцией с прогрессированием
- замедление процессов репарации
- все перечисленное верно

Трудности диагностики:

- снижение массы тела, понижение аппетита и утомляемость воспринимаются как признаки декомпенсации СД
- нетипичная локализация патологических изменений
- микроангиопатия легкиХ, проявляющаяся рентгенологически в виде диссеминированного процесса
- все вышеперечисленное

Хирургическое лечение туберкулеза у больных СД:

- противопоказано
- сократить сроки предоперационной АБТ
- СД усиливает показания к хирургическому лечению и АБТ в стационаре должна в 1,5 раза больше чем без СД
- риск послеоперационных осложнений при СД уменьшается

Условия эффективности противотуберкулезной терапии у больных СД:

- компенсация СД
- адекватная схема лечения туберкулеза с учетом ЛУ и непереносимости препаратов
- лечение проводить совместно фтизиатром и эндокринологом
- все вышеперечисленное

Язвенная болезнь – это:

- заболевание генетически обусловленное
- протекающее хронически с циклическими обострениями
- проявляется образованием язв в гастродуоденальной области
- все вышеперечисленное

Ведущую роль в развитии язвенной болезни играет:

- инфекционный фактор – h(-) палочка геликобактер пилори
- дисбаланс между факторами агрессии и факторами защиты слизистой желудка
- психоэмоциональные стрессы
- вредные привычки

Частота туберкулеза у больных язвенной болезнью выше, чем у остального населения:

- в 2 раза
- в 3 раза
- в 4 раза
- в 5 раз

Возникновение туберкулеза у больных язвенной болезнью обусловлено:

- изменением моторной и секреторной функции желудка
- нарушением обменных процессов

-снижением сопротивляемости организма и отягощающих социальных и поведенческих факторов

-все вышеперечисленное

Ведущую роль в возникновении язвенной болезни у больных туберкулезом играет:

-тканевая гипоксия и гиперкалиемия, снижающие регенеративную способность желудка

-неблагоприятное воздействие лекарств

-отягощающие социальные факторы

-отягощающие поведенческие факторы

Наиболее частая последовательность возникновения язвенной болезни и туберкулеза:

-одновременно

-чаще предшествует туберкулез

-чаще предшествует язвенная болезнь

-нет зависимости

Наиболее значимый синдром при язвенной болезни:

-болевой абдоминальный

-снижение веса

-тошнота

-утомляемость

Течение язвенной болезни, предшествующей возникновению туберкулеза:

-тяжелое течение с выраженным болевым синдромом

-малосимптомное или бессимптомное течение

-выявляется только при появлении осложнений

-болевой синдром часто отсутствует

Течение язвенной болезни, развившейся на фоне туберкулеза:

-болевой синдром отсутствует или слабо выражен

-проявления язвенной болезни часто объясняются побочным действием АБТ

-отсутствие периодичности болей

-часто язвенная болезнь диагностируется при наличии ее осложнений

Самое частое осложнение язвенной болезни желудка:

-пенетрация

-стенозы

-перфорация

-желудочное кровотечение

Трудности диагностики язвенной болезни у пожилых:

-малосимптомное течение

-симптомы язвенной болезни расцениваются как побочное действие АБТ

-замедлены репаративные процессы

-часто позднее выявление язвенной болезни

Причины поздней диагностики язвенной болезни у больных туберкулезом:

-стертое или бессимптомное течение заболевания

-симптомы язвенной болезни расцениваются как побочное действие АБТ

-недостаточная осведомленность фтизиатров об особенностях течения язвенной болезни у больных туберкулезом и недостаточная доступность эндоскопических методов в некоторых противотуберкулезных учреждениях

-все вышеперечисленные

Главная особенность течения туберкулеза у больных язвенной болезнью желудка:

-склонность к прогрессированию и образованию деструкции

- излечение от туберкулеза происходит с большими остаточными изменениями
- плохая переносимость АБТ
- часта ЛУ

Наиболее важный метод диагностики туберкулеза у больных язвенной болезнью желудка:

- настороженность врачей ОЛС к туберкулезу и профилактическое ежегодное флюорографическое обследование
- исследование мокроты на МБТ посевом
- исследование мокроты на ДНК МБТ методом ПЦР
- ФБС

Выберите наиболее доступный и информативный метод диагностики ЯБЖ:

- ФГДС
- рентгеноскопия желудка
- бактериологический метод нахождения НР (геликобактер пилори) в слизистой желудка
- выявление ДНК НР (геликобактер пилори) в отделяемом желудка

Показание к ФГДС у больных туберкулезом:

- заболевания ЖКТ в анамнезе
- клинические симптомы, подозрительные на язвенную болезнь
- признаки желудочно-кишечного кровотечения или других осложнений язвенной болезни
- все вышеперечисленное

Выберите методы введения АБТ при обострении язвенной болезни у больных туберкулезом:

- пероральные
- параэнтеральные
- интермиттирующие
- отмена всех препаратов на время обострения

Медикаментозные методы лечения язвенной болезни:

- антигелиобактерная
- антисекреторные и антацидные препараты
- гастропротекторы и средства, нормализующие моторную функцию желудка
- все вышеперечисленное

Заболеваемость туберкулезом беременных женщин и женщин в послеродовом периоде в сравнении со всеми женщинами детородного возраста встречается:

- одинаково часто
- в 2-3 раза чаще
- в 5 раз чаще
- в 10раз чаще

Наиболее высокий риск обострения и прогрессирования туберкулеза наблюдается:

- в I триместре беременности
- во II триместре беременности
- в III триместре беременности
- в 1-е 6 месяцев после родов

Возраст беременной женщины, представляющий наибольшую опасность для развития и прогрессирования туберкулеза:

- 17-20 лет
- 21-25 лет
- 26-30 лет
- 31-35 лет

Туберкулез у беременной женщины возникает чаще всего за счет:

- эндогенной инфекции
- экзогенной инфекции
- сочетания экзогенной и эндогенной инфекции
- не имеет значения

Беременность у женщин, больных туберкулезом, приводит к прогрессированию туберкулеза:

- всегда
- часто
- редко
- не приводит

Высокий риск заболевания туберкулезом при беременности имеют:

- перенесшие ранее туберкулез
- контактные с туберкулезными больными
- с установленным виражом, гиперпробой, нарастанием папулы на 6мм и более в течение 2-х предыдущих лет
- все вышеперечисленное

Высокий риск заболевания туберкулезом при беременности имеют:

- имеющие СД, ЯБЖ, ХОБЛ
- социально дезадаптированные
- ВИЧ-инфицированные
- все вышеперечисленное

Наиболее высока опасность прогрессирования туберкулеза при процессе:

- развившемся во время беременности
- прооперированном туберкулезе более 3-х лет назад
- с остаточными изменениями после спонтанно излеченного туберкулеза, определяемыми стабильно на протяжении 3 лет
- с остаточными изменениями после излеченного туберкулеза, определяемыми стабильно на протяжении 3 лет

Трудности первичной диагностики туберкулеза у беременной обусловлены:

- маскировкой синдрома интоксикации токсикозом беременности
- подавлением чувствительности к туберкулезу
- патологическими изменениями в показателях крови, встречающихся и без туберкулеза
- все вышеперечисленное

Течение туберкулеза у женщин после родов:

- благоприятное
- не отличается от имевшего место течения во время беременности
- характеризуется опасностью прогрессирования при отсутствии АБТ
- риск прогрессирования значительно уменьшается при адекватной АБТ в послеродовом периоде

Выберите клиническую форму туберкулеза при которой имеются абсолютные медицинские показания для прерывания беременности:

- очаговый туберкулез в фазе инфильтрации
- ограниченный инфильтративный туберкулез без распада и бактериовыделения
- экссудативный плеврит
- фиброзно-кавернозный туберкулез

Формы туберкулеза, при которых можно сохранить беременность:

- туберкулома

- очаговых туберкулез легких в фазе инфильтрации
- экссудативный плеврит
- все вышеперечисленное

Тактика фтизиатра и акушера-гинеколога при беременности, сопровождающейся остро прогрессирующими формами туберкулеза:

- немедленно прерывать беременность любые сроки
- прерывать беременность до 12 недель
- при больших сроках беременности сохранять ее до родов без лечения туберкулеза
- при больших сроках беременности сохранять ее до родов, назначив лечение туберкулеза за 2 месяца до родов

Тактика фтизиатра и акушера-гинеколога при беременности, сопровождающейся остро прогрессирующими формами туберкулеза при больших сроках беременности:

- прерывать беременность любые сроки без лечения туберкулеза
- сохранять беременность до родов без лечения туберкулеза
- сохранять беременность до родов на фоне лечения туберкулеза
- прерывать беременность на фоне лечения туберкулеза

Оптимальный срок прерывания беременности у больных туберкулезом:

- до 12 недель
- 13-20 недель
- 21-30 недель
- 31-35 недель

Группы пациенток, туберкулезный процесс у которых представляет опасность обострения и прогрессирования:

- любые остаточные изменения со сроком излечения менее года до наступления беременности
- с состоянием после оперативного лечения со сроком менее года после операции
- перенесенный в прошлом распространенный процесс с большими остаточными изменениями
- все вышеперечисленное

Противотуберкулезный препарат I ряда, применение которого разрешено только при сроке беременности более 3 месяцев:

- Н
- R
- E
- феназид

При лечении туберкулеза у беременной женщины, запрещается на весь срок беременности назначение препарата:

- Н
- Z
- S
- феназид

Основной курс лечения следует закончить у женщины:

- при установлении беременности
- в запланированные сроки независимо от беременности
- сразу после родов
- не ранее, чем через 3 месяца после родов

Тактика врача при туберкулезе с МЛУ МБТ у беременной женщины:

- лечение по IV режиму х/т при сохранении беременности
- прервать беременность и лечить по IV режиму х/т

- сохранить беременность и лечить по I режиму х/т
- сохранить беременность без лечения

Показания к прерыванию беременности при туберкулезе внеторакальных локализаций:

- туберкулез позвоночника, осложненный парезами
- туберкулез костей таза, нижних конечностей с выраженными осложнениями (абсцессы, свищи)
- 2-х сторонний прогрессирующий туберкулез почек осложненный ХПН
- все вышеперечисленное

Противотуберкулезные препараты II ряда во время беременности:

- противопоказаны
- показаны после 3 мес. беременности
- показаны
- показаны интермиттирующим методом

Родоразрешение больных туберкулезом женщин должно проводиться:

- в специализированном (боксированном) отделении роддома в изоляции от других рожениц
- в любом родзале, но в изоляции от других рожениц
- в общем родзале с применением инзувальных средств защиты
- проведение родов на дому

Заражение ребенка от больной туберкулезом матери происходит:

- аэрогенно, при контакте с больной матерью
- при заглатывании инфицированных околоплодных вод в процессе родов
- через пупочную вену при поражении туберкулезом плаценты
- все выше написанное верно

Разрешается грудное вскармливание родильнице с:

- инфильтративным туберкулезом без бактериовыделения
- очаговым туберкулезом легких в фазе инфильтрации
- диссеминированным туберкулезом легких в фазе инфильтрации без бактериовыделения
- остаточными посттуберкулезными изменениями снятых с учета и спонтанно излеченных

Новорожденному ребенку, изолированному сразу после родов от больной туберкулезом женщины, прививку БЦЖ проводят:

- сразу в роддоме, независимо от выделения матерью МБТ
- через 3 месяца в детской поликлинике после отрицательной реакции Манту
- после проведения 3-х месячной химиопрофилактики изониазидом
- не проводят никогда

Тактика врача по прививке БЦЖ новорожденному, имевшему контакт с больной туберкулезом матерью:

- провести вакцинацию БЦЖ сразу в роддоме
- провести вакцинацию БЦЖ-М в роддоме
- назначить химиопрофилактику изониазидом
- не проводить вакцинацию БЦЖ в роддоме, назначить химиопрофилактику изониазидом, в 3-х месячном возрасте – р. Манту и при отрицательной реакции – прививка БЦЖ

Оптимальные мероприятия по профилактике туберкулеза у новорожденного из семьи туберкулезного больного (отца ребенка):

- вакцинация БЦЖ в роддоме
- изоляция больного от ребенка в стационаре
- заключительная дезинфекция в жилище после госпитализации больного
- все вышеперечисленное

Профилактическое рентгенологическое обследование пациенток в 1-е сутки после родов проводят:

- состоящим на ДУ с заболеваниями-синергистами
- контактным с МБТ+
- социально дезадаптированным
- всем

Профилактическое рентгенообследование легких с наименьшей дозой облучения:

- рентгеноскопия
- рентгенография
- флюорография
- цифровое рентгенообследование

Влияние активного не леченного туберкулеза матери на развитие плода:

- повышает риск развития пороков
- возможно внутриутробное заражение плода
- возможна внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода
- все вышеперечисленное

Задача. В роддом ночью поступила на роды женщина «М» «без туберкулезного анамнеза», родила здорового ребенка и была помещена в 3-х местную палату, где находились еще две женщины с детьми. Утром при профилактическом рентгенообследовании у женщины «М» выявлен инфильтративный туберкулез. Диагноз подтвержден консультантом фтизиатром. Ваша дальнейшая тактика:

- изоляция родильницы «М» в бокс от других женщин и детей. Не кормить грудью новорожденного «М».
- прививку БЦЖ не делать всем 3 новорожденным. Всем детям и 2 женщинам проводить химиопрофилактику изониазидом.
- перевод на лечение родильницы «М» в противотуберкулезный диспансер и заключительная дезинфекция в палате
- все вышеперечисленное

Влияние активного туберкулеза матери на развитие новорожденного:

- задерживается физическое развитие
- частые анемии
- частые заболевания на 1 году жизни
- все вышеперечисленное

Наиболее частый путь заражения ВИЧ-инфекцией новорожденного:

- в период беременности
- в поздний антенатальный период и в процессе родов
- алиментарный
- параэнтеральный

Назовите противотуберкулезный препарат, препятствующий эффективному действию оральных контрацептивов:

- Н
- R
- Z
- E

Профилактическое рентгенообследование на туберкулеза у окружающих новорожденного проводят:

- за 6 месяцев до родов и перед выпиской из роддома
- не проводят

- проводят только отцу
- только за 6 месяцев до родов

Минимальный срок изоляции вакцинированного ребенка от больного туберкулезом:

- 1 месяц
- 2 месяца
- 3 месяца
- 6 месяцев

Предупреждение заражения новорожденного ребенка туберкулезом от «неизвестного» (невыявленного) больного в семье:

- ФГ обследование всех членов семьи за 6 месяцев до родов
- ФГ перед выпиской ребенка из роддома
- ФГ обследование каждой родильницы в 1 сутки после родов
- все вышеперечисленное

Повторная беременность у пациентки, перенесшей туберкулез, после окончания ОКЛ рекомендуется не ранее чем:

- 6 месяцев
- через 1 год
- через 2-3 месяца
- через 4-5 лет

Наибольшая эмбриотоксичность АБТ проявляется при беременности:

- в первый месяц
- в I триместре
- во II триместре
- в III триместре

Влияние туберкулеза матери на течение беременности и родов:

- часто развивается токсикоз беременности
- роды нередко наступают в более ранние сроки
- при противотуберкулезной терапии свежих, ограниченных форм туберкулеза течение беременности и родов обычное
- все вышеперечисленное

Врачебная тактика акушера-гинеколога и неонатолога при выявлении ВИЧ-инфекции у роженицы:

- запретить кормление грудью
- не прививать БЦЖ в роддоме и в последующем до выяснения наличия ВИЧ-инфекции у новорожденного
- провести профилактическое рентгенообследование у матери
- все вышеперечисленное

Тактика фтизиатра при отказе больной с МЛУ от прерывания беременности:

- не лечить туберкулез
- лечить ПТП I ряда
- лечить по IV ряду х/т
- лечить индивидуальным подбором ПТП

Пути своевременного выявления беременности у больных туберкулезом женщин:

- осмотр гинекологом женщин детородного возраста 1 раз в 3 месяца
- предоставление списков больных туберкулезом женщин в женскую консультацию ежеквартально
- преемственность в работе фтизиатра и акушера гинеколога

-все вышеперечисленное

Предупреждение беременности у больных туберкулезом женщин:

- индивидуальное обучение женщин методам контрацепции
- обучение методам контрацепции в «школах здоровья»
- снабжение бесплатно женщин средствами контрацепции через службу Красного креста
- все вышеперечисленное

Группа периферических лимфоузлов, наиболее часто поражаемая туберкулезом:

- затылочная
- шейная
- подмышечная
- паховая

Метод исследования, позволяющий наиболее достоверно диагностировать туберкулез мочевой системы:

- рентгенологическое исследование почек
- внутривенная урография
- посев на МБТ
- простая бактериоскопия мочи

Назовите признак хронического течения туберкулеза периферических лимфоузлов:

- наличие петрификатов при рентгенологическом исследовании области поражения
- признаки воспаления вокруг лимфоузлов
- быстрый рост в размере лимфоузлов
- вовлечение в процесс нескольких лимфоузлов

Назовите абсолютный признак туберкулезной этиологии поражения периферических лимфоузлов:

- гиперергическая реакция на туберкулиновую пробу
- остаточные изменения туберкулеза легких
- туберкулез в анамнезе
- гистологическое обнаружение казеозного некроза в биопсированном лимфоузле

Наиболее информативное исследование при подозрении на туберкулезный перитонит:

- рентгенологическое исследование желудка и кишечника
- эндоскопическое исследование желудка и кишечника
- КТ брюшной полости
- лапароскопия с гистологическим исследованием

При туберкулезном менингите в ликворе преобладают:

- нейтрофилы
- эозинофилы
- лимфоциты
- моноциты

Максимально допустимый срок для своевременного выявления туберкулезного менингита:

- 7 дней от начала продромальных явлений
- 3-5 дней от начала менингеального синдрома
- 7-10 дней от начала менингеального синдрома
- 14 дней от начала менингеального синдрома

Количество белка в спинномозговой жидкости у больного туберкулезным менингитом:

- нормальное (0,16-0,33 г/л)

- умеренно повышенное (0,8-2г/л)
- резко повышенное (6-10 г/л)
- пониженное

Признак, не характерный для туберкулеза кишечника:

- локальная инфильтрация
- диффузная инфильтрация
- кишечное кровотечение
- каловый перитонит

Мероприятия, которые должен провести врач в первую очередь при подозрении на менингит:

- туберкулиновые пробы
- анализ крови и мочи
- консультация невролога и люмбальная пункция
- электроэнцефалограмма

Для начальных стадий туберкулезного артрита характерны следующие изменения:

- сужение суставной щели
- контактная деструкция
- параартикулярные абсцессы
- периостальная реакция

Выберете признак, наиболее характерный для абдоминального туберкулеза:

- рвота после приема пищи
- вздутие живота
- боль в правой подвздошной и околопупочной областях
- тошнота

При туберкулезном спондилите чаще разрушается:

- дужки
- тело позвонка
- остистые отростки
- хрящевая ткань

Назовите признак характерный для туберкулезного папиллита при в/венной урографии:

- изъеденность контура чашечки
- полостное образование
- несколько полостных образований
- микроцист

Первичный туберкулез - это туберкулез выявленный:

- у ранее не инфицированных
- у ранее инфицированных
- у заболевших впервые
- у заболевших повторно

Вторичный туберкулез - это туберкулез выявленный:

- у ранее не инфицированных
- у ранее инфицированных
- у заболевших впервые

-у заболевших повторно

Первичным туберкулезом чаще всего болеют:

- дети
- подростки
- молодые взрослые
- пожилые взрослые

Источником инфицирования ребенка наиболее часто является больной туберкулезом:

- ребенок
- взрослый с бактериовыделением
- взрослый без бактериовыделения
- больное животное

Наибольшую опасность для заражения ребенка представляет больной туберкулезом:

- невыявленный член семьи
- выявленный и получающий лечение член семьи
- родственник, живущий отдельно
- сосед

Наиболее неблагоприятно заражение ребенка туберкулезом от больного с МБТ:

- лекарственно чувствительными
- с ЛУ к 1ПТП
- с МЛУ
- с ШЛУ

Контакт с больным активным туберкулезом без бактериовыделения для ребенка:

- не представляет опасности
- может привести только к инфицированию (без заболевания)
- может привести к заболеванию ТБ
- обязательно приводит к заболеванию

Фтизиопедиатр должен иметь сведения об очагах туберкулезной инфекции на своем участке:

- всех
- только с бактериовыделением
- только с наличием детей (независимо от бактериовыделения у больного)
- наличие детей при бактериовыделении у больного

Первичное инфицирование ТБ детей (выраж туберкулиновой чувствительности):

- не представляет опасности для развития заболевания ТБ
- представляет опасность заболевания во всех случаях
- представляет опасность заболевания в 10% случаев в ближайшее время
- представляет опасность заболевания в 10% случаев на протяжении жизни

Показание к превентивному лечению у впервые инфицированных ТБ (выражных):

- первичное инфицирование (выраж) независимо от условий
- только гиперергическая реакция на пробу Манту с 2ТЕ
- только гиперергическая реакция на ДСТ
- положительная (в т.ч. гиперергическая) и сомнительная реакция на ДСТ

Доля детей с положительной и сомнительной реакцией на ДСТ среди впервые инфицированных в Кемеровской области:

- 3-5%
- 10-12%
- 20-30%

-50-60%

Показание для СКТ для ребенка при отсутствии патологии при традиционном рентгенообследовании:

- синдром интоксикации
- контакт с больным ТБ
- положительная реакция на ДСТ
- все перечисленное

Разновидность локальных форм ТБ, наиболее часто выявляемых у детей с помощью СКТ:

- малые
- инфильтративные
- туморозные
- осложненные

Петрификаты в органах дыхания чаще всего выявляются:

- на обзорной рентгенограмме в прямой проекции
- при линейной томографии
- на боковой рентгенограмме
- на СКТ

Параспецифические реакции при первичном туберкулезе представляют собой:

- специфическое поражение одной группы периферических лимфоузлов
- специфическое поражение нескольких групп периферических лимфоузлов
- неспецифические, токсико-аллергические изменения в периферических лимфоузлах
- специфическое поражение внутригрудных лимфоузлов

Отличие тубинтоксикации как самостоятельной клинической формы туберкулеза от бронхоаденита:

- отсутствуют специфические изменения во внутригрудных лимфоузлах
- специфические изменения в лимфоузлах имеются, но не определяются рентгенологически
- отсутствует периферический полиаденит
- имеются перкуторные признаки увеличения внутригрудных лимфоузлов

Первоначальное пребывание туберкулезной инфекции после заражения при первичных формах:

- лимфатические сосуды
- периферические лимфоузлы
- внутригрудные лимфоузлы
- легочная ткань

Вираз – это:

- появление впервые (+) реакции на пробу Манту с 2ТЕ в течение года после отрицательной
- появление впервые (+) реакции на пробу Манту с 2ТЕ независимо от даты отрицательной реакции на предыдущую пробу Манту
- появление сомнительной реакции на пробу Манту с 2ТЕ в течение года
- появление отрицательной реакции на пробу Манту с 2ТЕ после предшествующей положительной в течение года

Минимальный срок наблюдения пациентов с виразом туб.пробы в противотуберкулезном диспансере:

- 6 месяцев
- 1 год
- 1,5 года
- 2 года

В минимум обследования ребенка с выраженной или гиперергической реакцией на пробу Манту в ОЛС не входит:

- обзорная рентгенограмма органов грудной клетки
- томограмма через бифуркацию
- общий анализ крови и мочи
- забор ПТВ для проведения микроскопии на МБТ

Выраженная туберкулиновая проба свидетельствует:

- о наличии инфекционного иммунитета
- о заболевании туберкулезом
- о первичном инфицировании туберкулезом
- о давнем инфицировании

Гиперергическая реакция на пробу Манту с 2ТЕ чаще всего свидетельствует:

- об инфицировании
- о высоком инфекционном иммунитете
- об обязательном наличии заболевания
- о возможном заболевании ТБ или высоком риске его развития

Пациент взят на ДУ по VI гр. с отрицательной реакцией на ДСТ. Дальнейшая тактика:

- повторить ДСТ через 3 месяца
- повторить ДСТ через 6 месяцев
- повторить ДСТ через 12 месяцев
- снять с учета через 12 месяцев без повторного ДСТ

Пациент взят на ДУ по VI гр. с сомнительной реакцией на ДСТ. Тактика:

- лечение не показано при отсутствии факторов риска, повторить ДСТ через 3 месяца
- лечение не показано при отсутствии факторов риска, повторить ДСТ через 6 месяцев
- лечение показано при отсутствии факторов риска 1ПТП 3 мес. и при наличии факторов 2ПТП 3 месяца
- лечение показано при отсутствии факторов риска 1ПТП 6 мес., при отсутствии факторов риска 2ПТП 3 месяца

Пациент взят на ДУ по VI гр. с положительной реакцией на ДСТ при исключении активного туберкулеза. Указать неверный вариант проведения превентивного лечения:

- при отсутствии факторов риска 2ПТП 3 месяца
- при отсутствии факторов риска, но при наличии ВИЧ-инфекции у ребенка 2ПТП 3 месяца
- при отсутствии факторов риска, но при наличии ВИЧ-инфекции у ребенка 2ПТП 6 месяцев
- при наличии факторов риска и ВИЧ-инфекции у ребенка 2ПТП 6 месяцев

При первичном туберкулезе наиболее часто поражаются внутригрудные лимфоузлы:

- паратрахеальные
- трахеобронхиальные
- парааортальные
- бронхиопульмональные

Наиболее выражены клинические проявления туберкулеза внутригрудных лимфоузлов в возрасте:

- 0-3 лет
- 4-6 лет
- 7-11 лет
- 12-15 лет

Хрипы в легких при неосложненном туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов:

- отсутствуют

- сухие
- влажные
- сухие и влажные

Особенность первичного туберкулеза у детей раннего возраста:

- низкая сенсibilизация организма
- наклонность к генерализации
- наклонность к распаду
- редко поражение серозных оболочек

Наиболее частый вариант начала и течения туберкулеза у детей:

- острое, с резко выраженной клиникой
- с постепенным нарастанием симптомов
- малосимптомное
- бессимптомное

Особенности дыхания при начальных формах туберкулеза у детей:

- не изменено
- ослабленное
- жесткое
- бронхиальное

Наиболее часто встречающийся симптом неосложненного туберкулеза у детей:

- кашель
- снижение массы тела
- изменение поведения ребенка
- потливость

Периферические лимфоузлы при туберкулезе внутригрудных лимфоузлов:

- не реагируют
- увеличиваются равномерно все группы
- увеличиваются преимущественно верхние группы, 5 и более
- единичные в каждой группе

Наиболее частый благоприятный исход первичного туберкулеза у детей:

- частичное рассасывание изменений
- полное рассасывание изменений
- уплотнение
- кальцинация

Для первичного туберкулеза у детей характерны:

- низкий уровень сенсibilизации организма
- наклонность к самопроизвольному обратному развитию
- бронхогенное обсеменение
- наклонность к распаду

Перкуторные изменения при малом бронхоадените чаще:

- отсутствуют
- слабо выражены
- умеренно выражены
- резко выражены

Данные перкуссии при неосложненном туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов:

- укорочение перкуторного звука в подключичных областях
- укорочение перкуторного звука в подлопаточных областях

- тимпанический оттенок перкуторного звука
- изменения могут отсутствовать

Первичный туберкулезный комплекс не включает в себя:

- группу очаговых теней в легочном поле
- первичный аффект
- увеличение внутригрудных лимфоузлов
- лимфангит

Симптом, не характерный для неосложненного локального туберкулеза:

- снижение аппетита
- субфебрилитет
- боли в грудной клетке
- изменение поведения

Рентгенологический признак малого бронхоаденита:

- выявление чаще на обзорной R-грамме
- увеличение 1-2 лимфоузлов на томограмме
- увеличение 3-4 лимфоузлов на томограмме
- выявление измененных лимфоузлов в фазе инфильтрации

Первичный туберкулез, сопровождающийся выраженными клиническими проявлениями:

- малый бронхоаденит
- инфильтративный бронхоаденит
- туморозный бронхоаденит
- первичный туберкулезный комплекс

Наиболее часто встречающееся осложнение туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов:

- распад легочной ткани
- менингит
- поражение бронха
- плеврит

Наиболее информативным в диагностике туберкулеза бронхов является:

- туберкулиновая проба Манту
- рентгенограмма органов грудной клетки
- томограмма
- бронхоскопия

Хрипы при туберкулезе бронхов:

- локальные влажные
- рассеянные влажные
- локальные сухие
- рассеянные сухие

Долевое или сегментарное бронхолегочное осложнение при первичном туберкулезе это:

- долевая или сегментарная инфильтрация легочной ткани
- обсеменение легочной ткани
- долевой или сегментарный ателектаз со специфическим воспалением
- долевой или сегментарный ателектаз с неспецифическим и возможно специфическим воспалением

Кашель при осложненном туберкулезе:

- частый
- редкий

- не встречается
- постоянный

Возрастной период, в котором чаще всего образуется полость распада в легочной ткани у детей:

- 0-3 года
- 4-11 лет
- 12-14 лет
- 15-17 лет

Самым поздним проявлением туберкулеза бронхов является:

- инфильтрация
- язва
- свищ
- рубец

Показание к проведению бронхоскопии при подозрении на туберкулез у ребенка:

- дыхательная недостаточность
- болевого синдром
- долевой или сегментарный ателектаз
- инфильтрация легочной ткани

Редко встречающееся осложнение туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов:

- поражение бронха с нарушением его проходимости
- изолированное поражение бронха
- казеозная пневмония
- гематогенная диссеминация

Частая причина нарушения проходимости бронхов при первичных формах туберкулеза в раннем детском возрасте:

- сдавление бронха увеличенными внутригрудными лимфоузлами
- инфильтративные изменения слизистой оболочки бронха
- рубцовые изменения в бронхах
- обтурация казеозными массами

Ателектаз разовьется при нарушении проходимости бронха:

- на 1/3
- на 1/2
- на 2/3
- полном закрытии прохода

Часто встречающийся симптом поражения бронха:

- кашель
- одышка
- кровохарканье
- потливость

Нарушение проходимости бронха на 1/3 приведет к развитию:

- сегментарной или долевой инфильтрации
- гиповентиляции
- обтурационной эмфиземы
- ателектаза

Фиброз как исход непролеченного ателектаза начинает формироваться через:

- 2 месяца

- 2-6 месяцев
- 6-12 месяцев
- более 12 месяцев

Нарушение проходимости бронха на 2/3 приведет к развитию:

- сегментарной или долевой пневмонии
- гиповентиляции
- обтурационной эмфиземы
- ателектаза

Ателектаз расправится без остаточных изменений на фоне лечения ПТП при сроке его существования:

- до 2 месяцев
- 2-6 месяцев
- 6-12 месяцев
- более 12 месяцев

Диссеминированный туберкулез – это форма с разнообразным клиническим течением для которой характерны:

- бактериemia, обусловленная гематогенным или лимфогенным рассеиванием МБТ
- иммунодефицит в разной степени выраженности и повышенная чувствительность клеток и тканей к МБТ (гиперсенсibilизации)
- образование множественных туберкулезных очагов в легких и часто в других органах
- все вышеперечисленное

Наиболее частый источник бактериемии туберкулезной инфекции при диссеминированном туберкулезе:

- ВГЛУ
- мезентериальные лимфоузлы
- периферические лимфоузлы
- очаги в легочной ткани

Наиболее частый путь распространения МБТ при диссеминированном туберкулезе:

- лимфогенный
- гематогенный
- бронхогенный
- по контакту

Укажите локализацию туберкулезного процесса при гематогенном пути распространения:

- равномерно по всем легочным полям
- верхне-средние отделы
- средненижние отделы
- прикорневая

Наиболее частое осложнение диссеминированного туберкулеза:

- амилоидоз
- плеврит
- поражение других органов
- патологический пневмоторакс

Милиарный туберкулез – это:

- остротекущая прогрессирующая форма туберкулеза
- характеризующаяся появлением мелких очаговых теней (1-2мм) по всем легким и часто в других органах

- возникает на фоне резко сниженного иммунитета
- все вышеперечисленное

Ранний рентгенологический признак милиарного туберкулеза:

- симметричные полости в верхних отделах легких
- полиморфные очаговые тени по всем отделам
- подтягивание корней легких кверху
- диффузное понижение прозрачности легочных полей и «смазанность» легочного рисунка

Общее состояние больного милиарным туберкулезом:

- выглядит практически здоровым
- удовлетворительное
- средней степени тяжести
- тяжелое

Соответствие между клиническими и рентгенологическими проявлениями при милиарном туберкулезе в I неделю:

- полное соответствие
- преобладание тяжелой клинической картины и отсутствие определяемых рентгенологических изменений
- преобладание рентгенкартины над клиникой
- нет соответствия

Наиболее часто встречающийся вариант клинического течения милиарного туберкулеза:

- легочный
- менингеальный
- тифозный
- по типу полисерозита

Основная причина невозможности выявления очагов на обзорных снимках в первые 7-10 дней при милиарном туберкулезе:

- низкая интенсивность очагов
- развитие тотального плеврита
- тяжелое состояние пациента
- расположение очагов за тенью сердца

Данные перкуссии легких при милиарном туберкулезе:

- тимпатический звук
- притупление в нижних отделах легких
- притупление в верхних отделах легких
- легочной звук

Преобладающая морфологическая реакция при милиарном туберкулезе:

- продуктивная
- некротическая
- экссудативно-продуктивная
- экссудативно-некротическая

Характер реакции Манту при милиарном туберкулезе:

- отрицательная
- слабоположительная
- нормергическая
- гиперергическая

Диссеминация в легких на рентгенограмме при милиарном туберкулезе появляется по отношению к развитию острой клиники:

- одновременно
- за неделю раньше
- через 2 дня
- через 7-10 дней

При милиарном туберкулезе очаговые тени располагаются в легких:

- равномерно по всем легким
- более густо в прикорневых областях
- более густо в верхних отделах
- более густо в нижних отделах

Бактериовыделение при милиарном туберкулезе:

- обильное, определяется всеми методами
- всегда методом посева
- всегда отсутствует
- наблюдается редко посевом

Размер и характер расположения очагов при милиарном туберкулезе в рентгенологическом изображении:

- мелкие, мономорфные, равномерно расположенные
- крупные полиморфные
- преимущественно располагаются в верхних отделах
- преимущественно располагаются в нижних отделах

Исход острого милиарного туберкулеза при лечении:

- переход в острый диссеминированный
- переход в хронический диссеминированный
- формирование множественных туберкулом
- полное рассасывание

Исходы острого милиарного туберкулеза при отсутствии лечения:

- переход в подострый диссеминированный
- переход в хронический диссеминированный
- переход в ФКТ
- развитие туберкулезного менингита с летальным исходом

Аускультативные данные при милиарном туберкулезе:

- везикулярное дыхание
- амфорическое дыхание
- крепитация
- обильные влажные хрипы

Характер морфологических изменений при острейшем туберкулезном сепсисе:

- продуктивный
- казеозно-некротический
- экссудативный
- экссудативно-некротический

Особенности острейшего туберкулезного сепсиса:

- процесс всегда генерализованный
- общее состояние крайне тяжелое, продолжительность жизни без лечения 13-21 день
- очаги очень мелкие и часто не видны рентгенологически
- все вышеперечисленное

Фактор, определяющий тяжесть состояния больного при острейшем туберкулезном сепсисе:

- генерализация процесса
- наличие деструкций в легочной ткани
- осложнение ДН
- осложнение легочное кровотечение

Крупноочаговый остroteкущий диссеминированный туберкулез характеризуется:

- многочисленными крупными казеозными очагами и фокусами
- возможны участки деструкции и МБТ+ в мокроте
- рентгенологически – симптом «снежной бури» в легких
- все вышеперечисленное

При подостром диссеминированном туберкулезе очаговые тени располагаются:

- более густо в верхних отделах легких
- равномерно по всей поверхности легких
- более густо в нижних отделах легких
- более густо в прикорневых отделах легких

Морфологическая картина при подостром диссеминированном туберкулезе в начале заболевания:

- продуктивная реакция
- некротическая реакция
- экссудативно-некротическая реакция
- экссудативно-продуктивная реакция

Реакция на пробу Манту с 2ТЕ при подостром диссеминированном туберкулезе:

- отрицательная
- слабоположительная
- нормергическая
- гиперергическая

Общее состояние больного при подостром диссеминированном туберкулезе:

- крайне тяжелое
- тяжелое
- средней степени тяжести
- удовлетворительное

Соотношение клинических проявлений и рентгенологической картины при подостром диссеминированном туберкулезе:

- полное соответствие
- клинические проявления преобладают над рентгенологическими
- рентгенологические проявления преобладают над клиническими
- нет соответствия

Патоморфологическая особенность диссеминированного туберкулеза:

- формирование множественных очагов по ходу сосудисто-бронхиальных пучков
- выраженный казеозный некроз
- петрифицированные очаги
- наличие жидкости в плевральной полости

Наличие распада и бактериовыделения при подостром диссеминированном туберкулезе:

- редко, единичные случаи
- почти всегда
- в половине случаев

-до 80%

Изменения в ОАК при подостром диссеминированном туберкулезе:

- отсутствуют
- умеренно выраженные
- слабовыраженные
- резко выраженные

Варианты течения подострого диссеминированного туберкулеза:

- под маской пневмонии, бронхита
- на I плане выступает клиника плеврита
- 1-е проявления со стороны внелегочных очагов (почки, гортань)
- все вышеперечисленное

Укажите локализацию процесса при диссеминированном лимфогенном туберкулезе:

- нижнесредняя прикорневая
- верхнедолевая
- субкортикальная
- дорсальная

Исходы подострого диссеминированного туберкулеза при лечении:

- полное рассасывание очагов
- переход в цирротический туберкулез
- переход в хронический диссеминированный туберкулез
- частичное рассасывание и уплотнение очагов, рубцевание полостей

Исходы подострого диссеминированного туберкулеза без лечения:

- полное рассасывание очагов
- переход в цирротический туберкулез
- переход в хронический диссеминированный туберкулез
- частичное рассасывание и уплотнение очагов, рубцевание полостей

Морфологические изменения в легких при хроническом диссеминированном туберкулезе вне обострения:

- продуктивная реакция
- некротическая реакция
- экссудативно-некротическая реакция
- экссудативно-продуктивная реакция

Ведущий клинический синдром при хроническом диссеминированном туберкулезе легких:

- легочное кровотечение
- патологический пневмоторакс
- высокая температура
- одышка

Характер очагов в рентгенологическом изображении при хроническом диссеминированном туберкулезе легких:

- мономорфная диссеминация по всем отделам легких
- полиморфная диссеминация по всем отделам легких с преимущественной локализацией в верхних отделах
- полиморфная диссеминация, преимущественно в нижних отделах
- обязательное наличие деструкции

Клиническую картину хронического диссеминированного туберкулеза легких преимущественно определяет:

- объем поражения
- возраст пациента
- сопутствующие заболевания
- наличие внелегочных локализаций

Особенности рентгенологического изображения корней легких при хроническом диссеминированном туберкулезе:

- расширение корня
- бесструктурность корня
- смещение корня в сторону большего поражения
- подтягивание корней кверху – «симптом плакучей ивы или падающего дождя»

Причина одышки при хроническом диссеминированном туберкулезе:

- туберкулез гортани
- туберкулез бронха
- генерализация в другие органы
- формирование декомпенсированного ХЛС

Наиболее частый исход хронического диссеминированного туберкулеза:

- полное обратное развитие
- очаговый туберкулез легких
- быстрое прогрессирование с летальным исходом
- формирование цирротического туберкулеза

Вторичным называется туберкулез:

- с осложненным течением
- с хроническим течением
- развивается у ранее инфицированных
- развивается только у взрослых

Основной источник инфекции при вторичном туберкулезе:

- суперинфекция при контакте с больным человеком
- петрифицированные лимфоузлы и петрифицированные очаги в легких
- суперинфекция от больных туберкулезом животных
- суперинфекция от больных туберкулезом домашних птиц

Особенности вторичного туберкулеза:

- наклонность к распаду
- поражение легочной ткани, чаще S1,S2,S6
- нормергический характер туберкулиновых проб
- все выше перечисленное

Назовите начальную форму вторичного туберкулеза:

- инфильтративная
- очаговая
- диссеминированная
- кавернозная

Очаговый туберкулез это:

- группа очаговых теней туберкулезного воспаления d не более 12мм
- фокус туберкулезного воспаления более 12мм в диаметре с нечеткими контурами
- фокус туберкулезного воспаления с четкими контурами диаметром более 12мм
- множественные очаговые тени диаметром не более 12мм, располагающиеся в в/п полях с обеих сторон

Доля больных с очаговым туберкулезом среди впервые выявленных взрослых:

-8-10%

-около 1/3 всех больных

-около 1/2 всех больных

-70-80%

Наиболее частый вариант начала очагового туберкулеза:

-острейшее

-острое

-постепенное (подострое)

-бессимптомное

Наиболее типичные объективные физикальные данные при очаговом туберкулезе со стороны органов дыхания:

-укорочение перкуторного звука

-звучные влажные хрипы

-бронхиальное дыхание

-отсутствие отклонений от нормы при перкуссии и аускультации

Наиболее частые характерные особенности анализа крови у больного очаговым туберкулезом:

-снижение гемоглобина

-выраженный лейкоцитоз

-выраженное увеличение СОЭ

-отсутствие изменений

При очаговом туберкулезе МБТ преимущественно обнаруживается:

-простой бактериоскопией

-люминисцентной микроскопией

-посевом обильное

-скудное посевом и ПЦР

Частота бактериовыделения при очаговом туберкулезе:

-5-10%

-более 1/3 больных

-более 1/2 больных

-60-70%

Изменения на рентгенограмме при активном очаговом туберкулезе:

-затемнения с четкими контурами до 15 мм в диаметре

-группа теней с нечеткими контурами до 12мм в диаметре

-группа теней с четкими контурами до 12 мм диаметре

-затемнение с нечеткими контурами до 2 см в диаметре

Наиболее частые благоприятные исходы при лечении очагового туберкулеза:

-полное рассасывание очагов

-уплотнение и частичное рассасывание очагов

-развитие цирротического туберкулеза

-формирование туберкуломы

Наиболее частый исход нелеченного очагового туберкулеза:

-переход в инфильтративный

-полное спонтанное рассасывание

-переход в диссеминированный

-переход в цирротический

Морфологически инфильтративный туберкулез представляет собой:

- фокус казеозного некроза с перифокальным воспалением вокруг более 12 мм в диаметре
- фокус казеозного некроза, окруженный фиброзной капсулой более 12 мм в диаметре
- участок казеозного некроза с фиброзной капсулой вокруг менее 12 мм в диаметре
- каверна без перифокального воспаления

Морфологическое изменение, преобладающее по размерам при инфильтративном туберкулезе:

- продуктивная реакция
- экссудативная
- казеозный некроз
- деструкция

Клинико-рентгенологический тип инфильтрата, протекающий с наиболее выраженными клиническими проявлениями:

- лобулит
- округлый инфильтрат
- сегмент
- лобит

Наиболее частый вариант хрипов при инфильтративном туберкулезе:

- мелкопузырчатые влажные
- среднепузырчатые влажные
- крупнопузырчатые влажные
- сухие

Наиболее типичные сдвиги в клиническом анализе крови при инфильтративном туберкулезе:

- умеренный лейкоцитоз и резко увеличенная СОЭ
- большой лейкоцитоз и резко увеличенная СОЭ
- анемия
- нормальные показатели

Данные объективного обследования больного инфильтративным туберкулезом:

- периферический полиаденит
- опущение плеча на стороне поражения
- скудные влажные хрипы
- обильные влажные хрипы

Частота бактериовыделения при инфильтративном туберкулезе:

- 5-10%
- около 1/3
- около 1/2
- 70-80%

Методом прямой микроскопии МБТ при инфильтративном процессе:

- не определяются
- редко выявляются
- часто выявляются
- почти по всех случаях

Наиболее частое проявление синдрома интоксикации при инфильтративном туберкулезе:

- высокая температура
- истощение
- обильная потливость днем
- субфебрильная температура

Общее состояние больного инфильтративным туберкулезом типа лобита:

- удовлетворительное
- средней степени тяжести
- тяжелое
- крайне тяжелое

Частая жалоба со стороны органов дыхания при инфильтративном туберкулезе:

- небольшое покашливание
- сильный сухой кашель
- одышка в покое
- выраженная боль, связанная с дыханием

Бронхоскопическая картина при инфильтративном туберкулезе, осложненном туберкулезом бронха:

- разлитой катаральный эндобронхит
- слизистая бронхов не изменена
- бронх сужен, бугрист, легко кровоточит
- локальная инфильтрация, с язвенным поражением в центре

Наиболее частые исходы инфильтративного туберкулеза при лечении:

- частичное рассасывание
- рубцевание полости
- образование плотных очагов, туберкулом
- все вышеперечисленное

Наиболее частый исход нелеченного инфильтративного туберкулеза:

- переход в диссеминированный туберкулез
- формирование фиброзно-кавернозного туберкулеза
- переход в очаговый туберкулез
- переход в цирротический туберкулез

Морфологически туберкулома представляет собой:

- затемнение с четкими контурами более 12 мм в диаметре
- группа теней с нечеткими контурами до 12мм в диаметре
- группа теней с четкими контурами до 12 мм диаметре
- затемнение с нечеткими контурами до 2 см в диаметре

На рентгенограмме туберкулома - это:

- фокус затемнения более 12мм в диаметре с нечетким контуром
- фокус затемнения более 12мм в диаметре с четким контуром
- затемнение не более 12 мм с четкими контурами
- затемнение не более 12 мм с нечеткими контурами

Больные с туберкуломой легкого выявляются преимущественно при:

- обращении к врачу общей лечебной сети с жалобами
- профилактической флюорографии
- массивной туберкулинодиагностике
- исследовании мокроты на МБТ

Наиболее частой клинической формой, предшествующей формированию туберкуломы является:

- туберкулез внутригрудных л/узлов
- диссеминированная
- фиброзно-кавернозная
- инфильтративная

Синдром интоксикации при туберкуломе:

- ярко выражен
- умеренно выражен
- слабо выражен
- отсутствует

Симптомы со стороны органов дыхания при туберкуломе:

- сильный мучительный кашель
- частое кровохарканье
- боли в грудной клетке
- отсутствуют

Наиболее частый признак обострения туберкуломы:

- развитие распада
- увеличение фокуса в размере
- появление очагов обсеменения вокруг
- все вышеперечисленное

Частота бактериовыделения при туберкуломе:

- 5-10%
- 20-30%
- 40-50%
- до 60%

Туберкулома без лечения чаще всего:

- рассасывается
- остается стабильной
- приводит к генерализации процесса
- увеличивается в размерах

При казеозной пневмонии морфологически преобладает:

- продуктивная реакция
- экссудативная
- казеозный некроз
- деструкция

Казеозная пневмония – это форма туберкулеза для которой характерны:

- иммунодефицит и массивное размножение МБТ
- выраженные инфильтративно-казеозный и казеозно-деструктивный процесс в легочной ткани
- гиперкоагуляционный синдром
- все вышеперечисленное

Классическое проявление казеозной пневмонии на рентгенограмме:

- большие размеры
- негомогенность за счет распада
- высокая интенсивность
- все вышеперечисленное

Реакция на туберкулиновую пробу Манту при казеозной пневмонии:

- сомнительная
- отрицательная
- нормергическая
- гиперергическая

Особенности течения казеозной пневмонии без лечения:

- быстрое прогрессирование
- волнообразное течение с прогрессированием
- стабильное
- самопроизвольное обратное развитие

Деструкции (полости распада) при казеозной пневмонии:

- не бывают
- редко встречаются
- часто
- всегда

Признак не характерный для казеозной пневмонии:

- обильные влажные хрипы
- шум трения плевры
- бронхиальное дыхание
- неизмененное дыхание

Признак со стороны ОАК, не характерный для казеозной пневмонии:

- кровь без патологических изменений
- лейкоцитоз
- резко увеличенная СОЭ
- лимфопения

Бактериовыделение при казеозной пневмонии:

- отсутствует
- скудное
- обильное в 100% случаев
- обильное в 95%

Исход нелеченной казеозной пневмонии:

- летальный
- формирование цирротического туберкулеза
- формирование туберкулом
- формирование фиброзно-кавернозного туберкулеза

Возраст, в котором чаще развивается туберкулезный плеврит:

- молодой
- средний
- пожилой
- старческий

Наиболее частый вариант поражения плевры при туберкулезе:

- аллергический
- перифокальный
- туберкулез плевры
- туберкулезная эмпиема

Температура тела при туберкулезном экссудативном плеврите:

- нормальная
- субфебрильная
- фебрильная
- гектическая

Минимальное количество плевральной жидкости, которое можно выявить перкуторно:

- 50-100мл
- 100-200мл
- 300-500мл
- 600-700мл

Количество белка в экссудате из плевральной полости:

- 35г/л
- 20г/л
- 15г/л
- 25г/л

Количество белка в транссудате из плевральной полости:

- 35г/л
- 40г/л
- 50г/л
- 21г/л

Удельный вес плевральной жидкости при экссудате:

- 1015 и более
- 1014
- 1010
- 1005

Удельный вес плевральной жидкости при транссудате:

- 1020
- 1025
- 1018
- 1009

Реакция на пробу Манту, позволяющая предположить туберкулезную этиологию плеврита:

- отрицательная
- сомнительная
- нормергическая
- гиперергическая

Реакция на ДСТ, свидетельствующая в пользу туберкулезной этиологии плеврита:

- отрицательная
- сомнительная
- положительная
- только гиперергическая

СОЭ при туберкулезной эмпиеме чаще всего:

- нормальная
- небольшое повышение
- умеренное повышение
- резко повышена

Достоверный метод, позволяющий определить туберкулезную этиологию плеврита:

- перкуссия
- аускультация
- бронхоскопия
- биопсия

Частота туберкулезной этиологии среди всех плевритов у пациентов до 40 лет:

- 10-20%

- 30-40%
- 50-60%
- 60-70%

Голосовое дрожание при экссудативном плеврите:

- усилено в в/отделе легких
- ослаблено в в/отделе
- ослаблено в нижне-боковых отделах
- усилено в нижне-боковых отделах

Оптимальный метод, определяющий точку для плевральной пункции:

- перкуссия
- аускультация
- пальпация
- ультразвуковое исследование

Минимальное количество жидкости, которое можно обнаружить рентгенологически:

- 50-100мл
- 200-500мл
- 600-700мл
- 800-1000мл

Доля туберкулезной этиологии среди всех плевритов у лиц старше 40 лет:

- 5-10%
- 18-20%
- 36-40%
- 58-60%

Туберкулезный плеврит наиболее часто:

- самостоятельная клиническая форма
- осложнение ТВГЛУ
- осложнение легочного туберкулеза
- проявление полисерозита

Выберите рентгенологический признак, свидетельствующий в пользу туберкулезной этиологии плеврита:

- расширение тени корня
- подтягивание корней кверху
- смещение средостения в пораженную сторону
- очаговые тени в в/легочных полях обоих легких

Рентгенологический признак осумкования плеврита:

- смещение средостения в противоположную сторону
- нечеткость контуров затемнения
- растекание жидкости при латероскопии
- четкость контуров затемнения

Типичные аускультативные признаки сухого плеврита:

- бронхиальное дыхание
- сухие хрипы
- влажные хрипы
- шум трения плевры

Рентгенологический признак свободного экссудата:

- верхняя граница горизонтальная

- смещение средостения в сторону экссудата
- неоднородность затемнения
- верхняя граница дугообразная (линия Дамуазо)

Абсолютный признак туберкулезной этиологии плеврита:

- вираж туб. пробы
- постепенное начало заболевания
- лимфоцитарный характер экссудата
- эпителиоидно-клеточные гранулемы и казеозный некроз в биоптате плевры

Признак, свидетельствующий против туберкулезной этиологии плеврита:

- отсутствие туберкулезного процесса в легочной ткани
- отсутствие МБТ в экссудате
- острое начало заболевания
- отрицательная реакция на туберкулиновую пробу при удовлетворительном состоянии больного

Экссудат при туберкулезной эмпиеме:

- лимфоцитарный
- нейтрофильный
- эозинофильный
- геморрагический

Аргумент в пользу туберкулезной этиологии плеврита:

- пожилой возраст
- отрицательная туберкулиновая проба
- вираж туберкулиновой пробы
- отсутствие патологических изменений в легочной ткани

Признак, характерный для осложненной туберкулезной эмпиемы (ЭП):

- одышка
- легочное кровотечение
- сухой кашель
- кашель с мокротой

Абсолютный признак туберкулезной этиологии плеврита:

- вираж туб. пробы
- постепенное начало заболевания
- лимфоцитарный характер экссудата
- МБТ в экссудате

Наиболее частый клеточный состав экссудата при плеврите туберкулезной этиологии:

- геморрагический
- эозинофильный
- нейтрофильный
- лимфоцитарный

Достоверный признак при биопсии в пользу туберкулезной этиологии плеврита:

- казеозный некроз
- фиброз
- эпителиоидные клетки
- клетки Пирогова-Лангханса

Клиническая форма туберкулеза наиболее часто осложняющаяся амилоидозом:

- диссеминированная

- милиарная
- фиброзно-кавернозная
- очаговая

Проявлением начальной фазы амилоидоза является:

- головные боли
- отеки на нижних конечностях
- ХПН
- изменения в моче: цилиндры, белок, эритроциты, лейкоциты

Признак, не характерный для амилоидоза в I стадии:

- отеки
- микрогематурия
- увеличение СОЭ, лейкоцитов
- увеличение фибриногена

Признак, характерный для амилоидоза во II стадии:

- диспепсия, поносы
- отеков нет
- функция почек сохранена
- нет изменений со стороны крови

Признак, не характерный для амилоидоза во II стадии:

- истощение больного
- диспепсия, поносы
- альбуминурические кризы
- отсутствие отеков

Признак, характерный для амилоидоза в III стадии и отличающий его от I и II стадий:

- повышение мочевины, креатинина крови
- отеки на лице
- белок в моче
- в крови лейкоцитоз и увеличение СОЭ

Признак, не характерный для амилоидоза в III стадии:

- отеки на лице и нижних конечностях
- повышение мочевины и креатинина
- диспепсия, тошнота, рвота
- нормальные показатели крови

Наиболее доступный орган для биопсии на амилоидоз:

- почки
- печень
- прямая кишка
- щека

Дозы противотуберкулезных препаратов назначаемых при амилоидозе:

- обычные
- повышенные
- уменьшенные на 1/3
- 1/3 от обычных доз

Питание при амилоидозе – ограничить:

- белки
- жиры

- углеводы
- витамины

Противопоказана пища при амилоидозе:

- кислая, кисломолочная
- соленая
- острая
- все указанное

Кровохарканье – это:

- выделение чистой крови при кашле
- примесь крови к мокроте
- количество выделенной крови до 100мл
- все верно

Причина кровохарканья в отличие от кровотечения:

- явления воспалительно-аллергического характера в зоне туб. изменений
- образование сосудистых аневризм с разрывом их
- разрушение стенки сосуда
- обширные фиброзные процессы

К кровохарканью и кровотечению приводят:

- ранние воспалительно-аллергические процессы
- нарушение сосудистой стенки путем разрыва ее
- метатуберкулезные (после излечения туберкулеза легких)
- все сказанное верно

Признак, не характерный для легочного кровотечения:

- кровь алая, пенистая
- кровь темная, без запаха
- выделяется с кашлем
- выделяется со рвотой

Признак, характерный для желудочного кровотечения:

- кровь алая, пенистая
- кровь темная, без запаха
- выделяется с кашлем
- выделяется со рвотой

Признак, не характерный для легочного кровотечения:

- кровь алая, пенистая
- кровь темная, без запаха
- выделяется с кашлем
- выделяется со рвотой

Факторы, способствующие легочному кровотечению:

- физическое перенапряжение
- физическая травма
- психическая травма
- все сказанное верно

Факторы, способствующие легочному кровотечению:

- физиотерапия
- солнечное облучение
- гиповитаминоз С

-все сказанное верно

Факторы, способствующие легочному кровотечению:

- menses
- температурные колебания
- перегревание
- все сказанное верно

Наиболее частая причина летального исхода при массивном кровотечении:

- коллапс
- анемия
- аспирационная пневмония
- асфиксия

К прогрессированию туберкулеза при кровотечении приводит диссеминация:

- гематогенная
- бронхогенная
- лимфопения
- все верно

Рентгенологические признаки легочного кровотечения в виде появления:

- полости распада
- парной полоски отводящего бронха
- горизонтального уровня в полости
- все указанное верно

Рентгенологические признаки легочного кровотечения в виде появления:

- полости распада
- парной полоски отводящего бронха
- секвестра в полости
- все указанное верно

Рентгенологические признаки легочного кровотечения в виде появления:

- полости распада
- парной полоски отводящего бронха
- микроателектазов в виде обсеменения вокруг кровотока участка
- все указанное верно

Первая доврачебная помощь при кровотечении:

- положение лежа
- полусидячее положение
- пища в холодном виде
- пища в горячем виде

Тактика врача при легочном кровотечении:

- положение лежа
- полное подавление кашля
- пища в теплом виде
- пища в холодном виде

Какое мероприятие не допустимо в качестве помощи при кровотечении:

- полусидячее положение
- пища в теплом виде
- полное подавление кашля
- горячие ножные ванны

Какое мероприятие не допустимо в качестве помощи при кровотечении:

- полусидячее положение
- пища в теплом виде
- холод на грудь
- горячие ножные ванны

Недопустимое лечение при кровотечении:

- нормализация внутрилегочного давления
- понижение свертываемости крови
- ингибирование фибринолиза
- все указанное верно

Недопустимое лечение при кровотечении:

- повышение внутрилегочного давления
- повышение свертываемости крови
- понижение проницаемости сосудистой стенки
- все указанное верно

Недопустимое лечение при кровотечении:

- понижение внутрилегочного давления
- повышение свертываемости крови
- повышение проницаемости сосудистой стенки
- все указанное верно

Недопустимое лечение при кровотечении:

- понижение внутрилегочного давления
- повышение свертываемости крови
- повышение фибринолиза
- все указанное верно

Препараты, способные предотвратить развитие аспирационной пневмонии:

- гормональные
- антибиотики
- противотуберкулезные
- десенсибилизирующие

Препараты, способные предотвратить прогрессирование туберкулеза при легочном кровотечении:

- гормональные
- антибиотики
- противотуберкулезные
- десенсибилизирующие

Наиболее частая причина развития патологического пневмоторакса:

- пневмония
- ХОБЛ
- туберкулез
- буллезная эмфизема

Причина, способствующая развитию патологического пневмоторакса:

- активный туберкулезный процесс
- деструктивная пневмония
- буллезная эмфизема

-все указанное верно

Самый опасный вид пневмоторакса:

- закрытый
- частично открытый
- тотальный открытый
- клапанный

Клинические проявления спонтанного пневмоторакса:

- одышка
- боли в грудной клетке
- сухой кашель
- все сказанное верно

Смещение средостения при спонтанном пневмотораксе:

- в противоположную сторону
- в сторону поражения
- не смещается
- возможны разные варианты

При пневмотораксе рекомендуется делать рентгеновский снимок:

- на вдохе
- на выдохе
- боковой
- томограмму

При закрытом пневмотораксе в большинстве случаев рекомендуется:

- наблюдать за больным
- поставить дренаж
- провести бронхоскопию
- оперировать больного

При открытом пневмотораксе в большинстве случаев рекомендуется:

- наблюдать за больным
- поставить дренаж
- перевести в закрытый
- оперировать больного

При клапанном пневмотораксе необходимо:

- наблюдать за больным
- поставить дренаж
- перевести в открытый
- оперировать больного

Исследование мокроты имеет решающее значение при:

- туберкулезе
- пневмонии
- ХОБЛ
- саркоидозе

Заболевание, часто сопровождаемое отрицательной реакцией на туберкулиновую пробу Манту:

- туберкулез
- саркоидоз
- силикоз
- ХОБЛ

Заболевание, при котором нередко наблюдается кровохарканье или кровотечение:

- саркоидоз
- силикоз
- туберкулез
- ХОБЛ

Заболевание, при котором кровохарканье или кровотечение, как правило, не встречается:

- саркоидоз
- силикоз
- туберкулез
- рак

Заболевание, протекающее часто с синдромом интоксикации:

- саркоидоз
- силикоз
- заболевание сердечно-сосудистой системы
- туберкулез

Заболевание, протекающее часто с синдромом интоксикации:

- силикоз
- миокардит
- саркоидоз
- пневмония

Заболевание, часто сопровождающееся изменениями крови воспалительного характера:

- саркоидоз
- пневмокониоз
- пороки развития
- туберкулез

Заболевание, часто сопровождающееся изменениями крови воспалительного характера:

- саркоидоз
- пневмокониоз
- пороки развития
- пневмония

Заболевание, при котором рентгенологически выявляются изменения преимущественно в верхних отделах легких:

- острый милиарный туберкулез
- диссеминированный туберкулез
- саркоидоз
- пневмокониоз

Заболевание, при котором рентгенологически выявляются изменения преимущественно в верхних отделах легких:

- туберкулез
- рак
- пневмония
- силикоз

Заболевание, при котором рентгенологически выявляются изменения преимущественно в верхних отделах легких:

- туберкулез
- пневмокониоз

- саркоидоз
- альвеолит

Заболевание, при котором наблюдается полиморфная диссеминация в легких:

- острый милиарный туберкулез
- саркоидоз
- пневмония
- диссеминированный туберкулез легких

Ведущий симптом при ИФА:

- одышка
- боли в грудной клетке
- похудание
- кашель с мокротой

Признак, не характерный для ТЭЛА:

- кровохарканье
- одышка
- повышение температуры
- постепенное нарастание клиники

Признак, не характерный для ТЭЛА:

- развитие плеврита
- акцент II тона на легочной артерии
- набухание нижних вен
- постепенное нарастание клиники

Клинический признак, характерный для туберкулеза:

- упорное кровохарканье
- надсадный мучительный кашель
- выраженные боли за грудиной
- повышение температуры в вечернее время

Клинический признак не характерный для рака:

- упорное кровохарканье
- надсадный мучительный кашель
- выраженные боли за грудиной
- повышение температуры в вечернее время

Диссеминированный процесс, сопровождающийся, как правило, высокой температурой:

- саркоидоз
- пневмокониоз
- милиарный туберкулез легких
- карциноматоз

Диссеминированный процесс, сопровождающийся, как правило, высокой температурой:

- саркоидоз
- пневмокониоз
- диссеминированный туберкулез легких
- пневмония

Заболевание, протекающее, как правило, при удовлетворительном состоянии больного:

- рак
- ИФА
- саркоидоз

-пневмония

Заболевание, протекающее, как правило, при удовлетворительном состоянии больного:

- милиарный туберкулез легких
- пневмония
- силикоз
- альвеолит

Симптом, характерный для ДТЛ и пневмонии:

- одышка
- синдром интоксикации
- влажные хрипы в верхне-задних отделах
- сухие рассеянные хрипы

Симптом, характерный для ДТЛ и пневмонии:

- синдром интоксикации
- сухие рассеянные хрипы
- кашель с мокротой
- лейкоцитоз, повышение СОЭ

Общий признак для диссеминированного туберкулеза и метастатического рака:

- диссеминации
- надсадный кашель
- упорное кровохарканье
- выраженные боли в грудной клетке

Признак, характерный для диссеминированного туберкулеза:

- диссеминации
- надсадный кашель
- упорное кровохарканье
- выраженные боли в грудной клетке

Рентгенологический симптом патогномичный для пневмокониоза:

- обызвествление лимфатических узлов корня по периферии
- обызвествление лимфатических узлов в центре
- увеличение двусторонне л/у корней легких
- очаговая диссеминация в нижних отделах легких

Характерный признак милиарного туберкулеза:

- деструкции легочной ткани
- полиморфизм очаговых теней
- преимущественная прикорневая локализация
- тотальная диссеминация в виде очаговых теней

Заболевание, при котором преобладают очаговые изменения над интерстициальными:

- туберкулез
- саркоидоз
- ХОБЛ
- альвеолит

Заболевание, при котором преобладают интерстициальные изменения над очаговыми:

- саркоидоз
- туберкулез
- рак
- пневмокониоз

Характерный признак для ИФА и не характерный для ДТЛ:

- одышка
- крепитация
- боли в грудной клетке
- кровохарканье

Характерный признак для ИФА и не характерный для ДТЛ:

- одышка
- повышение температуры
- выраженный сухой кашель
- эффект от лечения КСГ

Заболевание, характеризующееся богатой аускультативной картиной :

- туберкулез
- пневмония
- рак
- коллагеноз

Общий признак для ТБ и саркоидоза:

- локализация, преимущественно в верхне-задних отделах
- реакция на туб. пробы
- поражение ВГЛУ
- скудная аускультативная картина

Общий признак для ТБ и саркоидоза:

- возможное тотальное поражение легких
- преобладание интерстициального рисунка над очаговым
- преобладание очагового характера поражения над интерстициальным
- увеличение ВГЛУ

Симптом, свидетельствующий в пользу силикоза и против туберкулеза:

- поражение других органов
- преимущественное поражение верхних отделов легких
- наличие экссудативного плеврита
- расширение корней с обеих сторон

Симптом, свидетельствующий в пользу туберкулеза и против силикоза:

- наличие экссудативного плеврита
- увеличение ВГЛУ с обеих сторон
- увеличение периферических л/у
- средне- и нижнедолевая локализация процесса

Признак, свидетельствующий в пользу пневмонии и против туберкулеза:

- синдром интоксикации
- повышение СОЭ
- выраженный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом
- влажные хрипы в легких на ограниченном участке

Диссеминация, при которой более выражена клиника, чем рентгенокартина:

- ДТЛ
- пневмония
- саркоидоз
- пневмокониоз

Диссеминация, при которой более выражена рентгенкартина, чем клиника:

- ДТЛ
- альвеолит
- пневмония
- коллагеноз

Симптом, характерный для туберкулеза и не характерный для саркоидоза:

- кровохарканье
- наличие спаечного процесса в легких
- внелегочная локализация процесса
- тотальное поражение легких

Заболевают туберкулезом чаще:

- мужчины молодого возраста
- женщины молодого возраста
- мужчины среднего возраста
- мужчины пожилого возраста

Заболевают раком чаще:

- мужчины молодого возраста
- женщины молодого возраста
- мужчины среднего возраста
- мужчины пожилого возраста

Общий признак инф. туберкулеза и центрального рака:

- контакт с больным туберкулезом
- длительное курение
- наличие канцерогенов в анамнезе
- постепенное начало заболевания

Общий признак инф. туберкулеза и центрального рака:

- нередкое поражение других органов
- длительное кровохарканье
- сухой надсадный кашель
- температурная реакция в вечернее время

Признак, свидетельствующий больше в пользу туберкулезного процесса в отличие от рака:

- неуклонное прогрессирование процесса
- однократное кровохарканье
- упорные боли в грудной клетке
- выраженная слабость вплоть до адинамии

Общий признак инфильтративного туберкулеза и пневмонии:

- начало заболевания острое
- наличие синдрома интоксикации
- повышение температуры в вечернее время
- кровохарканье

Общий признак инфильтративного туберкулеза и пневмонии:

- кашель с гнойной мокротой
- кровохарканье
- одышка в покое
- боли в грудной клетке

Признак в пользу туберкулеза в отличие от пневмонии:

- кашель с гнойной мокротой
- кровохарканье
- одышка в покое
- крепитация в легких

Признак в пользу пневмонии в отличие от туберкулеза:

- кровохарканье
- кашель с большим количеством слизисто-гнойной мокроты
- отсутствие одышки
- субфебрильная температура

Рентгенкартина в пользу пневмонии в отличие от туберкулеза:

- локализация процесса в средней доле
- наличие полости распада в верхней доле
- наличие очаговых теней
- корень нормальных размеров, содержит кальцинаты

Рентгенкартина в пользу туберкулеза в отличие от пневмонии:

- локализация процесса в средней доле
- локализация процесса в верхней доле
- отсутствие полостей распада
- усиление легочного рисунка вокруг основного фокуса

Признак, свидетельствующий в пользу эозинофильного пневмонита в отличие от туберкулеза:

- субфебрильная температура
- сухой кашель
- насморк
- боли в грудной клетке

Признак, не характерный для эозинофильного пневмонита:

- удушье, чувство стеснения в груди
- кровохарканье
- кашель с тягучей слизистой мокротой
- сухие рассеянные свистящие хрипы

Признак, характерный для аллергического пневмонита:

- наличие синдрома интоксикации
- кровохарканье
- сыпь на кожных покровах
- отрицательная туб. проба

Рентгенкартина при центральном раке в отличие от туберкулеза:

- локализация затемнения тесно связанная с корнем
- локализация процесса на верхушке
- наличие полости распада
- усиление легочного рисунка вокруг основного фокуса

Частая причина развития ТЭЛА:

- простудный фактор
- травма грудной клетки
- оперативное вмешательство
- причина не установлена

Общий признак при туберкулезе легких и ТЭЛА:

- начало малосимптомное

- кровохарканье
- отсутствие боли
- обязательное наличие одышки

Признаки пневмонии при ТЭЛА:

- острая боль, одышка, кровохарканье возникают сразу же
- появление температурной реакции через 2-3 дня от начала первых признаков болезни
- появление температуры сразу же в начале заболевания
- повышение фибриногена

Признак, свидетельствующий в пользу туберкулеза в отличие от ТЭЛА:

- постепенное развитие заболевания
- кровохарканье
- боли в грудной клетке
- одышка

Признак, свидетельствующий в пользу ТЭЛА в отличие от туберкулеза:

- повышение СОЭ при отсутствии лейкоцитоза
- высокий фибриноген в крови
- отсутствие МБТ в мокроте
- положительный диаскинтест

Наиболее часто встречающийся порок развития:

- агенезия доли
- аномалии развития трахеи
- аномалии развития сосудов
- кистозная гипоплазия легкого

Раковым гидротораксом чаще болеют:

- мужчины пожилого возраста
- женщины пожилого возраста
- мужчины молодого возраста
- женщины молодого возраста

Причины накопления транссудата в плевральной полости:

- заболевания сердечно-сосудистой системы
- ОРВИ
- туберкулез
- пневмония

Причина, приведшая к развитию неспецифического плеврита:

- пневмония
- туберкулез
- рак
- ТЭЛА

Причина, приведшая к развитию экссудата в плевральной полости:

- болезни сердечно-сосудистой системы
- цирроз печени
- нефротический синдром
- пневмония

Начало и течение неспецифического воспалительного плеврита:

- острое, быстрое прогрессирование
- подострое

- постепенное с прогрессированием
- рецидивирующее

Начало и течение ракового плеврита:

- острое, быстрое прогрессирование
- подострое
- постепенное с прогрессированием
- рецидивирующее

Начало и течение гидроторакса невоспалительного характера:

- острое с быстрым прогрессированием
- постепенное с прогрессированием
- постепенное рецидивирующее
- острое с обратным развитием

Синдром интоксикации при гидротораксах с трансудатом:

- отсутствует
- предшествует острой картине
- развивается одновременно с яркой клиникой
- выражен умеренно

Синдром интоксикации при неспецифическом воспалительном плеврите:

- отсутствует
- предшествует острой картине
- развивается одновременно с яркой клиникой
- выражен умеренно

Температурная реакция при туберкулезном плеврите:

- субфебрильная в течение дня
- субфебрильная вечером
- высокая утром и субфебрильная вечером
- фебрильная вечерами

Температурная реакция при неспецифическом плеврите:

- высокая утром и вечером
- высокая утром, вечером субфебрильная
- субфебрильная утром и фебрильная вечером
- постоянно субфебрильная

Температурная реакция при раковом плеврите:

- часто отсутствует
- постоянно субфебрильная
- постоянно высокая
- высокая вечерами

Температурная реакция при гидротораксе с трансудатом:

- отсутствует
- постоянно субфебрильная
- постоянно высокая
- высокая вечерами

Общий признак при туберкулезном, неспецифическом и раковом экссудативных плевритах:

- сухой надсадный кашель
- боли в груди
- сильное похудание

-тяжесть в 1/2 половине грудной клетки

Симптом, не характерный для транссудата:

- тяжесть в правом подреберьи
- боли в области сердца
- боли в пояснице
- наличие синдрома интоксикации

Симптом, характерный для туберкулезного плеврита:

- отсутствие хрипов
- богатая аускультативная картина с обеих сторон в верхних отделах
- богатая аускультативная картина с одной стороны
- богатая аускультативная картина с обеих сторон в нижних отделах

Симптом, характерный для неспецифического плеврита:

- отсутствие хрипов
- богатая аускультативная картина с обеих сторон в верхних отделах
- богатая аускультативная картина с одной стороны
- богатая аускультативная картина с обеих сторон в нижних отделах

Симптом, характерный для транссудата в плевральной полости:

- отсутствие хрипов
- богатая аускультативная картина с обеих сторон в верхних отделах
- богатая аускультативная картина с одной стороны
- влажные хрипы с обеих сторон

Общий признак при туберкулезном и раковом плевритах:

- возможно множественное поражение других органов
- сухой мучительный кашель
- нет облегчения после пункции и удалении жидкости
- общее состояние удовлетворительное

Признак, характерный для гидроторакса с транссудатом:

- двусторонний процесс
- односторонний процесс
- наличие синдрома интоксикации
- отсутствие нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы

Лабораторный признак, свойственный транссудату:

- повышение СОЭ при умеренном лейкоцитозе
- лейкоцитоз со сдвигом влево, >СОЭ
- значительное повышение СОЭ, анемия
- отсутствие изменений

Лабораторный признак, свойственный туберкулезному плевриту:

- повышение СОЭ при умеренном лейкоцитозе
- лейкоцитоз со сдвигом влево, >СОЭ
- значительное повышение СОЭ, анемия
- отсутствие изменений

Лабораторный признак, свойственный неспецифическому плевриту:

- повышение СОЭ при умеренном лейкоцитозе
- лейкоцитоз со сдвигом влево, >СОЭ
- значительное повышение СОЭ, анемия
- отсутствие изменений

Лабораторный признак, свойственный раковому гидротораксу:

- повышение СОЭ при умеренном лейкоцитозе
- лейкоцитоз со сдвигом влево, >СОЭ
- значительное повышение СОЭ, анемия
- отсутствие изменений

Рентгенологический признак, свидетельствующий в пользу туберкулезного характера плеврита:

- смещение средостения в противоположную сторону
- двусторонний плеврит
- признаки осумкования жидкости
- расширение корня

Рентгенологический признак, свидетельствующий в пользу ракового плеврита:

- смещение средостения в противоположную сторону
- двусторонний плеврит
- расширение корня
- признаки ателектаза

Рентгенологический признак, свидетельствующий в пользу неспецифического плеврита:

- смещение средостения в противоположную сторону
- двусторонний плеврит
- расширение корня
- наличие признаков пневмонии

Характер жидкости, свойственный для трансудата:

- светлая, прозрачная
- геморрагическая
- насыщенно желтого цвета, прозрачная
- насыщенно желтого цвета мутная

Характер жидкости при туберкулезном плеврите:

- светлая, прозрачная
- геморрагическая
- насыщенно желтого цвета, прозрачная
- насыщенно желтого цвета мутная

Характерная жидкость для ракового плеврита:

- светлая, прозрачная
- геморрагическая
- насыщенно желтого цвета, прозрачная
- насыщенно желтого цвета мутная

Характерная жидкость для неспецифического воспалительного плеврита:

- светлая, прозрачная
- геморрагическая
- насыщенно желтого цвета, прозрачная
- насыщенно желтого цвета мутная

При туберкулезном плеврите в плевральной жидкости преобладают:

- нейтрофилы
- лимфоциты
- эозинофилы
- мезотелиальные клетки

При неспецифическом воспалительном плеврите в плевральной жидкости преобладают:

- нейтрофилы
- лимфоциты
- эозинофилы
- мезотелиальные клетки

При раковом плеврите в плевральной жидкости преобладают:

- нейтрофилы
- лимфоциты
- эозинофилы
- мезотелиальные клетки

Общий признак туберкулезного и ракового плеврита по клеточному составу:

- нейтрофилы
- эозинофилы
- лимфоциты
- клетки мезотелия

Характерный признак для экссудата:

- удельный вес ниже 1015
- белок ниже 30г/л
- р. Ривальта отрицательная
- количество клеток в п/зрения более 15-20

Характерный признак транссудата:

- удельный вес ниже 1015
- удельный вес выше 1015
- количество белка выше 30г/л
- проба Ривальта положительная

При отсутствии лечения склонность плевральной жидкости к нагноению имеет:

- туберкулезный плеврит
- неспецифический плеврит
- раковый гидроторакс
- гидроторакс сердечно-сосудистых заболеваний

При отсутствии лечения склонность к осумкованию имеет:

- туберкулезный плеврит
- неспецифический плеврит
- раковый гидроторакс
- гидроторакс сердечно-сосудистых заболеваний

При отсутствии лечения имеет склонность к постоянному накоплению жидкости:

- туберкулезный плеврит
- неспецифический плеврит
- раковый гидроторакс
- гидроторакс сердечно-сосудистых заболеваний

Признак, свидетельствующий в пользу плеврита в отличие от пневмонии:

- тяжесть в грудной клетке
- кашель с мокротой
- влажные хрипы, крепитация
- рентгенологически неомогенные тени

Признак, свидетельствующий в пользу пневмонии в отличие от плеврита:

- кашель с мокротой
- тяжесть в грудной клетке
- рентгенологически смещение средостения в здоровую сторону
- смещение средостения в большую сторону

Признак, свидетельствующий в пользу ателектаза в отличие от плеврита:

- наличие субкортикально расположенного затемнения
- смещение средостения в сторону затемнения
- смещение средостения в противоположную сторону от затемнения
- реберно-диафрагмальная локализация процесса

Гнойным плевритом называется плеврит, жидкость которого содержит:

- нейтрофилов до 50%
- нейтрофилов выше 85%
- лимфоцитов до 50%
- лимфоцитов более 50%

Нехарактерный признак для эмпиемы туберкулезной этиологии без осложнения:

- высокая температура
- выраженный синдром интоксикации
- малосимптомное (холодное) течение
- появление мокроты при кашле

Признак не характерный для неспецифической эмпиемы:

- высокая температура
- кашель с мокротой
- экссудат с неприятным запахом
- лимфоцитарный характер экссудата

Признак, свидетельствующий в пользу плеврита при ТЭЛА в отличие от ракового плеврита:

- жидкость геморрагическая
- загрудинные боли
- высокое содержание фибриногена в анализе крови
- тромбоз нижних конечностей

Признак, свидетельствующий в пользу ракового гидроторакса в отличие от гидроторакса при ТЭЛА:

- кровохарканье
- жидкость неопределенного характера (транссудат? экссудат?)
- больной пониженного питания
- геморрагическая жидкость

Симптом, не характерный для панкреатогенного плеврита:

- левосторонняя локализация
- серозно-геморрагическая жидкость
- клиника панкреатита слабо выражена
- клиника панкреатита ярко выражена

Симптом, не характерный для плеврита при коллагенозах:

- жидкость лимфоцитарная
- жидкость нейтрофильная
- жидкость чаще односторонняя в большом количестве
- жидкость чаще двусторонняя в небольшом количестве

Симптом, не характерный для мезотелиомы плевры:

- разрастание плевры без жидкости
- обильный геморрагический экссудат
- в плевральной жидкости раковые клетки
- при удалении жидкости она больше не накапливается