

1. Проникновение МБТ в организм человека чаще всего происходит:

- через органы дыхания;
- через пищеварительный тракт (с водой и пищей);
- контактным путем;
- ятрогенным путем;
- трансплацентарно.

2. К основным задачам массовой туберкулинодиагностики не относятся:

- отбор лиц, первично инфицированных микобактериями туберкулёза;
- отбор лиц для вакцинации и ревакцинации БЦЖ;
- выделение группы лиц с повышенным риском заболевания туберкулёзом;
- отбор контингентов для стационарного лечения;
- определение показателя инфицированности и ежегодного риска инфицирования.

3. Клинически малосимптомно и без изменений, выявляемых с помощью физикальных методов обследования, чаще протекает:

- очаговый туберкулёз лёгких;
- инфильтративный туберкулёз лёгких;
- диссеминированный туберкулёз лёгких;
- фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких;
- цирротический туберкулёз лёгких.

4. Наиболее частыми возбудителями туберкулеза у человека являются:

- *M. tuberculosis humanus*;
- *M. tuberculosis bovis*;
- *M. tuberculosis africanum*;
- *M. kansasii*;
- *M. avium*.

5. Отличительным свойством МБТ является устойчивость к:

- прямому солнечному свету;
- кипячению;
- кислотам, щелочам и спирту;
- раствору хлорида натрия;
- аммиаку.

6. В патологическом материале МБТ могут встречаться в виде:

- типичных форм;
- лекарственно-устойчивых форм;
- ультрамелких форм;
- L-форм;
- во всех вышеперечисленных формах.

7. Фактором вирулентности МБТ является:

- лизосомы;
- фагосомы;

- корд-фактор;
- митохондрии;
- нуклеотид.

8. В высохшей мокроте МБТ могут сохраняться:

- 10—12 дней;
- 50-70 дней;
- 90-120 дней;
- 10—12 месяцев;
- 16—18 месяцев.

9. Основным источником инфекции при туберкулезе является:

- больной закрытой формой туберкулеза легких;
- больной открытой формой туберкулеза легких;
- больной внелегочными формами туберкулеза;
- инфицированный МБТ человек;
- вакцинированный вакциной БЦЖ ребенок.

10. Особое эпидемиологическое значение имеет:

- Воздушно-капельный, воздушно-пылевой пути передачи инфекции;
- алиментарный путь передачи инфекции;
- контактный путь передачи инфекции;
- внутриутробный путь передачи инфекции;
- передача инфекции через укусы насекомыми.

11. Объектами исследования на микобактерии туберкулеза служат:

- мокрота, промывные воды бронхов;
- пунктат из закрытых полостей, биоптат;
- моча, гнойное отделяемое из свищей, спинномозговая жидкость;
- кровь;
- все перечисленное.

12. Полимеразная цепная реакция при туберкулезе – это:

- обнаружение специфических участков ДНК микобактерий туберкулеза;
- обнаружение титра антител к туберкулину;
- обнаружение титра антител к фитогемагглютиниону;
- реакция спонтанного розеткообразования;
- обнаружение культуры микобактерий туберкулеза.

13. Бронхоскопия во фтизиатрии показана:

- взрослым больным со всеми формами туберкулеза органов дыхания или с подозрением на него, если нет препятствий к ее проведению из-за сопутствующей патологии;
- больным с бактериовыделением, источник которого установить не удалось;
- больным с деструктивным туберкулезом;
- при подготовке больного к операции на легких;

- больным с туберкулезным плевритом.

14. Какие из перечисленные ниже признаков не характеризуют полиморфизм очаговых теней в легких:

- разной их величины;
- особенностей их контура;
- неодинаковой формы;
- разной их интенсивности;
- **различной локализации.**

15. Укажите время появления кожной аллергической реакции замедленного типа на туберкулин:

- 2 недели;
- 8 недель;
- **72 часа;**
- 24 часа;
- 12 часов.

16. Наиболее достоверным методом диагностики деструктивного туберкулёза лёгких является:

- профилактическая флюорография;
- диагностическая рентгенография;
- **томография;**
- ультразвуковое исследование;
- радиоизотопный метод.

17. Наиболее достоверный рентгенологический признак, указывающий на туберкулёзный генез полости в лёгких:

- наличие горизонтального уровня жидкости;
- парная полоска дренирующего бронха;
- **бронхогенное обсеменение;**
- наличие секвестра;
- локализация полости.

18. При развитии активного туберкулеза наибольшее значение придается:

- массивности инфекции;
- длительности контакта с источником инфекции;
- входным путям инфекции;
- **состоянию резистентности организма человека;**
- всем вышеперечисленным факторам.

19. Основными клетками в естественной защите организма человека при туберкулезной инфекции являются:

- эритроциты;
- тромбоциты;
- нейтрофилы;
- **макрофаги;**
- эозинофилы.

20. При первичном заражении МБТ фагоцитоз носит:

- индуцированный характер;

- **завершенный характер;**
- **незавершенный характер;**
- химический характер;
- физический характер.

21. Основным механизмом формирования специфического иммунитета при туберкулезе обусловлен:

- образованием специфических антител;
- развитием повышенной чувствительности немедленного типа;
- образованием иммунных комплексов;
- развитием иммунологической толерантности;
- **развитием повышенной чувствительности замедленного типа.**

22. Формирование противотуберкулезного иммунитета обеспечивается лимфоцитами:

- CD3;
- **CD4;**
- CD16;
- CD22;
- CD25.

23. Клетками, формирующими специфическую туберкулезную гранулему, являются:

- нейтрофилы;
- лимфоциты;
- эпителиоидные клетки;
- многоядерные клетки;
- **все вышеперечисленные.**

24. Первичный туберкулез у человека характеризуется:

- поражением лимфатических узлов;
- облигатной микобактеримией;
- гематогенной диссеминацией;
- спонтанным излечением;
- **всем вышеперечисленным.**

25. Выберите правильную формулировку первичного туберкулёза:

- впервые выявленные туберкулёзные изменения в лёгких;
- **заболевание туберкулёзом ранее неинфицированного человека;**
- заболевание человека с положительной пробой Манту;
- заболевание человека, имеющего контакт с больными туберкулёзом;
- новое заболевание взрослых, перенесших в детстве туберкулёз.

26. Вторичный туберкулез у человека характеризуется:

- экзогенной суперинфекцией;
- эндогенной реактивацией;
- снижением специфического иммунитета;
- отсутствие спонтанного самоизлечения;
- **всем вышеперечисленным.**

27. Творожистый некроз ткани легкого характеризуется:

- развитием продуктивного воспаления;
- развитием экссудативного воспаления;
- **развитием первичного некроза;**
- развитием фиброза;
- всем вышеперечисленным.

28. По тяжести клинического течения туберкулеза легких выделяют:

- остропрогрессирующие формы;
- деструктивные формы;
- распространенные формы;
- малые формы;
- **все вышеперечисленное.**

29. Для туберкулеза легких характерны интоксикационные жалобы на:

- повышение температуры тела;
- потливость;
- слабость;
- потерю массы тела;
- **все вышеперечисленные.**

30. Для туберкулеза легких характерны бронхолегочные жалобы на:

- кашель;
- кровохарканье;
- боль в грудной клетке;
- одышку;
- **все вышеперечисленные.**

31. При постановке пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л у человека возникает:

- **уколочная (местная) реакция;**
- общая реакция;
- очаговая реакция;
- уколочная и общая реакции
- уколочная и очаговая реакции.

32. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л считается положительной при размере папулы:

- 1 мм;
- 4 мм;
- **5 мм;**
- 3 мм;
- 2 мм.

33. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л ставится детям и подросткам:

- **ежегодно, 1 раз в год;**
- ежегодно, 2 раза в год;
- 1 раз в 2 года;
- 1 раз в 3 года;
- 1 раз в год с 7-летнего возраста.

34. Обязательный диагностический минимум при исследовании больного во фтизиатрической клинике не включает:

- изучение жалоб, анамнеза болезни и жизни;
- клинический анализ крови;
- микроскопию мокроты по Цилю-Нельсену;
- рентгенографию органов грудной клетки;
- **УЗИ плевральной полости.**

35. Наиболее информативным методом в обязательном диагностическом минимуме (из перечисленных), который позволяет установить этиологический диагноз туберкулеза легких, является:

- объективное исследование больного;
- клинический анализ крови и мочи;
- **микроскопия мокроты по методу Циля-Нельсена;**
- рентгенография органов грудной клетки;
- проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л.

36. Наиболее часто туберкулез легких у взрослых локализуется:

- **в 1, 2-м и 6-м сегментах;**
- в 3, 4-м и 5-м сегментах;
- в 5, 7-м и 8-м сегментах;
- в 7, 8-м и 9-м сегментах;
- в 8, 9-м, и 10-м сегментах.

37. Наиболее информативным дополнительным методом исследования, который позволяет морфологически установить диагноз туберкулеза легких, является:

- функциональное исследование легких;
- биохимическое исследование крови;
- ЭКГ;
- КТ органов грудной клетки;
- **гистологическое исследование биоптата.**

38. Какие медицинские учреждения проводят выявление туберкулеза в РФ:

- **лечебные учреждения общей медицинской сети;**
- **специализированные противотуберкулезные учреждения;**
- специализированные онкологические учреждения;
- специализированные инфекционные учреждения;
- специализированные психиатрические учреждения.

39. Основным методом выявления туберкулеза легких является:

- лучевой (рентгенография / флюорография);
- микроскопия мокроты на МБТ;
- посев мокроты на МБТ;
- клинический анализ крови;
- сбор анамнеза.

40. Группу повышенного риска по заболеваемости туберкулезом представляют:

- работники предприятий общественного питания;
- работники детских учреждений;
- медицинские работники;
- лица, имеющие контакт с больными туберкулезом
- пациенты наркологических клиник.

41. Обязательному флюорографическому обследованию подвергаются пациенты, имеющие сопутствующие заболевания:

- профессиональные пылевые заболевания легких;
- ВИЧ-инфекцию;
- сахарный диабет;
- страдающие алкоголизмом и наркоманией;
- все вышеперечисленные.

42. К препаратам группы ГИНК относятся:

- изониазид;
- фтивазид;
- метагид;
- феназид;
- все вышеперечисленные.

43. Новые противотуберкулезные препараты, которые применяются для лечения туберкулеза с 1980-х годов:

- аминогликозиды;
- тианемы;
- макролиды;
- фторхинолоны;
- цефалоспорины.

44. Наиболее неблагоприятное течение туберкулеза наблюдается у больных, выделяющих:

- чувствительные ко всем противотуберкулезным препаратам МБТ;
- монорезистентные МБТ;
- полирезистентные МБТ;
- множественно лекарственно-устойчивые МБТ;
- множественно лекарственно-устойчивые МБТ, устойчивые к сочетанию основных и резервных противотуберкулезных препаратов.

45. Токсические побочные реакции связаны:

- с дозой и длительности приема противотуберкулезного препарата;

- с антигенным действием противотуберкулезного препарата;
- с формой туберкулезного процесса;
- с местом проживания больного;
- со всем вышеперечисленным.

46. Аллергические побочные реакции связаны:

- с индивидуальной чувствительностью организма больного;
- с дозой и длительности приема противотуберкулезного препарата;
- с формой туберкулезного процесса;
- с местом проживания больного;
- со всем вышеперечисленным.

47. Показанием для назначения кортикостероидов у больных туберкулезом является:

- казеозная пневмония;
- туберкулез бронхов;
- экссудативный плеврит;
- менингит;
- все вышеперечисленное.

48. Лечение искусственным пневмотораксом показано при:

- очаговом туберкулезе;
- кавернозном туберкулезе;
- казеозной пневмонии;
- экссудативном плеврите;
- цирротическом туберкулезе.

49. Пневмоперитонеум показан при:

- каверне в верхней доле легкого;
- очагах в нижней доле легкого;
- каверне в нижней доле легкого;
- экссудативном плеврите;
- циррозе легкого.

50. Длительность поствакцинального противотуберкулезного иммунитета, обусловленного введением вакцины БЦЖ:

- 1-2 года;
- 3-4 года;
- 4-5 лет;
- 5-7 лет;
- 7-10 лет.

51. Метод введения вакцины БЦЖ:

- пероральный;
- внутрикожный;
- накожный;
- подкожный;
- внутримышечный.

52. Вторая ревакцинация БЦЖ проводится в возрасте:

- 6-7 лет;
- 10-11 лет;
- 11-12 лет;
- 14-15 лет;
- 16-17 лет

53. Для проведения химиопрофилактики у контактных лиц наиболее важно знать:

- результаты исследования устойчивости МБТ источника;
- фазу туберкулезного процесса источника;
- длительность заболевания источника;
- санитарно-гигиеническое состояние жилища;
- нарастание чувствительности к туберкулину.

54. Здоровые лица, находящиеся в контакте с источником туберкулезной инфекции, наблюдаются в группе диспансерного учета:

- 0;
- I;
- II;
- III;
- IV.

55. Впервые выявленные пациенты с сомнительной активностью туберкулезного процесса наблюдаются в группе диспансерного учета:

- 0;
- I;
- II;
- III;
- IV.

56. Форма туберкулеза, наиболее часто встречающаяся в структуре заболевания у детей:

- первичный туберкулезный комплекс;
- туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;
- туберкулезный плеврит;
- туберкулезная интоксикация;
- диссеминированный туберкулез.

57. Основным и наиболее частым методом выявления инфильтративного туберкулеза лёгких является:

- профилактическая флюорография
- диагностическая флюорография
- туберкулинодиагностика
- исследование периферической крови
- исследование мокроты на наличие микобактерий туберкулеза

58. Наиболее эффективным и достоверным в практической медицине методом обнаружения микобактерий туберкулеза является:

- люминисцентная микроскопия
- культуральный посев
- бактериоскопия с окраской по Цилю-Нильсену
- биохимическое исследование
- серологическое исследование

59. Бронхогенная диссеминация при туберкулезе лёгких это:

- рассеянное очаговое поражение лёгких вследствие распространения инфекции по бронхам из участков деструкции в лёгких или во внутригрудных лимфоузлах при формировании бронхо-лимфатического свища;
- рассеянные очаговые поражения лёгких вследствие распространения инфекции из туберкулезного очага в стенке бронха;
- распространённое поражение нижних отделов обоих лёгких при наличии выраженного склероза;
- односторонняя диссеминация в нижних отделах лёгкого;
- распространённая диссеминация дистальных отделов лёгких с обеих сторон.

60. Выберите правильное и наиболее полное определение инфильтративного туберкулеза лёгких:

- туберкулез лёгких, характеризующийся рентгенологически участком затемнения размером более 1 см;
- туберкулез лёгких с наличием клинических симптомов воспаления;
- туберкулезный процесс в лёгких, характеризующийся наличием затемнения, протяжённостью более 1 см, и клинических симптомов воспаления;
- туберкулезный процесс ограниченной протяжённости без выраженной клинической картины;
- двустороннее ограниченное или распространённое поражение лёгких с преобладанием очаговых и интерстициальных изменений.

61. Отечественная клиническая классификация туберкулеза создана на основе:

- патогенеза заболевания;
- морфологических проявлений заболевания;
- клинических проявлений заболевания;
- рентгенологической картины заболевания;
- всего вышеперечисленного.

62. Основной метод диагностики туберкулеза органов дыхания у детей:

- рентгено-томографический;
- бактериоскопический;
- бактериологический;
- туберкулинодиагностика;
- биологический.

63. Форма туберкулеза, для которой характерно развитие воспалительных изменений в легочной ткани и регионарных внутригрудных лимфатических узлах:

- очаговый туберкулез легких;
- **первичный туберкулезный комплекс;**
- инфильтративный туберкулез легких;
- фиброзно-кавернозный туберкулез легких;
- туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

64. Группа внутригрудных лимфатических узлов, расположенных в области корня легкого:

- паратрахеальные;
- трахеобронхиальные;
- бифуркационные;
- **бронхопульмональные.**

65. Мелкоочаговый диссеминированный генерализованный процесс называют:

- альвеолярным;
- бронхолобулярным;
- **милиарным;**
- ацинарным;
- казеозным.

66. Наиболее типичный генез развития милиарного туберкулеза легких:

- лимфогенный;
- **гематогенный;**
- бронхогенный;
- контактный;
- аэрогенный.

67. Развитие диссеминированного туберкулеза легких чаще всего сочетается с поражением:

- **гортани;**
- печени;
- сердечной мышцы;
- селезенки;
- кожи.

68. По клиническому течению милиарного туберкулеза выделяют следующие формы:

- подострую и хроническую;
- кавернозную, туморозную и цирротическую;
- диффузную и локальную;
- **легочную, тифоидную и менингеальную;**
- очаговую и инфильтративную.

69. Наибольшая летальность при диссеминированном туберкулезе легких наблюдается при:

- тифоидном варианте течения;
- **менингеальном варианте течения;**
- легочном варианте течения;
- подостром течении;

- хроническом течении.

70. Рентгенологическая картина мягкоочагового туберкулеза легких характеризуется:

- наличием очагов повышенной интенсивности с четкими контурами на фоне пневмосклеротических изменений в области верхушки легкого;
- **наличием очагов слабой интенсивности с нечеткими, расплывчатыми контурами и наклоном к слиянию в области верхушки легкого;**
- наличием фокусных теней неоднородной структуры протяженностью от верхушки до 3-го ребра;
- наличием очагов слабой и средней интенсивности по всем легочным полям;
- наличием фокусной тени средней интенсивности размером 2,5 см в диаметре на уровне 4-го ребра.

71. Рентгенологическая картина фиброзно-очагового туберкулеза легких характеризуется:

- **наличием очагов повышенной интенсивности с четкими контурами на фоне пневмосклеротических изменений в области верхушки легкого;**
- наличием очагов слабой интенсивности с нечеткими, расплывчатыми контурами и наклоном к слиянию в области верхушки легкого;
- наличием фокусных теней неоднородной структуры протяженностью от верхушки до 3-го ребра;
- наличием очагов слабой и средней интенсивности по всем легочным полям;
- наличием фокусной тени средней интенсивности размером 2,5 см в диаметре.

72. Наиболее частый исход мягкоочаговой формы туберкулеза легких при благоприятном обратном развитии:

- переход в кавернозную форму туберкулеза легких;
- переход в инфильтративный туберкулез легких;
- трансформация в цирротический туберкулез легких
- **трансформация в фиброзно-очаговый туберкулез легких;**
- переход в диссеминированный туберкулез легких.

73. Наиболее вероятный исход очагового туберкулеза легких при его прогрессирующем течении является переход в:

- фиброзно-кавернозный туберкулез легких;
- цирротический туберкулез легких;
- туберкулему;
- кавернозную форму туберкулеза легких;
- **инфильтративный туберкулез легких.**

74. Рентгенологическая картина облаковидного инфильтрата характеризуется наличием:

- тени округлой формы с ясными границами, слабой или средней интенсивности, достаточно однородной;
- неоднородного затемнения, средней или слабой интенсивности без четких границ, ограниченного или распространенного с наклоном к деструктивным изменениям;
- тени средней интенсивности, располагающейся основанием на подчеркнутой междолевой плевре и имеющей расплывчатый верхне-медиальный контур, в форме треугольника;
- затемнения средней или повышенной интенсивности, занимающего всю долю легкого, при этом нижний контур четкий, по ходу междолевой щели;
- большого количества казеозных фокусов сливного характера, на фоне которых определяются множественные полости, распада.

75. Рентгенологическая картина туберкулеза легких типа лобита характеризуется наличием:

- тени округлой формы с ясными границами, слабой или средней интенсивности, достаточно однородной;
- неоднородного затемнения, средней или слабой интенсивности без четких границ, ограниченного или распространенного с наклоном к деструктивным изменениям;
- тени средней интенсивности, располагающейся основанием, на подчеркнутой междолевой плевре и имеющей расплывчатый верхне-медиальный контур, в форме треугольника;
- затемнения средней или повышенной интенсивности, занимающего всю долю легкого, при этом нижний контур четкий, по ходу междолевой щели;
- большого количества высокоинтенсивных фокусов сливного характера, на фоне которых определяются множественные каверны.

76. Рентгенологическая картина круглого инфильтрата характеризуется наличием:

- тени округлой формы с ясными границами, слабой или средней интенсивности, достаточно однородной;
- неоднородного затемнения, средней или слабой интенсивности без четких границ, ограниченного или распространенного с наклоном к деструктивным изменениям;
- тени средней интенсивности, располагающейся основанием на подчеркнутой междолевой плевре и имеющей расплывчатый верхне-медиальный контур, в форме треугольника;
- затемнения средней или повышенной интенсивности, занимающего всю долю легкого, при этом нижний контур четкий по ходу междолевой щели;
- большого количества высокоинтенсивных фокусов сливного характера, на фоне которых определяются множественные полости распада.

77. Рентгенологическая картина инфильтративного туберкулеза типа перисцисурита характеризуется наличием:

- тени средней интенсивности, располагающейся основанием субплеврально и сходящейся на конус по направлению к корню легкого, занимающей один сегмент;
- тени округлой формы с ясными границами, слабой или средней интенсивности, достаточно однородной;
- тени средней интенсивности, располагающейся основанием на подчеркнутой междолевой плевре и имеющей расплывчатый верхне-медиальный контур, в форме треугольника;
- затемнения средней или повышенной интенсивности, занимающего всю долю легкого, при этом нижний контур четкий по ходу междолевой щели;
- большого количества высокоинтенсивных фокусов сливного характера, на фоне которых определяются множественные каверны.

78. Рентгенологическая картина бронхолобулярного инфильтративного туберкулеза характеризуется наличием:

- тени средней интенсивности, располагающейся основанием субплеврально и сходящейся на конус по направлению к корню легкого, занимающей один сегмент;
- тени округлой формы с ясными границами, слабой или средней интенсивности, достаточно однородной;
- тени средней интенсивности, располагающейся основанием на подчеркнутой междолевой плевре и имеющей расплывчатый верхне-медиальный контур;
- затемнения средней или повышенной интенсивности, занимающего всю долю легкого, при этом нижний контур четкий по ходу междолевой щели;
- большого количества высокоинтенсивных фокусов сливного характера, на фоне которых определяются множественные каверны.

79. С патоморфологической точки зрения, инфильтрат представляет собой:

- участок деструкции легкого;
- участок казеоза с зоной эпителиоидных клеток Пирогова-Лангханса и перифокальным воспалением вокруг;
- необратимую фибротизацию легочной паренхимы;
- скопление жидкости в междолевой плевральной полости;
- множественный очаговый казеозный некроз легкого.

80. Рентгенологическая картина казеозной пневмонии характеризуется наличием:

- тени округлой формы с ясными границами, слабой или средней интенсивности, достаточно однородной;
- неоднородного затемнения, средней или слабой интенсивности без четких границ, ограниченного или распространенного с наклоном к деструктивным изменениям;
- тени средней интенсивности, располагающейся основанием на подчеркнутой междолевой плевре и имеющей расплывчатый верхне-медиальный контур, в форме треугольника;
- затемнения, занимающего всю долю легкого;
- большого количества высокоинтенсивных фокусов сливного характера, на фоне которых определяются множественные полости распада.

81. Заболевание с выраженной интоксикацией и высокой температурой при отрицательной реакции Манту с 2 ТЕ ППД-Л характерно для:

- первичного туберкулезного комплекса;
- казеозной пневмонии;
- диссеминированного туберкулеза;
- фибринозного плеврита;
- фиброзно-кавернозного туберкулеза.

82. Казеозную пневмонию необходимо дифференцировать с:

- крупозной пневмонией;
- инфильтративным туберкулезом легких;
- экссудативным плевритом;
- первичным туберкулезным комплексом;
- туберкулезным бронхоаденитом.

83. Формирование туберкулем чаще всего наблюдается у лиц с:

- высокой вероятностью ВИЧ-инфицирования;
- высокой естественной сопротивляемостью организма;
- невысокой сопротивляемостью и отсутствием иммунитета;
- неадекватным назначением глюкокортикоидов;
- длительным приемом цитостатиков.

84. К основным методам выявления туберкулем относятся:

- сбор данных анамнеза;
- данные клинического объективного обследования больного;
- данные лабораторных методов исследования;
- результаты флюорографического обследования;
- результаты трахеобронхоскопического исследования.

85. Наибольшей стабильностью и бессимптомностью течения отличается:

- инфильтративный туберкулез легких;

- фиброзно-кавернозный туберкулез легких;
- диссеминированный туберкулез легких;
- туберкулема;
- экссудативный плеврит.

86. Одним из методов лечения туберкулем является:

- наложение искусственного пневмоторакса;
- дренирование плевральной полости;
- метод предельных концентраций препаратов;
- наложение искусственного пневмоперитонеума;
- резекция легкого.

87. Форма туберкулеза легких, для которой характерно наличие изолированного полостного образования:

- диссеминированный туберкулез легких в фазе распада;
- инфильтративный туберкулез легких в фазе распада;
- кавернозный туберкулез легких;
- очаговый туберкулез легких в фазе распада;
- фиброзно-кавернозный туберкулез легких.

88. На рентгенограмме кавернозный туберкулез выглядит в виде:

- фокусной тени;
- группы очагов;
- тотального затемнения;
- линейной тени;
- кольцевидной тени.

89. Для кавернозного туберкулеза легких характерны рентгенологические признаки в виде замкнутой кольцевидной тени на фоне:

- малоизмененной легочной ткани с отводящей дорожкой лимфангоита по направлению к корню легкого;
- выраженных воспалительных изменений легочной ткани;
- большого количества очагов сливного характера;
- выраженных фиброзных изменений ткани легкого;
- массивных плевральных сращений.

90. К быстрому увеличению каверны в объеме приводит:

- прогрессирование туберкулеза;
- нарушение дренажной функции бронха;
- нарушение кровообращения в окружающей ткани легкого;
- образование бронхоплеврального свища;
- истончение стенки полости.

91. Кавернозный туберкулез может сформироваться из:

- первичного туберкулезного комплекса с распадом;
- прогрессирующей туберкулемы;
- инфильтративного туберкулеза легких с распадом;
- диссеминированного туберкулеза легких с распадом;
- **всех перечисленных форм.**

92. Повысить эффективность лечения больных с кавернозным туберкулезом легких можно:

- назначением курса гормональной терапии;
- применением ультразвуковой терапии;
- назначением лидазы или пирогенала;
- **наложением плевротомии или плевротомии;**
- назначением антибиотиков широкого спектра действия.

93. Для фиброзно-кавернозного туберкулеза легких характерны рентгенологические признаки в виде:

- наличия каверны со стенками повышенной интенсивности;
- очагов бронхогенной диссеминации;
- уменьшения объема легкого на стороне патологического процесса со смещением органов средостения в сторону поражения;
- деформации костного скелета в виде скошенности ребер и уменьшения межреберных промежутков на стороне поражения, расширение межреберий в нижележащих отделах;
- **все перечисленные.**

94. Клиническое течение фиброзно-кавернозного туберкулеза легких чаще всего характеризуется:

- **волнообразным прогрессирующим течением;**
- частыми спонтанными ремиссиями;
- длительным стабильным состоянием больного;
- неуклонным улучшением состоянием больного;
- длительным бессимптомным течением.

95. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких чаще всего приходится дифференцировать с:

- **карциноматозом;**
- **распадающимся раком легкого;**
- туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов;
- саркоидозом;
- хроническим бронхитом.

96. Среди умерших от туберкулеза легких чаще всего встречаются формы:

- очаговые;
- диссеминированные;
- **фиброзно-кавернозные;**
- кавернозные;
- инфильтративные.

97. Над крупными гладкостенными полостями у больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких выслушивается дыхание:

- везикулярное;
- **амфорическое;**
- везикобронхиальное;
- бронхиальное;
- жесткое.

98. Диффузное разрастание соединительной ткани при формировании цирротического туберкулеза легких происходит:

- вокруг лимфатических сосудов;
- по ходу междолевой плевры;
- в паренхиматозных органах;
- **в интерстициальной межальвеолярной ткани;**
- в прикорневой зоне.

99. Какую из форм туберкулеза органов дыхания можно заподозрить уже при внешнем осмотре больного?

- подострый диссеминированный туберкулез легких;
- очаговый туберкулез легких;
- **цирротический туберкулез легких;**
- туберкулезный бронхоаденит;
- инфильтративный туберкулез легких.

100. Для цирротического туберкулеза легких характерны рентгенологические признаки в виде:

- наличия неоднородного затемнения средней или повышенной интенсивности с наличием множественных участков просветления и размытыми контурами;
- уменьшения объема легкого на стороне поражения и смещение органов средостения в сторону патологического процесса;
- деформации костного скелета в виде скошенности ребер и сужения межреберных промежутков на стороне поражения;
- эмфизематозного изменения легочной ткани в нижних отделах и в противоположном легком;
- **всего перечисленного.**

101. Над местом локализации цирротического процесса перкуторный звук:

- **тупой;**
- тимпанический;
- нормальный легочный;
- коробочный;
- укороченный легочный.

102. Над цирротически измененной легочной тканью выслушивается дыхание:

- везикулярное;
- **бронхиальное;**

- амфорическое;
- жесткое;
- везикобронхиальное.

103. О наличии у больного фибринозного плеврита свидетельствует аускультативный признак

- мелкопузырчатые влажные хрипы;
- рассеянные сухие хрипы;
- крупнопузырчатые влажные хрипы;
- шум трения плевры;
- отсутствие дыхания.

104. При экссудативном плеврите у больных с опухолевыми процессами в легких характер выпота:

- гнойный;
- серозный;
- фибринозный;
- геморрагический;
- серозно-фибринозный.

105. У детей и подростков при первичных формах туберкулеза легких развитию реактивного экссудативного плеврита способствуют:

- микобактерии туберкулеза;
- гиперсенсibilизация листков плевры;
- токсины микобактерии туберкулеза;
- продукты тканевого распада;
- вторичная флора.

106. Неблагоприятным исходом инфильтративного туберкулеза легких является:

- милиарный туберкулез;
- подострый диссеминированный туберкулез;
- хронический диссеминированный туберкулез;
- фиброзно-кавернозный туберкулез;
- хронически текущий первичный туберкулез.

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

- поражения плевры над инфильтратом;
- распада легочной ткани в зоне поражения;
- формирования бронходулярного свища;
- развития лимфогематогенной диссеминации;
- поражения регионального внутригрудного лимфатического узла.

108. Туберкулезное поражение бронхов и трахеи может быть:

- продуктивным;
- инфильтративным;
- язвенным;
- рубцовым;
- всем перечисленным.

109. Основным методом диагностики туберкулеза бронхов и трахеи является:

- рентгенологический;
- бронхоскопический;
- аускультативный;
- ультразвуковой;
- пальпаторный.

110. Под очаговой тенью понимают затемнение размером:

- 2-10 мм;
- 12-20 мм;
- 20-25 мм;
- 25-30 мм;
- 30-35 мм.

111. Форма туберкулеза, при которой возможно развитие инфекционно-токсического шока:

- кавернозный туберкулез;
- инфильтративный;
- казеозная пневмония;
- туберкулема;
- туберкулез почек.

112. Наиболее частым осложнением туберкулезного процесса в легких является:

- инфекционно-токсический шок;
- амилоидоз внутренних органов;
- кровохарканье или легочное кровотечение;
- хроническое легочное сердце;
- спонтанный пневмоторакс

113. Симптомами спонтанного пневмоторакса являются все, кроме:

- резкой боли в грудной клетке;
- снижения АД;
- тахикардии;
- одышки;
- повышения температуры тела.

114. Причинами возникновения спонтанного пневмоторакса являются все, кроме:

- разрыва буллы;
- разрыва каверны при ФКТ и кавернозном туберкулезе;
- разрыва пристеночного очага;
- ранения висцеральной плевры при наложении искусственного пневмоторакса;
- туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

115. Для лечения спонтанного пневмоторакса применяют:

- наложение давящей повязки;
- наложение искусственного пневмоторакса;

- медикаментозное лечение;
- дренирование плевральной полости по Бюлау в четвертом-пятом межреберье;
- дренирование плевральной полости по Бюлау во втором-третьем межреберье.

116. При туберкулезе слизистой оболочки полости рта наблюдается:

- язва;
- очаги;
- туберкулема;
- каверна;
- эрозии.

117. Общепринятым методом диагностики туберкулеза слизистой оболочки полости рта является:

- взятие мазков на МБТ;
- флюорография легких;
- консультация фтизиатра;
- бронхоскопия;
- компьютерная томография.

118. Быстро диагностировать туберкулез костей черепа позволяет:

- бактериоскопия;
- рентгенография;
- биопсия;
- радиоизотопные методы;
- эхо-томография.

119. Осложнение туберкулеза периферических лимфатических узлов:

- формирование свищей;
- хронизация;
- кровотечение;
- «слоновость»;
- индурация.

120. Комплекс симптомов, достаточный для установления диагноза туберкулеза подчелюстных и/или шейных лимфатических узлов:

- положительная проба Манту с 2 ТЕ;
- положительная проба Манту с 2 ТЕ и наличие туберкулеза легких;
- положительная проба Манту с 2 ТЕ и обнаружение в мокроте бактериовыделения;
- обнаружение в пунктате лимфоузла клеточных элементов воспалительной гранулемы;
- обнаружение в пунктате или свищевом отделяемом МБТ.

121. Первичным элементом туберкулезной волчанки является:

- каверна до 1 см;
- туберкулема до 2 см;

- язва от 0,5 до 1 см;
- люпома 1—3 мм;
- келлоидный рубец.

122. Не характерным для туберкулезного менингита изменением при исследовании спинномозговой жидкости является:

- повышение содержания белка;
- снижение содержания глюкозы;
- выпадение пленки;
- наличие скоплений эритроцитов;
- снижение содержания хлоридов.

123. Симптом при лучевом исследовании органов брюшной полости, свидетельствующий о туберкулезном мезадените:

- чаши Клойберга;
- симптом «ниши»;
- кальцинаты в области мезентериальных лимфоузлов;
- нарушение моторики желудка;
- метеоризм.

124. Особенностью туберкулеза у больных сахарным диабетом являются:

- зависимость от степени компенсации эндокринной патологии;
- склонность к обострениям и рецидивам;
- склонность к экссудативно-некротическим реакциям;
- снижение чувствительности к туберкулину;
- все перечисленное.

125. Туберкулез в сочетании с язвенной болезнью желудка:

- требует преимущественно парентерального введения противотуберкулезных препаратов;
- чаще встречается у лиц молодого возраста;
- склонен к прогрессированию и развитию деструктивных форм;
- не является противопоказанием к назначению антисекреторных препаратов;
- верно все перечисленное.

126. Длительная экзогенная интоксикация при алкоголизме и наркомании:

- приводит к возникновению преимущественно внелегочного туберкулеза;
- снижает общую и специфическую реактивность организма;
- способствует раннему выявлению туберкулеза;
- приводит к малосимптомному течению туберкулеза;
- существенно влияет только на переносимость химиотерапии.

127. У ВИЧ-инфицированных больных особенностями туберкулеза являются:

- редкость образования каверн;
- частота распространенных специфических поражений в легких;
- снижение кожной чувствительности к туберкулину;
- частота внелегочных локализаций туберкулеза;
- **все перечисленное.**

128. Мужчина 40 лет, в течение последних 4 лет наблюдается по поводу хронического пиелонефрита. В связи с частыми обострениями и неэффективностью лечения заподозрен туберкулез. Из перечисленных исследований наиболее важным является:

- исследование функции почек;
- **посев мочи на МБТ;**
- флюорография органов грудной клетки;
- УЗИ почек;
- общий анализ крови.

129. Женщина 30 лет, страдает первичным бесплодием, в детстве наблюдалась в противотуберкулезном диспансере по поводу выража туберкулиновой реакции. Флюорографически в верхушках легких обнаружены очаговые тени. При УЗИ выявлена патология в придатках. Из исследований является приоритетным:

- бронхоскопия;
- бронхография;
- **посев менструальных выделений на МБТ;**
- ЭКГ;
- рентгенография органов брюшной полости.

130. Ребенку в возрасте 7 лет перед проведением первой ревакцинации в школе поставлена проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Результат — папула 10 мм. Рубчик на левом плече — 3 мм. Какое заключение можно дать на основании этих данных:

- **инфицирование микобактериями туберкулеза;**
- у ребенка сохраняется поствакцинальный иммунитет;
- первичное инфицирование микобактериями туберкулеза;
- гиперергическая чувствительность к туберкулину.

131. Наиболее важным признаком первичного туберкулеза является:

- положительная проба Манту;
- поражение туберкулёзом лимфатических узлов;
- гиперергическая реакция на туберкулин;
- **"выраж" туберкулиновой пробы;**
- туберкулёзное поражение бронха.

132. Необходимость хирургического вмешательства при туберкулезе легкого объясняется:

- высокой эпидемиологической опасностью больных;
- **недостаточной эффективностью консервативного лечения;**
- частым развитием легочного кровотечения;
- высокой угрозой генерализации процесса;
- возможностью развития дыхательной недостаточности.

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

- **заболеваемости;**
- распространенности;
- смертности;
- летальности;
- инфицированности.

134. Выберите правильное определение очагового туберкулёза лёгких:

- туберкулёзный процесс ограниченной протяжённости со стёртой клинической картиной;
- туберкулёзный процесс, характеризующийся наличием очаговых изменений в лёгких в 2-х и более сегментах;
- **туберкулёзный процесс, характеризующийся малосимптомным или бессимптомным течением, скудным бацилловыделением, наличием одиночных или множественных очаговых изменений в одном или двух сегментах одного лёгкого или по одному сегменту в обоих лёгких;**
- распространённый туберкулёзный процесс с выраженной клинической картиной;
- туберкулёзный процесс ограниченной протяжённости с выраженной клинической картиной.

135. Истинная туберкулема - это:

- казеозный фокус с обширной зоной перифокальной инфильтрации;
- казеозная пневмония с поражением 2-3 долек легкого;
- **инкапсулированный казеозный фокус;**
- фиброз легочного сегмента с включением инкапсулированных казеозных очагов;
- каверна, заполненная казеозными массами

136. Туберкулома - это клиническая форма туберкулёза, проявляющаяся:

- наличием в лёгком очагового затемнения с перифокальным воспалением и выраженных симптомов интоксикации;
- наличием в лёгком очагового затемнения округлой формы с чётким контуром и отсутствием клинических проявлений;

- наличием в лёгких затемнения долевой протяжённости и выраженных симптомов интоксикации;
- наличием в лёгких округлого фокуса затемнения, более 1 см с чётким контуром и слабо выраженными симптомами интоксикации;
- наличием в лёгких тонкостенной полости округлой формы.

137. В клинической картине кавернозного туберкулёза преобладает:

- наличие выраженных симптомов интоксикации;
- волнообразное течение заболевания;
- симптомы лёгочно-сердечной недостаточности;
- наличие слабо выраженных симптомов интоксикации;
- наличие выраженного бронхоспастического синдрома.

138. Выберите правильную формулировку диссеминированного туберкулёза органов дыхания:

- двустороннее обширное затемнение лёгких;
- тотальное одностороннее очаговое поражение лёгких;
- двустороннее ограниченное или распространённое поражение лёгких с преобладанием очаговых и интерстициальных изменений;
- одностороннее затемнение доли лёгкого;
- полость распада в верхнем отделе одного лёгкого с очаговым обсеменением нижних отделов обоих лёгких.

139. Для кавернозного туберкулёза в лёгких характерно наличие:

- округлого фокуса затемнения с чётким контуром;
- полости с нечётким внутренним и наружным контуром;
- затемнения неомогенной структуры;
- округлой полости с равномерной тонкой стенкой с чётким внутренним и наружным контуром;
- полости неправильной формы, с неравномерной толщины стенкой.

140. Синдром диссеминации в лёгких требует проведения дифференциальной диагностики со следующими заболеваниями, кроме:

- идиопатический фиброзирующий альвеолит (интерстициальная пневмония);
- карциноматоз;
- саркоидоз;
- пневмокониоз;
- эхинококкоз.

141. Инфильтративный туберкулёз лёгких необходимо дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:

- пневмонии;
- рака лёгкого;

- саркоидоза;
- эозинофильной пневмонии;
- доброкачественной опухоли.

142. Казеозная пневмония характеризуется следующими рентгенологическими симптомами:

- неоднородным участком затемнения;
- высокой интенсивностью тени;
- наличием распада легочной ткани;
- обширной бронхогенной диссеминацией;
- всем перечисленным.

143. Туберкулома требует проведения дифференциальной диагностики с:

- раком лёгкого;
- саркоидозом;
- карциноматозом;
- экзогенным аллергическим альвеолитом;
- лимфогранулематозом.

144. При дифференциальной диагностике деструктивного туберкулёза с абсцессом целесообразно провести лечение:

- противогрибковыми препаратами;
- антибиотиками широкого спектра действия;
- противотуберкулёзными препаратами;
- сердечными гликозидами;
- дезинтоксикационными средствами.

145. При какой формулировке диагноза туберкулёза Вы не можете отнести его к деструктивному процессу:

- очаговый туберкулёз в фазе инфильтрации;
- фиброзно-кавернозный туберкулёз в фазе инфильтрации;
- инфильтративный туберкулёз в фазе распада;
- туберкулома в фазе распада;
- кавернозный туберкулёз лёгких.

146. Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов требует проведения дифференциальной диагностики со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:

- лимфогранулематоз;
- метастазы злокачественных опухолей;
- саркоидоз;
- неспецифический бронхоаденит;
- трахеобронхит.

147. Не характерные рентгенологические признаки для не осложнённого течения инфильтративной формы туберкулёза внутригрудных лимфатических узлов:

- тень корня лёгких расширена;
- структура тени корня нарушена;
- тень корня лёгких смещена, наружный контур его чёткий, бугристый;

- тень корня деформирована;
- наружный контур корня лёгкого нечёткий

148. О развитии фиброза в легочной ткани свидетельствует:

- отсутствие инфильтрации в зоне поражения;
- полиморфизм очагов;
- уплощение купола диафрагмы;
- «дорожка» от кольцевидной тени к корню легкого;
- **смещение органов средостения в сторону поражения.**

149. Целью проведения превентивного лечения в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции является воздействие на:

- параспецифические реакции;
- чувствительность к туберкулину;
- синдром интоксикации;
- казеозный некроз;
- **микобактерии туберкулеза.**

150. Основной причиной перехода первичного инфицирования в заболевание туберкулезом является:

- массивная суперинфекция;
- неблагоприятный преморбидный фон и частые интеркуррентные заболевания;
- угасание поствакцинного иммунитета;
- отсутствие дифференцированного профилактического лечения в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции;
- **все перечисленное.**

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

- боль в грудной клетке;
- приступообразный кашель;
- **одышка;**
- повышение температуры тела;
- повышенная ночная потливость.

152. При первичном инфицировании следующий путь распространения инфекции в организме является ведущим:

- бронхогенный;
- **лимфогематогенный;**
- контактный;
- **все перечисленное.**

153. Начальные туберкулезные изменения в почке локализуются преимущественно:

- в мозговом слое;
- **в корковом слое;**
- в чашечках почки;
- в лоханках почки;
- в мышечном слое.

154. Первый клинический признак туберкулезного спондилита:

- боль в области позвоночника при ходьбе;
- ограничение подвижности в области позвоночника;
- **боль в области позвоночника в покое;**
- нарушение функции тазовых органов;
- повышение температуры тела.

155. Начальная форма туберкулеза почки – это:

- туберкулезный папиллит (ограниченно-деструктивная);
- фиброзно-кавернозная;
- кавернозная;
- **паренхиматозная;**
- очаговая.

156. У больных туберкулезом органов дыхания, а также детей, инфицированных микобактериями туберкулеза, при проявлении первых признаков заболевания мочевой системы необходимо:

- систематически проводить исследование мочи;
- провести консультацию нефролога;
- **сделать посев мочи на микобактерии туберкулеза;**
- провести консультацию уролога;
- сделать посев мочи на неспецифическую флору.

157. Основной путь проникновения микобактерий туберкулеза в кости и суставы:

- лимфогенный из внутригрудных лимфоузлов;
- лимфогенный из очага в легочной ткани;
- **гематогенный;**
- контактный.

158. Ранним клиническим признаком туберкулеза периферических лимфатических узлов является:

- **увеличение лимфоузлов без признаков периаденита;**
- образование свища;
- отечность в области лимфатических узлов;
- болезненность кожи при пальпации;
- покраснение кожи.

159. При туберкулезе периферических лимфатических узлов чаще поражаются:

- подмышечные лимфатические узлы;
- **шейные лимфатические узлы;**
- паховые лимфатические узлы;
- подключичные лимфатические узлы;
- все перечисленные.

160. Показаниями к хирургической биопсии лимфатического узла с диагностической целью являются все, кроме:



• выявление острых и хронических очагов инфекции, вызвавших регионарный лимфаденит;

• отсутствие косвенных клиничко-анамнестических данных за туберкулез или какое-либо другое заболевание;

• подозрение на опухолевую этиологию лимфаденита;

• наличие косвенных клиничко-анамнестических данных за туберкулезную этиологию лимфаденита при отсутствии локальных признаков воспаления в области увеличенных лимфоузлов.

161. К противотуберкулезным препаратам первой группы (наиболее эффективным) относятся:

- стрептомицин + канамицин;
- протионамид + ПАСК;
- этамбутол + тизамид;
- **изониазид + рифампицин;**
- циклосерин + тибон.

162. Основными противопоказаниями к назначению изониазида являются:

• **заболевания центральной и периферической нервной системы;**

- язвенная болезнь желудка;
- сахарный диабет;
- кохлеарный неврит;
- холецистит.

163. Составными компонентами комплексного лечения туберкулеза являются:

- химиотерапия;
- патогенетическая терапия;
- коллапсотерапия;
- хирургическое лечение;
- **все перечисленное.**

164. Риск заболеть туберкулезом повышается при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

- диабета, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки;
- пороков развития легких;
- злокачественных новообразований легких и других органов;
- первичных и вторичных иммунодефицитах, вызванных различными причинами;
- **гипертонической болезни**

165. Вакцина БЦЖ представляет собой:

- токсины микобактерий туберкулеза;
- убитые микобактерии человеческого и бычьего типа;
- **живые ослабленные микобактерии бычьего типа;**
- взвесь, состоящую из "обломков" МБТ, продуктов их жизнедеятельности;
- живые микобактерии птичьего и мышиноного типа

166. Основные формы работы противотуберкулезного диспансера – это:

- наблюдение за контингентом по группам учета;
- амбулаторное лечение больных туберкулезом и проведение химиопрофилактики;
- диагностика туберкулеза;
- работа в туберкулезном очаге;
- **все перечисленное.**

167. Туберкулин представляет собой:

- токсины микобактерий туберкулеза;
- **фильтрат убитой нагреванием культуры микобактерий человеческого и бычьего типа;**
- живые ослабленные микобактерии бычьего типа;
- взвесь, состоящую из "обломков" МБТ, продуктов их жизнедеятельности;
- живые микобактерии птичьего и мышиноного типа.

168. Основное показание к проведению ревакцинации БЦЖ – это:

- положительная реакция Манту с 2 ТЕ;
- **отрицательная реакция Манту с 2 ТЕ;**
- сомнительная реакция Манту с 2 ТЕ;
- контакт с больным туберкулезом;
- наличие кальцинатов в лимфатических узлах.

169. Послевакцинальный знак формируется:

- на 3-м месяце;
- на 6-м месяце;
- **к 1-му году;**
- ко 2-му году;
- к 3-му году.

170. Положительными сдвигами в структуре заболеваемости туберкулезом следует считать все перечисленные, кроме:

- уменьшения удельного веса больных с бактериовыделением и деструкцией;
- отсутствия запущенных форм туберкулеза;
- снижения показателя инфицированности;
- **повышения удельного веса больных с очаговым туберкулезом;**
- уменьшения летальности от туберкулеза лиц, состоявших на учете менее 1 года.

171. Вакцина БЦЖ:

- должна обладать иммуногенностью;
- должна быть стабильна при хранении;
- должна быть авирулентной;
- должна быть стерильной;
- **соответствовать всем перечисленным требованиям.**

172. Проведение массовой туберкулинодиагностики осуществляется:

- **общей педиатрической сетью;**

- противотуберкулезным диспансером;
- противотуберкулезным стационаром;
- санэпидемиологической службой;
- все ответы верны

173. Причинами несвоевременного выявления туберкулеза являются:

- дефекты в профилактической работе;
- неполноценное обследование в поликлинике и стационаре общего профиля;
- небрежное отношение больного к своему здоровью;
- незнание врачами общей сети «масок» туберкулеза (врачебные ошибки);
- **все перечисленное.**

174. После правильно проведенной вакцинации и ревакцинации БЦЖ на коже остается:

- пятно;
- **рубец;**
- звездчатый рубец;
- келлоидный рубец;
- все перечисленное.

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

- заболеваемости;
- распространенности;
- смертности;
- летальности;
- **инфицированности.**

176. Какое из перечисленных осложнений не характерно для туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов:

- лимфогематогенная диссеминация;
- ателектаз;
- бронходулярный свищ;
- **амилоидоз;**
- плеврит.

177. На рентгенограмме при милиарном туберкулезе очаги:

- **мономорфные;**
- высокоинтенсивные крупные;
- средней и высокой интенсивности;
- полиморфные.

178. Какой метод окраски мазков используется для обнаружения микобактерий туберкулеза:

- по Грамму;
- по Гимза-Романовскому;
- по Пфейфферу;
- **по Цилю-Нильсену;**
- по Ван-Гизону.

179. Осложнения первичного туберкулезного комплекса, которые могут привести к летальному исходу:

- лёгочно-сердечная недостаточность;
- лёгочное кровотечение;
- спонтанный пневмоторакс;
- амилоидоз;
- **менингит, туберкулёзный сепсис.**

180. Какой характер мокроты чаще всего бывает у больного туберкулезом легких:

- обильная, «полным ртом»;
- обильная, слизисто-гнойная, трехслойная;
- скудная, клейкая, ржавая;
- обильная, гнойная, зловонная;
- **умеренное количество, слизисто-гнойная, иногда с прожилками крови.**

181. Не является причиной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза:

- короткие курсы лечения;
- монотерапия;
- низкие дозы химиопрепаратов;
- **несвоевременное лечение;**
- неправильная комбинация препаратов.

182. Какова туберкулиновая чувствительность чаще при туберкулезе легких:

- нормергическая;
- отрицательная;
- **гиперергическая;**
- гипоергическая;
- отрицательная анергия.

183. К специфической профилактике туберкулеза относится:

- **вакцинация БЦЖ;**
- туберкулиновая проба;
- проба Коха;
- социальная профилактика;
- санитарная профилактика.

184. Наиболее часто предшествует развитию туберкулемы легких:

- туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;
- фиброзно-кавернозный туберкулез легких;
- диссеминированный туберкулез легких;
- **инфильтративный туберкулез легких;**
- очаговый туберкулез легких.

185. Не относится к синдрому распада легочной ткани при туберкулезе легких:

- кашель с мокротой;
- кровохарканье;
- влажные хрипы;

- **уменьшение ЖЕЛ;**
- бактериовыделение.

186. Основное морфологическое отличие казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза легких?

- склонность к бронхогенной диссеминации;
- поражение крупных бронхов
- **значительное преобладание казеозного некроза;**
- большой объем поражения;
- продуктивный тип воспаления.

187. Каковы деструктивные изменения в легких при милиарном туберкулезе:

- встречаются редко;
- **не встречаются;**
- встречаются часто;
- «штампованные» каверны;
- ригидные каверны.

188. Туберкулема с волнообразным течением:

- регрессирующая;
- конгломератная;
- ложная;
- **слоистая;**
- стационарная.

189. Благоприятным исходом казеозной пневмонии считают формирование:

- очагового туберкулеза;
- инфильтративного туберкулеза;
- **цирротического туберкулеза;**
- диссеминированного туберкулеза;
- множественных туберкулем.

190. Прямым рентгенологическим признаком каверны при туберкулезе легких является:

- дренирующий бронх;
- очаги бронхогенного отсева;
- смещение средостения;
- **кольцевидная тень;**
- горизонтальный уровень жидкости.

191. Развитию фиброзно-кавернозного туберкулеза легких наиболее часто предшествует:

- очаговый туберкулез;
- диссеминированный туберкулез;
- **казеозная пневмония;**
- цирротический туберкулез;
- туберкулезный бронхоаденит.

192. У больного на флюорографии органов грудной клетки обнаружено полостное образование в верхней доле S2 правого легкого. Больному назначено

обследование. При этом наименьшую информативность имеет:

- анализ мокроты на МБТ;
- бронхоскопия;
- **лейкограмма;**
- компьютерная томография;
- определение функции внешнего дыхания.

193. Среди впервые выявленных больных туберкулезом запущенной формой является:

- туберкулез глаз;
- инфильтративный;
- туберкулема;
- **фиброзно-кавернозный;**
- туберкулезный плеврит.

194. Поствакцинальный рубчик свидетельствует о:

- эффективности лечения;
- **сформировавшемся иммунитете;**
- выздоровлении ребенка;
- инфицировании туберкулезом;
- осложнении вакцинации БЦЖ.

195. Первичная лекарственная устойчивость выявляется у:

- **ранее не леченных больных;**
- хронических больных туберкулезом;
- нарушителя режима лечения;
- многократно леченных больных;
- повторно леченных.

196. Боль в грудной клетке при туберкулезе легких обусловлена:

- поражением мелких бронхов;
- образованием каверн;
- **раздражением плевры;**
- бактериовыделением;
- диссеминацией.

197. К какому грозному последствию может привести длительное кровохарканье у больного туберкулезом легких:

- туберкулезу бронхов;
- эмпиеме плевры;
- гематогенной диссеминации;
- **аспирационной пневмонии;**
- амилоидозу.

198. Введение вакцины БЦЖ проводится в:

- **верхнюю треть плеча;**
- подлопаточную область;
- область живота;
- предплечье;
- нижнюю треть плеча.

199. Назначение каких лекарственных веществ увеличивает риск заболевания туберкулезом чаще:

- гипотензивных средств;
- бронхолитиков;
- глюкокортикоидов;
- антидепрессантов;
- сахароснижающих препаратов.

200. Токсическим действием на зрительный нерв обладает:

- тубазид;
- рифампицин;
- стрептомицин;
- этамбутол;
- пиразинамид.

201. Какой характер кашля в начале заболевания легочным туберкулезом:

- покашливание, возможно с единичными плевками, слизистой мокроты;
- сильный мучительный кашель;
- приступообразный, лающий кашель;
- кашель с выделением мокроты полным ртом;
- все правильно.

202. О чем свидетельствует кровохарканье у больного туберкулезом:

- о распаде легочной ткани;
- об обсеменении процесса;
- о затихании процесса;
- о регрессии процесса;
- о нарушении целостности плевры.

203. Естественный противотуберкулезный иммунитет вырабатывается в результате:

- вакцинации БЦЖ;
- инфицирования организма МБТ ;
- введения туберкулина;
- химиофилактики;
- ревакцинации БЦЖ

204. Чаще источником заражения туберкулезом могут быть:

- крупный рогатый скот;
- грызуны;
- свиньи;
- собаки;
- лошади.

205. Вираз туберкулиновой пробы Манту свидетельствует о:

- необходимости ревакцинации;
- наличии туберкулеза;
- поствакцинальной аллергии;
- первичном инфицировании;

- повторном инфицировании.

206. Показаниями для направления к фтизиатру после проведения пробы Манту не является:

- вираз;
- отрицательная проба;
- гиперергическая проба;
- нарастающая проба;
- везикуло-некротические изменения.

207. Первичный туберкулез – это:

- заболевание, возникающее вскоре после инфицирования;
- туберкулезный процесс, возникающий за вторичным инфицированием;
- туберкулезный процесс, возникающий после туберкулезного бронхоаденита;
- туберкулезный процесс, возникающий после очагового туберкулеза;
- заболевание после клинического излечения.

208. Какая реакция воспаления преобладает при милиарном туберкулезе легких?

- экссудативная;
- продуктивная;
- альтеративная;
- уплотнения;
- кальцинации.

209. Для легочной формы милиарного туберкулеза легких не характерно: высокая температура тела;

- одышка;
- жесткое дыхание;
- обеднение легочного рисунка;
- «ржавая» мокрота.

210. Рентгенологические признаки милиарного туберкулеза:

- мелкие однотипные не сливающиеся очаги, обеднение легочного рисунка;
- множественные очаговые тени, сливающиеся, усиление легочного рисунка;
- мелкие очаги и фокусы затемнения;
- мелкие очаги и полости распада;
- полиморфные очаги, фиброзные изменения.

211. Какова туберкулиновая чувствительность у больных с острым диссеминированным (милиарным) туберкулезом?

- отрицательная анергия;
- положительная анергия;
- гипоергия
- нормергия;
- гиперергия.

212. Больного беспокоит боль в горле, осиплость голоса. В легких рентгенологически обнаружена 2-сторонняя диссеминация полиморфными очагами. В верхних отделах обоих легких видны тонкостенные правильной формы полости без перифокального воспаления (2,0 x 2,0 см). Выберите правильный диагноз:

- фиброзно-кавернозный туберкулез в фазе обсеменения;
- кавернозный туберкулез в фазе обсеменения;
- острый диссеминированный туберкулез;
- подострый диссеминированный туберкулез;
- туберкулема легких.

213. Укажите признак, характерный для базиллярной формы туберкулезного менингита:

- кахексия;
- периферические гемипарезы;
- поражение черепно-мозговых нервов;
- нарушение интеллекта;
- гидроцефалия.

214. Какоцитоз характерен для туберкулезного менингита:

- 100-200 клеток в 1 мм, лимфоцитарный;
- 400-600 клеток в 1 мм, нейтрофильный;
- 1-10 клеток в 1 мм, лимфоцитарный;
- 700-800 клеток в 1 мм, нейтрофильно-лимфоцитарный;
- не поддается исчислению.

215. Для диагностики туберкулезного менингита не имеет значения:

- рентгенография органов грудной клетки;
- исследование ликвора;
- осмотр глазного дна;
- туберкулиновая проба Манту;
- неврологический статус

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

- дистрофические изменения кожи;
- расширенные межреберные промежутки;
- крыловидные лопатки;
- отсутствие каких-либо видимых патологических изменений;
- дефицит массы тела.

217. Эпидемиологическая опасность очагов туберкулеза не зависит от:

- массивности бактериовыделения;
- наличия отягощающих факторов;
- благосостояния жилищных условий;
- наличия детей и подростков;
- наличия транспорта.

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

- случайный;
- эпизодический;
- семейный;
- производственный;
- повторный.

219. У больного О., 55 лет, надсадный кашель, кровохарканье, нарастающая слабость. За последний месяц похудел на 6-7 кг. Для постановки диагноза необходимо выбрать метод обследования:

- спирографию;
- бронхографию;
- рентгенографию;
- электрокардиографию;
- УЗИ

220. Укажите основной путь распространения инфекции из каверны, приводящий к прогрессированию туберкулеза легких:

- лимфогенный;
- гематогенный;
- контактный;
- бронхогенный;
- смешанный.

221. Люди с латентной туберкулезной инфекцией:

- представляют большую эпидемическую опасность для окружающих;
- обычно предъявляют жалобы в связи с наличием туберкулезной интоксикации;
- нуждаются в лечении в условиях стационара;
- не имеют клинических признаков туберкулеза и не выделяют МБТ в окружающую среду;
- не имеют клинических признаков туберкулеза, однако эпизодически выделяют МБТ.

222. Вторичный период туберкулезной инфекции:

- возникает в условиях гиперсенсibilизации сосудистой и нервной системы;
- развивается при фрагментации и рассасывании остаточных изменений, сформировавшихся в исходе первичного туберкулеза;
- редко поражает органы дыхания;
- связан с повторным экзогенным инфицированием МБТ и эндогенной реактивацией туберкулезной инфекции;
- обычно протекает благоприятно и заканчивается самоизлечением.

223. Отличительным компонентом туберкулезной гранулемы являются:

- лимфоциты;

- клетки Пирогова-Лангханса;

- казеозные массы;
- эпителиоидные клетки;
- плазматические клетки.

224. Патологию тени корня легкого обычно выявляют у больных:

- инфильтративным туберкулезом;
- туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов;
- туберкулезной интоксикацией;
- диссеминированным туберкулезом;
- туберкулезом.

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

- сочетания туберкулеза с опухолевым поражением;
- наличия периаденита;
- развития лимфогенной каверны;
- значительного увеличения тени корня и достаточно четкой его наружной границы;
- поражения всех групп внутригрудных лимфатических узлов.

226. Рентгенологически трудно отличить от пневмонии первую стадию:

- туморозной формы бронхоаденита;
- первичного туберкулезного комплекса;
- туберкулезной интоксикации;
- хронически текущего первичного туберкулеза;
- инфильтративной формы бронхоаденита.

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

- туберкулезного бронхоаденита;
- туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов паратрахеальной группы;
- туберкулеза бифуркационных внутригрудных лимфатических узлов;
- первичного туберкулезного комплекса;
- реинфекционного первичного туберкулеза.

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

- казеозной пневмонии;
- очагового туберкулеза;
- милиарного туберкулеза;??
- подострого диссеминированного туберкулеза;
- хронического диссеминированного туберкулеза.

229. Обнаружение на рентгенограмме в верхних и средних отделах обоих легких множества полиморфных очагов в сочетании с сетчатым фиброзом, дислокацией

корней вверх, апикальными наслоениями, капельным сердцем и базальной эмфиземой подтверждает диагноз:

- милиарного туберкулеза;
- подострого диссеминированного туберкулеза;
- хронического диссеминированного туберкулеза;
- очагового туберкулеза;
- цирротического туберкулеза

230. Полиморфизм очагов при хроническом диссеминированном туберкулезе обусловлен:

- одномоментным поступлением в кровь большого количества МБТ;
- повторными волнами бактериемии;
- непрерывным поступлением МБТ в кровь;
- сочетанием бронхогенного и гематогенного путей распространения МБТ;
- одновременным распространением МБТ по гематогенным, лимфогенным и бронхогенным путям.

231. При инфильтративном туберкулезе в зоне поражения:

- преобладает казеозно-некротическая тканевая реакция;
- специфические изменения инкапсулируются;
- доминирует экссудативная тканевая реакция;
- преобладает продуктивная тканевая реакция;
- отторгаются казеозные массы и образуются множественные острые каверны.

232. При туберкулезном плеврите в экссудате преобладают:

- моноциты;
- лимфоциты;
- эозинофилы;
- нейтрофилы;
- ретикулоциты.

233. При туберкулезном плеврите экссудат чаще:

- гнойный;
- хилезный;
- серозный;
- холестериновый;
- геморрагический.

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

- особенностями гормонального профиля;
- активностью гуморального звена иммунитета;
- наличием или отсутствием гипохромной анемии;
- стадией ВИЧ-инфекции и степенью иммунных нарушений;
- давностью первичного инфицирования МБТ.

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

- гипогликемией;
- положительной анергией;
- **отрицательной анергией;**
- гектической лихорадкой;
- вегетососудистой дистонией.

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

- туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;
- первичный туберкулезный комплекс;
- **туберкулезная интоксикация;**
- очаговый туберкулез;
- туберкулезный плеврит.

237. Заболевание, с которым чаще дифференцируют инфильтративный туберкулез:

- саркоидоз;
- лимфогранулематоз;
- невринома;
- **неспецифическая пневмония;**
- эхинококкоз.

238. К своевременно выявленным формам туберкулеза почки относится:

- гидронефроз;
- облаковидный инфильтрат;
- туберкулезный пионефроз;
- туберкулезный папиллит;
- **туберкулез почечной паренхимы.**

239. При туберкулезе женских половых органов всегда поражаются:

- матка и маточные трубы;
- **маточные трубы**
- яичники и маточные трубы;
- яичники;
- матка и яичники

240. Наиболее часто при костном туберкулезе поражаются:

- кости кисти;
- **позвонки поясничного отдела;**
- тазобедренные суставы;
- кости плечевого пояса;
- кости голени.

241. Туберкулезный менингит характеризуется:

- возможностью самоизлечения
- **стадийностью развития клинической картины;**
- отсутствием менингеального синдрома;
- молниеносным течением;

- отсутствием продромального периода.

242. Наиболее ранней формой абдоминального туберкулеза является:

- туберкулезный перитонит;
- туберкулез кишечника;
- туберкулез печени;
- туберкулез поджелудочной железы;
- **туберкулез брыжеечных лимфатических узлов.**

243. Туберкулез центральной нервной системы чаще начинается с поражения:

- корешков черепно-мозговых нервов;
- **мягкой мозговой оболочки основания мозга;**
- серого вещества головного мозга;
- паутинной оболочки больших полушарий;
- оболочек спинного мозга.

244. Локализацией первоначальных очагов при развитии туберкулеза позвоночника является:

- остистый отросток позвонка;
- межпозвоночный диск;
- **губчатое вещество тел позвонков;**
- межреберные мышцы;
- мягкие ткани, расположенные паравертебрально.

245. Профилактика туберкулеза включает комплекс мероприятий, которые обеспечивают:

- раннее выявление всех заболевших с последующей их изоляцией;
- создание условий, затрудняющих распространение МБТ;
- санитарное просвещение населения в сочетании с принуждением к соблюдению гигиенических правил и норм поведения;
- повышение устойчивости человека к МБТ в течение всей жизни;
- **воздействие на все звенья эпидемического процесса распространения туберкулезной инфекции среди людей.**

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

- спирты;
- кислоты;
- щелочи;
- **хлорсодержащие вещества;**
- фенолы.

247. Губительное действие на МБТ оказывает:

- инфракрасное излучение;
- **ультрафиолетовое излучение;**
- рентгеновское излучение;
- ультразвук;
- электромагнитное поле.

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

- влажную уборку помещения;
- обеззараживание мокроты;
- камерную обработку мягкого постельного инвентаря;
- проветривание помещений;
- обработку посуды больного.

249. Выявить ранний период первичной туберкулезной инфекции позволяет ежегодная:

- Флюорография
- туберкулинодиагностика;
- микробиологическая диагностика бронхиального содержимого;
- рентгенография;
- бронхоскопия.

250. Первое мероприятие в отношении взрослых, проживающих в очаге туберкулезной инфекции:

- назначение противотуберкулезной терапии;
- лучевое обследование органов грудной клетки;
- ревакцинация БЦЖ независимо от результата пробы Манту с 2 ТЕ;
- диагностическая фибробронхоскопия;
- оздоровление верхних дыхательных путей.