**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕСТВ КАФЕДРЫ ФТИЗИАТРИИ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Название дисциплины | Формируемые\* компетенции | Содержание\*\* дисциплины | Оценочные\*\*\* средства |
|  | Фтизиатрия | 1. **Общекультурная компетенция:**
2. Демонстрировать уважение к людям, соблюдать правила врачебной этики, сохранять врачебную тайну, бережно относиться к психике больного туберкулезом и его близких;
3. Владеть методикой сбора анамнеза больного и объективного его обследования; интерпретировать результаты лабораторно-инструментального обследования больного – рентгено-томографического, эндоскопического, интепретировать результаты туберкулиновых проб и диаскинтеста, бактериологических исследований патологического материала и отразить все это в диспансерную карту и историю болезни пациента; *ПК-* 15. Поставить клинический диагноз больному ребенку различного возраста и подростку на основании данных анамнеза, клинического обследования и результатов лабораторного и инструментального исследования.
4. На основании анамнеза, данных клинического и лабораторно-инструментального обследования больного сформулировав диагноз туберкулеза в соответствии с клинической классификацией (Приказ МЗ РФ №109 от 21.03.2003 г.), а также диагноз других легочных и внелегочных заболеваний с направлением больного к соответствующему специалисту;
5. Оценить функциональное состояние различных органов, прежде всего органов дыхания со своевременным выявлением критических состояний и осложнений (легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, легочно-сердечная недостаточность, ателектаз легкого *и др.*) и оказать им экстренную и полноценную врачебную помощь.
6. Владеть всем комплексом лечения больных туберкулезом - химиотерапией, патогенетической терапией и местным воздействием на патологический процесс при легочном туберкулезе (пункция плевральной полости, искусственный пневмоторакс и пневмоперитонеум и другие) и рационально использовать их в повседневной рабочей практике;
7. Внедрить в свою практическую деятельность новейшие достижения медицинской науки и практики;
8. Владеть всей структурой оказания помощи больному туберкулезом – группами диспансерного учета, видами бациллярных очагов, режимами химиотерапии туберкулеза, алгоритмом мероприятий по результатам пробы Манту и диаскинтеста и четко выполнять их в своей практике;
9. Держать постоянно в поле зрения семью больного туберкулезом, оздоровительными мероприятиями в бациллярных очагах, регулярно проводить беседы с больными и его близкими.

**Профессиональные компетенции:**-Морально-этические нормы, правила и принципы профессиональной деятельности врача, в том числе и фтизиатра;-Этиологию, патогенез, эпидемиологию, микробиологию, экологию, профилактику, клиническую картину, диагностику и лечение туберкулеза различных локализаций у человека;-Поскольку в 90% случаев туберкулез у людей локализуется в легких, у будущего врача углубленные и детальные знания должны быть, прежде всего, по легочному туберкулезу с расчетом на то, что такие же знания по внелегочным локализациям он получит в последипломном обучении по другим специальностям – по хирургии, акушерству и гинекологии, травматологии и ортопедии, неврологии, урологии и т.д. Общие принципы диагностики и дифференциальной диагностики и лечения этих внелегочных локализаций студент должен получить на кафедре фтизиатрии в период обучения на 5 курсе и на кафедрах вышеуказанных профилей;-Методы профилактики туберкулеза – специфической, химиопрофилактики и санитарной, обязанности врачей различного профиля в их проведении и контроле;-Оздоровительные мероприятия в бациллярных очагах с целью предотвращения распространения туберкулезной инфекции;-Методы раннего, активного выявления туберкулеза у детей, подростков и взрослых – массовую флюорографию населения и туберкулинодиагностику по алгоритму мероприятий по результатам пробы Манту и диаскинтеста;-Группы диспансерного учета контингентов противотуберкулезного диспансера и мероприятий среди них;-Современные принципы комплексного лечения больных туберкулезом, противотуберкулезные препараты, методы их применения, режимы химиотерапии туберкулеза, патогенетическое лечение и его составляющие, местные (локальные) методы лечения и их составляющие (аэрозолетерапия, коллапсотерапия, хирургические методы лечения), санаторное лечение и реабилитация больных туберкулезом;-Поствакцинальные осложенения при прививке БЦЖ и меропритяия при них;-Причины и методы профилактики лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза к антибактериальным препаратам и врачебную тактику при них;-Побочные реакции и отравления противотуберкулезными препаратами и мероприятия при них. | 1.Базовые знания по фтизиатрии (история, эпидемиология, микробиология, этиология, патогенез, аллергия, иммунитет)2.Семиотика и клиническая классификация туберкулеза (формы первичного и вторичного туберкулеза, сочетание и дифф.диагностика с другими заболеваниями, лабораторно-инструментальная диагностика).3.Внелегочный туберкулез.4.Организация борьбы с туберкулезом (факторы и группы риска, активное и раннее выявление, туберкулинодиагностика, массовая флюорография населения, специфическая профилактика, химиопрофилактика, санитарная профилактика, санпросветработа).5. Лечение туберкулеза (противотуберкулезные препараты, химиотерапия, патогенетическая терапия, коллапсотерапия, хирургическое лечение, местные методы лечения, экстренная помощь во фтизиатрии). | Вопросы дл тестового контроля по фтизиатрии. Вопросы для проведения дифзачетаСитуацион-ные задачиРентгенограммы  |
|  |  |  | II.Семиотика и клиническая классификация туберкулеза (формы первичного и вторичного туберкулеза, сочетание и дифф.диагностика с другими заболеваниями, лабораторно-инструментальная диагностика) |  |
|  |  |  | III.Внелегочный туберкулез. |  |
|  |  |  | IV.Организация борьбы с туберкулезом (факторы и группы риска, активное и раннее выявление, туберкулинодиагностика, массовая флюорография населения, специфическая профилактика, химиопрофилактика, санитарная профилактика, санпросветработа). |  |
|  |  |  | V.Лечение туберкулеза (противотуберкулезные препараты, химиотерапия, патогенетическая терапия, коллапсотерапия, хирургическое лечение, местные методы лечения, экстренная помощь во фтизиатрии). |  |

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО ФТИЗИАТРИИ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО И ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ**

**?Термин «туберкулез» был введен в медицину:**

!Я. Сильвиусом;

!Р. Мортоном;

+Лаэннеком и Шенлейном;

!Гиппократом;

!Ю. Конгеймом и Б. Вильменом

**?Одним из первых инфекционную природу туберкулеза предположил**:

!Гален;

!Авиценна;

!Гиппократ;

!Р. Кох;

+Б. Вильмен.

**?Инфекционная природа туберкулеза была научно доказана:**

!Р. Мортоном;

!Б. Вильменом;

!Ю. Конгеймом;

+Р. Кохом;

!Я. Сильвиусом.

?**Среди факторов, способствующих развитию туберкулеза, Кох особенно подчеркивал роль:**

!Венерических заболеваний;

!ВИЧ-инфекции;

!Применения гормональных препаратов;

+Социального неблагополучия;

!Табакокурения.

**?В процессе работы с культурой микобактерий туберкулеза (МБТ) Кохом был создан:**

!Стрептомицин;

+Туберкулин;

!Кахектин;

!Корд-фактор МБТ;

!Фрагмент 16S рРНК;

**?Принципиальная возможность использования туберкулина для обнаружения присутствия МБТ в организме человека была доказана:**

!Ш. Манту;

!К. Пирке;

!С. Эрлихом;

!А. Гоном;

+Р. Кохом.

**?Принципиальные изменения в представлении о патогенезе туберкулеза были внесены:**

!Н. Аничковым;

!Ф. Цилем и Ф. Нельсеном;

+А. Абрикосовым;

!Ф. Менделем;

!И. Давыдовским.

**?Внутрикожная туберкулиновая проба разработана:**

!К. Пирке;

+Ш. Манту и Ф. Менделем;

!Р. Кохом;

!Ф. Цилем и Нельсеном;

!А. Кальметом и К. Гереном.

**?Противотуберкулезная вакцина была создана и апробирована:**

+А. Кальметом и К. Гереном 1921 г. во Франции;

!Ш. Манту и Ф. Менделем в 1910 г. в Швейцарии;

!Р. Кохом в 1989 г. в Германии;

!Ф. Цилем и Ф. Нельсеном в 1982 – 1984 г. в Швеции;

!В. Рентгеном в 1895 г. в Германии

**?Первый патогенетически обоснованный и эффективный метод лечения туберкулеза легких предложил:**

!Р. Кох;

+К. Форланини;

!А. Рубель;

!С. Ваксман;

!Ф. Мендель.

**?Первый эффективно действующий на МБТ лекарственный препарат был получен:**

!Р. Кохом;

!К. Форланини;

!А. Рубелем;

+С. Ваксманом;

!Ф. Менделем.

?Первой страной, в которой был организован противотуберкулезный диспансер, стала:

!Франция;

+Англия;

! Италия;

!Германия;

!Швейцария.

?Год создания Всероссийской лиги борьбы с туберкулезом:

!1900;

!1905;

+1910;

!1915;

!1920.

?15. Год создания первого НИИ туберкулеза в России:

+1918;

!1928;

!1938;

!1948;

!1958.

?Регулярным печатным органом Всероссийского общества фтизиатров является журнал:

!«Пульмонология»;

!«Проблемы туберкулеза»;

+«Туберкулез и болезни легких»;

!«Терапевтический архив»;

!«Вопросы туберкулеза».

?Туберкулез у человека чаще вызывают:

! М. bovis;

 +М. tuberculosis;

!М. kansasii;

!М. fortunatum;

!М. avium-intracellulare.

?Нетуберкулезные микобактерии могут вызвать у человека:

!псевдотуберкулез;

!первичный туберкулез;

+микобактериоз;

!вторичный туберкулез;

!диссеминированный туберкулез.

3. М. bovis чаще выявляют у заболевших туберкулезом жителей:

!крупных промышленных центров;

+сельской местности;

!высокогорной местности;

!городов, расположенных на морском побережье;

!населенных пунктов, расположенных в сейсмоопасных районах.

4. Внелегочный туберкулез чаще отмечают у людей, инфицированных:

!М. tuberculosis;

!М. kansasii;

+М. bovis;

!М. fortunatum;

!М. avium-intracellulare.

5. Микобактериозы чаще диагностируют у больных:

!сахарным диабетом;

+ВИЧ-инфекцией;

!хроническим бронхитом;

!язвенной болезнью желудка;

!алкоголизмом.

6. Полная расшифровка генома МБТ — крупное научное достижение:

!начала IX века;

!конца IX века;

!начала XX века;

+конца XX века;

!начала XXI века.

7. МБТ нельзя считать бациллами, потому что:

!они имеют примитивное ядро без оболочки;

!форма МТБ палочковидная;

!в их цитоплазме отсутствует аппарат Гольджи;

!в их цитоплазме отсутствуют лизосомы;

+они не образуют спор.

8. Микрокапсула МБТ имеет:

!1—2 слоя;

!2—3 слоя;

+3—4 слоя;

!4-5 слоев;

!5—6 слоев.

9. Микрокапсула МБТ обладает:

!ярко выраженными антигенными свойствами;

!липидным составом;

!высокой токсичностью для человека;

+высокой серологической активностью;

!слабой связью со стенкой МБТ.

10. В состав клеточной стенки МБТ входят:

!ДНК;

+фосфолипиды;

!РНК;

!соли кальция;

!соли аморфных фосфатов.

11. Формирование лекарственной устойчивости у МБТ сопровождается:

!утолщением клеточной стенки;

!появлением пор в клеточной стенке;

+истончением клеточной стенки;

!принципиальным изменением состава клеточной стенки;

!нестабильностью структуры клеточной стенки.

12. Корд-фактор МБТ — это:

!оболочка ядерной субстанции;

!компонент микрокапсулы;

!ядрышко ядерной субстанции;

+компонент клеточной стенки;

!фрагмент мезосомы.

15. Ядерная субстанция МБТ обеспечивает:

!стабильность размеров и формы возбудителя туберкулеза;

!осмотическую защиту;

!химическую защиту;

+передачу наследственных признаков;

!индукцию воспалительной реакции.

17. Носителями антигенных свойств МБТ являются:

+липиды оболочки ядра;

!туберкулопротеиды;

+полисахариды микрокапсулы;

+полисахариды клеточной стенки;

+липиды микрокапсулы.

18. Размножение МБТ происходит преимущественно:
!почкованием;

+путем простого деления;

!ветвлением;

!почкованием и ветвлением;

!путем простого деления и ветвлением.

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

+1,5 ч;

!3,5 ч;

!5,5 ч;

!7,5 ч;

!10 ч.

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

!1—2 сут;

!3-5 сут;

!5-10 сут;

+5-20 сут;

!5-30 сут.

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

 !преобладанием в бактериальной популяции штаммов, устойчивых к лекарствам; !ускоренным ростом бактериальной популяции;

!длительной внутриклеточной локализацией возбудителей;

!преобладанием размножения путем простого деления;

+воздействием на возбудителя неблагоприятных факторов.

24. Осмотическую защиту МБТ в основном обеспечивает:

!микросома;

!корд-фактор;
!плазмиды;

!цитоплазматическая мембрана цитоплазмы;

+клеточная стенка.

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

! микросомы;

! мезосомы;

!16S рРНК;

+компоненты клеточной стенки;

!компоненты цитоплазматической мембраны.

26. Воздействие специфических химиопрепаратов на МБТ способствует:

!изменению биологического вида возбудителя;

 + появлению L-форм микобактерий;

!увеличению числа внеклеточно расположенных штаммов;

!повышению способности МБТ к простому делению;

!повышению способности МБТ к почкованию.

27. Фактор вирулентности МБТ называют:

!фактором изменчивости;

!фактором некроза опухоли;

+корд-фактором;

!фактором толерантности;

!фактором проницаемости.

Глава 3. Патогенез и патологическая анатомия туберкулеза

1. Основной путь проникновения МБТ в организм человека:

!алиментарный;

!контактный;

!трансмиссивный;

!внутриутробный;

+аэрогенный.

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

!первичный, вторичный и третичный;

+первичный и вторичный;

 !инкубационный и период клинических проявлений;

!начальный, развернутый и завершающий;

!доклинический и клинический.

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

!путем проникновения микобактерий;

!биологическим видом возбудителя туберкулеза;

+генотипом и реактивностью макроорганизма;

 !входными воротами инфекции;

 !биологическим возрастом возбудителя.

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

+2 лет;

! 3 лет;

!4 лет;

!5 лет;

!6 лет.

5. Ранний период первичной туберкулезной инфекции начинается с момента пер-
вичного инфицирования вирулентными МБТ и продолжается:

+1 год;

!2 года;

!3 года;

!4 года;

!5 лет.

6. 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.

7. Мукоцилиарный клиренс позволяет:

!задерживать в верхних дыхательных путях и элиминировать содер­жащие МБТ частицы размером менее 5 мк;

!уменьшать вирулентность М БТ в частицах размерами менее 5 мк;

!разрушать МБТ в частицах размерами 5—10 мк;

+задерживать в верхних дыхательных путях и элиминировать содер­жащие МБТ частицы размером 5—10 мк;

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

8. В условиях незавершенного фагоцитоза МБТ:

!не фиксируются на поверхности макрофага;

!не поглощаются макрофагом;

!не могут размножаться;

+не разрушаются макрофагом;

!не могут вызвать ответной серологической реакции.

9. Латентный микробизм ярко проявляется на этапе:
 !инфицирования МБТ;

+симбиоза МБТ и макроорганизма;

!формирования клеточного иммунитета;

!развития гиперчувствительности замедленного типа к МБТ;

!прогрессирования и развития клинических симптомов туберкулеза.

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

!инфицирования МБТ;

+симбиоза МБТ и макроорганизма;

!формирования клеточного иммунитета;

!развития гиперчувствительности замедленного типа к МБТ;

!прогрессирования и развития клинических симптомов туберкулеза.

**11. Появление гиперчувствительности замедленного типа к МБТ обусловлено:**

!появлением L-форм МБТ;

+повышением чувствительности клеточных мембран к туберкулопротеидам;

!появлением опсонизирующих антител;

!повышением чувствительности клеточных мембран к полисахаридам МБТ;

! появлением макрофагов с повышенным бактерицидным потенциалом.

**12.Возникновение клеточного противотуберкулезного иммунитета связано с появлением:**

!нейтрализующих антител;

!L-форм МБТ;

!нейтрофильных лейкоцитов с повышенным бактерицидным потенциалом;

+макрофагов с повышенным бактерицидным потенциалом;

!повышенной чувствительности клеточных мембран к полисахаридам МБТ.

**13.Появление и накопление в крови противотуберкулезных антител:**

!существенно повышают устойчивость макроорганизма к МБТ;

+практически не влияют на устойчивость макроорганизма к МБТ;

!вызывают повышенную чувствительность тканей к МБТ;

!являются типичным проявлением латентного микробизма;

!указывают на развитие первичной облигатной бактериемии.

**14.Первичный период туберкулезной инфекции:**

!бывает только у вакцинированных БЦЖ людей;

!развивается только у невакцинированных БЦЖ лиц при первичном инфицировании МБТ;

!отличается прогрессирующим течением;

+чаще протекает как латентная туберкулезная инфекция;

!часто завершается развитием первичного туберкулеза.

**15.Диссеминированный туберкулез:**

!развивается только у вакцинированных БЦЖ людей;

+возникает в условиях гиперсенсибилизации сосудистой и нервной системы;

!развивается при фрагментации и рассасывании остаточных изменений, сформировавшихся в исходе первичного периода туберкулезной инфекции;

!редко поражает органы дыхания;

!обычно протекает благоприятно и заканчивается самоизлечением.

**16.Вторичный период туберкулезной инфекции:**

!возникает в условиях гиперсенсибилизации 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.

**?Необходимое условие для формирования естественного противотуберкулезного иммунитета:**

!вакцинация БЦЖ;

+инфицирование МБТ;

!вакцинация и ревакцинация БЦЖ;

!превентивное лечение;

!регулярная туберкулинодиагностика.

**?Естественный нестерильный противотуберкулезный иммунитет обычно сохраняется:**

! не более 1 года;

!1-5 лет;

!5-10 лет;

!10-15 лет;

+в течение всей жизни.

**?Отличительным компонентом туберкулезной гранулемы являются:**

!лимфоциты;

!клетки Пирогова-Лангганса;

+казеозные массы;

!эпителиоидные клетки;

!плазматические клетки

**?В туберкулезной гранулеме редко обнаруживают:**

!гигантские клетки Пирогова-Лангганса;

!творожистый некроз;

!эпителиодные клетки;

!лимфоциты;

+эозинофилы

**?Образование деструкции в зоне туберкулезного поражения чаще обусловлено:**

!избыточным образованием коллагеновых волокон;

!ранним созреванием коллагеновых волокон;

!преобладанием продуктивной тканевой реакции;

+преобладанием некротической тканевой реакции;

!преобладанием экссудативной тканевой реакции.

**?Биологическое излечение туберкулеза наступает в случае:**

!трансформации МБТ в L-формы;

+выведения всех МБТ из организма;

!внутриклеточной локализации МБТ;

!прекращения роста МБТ;

!инкапсуляции МБТ в остаточных изменениях.

**?Клиническое излечение туберкулеза предполагает:**

!временное прекращение роста бактериальной популяции;

!появление устойчивых к лекарствам штаммов МБТ;

!элиминацию всех МБТ из организма;

+трансформацию части МБТ в L-формы с инкапсуляцией в остаточных изменениях;

!постепенное исчезновение клеточного иммунитета к МБТ.

 Глава 4. Эпидемиология туберкулеза

1. При распространении туберкулезной инфекции среди людей заболевает
туберкулезом:

 !1 из 5 инфицированных;

 +1 из 10 инфицированных;

!1 из 20 инфицированных;

!1 из 30 инфицированных;

!1 из 50 инфицированных.

2. По данным ВОЗ, на Земле инфицированы МБТ:

 !1 млрд человек;

+2 млрд человек;

 !млрд человек;

 !4 млрд человек;

 !5 млрд человек.

3. Основным опасным для людей источником МБТ являются:

!инфицированные МБТ люди;

+больные туберкулезом легких;

 ! больные внелегочным туберкулезом;

!больные туберкулезом животные;

!инфицированные МБТ животные.

4. Больные туберкулезом особенно часто встречаются среди жителей:
!Восточной Европы;

 !Латинской Америки;

!Тихоокеанского региона;

!Средиземноморья;

+Африки.

5. Один испеченный заразный больной туберкулезом за год обычно инфици-
рует примерно:
! 5 человек;

 +10 человек;

 !20 человек;

!30 человек;

!50 человек.

6. Высокая частота туберкулезного менингита среди детей косвенно под-
тверждает:

!большую распространенность туберкулеза среди крупного рогатого скота;

+недостаточное применение противотуберкулезной вакцинации у новорожденных;

! плохую организацию туберкулинодиагностики;

! несоблюдение правил личной гигиены работниками детских учреждений;

! большую распространенность L-форм МБТ.

7. Выявление первичных абдоминальных форм среди детей косвенно подтверждает:

!плохую организацию массовой туберкулинодиагностики;

!недостаточное применение противотуберкулезной вакцинации;

+большую распространенность туберкулеза среди крупного рогатого скота;

!несоблюдение правил личной гигиены работниками детских учреж­дений;

!большую распространенность L-форм МБТ.

8. На вероятность заболевания туберкулезом практически не влияет:

!курение табака;

!исключение из рациона питания полноценного жира и белка живот­ного происхождения;

+злоупотребление продуктами с повышенным содержанием холесте­рина;

!злоупотребление алкоголем;

!беременность.

9. Туберкулезом чаще болеют:

+мужчины;

!подростки;

!дети;

!пожилые люди;

!женщины.

10. Туберкулез чаще встречается среди работников:

!учебных заведений;

!коммунальной службы;

 !общественного транспорта;

!общественного питания;

+пенитенциарных учреждений.

11.Туберкулез чаще развивается на фоне:

+ВИЧ-инфекции;

!дисбактериоза;

!обезвоживания;

!тиреотоксикоза;

!вегетососудистой дистонии.

12. При ежегодной оценке эпидемиологической ситуации определяют общее
число больных активным туберкулезом на 100 тыс. населения. Эти дан-
ные отражает показатель:

! заболеваемости;

+болезненности;

! смертности;

!летальности;

!инфицированности.

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

+заболеваемости;

!распространенности;

!смертности;

!летальности;

!инфицированности.

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

!заболеваемости;

!распространенности;

!смертности;

!летальности;

+инфицированности.

15. Распространение туберкулезной инфекции среди людей отражает показа-
тель:

!заболеваемости;

!распространенности;

!смертности;

!летальности;

+инфицированности.

16. При прочих равных условиях вероятность заболеть туберкулезом особен-
но велика, если контакт с больным туберкулезом:

!случайный;

!эпизодический;

+семейный;

!производственный;

!повторный.

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

!вынужденные переселенцы;

!страдающие алкоголизмом;

+находящиеся в местах лишения свободы;

!мигранты;

!безработные.

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

!10;

! 20;

+30;

! 40;

! 50.

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

!с сомнительной реакцией на туберкулин;

!с положительной реакцией на туберкулин;

+впервые инфицированных МБТ;

!не прошедших плановую туберкулинодиагностику;

!с гиперергической реакцией к туберкулину.

20. Опасным для человека источником МБТ являются больные туберкулезом:

!мышевидные грызуны;

!кошки и собаки;

!домашние куры, утки, гуси;

+коровы и козы;

!дикие животные.

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

+1 место;

!3 место;

!5 место;

!7 место;

!10 место.

22. Среди основных причин смерти людей туберкулез занимает:

 !1 место;

 ! 3 место;

!5 место;

+7 место;

!10 место.

23. Развитию туберкулеза может способствовать применение с лечебной це-
лью:

!неселективных ингибиторов моноаминоксидазы;

!нестероидных противовоспалительных средств;
 +глюкокортикоидных гормонов;

!парасимпатомиметиков;

!противовирусных препаратов.

Глава 5. Анатомо-физиологические сведения об органах дыхания

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

 !между околопозвоночной и лопаточной линиями;

 !между передней подмышечной и среднеключичной линиями;

!по нижнему краю ребра;

+по верхнему краю ребра;

!по окологрудинной линии.

2. В норме давление в плевральной полости:

!меняется в зависимости от положения тела;

!всегда положительное;

+всегда отрицательное;

!зависит от фазы дыхания;

!меняется с возрастом.

3. Верхушечный и задний сегменты легкого непосредственно вентилируются:

!бронхами 2-го порядка;

 !через поры Кона;

 + бронхами 3-го порядка;

 !бронхами 1-го порядка;

 !через бронхи соседних сегментов.

4. Бронхиальная артерия отходит:

!от легочной артерии;

!только от аорты;

+от аорты или межреберной артерии;

 !только от межреберной артерии;

!от внутренней грудной артерии.

5. Легочная артерия отходит:

!от нисходящей аорты;

!от дуги аорты;

!от левого желудочка;

+от правого желудочка;

!от плечеголовного ствола.

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

!легочные капилляры;

+воротный синус;

!сегментарные вены;

!межклеточное пространство;

!лимфовенозные анастомозы.

7. Основной анатомической единицей легкого является:

!доля;

+сегмент;

!ацинус;

!долька;

!альвеола.

8. Снабжение ткани легкого кровью в основном обеспечивается:

!легочными артериями;

!межреберными артериями;
+бронхиальными артериями;

!нижними щитовидными артериями;

!диафрагмальными артериями.

9. Для стабильного состояния альвеол особое значение имеет:

!уровень давления в плевральной полости;

+система сурфактанта;

 !кровоснабжение ткани легкого;

!подвижность грудной стенки;

 !глубина дыхания.

10. Вдох в норме обеспечивают:

+диафрагма и наружные межреберные мышцы;

!большие грудные мышцы;

!диафрагма и внутренние межреберные мышцы;

!мышцы спины;

!большие и малые грудные мышцы.

Глава 6. Методы обследования больных туберкулезом

1. Расспрос и физикальные методы исследования позволяют:

+заподозрить туберкулез;

!исключить туберкулез;

!верифицировать диагноз туберкулеза;

!установить массивность бактериовыделения;

!исключить возможность сочетания туберкулеза с ВИЧ-инфекцией.

2. Более ранним признаком туберкулеза является:

!одышка;

!кашель с мокротой;

!кровохарканье;

!боль в грудной клетке при дыхании;

+повышение температуры тела до 37—37,4º С 2—3 раза в неделю.

3. Пальпацию грудной клетки проводят для определения:

!ритма дыхания;

!нижних границ легких;

 !подвижности нижних краев легких;

!характера дыхания;

+голосового дрожания.

4. 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.

5. Перкуссию легких проводят для определения:

!ритма дыхания;

!побочных дыхательных шумов;

+подвижности нижних краев легких;

!характера дыхания;

!голосового дрожания.

6. Аускультацию легких проводят для определения !глубины дыхания;

 !подвижности нижних краев легких;

 +характера дыхания;

 !голосового дрожания;

 !патологического ритма дыхания.

7. Туберкулин содержит:

!L-формы возбудителя туберкулеза;

!все антигенные компоненты МБТ;

 +отдельные антигенные компоненты возбудителя туберкулеза;

!убитые М. bovis;

!антитела к МБТ.

9. Выявить специфическую аллергию к МБТ позволяет:

!общий анализ крови;

!рентгенография легких;

!микроскопическое исследование бронхиального содержимого;

!фибробронхоскопия;

 +туберкулинодиагностика.

10.Внутрикожное введение туберкулина:

!у неинфицированного МБТ человека может привести к заболева­нию туберкулезом;

+у инфицированного МБТ человека вызывает формирование в месте введения папулы;

!у неинфицированного МБТ человека вызывает формирование в ме­сте введения папулы;

!у неинфицированного МБТ человека позволяет выявить отрица­тельную анергию;

!у инфицированного МБТ человека позволяет выявить положитель­ную анергию.

11. У инфицированного МБТ человека в месте внутри кожного введения 2 ТЕ
обычно формируется:

!пустула;

!люпома;

!участок депигментации;

+папула;

!участок гиперпигментации.

12.Пробу Манту обычно применяют с целью:

!уточнения локализации туберкулезного поражения;

+проведения массовой туберкулинодиагностики;

!подтверждения наличия деструкции в зоне туберкулезного пораже­ния;

!определения биологического вида туберкулезного возбудителя;

!подтверждения биологической трансформации МБТ в L-формы.

13.При пробе Манту с 2 ТЕ гиперергическая реакция на туберкулин у взрос-
лых проявляется папулой размером не менее:

!7 мм;

!12 мм;

!15 мм;

!17 мм;

+21 мм.

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

!7 мм;

!12 мм;

!15 мм;

+17 мм;

!21 мм.

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

!12 ч;

!16 ч;

!24 ч;

+72 ч;

!96 ч.

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

!звездчатый белесоватый рубчик;

!линейный белесоватый рубчик;

!участок депигментации;

!лимфангит;

+участок гиперпигментации.

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

!увеличились на 2—3 мм;

+увеличились на 6 мм и более;

!увеличились не менее чем на 10 мм;

!уменьшились на 2—3 мм;

!остались без изменений.

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

!5 мм;

!7 мм;

!9 мм;

!11 мм;

+более 12 мм.

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

 ! папулы размером 12—15 мм;

 +везикулы;

 !гиперемии;

!«лимонной корочки»;

!кровоизлияния.

20. Отрицательная реакция на туберкулин у больного туберкулезом
обусловлена:

!положительной анергией;

!приемом противотуберкулезных препаратов;

!прекращением бактериовыделения;

+отрицательной анергией;

!закрытием полостей распада в легких.

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

!Пирке со 100% туберкулином;

!Пирке-градуированная;

!Манту с 10 ТЕ;

!Манту с 100 ТЕ;

+Коха.

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

!положительная реакция на пробу Манту в анамнезе;

+кожные проявления экссудативного диатеза;

 !большие остаточные изменения после перенесенного туберкулеза;

!пищевая аллергия;

!туберкулез у других членов семьи.

23.Пробу Коха используют с целью:

!диагностики первичного инфицирования МБТ;

!выявления поствакцинальной аллергии;

 !определения резистентности к туберкулезной инфекции;

+дифференциальной диагностики туберкулеза и других заболеваний;

!выявления положительной анергии к МБТ.

24.Снижение чувствительности к туберкулину бывает при развитии:

!мононуклеоза;

+саркоидоза;

 !хронического тонзиллита;

!сахарного диабета;

!тиреотоксикоза.

25. Повышение чувствительности к туберкулину бывает при развитии:

!лимфогранулематоза;

!коклюша;

+хронического тонзиллита;

!злокачественного новообразования;

!краснухи.

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

 !поствакцинальной аллергии;

+ природы патологического процесса;

!виража чувствительности к туберкулину;

!отрицательной анергии;

!положительной анергии.

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

!Грама;

!Бойля—Мариота;

!Ван-Гизона;

!Вельтмана;

+Циля—Нельсена.

29.Биологический вид микобактерий позволяет установить:

!прямая микроскопия после окраски по Цилю—Нельсону;

!прямая микроскопия после окраски по Шпенглеру;
 !прямая микроскопия после флотации;

!люминесцентная микроскопия;

+культуральное исследование.

30.Для исследования чувствительности МБТ к противотуберкулезным пре-
паратам необходимо получить чистую культуру микобактерий методом:

!прямой микроскопии с окраской по Цилю—Нельсону;

!прямой микроскопии с окраской по Шпенглеру;

!прямой микроскопии после флотации;

!люминесцентной микроскопии;

+посева.

31.Быстрым способом определения чувствительности МБТ к лекарствам является:

!люминесцентная микроскопия;

+исследование с использованием биологических микрочипов;

 !иммуноферментный анализ;

 !градуированная проба Пирке;

 !тест TB-Spot.

**32.**Наиболее информативный метод выявления фазы распада при туберкулезе легких:

!фибробронхоскопия;

!магнитно-резонансная томография (МРТ);

!боковая рентгенография;

!томография;

+компьютерная томография (КТ).

**33.**При туберкулезе органов дыхания из эндоскопических методов чаще используют:

+фибробронхоскопию;

!медиастиноскопию;

!торакоскопию;

!ларингоскопию;

!риноскопию.

**34.**Классическим местом для удаления жидкости из плевральной полости является:

!первый—второй межреберный промежуток;

!третий—четвертый межреберный промежуток;
 !пятый—шестой межреберный промежуток;

+седьмой—восьмой межреберный промежуток;

!нижний край IX ребра.

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

!трансбронхиальную;

!аспирационную;

+щеточную;

!трансторакальную игловую;

!прескаленную.

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

!анемию и тромбоцитопению;

!лейкопению и лимфоцитоз;
 !олигохромазию и анизоцитоз;

+лейкоцитоз и лимфопению;

!лейкоцитоз и моноцитопению.

**37.**Интегральным показателем для оценки функции внешнего дыхания явля-
ются:

+показатели газового состава и кислотно-щелочного состояния крови;

!данные спирографии;

!результаты общей плетизмографии;

!результаты капилляроскопии;

!показатели остаточного объема легких

II. Клиническая картина и диагностика туберкулеза

Глава 7. Классификация

1.Правильной формулировкой диагноза является:

+очаговый туберкулез II сегмента правого легкого в фазе инфильтра­ции, МБТ—;

!инфильтративный туберкулез с распадом, МБТ+;

!туберкулез левого легкого в фазе распада, МБТ+;

!пневмония туберкулезной этиологии верхней доли левого легкого в фазе уплотнения, МБТ— ;

!единичная туберкулема нижней доли правого легкого, МБТ—.

**2.**Правильной формулировкой диагноза является:

+кавернозный туберкулез II сегмента правого легкого в фазе инфиль­трации, МБТ— ;

!туберкулема с распадом, МБТ+;

!туберкулез левого легкого в фазе распада, МБТ+;

!туберкулезная пневмония доли левого легкого в фазе распада, МБТ+, кровохарканье;

!конгломерат очагов в нижней доли правого легкого, МБТ—.

3.Согласно Международной клинической классификации болезней выде-
ляют:

!туберкулез легких и плевры, туберкулез костей и суставов, туберку­лез нервной системы, туберкулез половых органов;

+туберкулез органов дыхания, туберкулез нервной системы, тубер­кулез других органов и систем, милиарный туберкулез;

!туберкулез органов дыхания, туберкулез костей и суставов, мочепо­ловой туберкулез, милиарный туберкулез;

!туберкулез легких и лимфатических узлов, туберкулезный плеврит, туберкулезный менингит, туберкулез мочеполовой системы;

!туберкулез легких, первичный туберкулез, вторичный туберкулез, диссеминированный туберкулез, абдоминальный туберкулез.

4. Формулировка клинического диагноза туберкулеза отражает:

!метод выявления туберкулеза и функциональных нарушений в связи
с заболеванием туберкулезом;

!давность заболевания и распространенности туберкулезного процесса;

!возраст больного и рентгенологическую характеристику туберкулез­ного процесса;

!чувствительность к туберкулину и выраженность туберкулезной ин­токсикации;

+клиническую форму и фазу туберкулезного процесса.

Глава 8. Первичный туберкулез

1.Первичный туберкулез — заболевание, которое возникает:

!после первого контакта с больным туберкулезом;

+в связи с первым проникновением в организм вирулентных МБТ;

!после завершения латентной туберкулезной инфекции и формирова­ния микрокальцинатов;

!в основном у невакцинированных БЦЖ детей первого года жизни;

!в основном у вакцинированных БЦЖ детей первого года жизни.

2. Первичный туберкулез отличается от вторичного:

!наклонностью к прогрессированию;

!сниженной чувствительностью к туберкулину;

+вовлечением в патологический процесс лимфатической системы;

!наклонностью к формированию деструкции и бронхогенному рас­пространению МБТ;

!преимущественным поражением верхних отделов легких.

3.Удельный вес заболевших первичным туберкулезом среди впервые выяв-
ленных больных составляет:

+1-5%;

!5-10%;

!10-15%;

!15-20%;

!20-25%.

4. У больных с неосложненным течением первичного туберкулеза чувстви-
тельность к туберкулину чаще:

!отрицательная;

!сомнительная;

!нормергическая;

+гиперергическая;

!слабоположительная.

5.При первичном туберкулезе параспецифические реакции нередко проявляются:

!лихорадкой;

!эпизодическим повышением температуры тела до субфебрильной;

+конъюнктивитом;

!потливостью;

!психоэмоциональной лабильностью.

**6.**Особенностью туберкулезной интоксикации как формы первичного туберкулеза является:

+малый объем специфических изменений;

!локализация специфических изменений в периферических лимфа­тических узлах;

!преобладание в клинической картине симптомов локального по­ражения;

!частое наличие деструкции в зоне поражения;

!частое развитие отрицательной анергии.

**7.**Туберкулезная интоксикация как клиническая форма туберкулеза обычно
проявляется:

!стойким повышением температуры тела до 38—38,5 °С; !одышкой и тахикардией;

!постепенно усиливающейся головной болью;

+различными функциональными расстройствами и микрополиаденопатией;

!анорексией и дистрофией.

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

!1 мес;

!3 мес;

!6 мес;

+8 мес;

!12 мес.

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

!печень и селезенку;

+внутригрудные лимфатические узлы;

!легкие;

!почки;

!внутренние половые органы.

10.При длительном течении туберкулезной интоксикации периферические
лимфатические узлы:

!чаще не изменены;

!увеличены, мягкоэластической консистенции, безболезненные, ино­гда спаяны с кожей и подкожной клетчаткой;

 !увеличены, мягкоэластической консистенции, безболезненные, не спаяны с кожей и подкожной клетчаткой;

+мелкие, плотной консистенции, безболезненные;

!увеличены, с признаками периаденита.

11.Наиболее частой клинической формой первичного туберкулеза является:

!первичный туберкулезный комплекс;

+туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;

!туберкулезная интоксикация;

!туберкулезный плеврит;

!милиарный туберкулез.

12.Патологию тени корня легкого обычно выявляют у больных:

!инфильтративным туберкулезом;

+туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов;

!туберкулезной интоксикацией;

!диссеминированным туберкулезом;

!туберкулемой.

13.При туберкулезном бронхоадените поражены:

!трахеобронхиальные лимфатические узлы;

!аортальные;

+бронхопульмональные;

!бифуркационные;

!трахеобронхиальные.

14.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.

15.Инфильтративную форму туберкулеза внутригрудных лимфатических
узлов подтверждает обнаружение:

!лимфогенной каверны;

!туберкулезного поражения стенки бронха;

!нодулобронхиального свища;

!очаговой диссеминации;

+размытой наружной границы тени корня легкого.

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

+1—2 узла диаметром не более 15 мм;

!2—3 узла диаметром не более 20 мм;

!не более 3 узлов диаметром не более 30 мм;

!не более 2 узлов диаметром не более 30 мм;

!3—4 узла диаметром не более 15 мм.

17.Рентгенологически трудно отличить от пневмонии первую стадию:

!туморозной формы бронхоаденита;

+первичного туберкулезного комплекса;

!туберкулезной интоксикации;

!хронически текущего первичного туберкулеза;

!инфильтративной формы бронхоаденита.

18.Наиболее частая локализация легочного компонента первичного туберку-
лезного комплекса:

+хорошо вентилируемые сегменты обоих легких;

!I сегмент правого легкого;

!II сегмент правого легкого;

!VI сегмент правого или левого легкого;

!I—II сегменты левого легкого.

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

!инфильтрации;

!распада;

!обсеменения;

+рассасывания;

!обызвествления.

20.В исходе неосложненного первичного туберкулезного комплекса формируются:

+очаг Гона и кальцинаты;

!очаг Ашоффа— Пуля и кальцинаты;

!очаг Гона, очаги Симона и кальцинаты;

!очаг Абрикосова и кальцинаты;

!очаги Симона и кальцинаты.

21.Неосложненное течение первичного туберкулеза у детей наблюдается:

!в большинстве случаев;

!в 2/3 случаев;
!в 3/4 случаев;

+в 1/3 случаев;

!в 1/2 случаев

22.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.

23.Наиболее опасное для жизни больного осложнение первичного туберкуле-
за:

!ателектаз;

!плеврит;

!нодулобронхиальный свищ;

!лимфогенная и бронхогенная диссеминация;

+менингит.

24.Наиболее частое осложнение первичного туберкулеза:

!легочное кровотечение;

!спонтанный пневмоторакс;

+плеврит;

!легочно-сердечная недостаточность;

!амилоидоз.

25.Реинфекционному первичному туберкулезу предшествует:

!клиническое излечение;

!анатомическое излечение;

+биологическое излечение;

!гиперсенсибилизация организма;

!эндогенная реактивация.

26.Наиболее частый вариант излечения первичных очагов:

!рассасывание;

!рубцевание;

+обызвествление;

!оссификация;

!инкапсуляция.

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

 !1—2 мес;

 !3—4 мес;

 !5-6 мес;

+10-12 мес;

!не менее 12 мес.

28.Хронически текущий первичный туберкулез характеризуется:

!наличием внелегочных поражений;

!медленным обратным развитием;

+волнообразным и неуклонно прогрессирующим течением;

!преобладанием продуктивной тканевой реакции;

!инапперцептным течением.

Глава 9. Диссеминированный туберкулез легких

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

+ 5%;

 !10-12%;

!15-25%;

!30-35%;

!более 35%.

2.Диссеминированный туберкулез отличается от неосложненного первично-
го туберкулеза:

!хроническим течением;

+преимущественным расположением очагов в верхних отделах легких;

!субплевральной локализацией очагов;

!формированием внелегочных очагов поражения;

!биологическим излечением на фоне лечения.

3.Диссеминированный туберкулез отличается от вторичного туберкулеза:

!преимущественно бронхогенным распространением МБТ;

!расположением очагов в верхних отделах легких;

! субплевральной локализацией очагов;

+преимущественно гематогенным распространением МБТ;

!клиническим излечением на фоне лечения.

4. Фактор, исключающий развитие диссеминированного туберкулеза легких:

!бактериемия;

!биологическая изменчивость МБТ;

+положительная анергия;

!внелегочная локализация источника диссеминации;

!экзогенная суперинфекция.

5.Для развития диссеминированного туберкулеза особое значение имеет:

!гипертермия;

+гиперсенсибилизация;
!гиперкетонемия;

!гипертония;

!гипергликемия.

6.При гематогенной диссеминации источником МБТ чаще бывает:

+неравномерно обызвествленный внутригрудной лимфатический узел;

!туберкулема с включениями солей кальция;

!внелегочный осумкованный казеозный очаг;

!свежая каверна;

!фиброзная каверна.

7.При диссеминированном туберкулезе основной путь распространения

МБТ:

+гематогенный;

!лимфогенный;

!бронхогенный;

!перибронхогенный;

!контактный.

8.При диссеминированном туберкулезе чаще поражаются:

!почки и мочеточники;

!матка и маточные трубы;

!позвонки;

!сетчатка глаза и мягкая мозговая оболочка;

+легкие.

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

!печени;

!почек;

!селезенки;

!позвоночника;

+мягкой мозговой оболочки.

10.При туберкулезе типичный морфологический признак очагов диссемина-
ции:

!верхнедолевая локализация;

!ранняя инкапсуляция;

+интерстициальное расположение;

!выраженная инфильтрация вокруг очагов;

!неоднородность структуры.

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

! контактным путем;

+гематогенным путем;

!лимфогенным путем;

!бронхогенным путем;

!спутогенным путем.

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

!контактным путем;

!гематогенным путем;

+лимфогенным путем;

!бронхогенным путем;

!спутогенным путем.

13. Поражение одного легкого множественными очагами возникает при рас-
пространении МБТ:

!контактным путем;

!гематогенным путем;

+лимфогенным путем;

!бронхогенным путем;

!спутогенным путем.

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

!контактным путем;

!гематогенным путем;
+лимфогенным путем;

!бронхогенным путем;

!спутогенным путем.

15.Двусторонняя нижнедолевая диссеминация в легких возникает при рас-
пространении МБТ:

!контактным путем;

!гематогенным путем;

!лимфогенным путем;

+бронхогенным путем;

!перибронхогенным путем.

16.Среди форм диссеминированного туберкулеза наибольшую эпидемическую
опасность представляет:

!тифоидная;

!легочная;

+подострая;

!менингеальная;

!острая.

17.Штампованные каверны — типичный признак:

!легочной формы милиарного туберкулеза;

+хронической формы диссеминированного туберкулеза;

! подострой формы диссеминированного туберкулеза;

!тифоидной формы диссеминированного туберкулеза;

!острого диссеминированного туберкулеза.

18.Выделяют следующие формы милиарного туберкулеза:

!первичную, вторичную, третичную;

!раннюю, позднюю, хронически текущую;

!свежую, подострую, хроническую;

+тифоидную, легочную, менингеальную;

!абортивную, неосложненную, осложненную.

19.Больных диссеминированным туберкулезом легких чаще беспокоит:

!кашель;

+одышка;

!выделение мокроты;

!кровохарканье;

!осиплость голоса.

20.У больных милиарным туберкулезом (тифоидная форма) при перкуссии и
аускультации чаще выявляют:

+неизмененный легочный звук, везикулярное дыхание;

!коробочный звук, бронхиальное дыхание;

!тимпанический легочный звук, жесткое дыхание, единичные мелко­пузырчатые хрипы;

!притуплённый легочный звук в межлопаточном пространстве, вези­кулярное дыхание;

!укороченный легочный звук в нижних отделах обоих легких, жест­кое дыхание, крепитацию.

21.У больных милиарным туберкулезом при исследовании бронхиального содержимого обычно отмечают:

!значительное количество МБТ;

!умеренное количество МБТ;

!единичные МБТ;

+отсутствие МБТ;

!наличие вторичной микробной флоры.

22.При милиарном туберкулезе на фоне специфической терапии чувстви-
тельность к туберкулину постепенно становится:

!гиперергической;

+нормергической;

!резко положительной;

!отрицательной;

!сомнительной.

23.Сроки появления очаговых теней на рентгенограмме при милиарном тубер-
кулезе легких:

!1 день заболевания;

!2-3 дни;

!4-7 дни;

+10-14 дни;

!15-20 дни.

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

! казеозной пневмонии;

! очагового туберкулеза;

+милиарного туберкулеза;

!подострого диссеминированного туберкулеза;

!хронического диссеминированного туберкулеза.

25.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.

26. 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.

27. При милиарном туберкулезе легких множественные очаги поражают

!преимущественно верхушки;

!преимущественно средние и нижние отделы;

!все отделы, кроме прикорневой зоны;

!в основном верхние и средние отделы;

+равномерно все отделы.

28.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.

29.Характерным признаком хронического диссеминированного туберкулеза легких является:

!тотальное поражение обоих легких очагами;

!мономорфная очаговая диссеминация;

+подтягивание вверх и деформация корней легких;

!гипертрофия левых отделов сердца;

!гипертрофия правых и левых отделов сердца.

30. Типичное осложнение диссеминированного туберкулеза:

!туберкулез кишечника;

!туберкулезный увеит;

!ревматоид Понсе;

!туберкулез миндалин;

+туберкулез гортани.

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

!хроническим диссеминированным туберкулезом;

!подострым диссеминированным туберкулезом;

+милиарным туберкулезом;

!первичным туберкулезным комплексом, осложненным лимфогематогенной диссеминацией;

!туберкулезным бронхоаденитом, осложненным лимфогематогенной

диссеминацией.

Глава 10. Очаговый туберкулез

1.Отличительным морфологическим признаком очагового туберкулеза явля-
ется:

!более частая локализация в базальных сегментах;

+изолированное поражение отдельных долек одного-двух сегментов легкого;

!отсутствие участков деструкции в зоне поражения;

!наличие трехслойной стенки, окружающей зону поражения;

!наличие обширной инфильтрации вокруг пораженной дольки лег­кого.

2.Выделяют следующие формы очагового туберкулеза:

!экссудативный и пролиферативный;

+свежий и хронический;

!прогрессирующий и регрессирующий;

!типичный и атипичный;

!первичный и вторичный.

3. Очаг Абрикосова — это:

!участок деструкции в легочной дольке, окруженный трехслойной

капсулой;

+казеозная бронхопневмония дольки легкого;

!жидкие казеозные массы, инкапсулированные в пределах дольки легкого;

!пропитанные солями кальция казеозные массы в дольке легкого;

!фиброзированная долька легкого с точечными вкраплениями казеозных масс.

4.Специфическая воспалительная реакция при очаговом туберкулезе ограничивается границами:

!сегмента легкого;

!ацинуса;

+легочной дольки;

!бронхопульмонального лимфатического узла;

!верхушки легкого.

5. Среди впервые выявленных больных очаговый туберкулез обычно состав-
ляет не более:

!5%;

 !10%;

+15%;

!20%;

!25%.

6. Свежий очаговый туберкулез чаще обнаруживают при обследовании лиц:

!обратившихся к врачу в связи с кашлем и выделением мокроты;

 !обратившихся к врачу в связи с появлением признаков вегетососудистой дистонии;

+проходящих плановую диспансеризацию;

!госпитализированных в связи с декомпенсацией сахарного диабета;

!длительно лечившихся глюкокортикоидами.

7. Наиболее частая локализация поражения при очаговом туберкулезе:

!III сегмент;

!IV—V сегменты;

!VI—VII сегменты;

+I—II, VI сегменты;

!базальные сегменты.

8.Свежий туберкулезный очаг часто называют очагом:

!Ранке;

 !Симона;
 !Гона;

+Абрикосова;

!Ашоффа—Пуля.

9.У больных очаговым туберкулезом МБТ чаще обнаруживают при иссле-
довании:

 !биоптата периферических лимфатических узлов;

+бронхиального содержимого после раздражающих ингаляций;

!биоптата внутригрудных лимфатических узлов;

 !мокроты, отделяемой больным при кашле;

!слюны, собранной больным утром сразу после пробуждения.

10.При очаговом туберкулезе чувствительность к туберкулину чаще:

+нормергическая;

!парадоксальная;

 !гиперергическая;

!отрицательная;

!сомнительная.

11.Деструкцию в туберкулезном очаге чаще обнаруживают при проведении:

!флюорографии;

!рентгенографии;

+КТ;

!фибробронхоскопии;

!ультразвукового исследования (УЗИ).

12.Наиболее частые клинические признаки свежего очагового туберкулеза:

!полиаденопатия, повышение температуры тела до 37—37,4 °С;

!одышка, тахикардия при физической нагрузке, гипотония;

 +слабость, недомогание, снижение работоспособности, небольшая потливость;

!сухой кашель, периодически появление кровохарканья;

!кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты.

13.При инволюции свежего очагового туберкулеза нередко формируются очаги:

!Симона;

!Гона;

 !Абрикосова;

+Ашоффа—Пуля;

!Ассмана.

14.Наиболее информативным методом выявления очагового туберкулеза яв-
ляется:

!клиническое обследование;

!микробиологическая диагностика;

!туберкулинодиагностика;

+рентгенография органов грудной клетки;

!фибробронхоскопия.

15.Хронический очаговый туберкулез нередко формируется в процессе об-
ратного развития:

+инфильтративного туберкулеза;

 !казеозной пневмонии;

!туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов;

!туберкулеза бронха;

!туберкулезного плеврита.

16.При физикальном обследовании больного хроническим очаговым туберку-
лезом чаще определяют:

 !тимпанический оттенок легочного звука над верхушкой легкого;

 !влажные среднепузырчатые хрипы в межлопаточном пространстве;

 +притупление легочного звука над верхушкой легкого;

!бронхиальное дыхание;

!расширение межреберных промежутков.

17.У больных с прогрессирующим очаговым туберкулезом над зоной пораже-
ния чаще выслушивают:

 !разнокалиберные влажные хрипы над верхней долей правого легкого;

 +единичные мелкопузырчатые хрипы над верхушкой легкого;

 !распространенные свистящие хрипы;

!крепитацию над зоной поражения;

!сухие и среднепузырчатые хрипы над верхними отделами обоих легких.

18. Частая причина сухих хрипов при очаговом туберкулезе:

!туберкулез бронхов;

!разлитой катаральный эндобронхит;

+ограниченный катаральный эндобронхит;

 !деструкция легочной ткани;

 !инфильтрация легочной ткани.

19.Причина появления мелкопузырчатых влажных хрипов при очаговом

туберкулезе:

!локальная эмфизема;

!деструкция в туберкулезном очаге;

!туберкулез бронха;

+инфильтрация ткани вокруг очагов;

!перибронхиальный фиброз.

20.У больного очаговым туберкулезом чаще отмечают:
!амфорическое дыхание;

 !бронхиальное дыхание;

 !усиленное везикулярное дыхание;

 +ослабленное везикулярное дыхание;

!значительно ослабленное дыхание.

21.Активность очагового туберкулеза подтверждает:

!нормергическая чувствительность к туберкулину;

+лейкоцитоз, относительная лимфопения;

!четкие контуры очагов на рентгенограмме;

!везикулярное ослабленное дыхание;

!высокая интенсивность очаговых теней на рентгенограмме.

22.Активность очагового туберкулеза легких обычно уточняют при проведе-
нии:

!пробы Манту;

!фибробронхоскопии;

+пробы Коха;

!морфологического исследования биоптата из зоны поражения;

!рентгеноскопии.

23.Под очаговой тенью понимают затемнение размером:

+2—12 мм;

!12-20 мм;

!20-25 мм;

!25-30 мм;

!30 -35 мм.

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

!множественные очаговые тени, расположенные в верхних отделах;

!одиночную очаговую тень;

+группу очаговых теней в верхушечном сегменте;

!очаговые тени, сливающиеся в фокусы;

!очаговые тени с нечеткими контурами в нижних долях.

25.Более часто хронический очаговый туберкулез осложняется:

!менингитом;

!ателектазом;

! плевритом;

+кровохарканьем;

!казеозной пневмонией.

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

!полное рассасывание;

 !образование рубцов;

 !обызвествление;

 +частичное рассасывание и уплотнение;

 !образование конгломератной туберкулемы.

Глава 11. Инфильтративный туберкулез легких.

Глава 12. Казеозная пневмония

1. 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.

2. Удельный вес инфильтративного туберкулеза в структуре впервые вы-
явленных больных:

! 5-15%;

!15-25%;

!35-45%;

+65-75%;

!75-85%.

3. Одним из клинико-рентгенологических вариантов туберкулезного инфиль-
трата является:

!очаговый;

+округлый;

!конгломератный;

!солитарный;

!милиарный.

4. Одним из клинико-рентгенологических вариантов туберкулезного инфиль-
трата является:

!свежий;

+лобарный;

!солитарный;

!милиарный;

!хронический.

5. Одним из клинико-морфологических вариантов туберкулезного инфиль-
трата является:

! подострый;

+облаковидный;

! конгломератный;

!хронически текущий;

!ложный.

6. Инфильтративному туберкулезу легких непосредственно предшествует:

!туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;

!первичный туберкулезный комплекс;

+очаговый туберкулез;

!туберкулема;

!кавернозный туберкулез.

7. Поражение туберкулезным воспалением расположенных рядом 2—3 долек
отмечают при сформированном:

!сегментарном инфильтрате;

!облаковидном инфильтрате;

!перисциссурите;

!лобите;

+бронхолобулярном инфильтрате.

8. Поражение туберкулезным воспалением доли легкого соответствует:

!округлому инфильтрату;

!облаковидному инфильтрату;

!перисциссуриту;

+лобиту;

!бронхолобулярному инфильтрату.

9.При инфильтративном туберкулезе выраженность клинических признаков
определяется:

!наличием внелегочных очагов;

!локализацией поражения;
!наличием МБТ в мокроте;

+клинико-рентгенологическим вариантом инфильтрата;

!социальным статусом больного.

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

!поражения плевры над инфильтратом;

+распада легочной ткани в зоне поражения;
!формирования бронхонодулярного свища;

!развития лимфогематогенной диссеминации;

!поражения регионального внутригрудного лимфатического узла.

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

! туберкулезным плевритом;

!очаговым туберкулезом легких в фазе инфильтрации;

!туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов;

+инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада;

!милиарным туберкулезом в фазе инфильтрации.

12.Притупление перкуторного звука у нижнего угла лопатки справа опреде-
ляют при формировании:

!полости распада во II сегменте правого легкого;

!туберкулемы в I сегменте правого легкого;

 +округлого инфильтрата в VI сегменте правого легкого;

!свежего туберкулезного очага в VI сегменте правого легкого;

!фиброзной каверны в I сегменте правого легкого.

13.Единичные влажные хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания
чаще определяют над зоной поражения у больного с впервые выявлен-
ным:

!туберкулезом плевры;

!милиарным туберкулезом;

!туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов;

+облаковидным инфильтратом;

!туберкулезом трахеи.

14.Массивное выделение МБТ обнаруживают при развитии в легком:

!округлого инфильтрата;

+лобита;

!бронхолобулярного инфильтрата;

!сегментарного инфильтрата;

!свежих очагов.

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

!лобита в фазе рассасывания;

!округлого инфильтрата в фазе распада;

 !бронхолобулярного инфильтрата в фазе уплотнения;

+лобита в фазе распада;

!облаковидного инфильтрата в фазе уплотнения.

16.На рентгенограмме больного с бронхолобулярным инфильтратом обычно
обнаруживают:

!кольцевидную тень размером не менее 3x4 см;

!группу очаговых теней высокой интенсивности;

!патологию тени корня легкого;

+ограниченное затемнение;

!распространенное затемнение.

17.При округлом инфильтрате обнаруживают:

!патологию корня легкого;

!очаговую тень;

+ограниченное затемнение;

!распространенное затемнение;

!кольцевидную тень.

18.Распространенное затемнение на рентгенограмме соответствует:

!кавернозному туберкулезу;

!очаговому туберкулезу;
 !милиарному туберкулезу;

+лобиту;

!бронхолобулярному инфильтрату.

19.Результатом эффективного лечения облаковидного инфильтрата более ча-
сто являются:

+фиброз и фиброзные очаги;

!осумкованные фокусы;

!санированная каверна с перикавитарным фиброзом;

!фиброателектаз с инкапсулированными очагами;

!участки обызвествления.

20.Неблагоприятным исходом инфильтративного туберкулеза легких являет-
ся:

!милиарный туберкулез;

!подострый диссеминированнный туберкулез;

!хронический диссеминированный туберкулез;

+фиброзно-кавернозный туберкулез;

!хронически текущий первичный туберкулез.

21.Морфологическая основа казеозной пневмонии:

!обширные инфильтративные изменения в зоне поражения;

!множественные казеозные очаги в пределах доли легкого;
+казеозный некроз более чем одного сегмента легкого;

!осумкованный участок казеозного некроза более 12 мм;

!полость распада с широкой 3-слойной стенкой.

22.Особенностью казеозной пневмонии является:

!преобладание параспецифических тканевых реакций;

+выраженный казеозно-некротический компонент воспаления;
!резко выраженный экссудативный компонент воспаления;

!преобладание продуктивного компонента воспаления;

!раннее формирование фиброзных изменений.

23.Удельный вес казеозной пневмонии в структуре впервые выявленных боль-
ных туберкулезом в РФ:

!0,5-1,5%;

!1-2%;

+3-5%;

!10-15%;

!15-20%.

24.Летальность при казеозной пневмонии достигает:

!5-10%;

!20-30%;

+3) 30-40%;

!40-50%;

!50-60%.

25.Ведущий патогенетический фактор развития казеозной пневмонии:

!снижение количества Т-лимфоцитов;

!повышение количества В-лимфоцитов;
 !снижение количества макрофагов;

+избыточный апоптоз иммунокомпетентных клеток;

!снижение функциональной активности Т-лимфоцитов.

26.Характер туберкулиновой чувствительности у больных казеозной пневмо-
нией:

!положительная анергия;

+отрицательная анергия;

!слабоположительная реакция;

!гиперергическая реакция;

!нормергическая реакция.

27.Клиническая картина казеозной пневмонии обычно характеризуется:

!волнообразным течением;

!рецидивирующим течением;

 !умеренно-выраженными клиническими признаками;

+тяжелым, остро прогрессирующим течением;

!подострым течением.

28.Благоприятным исходом казеозной пневмонии считают формирование:

!очагового туберкулеза;

!инфильтративного туберкулеза;

+цирротического туберкулеза;

!диссеминированного туберкулеза;

!множественных туберкулем.

Глава 13. Туберкулема легких

1. 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.

2. Истинная туберкулема характеризуется:

!наличием трехслойной капсулы;

+сохранением эластического каркаса легкого в зоне специфического
 поражения;

!обилием казеозных масс в зоне поражения;

!выраженной зоной перифокального воспаления;

!вовлечением в процесс внутригрудных лимфатических узлов.

3. Удельный вес туберкулемы среди впервые выявленных больных тубер-
кулезом органов дыхания составляет:

!1-3%;

+2-6%;

!6-10%;

!10-12%;

!15-20%.

4. Появлению туберкулемы часто непосредственно предшествует:

!милиарный туберкулез;

+инфильтративный туберкулез;

!казеозная пневмония;

!фиброзно-кавернозный туберкулез;

!первичный туберкулезный комплекс.

5. Ложной туберкулеме обычно непосредственно предшествует:

!инфильтративный туберкулез;

!казеозная пневмония;

+кавернозный туберкулез;

!цирротический туберкулез;

!очаговый туберкулез.

6. Туберкулема отличается от округлого инфильтрата:

!острым началом с выраженными симптомами интоксикации;

!наличием очагов в окружающей ткани;

+более скудной клинической симптоматикой;

!наличием «дорожки» к корню легкого;

!быстрой динамикой при проведении специфической химиотера­пии.

7. При прогрессирующей туберкулеме над зоной поражения чаще выслуши-
вают:

!крепитирующие хрипы;

!шум трения плевры;

+мелкопузырчатые влажные хрипы;

!разнокалиберные влажные хрипы;

!сухие свистящие хрипы.

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

+притуплённый или легочный;

!тимпанический;

!тупой;

!громкий с тимпаническим оттенком;

!коробочный.

9. Дыхание у больных с туберкулемой чаще:

!ослабленное везикулярное;

!усиленное везикулярное;

+везикобронхиальное;

!везикулярное;

!бронхиальное.

10.У больных туберкулемой часто отмечают:

!выраженную туберкулезную интоксикацию;

+появление клинических симптомов при прогрессировании;

!одышку при незначительной физической нагрузке;

!выделение значительного количества слизисто-гнойной мокроты;

!массивное бактериовыделение.

11.Туберкулема с волнообразным течением:

!регрессирующая;

!конгломератная;

!ложная;

+слоистая;

!стационарная.

12.Наиболее частая локализация туберкулем:

+I—II сегмент;

!III—IV сегмент;

!III—VII сегмент;
!IX-X сегмент;

!V—VIII сегмент.

13.Туберкулемы обычно располагаются:

+субкортикально;

!по ходу добавочной междолевой борозды;

!в нижних отделах легких;

!в наддиафрагмальном пространстве;

!в прикорневой зоне.

14.Чувствительность к туберкулину у больных туберкулемой нередко:

!отрицательная в связи с положительной анергией;

+гиперергическая;

!сомнительная;

!отрицательная в связи с отрицательной анергией;

!слабоположительная.

15.Олигобациллярность больных туберкулемой обусловлена:

!наличием у туберкулемы фиброзной капсулы;

!неспособностью МБТ размножаться в казеозе;

!быстрым фагоцитозом МБТ в казеозе;

+поражением бронха и плохим дренированием казеозных масс;

!быстрой трансформацией МБТ, окруженных казеозом, в L-формы.

16.На рентгенограмме туберкулема обычно имеет вид:

!кольцевидной тени;

!распространенного затемнения;

+ограниченного затемнения;

!очаговой тени с четкими контурами;

!очаговой тени с размытыми контурами.

17.Рентгенологические признаки прогрессирования туберкулемы:

!четкий наружный контур;

!наличие очаговых теней высокой интенсивности в окружающей ле­гочной ткани;

+появление просветления серповидной формы;

!включения высокой интенсивности;

!перифокальный фиброз.

18.На стационарное состояние туберкулемы указывает:

!размытость наружного контура;

!наличие центрального распада;

!очаговые тени малой интенсивности в легочной ткани ниже тубер-
 кулемы;

!очаговые тени малой интенсивности в легочной ткани выше тубер­кулемы;

+четкий наружный контур.

19.При регрессирующем течении рентгенологическое изображение туберку-
лемы чаще характеризуется:

!размытостью наружного контура;

+четким наружным контуром;

!«дорожкой» к корню легкого;

!центральной локализацией деструкции;

!краевой локализацией деструкции.

20.Неоднородность структуры туберкулемы часто обусловлена:

!малой плотностью казеозных масс;

!поражением ветвей дренирующего бронха;

+включениями солей кальция;

!неравномерным запустеванием микроциркуляторного русла крове­носными сосудами;

!неравномерным развитием соединительной ткани.

21.Чаще туберкулемы выявляют:

!при обследовании лиц, состоящих в контакте с больными туберку­лезом легких;

+при плановой флюорографии;

!у лиц, госпитализированных по поводу пневмонии;

!у лиц, обратившихся к врачу связи с кровохарканьем;

!среди пациентов с ВИЧ-инфекцией.

22.Наиболее благоприятный исход при регрессирующем течении туберкуле-
мы:

+фиброзный очаг;

!каверна с утолщенной стенкой;

!санированная киста;

!очаг Гона;

!очаг Абрикосова.

23.При прогрессировании туберкулемы чаще формируется:

!казеозная пневмония;

!фиброзно-кавернозный туберкулез;

!цирротический туберкулез;

+кавернозный туберкулез;

!очаговый туберкулез.

24.Необходимость хирургического вмешательства при туберкулеме легкого
объясняется:

! высокой эпидемической опасностью больных;

+недостаточной эффективностью консервативного лечения;

!частым развитием легочного кровотечения;

!высокой угрозой генерализации процесса;

!возможностью развития дыхательной недостаточности.

Глава 14. Кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез легких

1. Для впервые выявленного кавернозного туберкулеза характерно:

!двухслойная стенка каверны;

!обилие полиморфных очагов в ткани, расположенной ниже каверны;
!наличие секвестра в каверне;

!грубый перикавитарный фиброз;

+отсутствие выраженных перикавитарных инфильтративных изменений.

2. Среди впервые выявленных больных туберкулезом кавернозная форма со-
ставляет около:

!1%;

 +3%;

!5%;

!7%;

!10%.

3. Кавернозной форме туберкулеза чаще непосредственно предшествует:

!очаговый туберкулез;

+инфильтративный туберкулез;

!диссеминированный туберкулез;

!первичный туберкулезный комплекс;

!туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

4. Кавернозной форме туберкулеза может предшествовать:

!милиарный туберкулез;

!цирротический туберкулез;

+первичный туберкулезный комплекс;

!хронический диссеминированный туберкулез;

!фиброзно-кавернозный туберкулез.

5.Стенка свежей туберкулезной каверны отличается:

!широким фиброзным слоем;

!широким и непрерывным фиброзным слоем;

!отсутствием фиброзного слоя;

+тонким фиброзным слоем;

!тонким и прерывистым фиброзным слоем.

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

!наличием эмфиземы;

+наличием полостного образования, окруженного трехслойной стенкой;
!выраженными фиброзными изменениями в зоне поражения;

!наличием очагов бронхогенной диссеминации;

!распространением МБТ лимфогематогенным путем.

7. Для кавернозной формы туберкулеза характерно наличие:

+тонкостенной каверны;

!толстостенной каверны;

!выраженного плевропневмофиброза на стороне каверны;

!викарной эмфиземы в базальных отделах;

!множественных полиморфных очагов в обоих легких.

8. Длительность кавернозного туберкулеза не превышает:

!6 мес;

+1 года;

!2 лет;

!3 лет;

!5 лет.

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

!чаще отсутствуют;

!изменяются волнообразно;
!нередко резко выражены;

+выражены слабо или умеренно;

!появляются внезапно среди полного благополучия.

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

+везикулярное;

!амфорическое;

!металлическое;

!жесткое;

!пуэрильное.

11.У больных кавернозным туберкулезом исследование мокроты на МБТ:

!малоинформативно;

!высокоинформативно;

!наиболее информативно при окраске по Цилю—Нельсену;

!наиболее информативно при окраске люминесцентными краси­телями;

+наиболее информативно при культуральном исследовании.

12.У больных кавернозным туберкулезом чаще отмечают:

!отсутствие мокроты, МБТ—;

!большое количество гнойной мокроты, МБТ+/—;

!небольшое количество крошковатой мокроты, МБТ+/—;

+небольшое количество слизистой мокроты, МБТ+/—;

!большое количество слизисто-гнойной мокроты, МБТ+.

13.Более частая локализация туберкулезных каверн:

+II сегмент;

!III сегмент;
!IV сегмент;

!V сегмент;

!IX сегмент.

14.Толщина стенки каверны при кавернозном туберкулезе обычно не превы-
шает:

!1 мм;

+2—3 мм;

!3—5 мм;

!5-10 мм;

!10-20 мм.

15.Рентгенологические признаки свежей каверны:

!четкость внутренних и наружных контуров;

!неровность внутренних и размытость наружных краев;

!равномерная кальцинация по всей окружности кольцевидной тени;

+четкость внутренних и размытость наружных контуров;

!размытость внутренних и наружных контуров.

16.Для кавернозного туберкулеза характерным рентгенологическим призна-
ком является:

!очаговая тень;

+кольцевидная тень;

!патология корня легкого;

!ограниченное затемнение;

!распространенное затемнение.

17.Наиболее информативным методом выявления каверны в легком являет-
ся:

!бронхоскопия;

!УЗ И органов грудной клетки;

+КТ органов грудной клетки;

!исследование мокроты на МБТ;

!обзорная рентгенограмма органов грудной клетки.

18.При благоприятном исходе на месте каверны формируется:

!очаг Гона;

!кальцинат;

+очаг или рубец;

!очаг Ашоффа—Пуля;

!очаг Абрикосова.

19.Прогрессирование кавернозного туберкулеза чаще приводит к формирова-
нию:

!внелегочных очагов поражения;

!диссеминированного туберкулеза;
 !хронического очагового туберкулеза;

+фиброзно-кавернозного туберкулеза;

!туберкулемы.

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

!санатория;

!амбулаторного наблюдения в противотуберкулезном диспансере;

!дневного стационара;

!круглосуточного фтизиохирургического стационара;

+круглосуточного фтизиотерапевтического стационара.

21.Формированию кавернозного туберкулеза способствует:

!широкое применение лечения в условиях стационара;

+несвоевременное выявление и позднее начало лечения;

!использование комбинированной химиотерапии;

!широкое применение амбулаторной химиотерапии;

!большое разнообразие организационных форм, применяемых для лечения больных туберкулезом.

22.Фиброзно-кавернозный туберкулез легких характеризуется:

!преимущественно симметричным поражением верхних отделов обо­их легких;

!локализацией специфического поражения преимущественно в ниж­них отделах;

+выраженными фиброзными изменениями в легком на стороне ка­верны;

!наличием тонкостенной каверны в малоизмененной легочной тка­ни;

!каверны с широкой стенкой и милиарной диссеминацией в окружающей ткани.

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

!20%;

!30%;

!40%;

!50%;

+80%.

24.Фиброзно-кавернозный туберкулез легких отличается от кавернозного ту-
беркулеза:

!отсутствием эмфиземы;

+наличием широкого и непрерывного фиброзного слоя в стенке ка­верны;

!смещением органов средостения в здоровую сторону;

!расширением межреберных промежутков над каверной;

!сетчатым фиброзом в обоих легких.

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

!характеризуется преобладанием симптомов локального поражения;

!характеризуется преобладанием симптомов интоксикации;

+зависит от фазы туберкулезного процесса;

!определяется биологическим видом возбудителя туберкулеза;

!определяется наличием внелегочных очагов поражения.

26.Над фиброзной каверной чаще выслушивают:

!шелест целлофана;

+бронхиальное дыхание;

!единичные сухие хрипы;

 !усиленное везикулярное дыхание;

 !ослабленное везикулярное дыхание.

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

!малоинформативно;

+высокоинформативно;

!информативно только при посеве на среду Левенштейна—Йенсена;

!информативно только при окраске методом Циля—Нельсена;

!информативно только при окраске люминесцентными красителями.

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

!крошковатой мокроты, МБТ+;

!гнойной мокроты, МБТ+;

!слизистой мокроты, МБТ+;

!серозной мокроты, МБТ+;

+слизисто-гнойной мокроты, МБТ+.

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

!моноцитоз, лейкоцитоз;

+лейкоцитоз, лимфопения;

!лейкоцитоз, лимфоцитоз;

!лейкоцитоз, нейтропения;

!эозинофилия, лейкоцитоз.

30.Типичным рентгенологическим признаком фиброзно-кавернозного тубер-
кулеза легких является:

!наличие уровня жидкости в кольцевидной тени;

!тонкая стенка кольцевидной тени;

+широкая стенка кольцевидной тени;

!бугристые очертания наружного контура;

!широкая дорожка к увеличенному корню легкого.

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

!0,5-1 года;

!1—1,5 лет;
+1,5-2 лет

!3-4лет;

!5 лет.

32.Фиброзно-кавернозный туберкулез легких чаще осложняется:

!амилоидозом;

!эмпиемой плевры;

 !туберкулезом кишечника;

+легочным кровотечением;

!спонтанным пневмотораксом.

33.Наиболее частая причина смерти при фиброзно-кавернозном туберкулезе

легких:

!почечная недостаточность;

!печеночная недостаточность;

!туберкулез мозговых оболочек;

!тромбоэмболия легочной артерии;

+легочно-сердечная недостаточность.

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

+хирургического вмешательства;

!физиотерапии;

!климатотерапии;

!коллапсотерапии;

!патогенетической терапии.

Глава 15. Цирротический туберкулез легких

1. Специфические изменения при цирротическом туберкулезе легких обычно
представлены:

!свежими кавернами;

!фиброзными кавернами;

!участками инфильтрации;

!казеозными фокусами;

+инкапсулированными казеозными очагами.

2. В структуре причин смерти от туберкулеза в России цирротический тубер-
кулез легких составляет:

!0,5-1%;

+2-3%; '

!3-5%;

!5-10%;

!более 10%.

3.Цирротическому туберкулезу легких чаще непосредственно предшес-
твует:

!милиарный туберкулез;

!кавернозный туберкулез;

!первичный туберкулезный комплекс;

+фиброзно-кавернозный туберкулез;

!подострый гематогенно-диссеминированный туберкулез.

4.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.

5.От цирроза легкого цирротический туберкулез отличается наличием:

+казеозных очагов;

!казеозных фокусов;

!фиброзных каверн;

!сосудистых аневризм;

!сетчатого фиброза.

6.Цирротический туберкулез отличается от фиброзно-кавернозного тубер-
кулеза легких:

! прогрессирующим иммунодефицитом;

+преобладанием фиброзных изменений над туберкулезными;

!повышением тканевой проницаемости;

!преобладанием пролиферативной тканевой реакции в зоне пораже­ния;

!нарушением газообмена в зоне поражения.

7.В развитии цирротического туберкулеза легких принципиальное значение
имеет:

!массивная суперинфекция МБТ;

!глубокий иммунодефицит;

!повышение тканевой проницаемости;

!преобладание экссудативной тканевой реакции в зоне поражения;

+замедленная инволюция туберкулезного воспаления.

8.Более частым и устойчивым клиническим симптомом цирротического ту-
беркулеза легких является:

!боль в грудной клетке;

!приступообразный кашель;

+одышка;

!повышение температуры тела;

!повышенная ночная потливость.

9.Установить обострение специфического воспаления при цирротическом
туберкулезе позволяет:

!усиление кашля;

+появление МБТ в мокроте;

!увеличение количества выделяемой мокроты;

!повышение температуры тела;

!ухудшение самочувствия.

10.Многие клинические проявления цирротического туберкулеза легких обу-
словлены:

!специфическим эндобронхитом;

!наличием туберкулезной каверны;

!формированием бронхоплеврального свища;

!лимфогематогенным распространением МБТ;

+присоединением неспецифической инфекции.

11.Типичным осложнением цирротического туберкулеза легких является:

!нодулобронхиальный свищ;

!спонтанный пневмоторакс;

!туберкулез бронха;

+легочно-сердечная недостаточность;

 !лимфогематогенная диссеминация.

12.У большинства больных цирротический туберкулезом в месте введения
2 ТЕ формируется:

! только гиперемия;

+папула 5-12 мм;

! папула 21 мм и более;

!уколочная реакция;

!везикула.

13.При цирротическом туберкулезе летальный исход чаще связан с развити-
ем:

!эмпиемы плевры;

!туберкулезного менингита;

!почечной недостаточности;

+легочно-сердечной недостаточности;

!амилоидозом внутренних органов.

Глава 16. Туберкулезный плеврит

1.Туберкулезный плеврит:

!чаще бывает у пожилых;

+связан с параспецифическим или специфическим поражением плевры;

!обычно протекает бессимптомно и заканчивается самоизлечением;

!быстро рассасывается, не оставляя остаточных изменений;

!в основном развивается как типичное осложнение вторичного ту­беркулеза.

2.Удельный вес туберкулезного плеврита среди впервые выявленных
больных туберкулезом в РФ составляет:

!1-2%;

+3-6%;

!8-10%;

!15-20%;

!20-25%.

3.Характерным рентгенологическим признаком туберкулезного экссудативного плеврита является:

!очаговая тень;

!кольцевидная тень;

!патология корня легкого;

!ограниченное затемнение;

+распространенное затемнение.

4. Междолевой плеврит можно отчетливо визуализировать с помощью:

!прямой томографии;

!прямой рентгенографии;

+боковой рентгенографии;

!видеобронхоскопии;

!УЗ И легких.

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

!перкуссия;

!аускультация;

!рентгенография;

+КТ;

!пункция плевральной полости.

6.Экссудативный плеврит реже встречается у пациентов с диагнозом:

+цирротический туберкулез легких;

!первичный туберкулезный комплекс;

!подострый диссеминированный туберкулез;

!инфильтративный туберкулез легких;

!туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

7. Эмпиема плевры чаще встречается у пациентов с диагнозом:

!туберкулема легких;

!очаговый туберкулез легких;

!первичный туберкулезный комплекс;

 !диссеминированный туберкулез легких;

+фиброзно-кавернозный туберкулез легких.

8. При туберкулезном плеврите в экссудате преобладают:

!моноциты;

+лимфоциты;

!эозинофилы;

!нейтрофилы;

!ретикулоциты.

9. При туберкулезном плеврите экссудат чаще:

!гнойный;

!хилезный;

+серозный;

!холестериновый;

!геморрагический.

10.Показанием к хирургическому лечению является:

+эмпиема плевры;

!серозный плеврит;

!фибринозный плеврит;

!микотический плеврит;

!геморрагический плеврит.

11.У больных первичным туберкулезом, осложненным плевритом, чувстви-
тельность к туберкулину чаще:

!сомнительная;

!нормергическая;

+гиперергическая;

!отрицательная анергия;

!положительная анергия.

Глава 17. Туберкулез гортани, трахеи и бронхов

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

!периферических лимфатических узлов;

+легких;

!внутригрудных лимфатических узлов;

!мягкой мозговой оболочки;

!плевры.

2.Поражение внутреннего кольца гортани чаще выявляют у больных:

!диссеминированным туберкулезом;

!инфильтративным туберкулезом легких;

+фиброзно-кавернозным туберкулезом легких;

!туберкулезным плевритом;

!туберкулезом миндалин.

3. Распад туберкулезного инфильтрата, сформировавшегося в стенке брон-
ха, приводит к появлению:

!бронхостеноза;

!бронхоспазма;

+язвы;

!ателектаза;

!бронхоэктаза.

4.Нодулобронхиальный свищ образуется в результате:

!ишемического некроза стенки бронха;

+прорыва внутригрудного казеозного лимфатического узла в бронх;
 !повышения внутрибронхиального давления;

!лимфостаза;

!нейротрофических нарушений в стенке бронха.

5. При туберкулезе бронха ведущим клиническим симптомом является:

!повышение температуры тела;

!осиплость голоса;

!выделение мокроты полным ртом;

+сухой упорный кашель;

!боли в межлопаточном пространстве.

6.Основным методом диагностики туберкулеза бронхов является:

!исследование мокроты на МБТ;

!КТ органов грудной клетки;

+бронхоскопия с биопсией;

!полимеразная цепная реакция (ПЦР) бронхиального содержимого;

!МРТ органов грудной клетки.

7.Частым последствием туберкулеза бронха является:

!гематогенная диссеминация;

+стеноз бронха;

!легочное кровотечение;

!облитерация плевральной полости;

!бронхопищеводный свищ.

Глава 18. Туберкулез легких в сочетании с другими заболеваниями

1. Наиболее частой формой пневмокониоза является:

!берилиоз;

+силикоз;

! асбестоз;

!алюминиоз;

!антракоз.

2. Для развития туберкулеза у больных силикозом имеет значение:

!пол;

!возраст;

!локализация силикотических поражений;

!степень поражения бронхиального дерева;

+распространенность силикотического поражения.

3.Среди больных туберкулезом и сахарным диабетом преобладают:

+мужчины в возрасте 20—40 лет;

!женщины в возрасте 20—50 лет;

!дети школьного возраста и подростки;

!дети дошкольного возраста;

!люди пожилого и преклонного возраста.

4.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.

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

!гипогликемией;

!положительной анергией;

+отрицательной анергией;

!гектической лихорадкой;

!вегетососудистой дистонией.

6. Силикотическая гранулема представлена:

!фиброзными тяжами, казеозными массами, солями кальция;

!коллагеновыми волокнами, аневризматически расширенными со­судами;

+пылевыми частицами, клеточными элементами и коллагеновыми волокнами;

!пылевыми частицами, скоплениями лейкоцитов и гигантских кле­ток;

!пылевыми частицами, эпителиоидными и плазматическими клет­ками.

Глава 19. Дифференциальная диагностика туберкулеза легких

1. Форма первичного туберкулеза, при которой не удается обнаружить из-
менения на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки:

!туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;

!первичный туберкулезный комплекс;

+туберкулезная интоксикация;

!очаговый туберкулез;

!туберкулезный плеврит.

2. В диагностике туберкулезной интоксикации (формы первичного туберку-
леза) наибольшее значение имеет:

!КТ органов грудной клетки;

!УЗИ органов брюшной полости;

+проба Манту;

!рентгенография органов грудной клетки;

!МРТ органов грудной клетки.

3. Установить диагноз туберкулезной интоксикации (формы первичного ту-
беркулеза) позволяет обнаружение:

!МБТ в бронхиальном содержимом;

!включений высокой интенсивности в тени корня легкого;

+виража чувствительности к туберкулину;

!увеличения внутрибрюшных лимфатических узлов при УЗИ;

!увеличения тени корня легкого.

4. У детей туберкулезную интоксикацию (форму первичного туберкулеза)
нередко принимают за проявления:

!краснухи;

!ветрянки;

!коклюша;

+хронического тонзиллита;

!дифтерии.

5. Расширение тени корня легкого чаще выявляют у больных:

!эозинофильной пневмонией;

!туберкулезной интоксикацией;

+туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов бронхопульмональной группы;

!с доброкачественным новообразованием легкого;

!периферическим раком легкого.

6. Рентгенологический симптом биполярности обнаруживают у больного:

!неспецифической пневмонией;

!актиномикозом;

+с первичным туберкулезным комплексом;

!саркоидозом I стадии;

!бронхолитиазом.

7. При лимфосаркоме, в отличие от туберкулеза внутригрудных лимфатиче-
ских узлов, отмечается:

!хроническое течение заболевания;

!острое начало болезни;

+быстрое увеличение размеров внутригрудных лимфатических узлов;

!постепенное увеличение внутригрудных лимфатических узлов;

!нормергическая чувствительность к туберкулину.

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

!острым, медленно прогрессирующим;

!подострым, волнообразным;

+инапперцептным;

!постепенным, малосимптомным;

!острым, быстро прогрессирующим.

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

!малосимптомным течением;

!эпителиоидными клетками в биоптате из пораженного лимфатиче­ского узла;

!узловатой эритемой;

!отсутствием выраженных изменений в гемограмме;

+двусторонним поражением лимфатических узлов без перифокальной инфильтрации.

10.При лимфогранулематозе, в отличие от туберкулеза внутригрудных лимфа-
тических узлов, в биоптате обнаруживают:

!клетки Пирогова—Лангханса;

!эпителиоидные клетки;

!лимфоциты;

+ клетки Березовского—Штернберга;

 !гистиоциты.

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

!диссеминированным туберкулезом;

!силикозом;

!гистиоцитозом; +саркоидозом;

! микролитиазом.

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

!карциноматоза

! саркоидоза;

+хронического диссеминированного туберкулеза;

!силикоза;

!двусторонней очаговой пневмонии.

**13. Застойное легкое отличается от диссеминированного туберкулеза легких:**

!деформацией корней обоих легких;

!очаговоподобными тенями в средних отделах легких;

+усилением и смазанностью легочного рисунка в средних и нижних отделах;

!плевральным выпотом;

!смещением органов средостения.

**14. Тяжелая двусторонняя мелкоочаговая пневмония отличается от милиарного туберкулеза легких:**

!острым началом;

+многочисленными сухими и влажными хрипами;

!мелкими очаговыми тенями малой интенсивности;

!отсутствием петрификатов во внутригрудных лимфатических узлах;

!одышкой.

**15. Диссеминированный туберкулез легких отличается от экзогенного аллергического альвеолита:**

!сухим кашлем;

!большим количеством светлой мокроты;

!медленно прогрессирующей дыхательной недостаточностью;

+быстрым прогрессированием на фоне лечения глюкокортикоидами;

!кратковременным улучшением при назначении тиенама.

**17. Метастатическое поражение легких отличается от диссеминированного туберкулеза легких:**

!наличием симптома «плакучей ивы»;

+наличием симптома «разменной монеты»;

!признаками «сотового легкого»;

!наличием кальцинатов;

!сетчатым фиброзом.

**18. Для терапии ex juvantibus при подозрении на туберкулез используют:**

!туберкулин или БЦЖ;

+изониазид и этамбутол;

!антибиотики широкого спектра действия;

!изониазид и рифампицин;

!глюкокортикоидные гормоны.

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

!туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов;

!фиброзно-кавернозного туберкулеза;

!туберкулемы;

+диссеминированного туберкулеза ограниченной протяженности;

!кавернозного туберкулеза.

**20. Туберкулиновая проба у больных раком легкого чаще:**

!отрицательная;

!сомнительная;

!положительная;

!гиперергическая;

+отрицательная или сомнительная.

**21. Синдром Панкоста возникает при развитии:**

!миозита;

!очагового туберкулеза в 1 сегменте легкого;

+рака верхушки легкого;

!ограниченного пневмоторакса;

!осумкованного верхушечного плеврита.

**22.Чаще метастазирует в легкие:**

!рак желудка;

!рак печени;

!злокачественная хорионэпителиома;

+рак кишечника;

!рак поджелудочной железы.

**23. Заболевание, с которым чаще дифференцируют инфильтративный туберкулез:**

!саркоидоз I стадии;

!лимфогранулематоз;

!невринома;

+неспецифическая пневмония;

!эхинококкоз.

**24. В отличие от пневмонии для инфильтративного туберкулеза более характерны:**

+верхнедолевая локализация и постепенное развитие заболевания;

!острое начало болезни, кровохарканье;

!наличие болей в грудной клетке, острое начало;

!одышка, потливость;

!кашель с отделением большого количества мокроты.

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

!медленное прогрессирующее течение;

!гектическая лихорадка;

+быстрая динамика клинико-рентгенологических и лабораторных признаков;

!кровохарканье;

!кашель с гнойной мокротой.

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

!быстрая динамика клинико-рентгенологических и лабораторных признаков;

!медленное прогрессирующее течение;

+кашель со значительным количеством гнойной мокроты;

!одышка;

!нормальная температура тела.

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

!раком легкого;

+инфильтративным туберкулезом;

!саркоидозом;

!бактериальной пневмонией;

!эозинофильной пневмонией.

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

!раком легкого;

!ограниченным инфильтративным туберкулезом;

!саркоидозом;

+бактериальной пневмонией;

!эозинофильной пневмонией.

29.Оптимальным методом верификации диагноза центрального рака являет-
ся:

!томография;

+бронхоскопия с биопсией;
!микроскопия мокроты;

!медиастиноскопия с биопсией;

!диагностическая торакотомия.

30.Оптимальным методом верификации диагноза казеозной пневмонии явля-
ется:

!диагностическая торакотомия;

+исследование мокроты на МБТ;

! КТ;

!медиастиноскопия;

!морфологическое исследование мокроты.

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

!округлая форма;

!большая ширина стенки;

+наличие дорожки к корню легкого;

!высокая интенсивность тени стенки;

!хаотичное включение кальция в стенке полости.

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

!форма кольцевидной тени;

!размер кольцевидной тени;

+наличие полиморфных очагов в легочной ткани, расположенных ниже кольцевидной тени;

!локализация кольцевидной тени в верхних отделах легких;

!высокая интенсивность стенки кольцевидной тени.

35.Туберкулезную каверну от полостной формы рака легкого позволяет от-
личить:

!спирография;

!бронхоскопия;

!рентгенография;

!радионуклеидное исследование;

+исследование бронхоальвеолярной жидкости на МБТ и опухолевые клетки.

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

!туберкулинодиагностика;

!физикальное обследование;

!давность заболевания;

+анамнез жизни;

!высокая интенсивность стенки кольцевидной тени.

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

!бронхоскопия;

!КТ органов грудной клетки;

!пневмотахометрия;

!туберкулинодиагностика;

+многократное исследование мокроты на МБТ.

38.Туберкулезную этиологию плеврита позволяет заподозрить обнаружение в

экссудате:

!хлоридов;

!трансферрина;

!гаптоглобина;

! малонового диальдегида;

+аденозиндезаминазы.

39.Более частой причиной выпота в плевральную полость у лиц молодого

возраста является:

!пневмония;

!мезотелиома;

+туберкулез легких;

!злокачественная опухоль легкого;

!инфаркт миокарда.

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

!саркоидоз;

!пневмония;

!туберкулез легких;

+злокачественная опухоль легкого;

!туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

41.Синдром средней доли отличается от осумкованного междолевого плеврита:

!негомогенностью затемнения;

!высокой интенсивностью затемнения;

!прямолинейными или вогнутыми контурами затемнения;

+уменьшением объема средней доли;

!повышением прозрачности окружающей легочной ткани.

42.Туберкулезную этиологию изменений в легких косвенно подтверждает:

!острое начало заболевания;

!быстрая положительная рентгенологическая динамика при лечении антибиотиками широкого спектра;

!небольшое клинико-рентгенологическое улучшение при лечении антибиотиками широкого спектра действия;

+появление аллергических побочных реакций при лечении антибио­тиками широкого спектра действия;

!появление токсических побочных реакций при лечении антибио­тиками широкого спектра.

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

!полость распада;

!инфильтрация вокруг патологического образования;

!фиброз в ткани вокруг патологического образования;

+полиморфные очага в легочной ткани;

!гиперплазия внутригрудных лимфатических узлов.

Глава 20. Туберкулез и материнство

1. Больные туберкулезом женщины в период беременности наблюдаются:

!акушером-гинекологом, фтизиатром и эпидемиологом;

+акушером-гинекологом и фтизиатром;

!акушером-гинекологом, фтизиатром и неонатологом;

!акушером-гинекологом, фтизиатром и инфекционистом;

!акушером-гинекологом, фтизиатром и терапевтом.

2. Показания к прерыванию беременности:

!кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах;

!очаг Гона в легком;

+диссеминированный туберкулез;

!очаги Симона в легких;

!латентная туберкулезная инфекция.

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

!больны туберкулезом;

+не инфицированы МБТ;

!имеют латентную туберкулезную инфекцию;

!инфицированы МБТ;

!обладают противотуберкулезным иммунитетом.

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

+в 1,5-2 раза;

!в 2—3 раза;

!в 3—4 раза;

!в 4—5 раза;

!в 5-6 раз.

5. Рентгенологическое исследование во время беременности проводят:

! при наличии клинических симптомов туберкулеза;

+в виде исключения при наличии сложной диагностической ситуации;

!при обнаружении МБТ в мокроте;

!при обнаружении ВИЧ-инфекции;

!при положительной чувствительности к туберкулину.

Глава 21. Туберкулез внелегочной локализации

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

!1—2 человека;

+3—4 человека;

!5-6 человек;

!7-8 человек;

!8—10 человек.

2. Туберкулез чаще поражает:

!желудок и кожу;

+почки, внутренние половые органы, кости;

!глаза, кишечник;

!мягкие ткани полости рта;

!центральную нервную систему.

3. Локализацией первоначальных очагов при развитии туберкулеза почек является:

!капсула почки;

!медуллярное вещество;

+кортикальный слой паренхимы почки;

!окружающая почку клетчатка;

!мозговой слой.

4. К формам туберкулеза почки относится:

!округлый инфильтрат;

!облаковидный инфильтрат;

!очаговый туберкулез;

!туберкулема;

+кавернозный туберкулез.

5. К недеструктивным формам туберкулеза почки относится:

!туберкулезный пионефроз;

!туберкулезный папиллит;
 !гидронефроз;

+туберкулез почечной паренхимы;

 !кавернозный туберкулез.

6. К своевременно выявленным формам туберкулеза почки относится:

!гидронефроз;

!облаковидный инфильтрат;

!туберкулезный пионефроз;

!туберкулезный папиллит;

+туберкулез почечной паренхимы.

7. При туберкулезе почек рентгенологическая картина полости, заполненной кон-
трастным веществом, с фестончатыми краями соответствует:

!казеоме почки;

!пионефрозу;

!туберкулезу почечной паренхимы;

+кавернозной форме туберкулеза почки;

!туберкулезному папиллиту.

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

!неспецифического эпидидимита;

+эпидидимита туберкулезной этиологии;

!опухолевого поражения придатка;

!гнойного поражения придатка;

!вирусного эпидидимита.

9. Проведение пробы Коха у больных туберкулезом мочевой системы

необходимо для определения:

+активности процесса;

! показаний для хирургического лечения;

!трудоспособности;

!степени нарушения функции почек;

!степени хронической почечной недостаточности.

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

!матка;

!яичники;

!проксимальные отделы маточных труб;

+дистальные отделы маточных труб;

!эндометрий.

11.При туберкулезе женских половых органов всегда поражаются:

!матка и маточные трубы;

+маточные трубы;

!яичники и маточные трубы;

!яичники;

!матка и яичники.

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

+гистеросальпингография;

!КТ органов малого таза;

!МРТ органов малого таза;

!лапароскопия;

!УЗИ органов малого таза.

13.Наиболее часто при костном туберкулезе поражаются:

!кости кисти;

+позвонки грудо-поясничного отдела;

!тазобедренные суставы;
!кости плечевого пояса;

!кости голени.

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

!контактный;

! лимфогенный;

+гематогенный;

!аэрогенный;

!алиментарный.

15.Локализацией первоначальных очагов при развитии туберкулеза позво-
ночника является:

!остистый отросток позвонка;

!межпозвоночный диск;

+губчатое вещество тел позвонков;

!межреберные мышцы;

!мягкие ткани, расположенные паравертебрально.

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

!возрастом больного;

!биологическим видом возбудителя туберкулеза;

!наличием сопутствующих заболеваний;

+этапом развития туберкулезного процесса;

!наличием медико-биологических факторов риска по туберкулезу.

17.Из различных суставов туберкулез чаще поражает:

!плечевой;

!локтевой;

!мелкие суставы кисти;
!мелкие суставы стопы;

+тазобедренный.

18.Относительно ранний симптом туберкулеза позвоночника:

!боль в спине в покое;

!боль в спине при движении;
 !деформация позвоночника;

+вынужденная осанка;

 !нарушение походки.

19.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.

20. Для туберкулезного менингита характерно:

+наличие продромального периода;

!хаотическая клиническая картина;

!отсутствие лихорадки;

!молниеносное течение;

!доброкачественное течение.

21.Туберкулезный менингит характеризуется:

!возможностью самоизлечения;

+стадийностью развития клинической картины;
!отсутствием менингеального синдрома;

!молниеносным течением;

!отсутствием продромального периода.

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

!герпетического;

+туберкулезного;

!вирусного;

!менингококкового;

!опухолевой природы.

23.При гематогенной форме туберкулеза глаз чаще поражается:

!хрусталик;

!стекловидное тело,

!конъюнктива;

+хориоидея;

!склера.

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

!хрусталик;

!стекловидное тело;

!зрительный нерв;

!хориоидея;

+конъюнктива.

25.Основным диагностическим критерием туберкулеза глаз является:

!наличие болевого синдрома;

!положительная проба Манту;

+положительная очаговая реакция при проведении пробы Коха;

! помутнение стекловидного тела;

! характерная локализация поражения.

26.Туберкулезом периферических лимфатических узлов чаще заболевают:

!взрослые;

+дети;

 !мужчины;

!женщины;

!люди пожилого возраста.

27.Из всех групп периферических лимфатических узлов туберкулезом чаще

поражаются:

!паховые;

!подмышечные;

+шейные;

!надключичные;

!локтевые.

28.Наиболее ранней формой абдоминального туберкулеза является:

!туберкулезный перитонит;

!туберкулез кишечника;

!туберкулез печени;

!туберкулез поджелудочной железы;

+туберкулез брыжеечных лимфатических узлов.

29.Наиболее распространенной формой туберкулеза кожи является:

!индуративная эритема Базена;

!язвенный туберкулез;

!папулонекротический туберкулез;

!бородавчатый туберкулез;

+туберкулезная волчанка.

30.К диссеминированным формам туберкулеза кожи относится:

+индуративная эритема Базена;

!скрофулодерма;

!язвенный туберкулез;

!туберкулезная волчанка;

!нодозная эритема.

Глава 22. Профилактика туберкулеза

1. 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.

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

+мер, относящихся к социальной профилактике;

!противотуберкулезной вакцинации и ревакцинации;

!превентивного лечения;

!санитарной профилактики;

!туберкулинодиагностики.

3. Мероприятия, относящиеся к социальной профилактике туберкулеза:

!применение дезинфицирующих средств в очагах туберкулезной инфекции;

+повышение материального благосостояния граждан;
!вакцинация БЦЖ;

!химиопрофилактика;

!изоляция бактериовыделителей.

4. Цель санитарной профилактики:

!обеспечение пассивной противотуберкулезной иммунизацией большей части населения;

!повышение уровня жизни населения;
 !иммунизация новорожденных БЦЖ;

+предупреждение инфицирования МБТ;

!улучшение финансирования противотуберкулезных мероприятий.

5. Санитарная профилактика туберкулеза включает:

!принятие государственных законов, регламентирующих противоту­беркулезные мероприятия;

!пассивную противотуберкулезную иммунизацию;

!противотуберкулезную вакцинацию БЦЖ;

+дезинфекцию в очагах туберкулезной инфекции;

!создание благотворительных фондов поддержки больных туберку­лезом.

6. Химические средства, применяемые для дезинфекции в очаге туберкулез-
ной инфекции:

!спирты;

!кислоты;

!щелочи;

+хлорсодержащие вещества;

!фенолы.

7. Губительное действие на МБТ оказывает:

!инфракрасное излучение;

+ультрафиолетовое излучение;

!рентгеновское излучение;

!ультразвук;

!электромагнитное поле.

8. 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.

9. Специфическая профилактика туберкулеза предусматривает:

!применение специальных дезинфицирующих средств в очагах ин­фекции;

!пассивную противотуберкулезную иммунизацию у контактирующих с больными лиц;

+вакцинацию БЦЖ у неинфицированных МБТ лиц;

!мероприятия по оздоровлению верхних дыхательных путей у кон­тактирующих с больными туберкулезом лиц;

!вакцинацию БЦЖ у инфицированных МБТ лиц.

10.Иммунизация БЦЖ показана лицам:

!реагирующим на туберкулин положительно;

+неинфицированным МБТ;

 !имеющим гиперергию к туберкулину;

!имеющим отрицательную анергию;

!впервые инфицированным МБТ.

11.Вакцина БЦЖ содержит:

+живые и убитые микобактерий штамма БЦЖ;

!только убитые микобактерий вакцинного штамма;
!атипичные микобактерий;

!только L-формы МБТ;

!PPD-S или PPD-L.

12.Прививочная доза вакцины БЦЖ:

+0,05 мг;

!0,1 мг;
!0,5 мг;

!0,05 г;

!0,5 г.

13.Прививочная доза вакцины БЦЖ-М:

!0,01мг;

+0,025 мг;
 !0,05 мг;

!0,25 г;

!0,05 г.

14.Применение вакцины БЦЖ-М показано:

+недоношенным новорожденным с массой тела при рождении менее 2000 г;

!новорожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией;

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

!недоношенным новорожденным с массой тела при рождении 2000 г и более;

!только взрослым при отрицательных результатах пробы Манту с 2 ТЕ.

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

!1—2 дней;

+3-7 дней;

!7-10 дней;

!10-15 дней;

!15-20 дней.

16.Противопоказаниями к вакцинации новорожденного в родильном доме являются:

+генерализованная БЦЖ-инфекция у родившихся ранее в семье де­тей;

 !масса тела при рождении менее 3000 г;

 !сведения о туберкулезе легких у членов семьи в прошлом;

!гемолитическая болезнь, независимо от ее тяжести;

!сифилис у матери в анамнезе.

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

!общего состояния ребенка;

!периферических лимфатических узлов;

+кожи в месте введения вакцины;

!лейкограммы; !иммунного статуса.

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

!1—2 мм;

!3—4 мм;

+5-7 мм;

!10-12 мм;

!12-15 мм.

19.Фактор, имеющий решающее значение для сохранения поствакцинально-
го противотуберкулезного иммунитета:

!наличие в организме остатков микробных тел БЦЖ;

+присутствие в организме живых микобактерий штамма БЦЖ и их L-форм;

!формирование изолированных туберкулезных очагов в месте локализации микобактерий штамма БЦЖ;

!постепенная трансформация штамма БЦЖ в типичные формы М. bovis;

!постепенное накопление в организме продуктов жизнедеятельности штамма БЦЖ.

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

!1-2 года;

!2-3 года;

!3-4 года;

+5-7 лет;

!7-10 лет.

21.Срок ревакцинации БЦЖ в России:

!в 2 года и далее каждые 5—7 лет;

!каждые 4 года у детей и подростков;
 !каждые 5 лет у детей и подростков;

+в возрасте 7 и 14 лет;

!устанавливают индивидуально в зависимости от эпидемиологиче­ской ситуации.

22.Противопоказанием для ревакцинации БЦЖ является:

!туберкулез у родителей в прошлом;

!отрицательная реакция Манту с 2 ТЕ;

!отсутствие социальных факторов риска по заболеванию туберкуле-
 зом;

+положительная реакция при пробе Манту с 2 ТЕ;

!отсутствие противотуберкулезных антител в сыворотке крови.

23.Применение противотуберкулезной иммунизации имеет принципиальное зна-
чение для уменьшения случаев туберкулезного менингита:

+среди детей раннего возраста;

!среди лиц среднего возраста;

!среди лиц пожилого и старческого возраста;

!среди людей, имеющих факторы риска по туберкулезу;

!среди людей, имеющих остаточные изменения после перенесенного ранее туберкулеза.

24.Тактика в отношении ребенка 6 мес, не вакцинированного БЦЖ в родиль-
ном доме:

+проведение пробы Манту, при отрицательных результатах — вакцинация БЦЖ;

!проведение пробы Пирке, при отрицательных результатах — вакцинация БЦЖ;

!проведение вакцинации БЦЖ без предшествующей туберкулиноди­агностики;

!проведение первичной химиопрофилактики в течение 3 мес;

!проведение пробы Коха, при отрицательных результатах — вакци­нация БЦЖ.

25.Тактика в отношении ребенка 1,5 мес, не вакцинированного БЦЖ в ро-
дильном доме:

!проведение пробы Манту, при отрицательных результатах — вакцинация БЦЖ;

!проведение пробы Пирке, при отрицательных результатах — вакцинация БЦЖ;

+проведение вакцинации БЦЖ без предшествующей туберкулиноди­агностики;

!проведение первичной химиопрофилактики в течение 3 мес;

!проведение пробы Коха, при отрицательных результатах — вакци­нация БЦЖ.

26.Осложнение, встречающееся при вакцинации и ревакцинации БЦЖ:

!пневмония;

!тромбофлебит;

!гектическая лихорадка;

!нейродермит;

+подкожный инфильтрат.

27.Химиопрофилактика показана детям:

!родители которых в прошлом перенесли туберкулез;

!с поставакцинальной аллергией;

+с виражом чувствительности к туберкулину;

!при наличии отрицательной анергии;

!при наличии положительной анергии.

28.Методика химиопрофилактики у детей и подростков с виражом чув-
ствительности к туберкулину:

+однократно в течение 3 мес;

!однократно в течение 8 мес;
!однократно в течение 10 мес;

!однократно в течение 1 года;

!в осенне-весеннее время по 2 мес в течение 2 лет.

29.Здоровым членам семьи больного туберкулезом, выделяющею МБТ, про-
водят:

!санацию полости рта;

!ревакцинацию независимо от результатов туберкулиновых проб;

+ химиопрофилактику;

!курс лечения туберкулином;

!пассивную противотуберкулезную иммунизацию.

Глава 23. Выявление больных туберкулезом и верификация диагноза

1. Первичное обследование для выявления туберкулеза должны проводить:

!противотуберкулезные учреждения;

!родильные дома;

+все диагностические и лечебно-профилактические учреждения об­щей лечебной сети;

!центры Госсанэпиднадзора;

!противотуберкулезные кабинеты и фельдшерско-акушерские пун­кты.

2. Выявить ранний период первичной туберкулезной инфекции позволяет
ежегодная:

!флюорография;

+туберкулинодиагностика;

 !микробиологическая диагностика бронхиального содержимого;

!рентгенография;

!бронхоскопия.

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

!бронхолобулярного инфильтрата;

!свежей каверны;

+виража чувствительности к туберкулину;

!свежего очагового туберкулеза;

!округлого инфильтрата.

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

!диссеминированного туберкулеза в фазе распада;

+очагового туберкулеза в фазе инфильтрации;

!туберкулемы в фазе распада и обсеменения;

!инфильтративного туберкулеза в фазе распада;

!милиарного туберкулеза в фазе инфильтрации.

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

!диссеминированного туберкулеза в фазе инфильтрации;

!очагового туберкулеза в фазе инфильтрации;

+инфильтративного туберкулеза в фазе распада;

!эмпиемы плевры;

!фиброзно-кавернозного туберкулеза в фазе инфильтрации.

6.Типичным примером позднего выявления туберкулеза считают обнаруже-
ние у впервые выявленного больного:

!диссеминированного туберкулеза в фазе инфильтрации;

!очагового туберкулеза в фазе инфильтрации;

! инфильтративного туберкулеза в фазе распада;

!туберкулезного плеврита;

+фиброзно-кавернозного туберкулеза в фазе инфильтрации.

7. В России для проведения массовой туберкулинодиагностики используют пробу:

!Пирке;

!Пирке градуированную;

!Коха;

!Манту с 5 ТЕ;

+Манту с 2 ТЕ.

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

!2 мес;

!6 мес;

+12 мес;
!2 лет;

!перед первой вакцинацией в 7 лет.

9. В России индивидуальную туберкулинодиагностику обычно применяют
при проведении:

!эпидемиологических исследований;

!обследования школьников на туберкулез;

!плановых обследований на туберкулез детей дошкольного возраста;

!противотуберкулезной вакцинации новорожденных в родильных до­мах;

+обследования детей из очагов туберкулезной инфекции.

10.В России основными методами выявления туберкулеза легких у детей яв-
ляются:

!клиническое обследование, рентгенография органов грудной клет­ки, микроскопия мокроты на кислотоустойчивые бактерии (КУБ);

+клиническое обследование, туберкулинодиагностика, рентгеногра­фия органов грудной клетки;

!клиническое обследование, микроскопия мокроты на КУБ, рентге­нография органов грудной клетки, туберкулинодиагностика;

!клиническое обследование, рентгенография органов грудной клет­ки, исследование мокроты методом ПЦР;

!клиническое обследование, УЗИ органов грудной клетки, микро­скопия мокроты на КУБ.

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

!госпитализация в противотуберкулезный стационар для лечения;

!госпитализация в стационар общего профиля для лечения;

!изоляция от детского коллектива и наблюдение в домашних условиях в течение 1—2 мес;

+направление к фтизиатру;

!направление в детский санаторий общего профиля для проведения
оздоровительных мероприятий.

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

+клиническое обследование, рентгенография органов грудной клет­ки, микроскопия мокроты на КУБ;

!клиническое обследование, рентгенография органов грудной клет­ки, микроскопия мокроты на КУБ, туберкулинодиагностика;

!клиническое обследование, рентгенография органов грудной клет­ки, фибробронхоскопия;

!клиническое обследование, рентгенография органов грудной клет­ки, исследование мокроты методом ПЦР;

!клиническое обследование, УЗИ органов грудной клетки, микро­скопия мокроты на КУБ.

13.Больные сахарным диабетом нуждаются в обследовании на туберкулез:

+1 раз в год;

!2 раза в год;

!3 раза в год;

!1 раз в 2 года;

!1 раз в 3 года.

14.Минимальное число исследований мокроты на КУБ при обследовании на
туберкулез:

!два;

+три;

!четыре;

!пять;

!шесть.

15.Исследование мокроты на КУБ является основным методом выявления
туберкулеза у больных:

!сахарным диабетом;

!язвенной болезнью;

!получающих длительный курс лечения глюкокортикоидными гор­монами;

!хроническим алкоголизмом;

+хроническими неспецифическими заболеваниями легких.

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

!общего анализа крови;

!общего анализа мочи;

+фибробронхоскопии;

!рентгенографии органов грудной клетки;

!исследования мокроты на КУБ.

17.Обследование на туберкулез не является обязательным в случае:

!обращения пациента к терапевту по поводу кашля с мокротой;

!первичного обследования пациента с ВИЧ-инфекцией;

!планового обследования больного сахарным диабетом;

!подготовки больного к длительному курсу иммуносупрессивной те­рапии;

+подготовки пациента к протезированию зубов.

18.Одностороннее усиление голосового дрожания над ограниченным
участком легкого — важный признак:

!гиповентиляции сегмента легкого;

!осумкованного плеврита;

+каверны, сообщающейся с бронхом;

!ателектаза I—II сегментов легкого;

!буллезной эмфиземы.

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

!сужением и закрытием дренирующих бронхов;

!наличием широкого казеозно-некротического слоя;

!наличием гноя в каверне;

+развитием перикавитарного фиброза;

!очагами в перикавитарной ткани.

20.Притуплённый легочный звук — характерный признак:

!эмфиземы легких;

!полости в легком;
 !пневмоторакса;

!гипервентиляции легких;

+уплотнения легочной ткани.

21. Сухие хрипы возникают в случае:

+сужения просвета бронхов;

!появления в бронхах жидкой мокроты;

!образования пузырьков воздуха в мелких бронхах;

!образования пузырьков воздуха в средних и крупных бронхах;

!уплотнения легочной ткани вокруг бронхов.

22. Жесткое дыхание выслушивается, если поражены:

+мелкие бронхи и бронхиолы;

!альвеолы;

!интерстициальная ткань легкого;

!париетальная плевра;

!висцеральная плевра.

23.Тимпанический легочный звук над ограниченным участком легкого — ха-
рактерный признак:

!пневмофиброза;

!инфаркта легкого;

 +гигантской полости в легком;

!экссудативного плеврита;

!пневмонии.

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

!лейкоцитоз;

!увеличение количества палочкоядерных нейтрофилов;
 +эозинопения;

!лимфопения;

!повышение СОЭ.

25.Выделение МБТ у больных казеозной пневмонией:

!отсутствует;

!появляется с началом заболевания;

+возникает на 2—3 нед заболевания;

!возникает на 4—6 нед заболевания;

!возникает на 6—8 нед заболевания.

26.В экссудате при туберкулезном плеврите обычно отсутствуют:

!лимфоциты;

!нейтрофилы;
 +эозинофилы;

!клетки мезотелия;

!эпителиоидные клетки.

27.Диагноз туберкулеза легких позволяет верифицировать:

!КТ органов грудной клетки;

!обзорная рентгенография и продольная томография органов грудной клетки;

!простая или люминесцентная бактериоскопия бронхиального со­держимого на МБТ;

!ультразвуковое и радиологическое исследование легких;

+морфологическое исследование биоптата из зоны поражения.

28.Диагноз туберкулеза легких позволяет верифицировать:

!КТ органов грудной клетки;

!исследование функции внешнего дыхания и газообмена;
!МРТ органов грудной клетки;

!КТ легких;

+ПЦР бронхиального содержимого.

29.Диагноз туберкулеза легких позволяет верифицировать:

+культуральное исследование бронхиального содержимого на МБТ;

!обзорная рентгенография и продольная томография органов груд­ной клетки;

!простая или люминесцентная микроскопия бронхиального содер­жимого на МБТ;

!ультразвуковое и радиологическое исследование легких;

!КТ органов грудной клетки.

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

!больные сахарным диабетом;

+военнослужащие по призыву и сотрудники родильных домов;

 !сотрудники учреждений социального обслуживания детей и под-

 ростков;

!больные, получающие иммуносупрессивную терапию;

!беженцы и мигранты.

31.Плановое флюорографическое обследование на туберкулез 1 раз в год

проходят:

!лица, состоящие на учете в наркологических и психиатрических учреждениях;

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

!подследственные и осужденные, находящиеся в пенитенциарных

учреждениях;

+больные хроническими неспецифическими заболеваниями легких и желудочно-кишечного тракта;

!ВИЧ-инфицированные.

Глава 24. Лечение туберкулеза

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

!закрытие полостей распада;

!ликвидация клинических симптомов туберкулеза;

!восстановление функции пораженного органа;

+прекращение бактериовыделения;

!биологическое излечение.

2. В России целью химиотерапии туберкулеза является:

+клиническое излечение;

!биологическое излечение;

!закрытие полостей распада;

!прекращение бактериовыделения;

!восстановление функции пораженного органа.

3.При проведении химиотерапии туберкулеза принято выделять:

+два основных этапа;

!три основных этапа;

!один основной этап;

!различные этапы в зависимости от возраста больного;

!два-три основных этапа.

4.Основной метод лечения больных туберкулезом:

!диетотерапия;

+химиотерапия;

!хирургический;

!коллапсотерапия;

!патогенетическая терапия.

5. Принцип комбинированности химиотерапии подразумевает:

!назначение химиопрепаратов на фоне рационального гигиенодие-тического режима;

!сочетание специфической химиотерапии с патогенетическими сред­ствами;

!применение химиотерапии в сочетании с наложением искусствен­ного пневмоторакса;

+одновременное назначение нескольких противотуберкулезных пре­паратов;

!сочетание химиотерапии с хирургическими вмешательствами.

6. Достаточная продолжительность и непрерывность химиотерапии уменьшают вероятность:

!закрытия полостей распада;

!формирования фиброзных изменений в зоне поражения;
 +быстрого развития устойчивости МБТ к лекарствам;

!появления нежелательных эффектов химиотерапии;

!трансформации МБТ в L-формы.

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

!эйфория на фоне приема химиопрепаратов;

!мнение о высокой частоте побочных реакций при химиотерапии;
+вредные привычки и низкая общая культура;

!представление о высокой частоте самоизлечения;

!представление о невозможности излечения.

8. Продолжительность стационарного лечения больного туберкулезом лег-
ких в значительной степени определяется:

!локализацией поражения в легком;

!биологическим видом возбудителя туберкулеза;

!социальным статусом больного;

!динамикой чувствительности к туберкулину;

+эффективностью проводимых лечебных мероприятий.

9. При сохранении полости распада у больного инфильтративным туберкулезом на фоне химиотерапии показана:

!физиотерапия;

!кавернотомия;

+коллапсотерапия;

!коллапсохирургия;

!туберкулинотерапия.

10.Для излечения хронических деструктивных форм туберкулеза наряду
с химиотерапией особое значение имеет:

+хирургия;

!климатотерапия;

!коллапсотерапия;

!туберкулинотерапия;

!патогенетическая терапия.

11.К основным противотуберкулезным препаратам относятся:

!протионамид, ПАСК;

!амикацин, канамицин;

!офлоксацин, этионамид;

!циклосерин, капреомицин;

+изониазид, рифампицин.

12.К основным противотуберкулезным препаратам относятся:

!ПАСК;

!таваник;

+этамбутол;

!циклосерин;

!протионамид.

13.Множественная лекарственная устойчивость — это устойчивость МБТ к
комбинации:

!этамбутола, рифампицина, стрептомицина;

!этамбутола, рифампицина, стрептомицина, пиразинамида;

+изониазида, рифампицина;

!этамбутола, рифампицина, пиразинамида, ПАСК;

!рифампицина, стрептомицина, протионамида.

14.К резервным противотуберкулезным препаратам относится:

!изониазид;

!этамбутол;

!рифампицин;

+протионамид;

!пиразинамид.

15.Обширная лекарственная устойчивость — это устойчивость МБТ:

!ко всем основным противотуберкулезным препаратам;

!к сочетанию наиболее эффективных основных противотуберкулез­ных препаратов;

+к основным препаратам и не менее, чем к трем резервным препа­ратам;

!к амикацину и препаратам фторхинолонового ряда;

!к рифабутину и капреомицину.

16. Одним из многокомпонентных противотуберкулезных препаратов является:

!гатифлоксацин;

!рифапентин;

+фтизиопирам;

!тибон;

!протионамид.

17. Большинство противотуберкулезных препаратов можно вводить:

!внутривенно;

!ингаляционно;

+ перорально;

!внутрилегочно;

!внутримышечно.

18.Преимущественно на внутриклеточно расположенные МБТ действует:

!изониазид;

!этамбутол;

!рифампицин;

+пиразинамид;

!стрептомицин.

19.Преимущественно на внеклеточно расположенные МБТ действует:

!изониазид;

!циклосерин;

!рифампицин;

!пиразинамид;

+стрептомицин.

20.Наиболее выраженным гепатотоксическим свойством обладает:

!ПАСК;

!циклосерин;

+рифампицин;

!этамбутал;

!стрептомицин.

21.Более выраженное противомикробное действие на МБТ оказывает:

!ПАСК, тиоацетазон;

!этионамид, циклосерин;

+изониазид, рифампицин;
!протионамид, этамбутол;

!стрептомицин, канамицин.

22.Для профилактики нейротоксического эффекта препаратов группы ГИНК
назначают витамин:

!В1;

!В12
!С;

!РР;

+В6.

23.Менее выраженное противомикробное действие на МБТ оказывает:

!таваник;

!изониазид;

+ПАСК;

!рифампицин;

!пиразинамид.

24.Максимальная суточная лечебная доза изониазида составляет:

!2,5 мг/кг;

!5 мг/кг;

!10 мг/кг;

+15 мг/кг;

!20 мг/кг.

25.Консультация окулиста необходима перед назначением:

!таваника;

!изониазида;

+этамбутола;

!рифампицина;

!пиразинамида.

26.При сочетании туберкулеза и злокачественного новообразования нежела-
тельно назначение:

!этамбутола;

!циклосерина;

+рифампицина;

!пиразинамида;

!протионамида.

27.При устойчивости МБТ к стрептомицину его обычно заменяют:

!изониазидом;

!этамбутолом;

!этионамидом;

!рифампицином;

+капреомицином.

28.Прецизионную резекцию легкого чаще выполняют по поводу:

!фиброзно-кавернозного туберкулеза;

+туберкулемы;

!очагового туберкулеза;

!инфильтративного туберкулеза;

!казеозной пневмонии.

29.Торакопластику чаще производят при наличии в легком:

!туберкулемы;

!свежей каверны;

+фиброзной каверны;

!очага Ашоффа—Пуля;

!очага Абрикосова.

30.В плановом порядке при гомогенной солитарной туберкулеме легкого чаще

выполняют:

!лобэктомию;

!пневмонэктомию;

!четырехреберную торакопластику;

!экстраплевральный пневмолиз;

+прецизионную резекцию.

31. При наличии показаний к хирургическому вмешательству у больных ка­вернозным туберкулезом чаще выполняют:

+лобэктомию;

!пневмонэктомию;

!торакомиопластику;

!кавернотомию;

!экстраплевральную пломбировку.

Глава 25. Неотложные состояния при туберкулезе легких

1.Наибольшую опасность для жизни при легочном кровотечении представляет:

!ателектаз легкого;

+асфиксия;
 !кровопотеря;

!аспирационная пневмония;

!прогрессирование туберкулеза.

2. В дифференциальной диагностике кровотечения из ветвей легочной арте-
рии и ветвей бронхиальной артерии наибольшее значение имеет:

+цвет крови;

!объем выделенной крови;

!РН крови;

!рентгенологические данные;

!бронхоскопическая картина.

3.Наиболее эффективным консервативным методом остановки кровотече-
ния из ветвей бронхиальных артерий является:

!покой;

+искусственная артериальная гипотензия;
!введение хлорида кальция;

!капельное введение свежезамороженной плазмы;

!введение эуфилина.

4. При напряженном пневмотораксе наибольшую опасность представляет:

!выключение легкого из вентиляции;

+повышение внутриплеврального давления;

!повышение давления в малом круге кровообращения;

!повышение венозного давления;

!уменьшение жизненной емкости легких.

5.Экстренная помощь при напряженном пневмотораксе включает:

!искусственную вентиляцию легких;

!ингаляцию кислорода;

+пункцию полости плевры;

!электростимуляцию дыхания;

!применение кардиотонических средств.

6.Наиболее часто спонтанный пневмоторакс возникает при наличии:

!туберкулеза легких;

+буллезной эмфиземы;

!кисты легкого;

!рака легкого;

!гистиоцтоза X.

7. При легочном кровотечении противопоказано введение:

!викасола;

!дицинона;

+кодтерпина;

!хлорида кальция;

!аминокапроновой кислоты.

8. При выделении с кашлем крови алого цвета более эффективно назначение:

!дицинона;

!трасилола;

!аскорбиновой кислоты;

!аминокапроновой кислоты;

+пентамина.

9. Для уточнения диагноза при спонтанном пневмотораксе наиболее эффективна:

!рентгенография;

!КТ грудной клетки;

!пункция полости плевры с манометрией;

+видеоторакоскопия;

!радионуклидное исследование вентиляции легких.

10.При остром легочном сердце наиболее эффективно:

!введение диуретиков;

!снижение артериального давления;

+эвакуация воздуха и жидкости из плевральных полостей;

!назначение антикоагулянтов;

!санация бронхиального дерева.

Глава 26. Организация противотуберкулезной работы в России

1. В России основной источник финансирования лечебно-профилактических
мероприятий при туберкулезе:

!фонд добровольного медицинского страхования;

!фонд обязательного медицинского страхования;

+средства госбюджета;

!международные фонды;

!благотворительные организации.

2. При подозрении на туберкулез необходимо обследование в условиях:

+поликлиники по месту жительства;

!диагностического центра;
!районной больницы;

!противотуберкулезного диспансера;

!учреждения службы Госсанэпиднадзора.

3. В России при выявлении туберкулеза учету и регистрации подлежат:

!только граждане России;

!граждане России и лица из стран ближнего зарубежья;
!граждане России и лица, не имеющие гражданства;

!граждане России и лица без определенного места жительства;

+граждане России, иностранные граждане и лица без гражданства.

5.Извещение о больном, у которого впервые в жизни установлен диагноз
туберкулеза, заполняет:

!медицинская сестра поликлиники;

+врач любой специальности;

!врач-фтизиатр;

!медицинская сестра противотуберкулезного диспансера;

!работник территориального органа Госсанэпиднадзора.

6.Извещение о больном, у которого впервые в жизни установлен диагноз
туберкулеза, оформляется:

!только в учреждениях общей лечебной сети;

!только в стационарах;

+в медицинских учреждениях независимо от ведомственной принад­лежности;

!только в поликлиниках;

!в органах Госсанэпиднадзора.

7. Врач при выявлении больного туберкулезом:

!сообщает о больном по телефону в противотуберкулезный диспансер;

!сообщает о больном по телефону в центр Роспотребнадзора;

!назначает больному противотуберкулезную терапию;

+оформляет извещение и отправляет его в территориальный орган Госсанэпиднадзора;

!назначает контактным лицам превентивную химиотерапию.

8. Дубликат извещения о больном, у которого впервые в жизни установлен
диагноз туберкулеза, направляется:

+в противотуберкулезный диспансер по месту фактического про­живания больного;

!в противотуберкулезный диспансер по месту регистрации пациента;

!по месту работы больного;

!в поликлинику по месту фактического проживания больного;

!в поликлинику по месту регистрации.

9.Оформление извещения о больном, у которого впервые в жизни установлен диагноз туберкулеза, осуществляется:

!в течение 1 нед после получения анализа мокроты на МБТ;

+в 3-дневный срок;

!в 10-дневный срок;

!сразу после подтверждения бактериовыделения;

!в течение 2 нед.

10.Принадлежность очага туберкулезной инфекции к определенной эпидеми-
ческой группе определяют:

!участковые терапевт и фтизиатр;

!участковые терапевт и педиатр;

!участковые фтизиатр и педиатр;

!врач-эпидемиолог и участковый терапевт;

+участковый фтизиатр и врач-эпидемиолог.

11.Жилище впервые выявленного больного туберкулезом легких с массивным
бактериовыделением, проживающего совместно с детьми, наблюдают как
очаг туберкулезной инфекции:

!5 группы;

!4 группы;

!3 группы;

!2 группы;

+1 группы.

12.Жилище больного, состоящего на учете в IA группе противотуберкулез-
ного диспансера, у которого на фоне лечения прекратилось бактериовы-
деление, продолжают рассматривать как очаг туберкулезной инфекции в
течение:

!6 мес;

+1 года;

!2 лет;

!3 лет;

!5 лет.

13.Жилище впервые выявленного больного туберкулезом легких с бактерио-
выделением, проживающего в своей квартире без родственников, наблю-
дают как очаг туберкулезной инфекции:

!5 группы;

!4 группы;

!3 группы;

+2 группы;

!1 группы.

14.Жилище впервые выявленного больного внелегочным туберкулезом, про-
живающего в квартире с детьми, наблюдают как очаг туберкулезной ин-
фекции:

!5 группы;

!4 группы;

+3 группы;

!2 группы;

!1 группы.

15.Первое мероприятие в отношении детей, проживающих в очаге туберку-
лезной инфекции:

+постановка на учет в противотуберкулезном диспансере;

!назначение специфической химиотерапии;

!направление на санаторно-курортное лечение;

!ревакцинация БЦЖ независимо от результата пробы Манту с 2 ТЕ;

!оздоровление верхних дыхательных путей.

16. 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.

17.При выявлении больных туберкулезом домашних животных очаг туберку-
лезной инфекции относят:

+к 5-й группе;

!к 4-й группе;

!к 3-й группе;

!ко 2-й группе;

!к 1-й группе.

18. Группа диспансерного наблюдения для взрослых, проживающих совмест-
но с впервые выявленным больным инфильтративным туберкулезом в
фазе распада, МБТ+:

!IA;

!IIА;

!III;

+IVA;

!IVБ.

19. Больных, много лет страдающих фиброзно-кавернозным туберкулезом
легких, в противотуберкулезном диспансере наблюдают в группе:

!IA или IБ;

+IIA или IIБ;

!IVA или IVБ;

!OA или ОБ;

!IB.

20. Группа диспансерного наблюдения ребенка с осложнением после вакцина-
ции БЦЖ:

!IA для детей и подростков;

+VA для детей и подростков;
!III для детей и подростков;

!IVA для детей и подростков;

!OA для детей и подростков.

21. Группа диспансерного наблюдения больных с впервые выявленным
активным туберкулезом органов дыхания:

+IA;

!IIА;
!IVA;

!OA;

!IB.

22. Срок наблюдения больного в I группе диспансерного учета:

!не более 3 мес;

!не более 10 мес;
!не более 12 мес;

!не более 18 мес;

+не более 24 мес.

23.Группа диспансерного наблюдения лиц при необходимости уточнения ак-
тивности туберкулезных изменений:

!IA или 1Б;

!IA или IIБ;

!VA или IVБ;

+OA;

!IB.

24.Срок наблюдения больного в 0 группе диспансерного учета при необходи-
мости уточнения активности туберкулезных изменений:

!не более 3 нед;

+не более 3 мес;

!не более 6 мес;

!не более 12 мес;

!не более 24 мес.

25.Взрослых из III группы диспансерного наблюдения обследуют не реже:

!1 раза в 3 мес;

!1 раза в 4 мес;

!3 1 раза в 5 мес;

+1 раза в 6 мес;

!1 раза в год.

26.Медицинские, ветеринарные и сельскохозяйственные работники, имею-
щие контакт с туберкулезной инфекцией, должны быть обследованы на
туберкулез не реже:

!1 раза в год;

!3 раза в год;

+1 раза в 6 мес;

!1 раза 9 мес;

!1 раза в 2 года.

27.Своевременность обследования детей на туберкулез находится под кон-
тролем:

!врача детского сада;

!участкового педиатра;

!участкового фтизиатра;

+врача-эпидемиолога;

!школьного врача.

28.Своевременность обеспечения лечебно-профилактических учреждений
вакциной БЦЖ находится под контролем:

!главного врача учреждения;

+центра Госсанэпиднадзора;

!главной медицинской сестры учреждения;

!противотуберкулезного диспансера;

!главного педиатра района.

29.Группа диспансерного наблюдения взрослых с клиническим излечением
туберкулеза:

!1Б;

!IB;

!IIА;

!IIБ;

+III.

30.

Группа диспансерного наблюдения впервые выявленных больных с бакте-риовыделением:

+IA;

!IB;

!IIА;

!IIБ;

!III.

31.Группа диспансерного наблюдения впервые выявленного больного с экс-судативным плевритом туберкулезной этиологии:

!1Б;

!IB;

+IA;

!ПБ;

!ПА.

32.Группа диспансерного наблюдения больных, нуждающихся в проведении дифференциальной диагностики туберкулеза с другими заболеваниями:

!1Б;

!IB;

!IA;

!IIБ;

+ОБ.

33.Группа диспансерного наблюдения больного с эмпиемой плевры туберкулезной этиологии:

!IA или IB;

+1А или IIБ;

!OA или ОБ;

!IA или 1Б;

!III.

34.Группа диспансерного наблюдения больных цирротическим туберкулезом легких:

!1Б

!IB

!IA

+IIБ;

!IA.

**ВОПРОСЫ НА ДИФЗАЧЕТ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО И ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ**

1.Лица с повышенным риском заболевания туберкулезом и мероприятия среди них.

2.Туберкулезный плеврит: классификация, клиника, дифф. диагностика и лечение.

3.Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза к антибактериальным препаратам: причины, методы выявления, врачебная тактика.

4.Туберкулез и материнство.

5.Цирротический туберкулез легких.

6.Принципы лечения деструктивного туберкулеза легких.

7.Факторы, играющие решающую роль в заболевании человека туберкулезом.

8.Диссеминированный туберкулез легких.

9.Гигиено-диетический режим больных туберкулезом.

10.Методика определения «виража», гиперергической и нарастающей аллергии и врачебная тактика при них.

11.Осложнения туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов.

12.Санитарная профилактика туберкулеза.

13.Под «маской» каких заболеваний чаще всего протекает туберкулез.

 Дифференциальная диагностика.

14.«Вираж» туберкулиновой реакции и врачебная тактика при нем.

15.Хирургическое лечение туберкулеза легких. Показания и противопоказания.

16.Ателектаз легкого при туберкулезе. Патогенез, клиника и лечение.

17.Побочные действия противотуберкулезных препаратов и мероприятия при них.

8.Искусственный пневмоторакс и пневмоперитонеум: показания и методика.

19.Методы активного выявления туберкулеза.

20.Патологическая анатомия туберкулеза.

21.Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов: патогенез, клиника, диагностика, лечение.

22.Этапы развития учения о туберкулезе.

23.Туберкулезная интоксикация у детей и подростков.

24.Химиопрофилактика туберкулеза.

25.Туберкулиновые пробы, цель их применения.

26.Туберкулезный менингит. Патогенез, клиника, диагностика и лечение.

27.Методы профилактики туберкулеза.

28.Источники и пути заражения человека туберкулезом.

29.Ранняя туберкулезная интоксикация у детей и подростков. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение.

30.Туберкулез органов брюшной полости (абдоминальный туберкулез). Патогенез, клиника, диагностика, лечение.

31.Клиническая классификация туберкулеза.

32.Казеозная пневмония. Патогенез, клиника, лечение.

33.Возбудитель туберкулеза. Типы и свойства.

34.Задачи диспансеров по профилактике, диагностике и лечению туберкулеза. Группы диспансерного учета у детей и взрослых.

35.Туберкулез периферических лимфатических узлов. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

36.Противотуберкулезные препараты и принципы их применения.

37.Осложнения при вакцинации. Меры профилактики и лечения.

38.Туберкулема легких. Патогенез, классификация, клиника, дифференциальная диагностика и лечение.

39.Милиарный туберкулез. Патогенез, клиника и лечение.

40.Виды иммунитета при туберкулезе.

41.Осложнения при фиброзно-кавернозном туберкулезе и врачебная тактика при них.

42.Основные принципы лечения туберкулеза.

43.Эпидемиологические показатели по туберкулезу: инфицированность, заболеваемость, болезненность, пораженность, летальность и смертность.

44.Дифференциальная диагностика туберкулеза легких и неспецифической пневмонии.

45.Противотуберкулезные мероприятия среди школьников.

46.Семиотика туберкулеза. Патоморфоз туберкулеза.

47.Осложнения первичного туберкулезного комплекса. Патогенез, клиника, лечение.

48.Особенности течения и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных и больных СПИД-ом, сахарным диабетом, наркоманией, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки.

49.Туберкулин и туберкулинодиагностика. Расшифровка пробы Манту.

50.Кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез легких: патогенез, клиника, лечение.

51.Врачебная тактика при легочном кровотечении.

52.Льготы для больных туберкулезом в соответствии с Постановлением СМ СССР от 1.09.60г.

53.Дифференциальная диагностика полостных образований в легких.

54.Туберкулезный гонит. Диагностика и лечение.

55.Первичный туберкулезный комплекс: патогенез, клиника, лечение.

56.Профилактические мероприятия в бациллярном очаге.

57.Туберкулезный коксит: клиника, диагностика и лечение.

58.Современные принципы флюорографического обследования населения.

59.Очаговый туберкулез легких. Клиника, диагностика и лечение.

60.Туберкулезный спондилит. Диагностика и лечение.

61.Туберкулез трахеи и бронхов: патогенез, клиника, диагностика и лечение.

62.Спонтанный пневмоторакс и врачебная тактика при нем.

63.Специфическая профилактика туберкулеза.

**Ситуационные задачи для проверки знаний по фтизиатрии и государственного экзамена**

**Задача 1.** У ученика 3 класса, 9 лет, при постановке пробы Манту размер инфильтрата оказался 13 мм. Результаты пробы Манту за предыдущие годы: 4мм, 7мм, 5мм, 6мм. Интерпретируйте ситуацию и определите врачебную тактику.

**Задача 2.** В горном ауле в 15 км от райцентра у больной 23 лет ночью внезапно началось легочное кровотечение. Вызванный по телефону фельдшером врач скорой помощи из районного центра увидел, как больная периодически выхаркивает алую кровь со сгустками. В семье больной – муж, двухлетняя дочь и мать. Определите объем экстренной помощи и дальнейшую врачебную тактику.

**Задача 3.** Шофер рефрижератора дальнего следования, 28 лет, вернулся из очередного рейса «простуженным»: кашель с мокротой, температура – 39,2°, слабость, обильный пот, по утрам скудная мокрота. Плохое самочувствие у себя отмечает более месяца. Дважды за последние 3 месяца перенес грипп. Контакт с больным туберкулезом отрицает. Питается нерегулярно, страдает хроническим гастритом.

 Объективно больной пониженного питания, рост 178см, вес 69 кг. Кожные покровы бледноватые, влажные. Язык обложен белым налетом. Пульс 92 уд. в мин., ритмичный. А/Д – 110/65. Дыхание – 22 движений в минуту, справа в подлопаточной области – крепитация и разнокалиберные влажные хрипы. На рентгенограмме легких справа в нижней доле – негомогенный инфильтрат с полостью в центре диаметром 2х3 см. Ваш предположительный диагноз и тактика ведения больного?

**Задача 4.** Больной 42 лет, инженер-строитель. Туберкулезом легких болеет последние 5 лет. Регулярно посещает диспансер и проводит противорецидивное лечение.

 Вечером, пытаясь передвинуть тяжелое кресло, внезапно почувствовал резкую боль в правом боку, после чего стала нарастать одышка. Врач скорой помощи констатировала выраженный цианоз губ, лица и шеи, затрудненное и учащенное дыхание 30 – 35 в 1 минуту. При осмотре – правая половина грудной клетки увеличена в объеме. Межреберные промежутки сглажены. Перкуторно – над всеми легочными полями справа – выраженный коробочный звук. Аускультативно – дыхание отсутствует.

 Ваш предположительный диагноз, первоначальные исследования, экстренная и последующая помощь?

**Задача 5.** Мальчик 6 лет болен (со слов матери) около 1 мес., когда появилась температура 37 - 37,2º, боли за грудиной, кашель, больше ночью и по утрам, битонального характера. Значительно снизился аппетит, потерял в весе около 2 кг. Два дня назад появилась температура 38,6 – 39,1º, одышка, усилился кашель.

 Контакт с больным туберкулезом отрицает. Общее состояние средней тяжести. При пальпации на шее определяется группа лимфоузлов диаметром 1 – 2 см, плотные, подвижные, спаянные между собой и с окружающими тканями. Перкуторно справа в верхних отделах – укорочение легочного звука. Аускультативно – дыхание в этом участке отсутствует. Вилочковый симптом Рубинштейна умеренно выражен, трахея смещена в правую сторону. Кровь: Л – 12.000, лимфопения (13%), СОЭ – 30 мм/час, БК в мокроте не обнаружены. На обзорной рентгенограмме легких – верхняя доля справа пониженной прозрачности, однородно затемнена, средостение смещено вправо. Срединная тень в верхнем отделе широкая, симптом «дымовой трубы». Справа в прикорневой зоне определяется группа увеличенных трахеобронхиальных и паратрахеальных лимфатических узлов. Контуры узлов нечеткие с выраженной перифокальной реакцией.

 Ваш диагноз и лечебно-диагностическая тактика?

**Задача 6.** Больной 18 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в пояснице, усиливающиеся при нагрузке.

 При объективном исследовании хирургом больного – резкое ограничение движений в позвоночнике на уровне грудинно-поясничного отдела («спина как доска»). Определяется некоторое выстояние остистых отростков 1 -–2 поясничных позвонков.

 Кровь – Нв – 90 г/л, Л – 9700, СОЭ – 27 мм/час. На рентгенограмме в двух проекциях выявляется деструкция тел L1 – L2 позвонков, сужение межпозвоночных щелей между ними. Расширение тени m. Iliopsoas слева.

1. О каком заболевании можно подумать в первую очередь?
2. Что нужно сделать для уточнения диагноза?
3. Определите примерный план лечения больного.

**Задача 7.** Девочка 12 лет обратилась к хирургу с жалобами на боли в правом тазобедренном суставе – постоянные, усиливающиеся к вечеру с иррадиацией в нижнюю конечность. При осмотре отмечается ограничение подвижности в суставе. На рентгенограмме правого тазобедренного сустава определяется остеопороз, верхние контуры головки бедренной кости нечеткие, с деструкцией костной ткани, сужение суставной щели.

1. Предположительный диагноз и его обоснование?
2. Примерный план лечения больной?

**Задача 8.** Больной 56 лет поступил в хирургическое отделение районной больницы с диагнозом «левосторонняя бедренная грыжа», которая появилась 2 месяца назад без видимой причины. Больного беспокоят боли в пояснице, усиливающиеся при ходьбе, недомогание, потливость, периодически температура поднимается до 38,2º. При более тщательном обследовании выясняется, что в левой подвздошной области имеется флюктуация по ходу m. Iliopsoas, причем полость в мышце соединяется с образованием, которое принимали за грыжу. При пункции добыто около 1,5 литров густого зеленовато-серого гноя.

 О какой болезни можно подумать и какие исследования надо проводить для уточнения диагноза?

**Задача 9.** Женщина 32 лет, последние 3 месяца замечает раздражительность, потливость, быструю утомляемость, покашливание без выделения мокроты, нарушение сна и снижение аппетита, по вечерам субфебрильная температура. При аускультации над легкими – везикулярное дыхание. Анализ крови: СОЭ – 18 мм/ч, лейкоциты – 8.100. На обзорной рентгенограмме легких: справа в 1 и 2 сегментах определяется группа очагов, местами сливного характера. Слева в 1 межреберье единичные очаги с нечеткими контурами.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Поставьте клинический диагноз и разработайте план лечения.

 **Задача 10.** У мужчины 28 лет появилась постепенно нарастающая общая слабость, утомляемость, потливость. При рентгенологическом исследовании через 2 недели после заболевания обнаружена справа во 2-ом сегменте округлая гомогенная тень, с нечеткими контурами, диаметром 3 см, с просветлением в центре. В мокроте методом флотации обнаружены БК 2-3 в поле зрения. Анализ крови: Л-10200, Э-3, П-8, С-47,Л-32, СОЭ -30 мм/час. Проба Манту – 20 мм.

Ваш предположительный диагноз и дифференциальная диагностика?

 **Задача 11.** Больной 29 лет обратился в противотуберкулезный диспансер с жалобами на слабость, сухой кашель, боли ноющего характера в области правой лопатки, похудание. Больным себя считает около 2 месяцев.

 При объективном обследовании: над всеми легочными полями ясный легочный звук, при аускультации справа в межлопаточной области влажные среднепузырчатые хрипы. Со стороны других внутренних органов – патологии нет. Кровь: Л-9800, Э-1, П-6, С-62, Л-25,М-6, СОЭ-23 мм/ч. Мокрота –БК(-), эластические волокна (+). Туберкулиновые пробы: р. Манту – 15 мм. Рентгенологически справа во 2 сегменте округлой формы тень размером 3-4 см, средней интенсивности с четкими контурами, негомогенная за счет включения кальцинатов и участки просветления. Вокруг тени немногочисленные средней и малой интенсивности тени очагов с нечеткими контурами.

 Ваш диагноз и лечение?

 **Задача 12.** У девочки 4-х лет из контакта с больным туберкулезом отцом появился сухой кашель, температура до 38º. Лечение антибиотиками широкого спектра и сульфаниламидными препаратами эффекта не дало. Проба Манту 7 мм впервые. В легких физикальных изменений нет. На рентгенограмме справа - в нижней доле - полиморфный инфильтрат, переходящий на расширенный корень.

 Ваш предположительный диагноз, дальнейшее обследование и врачебная тактика?

 **Задача 13.** Больная 23 года поступила в терапевтическое отделение больницы, где находилась в течение 10 дней с диагнозом левосторонняя нижнедолевая пневмония. Из анамнеза выяснилось, что в течение последних 2 месяцев чувствует себя плохо, отмечает слабость, плохой сон, снижение аппетита, сухой кашель, быструю утомляемость и потливость. Температура временами поднимается до 38 - 39º.

 При осмотре – кожные покровы бледные, влажные, подкожно-жировой слой почти отсутствует. Перкуторно – над всеми легочными полями некоторое укорочение легочного звука. Аускультативно с обеих сторон разнокалиберные влажные хрипы, преимущественно в нижних отделах.

 Кровь: НВ -78. Л-10.300,СОЭ-56 мм/ч, Э-2, п-1,С-79, Л-18, М-10.

 Мокрота – БК (-)

 ЭКГ – синусовая тахикардия. Частичное нарушение внутрижелудочковой проводимости

 Спирография – признаки резкого нарушения легочной вентиляции рестриктивного типа (ДН-3 рестр.).

 На рентгенограмме легких в нижней доле правого легкого отмечается интенсивная неоднородная инфильтрация с множественными полостями распада различной величины и формы.

1. Проведите дифференциальную диагностику возможных заболеваний.
2. Определите лечебную тактику.

 **Задача 14.** У ребенка 5 лет выявлена положительная реакция Манту с 2 ТЕ размером папулы 10 мм. В прошлом туберкулиновые пробы отрицательные.

1. Оцените и интерпретируйте ситуацию.
2. Разработайте врачебную тактику.

 **Задача 15.** Женщина 22 лет поступила в инфекционное отделение больницы с температурой до 39 - 39,5º, сухой кашель, одышка. В легких хрипов нет. Кроме хронического тонзиллита, другого источника температуры не выявлено. Проведенное лечение антибиотиками широкого спектра действия несколько снизили температуру, и больная была выписана на амбулаторное лечение. Через 2 недели состояние больной резко ухудшилось, вновь поднялась температура до 39,2º, появились сильные головные боли и рвота, ригидность затылочных мышц. На рентгенограмме легких – мелкоочаговые тени по всем легочным полям. СОЭ -32 мм/ч, лейкоциты - 9 тыс., лимфоциты -22.

 Ваш предположительный диагноз, дополнительные исследования для его уточнения, дифференциальная диагностика и лечение?

 **Задача 16.** Мальчика 9 лет привела к врачу мать с жалобами на понижение аппетита, бледность, головные боли, капризность. Снизилась успеваемость в школе. При осмотре ребенок пониженного питания, кожные покровы бледные, умеренное увеличение миндалин, шейных и подчелюстных лимфатических узлов до 1-1,5 см в диаметре. Ан. крови: Нв -102 ед, СОЭ -16 мм/ч, лейкоц. - 6 тыс., лимфоциты – 28%. Проба Манту 10 мм, предыдущие реакции были отрицательными. На обзорной рентгенограмме легких патологические изменения не обнаружены.

 Укажите круг возможных заболеваний, проведите дифференциальную диагностику, укажите примерный план лечения больного.

**Задача 17.** У больного, страдающего бронхиальной астмой, появились боли в суставах, кашель с мокротой желтоватого цвета. При рентгенологическом обследовании в верхнем отделе правого легкого выявлен округлой формы инфильтрат средней интенсивности с четкими контурами. Через 3 дня при рентгенологическом дообследовании в противотуберкулезном диспансере инфильтрат в правом легком исчез, а появился подобный инфильтрат в нижней доли левого легкого. В крови: СОЭ –27, лейкоциты –6 тыс., эозинофилы –12%.

 Ваш предположительный диагноз и дифференциальная диагностика?

**Задача 18.** У больного 46 лет, работающего на шахте и страдающего силикозом, при рентгенологическом обследовании легких обнаружено множество очагов с обеих сторон на протяжении от ключицы до 5 ребра. Через год состояние ухудшилось: периодически повышается температура до 37,5-38º, отмечается потливость, одышка несколько усилилась. При рентгенологическом обследовании появились новые мягкие полиморфные очаги с нечеткими контурами на фоне старых очагов и за их пределами.

 Ваше предположение, дообследование и примерное лечение?

**Задача 19.** У девочки 11 лет, страдающей туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов слева и находящейся по этому поводу на амбулаторном лечении, появился надсадный мучительный кашель, усиливающийся в горизонтальном положении тела, tº –39,2º, одышка, головные боли. При рентгенологическом дообследовании в верхней доле левого легкого появилась дополнительная тень гомогенного характера с сужением межреберных промежутков в указанной области и смещением средостения в сторону тени.

 Ваше заключение, диагностическая и лечебная тактика?

**Задача 20.** В терапевтическую клинику «скорая помощь» привезла больного 62 лет с одышкой и кровохарканьем. На срочно сделанной обзорной рентгенограмме легких по описанию рентгенолога – диссеминация интенсивных мелких круглых очагов с четкими контурами, сгущающихся к корням легких. Тень сердца значительно увеличена. Аускультативно – приглушение тонов сердца и ослабление легочного дыхания. В подлопаточных областях –влажные хрипы. СОЭ –6 мм в 1 час, пульс 118 в 1 минуту, ритмичный, дыхание 32 в 1 минуту.

 Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения больного?

**Задача 21.** В школе при проведении пробы Манту у девочки 9 лет выявили «вираж» туберкулиновой реакции –14 мм. Родители жалуются на ухудшение учебы, капризность ребенка, снижение аппетита. Шейные и подмышечные лимфатические узлы умеренно увеличены (до 1,5 см), тугоэластической консистенции. На рентгенограмме легких патология не обнаружена. СОЭ –17 мм в 1 час. Нв –98.

 Ваш предположительный диагноз и дальнейшее ведение больной?

**Задача 22.** У подростка 16 лет при флюорографии в подключичной области слева обнаружены плотные полиморфные очаги с четкими контурами. Жалоб не предъявляет, в прошлом туберкулезом не болел.

 Ваш предположительный диагноз и тактика?

**Задача 23.** Юноша 19 лет в течение 3 недель безрезультатно лечится в терапевтическом отделении районной больницы от острой пневмонии нижней доли правого легкого. Состояние тяжелое, кашель с мокротой, tº –38,5 –39,5º, СОЭ –58 мм/час, лейкоциты –11 тыс., сдвиг лейкоцитарной формулы влево, лимфоциты –17%. На повторной рентгенограмме через три недели – выраженная отрицательная динамика, на фоне полиморфной тени появились полости распада. В мокроте БК +. Выяснилось, что пациент был в контакте с больным дядей, у которого фиброзно-кавернозный туберкулез легких.

 Ваш предварительный диагноз, дополнительное обследование и лечебная тактика?

**Задача 24.** У беременной женщины 28 лет появились симптомы: потливость, субфебрильная температура, кашель без мокроты, боли в правом боку. Выяснилось, что в 10 - летнем возрасте она перенесла туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

 Предположительный диагноз, дополнительное обследование и обоснование лечения с учетом беременности?

**Задача 25**. Мужчина 27 лет госпитализирован в инфекционную клинику с температурой 39,5º и подозрением на брюшной тиф. Пульс 115 в 1 мин., дыхание 46 в мин., сухой болезненный приступообразный кашель. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, аускультативно в легких единичные сухие хрипы на фоне жестковатого дыхания. На обзорной рентгенограмме легких – мелкоочаговая диссеминация обоих легких.

 Ваш диагноз и лечение?

**Задача 26.** Женщина 38 лет несколько лет жалуется на боли в эпигастральной области, больше в правой половине, вздутие живота, периодически жидкий стул, иногда запоры. Лечилась с переменным успехом от гастрита, колита. В 24 года родила девочку, после этого беременность не наступает. Последние 2 месяца отмечает увеличение живота. В брюшной полости жидкость, пункцией добыта серозная жидкость, при лабораторном исследовании пунктата: белок –4,5 %, лимфоциты - 57%.

 Ваш диагноз и лечебная тактика?

**Задача 27.** У мужчины 33 лет при поступлении на работу сделана флюорография легких, на которой в подключичной области слева обнаружена округлой формы интенсивная тень диаметром 3,5 см с четкими контурами. Жалоб нет.

 О каких заболеваниях можно подумать и какие исследования надо проводить, чтобы уточнить диагноз?

**Задача 28**. Мужчина 22 лет жалуется на кашель со скудной мокротой в течение более 3 месяцев. На рентгенограмме легких патологические изменения не обнаружены. В мокроте БК +.

 О каком диагнозе можно подумать и что надо сделать для его уточнения?

**Задача 29.** У девушки 19 лет после переохлаждения температура повысилась до 39,5º, появились сильные боли в левом боку, одышка. Аускультативно дыхание над левым легким не выслушивается, перкуторно – притупление ниже 5 ребра по средней аксиллярной линии с характерной верхней границей по линии Эллиса-Домуазо. Рентгенограмма легких подтвердила наличие жидкости в левой плевральной полости, другие изменения в легких не обнаружены. При пункции плевральной полости в терапевтическом отделении, куда была госпитализирована больная, добыто около 600,0 желтоватой вязкой жидкости. При лабораторном исследовании пунктата: удельный вес – 1016, белок – 3,2%, лимфоциты - 48%.

 Ваш предположительный диагноз, его обоснование и лечебная тактика?

**Задача 30.** У больного 39 лет по обращаемости установлен инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого, БК+ бактериоскопически. Живет на втором этаже в двухкомнатной квартире с жилой площадью 27 м². В семье еще жена и трое детей – 16, 12 и 9 лет. Семья среднего достатка.

 Определите и аргументируйте тип бациллярного очага, разработайте мероприятия для санитарной профилактики и оздоровления очага.

**Задача 31.** У 20-летней студентки сельскохозяйственной академии, проживающей в общежитии, при флюорографическом обследовании выявлен очаговый туберкулез верхней доли левого легкого в фазе инфильтрации и распада. БК-.

 Укажите тип очага и определите объем профилактических мероприятий в нем.

**Задача 32.**  Больная 37 лет, повар школы-интерната, госпитализирована в туберкулезную больницу с диагнозом: инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого в фазе распада, БК+, осложненный легочным кровотечением. До установления диагноза в течение двух месяцев чувствовала себя плохо, был кашель с мокротой, лечилась от гриппа. Диагноз туберкулеза установлен после рентгенографии легких. В семье – муж и двое детей – мальчик 9 лет и девочка 6 лет. При обследовании у девочки выявлен туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, с чем и госпитализирована в детское туберкулезное отделение. Живут на частной квартире из двух комнат общей площадью 23 м², с общей кухней с хозяевами дома – мужем 67 лет и женой 63 лет.

 Определите тип бациллярного очага и мероприятия в семье, у соседей и в школе-интернате, где работала больная.

**Задача 33.** В общем дворе живут три семьи – брата и двух сестер. Брат, 28 лет, вернулся из мест заключения и умер от фиброзно-кавернозного туберкулеза. Его жена, 26 лет, здорова, у дочери 5 лет – усиливающаяся реакция пробы Манту. Старшая сестра, 32 лет, торгует в продуктовом магазинчике на территории автобусной станции и от флюорографического обследования отказывается. Ее муж, 36 лет, милиционер, на работе регулярно проходит флюорографию, здоров. У двух их детей, девочки 9 лет и мальчика 7 лет, умеренная (12 мм) и выраженная (15 мм) реакции пробы Манту. Младшая сестра, 25 лет, неделю назад госпитализирована в туберкулезную больницу с диссеминированным туберкулезом легких в фазе распада, БК+. Муж ее, 26 лет, не работает, ухаживает за детьми 5 лет и 3 лет, ему помогает мать, 48 лет, приехавшая из аула.

 Определите и обоснуйте тип бациллярного очага, разработайте и аргументируйте профилактические и оздоровительные мероприятия в очаге.

**Задача 34.** У мужчины 52 лет, художника по профессии, при флюорографии выявлен кавернозный туберкулез нижней доли правого легкого, БК выявлен методом посева. В течение 25 лет страдает сахарным диабетом. Живет с женой и взрослым сыном, 23 лет, учителем средней школы, в квартире из двух комнат со всеми коммунальными удобствами.

 Определите тип бациллярного очага и оздоровительные мероприятия в нем.

**Задача 35.** В полуразрушенном ауле живут 9 семей – 24 взрослых и 37 детей и подростков. Основная работа населения – разведение и уход за крупным и мелким рогатым скотом. Флюорографическое обследование жителей аула не проводилось более 10 лет. Больных туберкулезом в ауле не зарегистрировано, но несколько человек страдают хроническими заболеваниями легких, один из них умер около года назад после «осложнения гриппа». Проба Манту выявила инфицированность 19 детей и подростков, у 2 – вираж, у 1 – гиперергическая реакция. Раньше, в период колхозов, животноводческое хозяйство аула считалось неблагополучным по туберкулезу. Последние 12 лет ветеринарного контроля за скотом нет.

 Ваша оценка ситуации и план противотуберкулезных мероприятий?