

Вопросы с вариантами ответов по специальности «Пульмонология» (I категория) для аттестации

Купить базу вопросов с ответами можно здесь:
<https://medik-akkreditacia.ru/product/pulmonologia/>

Полезные ссылки:

1) Тесты для аккредитации «Пульмонология» (2100 вопросов)

<https://medik-akkreditacia.ru/product/pulmonolog/>

2) Тесты для аккредитации «Рентгенология» (3000 вопросов)

https://medik-akkreditacia.ru/product/rentgen_vrach/

Врач-пульмонолог должен иметь высшее образование по одной из специальностей:

1. Фармация

2. Медико- профилактическое дело

3. Лечебное дело

4. Педиатрия

5. Стоматология

4

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

3,4

Врач пульмонолог должен иметь последипломное образование по одной из специальностей:

1. Терапия

2. Общая врачебная практика (семейная медицина)

3. Педиатрия

4. Скорая медицинская помощь

5. Фтизиатрия

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

- 1. В целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов**
- 2. В целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания**
- 3. В целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования**
- 4. В целях проведения научных исследований безопасности лекарственных препаратов**
- 5. В целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом.**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Юридическая ответственность медицинского работника и причины неоказания помощи больному:

А. Предусмотрена

Б. Не предусмотрена

- 1. болезнь самого медицинского работника**
- 2. тяжелое состояние самого медицинского работника**
- 3. занятость самого медицинского работника**
- 4. оказание медицинской помощи более тяжелому больному**
- 5. невозможность транспортировки больного или медицинского работника к месту оказания медицинской помощи**
- 6. отпуск медицинского работника**
- 7. отсутствие необходимых инструментов и условий для оказания медицинской помощи**

А-2,3,6,7 Б-1,4,5

А-2,4,6,7 Б-1,3,5

А-1,3,6,7 Б-2,4,5

А-1,3,4,5 Б-2,6,7

А-1,2, 3,4 Б-5,6,7

Основные механизмы обмена веществ через капиллярную мембрану:

- 1. трансмиссия**
- 2. диффузия;**
- 3. фильтрация/абсорбция;**
- 4. реабсорбция**

5. микропиноцитоз

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

Система внешнего дыхания обеспечивает:

1. Регуляцию состава вдыхаемого воздуха

2. Транспорт газов кровью

3. Легочную вентиляцию

4. Легочный газообмен

5. Тканевое дыхание

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

Система внешнего дыхания включает:

1. Процесс утилизации кислорода

2. Легкие и малый круг кровообращения

3. Дыхательный насос

4. Процесс образования углекислого газа

5. Систему регуляции дыхания

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

В понятие «иммунитет» входит

1. невосприимчивость организма к инфекционным болезням

2. способность различать свои и чужеродные структуры

3. обеспечение целостности внутренней структуры организма

4. способ защиты организма от живых тел и веществ, несущих на себе признаки генетической чужеродности

5. невосприимчивость организма к вирусным инфекциям

все перечисленное

2,3,5

4

1,2,3,5

3,4

Особенностями иммунной системы являются

- 1. она строго ограничена от других органов и систем**
- 2. она генерализована по всему телу**
- 3. ее клетки постоянно рециркулируют через кровотоки по всему телу**
- 4. она обладает способностью вырабатывать биологически активные вещества**
- 5. она обладает уникальной способностью вырабатывать сугубо специфические молекулы антител**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Главнейшими (специфическими) типами иммунологического реагирования являются

- 1. активация комплемента**
- 2. выработка специфических антител**
- 3. накопление сенсibilизированных лимфоцитов**
- 4. хемотаксис**
- 5. фагоцитоз**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Центральными органами иммунной системы являются

- 1. лимфатические узлы**
- 2. тимус**
- 3. костный мозг**
- 4. селезенка**
- 5. пейеровы бляшки кишечника**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

К периферическим органам иммунной системы относятся

- 1. кровь**
- 2. тимус**
- 3. селезенка**
- 4. лимфатические узлы**
- 5. пейеровы бляшки кишечника**

3,4

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

Т-лимфоциты выполняют следующие функции

- 1. отвечают за развитие клеточных иммунологических реакций в виде гиперчувствительности замедленного типа**
- 2. осуществляют реакции трансплантационного иммунитета**
- 3. осуществляют противоопухолевый иммунитет**
- 4. обеспечивают резистентность против бактериальных инфекций, связанных с внутриклеточным паразитированием возбудителя**
- 5. выполняют главные иммунорегуляторные функции**

1,2,3,5

4

2,3,5

все перечисленное

3,4

В-лимфоциты

- 1. являются иммунорегуляторными клетками**
- 2. обеспечивают противовирусный иммунитет**
- 3. являются главными антиген-презентирующими клетками**
- 4. в ответ на антиген трансформируются в клетки, синтезирующие антитела**
- 5. являются основными фагоцитирующими клетками**

1,2,3,5

все перечисленное

2,3,5

4

3,4

К фагоцитарной системе относятся

- 1. эпителиальные клетки**
- 2. нейтрофильные гранулоциты**
- 3. моноциты и макрофаги**
- 4. Т-лимфоциты-эффекторы**
- 5. эозинофилы**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Методами оценки гуморального иммунитета являются

- 1. определение циркулирующих иммунных комплексов**
- 2. подсчет количества В-лимфоцитов**

3. подсчет количества Т-лимфоцитов

4. определение иммуноглобулина Е

5. определение иммуноглобулина А, М, G

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Методом оценки клеточного иммунитета является определение

1. CD19

2. CD3

3. CD4

4. CD23

5. CD8

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

Для оценки системы фагоцитоза исследуют

1. базофилы

2. моноциты

3. эозинофилы

4. нейтрофилы

5. лимфоциты

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

Отток крови из бронхиальных артерий осуществляется:

В легочную артерию

В легочную вену

В верхнюю полую вену

В нижнюю полую вену

В аорту

Типы артерий и легочные артерии:

А. артерии эластического типа

Б. артерии мышечноэластического типа

В. артерии мышечного типа

1. терминальные артерии

2. правая легочная артерия
3. внутридольковые артерии
4. легочный ствол
5. субсегментарные артерии
6. респираторные артерии
7. долевыми легочными артериями

А- 2,4 Б- 5,7 В - 1,3,6

А- 5,7 Б- 2,4 В - 1,3,6

А- 1,3 Б- 5,7 В - 2,4,6

А- 2,6 Б- 5,7 В - 1,3,4

А- 3,6 Б-2,4 В - 1,5,7

Аускультативный феномен крепитация характерен для:

1. Эмфиземы легких,
2. Абсцесса легкого,
3. Застоя крови в малом круге кровообращения,
4. Крупозной пневмонии,
5. Бронхиальной астмы

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

Из перечисленных заболеваний эластические волокна в мокроте выявляются при:

1. Крупозной пневмонии,
2. Раке легкого,
3. Абсцессе легкого,
4. Хроническом бронхите,
5. Туберкулезе легких

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

Выберите утверждения, характеризующие качественный спирометрический тест:

1. Предпочтительно проводить спирометрический тест, когда пациент находится в положении стоя;
2. Минимальное время между приемом бронходилататора короткого действия и началом спирометрического теста должно составлять 4-6 часов;
3. Достаточная информация о пациенте, регистрируемая для проведения спирометрического теста, включает ФИО, возраст, расу, пол, рост, вес и возраст;
4. При проведении бронходилатационной пробы пациенту необходимо принять одну дозу бронходилататора короткого действия;

5. При проведении маневра с форсированным выдохом пациент должен выполнить глубокий вдох, за которым следует максимально резкий и мощный на всем протяжении выдох;

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Для оценки воспроизводимости результатов при выполнении маневра с форсированным выдохом сопоставляются показатели:

1. ПСВ,

2. МОС25-75%,

3. ФЖЕЛ,

4. ОФВ1,

5. ОФВ1/ФЖЕЛ

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

Бодиплетизмография позволяет оценить:

1. Диффузионную способность легких,

2. Переносимость физической нагрузки у пациентов с бронхолегочной патологией,

3. Структуру общей емкости легких (включая остаточный объем легких),

4. Аэродинамическое сопротивление дыхательных путей у пациентов с обструктивными заболеваниями легких,

5. Парциальное давление кислорода во вдыхаемой газовой смеси

3,4

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

Показания для проведения бронхоконстрикторной пробы включают:

1. диагностику ХОБЛ

2. оценку степени тяжести бронхиальной астмы;

3. диагностику бронхиальной астмы при нормальных показателях вентиляции легких в межприступный период;

4. оценку гиперреактивности бронхов;

5. подтверждение обострения бронхиальной астмы

3,4

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

Диагностика острой дыхательной недостаточности основывается на результатах исследований:

1. Рентгенография органов грудной клетки;
2. Пневмотахометрия;
3. Основной обмен;
4. Динамическое исследование газов артериальной крови.
5. Бодиплетизмография

1,2,3,5

все перечисленное

2,3,5

4

3,4

В основе формирования «воздушной ловушки» и увеличения ФОЕЛ и ООЛ у больных ХОБЛ лежат механизмы:

1. дискинезия трахеи
2. повышение сопротивления дыхательных путей.
3. потеря эластической отдачи легких;
4. заполнение альвеол вязким секретом.
5. нарушение эластической поддержки альвеол (динамическая компрессия мелких дыхательных путей);

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Структуры, которые должны отображаться на рентгеновском снимке органов грудной клетки:

1. оба легочных поля
2. реберно-диафрагмальные синусы
3. поддиафрагмальная область
4. верхушки легких
5. мягкие ткани грудной стенки

4

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

3,4

Ультразвуковое исследование у больных с заболеваниями органов дыхания позволяет оценить:

- 1. распространенность опухолевого процесса**
- 2. степень инвазии опухоли в стенки воздухопроводящих путей,**
- 3. перибронхиально или паратрахеально расположенные лимфатические узлы**
- 4. наличие жидкости в плевральной полости**
- 5. наличие воздуха в плевральной полости**

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

4

3,4

Чреспищеводное УЗИ у пациента с раком легкого позволяет:

- 1. выявить глубину прорастания опухоли в стенку трахеи и бронха**
- 2. выполнить пункцию патологического образования в легком**
- 3. выполнить пункцию паратрахеальных лимфоузлов**
- 4. выявить опухолевую инвазию сосудов средостения**
- 5. выполнить пункцию перибронхиальных лимфоузлов**

2,3,5

4

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

Характерными особенностями спиральной и мультидетекторной компьютерной томографии являются:

- 1. Время сканирования одной анатомической области – 15-25 минут**
- 2. Время сканирования одной анатомической области – 15-25 секунд**
- 3. Возможность проведения ангиографических исследований**
- 4. Получение одного томографического среза за одно вращение рентгеновской трубки**
- 5. Возможность выполнения трехмерных реконструкций анатомических структур**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Противопоказания для проведения МРТ органов грудной клетки:

- 1. Наличие кардиостимулятора**
- 2. Наличие протеза тазобедренного сустава**
- 3. Наличие кохлеарного имплантата**
- 4. Беременность**
- 5. Клаустрофобия**

1,2,3,5

4
2,3,5
все перечисленное
3,4

Возможности позитронно-эмиссионной томографии легких:

- 1. дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных новообразований**
- 2. выявление первичной опухоли у больных с метастатическим поражением легких**
- 3. определение распространенности первичной опухоли в легких**
- 4. точное определение взаимоотношения опухоли с окружающими тканями**
- 5. оценка эффективности проведенного противоопухолевого лечения**

4
все перечисленное
2,3,5
1,2,3,5
3,4

Возможности сочетанного применения позитронно-эмиссионной томографии легких:

- 1. определение стадии заболевания при раке легкого**
- 2. точное определение взаимоотношения опухоли с окружающими тканями**
- 3. выявление опухоли размером от 5 мм**
- 4. выявление опухоли размером от 1 мм**
- 5. наиболее эффективный метод выявления опухолевой ткани**

все перечисленное
2,3,5
1,2,3,5
4
3,4

Проведение сцинтиграфии легких наиболее оправдано для исключения:

- 1. Эмфиземы легких**
- 2. ХОБЛ**
- 3. Бронхиальной астмы**
- 4. Тромбоэмболии легочной артерии**
- 5. Поликистоза легких**

все перечисленное
2,3,5
4
1,2,3,5
3,4

Показания к проведению трансторакальной игольной биопсии легкого:

- 1. одиночный очаг в легком;**

2. стадирование рака легкого;
3. объемное образование в средостении;
4. патологический процесс в грудной стенке или в плевре;
5. локальные изменения легочной ткани у больных в состоянии иммунодефицита

1,2,3,5

4

2,3,5

все перечисленное

3,4

Пункционная биопсия под УЗ контролем позволяет установить диагноз при:

1. Центральном раке легкого
2. Периферическом раке легкого
3. Лимфоаденопатии средостения
4. Эхинококкозе легкого
5. Злокачественном поражении плевры

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

При Р-графии ОГК выявлено интенсивное гомогенное затемнение с косой верхней границей в нижних отделах легкого. Это свидетельствует в пользу:

1. Диафрагмальной грыжи
2. Скопления жидкости и газа в плевральной полости
3. Скопления газа в плевральной полости
4. Скопления жидкости в плевральной полости
5. Релаксации купола диафрагмы

2,3,5

4

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

Рентгенологический синдром полости в легком может быть выявлен при:

1. Абсцессе легкого
2. Раке легкого
3. Туберкулезе легких
4. ХОБЛ
5. Эхинококковой кисте легкого

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Абсолютными противопоказаниями для проведения бронхоскопии являются:

1. стенокардия III функционального класса,
2. острый инфаркт миокарда,
3. острый инсульт
4. постоянная форма фибрилляции предсердий,
5. тяжелая устойчивая гипоксемия

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

Абсолютными противопоказаниями для проведения торакоскопии являются:

1. Напряженный пневмоторакс
2. Количество тромбоцитов в периферической крови $70 \times 10^9/\text{л}$
3. Коагулопатия
4. Облитерация плевральной полости
5. Длительный прием системных глюкокортикостероидов

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

Характер плеврального выпота и показатели

А. экссудат

Б. транссудат

1. Белок 0,5 г/л
2. Белок 40 г/л
3. Относительная плотность 1020
4. Относительная плотность 1005
5. Активность ЛДГ 1,0 ммоль/(лхч)
6. Активность ЛДГ 2,5 ммоль/(лхч)
7. Реакция Ривальта положительная

А-2,3,6 Б- 1,4,5,7

А-2,4,5 Б- 1,3,6,7

А-1,2,3 Б- 4,5,6,7

А-4,6 Б- 1,2,3,5,7

А-2,4,5,7 Б- 1,3,6

Заболевание и ЭКГ-признаки:

А. Тромбоэмболия легочной артерии

Б. хроническое легочное сердце при ХОБЛ

1. Смещение электрической оси сердца влево

2. Смещение электрической оси вправо

3. Глубокий зубец S в I стандартном отведении

4 Зубец Q (<0,03 с) и отрицательный зубец Т в III стандартном отведении

5. R/S соотношение в V6<1

6. Блокада левой ножки пучка Гиса

7. P-pulmonale

А-2,6,3,4 Б -1,2,5,7

А-2,5,7 Б -2,3,4

А-2,3,4 Б -2,5,7

А-1,3,4 Б -2,5,6,7

А-2,3,5,7 Б -2,4,6

Наиболее предпочтительным препаратом для создания управляемой гипотензии при легочном кровотечении является:

Нитросорбид перорально

Пентамин внутримышечно

Раствор аминокaproновой кислоты внутривенно капельно

Арфонад внутривенно капельно

Эналаприл перорально

Определение легочного инфильтрата:

Наличие множественных очаговых теней на значительном протяжении легочных полей

Увеличение воздушности легочной ткани

Усиление интенсивности легочного рисунка за счет уплотнения перибронхиальной и периваскулярной межуточной ткани патологическим процессом

Затенение легочной ткани в результате накопления патологического содержимого в респираторной части легкого и вытеснения из нее воздуха.

Сочетание участков «матового стекла» с сетчатыми и линейными изменениями

Для определения наддиафрагмального свободного выпота необходимо сделать рентгенограмму грудной клетки:

на вдохе

в боковой проекции

в ортопозиции

в латеропозиции

на выдохе

Риск развития одностороннего отека легкого после выполнения плевральной пункции возникает при:

Злокачественной мезотелиоме

ХПН

Центральном раке легкого, осложненном ателектазом
Тяжелой внебольничной пневмонии
Застойной сердечной недостаточности

К факторам, вызывающим одышку при респираторных заболеваниях, относятся:

- 1. Изменение газового состава артериальной крови,**
- 2. Дисфункция дыхательных мышц,**
- 3. Повышение работы дыхания,**
- 4. Увеличение сопротивления дыхательных путей,**
- 5. Гиперинфляция легких**

все перечисленное

2,3,4

1,2,3,5

4,

3,4

Шкала Борга - это: 1. 1.Инструмент для оценки нарушений ФВД, 2. 2. Инструмент для оценки одышки в условиях обычной дневной активности, 3. Инструмент для оценки одышки во время физической нагрузки, 4. Эволютивная шкала типа «категория-отношение», 5. Визуальная аналоговая шкала

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

Особенности болей в грудной клетке при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни:

- 1. купируются НПВП**
- 2. купируются спазмолитиками**
- 3. возникают в горизонтальном положении и при наклонах туловища**
- 4. сопровождаются отрыжкой, изжогой**
- 5. возникают при ходьбе**

все перечисленное

2,3,5

4

1,2,3,5

3,4

Характерные признаки боли в грудной клетке при остеохондрозе позвоночника:

- 1. Неэффективность спазмолитиков**
- 2. Болезненность при пальпации**
- 3. Связь боли с изменением положения тела**
- 4. Неэффективность нитратов**
- 5. Эффективность НПВС**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Наиболее вероятные причины кровохарканья у больного с ограниченным затенением легочного поля при рентгенографии легких это:

1.Паразитарная инвазия,

2. Бронхоэктазы,

3. Бронхогенная карцинома,

4. Гемангиоэндотелиома,

5. Муковисцидоз

4

2,3,5

3,4

1,2,3,5

все перечисленное

Наиболее вероятные причины кровохарканья у больного с диффузными изменениями легочных полей при рентгенографии легких это:

1. Бронхогенная карцинома,

2. Туберкулез,

3. Бронхоэктазы,

4. Гемангиоэндотелиома,

5. Секвестрация легких

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

Общие признаки всех заболеваний, сопровождающихся легочной диссеминацией.

1. «Барабанные палочки»

2. Конечно-экспираторная крепитация

3. Одышка

4. Изменения ФВД по рестриктивному типу

5. Лимфоаденопатия

3,4

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

Назовите эндогенные пирогены.

- 1. Интерлейкин-1**
- 2. Интерлейкин-6,**
- 3. Фактор некроза опухоли**
- 4. Внутриклеточные бактерии**
- 5. α -, β -, гамма-интерфероны**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Критерии «классической» лихорадки неясного генеза (ЛНГ) (D.T. Durack)

- 1. Неясность диагноза после 3 амбулаторных визитов к врачу**
- 2. Неясность диагноза после 3 дней пребывания в стационаре**
- 3. Температура 38,3 ° C и выше;**
- 4. Продолжительность ≥ 10 дней**
- 5. Продолжительность ≥ 3 недель**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Сочетание лихорадки и периферической лимфаденопатии характерно для:

- 1. ЛГМ**
- 2. Острого лимфолейкоза**
- 3. Хронического лимфолейкоза**
- 4. Лимфоцитарной интерстициальной пневмонии**
- 5. Инфекционного мононуклеоза**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Сочетание лихорадки и спленомегалии характерно для:

- 1. Тромбоз селезеночной вены**
- 2. Вирусного гепатита**
- 3. Инфекционного эндокардита**
- 4. Цирроза печени**
- 5. Аутоиммунной гемолитической анемии**

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

Лихорадка и боли в костях характерны для:

- 1. Болезни Педжета**
- 2. Остеомиелита**
- 3. Паранеопластического синдрома при раке легкого**
- 4. Остеопороза**
- 5. Метастатического поражения костей**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

К методам, подтверждающим наличие синдрома бронхиальной обструкции, относятся:

- 1. Сцинтиграфия легких**
- 2. Пикфлоуметрия**
- 3. Бодиплетизмография**
- 4. Рентгенография легких**
- 5. Спирография**

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

При спирографии у больного с бронхообструктивным синдромом выявляются изменения:

- 1. Повышение ОФВ1**
- 2. Снижение ОФВ1**
- 3. Снижение индекса Тиффно**
- 4. Повышение индекса Тиффно**
- 5. Снижение ФЖЕЛ**

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

Наиболее характерными физикальными признаками бронхиальной обструкции являются:

- 1. Крепитация**
- 2. Свистящие хрипы**
- 3. Гудящие хрипы**

4. Бронхиальное дыхание

5. Жесткое дыхание

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

У больного с синдромом бронхиальной обструкции признаками, позволяющими подтвердить диагноз трахеобронхиальной дискинезии, являются:

- 1. Приступы затрудненного дыхания сопровождаются хрипами в грудной клетке**
- 2. Приступы затрудненного дыхания не сопровождаются хрипами в грудной клетке**
- 3. Отсутствует эффект от пробной терапии ингаляционными глюкокортикоидами**
- 4. Имеется эффект от пробной терапии ингаляционными глюкокортикоидами**
- 5. Спадение мембранозной части трахеи на выдохе на 1/3 диаметра и более, выявленное при бронхоскопии**

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

Локальные инфильтративные изменения при рентгенологическом исследовании и заболевания:

А. без нарушений бронхиальной проходимости

Б. с нарушениями бронхиальной проходимости

- 1. Пневмония**
- 2. Инфильтративный туберкулез**
- 3. Центральный рак**
- 4. Инфаркт легкого**
- 5. Абсцесс**
- 6. Инородное тело**

А - 1,2,6 Б - 3,4

А - 3,4 Б - 1,3,6

А - 1,2,4 Б - 3,6

А - 2,4 Б - 3,5,6

А - 1,2,5 Б - 3,4,6

Типичная локализация легочного инфильтрата и заболевания:

А. Субплевральная

Б. В прикорневой зоне

- 1. Пневмония**
- 2. Центральный рак**
- 3. Лимфома**
- 4. Сегментарные туберкулезные инфильтраты**

5. Туберкулез ВГЛУ

6. Абсцесс

7. Инфаркт легкого

А-1,4,6,7 Б- 2,3

А- 2,3 Б- 1,4,6,7

А-1,4, Б- 2,3,6,7

А-1,7 Б- 2,3,4,6

А-2,4,6,7 Б- 1,3

Ведущим критерием для начала проведения интенсивной терапии в условиях отделения реанимации у больного с пневмонией является:

PaO₂-50 мм рт.ст.

АД 100/60 мм. рт. ст.

Уровень креатинина в сыворотке крови 110 мкмоль/л

PaCO₂-35 мм рт.ст. Д.

Уровень калия в сыворотке крови 5,0 ммоль/л

Непродуктивный коклюшеподобный кашель характерен для пневмонии:

пнеумоцистной

микоплазменной

хламидиозной

вирусной

стафилококковой

Внутриклеточная локализация, отсутствие эффекта от лечения бета-лактамами антибиотиками, отрицательные результаты посева мокроты на обычные питательные среды характерны для:

микоплазмы

пневмококка

синегнойной палочки

гемофильной палочки

протей

Обострение хронического бронхита наиболее часто связано с:

воздействием метеофакторов

вирусной инфекцией

психическим перенапряжением

переохлаждением

переутомлением

При остром бронхите наиболее часто возбудителем является:

M. catharralis

S. pneumoniae

H. influenzae

Вирус (Influenza, Parainfluenza, RSV и др.)

M. pneumoniae

риск пневмоцистной пневмонии значительно увеличивается у пациента с ВИЧ при количестве CD4+ лимфоцитов (клеток в мкл):

- 400
- 250
- 150
- 300
- 500

При лечении пневмоцистной пневмонии целесообразно использовать:

триметоприм/сульфаметоксазол (ко-тримоксазол)

макролиды

полусинтетические пенициллины, потенцированные клавулановой кислотой или сульбактамом

цефалоспорины 2-го поколения

линкомицин

К оппортунистическим заболеваниям у больных ВИЧ-СПИД относятся:

хламидийная пневмония

бронхит

пневмоцистная пневмония

альвеолит

эозинофильная пневмония

У больных СПИД пневмоцисты первично поражают:

слизистую оболочку бронхов

альвеолярно-капиллярную мембрану

лимфатические узлы

лимфатические сосуды

кровеносные сосуды

Диагностика пневмоцистоза базируется на:

ИФА

реакции связывания комплемента

микроскопии нативного препарата, изготовленного из мокроты или биоптата, полученного из легкого

методе определения флюоресцирующих антител

посеве мокроты

В диагностике бронхоэктазий решающее значение в настоящее время имеет:

бронхоскопия

бронхография

рентгенография органов грудной клетки

Компьютерная томография органов грудной клетки

Сцинтиграфия легких

Для успешного лечения аллергического бронхолегочного аспергиллеза помимо антифугальных препаратов необходимо применение:

ингаляционных глюкокортикоидов
антибиотиков
бета 2-агонистов
системных глюкокортикоидов
муколитиков

условный срок от начала заболевания, при котором абсцесс легкого будет считаться хроническим:

4 месяца
6 месяцев
3-4 недели
2 месяца
12 месяцев

Появление кровохарканья на фоне отделения большого количества гнойной мокроты наиболее характерно для:

легионеллезной пневмонии
пневмококковой пневмонии
абсцесса легкого
микоплазменной пневмонии
хламидийной пневмонии

Актиномикоз легких протекает чаще как:

диффузный интерстициальный фиброз
бронхиальная астма
хронический гнойный процесс
рецидивирующий эозинофильный инфильтрат
альвеолит

Выберите верные утверждения:

- 1. рутинным методом диагностики вирусной инфекции является выделение вируса в клеточной культуре;**
- 2. наибольшей чувствительностью и специфичностью в определении типа и подтипа вируса обладают молекулярно-биологические методы (определение генома вируса);**
- 3. РТГА может использоваться в диагностике гриппозной инфекции.**
- 4. микроскопия мазка из дыхательных путей позволяет провести экспресс-диагностику вирусной инфекции**
- 5. РНГА может использоваться в диагностике гриппозной инфекции.**

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

Показанием к назначению антибактериальной терапии при респираторной вирусной инфекции является:

- 1. выраженная интоксикация;**
- 2. явления менингизма;**
- 3. развитие ложного крупа;**
- 4. развитие пневмонии.**
- 5. развитие истинного крупа**

2,3,5

4

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

В клинической картине гриппа у пожилых чаще встречаются:

- 1. Ринофарингит**
- 2. Трахеобронхит**
- 3. Пневмония**
- 4. Бронхоспазм**
- 5. Церебро-васкулярные нарушения**

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

Неосложненное течение гриппа характеризуется:

- 1. Кашлем с гнойной мокротой**
- 2. Лихорадкой**
- 3. Гастроинтестинальными расстройствами**
- 4. Обострением сопутствующих заболеваний**
- 5. Головной болью**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Нереспираторные осложнения гриппа включают

- 1. Артрит**
- 2. Миокардит**
- 3. Ухудшение течения диабета**

4. Вентилятор-ассоциированную пневмонию

5. Психические расстройства

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

Лечение пандемического гриппа А (H1N1) обязательно включает:

1. Амантадин

2. Римантадин

3. Озелтамивир

4. Занамивир

5. Антибиотик

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

Системные глюкокортикостероиды при гриппе назначаются в случаях:

1. Сохранения лихорадки более 5 суток

2. Сохранения лихорадки более 10 суток

3. Септического шока

4. Отека легких

5. Пневмонии

4

2,3,5

3,4

1,2,3,5

все перечисленное

пневмония при респираторно-синцитиальной инфекции чаще развивается у:

1. курильщиков

2. детей с хроническими заболеваниями, врожденными пороками;

3. Лиц с иммунодефицитными состояниями;

4. Больных ХОБЛ

5. недоношенных новорожденных

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Клиническая картина при тяжелом течении респираторно-синцитиальной

инфекции характеризуется:

- 1. легочным кровотечением.**
- 2. бронхиолитом**
- 3. бронхоспазмом**
- 4. отеком легких**
- 5. дыхательной недостаточностью;**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

возбудители, которые способствуют более тяжелому течению болезни при бронхоэктазах у взрослых с муковисцидозом - это:

- 1. Пневмококк**
- 2. S. Maltophilia**
- 3. B. серасіа**
- 4. Золотистый стафилококк**
- 5. Синегнойная палочка**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

факторы риска, которые способствуют хронической колонизации P. aeruginosa при бронхоэктазиях – это:

- 1. Низкая масса тела**
- 2. Длительное лечение системными глюкокортикоидами**
- 3. Выявление P. Aeruginosa в мокроте во время предшествующих обострений**
- 4. Лечение ингаляционными глюкокортикоидами**
- 5. ОФВ1<30%**

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

Бронхоэктатической болезни соответствуют утверждения:

1. Заболевание может манифестировать в любом возрасте от младенчества до старости.

53

2. Заболевание не может быть окончательно диагностировано при обычной рентгенографии органов грудной клетки.

3. При данном заболевании может отмечаться обратимая обструкция дыхательных

путей, и оно может быть ошибочно принято за бронхиальную астму.

4. Заболевание всегда связано с хроническими или рецидивирующими инфекциями.

5. Компьютерная томография органов грудной клетки позволяет подтвердить наличие и локализацию бронхоэктазов

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Возбудители, которые наиболее часто вызывают формирование абсцесса легкого:

1. легионелла

2. анаэробы

3. золотистый стафилококк

4. пневмококк

5. клебсиелла

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

При наличии подозрения на абсцесс легкого необходимо проводить дифференциальный диагноз со следующими заболеваниями:

1. лимфома с поражением легких

2. системная склеродермия

3. рак легких

4. инфильтративный туберкулез легких с распадом

5. ревматоидный артрит с поражением легких

4

2,3,5

3,4

1,2,3,5

все перечисленное

При легочной локализации актиномикоза больные жалуются на: 1. кашель со слизистой мокротой, легко отделяющейся 2. кашель со слизистой мокротой, трудно отделяющейся 3. кашель с комочками гнойной мокроты и примесью крови в ней 4. боли в грудной клетке сухой постоянный кашель 5. кровохарканье и легочные кровотечения

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

Диагностика легочного актиномикоза базируется на: 1. положительной реакции связывания комплемента 2. положительной реакции преципитации 3. положительной реакции непрямой гемагглютинации 4. обнаружении в нативном препарате мокроты и отделяемого из свища друз актиномицет

54

5. отрицательной реакции преципитации

4

2,3,5

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

Лабораторная диагностика токсоплазмоза основывается на: 1. исследовании биоптата легких и других органов 2. реакции связывания комплемента и реакции пассивной гемагглютинации 3. непрямой реакции иммунофлюоресценции и реакции с красителем Сэбина-Фельдмана 4. посева мокроты на микрофлору 5. внутрикожной аллергической пробе

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

При осложненном легочном эхинококкозе могут наблюдаться: 1. кашель сухой 2. кашель с гнойной мокротой 3. боли в грудной клетке 4. кровохарканье 5. одышка

4

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

3,4

При неосложненном эхинококкозе на рентгенограмме легких выявляются изменения в виде: 1. крупноочаговой диссеминации 2. участков затемнения неомогенной структуры 3. одиночных шаровидных теней 4. множественных шаровидных теней 5. мелкоочаговой диссеминации

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

Лабораторные методы диагностики эхинококкоза легких основаны на: 1. микроскопии мокроты 2. микроскопии плеврального экссудата 3. реакции латекс-

агглютинации 4. посева мокроты на микрофлору 5. реакции связывания комплемента

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах указывают на то, что:

1. туберкулезный процесс потерял активность

2. туберкулезный процесс активен

55

3. туберкулез перешел в хроническую стадию

4. необходимо провести уточнение активности туберкулезных изменений

5. туберкулез перешел в подострую стадию

1,2,3,5

все перечисленное

2,3,5

4

3,4

При гематогенно-диссеминированной форме туберкулеза процесс располагается преимущественно в:

1. плевре

2. альвеолах

3. бронхах

4. межлочковой ткани

5. в трахее

1,2,3,5

все перечисленное

2,3,5

4

3,4

Наиболее частыми локализациями патологического процесса при остром милиарном туберкулезе являются:

1. селезенка и почки

2. легкие и селезенка

3. печень и селезенка

4. легкие и печень

5. почки и оболочки головного мозга

4

2,3,4

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

Укажите наиболее характерные бронхолегочные проявления туберкулеза:

- 1. кашель, продолжающийся более 2–3 нед;**
- 2. выделение мокроты,**
- 3. одышка;**
- 4. боль в грудной клетке, связанная с дыханием.**
- 5. кровохарканье или легочное кровотечение;**

1,2,3,5

4

2,3,5

все перечисленное

3,4

Врачебный осмотр пациента, как правило, малоинформативен при следующих формах туберкулеза:

- 1. очаговый туберкулез**
- 2. диссеминированный туберкулез легких без распада**
- 3. туберкулемы**
- 4. кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез**
- 5. ограниченные инфильтраты и плевриты**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

У всех пациентов с симптомами, подозрительными на туберкулез органов дыхания (кашель с мокротой более 2–3 нед, кровохарканье, боли в грудной клетке, субфебрильная и фебрильная температура, ночной пот и потеря массы тела) необходимо провести исследования:

- 1. рентгенография органов грудной клетки,**
- 2. общий анализы крови**
- 3. общий анализ мочи**
- 4. посев мокроты на микобактерии**
- 5. исследование мокроты на кислотоустойчивые бактерии методом микроскопии мазков, окрашенных по Цилю–Нильсену.**

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

Если больной с подозрением на туберкулез легких не может откашлять мокроту, методами получения материала для исследования могут быть:

1. аспирация мокроты из трахеи
 2. ингаляции через небулайзер с муколитиками,
 3. бронхоскопия с получением бронхоальвеолярной лаважной жидкости
 4. ингаляции через небулайзер с изотоническим стерильным раствором хлорида натрия.
 5. ингаляции через небулайзер с 2-4% стерильным раствором хлорида натрия,
- 1,2,3,5
2,3,5
4
все перечисленное
3,4

Укажите нетуберкулезные микобактерии, которые потенциально патогенны для человека:

1. *M. kansasii*
 2. *M. xenopi*
 3. *M. avium-complex*
 4. *M. terrae*
 5. *M. abscessus*
- 2,3,5
1,2,3,5
4
все перечисленное
3,4

Укажите факторы риска развития микобактериозов:

1. иммуносупрессивная терапия
 2. лейкозы
 3. СПИД
 4. курение
 5. аутоиммунные заболевания
- 4
все перечисленное
2,3,5
1,2,3,5
3,4

Достоверным методом для проведения дифференциальной диагностики между микобактериозом и туберкулезом является:

1. окраска мокроты по Циль-Нильсену
 2. окраска мокроты флюоресцентными красителями
 3. ИФА с определением циркулирующих антител
 4. посев мокроты с выделением культуры клеток возбудителя
 5. проба Манту
- 2,3,5

4

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

У 90% больных с микобактериозами, вызванными *M. avium-complex*, при компьютерной томографии ОГК выявляют:

1. Отсутствие каверн в средних отделах легких

2. Множественные локальные бронхоэктазы

3. Гроздеподобные отдельные кисты

4. Мелкие отдельные кисты, похожие на вздутые дольки легочной паренхимы

5. Отсутствие каверн в нижних отделах легких

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

4

3,4

Для лечения микобактериозов используют:

1. гентамицин

2. сульфаниламиды

3. современные макролиды (азитромицин, кларитромицин)

4. изониазид

5. фторхинолоны

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Наиболее частый возбудитель аспирационной пневмонии:

1. Микоплазмы

2. Легионеллы

3. Бактероиды

4. Возбудители из семейства Enterobacteriaceae

5. Пневмококки

4

2,3,5

3,4

1,2,3,5

все перечисленное

Укажите антибиотик, который является препаратом выбора при аспирационной пневмонии:

Цефтриаксон в/в

Левифлоксацин в/в
Амоксициллина клавуланат в/в
Ампициллин в/м
Метронидазол в/в

У пациента с аспирационной пневмонией наиболее эффективными препаратами в отношении анаэробных микроорганизмов являются:

линкозамиды
тетрациклины
аминогликозиды
макролиды
ципрофлоксацин

Кашлевой вариант бронхиальной астмы наблюдается чаще у:

Детей
Мужчин
Лиц пожилого возраста
Беременных женщин
Афроамериканцев

Провокационный тест (оценка бронхиальной реактивности) при бронхиальной астме показан больным – это :

С жалобами на характерные симптомы бронхиальной астмы и с обструктивными изменениями при исследовании ФВД

С жалобами на характерные симптомы бронхиальной астмы, но с нормальными показателями функции легких

С отсутствием характерных жалоб, но с обструктивными изменениями при исследовании ФВД

С отсутствием характерных жалоб и нормальными показателями функции легких, при наличии бронхиальной астмы у близкого родственника

Курильщикам с отсутствием характерных жалоб и нормальными показателями функции легких,

Облитерирующий бронхолит возникает после инфекции, обусловленной:

Легионеллой
Пневмококком
Микоплазмой
Гемофильной палочкой
Синегнойной палочкой

Главным клиническим признаком облитерирующего бронхолита является:

одышка
кашель
лихорадка
слабость

выделение мокроты

Респираторный бронхиолит- это заболевание дыхательных путей, связанное с:

Системным заболеванием соединительной ткани

Посттрансплантационными осложнениями

Лучевой терапией

Курением

Ингаляциями токсических веществ

Среди антибактериальных препаратов при лечении бронхиолитов положительный эффект проявили:

Респираторные фторхинолоны

Карбапенемы

Цефалоспорины 4 поколения

Макролиды

тетрациклины

При ХОБЛ имеет место:

1. Поражение только воздухоносных путей

2. Хроническое воспаление, обусловленное факторами экологической агрессии

3. Поражение и воздухоносных путей, и паренхимы легких

4. Поражение только паренхимы легких

5. Прогрессирующая бронхиальная обструкция.

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

Характерные для ХОБЛ патоморфологические изменения обнаруживают в:

1. проксимальных дыхательных путях,

2. периферических дыхательных путях,

3. легочных сосудах.

4. коронарных сосудах

5. паренхиме легких

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Основные клетки воспаления при ХОБЛ:

1. Тучные клетки

2. Макрофаги

3. Нейтрофилы

4. Клетки CD4+ (Th2)

5. Клетки CD8+ (Tc1)

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Основные медиаторы воспаления при ХОБЛ:

1. TNF - α

2. Интерлейкин - 8

3. Интерлейкин - 1 β

4. Интерлейкин - 4,

5. Интерлейкин - 6.

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

При ХОБЛ (GOLD 2011-2018) по шкале mMRC оценивают:

1. утомляемость

2. выраженность кашля

3. количество мокроты

4. выраженность одышки

5. качество сна

все перечисленное

2,3,5

4

1,2,3,5

3,4

При ХОБЛ (GOLD -2011-2018) по шкале CAT оценивают:

1. выраженность кашля

2. количество мокроты

3. выраженность одышки

4. текущий статус курения

5. качество сна

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Для больных ХОБЛ характерны данные анамнеза:

- 1. Острое начало**
- 2. Длительный стаж курения**
- 3. Контакт с промышленной пылью, химикатами**
- 4. Начало в молодом возрасте**
- 5. Недоношенность при рождении**

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

Признаки легочной гипертензии при ХОБЛ:

- 1. «сердечный» толчок**
- 2. усиление 2 тона на легочной артерии**
- 3. отклонение электрической оси вправо на ЭКГ**
- 4. кровохарканье**
- 5. блокада правой ножки пучка Гиса**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Признаки правожелудочковой недостаточности при ХОБЛ:

- 1. периферические отеки**
- 2. цианоз**
- 3. набухание шейных вен**
- 4. анемия**
- 5. гепатомегалия**

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

Дифференциально-диагностические признаки обострения ХОБЛ и рака легкого:

- 1. Усиление кашля**
- 2. Усиление одышки**
- 3. Кровохарканье**
- 4. Боль в груди**
- 5. Слабость, утомляемость**

3,4

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

Дифференциально-диагностические признаки обострения ХОБЛ и рака легкого:

1. Усиление и деформация легочного рисунка

2. Инфильтрация в прикорневой зоне

81

3. Уменьшение объема пораженного легкого

4. Повышенная воздушность легочной ткани

5. Внутригрудная лимфаденопатия

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

При подозрении на рак легкого больному ХОБЛ необходимо провести:

спирометрия

1. диаскинтест

2. КТ ОГК

3. ФБС с биопсией

4. исследование газов крови

5. цитологическое исследование мокроты и БАЛЖ

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

Для профилактики инфекций у больных ХОБЛ (GOLD -2011) рекомендованы:

1. профилактическая антибактериальная терапия

2. пневмококковая вакцина больным ≥ 65 лет

3. пневмококковая вакцина больным любого возраста с ОФВ1 $<40\%$ от должного

4. профилактическая противовирусная терапия

5. противогриппозная вакцинация

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

Показания к длительной оксигенотерапии у больных ХОБЛ:

1. Одышка при незначительной нагрузке

2. PaO_2 56-59 мм. рт. ст. при наличии отеков/полицитемии

3. $SaO_2 < 89\%$, при наличии отеков/полицитемии

4. Диффузный цианоз

5. SaO₂ < 88% (дважды в течение 3-х недельного периода)

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Показания для неинвазивной вентиляции легких:

1. Остановка дыхания

2. Высокий риск аспирации

3. Ацидоз (рН ≤7,35) и/или гиперкапния (PaCO₂ >6 кПа или 45 мм рт. ст.)

4. Частота дыхательных движений >25 в минуту

5. Черепно-лицевая травма

4

2,3,5

3,4

1,2,3,5

все перечисленное

Показания к искусственной вентиляции легких

1. Непереносимость НИВ или неудача НИВ

2. Частота дыхательных движений >35 в минуту

3. Жизнеугрожающая гипоксемия

4. Тяжелый ацидоз (рН <7,25) и/или гиперкапния (PaCO₂ >8 кПа, или 60 мм рт. ст.)

5. Остановка дыхания

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

4

3,4

Показания к трансплантации легких при ХОБЛ:

1. ОФВ₁ < 20% от должного

2. В анамнезе – обострения заболевания, протекающие с гиперкапнией (PaCO₂ > 50 мм рт.ст.)

3. Легочная гипертензия, cor pulmonale

4. Рецидивирующий пневмоторакс

5. Быстрое прогрессирование болезни

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Для лечения обострения ХОБЛ используют следующие бронхолитики:

- 1. Антихолинергические препараты длительного действия**
- 2. В2-агонисты длительного действия**
- 3. Антихолинергические препараты короткого действия**
- 4. В2-агонисты короткого действия**
- 5. Теофиллин медленного высвобождения**

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

Показания к госпитализации при обострении ХОБЛ:

- 1. Внезапное развитие одышки в покое**
- 2. Возникновение периферических отеков**
- 3. Впервые проявившиеся аритмии**
- 4. Артериальная гипертензия**
- 5. Диагностическая неопределенность**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Показания к госпитализации в ОИТР при обострении ХОБЛ.

- 1. Изменения ментального статуса (спутанное сознание, заторможенность, кома)**
- 2. Тяжелая гипоксемия ($PaO_2 < 5,3$ кПа, или 40 мм рт. ст.),**
- 3. Тяжелая гиперкапния ($PaCO_2 > 8$ кПа, или 60 мм рт. ст.)**
- 4. Необходимость в искусственной вентиляции легких**
- 5. Гемодинамическая нестабильность – потребность в вазопрессорах**

1,2,3,5

4

2,3,5

все перечисленное

3,4

Для лечения обострения ХОБЛ используют (GOLD - 2011):

- 1. Системные ГКС**

83

- 2. Небулизированные суспензии и растворы ГКС**
- 3. Бронхолитические препараты короткого действия**
- 4. Бронхолитические препараты длительного действия**
- 5. Антибактериальные препараты**

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

Показания к назначению антибактериальных препаратов при ХОБЛ (GOLD -2011):

- 1. Усиление одышки**
- 2. Увеличение количества мокроты**
- 3. Увеличение гнойности мокроты**
- 4. Правожелудочковая недостаточность**
- 5. ИВЛ**

2,3,5

4

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

Антибактериальная терапия инфекционного обострения ХОБЛ без факторов риска *P.aeruginosa*.

- 1. β -лактам без антисинегнойного эффекта**
- 2. Защищенный β -лактам без антисинегнойного эффекта**
- 3. Макролид с антигемофильным эффектом**
- 4. Аминогликозид III поколения**
- 5. Респираторный фторхинолон**

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

При развитии ЛГ и правожелудочковой недостаточности у больных ХОБЛ в терапию включают:

- 1. пероральные антикоагулянты**
- 2. диуретики**
- 3. сердечные гликозиды**
- 4. В-блокаторы**
- 5. антагонисты кальция**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

При отборе больных для легочной реабилитации следует учитывать:

- 1. Функциональный статус.**
- 2. Тяжесть одышки.**
- 3. Мотивация.**

4. Пол

5. Статус курения

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Для бронхиальной астмы правильным является утверждение:

1) Бронхиальная астма- это острое заболевание

2) Эозинофилы – главные клетки патогенеза бронхиальной астмы

3) В патогенезе бронхиальной астмы принимают участие многие клетки

4) При бронхиальной астме развивается гиперреактивность

5) Выявление гиперреактивности надежно исключает диагноз бронхиальной астмы

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

К «внутренним факторам», влияющим на развитие бронхиальной астмы, относятся

84

1). Гены, предрасполагающие к атопии

2) Гены, предрасполагающие к бронхиальной гиперреактивности

3). Ожирение

4) Возраст

5) Пол

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

«внешним факторам», влияющим на развитие бронхиальной астмы относятся:

1) Инсоляция

2) Аллергены

3) Вирусные инфекции

4) Переохлаждение

5) Загрязнение воздуха

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Патологические изменения при хроническом течении бронхиальной астмы включают:

- 1). Гиперплазию гладкой мускулатуры дыхательных путей**
- 2) Гиперплазию бокаловидных клеток эпителия бронхов**
- 3) Образование слизистых пробок в просвете мелких бронхов на всем протяжении легких**
- 4) Бронхолегочную лимфаденопатию**
- 5) Эозинофильную инфильтрацию бронхиального эпителия и субэпителиальных областей**

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

Полный контроль над бронхиальной астмой подразумевает:

- 1. Не более 2 дневных симптомов в неделю**
- 2. Отсутствие ограничения активности**
- 3. Отсутствие ночных симптомов (пробуждения)**
- 4. Не более одного обострения заболевания в год**
- 5. Потребность в препаратах неотложной помощи не более 2 раз в неделю**

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

Клинические синдромы при астматическом статусе, определяющие тяжесть состояния: 1. нарастающая легочная гипертензия 2. тяжелый нейропсихический синдром 3. тяжелая сердечная недостаточность 4. прогрессирующая дыхательная недостаточность 5. прогрессирующая гиповолемия

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

Для бронхиальной астмы характерно:

- 1. приступы бронхоспазма с экспираторной одышкой**
- 2. гиперпродукция вязкой прозрачной мокроты**
- 3. рассеянные непостоянные сухие, свистящие хрипы**
- 4. кровохарканье**
- 5. пароксизмальный кашель**

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

Факторами риска посттрансплантационного облитерирующего бронхиолита являются:

1) Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

2) Длительная ишемия трансплантата

3) Цитомегаловирусная инфекция

4) Пожилой возраст

5) HLA-несовместимость

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

Основными симптомами диффузного панбронхиолита являются:

1. Хронический синусит

2. Продуктивный кашель

3. Одышка

4. Хронический тиреоидит

5. Снижение массы тела

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

У пациентки 40 лет с интерстициальной болезнью легких выявлена слабость диафрагмы и 10-кратное увеличение уровня креатин-киназы в сыворотке крови.

Наиболее вероятный диагноз:

Синдром Шогрена

Боковой амиотрофический склероз

Полимиозит

Ревматоидный артрит

Микроскопический полиангиит

Основной патоморфологический признак при саркоидозе это:

Кистозная перестройка паренхимы легкого

Неспецифический альвеолит

Гранулема с развитием казеозного некроза

Гранулема без развития казеозного некроза

Облитерирующий бронхиолит

При саркоидозе нарушается метаболизм:

Фосфора

Кальция

Калия

Магния

Селена

Для идиопатических интерстициальных пневмоний (ИИП) характерно:

1. сходные морфологические изменения легочной ткани

2. неизвестная природа заболеваний;

3. диффузные изменения при рентгенографии и компьютерной томографии легких;

4. увеличение внутригрудных лимфоузлов по данным рентгенографии и компьютерной томографии органов грудной клетки;

5. рестриктивные вентиляционные изменения

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Для идиопатических интерстициальных пневмоний (ИИП) характерно:

1. боль в грудной клетке при дыхании;

2. кровохарканье;

3. прогрессирующая одышка при физических нагрузках;

4. конечно-экспираторная крепитация при аускультации легких

5. обструктивные вентиляционные изменения

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

Признаки идиопатического легочного фиброза (ATS/ERS, 2001):

1. Двусторонние ретикулярные изменения.

2. Участки «матового стекла».

3. Признаки формирования «сотового легкого».

4. Двусторонняя внутригрудная лимфаденопатия

5. Нарушения архитектоники, отражающие легочный фиброз.

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

Для системной красной волчанки характерно развитие:

- 1. Внутригрудной лимфаденопатии,**
- 2. Дисковидных ателектазов**
- 3. Экссудативного плеврита**
- 4. Эозинофильного пневмонита**
- 5. Интерстициального пневмонита**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Самыми частыми легочными проявлениями системной склеродермии являются:

- 1. Бронхоэктазы,**
- 2. Альвеолярная геморрагия,**
- 3. Интерстициальный фиброз,**
- 4. Легочная гипертензия**
- 5. Эозинофильный инфильтрат**

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

Лекарственные препараты, вызывающие развитие организуемой пневмонии это:

- 1. Метотрексат,**
- 2. Препараты золота,**
- 3. Сульфасалазин,**
- 4. ГКС**
- 5. Амиодарон**

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

Лекарственные препараты, вызывающие развитие облитерирующего бронхиолита это:

- 1. Ацетилсалициловая кислота**
- 2. Пенициллин,**
- 3. Препараты золота,**
- 4. Сульфасалазин,**
- 5. ГКС,**

3,4

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

Для синдрома Лефгрена характерны:

1. лихорадка

2. двусторонняя внутригрудная лимфаденопатия

3. полиартралгия

4. передний увеит

5. узловатая эритема

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

Для IV стадии саркоидоза характерны: 1. «сотовые изменения» 2. Уменьшение верхних долей 3. Формирование периферических булл 4. Симптом «матового стекла» 5. Наличие кистозных изменений

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

Саркоидоз следует исключать при 1. Синдроме внезапной смерти 2. Метроррагиях 3. Семиномах 4. Спленомегалии 5. Галакторее неясного генеза

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

Поражение плевры при саркоидозе проявляется: 1. Эмпиемой 2. Утолщением плевры 3. Пневмотораксом 4. «Неукротимым» плевральным выпотом 5.

Хилотораксом

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Утверждения, правильные в отношении легочного альвеолярного протеиноза - это:

1. Врожденная форма обусловлена мутациями генов, кодирующих структуру белков сурфактанта В и С.

2. В 90% случаев заболевание считается идиопатическим.
3. Среди заболевших преобладают курильщики (70%).
4. Среди заболевших преобладают женщины детородного возраста
5. Ключевую роль в патогенезе играет нарушение обмена сурфактанта.

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

Больному с альвеолярным протеинозом выполнена МСКТ ОГК. Изменения, которые Вы ожидаете увидеть - это:

1. плевральный выпот
2. формирование множественных тонкостенных кист.
3. участки «матового стекла», отграниченные от неизмененных участков легкого («географический паттерн»).
4. утолщение междольковых перегородок.
5. множественные бронхоэктазии

3,4

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

Заболевания, с которыми в первую очередь приходится дифференцировать легочный альвеолярный протеиноз-это:

1. хроническая обструктивная болезнь легких
2. саркоидоз
3. туберкулез легких.
4. бронхиальная астма
5. пневмония

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

Для идиопатического легочного гемосидероза характерно:

1. кровохарканье.
2. легочное кровотечение.
3. гипохромная анемия
4. внутригрудная лимфаденопатия

108

5. синдром легочной диссеминации, выявляемый при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки.

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

Характерными рентгенологическими изменениями при идиопатическом легочном гемосидерозе являются:

1. увеличение лимфоузлов средостения

2. мелкоочаговые и/или мелкофокусные двусторонние тени, локализующиеся преимущественно в средних и нижних отделах легких.

3. полициклические очаги (инфильтраты), местами сливающиеся между собой.

4. признаки интерстициального пневмофиброза никогда не возникают

5. внезапное возникновение и сравнительно быстрая (в течение 3-5 дней) обратная динамика изменений на рентгенограммах.

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Утверждения, которые верны в отношении идиопатического легочного гемосидероза:

1. при обострении заболевания доза системных ГКС составляет 1 мг/кг массы тела в сутки

2. поддерживающая доза преднизолона 2,5-10 мг в сутки.

3. недостаточная эффективность системных ГКС в течение первой недели лечения является основанием для назначения иммуносупрессивных препаратов.

4. необходимо проведение бронхоальвеолярного лаважа

5. системные глюкокортикостероиды не могут изменить естественное течение заболевания.

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

Синдром Гудпасчера характеризуется образованием антител к:

1. гепатоцитам

2. нативной ДНК

3. базальной мембране альвеол

4. базальной мембране почечных клубочков

5. стенке крупных легочных сосудов

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

У пациента с кровохарканьем (КУМ в мокроте при трехкратном исследовании не обнаружены), гипохромной железодефицитной анемией, синдромом двусторонней легочной диссеминации, микрогематурией, повышением уровня креатинина до 200 мкмоль/л наиболее вероятный диагноз:

- 1. Центральный рак легкого с метастазами в почки**
- 2. Тромбоэмболия легочной артерии.**
- 3. Инфильтративный туберкулез легких с распадом.**
- 4. Синдрома Гудпасчера**
- 5. Рак почки**

1,2,3,5

все перечисленное

2,3,5

4

3,4

Укажите основные патологические изменения в легких при лангергансоподобном гистиоцитозе:

- 1. внутригрудная лимфаденопатия**
- 2. псевдодеквмативная интерстициальная пневмония**
- 3. респираторный бронхиолит**
- 4. эозинофильные инфильтраты.**
- 5. фиброз с накоплением соединительной ткани в просвете дыхательных путей вплоть до полной их облитерации**

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

Для подтверждения диагноза лангергансоподобного гистиоцитоза легких необходимо:

- 1. обнаружение маркера CD20 на поверхности клеток, полученных при биопсии легкого.**
- 2. выявление клеток Лангерганса в жидкости бронхоальвеолярного лаважа**
- 3. обнаружение специфических включений (гранул Бирбека) при цитологическом исследовании**
- 4. обнаружение маркера CD20 на поверхности клеток, полученных при проведении бронхоальвеолярного лаважа.**
- 5. обнаружение маркера CD1A на поверхности клеток, полученных при биопсии легкого или проведении бронхоальвеолярного лаважа.**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Клинический вариант ИИП и морфологическая картина

А. Идиопатический легочный фиброз

Б. Острая интерстициальная пневмония

1. Диффузное утолщение альвеолярных перегородок Диффузная организация воздушных пространств. Гиалиновые мембраны.

2. Интерстициальное воспаление. Эпителиоидноклеточные неказеозные гранулемы. Фиброз

3. Грубый фиброз. Признаки «сотового» легкого. Фокусы фибробластов

4. Однородность изменений в биоптате

5. Временная гетерогенность изменений в биоптате

А-3,4 Б-1,5

А-2,5 Б-3,4

А- 1,4 Б-3,5

А-3,5 Б-1,4

А-1,35 Б-4,5

Типы саркоидоза и заболевания для дифференциации диагноза

А. Саркоидоз I

Б. . Саркоидоз II

1.Лимфогранулематоз

2.Туберкулез

3.Центральный рак легкого

4.Мезотелиома

5.Опухоль средостения

6.Коллагеноз

7.Пневмокониоз

8.Карциноматоз

А -1,2,3,5 Б-2,6,7,8

А -1,2,6,7 Б-2,3,5,8

А -2,3,5,8 Б-1,2,6,7

А -3,5 Б-1,2,6,7,8

А -1,2,3,5 Б-2,6

ЛГ развивается при следующих обструктивных заболеваниях:

1. ХОБЛ

2. Муковисцидоз

3. Бронхоэктатическая болезнь

4. Бронхиальная астма

5. Облитерирующий бронхолит

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

В условиях артериальной гипоксии развитию спазма мелких артерий легких способствуют:

- 1. Деполяризация гладкомышечных клеток сосудов**
- 2. Повышение синтеза эндогенных медиаторов вазоконстрикции**
- 3. Повреждение сосудистого эндотелия**
- 4. Уменьшение сердечного выброса**
- 5. Снижение продукции эндогенных вазодилататоров**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

К ANCA-ассоциированным васкулитам относятся:

- 1. Пурпура Шенлейна-Геноха,**
- 2. Гранулематоз Вегенера,**
- 3. Микроскопический полиангиит,**
- 4. Синдром Гудпасчера**
- 5. Синдром Чардж-Стросса,**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Характерными рентгенологическими признаками синдрома Чардж-Стросса являются:

- 1. Узловые тени с полостями распада,**
- 2. Легочный фиброз**
- 3. Узловые тени без полостей распада,**
- 4. Эозинофильная пневмония**
- 5. Внутригрудная лимфаденопатия**

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

Характерными лабораторными признаками синдрома Чардж-Стросса являются:

- 1. Антиэндотелиальные антитела**

2. Эозинофилия периферической крови
3. Повышение уровня IgE,
4. ANCA со специфичностью к протеиназе-3,
5. ANCA со специфичностью к миелопероксидазе

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

Для поддержания ремиссии при гранулематозе Вегенера и микроскопическом полиангиите применяются ГКС и цитостатики в следующих режимах:

1. Метилпреднизолон внутривенно 7-15 мг/кг 3 дня;
2. Преднизолон 5-7,5 мг в день, 3-6 месяцев;
3. Преднизолон 5-7,5 мг в день, 12-18 месяцев;
4. Метотрексат 0.3 мг/кг один раз в неделю, 12-18 месяцев.
5. Интерферон - альфа 3 млн МЕ 3 раза в неделю

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

Васкулит и морфологическая характеристика:

А. Гранулематоз Вегенера

Б. Микроскопический полиангиит

В. Синдром Чардж-Стросса

1. Аллергический гранулематоз и ангиит, характеризующийся преимущественным поражением органов дыхания (аллергический ринит, астма) и эозинофилией периферической крови
2. Некротизирующий гранулематозный васкулит с преимущественным поражением дыхательных путей и почек
3. Миелопролиферативное заболевание (пролиферация эозинофилов в органах), протекающее с гиперэозинофилией крови
4. Некротизирующий васкулит мелких сосудов (капилляров, венул или артериол), протекающий без образования гранулем и ассоциированный с сегментарным некротизирующим гломерулонефритом

А-3 Б- 4, В-1

А-1 Б- 3, В-1

А-1 Б- 4, В-2

А-2 Б- 4, В-1

А-2 Б- 3, В-4

Факторы риска тромбоза глубоких вен верхних конечностей:

1. повышенная физическая нагрузка

2. центральная катетеризация вены

3. травма

4. внутригрудные опухоли

5. оперативное вмешательство

4

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

3,4

Противопоказания к назначению гепарина:

1. Геморрагический синдром любой этиологии

2. Неконтролируемая тяжелая артериальная гипертензия

120

3. Язвенная болезнь или опухоль ЖКТ с высоким риском развития кровотечения

4. Операции на органах брюшной полости

5. Ретиноангиопатия

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

При диафрагмальном сухом плеврите болевыми зонами являются:

1. Между обеими ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы

2. Над ключицей

3. У края грудины в 1 межреберье

4. В месте пересечения V ребра и парастеральной линии

5. Над острыми отростками шейных позвонков

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

При межреберной невралгии в отличие от сухого плеврита присутствуют:

1. Боль, связанная с движением (наклоны туловища)

2. Усиление боли при пальпации межреберных промежутков

3. Нормальная температура

4. Усиление боли при наклоне в здоровую сторону

5. Отсутствует шум трения плевры

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

На объем распределения лекарственного препарата в организме влияют:

1. состояние кровотока в органах

2. масса тела

3. возраст

4. пол

5. свойства препарата

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

После приема пищи следует принимать:

1. препараты железа

2. ингибиторы АПФ

3. ГКС

4. метилксантины

5. антациды

4

2,3,5

3,4

1,2,3,5

все перечисленное

К основным видам особых реакций на лекарственные препараты относятся:

1. идиосинкразия

2. гиперреактивность

3. тахифилаксия

4. лекарственная зависимость

5. толерантность

все перечисленное

2,3,5

1,\

4

3,4

При увеличении рН мочи увеличивается почечная экскреция:

1. аминогликозидов

2. салицилатов

3. сульфаниламидов

4. рифампицина

5. пенициллинов

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

При приеме ингаляционных ГКС возможны:

1. подавление функции коры надпочечников

2. замедление роста у детей

3. истончение кожи

4. гепатотоксичность

5. остеопороз

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4