

Вопросы с вариантами ответов по специальности «Пульмонология» (II 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
- 2,3,5
3,4
1,2,3,5
4
1,2,3,4,5

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
- все из перечисленных
2,3,5
1,2,3,5

4

3,4

Штатные нормативы кабинета врача-пульмонолога:

1. Не менее 0,1 должности врача на 10 000 прикрепленного населения без учета возраста
2. Не менее 0,1 должности врача на 10 000 прикрепленного взрослого населения
3. Не менее 0,2 должности врача на 10 000 прикрепленного взрослого населения
4. Не менее 0,1 должности врача на 10 000 прикрепленного детского населения
5. Не менее 0,2 должности врача на 10 000 прикрепленного детского населения

4

2,3,5

3,4

1,2,3,5

1,2,3,4,5

В структуре отделения пульмонологии стационара должны быть:

1. палата (блок) реанимации и интенсивной терапии
2. боксированные палаты
3. койки дневного стационара
4. кабинет для проведения фибробронхоскопии
5. кабинет респираторной реабилитации

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. При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений
2. По запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством
3. В случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему для информирования одного из его родителей или иного законного представителя
4. В целях их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе
5. В целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

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

Нормативные акты МЗ РФ, регламентирующие деятельность пульмонологической службы:

А. Федеральный закон от 21 ноября 2011 N 323-ФЗ

Б. Федеральный закон Российской Федерации от 12 апреля 2010 г.

В. Приказ Минздравсоцразвития России №222н от 7 апреля 2010 г.

Г. Приказ МЗСР РФ от 29 декабря 2010 г. N 1224н

Д. Приказ Минздравсоцразвития России от 9 марта 2007 г. № 156

1. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с бронхолегочными заболеваниями пульмонологического профиля»

2. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации

3. «О порядке организации медицинской помощи по восстановительной медицине»

4. «Об обращении лекарственных средств»

5. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации"

А-2, Б-4, В-1, Г-3, Д-5

А -1,Б-2, В-3, Г-4, Д-5

А -2,Б-3, В-1, Г-5, Д- 4

А -5,Б-3, В-2, Г-4, Д- 1

А -4,Б-3, В-2, Г-1, Д5

Холинергическая иннервация в легких преимущественно представлена в:

крупных бронхах

средних бронхах

мелких бронхах

бронхиолах
ацинусах

Синтезируют сурфактант в легочной паренхиме клетки:

макрофаги
тучные клетки
фибробласты
альвеолоциты II типа
эозинофилы

Препятствуют спадению стенок альвеол:

сурфактант
альфа 1-антитрепсин
простагландины
интерферон
интерлейкины

Насыщение артериальной крови кислородом в норме составляет:

85%
75%
95%
80%
90%

Понижена перфузия зон легких:

Верхних
Нижних
Латеральных
Медиальных
Субплевральных

Величина диастолического давления в легочной артерии у здорового человека в ответ на физическую нагрузку:

снижается значительно
снижается незначительно
остаётся неизменной
повышается незначительно
повышается значительно

Главным естественным фактором, возбуждающим дыхательный центр, является:

Недостаток молочной кислоты
Недостаток углекислого газа
Избыток углекислого газа
Избыток кислорода
Повышение pH крови

Основной причиной развития респираторного ацидоза является:

Хроническая недостаточность кровообращения
Вдыхание газовой смеси с высоким содержанием углекислого газа
Гипоксия
Гиповентиляция легких
Гипервентиляция легких

Основной механизм развития дыхательной недостаточности при обструктивных нарушениях вентиляции это:

Увеличение упругого сопротивления
Увеличение аэродинамического сопротивления
Нарушение диффузии кислорода через альвеолярно-капиллярную мембрану
Снижение стимуляции дыхательного центра
Снижение парциального давления во вдыхаемом воздухе

Шунтирование крови через артерио-венозные анастомозы развивается при легочной патологии:

пневмонии
ТЭЛА
шоковом легком
ИЛФ
волчаночном пневмоните

Диффузия кислорода через альвеолярно-капиллярную мембрану зависит от:

увеличения скорости кровотока по легочным капиллярам
замедления скорости кровотока по легочным капиллярам
уменьшения количества альвеол
утолщения альвеолярно-капиллярной мембраны
склерозирования легочных капилляров

Величина диффузионной способности легких зависит от физиологического параметра легких:

общей площади альвеол, капилляров, мембраны
объема альвеолярной вентиляции
толщины альвеолярно-капиллярной мембраны
объема крови в легочных капиллярах
состояния сурфактантной системы

Защита альвеол от повреждающих ее агентов осуществляется:

фагоцитозом альвеолярными макрофагами
удалением их с помощью дыхательных движений
удалением ресничками мерцательного эпителия
фагоцитозом нейтрофилами
удалением с помощью кашля

Функцией лимфоидной ткани внутригрудных лимфатических узлов являются:

филтрация лимфы, поступающей из легких
задержка веществ, токсичных для организма
синтез иммуноглобулинов
синтез лимфоцитов
синтез сурфактанта

При аускультации легких пациента с эмфиземой выслушивается дыхание:

Везикулярное
Везикулярное ослабленное
Везикулярное усиленное
Бронхиальное
Амфорическое

Характерным Эхо-КГ-признаком тромбоэмболии легочной артерии является:

гипертрофия стенок левого желудочка
дилатация правых камер сердца и патологическая трикуспидальная регургитация
дилатация левых камер сердца
патологическая митральная регургитация
Дилатация левого и правого предсердий

Бронходилатационная проба считается положительной, если прирост показателей (ОФВ1 и/или ФЖЕЛ) через 15-30 минут после приема 400 мкг сальбутамола составляет:

> 12% и > 200 мл
> 10% и > 150 мл
> 12% и > 150 мл
> 15% и > 200 мл
> 15% и > 250 мл

Мужчина 45 лет, курит около 20 сигарет в день на протяжении 25 лет. Жалобы на ощущение нехватки воздуха при нагрузке, аускультативно над легкими жесткое дыхание, в проекции центральных отделов обоих легких – сухие свистящие хрипы. При выполнении маневра с форсированным выдохом ОФВ1/ФЖЕЛ - 61%, ФЖЕЛ - 70% от должной величины.

Оцените вентиляционную функцию:

Рестрикция
Норма
Смешанные нарушения
Обструкция
Гипервентиляция

Аускультативный феномен крепитация характерен для:

1. Эмфиземы легких,

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

3,4

2,3,5

1,2,3,5

4

1,2,3,4,5

Из перечисленных заболеваний слизисто-кровянистая мокрота характерна для:

1. Пневмонии,
2. Туберкулеза легких
3. Бронхогенного рака,
4. Острого бронхита,
5. Хронического бронхита

2,3,5

3,4

1,2,3,5

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

2,3,5

1,2,3,5

4

1,2,3,4,5

3,4

Показаниями для проведения диагностической бронхофиброскопии являются:

1. Обострение бронхиальной астмы,
2. Воспалительные заболевания легких,
3. Опухоли легких,
4. Стеноз гортани II-III степени,
5. Легочное кровотечение

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

Противопоказаниями для проведения диагностической бронхофиброскопии являются:

- 1. Инородное тело бронха,**
- 2. Легочное кровотечение**
- 3. Стеноз гортани II-III степени,**
- 4. Обострение бронхиальной астмы,**
- 5. Периферический рак легкого**

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

1,2,3,4,5

Какие изменения на ЭКГ вы ожидаете увидеть у больного с гипертрофией правого предсердия:

- 1. Глубокий зубец S в отведениях V1,2**
- 2. Глубокий зубец S в отведениях V5,6**
- 3. Высокий зубец R в отведениях V1,2**
- 4. Высокий остроконечный зубец r во II стандартном отведении**
- 5. Двухфазный широкий зубец r во II стандартном отведении**

1,2,3,5

все перечисленное

2,3,5

4

3,4

Какие изменения на ЭКГ вы ожидаете увидеть у больного с гипертрофией правых отделов сердца:

- 1. Двухфазный широкий зубец r во II стандартном отведении**
- 2. Высокий остроконечный зубец r во II стандартном отведении**
- 3. Высокий зубец R в отведениях V1,2**
- 4. Глубокий зубец S в отведениях V1,2**
- 5. Глубокий зубец S в отведениях V5,6**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Укажите признаки гипертрофии и дилатации правого желудочка, выявляемые при ЭхоКГ:

- 1. Толщина стенки правого желудочка 5 мм**
- 2. Толщина стенки правого желудочка 6 мм**
- 3. Толщина стенки правого желудочка 7 мм**

4. Ширина полости правого желудочка 30 мм

5. Ширина полости правого желудочка 32 мм

2,3,5

1,2,3,5

4

1,2,3,4,5

3,4

Определение величины динамических легочных объемов включает оценку:

1. Общей емкости легких (ОЕЛ),

2. Функциональной остаточной емкости легких (ФОЕ),

3. Форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ),

4. Объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1),

5. Остаточного объема легких (ООЛ)

4

2,3,5

3,4

1,2,3,5

все перечисленное

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

1,2,3,5

4

2,3,5

все перечисленное

3,4

Характерными особенностями спиральной и мультidetекторной 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

Характер плеврального выпота

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-1,3,7 Б -2,4,5,6

А-2,3,6 Б -1,4,5,7

А-2,7,6 Б -1,4,5,3

А-3,4,5 Б -1,2,6,7

А-1,3,6 Б -2,4,5,7

Длительное кровохарканье в сочетании с сухим кашлем заставляет в первую очередь подозревать:

Кавернозный туберкулез

Бронхоэктатическую болезнь

Пневмокониоз

Рак бронха

Хронический бронхит

Определение легочного инфильтрата:

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.

Наличие множественных очаговых теней на значительном протяжении легочных полей

Сочетание участков «матового стекла» с сетчатыми и линейными изменениями

«Неукротимое» накопление жидкости в плевральной полости наиболее характерно для:

А. прогрессирующей сердечной недостаточности

мезотелиомы плевры

эндобронхиального рака легких

туберкулеза легких

гипотиреоза

Наиболее важный симптом сухого плеврита - это:

ослабленное дыхание
влажные мелкопузырчатые хрипы
укорочение перкуторного звука
шум трения плевры
смещение средостения

Диагностическим критерием экссудативного плеврального выпота является

Соотношение ЛДГ плевральной жидкости к ЛДГ сыворотки крови менее 0,6
Содержание ЛДГ в плевральной жидкости менее 0,45 от верхней границы нормы для ЛДГ сыворотки
Содержание общего белка в плевральной жидкости менее 29 г/л
Соотношение общего белка плевральной жидкости к общему белку сыворотки крови более 0,5
Содержание холестерина в плевральной жидкости менее 450 мг/л

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**

1,2,3,5

4

2,3,5

все перечисленное

3,4

Факторы, которые определяют полноценный кашлевой акт:

- 1. удовлетворительное состояние дыхательной мускулатуры,**
- 2. сохраненная эластическая отдача легочной ткани,**
- 3. проходимость дистальных отделов дыхательных путей,**
- 4. вязкость и адгезивность мокроты**
- 5. адекватная иннервация всех звеньев кашлевой рефлекторной дуги**

4

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

3,4

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

К методам, подтверждающим наличие синдрома бронхиальной обструкции, относятся:

1. Сцинтиграфия легких

2. Пикфлоуметрия

3. Бодиплетизмография

4. Рентгенография легких

5. Спирография

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Наиболее характерными физикальными признаками бронхиальной обструкции являются:

1. Крепитация

2. Свистящие хрипы

3. Гудящие хрипы

4. Бронхиальное дыхание

5. Жесткое дыхание

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Локальные инфильтративные изменения при рентгенологическом исследовании

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 - 1,2,4,6 Б- 3,5

А - 2,4,5 Б- 1,3,6

А - 1,2,3,5 Б- 4,6

А - 1,2,4,5 Б- 3,6

А - 4,5 Б- 1,2,3,6

Типичная локализация легочного инфильтрата

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 6,7 Б 1,2,3,4,

А 1,4 Б 2,3,6,7

А2,3,6,7 Б 1,4

А 3,4 Б 1,2,4,6,7

Пациент С., 45 лет. В течение нескольких часов появилась и усиливается боль за грудиной. Боль не купируется нитратами. При осмотре - бледность кожи, дыхание проводится во всех отделах, АД 110/70 мм рт.ст., тахикардия до 110 в минуту и ослабление тонов при аускультации. На ЭКГ - подъем сегмента ST во всех отведениях. Сочетание этих признаков характерно для :

ТЭЛА

2. Спонтанный пневмоторакс

3. Острый инфаркт миокарда

4. Острый перикардит

5. Расслаивающая аневризма аорты

4

2,3,5

3,4

1,2,3,5

все перечисленное

В картину идиопатической интерстициальной пневмонии не укладывается:

Кровохарканье

Острое начало

Увеличение СОЭ

Двусторонний очагово-интерстициальный процесс

Отсутствие внутригрудной лимфаденопатии

В картину диссеминированного туберкулеза легких не укладывается:

А. Острое начало

Отсутствие внутригрудной лимфаденопатии

Увеличение СОЭ
Кровохарканье
Двусторонний очагово-интерстициальный процесс

Основной путь передачи вируса гриппа А(Н5N1) («птичьего гриппа»):

Прямой контакт (домашняя птица, объекты и поверхности контаминированные экскрементами больных птиц)
Воздушно-капельный (от человека к человеку)
Фекально-оральный
Трансплацентарный
Водный

Наиболее частое осложнение парагриппа это:

Менингит
Миокардит
Отит
Пневмония
Пиелонефрит

Возбудителем тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) является:

40

Коронавирус
Вирус гриппа
Микопlasма
Хламидофила
Вирус парагриппа

В постановке диагноза пневмонии ведущим рентгенологическим симптомом является:

расширение корня легкого
повышенная воздушность легочной ткани
усиление легочного рисунка на здоровой стороне
инфильтрация легочной ткани
состояние купола диафрагм

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

Уровень креатинина в сыворотке крови 110 мкмоль/л
PaCO₂-35 мм рт.ст.
АД 100/60 мм. рт. ст.
PaO₂-50 мм рт.ст.
Уровень калия в сыворотке крови 5,0 ммоль/л

Пневмония, вызванная клебсиеллой, по данным Российского респираторного общества наиболее часто возникает у:

А. мужчин старше 40 лет, страдающих алкоголизмом
больных сахарным диабетом
молодых лиц из организованных коллективов
больных с ВИЧ
курильщиков

Смену антибиотика при отсутствии эффекта от эмпирически подобранной антибактериальной терапии пневмонии следует производить в сроки:

через 4-6 дней
через 7-10 дней
через 24 часа
через 48-72 часа
через 10-14 дней

При остром бронхите наиболее часто возбудителем является:

H. influenzae
Вирус (Influenza, Parainfluenza, RSV и др)
M. catharralis
S. pneumoniae
M. pneumoniae

Укажите ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при обострении простого хронического бронхита:

43

30-60 дней
14-16 дней
12-14 дней
20-30 дней
16-18 дней

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

150
250
300
400
500

В диагностике бронхоэктазий решающее значение в настоящее время имеет:

рентгенография органов грудной клетки
Компьютерная томография органов грудной клетки
бронхоскопия
бронхография
Сцинтиграфия легких

возбудители, которые наиболее часто выявляются при посеве мокроты у взрослых с бронхоэктазами, не ассоциированными с муковисцидозом - это:

протей и кишечная палочка

пневмококк и синегнойная палочка

S. Maltophilia и B. cereus

Золотистый стафилококк и клебсиелла

Микоплазмы и хламидии

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

все перечисленное

2,3,5

4

1,2,3,5

3,6

Нереспираторные осложнения гриппа включают

1. Артрит

2. Миокардит

3. Ухудшение течения диабета

4. Вентилятор-ассоциированную пневмонию

5. Психические расстройства

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

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

Заболевания, сопровождающиеся инфильтрацией легочной ткани

А. Крупозная пневмония

Б. Казеозная пневмония

- 1. Легочное кровотечение**
- 2. Туберкулиновая проба - отрицательная**
- 3. На фоне инфильтрации - участки просветления**
- 4. Четкая демаркация по междолевой борозде**
- 5. Нет увеличения внутригрудных лимфоузлов**
- 6. Множественные очаги отсева в обоих легких**
- 7. Часто - спонтанный пневмоторакс**

А- 1,2,4 Б -1,3,5, 6,7

А -4,5 Б -1,3,4, 6,7

А- 3,4,5,6 Б- 1,2,7

А -2,4,5 Б -1,3, 6,7

А- 5,6,7 Б -1,2,3, 4

Заболевания, сопровождающиеся инфильтрацией легочной ткани

А. Инфильтративный туберкулез

Б. Инфаркт легкого

- 1. Сахарный диабет**
- 2. Варикозная болезнь**
- 3. ВИЧ-инфицирование**
- 4. Беременность/роды**
- 5. Длительное использование системных ГКС**
- 6. Длительное использование гормональных контрацептивов**
- 7. Перенесенное «большое» хирургическое вмешательство**

А - 4,5,6,7 Б - 1, 2,3,

А - 1,4, 5 Б - 2, 3,4,6,7

А - 1,3,4,5 Б - 2,4,6,7

А - 3,4,5 Б - 1,2,6,7

А - 3,4,7 Б - 1,2,4,5,7

Высвобождение интерлейкинов, способствующих развитию эозинофильного воспаления, при бронхиальной астме осуществляют:

А. Т-лимфоциты

Б. Тучные клетки

В. Дендритные клетки

Г. Макрофаги

Д. Нейтрофилы

Тучные клетки

Т-лимфоциты

Дендритные клетки

Макрофаги

Нейтрофилы

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

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

С отсутствием характерных жалоб, но с обструктивными изменениями при исследовании ФВД 76

С жалобами на характерные симптомы бронхиальной астмы и 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

Препаратами выбора для купирования бронхоспазма при бронхиальной астме являются:

Ингаляционные глюкокортикостероиды

Ингаляционные β 2-агонисты быстрого действия

Теofilлины

Антилейкотриеновые препараты

Ингаляционные М-холинолитик

Наиболее частыми формами бронхолитов являются:

Деформирующий

1. Респираторный панбронхиолит

Фолликулярный

Индукцированный ингаляцией минеральной пыли

Острый

Среди системных заболеваний соединительной ткани облитерирующий бронхиолит чаще всего развивается на фоне:

Системной склеродермии

Ревматоидного артрита

Синдрома Шегрена

Системной красной волчанке

Дематомиозита

Доза системного преднизолона для лечения бронхиолита составляет:

5 мг/кг массы тела

0,1 мг/кг массы тела

1 мг/кг массы тела

0,5 мг/кг массы тела

10 мг/кг массы тела

Характерные для ХОБЛ патоморфологические изменения обнаруживают в:

1. проксимальных дыхательных путях,

2. периферических дыхательных путях,

3. легочных сосудах.

4. коронарных сосудах

5. паренхиме легких

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

Комплексная оценка тяжести ХОБЛ (GOLD -2017) включает:

1. Возраст больного

2. Выраженность спирометрических изменений

3. Выраженность симптомов

4. Кратность обострений

5. Стаж курения

3,4

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

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

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

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

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

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**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

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**

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

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**

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

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**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Группы и лечебные препараты при бронхиальной астме

А. β2-адреномиметики короткого действия

Б.β2- адреномиметики длительного действия

В.Ингаляционные глюкокортикостероиды

1.Сальбутамол

2.Ипратропиум бромид

3.Беклометазон

4.Салметерол

5.Будесонид

6.Формотерол

7.Флутиказон

А-1,2 Б-3,6 В- 4,5,7

А-2 Б-1,6 В- 4,5,7

А-1 Б-4,6 В- 3,5,7

А-4 Б-1,6,5 В- 3,7

А-5,7 Б-4,6 В- 1,2,3

Гистологическим паттерном идиопатического легочного фиброза (ATS/ERS, 2001) является:

Обычная интерстициальная пневмония

Респираторный бронхиолит

Макрофагальная интерстициальная пневмония

Диффузное альвеолярное повреждение

Неспецифическая интерстициальная пневмония

Состав плевральной жидкости при плеврите, вызванном ревматоидным артритом, характеризуется следующими особенностями:

белок: > 3 г/л, антинуклеарные антитела: не определяются, ревматоидный фактор: не определяется, ЛДГ: повышенное содержание

белок: < 3 г/л, антинуклеарные антитела: определяются, ревматоидный фактор: не определяется, ЛДГ: повышенное содержание

белок: > 3 г/л, антинуклеарные антитела: определяются, ревматоидный фактор: определяется, ЛДГ: повышенное содержание

белок: < 3 г/л, антинуклеарные антитела: определяются, ревматоидный фактор: не определяется, ЛДГ: пониженное содержание

белок: > 3 г/л, антинуклеарные антитела: определяются, ревматоидный фактор: определяется, ЛДГ: пониженное содержание.

Лекарственный препарат, вызывающий развитие легочного кровотечения это:

Пенициллин

Д-пеницилламин
ГКС
Золото
Левифлоксацин

Основной патоморфологический признак при саркоидозе это:

Гранулема без развития казеозного некроза
Гранулема с развитием казеозного некроза
Кистозная перестройка паренхимы легкого
Неспецифический альвеолит
Облитерирующий бронхиолит

Характерным признаком саркоидоза является:

Соотношение CD4/CD8 более 5,5
Соотношение CD8/CD4 более 5,5
Соотношение CD4/CD8 более 10
Соотношение CD4/CD8 более 3,5
Соотношение CD8/CD4 более 3,5

К немедикаментозным методам лечения саркоидоза относится

Ограничение инсоляции
Исключение контакта с инфекционными больными
Исключение стрессов
Разгрузочная диета
.Дыхательная гимнастика

Нестероидные противовоспалительные препараты целесообразно назначать при саркоидозе в случае:

поражения почек
поражения глаз
синдроме Лефгрена
поражения ЦНС
поражения сердца

При легочном альвеолярном протеинозе наиболее эффективно назначение:

глюкокортикостероидов
лечебного бронхоальвеолярного лаважа
цитостатиков.
антибактериальных препаратов
пульс-терапии глюкокортикостероидами в сочетании с цитостатиками

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

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

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

3,4

2,3,5

1,2,3,5

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 лимфоаденопатия

5. Нарушения архитектоники, отражающие легочный фиброз.

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

Критериями ИЛФ (GUIDELINES -2011) являются:

1. Постепенное начало одышки при физических нагрузках

2. Нарушение ФВД

3. Исключение других известных форм ИЗЛ

4. Наличие паттерна ОИП по данным КТВР и/или хирургической биопсии легких

105

5. Двусторонняя базальная инспираторная крепитация

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

Ограничениями к трансплантации легких при ИЛФ являются:

- 1. Диспноэ III–IV класс по NYHA**
- 2. Гипоксемия при физической нагрузке;**
- 3. Пожилой возраст больных;**
- 4. Быстрое прогрессирование заболевания .**
- 5. Снижение DLCO < 50%.;**

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

Длительная кислородотерапия при этом заболевании:

- 1. Не показана.**
- 2. Показана всем больным без исключения**
- 3. При PaO₂ менее 55 мм рт.ст. в покое**
- 4. При PaO₂ 55–60 мм рт.ст. в покое в сочетании с признаками легочной гипертензии или полицитемии.**
- 5. При PaO₂ 55–60 мм рт.ст. в покое в сочетании с диспноэ 3 степени (по шкале MRS)**

4

2,3,5

3,4

1,2,3,5

все перечисленное

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

Инфаркт-пневмония сопровождается кровохарканьем в:

40-60% случаев

70-80% случаев

30-40% случаев

20% случаев

85% случаев

Пациентки 60 лет с тяжелой неконтролируемой астмой выявлены изменения легочных полей на рентгенограмме (инфильтрация в нижних долях обоих легких) и эозинофилия периферической крови (количество эозинофилов 34%). Наиболее вероятный диагноз это:

- Пурпура Шенлейна-Геноха
- Идиопатический гиперэозинофильный синдром
- Гранулематоз Вегенера
- Синдром Чардж-Стросса
- Микроскопический полиангиит

Пациент 50 лет с впервые выявленным гломерулонефритом пожаловался на геморрагические высыпания на коже, боли в локтевых суставах и кровянистые выделения из носа. При осмотре выявлены некротические изменения слизистой носа и ротовой полости. На рентгенограмме легких – узловое затенение в нижней доле справа с признаками распада. Наиболее вероятный диагноз это:

- Синдром Чардж-Стросса
- Пурпура Шенлейна-Геноха
- Гранулематоз Вегенера
- Идиопатический гиперэозинофильный синдром
- Эссенциальный криоглобулинэмический васкулит

Противопоказания к назначению гепарина:

1. Геморрагический синдром любой этиологии
2. Неконтролируемая тяжелая артериальная гипертония
3. Язвенная болезнь или опухоль ЖКТ с высоким риском развития кровотечения
4. Операции на органах брюшной полости
5. Ретиноангиопатия

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

Больным терапевтического профиля, госпитализированным в стационар, показано назначение антикоагулянтов в профилактических дозах при:

114

1. Длительном постельном режиме
2. ТГВ или ТЭЛА в анамнезе
3. Застойной сердечной недостаточности
4. Геморрагическом инсульте
5. Тяжёлых воспалительных и инфекционных заболеваниях

4

2,3,5

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

Клиническая классификация ЛГ включает:

- 1. Легочная артериальная гипертензия (ЛАГ)**
- 2. ЛГ, связанная с патологией левого желудочка**
- 3. ЛГ, связанная с легочной респираторной патологией и / или гипоксией**
- 4. Гипертоническая болезнь при заболеваниях органов дыхания**
- 5. ЛГ, обусловленная хроническим тромботическим и / или эмболическим заболеванием**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Вариантами ЛГ, обусловленной хроническим тромботическим и/ или эмболическим заболеванием являются:

- 1. Легочная вено-окклюзивная болезнь**
- 2. Тромбоэмболическая обструкция проксимальных легочных артерий**
- 3. Тромбоэмболическая обструкция дистальных легочных артерий**
- 4. Легочный капиллярный гемангиоматоз**
- 5. Нетромботическая легочная эмболия инородным телом**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Роль эндотелиальной дисфункции в патогенезе ЛГ:

- 1. повышение выработки тромбоксана**
- 2. снижение продукции простациклина**
- 3. повышение выработки эндотелина-1**
- 4. повышение выработки цитокинов**
- 5. снижение продукции оксида азота**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

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

ЭКГ-признаки ЛГ:

1. Патологический зубец Q

2. R < S в отведении V6

3. Амплитуда зубца R более 0,20 mV в отведениях II, III, aVF

4. Депрессия сегмента ST

5. Блокада правой ножки пучка Гиса

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

К ANCA-ассоциированным васкулитам относятся:

1. Пурпура Шенлейна-Геноха,

2. Гранулематоз Вегенера,

3. Микроскопический полиангиит,

4. Синдром Гудпасчера

5. Синдром Чардж-Стросса

1,2,3,5

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

2,3,5

3,4

1,2,3,5

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

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Морфологическая характеристика васкулита:

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-1, В-2

А-2, Б-1, В-3

А-1, Б-2, В-4

А-2, Б-4, В-1

А-2, Б-3, В-4

Опухоль Панкоста это:

Периферический рак верхней доли с прорастанием в плечевое нервное сплетение

Рак верхнедолевого бронха

Периферический рак в средней доле

Периферический рак верхней доли с прорастанием в плевру

Периферический рак в нижней доле

Периферический рак в I стадии заболевания характеризуется обычно:

отсутствием жалоб

сухим кашлем

кашлем с мокротой

небольшим кровохарканьем

одышкой при физической нагрузке

Бронхиолоальвеолярный рак отличается от других морфологических вариантов рака легкого:

обтурацией главного бронха
возникновением в неизмененном отделе легкого
частым образованием среди рубцовой ткани легкого
частым развитием на фоне хронического воспалительного процесса
частым вовлечением плевры

Характерным рентгенологическим признаком центрального рака с перибронхиальным ростом является:

участок затемнения в прикорневой области
ателектаз доли, сегмента, легкого
бугристая тень в прикорневой области
гипопневматоз доли, сегмента, легкого
параканкротная пневмония

Ранными клиническими симптомами центрального рака легкого являются:

одышка и потеря массы тела
лихорадка
легочное кровотечение
сухой кашель или кашель со слизистой мокротой, в части случаев с прожилками крови
боли в костях

Косвенными бронхоскопическими признаками рака бронха являются:

разрастания опухоли по стенке бронха
сдавление стенки бронха извне
легкая ранимость слизистой
диффузная гиперемия слизистой
дискинезия трахеи

Периферически расположенные «доброкачественные опухоли легких» обычно выявляются:

флюорографическим методом
клиническим методом при появлении признаков заболевания
лабораторным методом – обнаружением клеток опухоли в мокроте
сцинтиграфии легких
бронхоскопии

Наиболее распространенным злокачественным новообразованием в мире является

Рак легкого
Рак желудка
Рак кожи
Рак гортани

Рак почки

Какой диагноз наиболее вероятен, если на рентгенограмме в проекции средостения выявляется тень зубов:

Тимома

Тератома

Лимфома

Разрыв пищевода

Загрудинный зоб

Спонтанный пневмомедиастинум может развиваться на фоне:

Пневмонии

ХОБЛ

Рака легкого

Тромбоэмболии

Саркоидоза

Этиологическим фактором мезотелиомы является длительный контакт:

Тальком

Бериллием

Свободной двуокисью кремния (SiO₂)

Асбестом

Алюминием

Дифференциальный диагноз при мезотелиоме чаще всего проводится с:

Метастатической аденокарциномой

Застойной сердечной недостаточностью

Тромбоэмболией

Эмпиемой плевры

Системным заболеванием соединительной ткани

Чаще всего плевральный выпот осложняет:

Рак молочной железы

Рак легкого

Лимфоме

Злокачественные опухоли ЖКТ

Злокачественные новообразования мочеполовой системы

Рентгенологический признак заставляет подозревать злокачественную природу выпота?

Малый объем

Вовлечение лимфатических узлов средостения на стороне плеврального выпота

Двусторонний плевральный выпот в сочетании с кардиомегалией

Контралатеральное смещение средостения при наличии значительного объема жидкости

Отсутствие узловых образований в паренхиме легкого

Наиболее частой причиной транссудативного плеврального выпота является:

- Цирроз печени
- Нефротический синдром
- Застойная сердечная недостаточность
- Обструкция мочевыводящих путей
- .Заболевания перикарда

Главный механизм гидроторакса при циррозе печени– это:

- Повышение гидростатического давления
- Движение асцитической жидкости из брюшной полости через поры в диафрагме
- Снижение онкотического давления плазмы
- Воспаление плевры
- Повышение легочного и системного капиллярного давления

Наиболее частой причиной развития гемоторакса является:

- Травма грудной клетки
- Метастатическое злокачественное поражение плевры
- Первичные опухоли плевры
- Терапия антикоагулянтами
- Эндометриоз

Наиболее частая причина развития хилоторакса:

- Травма
- Лимфома
- Туберкулез
- Венозный тромбоз
- Амилоидоз

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 остистыми 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

127

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

К механизмам накопления плевральной жидкости относятся:

1. Повышение гидростатического давления в капиллярах (застойная сердечная недостаточность)

2. Снижение давления в плевральной полости (ателектаз)

3. Повышение проницаемости капилляров (пневмония)

4. Повышение онкотического давления плазмы (гиперальбуминемия)

5. Нарушение дренажа лимфы (злокачественное новообразование)

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

К критериям экссудата относятся:

1. Соотношение белка плевральной жидкости к белку сыворотки крови более 0,5

2. Соотношение ЛДГ плевральной жидкости к сывороточной ЛДГ более 0,6

3. ЛДГ плевральной жидкости превышает 2/3 от верхней границы нормы сывороточной ЛДГ.

4. Содержание холестерина в плевральной жидкости менее 200 мг/л

5. Содержание общего белка в плевральной жидкости более 29 г/л

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

Рентгенологическими признаками пневмоторакса являются:

1. Визуализация тонкой линии висцеральной плевры

2. Смещение тени средостения в противоположную сторону

3. Плевральный выпот

4. Высокое стояние купола диафрагмы

5. Углубление реберно-диафрагмального угла в горизонтальном положении

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

Показания к проведению хирургического вмешательства при пневмотораксе :

1. Отсутствие расправления легкого после проведения дренирования плевральной полости в течение 3-5 дней

2. Рецидив пневмоторакса после проведения химического плевродеза

3. Спонтанный гемопневмоторакс

4. Односторонний спонтанный пневмоторакс

5. Пневмоторакс у людей определенных профессий (связанных с полетами, дайвингом)

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Последствиями недренированного гемоторакса являются:

1. Формирование свернувшегося гемоторакса

2. Развитие эмпиемы

3. Появление плеврального выпота

4. Развитие мезотелиомы

5. Переход в фиброторакс

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

К порокам развития легкого, при котором отсутствует связь части легкого с бронхиальной системой, а его кровоснабжение осуществляется из аномальной артерии (или артерий), отходящих от грудной или брюшной аорты или ее основных ветвей относится:

Синдром Мунье-Куна

Синдром Мак-Леода

Секвестрация легкого

Синдром Картагенера

Синдром Вильямса-Кэмпбелла

Если оба родителя гетерозиготны по аномальному гену вероятность рождения ребенка больного муковисцидозом составляет:

25%

5%

50%

75%

100%

Основные направления лечения при синдроме Мунье-Куна: Использование стентов

- 1. Использование стентов**
- 2. Муколитики**
- 3. Антибактериальные препараты при обострении**
- 4. Резекция пораженных участков легких**
- 5. Постуральный дренаж**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Подозрение на наличие дефицита α 1-антитрипсина должно возникать при:

- 1. клинически выраженной эмфиземе у лиц 45 лет и моложе;**
- 2. при развитии эмфиземы в отсутствие факторов риска (провоцирующих факторов);**
- 3. при наличии бронхоэктазов неясной этиологии или отягощенной наследственности по бронхолегочным заболеваниям**
- 4. рецидивирующей пневмонии в верхней доле правого легкого**
- 5. рецидивирующем спонтанном пневмотораксе**

1,2,3,5

2,3,4

4

все перечисленное

3,4

Для больных с дефицитом α 1-антитрипсина характерны:

130

- 1. двусторонние бронхоэктазы в нижних долях легких**
- 2. верхнедолевая эмфизема**
- 3. нижнедолевая эмфизема**
- 4. более значительное снижение ОФВ1 при минимальном изменении DLCO**
- 5. более значительное снижение DLCO при минимальном изменении ОФВ1**

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

Показания для внутривенной заместительной терапии очищенными лиофилизированными экстрактами α 1-антитрипсина из человеческой плазмы при дефиците α 1-антитрипсина (ААТ):

- 1. Инфекционные обострения 4 и более раз в году**
- 2. Больные с фенотипами PiZZ, PiZnull, PiNullNull.**
- 3. Клинически выраженная эмфизема.**
- 4. 2 эпизода спонтанного пневмоторакса за прошедшие 5 лет**
- 5. Уровень ААТ в сыворотке ниже 11 мкмоль/л.**

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

К скрининговым лабораторным тестам для диагностики первичного иммунодефицита относится определение:

- 1. абсолютного количества лейкоцитов, нейтрофилов, лимфоцитов и тромбоцитов;**
- 2. сывороточных иммуноглобулинов IgG, IgA, IgM;**
- 3. гемолитической активности комплемента CH50;**
- 4. молекул адгезии (CD11a, CD18);**
- 5. гиперчувствительности замедленного типа (кожные тесты).**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

К изменениям, выявляемым на рентгенограмме у больного с легочным альвеолярным микролитиазом относятся:

- 1. двустороннее симметричное поражение в виде мелких очаговых теней большой плотности**
- 2. симптом «рассыпанного песка»**
- 3. локализация изменений в средних и нижних отделах легких**
- 4. локализация изменений в верхних отделах легких**
- 5. выявление уплотненных и кальцинированных стенок бронхов**

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

Состояния, при которых возможны положительные результаты потовой пробы:

- 1. Синдром Дауна**
- 2. Семейный холестатический синдром**
- 3. Нервная анорексия**
- 4. Гипертиреоз**
- 5. Хронический панкреатит**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Поражение бронхолегочной системы при муковисцидозе проявляет себя формированием:

1. Бронхоэктазов

2. Ателектазов

3. Эмфиземы

4. Экзудативного плеврита

5. Легочного сердца

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Неонатальный скрининг муковисцидоза в Российской Федерации включает в себя:

1. Определение спектра липидов в кале на 7-8 день

2. Повторное исследование спектра липидов в кале на 28 день

3. Определение иммунореактивного трипсина в высушенной капле крови на 3-4 день

4. Повторный тест на иммунореактивный трипсин на 21-28 день

5. Оценку физического статуса

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

Клинические признаки, требующие исключения муковисцидоза в грудном возрасте:

1. Сладкий вкус кожи

2. Отставание в физическом развитии

3. Выпадение прямой кишки

4. Склонность к запорам

5. Тепловой удар или дегидратация при жаркой погоде

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

Больным муковисцидозом разрешено заниматься видами спорта:

1. Коньки
2. Баскетбол
3. Бадминтон
4. Большой теннис
5. Прыжки в воду

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

Вид нарушения развития легких:

А. Аномалия развития

Б. Порок развития

В. «вариант нормы»

1. незначительные отклонения структуры органа от общепринятых норм, не имеющие клинического значения

2. врожденные дефекты, обычно не проявляющиеся клинически и не влияющие на функцию органа

3. Нарушение развития, при котором функциональные нарушения и/или проявления болезни уже существуют или могут возникнуть

A-1 Б-2 В-3

A-1 Б-3 В-2

A-2 Б-3 В-1

A-3 Б-2В-1

A-2 Б-1 В-3

Порок развития. Определение (анатомическая характеристика):

А. Агенезия

Б. Аплазия

В. Простая гипоплазия

Г. Кистозная гипоплазия

Д. Синдром Мунье-Куна

Е. Трахеобронхомалация

Ж. Дивертикулы трахеи и бронхов

1. отсутствие ткани легкого при наличии рудиментарного главного бронха

2. равномерное недоразвитие всего легкого, доли или сегментов с редукцией бронхиального дерева

3. отсутствие легкого вместе с главным бронхом

4. врожденное расширение трахеи и крупных бронхов, связанное с истончением хрящей и дефицитом эластических и мышечных волокон в мембранозной части трахеи

5. повышенная подвижность стенок трахеи и бронхов, связанная с морфологическими дефектами хрящевого и соединительнотканного каркаса трахеи и бронхов

6. недоразвитие легкого сопровождается кистозным перерождением респираторных отделов

7. одиночные или множественные выпячивания стенки трахеи и/или бронхов любой этиологии

А-2 Б-1 В-3 Д-4 - 5 Ж- 7

А-7 Б-5 В-2 Д-4 Е- 1 Ж -3

А-4 Б-5 В-2 Д-3 Е -1 Ж -7

А-5 Б-1 В-7 Д-4 Е- 3 Ж -2

А-1 Б-3 В-4 Д-2 Е- 5 Ж -7

Основными показаниями для оценки иммунологического статуса у больных аллергическими заболеваниями являются

1. трудности специфической диагностики

2. неэффективность СИТ

3. неэффективность традиционных методов лечения

4. обострение аллергического заболевания

5. нетипичная клиника болезни

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Имуноглобулин Е участвует в

1. формировании реакций гиперчувствительности замедленного типа

2. иммунокомплексных аллергических реакциях

3. формировании защиты от гельминтов

4. формировании немедленных аллергических реакций

5. цитотоксических иммунных реакциях

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

Гиперглобулинемия Е может наблюдаться при

1.гельминтозах

2.аллергическом бронхолегочном аспергиллезе

3.гипоплазии тимуса (Ди-Джорджи-синдром)

4.селективном IgA-дефиците

5.аллергических заболеваниях

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

4

3,4

Клеточный иммунитет играет важную роль в следующих реакциях

1.аллергические реакции замедленного типа (контактный аллергический дерматит)

2.защита против внутриклеточных паразитов

3.противовирусный и противогрибковый иммунитет

4.отторжение трансплантата

5.противоопухолевый иммунитет

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

К реакциям гиперчувствительности немедленного типа относятся

1. атопическая бронхиальная астма

2. поллинозы

3. атопический дерматит

134

4.анафилактический шок

5.пищевая аллергия

4

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

3,4

Для возникновения псевдоаллергических реакций характерно

1.отсутствие периода сенсibilизации

2.зависимость реакции от дозы аллергена

3.реакция на первое введение вещества

4.отрицательные кожные пробы с аллергенами

5.нормальный уровень общего и специфического IgE

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

4

3,4

Реакции гиперчувствительности замедленного типа характеризуются

1. пассивным переносом сенсibilизации с помощью сыворотки

2.пассивным переносом аллергии с помощью сенсibilизированных лимфоцитов

3.лимфоцитарной инфильтрацией

4.присутствием в сыворотке крови аллергических антител

5. развитием кожной реакции через 24-72 часа

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Иммунологический механизм аллергических реакций немедленного типа основывается на

1. повышенной экспрессии H2-рецепторов на клетках

2. усиленной продукции IgE

3. повышенной экспрессии H1-рецепторов на клетках

4. преобладании Th1-типа

5. преобладании Th2-типа

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

К экзоаллергенам неинфекционного происхождения относятся

1.домашняя пыль

2.библиотечная пыль

3.клещ домашней пыли

4.пыльца растений

5.шерсть и эпидермис домашних животных

1,2,3,5

4

2,3,5

все перечисленное

3,4

Аллергический анамнез в диагностике аллергического заболевания

1.играет основную роль

2.имеет вспомогательное значение

3.не играет роли

4.является этапом аллергологической диагностики

135

5.имеет значение при некоторых заболеваниях

2,3,5

4

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

Аллергологический анамнез при пыльцевой аллергии.

- 1.позволяет выявить все виновные аллергены**
- 2.позволяет исключить виновные аллергены**
- 3.не играет роли**
- 4.позволяет предположить группу виновных аллергенов**
- 5.играет роль при некоторых видах сенсibilизации**

1,2,3,5

все перечисленное

2,3,5

4

3,4

Кожные пробы с неинфекционными аллергенами проводят

- 1.в период обострения аллергического заболевания**
- 2.в период стихающего обострения**
- 3.в любое время**
- 4.в период стойкой ремиссии**
- 5.не проводят вообще**

4

2,3,5

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

Кожное тестирование с неинфекционными аллергенами показано больным

- 1. экземой**
- 2. хроническим гайморитом**
- 3. хроническим бронхитом**
- 4. поллинозом**
- 5. пневмонией**

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

Кожные пробы считаются достоверными, если

- 1.тест-контроль, гистамин и аллергены дали положительную реакцию**
- 2. тест-контроль, гистамин и аллергены дали отрицательную реакцию**
- 3. тест-контроль и гистамин дали отрицательную реакцию**
- 4.тест-контроль дал отрицательную, а гистамин – положительную реакцию**
- 5.тест-контроль дал положительную, а гистамин – отрицательную реакцию**

все перечисленное

2,3,5

4

1,2,3,5

3,4

Кожные аллергические пробы можно проводить

1. в любой фазе заболевания

2. в период обострения заболевания

3. у здоровых лиц

4. в период ремиссии заболевания

5. не проводят вообще

все перечисленное

2,3,5

4

1,2,3,5

3,4

Противопоказанием к постановке кожных проб служит

1. ремиссия аллергического заболевания

2. ремиссия атопического дерматита

3. ОРВИ

4. обострение аллергического заболевания

5. умеренные клинические проявления аллергического ринита

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

Коррекция дозы лекарственных препаратов, экскретирующихся почками, осуществляется при значении клиренса креатинина:

60-70 мл/мин

80-120 мл/мин

< 50 мл/мин

70-80 мл/мин

50-60 мл/мин

Лекарственные препараты, одновременное назначение которых может спровоцировать развитие желудочковой тахикардии - это:

пенициллин и гентамицин

аминофиллин и кларитромицин

эналаприл и гипотиазид

верошпирон и фуросемид

преднизолон и аминофиллин

При увеличении pH в желудке уменьшается всасывание:

кодеина

эритромицина
ацетилсалициловой кислоты
рифампицина
хинидина

Механизм действия β -лактамов - это:

обратимое ингибирование синтеза белка
нарушение репликации ДНК в микробной клетке
нарушение синтеза клеточной стенки
необратимое ингибирование синтеза белка
нарушение метаболизма фолиевых кислот

Основной механизм резистентности к β -лактамным антибиотикам:

модификация мишени действия
ферментативная инактивация
активное выведение из микробной клетки
снижение проницаемости внешних структур клетки
ничего из перечисленного

Антисинегнойной активностью обладает:

амоксциллин/клавуланат
цефтриаксон
цефтазидим
эртапенем
азитромицин

Активностью в отношении MRSA обладает:

ванкомицин
левофлоксацин
цефтриаксон
амоксциллин/клавуланат
имипенем/циластатин

Основной механизм действия фторхинолонов - это:

нарушение репликации ДНК в микробной клетке
необратимое ингибирование синтеза белка
обратимое ингибирование синтеза белка
нарушение синтеза клеточной стенки
нарушение метаболизма фолиевых кислот

При приеме фторхинолонов крайне редко развивается:

гепатотоксичность
фотосенсибилизация
нефротоксичность
удлинение интервала QT

хондротоксичность

К действию «респираторных» фторхинолонов устойчив:

S.pneumoniae

H.influenzae

S.pyogenes

MRSA

M.catarrhalis

Для азитромицина справедливо утверждение:

индуцирует систему цитохромов P450

нарушает репликацию ДНК в микробной клетке

является 14-членным макролидным антибиотиком

является 15-членным макролидным антибиотиком

часто вызывает аллергические реакции

К действию макролидов устойчив:

M.pneumoniae

S.pneumoniae

P.aeruginosa

C.pneumoniae

S.pyogenes

Активностью против внутриклеточных микроорганизмов обладает:

амоксициллин

klarитромицин

цефотаксим

амоксициллин/клавуланат

имипенем/циластатин

Основным показанием для назначения линезолида являются:

инфекции, вызванные грамотрицательными полирезистентными микроорганизмами

инфекции, вызванные грамположительными кокками

инфекции, вызванные полирезистентными грамположительными кокками

инфекции, вызванные грамотрицательными микроорганизмами

инфекции, вызванные внутриклеточными микроорганизмами

Наиболее часто инфекции нижних дыхательных путей вызывает:

S. aureus

S.pneumoniae

P.aeruginosa

E.coli

S.pyogenes

Показанием для назначения ко-тримоксазола является:

обострение ХОБЛ
внебольничная пневмония
пневмоцистная пневмония
нозокомиальная пневмония
бактериальный синусит

Развитие синдрома Лайелла наиболее вероятно при приеме:

азитромицина
ко-тримоксазола
кларитромицина
гентамицина
ципрофлоксацина

Системные ГКС следует принимать:

в виде одной утренней дозы
2/3 дозы препарата следует принимать утром, 1/3 - около полудня
в виде одной вечерней дозы.
1/3 дозы препарата следует принимать утром
около полудня Д. вне зависимости от времени суток

Для лечения бронхиальной астмы у беременных следует использовать:

будесонид
беклометазон
флунизолид
флутиказон
циклесонид

Противопоказанием для назначения интраназальных ГКС является:

аллергический ринит
вазомоторный ринит
бронхиальная астма
туберкулез органов дыхания
одновременное применение ингаляционных ГКС

IgE-опосредованное выделение медиаторов из тучных клеток подавляет:

недокромил натрия
монтелукаст
рофлумиласт
зафирлукаст
аминофиллин

Механизм действия сальбутамола:

β_2 -агонист короткого действия
 β_2 -агонист длительного действия

β₁, β₂-агонист короткого действия
β₁-агонист короткого действия
блокатор м-холинорецепторов

Правильный режим дозирования фенотерола:

регулярно, через 4-6 часов
по требованию для купирования бронхоспазма, не более 4-6 раз в сутки
регулярно, через 12 часов
регулярно, один раз в сутки
по требованию для купирования бронхоспазма

Лейкотриеновые рецепторы блокирует

сальметерол
сальбутамол
рофлумиласт
монтелукаст
тиотропия бромид

Препаратами выбора для лечения артериальной гипертензии у пациентов с ХОБЛ являются:

антагонисты кальция
диуретики
β-блокаторы
ингибиторы АПФ
α-блокаторы

Причиной лекарственно-индуцированного гломерулонефрита могут быть:

макролиды
фторхинолоны
сульфаниламиды
β-лактамы
нитрофураны

При необходимости назначить амоксициллин у пациента с клиренсом креатинина < 50 мл/мин следует:

не менять кратности введения, уменьшить разовую дозу на 25%
не менять кратности введения, уменьшить разовую дозу на 50%
не менять кратности введения и дозы препарата
увеличить интервал между введением, разовую дозу не менять
увеличить интервал между введениями, уменьшить разовую дозу на 50%

При сахарном диабете с осторожностью назначают:

системные ГКС
ингаляционные ГКС
антагонисты лейкотриеновых рецепторов

стабилизаторы мембран тучных клеток
метилксантины

На объем распределения лекарственного препарата в организме влияют:

- 1. состояние кровотока в органах**
- 2. масса тела**
- 3. возраст**
- 4. пол**
- 5. свойства препарата**

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

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