

Вопросы с вариантами ответов по специальности «Пульмонология» (Высшая 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 последипломное образование по одной из специальностей:

1. Терапия

2. Общая врачебная практика (семейная медицина)

3. Педиатрия

4. Скорая медицинская помощь

5. Фтизиатрия

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

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

все перечисленное

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**

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

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**

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.

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

При определении основного обмена оцениваются показатели:

1. концентрация кислорода и углекислого газа в выдыхаемом воздухе;

2. минутная вентиляция легких;

3. дыхательный коэффициент;

4. диффузионная способность легких

5. общий фактический расход энергии

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

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);

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

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**

4

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

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**

4

2,3,5

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

Показания к проведению трансторакальной игловой 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.**

все перечисленное

2,3,4

1,2,3,5

4

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 затемнения 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

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 перечислить

Проверочные флюорографические исследования проводятся и группы населения:

А. Два раза в год

Б. Один раз в год

- 1. военнослужащие, проходящие военную службу по призыву**
- 2. больные, получающие кортикостероидную, лучевую или цитостатическую терапию**
- 3. лица, перенесшие туберкулез и имеющие остаточные изменения в легких – в течение первых 3 лет с момента выявления заболевания**
- 4. ВИЧ-инфицированные**
- 5. лица, освобожденные из следственных изоляторов и исправительных учреждений – в течение первых 2 лет после освобождения**
- 6. работники учреждений социального обслуживания для детей и подростков**
- 7. больные сахарным диабетом**
- 8. работники родильных домов (отделений)**
- 9. мигранты, беженцы, вынужденные переселенцы**

10. осужденные, содержащиеся в исправительных учреждениях

А-2,4,5,8,9 Б- 1,3,6,7,10

А-1,4,5,8,10 Б- 2,3,6,7,9

А-2,3,6,7,9 Б- 1,4,5,8,10

А-1,4,5,7,9 Б- 2,3,6,8,10

А-2,3,5,8,10 Б- 1,4,6,7,9

Атрофический бронхит верхнедолевого бронха, обнаруженный во время бронхоскопии у больного фиброзно-кавернозным туберкулезом с локализацией каверны в верхней доле левого легкого, – это:

вторичный хронический атрофический эндобронхит

дренажный туберкулезный эндобронхит

хронический неспецифический атрофический бронхит

бронхит, обусловленный врожденной патологией

первичный хронический атрофический эндобронхит

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

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

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

При рентгенологическом исследовании легких для пневмонии наиболее характерна картина:

1. множественные полиморфные очаги с включением кальция

2. единичные полиморфные очаги с включением кальция

3. однородные очаговые изменения в легких

4. однородные инфильтративные изменения в легких

5. локальное усиление легочного рисунка

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

Для хронического слизисто-гнойного бронхита характерно:

1. ОФВ1 50-69% от должных значений

2. Отсутствие патологии по данным Р-графии ОГК

3. Кашель в течение не менее 3-х мес. в течение 2-х последовательных лет и более

4. ОФВ1 70-80% от должных значений

5. ОФВ1 80% от должного значения и более

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Для установления диагноза простого хронического бронхита необходимо исключить:

1. ХОБЛ

2. Бронхиальную астму

3. Бронхоэктазы

52

4. Активный туберкулез легких

5. Хронический абсцесс легкого

1,2,3,5

4

2,3,5

все перечисленное

3,4

У пациента с ВИЧ и пневмоцистной пневмонией в анамнезе риск повторного возникновения пневмоцистной пневмонии значительно увеличивается при: 1. при количестве CD4+ лимфоцитов 250 клеток в мкл 2. при количестве CD4+ лимфоцитов 350 клеток в мкл 3. при количестве CD4+ лимфоцитов 100 клеток в мкл 4. нерегулярном приеме триметоприма/сульфаметоксазола 5. регулярном приеме триметоприма/сульфаметоксазола

3,4

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

Пневмоцистная пневмония чаще всего возникает при наличии: 1. сахарного диабета 1 типа 2. язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки 3. первичной иммунологической недостаточности 4. вторичной иммунологической недостаточности 5. сахарного диабета 2 типа

3,4

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

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

1. Пневмококк

2. *S. Maltophilia*

3. *B. cereus*

4. Золотистый стафилококк

5. Синегнойная палочка

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

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

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

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 подозрении на абсцесс легкого обязательными исследованиями у курильщика с большим стажем являются:

1. посев мокроты на микрофлору с определением чувствительности к антимикробным препаратам

2. бактериоскопия мокроты на наличие КУМ

3. бронхоскопия

4. общий анализ мокроты и исследование мокроты на атипичные клетки

5. компьютерная томография легких

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

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

2,3,5

4

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. посевах 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

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

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

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

При осложненном течении эхинококкоза легких в них могут быть обнаружены: 1. тонкостенная полость 2. тонкостенная полость с уровнем жидкости 3. полость в легком с инфильтрированными толстыми стенками и с уровнем жидкости 4. мелкоочаговая диссеминация 5. спонтанный гидропневмоторакс

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

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

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

2,3,5

4

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

Наиболее достоверными методами верификации кавернозной формы туберкулеза и полостной формы рака являются:

- 1. рентгенологический и бронхологический**
- 2. биохимический и иммунологический**
- 3. пробное лечение и динамическое наблюдение**
- 4. бактериологический и цито-гистологический**
- 5. общеклинический и анамнестический**

1,2,3,5

все перечисленное

2,3,5

4

3,4

Укажите возможные виды течения туберкулезного процесса на фоне химиотерапии:

- 1. регресс заболевания с последующим заживлением очагов и клиническим излечением;**
- 2. стабилизация состояния без клинического излечения с сохранением каверны или других изменений;**
- 3. временное затихание воспалительного процесса с последующим возникновением обострения;**
- 4. развитие хронического процесса**
- 5. прогрессирование заболевания**

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

4

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

Группу повышенного риска развития туберкулеза составляют:

- 1. больные с рентгенологическими признаками остаточных посттуберкулезных**

изменений в легких и внутригрудных лимфатических узлах в виде кальцинатов, фиброзных очагов, плевральных спаек, участков пневмосклероза;

2. лица молодого возраста с гиперергическими реакциями на пробу Манту с 2 ТЕ;

3. пациенты, страдающие профессиональными болезнями легких;

4. больные сахарным диабетом, язвенной болезнью, с сердечно-сосудистыми

5. больные с онкологическими заболеваниями;

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

4

3,4

Укажите группы повышенного риска развития туберкулеза:

1. лица, страдающие хроническим алкоголизмом и наркоманией;

2. инфицированные ВИЧ и больные СПИДом;

3. получавшие цитостатическую, глюкокортикостероидную и лучевую терапию;

4. курильщики

5. женщины в послеродовом периоде и после аборт

2,3,5

1,2,3,5

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

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

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,
4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

При лечении больного с подозрением на туберкулез легких нежелательно назначение препаратов:

57

1. канамицин

2. амикацин

3. ломефлоксацин, ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин, спарфлоксацин

4. современные макролиды (азитромицин, кларитромицин).

5. рифампицин

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Положительный результат пробы Манту с 2 ТЕ (папула 5-20 мм в диаметре) существенного диагностического значения у взрослых не имеет, так как:

1. Характеризуется низкой чувствительностью

2. Характеризуется низкой специфичностью

3. Характеризуется высокой частотой ложноотрицательных результатов

4. более 70% взрослого населения к 30-летнему возрасту уже инфицированы.

5. Характеризуется высокой частотой ложноположительных результатов

4

2,3,5

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

В микроабсцессах легких у больных микобактериозами, вызванными быстрорастущими нетуберкулезными микобактериями обнаруживают:

1. инфильтрацию эозинофилами

2. инфильтрацию базофилами

3. большое количество лейкоцитов

4. отсутствие очагов казеозного некроза

5. наличие очагов казеозного некроза

4

2,3,5

3,4

1,2,3,5

все перечисленное

При инфекции, вызванной M. avium-complex у больных СПИДом реже всего поражаются:

1. желудочно-кишечный тракт

59

2. костный мозг

3. лимфатические узлы и селезенка

4. легкие

5. печень

2,3,5

4

1,2,3,5

все перечисленное

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

4

2,3,5

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

При микобактериозах редко возникают:

1. обширное распространение поражения в окружающие ткани

2. грубое поражение плевры (массивные плевральные спайки)

3. выпот в плевральную полость

4. крупные каверны в средних отделах легких

5. крупные каверны в нижних отделах легких

1,2,3,5

4

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 долики 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

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

Заболевание и Прекращение лечения
антибиотиками:

А. неосложненная пневмония

Б. пневмоцистная пневмония 2. Через 42-56 дн. лечения

В. Легионеллезная пневмония

1. Через 3-5 дней после нормализации

температуры тела;

2. Через 42-56 дн. лечения

3. сразу после нормализации температуры

4. через 14-20 дней лечения

5. через 21 день лечения

А-3 Б-4 В-5

А-1 Б-4 В-5

А-1 Б-3 В-5

А-2 Б-4 В-5

А-1 Б-2 В-4

Пациенту выполнена плевральная пункция. Получена прозрачная жидкость желтого цвета в количестве 500 мл При бактериологическом исследовании плевральной жидкости роста микрофлоры не получено, при окраске по Цилю-Нильсену КУМ в плевральной жидкости не обнаружены. Необходимо назначить:

1. Посев мокроты на внутриклеточные возбудители
2. Фибробронхоскопию
3. Бактериоскопию мокроты на КУМ не менее 3-х раз
4. Пробу Манту с 2 ТЕ
5. контрольную рентгенографию ОГК

4

2,3,5

3,4

1,2,3,5

все перечисленное

пациенту с тяжелой пневмонией допускается введение первой дозы антимикробного препарата (от момента госпитализации)

в интервале 12 до 24 часов

в интервале 5-8 часов

в первые 4 часа

в интервале 9-12 часов

это не имеет значения

У больного с подозрением на легионеллезную пневмонию наиболее обоснованно назначить монотерапию антибактериальными препаратами:

1. Амоксицилина клавуланат в/в

2. Моксифлоксацин в/в

3. Азитромицин в/в

4. Цефоперазон в/в

5. Левофлоксацин в/в

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

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

У пациента с аспирационной пневмонией наиболее эффективными препаратами в

отношении анаэробных микроорганизмов являются:

макролиды

тетрациклины

линкозамиды

аминогликозиды

ципрофлоксацин

В острый период пневмонии противопоказаны:

массаж

электрофорез

УВЧ

тепло-влажные ингаляции аэрозолей

спелеотерапия

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

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

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.

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Для системной красной волчанки характерно развитие:

1. Внутригрудной лимфоаденопатии,

2. Дисковидных ателектазов

3. Экссудативного плеврита

4. Эозинофильного пневмонита

5. Интерстициального пневмонита

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

Самыми частыми легочными проявлениями системной склеродермии являются:

106

1. Бронхоэктазы,

2. Альвеолярная геморрагия,

3. Интерстициальный фиброз,

4. Легочная гипертензия

5. Эозинофильный инфильтрат

4

2,3,5

3,4

1,2,3,5

все перечисленное

Для синдрома Лефгрена характерны:

1. лихорадка

2. двусторонняя внутригрудная лимфаденопатия

3. полиартралгия

4. передний увеит

5. узловатая эритема

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

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

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

У пациента с подозрением на альвеолярный протеиноз получен биоптат легочной ткани. Укажите морфологические изменения, которые будут подтверждать предполагаемый диагноз:

1. гранулемы без казеозного некроза

2. альвеолы заполнены сурфактантоподобным аморфным веществом.

3. при окрашивании реактивом Шиффа (ШИК-реакция) содержимое альвеол

(фосфолипиды) приобретает яркий пурпурный цвет.

4. структура альвеол и межальвеолярных перегородок нарушена

5. неравномерное поражение легочной ткани, чередование пораженных и интактных участков.

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

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

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

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

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Заболевания, которые необходимо исключить в первую очередь у пациента с подозрением на идиопатический легочный гемосидероз:

1. диссеминированный туберкулез легких.

2. двустороннюю пневмонию с деструкцией легочной ткани.

3. карциноматоз легких.

4. центральный рак легкого

5. заболевания сердца с застоем крови в малом круге кровообращения (пороки сердца, ИБС).

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

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

все перечисленное

2,3,5

4

1,2,3,5

3,4

Для синдрома Гудпасчера характерно:

1. выявление циркулирующих антител к нативной ДНК

2. выявление циркулирующих антител к базальной мембране клубочков почек

3. выявление циркулирующих антител к базальной мембране альвеол.

4. повышение концентрации сывороточного железа.

5. линейное отложение Ig G вдоль базальной мембраны почечных клубочков.

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Укажите основные патологические изменения в легких при лангерганскоклеточном гистиоцитозе:

1. внутригрудная лимфаденопатия

2. псевдодеквамативная интерстициальная пневмония

3. респираторный бронхиолит

4. эозинофильные инфильтраты.

5. фиброз с накоплением соединительной ткани в просвете дыхательных путей вплоть до полной их облитерации

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Больная К., 52 года. В течение года: прогрессирующая одышка, малопродуктивный кашель, слабость, быстрая утомляемость, боли в суставах и мышцах. При объективном исследовании - нежная крепитация на высоте вдоха по типу «треска целлофана». При компьютерной томографии легких: диффузные изменения ретикулярного типа, минимальные изменения по типу «матового стекла», начальные признаки «сотовости» легких (чередование участков уплотнения с мелкими толстостенными полостями). Выполнена торакоскопическая биопсия легких. Морфологическая картина: нарушение архитектуры легких, фиброз с начальными признаками «сотовых» изменений, фокусы фибробластов.

Сочетание клинических, рентгенологических симптомов и морфологических изменений наиболее характерны для:

Идиопатического легочного фиброза

Острой интерстициальной пневмонии

Лангерганскоклеточного гистиоцитоза легких

Лимфангиолейомиоматоза легких

У 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:

Синдром Чардж-Стросса

Гранулематоз Вегенера

Пурпура Шенлейна-Геноха

Идиопатический гиперэозинофильный синдром

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:

Пурпура Шенлейна-Геноха

Гранулематоз Вегенера

Идиопатический гиперэозинофильный синдром

Синдром Чардж-Стросса

Эссенциальный криоглобулинэмический васкулит

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

1. Длительном постельном режиме

2. ТГВ или ТЭЛА в анамнезе

3. Застойной сердечной недостаточности

4. Геморрагическом инсульте

5. Тяжёлых воспалительных и инфекционных заболеваниях

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Традиционные методы лечения ЛГ.

1. пероральные антикоагулянты

2. диуретики

3. ингаляционный кислород

4. В-блокаторы

5. сердечные гликозиды

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

Причинами развития ЛГ при ИЛФ являются:

1. Сокращение площади капиллярного русла

2. Ацелюлярный фиброз сосудов

3. Облитерация легочных сосудов

4. Бронхиальная обструкция

5. Деструкция легочной паренхимы

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

Клинические симптомы ЛГ при хронических респираторных заболеваниях:

- 1. Усиление кашля**
- 2. Усиление одышки**
- 3. Слабость, утомляемость**
- 4. Кровохарканье**
- 5. Синкопальные состояния**

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,**

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

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**

4

2,3,5

3,4

1,2,3,5

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

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

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Наиболее часто встречаются новообразования легких:

Д.

Тератома

Трахеобронхильная папиллома

Карциноид

Гамартома

Гемангиома

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

Г.

Д

Лимфома

Разрыв пищевода
Тимома
Тератома
Загрудинный зоб

Наиболее распространенными образованиями переднего средостения являются:

Тимома
Тератома
Лимфома
Центральный рак легкого
Внутригрудное расположение щитовидной железы

Дифференциальный диагноз при мезотелиоме чаще всего проводится с:

Д.
Застойной сердечной недостаточностью
Метастатической аденокарциномой
Тромбоэмболией
Эмпиемой плевры
Системным заболеванием соединительной ткани

Чаще всего плевральный выпот осложняет:

Рак молочной железы
Рак легкого
Лимфому
Злокачественные опухоли ЖКТ
Злокачественные новообразования мочеполовой системы

Рентгенологический признак заставляет подозревать злокачественную природу выпота?

Двусторонний плевральный выпот в сочетании с кардиомегалией
Контралатеральное смещение средостения при наличии значительного объема жидкости
Малый объем
Вовлечение лимфатических узлов средостения на стороне плеврального выпота
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

Наиболее частой причиной развития гемоторакса является:

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

Наиболее частая причина развития хилоторакса:

Лимфома
Травма
Туберкулез
Венозный тромбоз
Амилоидоз

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

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Ацидозом (рН менее 7,30) плевральной жидкости сопровождаются:

1. Эмпиема
2. Туберкулез
3. Пневмоторакс
4. Инфаркт легкого
5. Системная красная волчанка

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

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

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Показания к 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**

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

Для псевдохилоторакса характерны:

- 1. Молочный с золотисто-радужным оттенком цвет**
- 2. Крупные многогранные кристаллы холестерина ромбовидной формы**
- 3. Прозрачная надосадочная жидкость после центрифугирования**
- 4. Низкое содержание холестерина**
- 5. Отсутствие хиломикронов в плевральной жидкости**

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

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

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

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.

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

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 CН50;

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

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

Вид нарушения развития легких и определение:

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

А-2, Б-3, В-1

A-1, B-2, B-3

A-3, B-2, B-1

A-1, B-3, B-2

A-2, B-1, B-3

Простая легочная эозинофилия характеризуется:

- 1. Отсутствием клинических симптомов**
- 2. Мигрирующими инфильтратами в легких**
- 3. Выраженной эозинофилией крови и БАЛ**
- 4. IgE в норме или незначительно повышен**
- 5. Возможностью спонтанного выздоровления**

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

Диагностика острой идиопатической эозинофильной пневмонии основывается на:

- 1. Высоких показателях IgE**
- 2. Результатах биопсии легкого**
- 3. Эозинофилии плевральной жидкости**
- 4. Эозинофилии БАЛа 35-55%**
- 5. Вовлечении экстрапульмональных органов**

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

К гиперчувствительным пневмониям относится:

- 1. легкое фермера**
- 2. легкое, работающих с грибами**
- 3. легкое, работающих с солодом**
- 4. легкое сыровара**
- 5. легкое голубеводов**

4

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

3,4

Проявлениями гиперчувствительного пневмонита являются:

- 1. Отсутствие температурной реакции**
- 2. Обструктивные нарушения вентиляции**
- 3. Лейкопения**

4. Сухой кашель, резко выраженная одышка

5. Гнойная мокрота

4

2,3,5

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

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

70-80 мл/мин

60-70 мл/мин

80-120 мл/мин

< 50 мл/мин

50-60 мл/мин

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

верошпирон и фуросемид

пенициллин и гентамицин

аминофиллин и кларитромицин

эналаприл и гипотиазид

преднизолон и аминофиллин

Механизм действия β -лактамов - это:

нарушение репликации ДНК в микробной клетке

нарушение синтеза клеточной стенки

необратимое ингибирование синтеза белка

обратимое ингибирование синтеза белка

нарушение метаболизма фолиевых кислот

Антисинегнойной активностью обладает:

цефтриаксон

цефтазидим

эртапенем

амоксициллин/клавуланат

азитромицин

Активностью в отношении MRSA обладает:

цефтриаксон

амоксициллин/клавуланат

левофлоксацин

ванкомицин

имипенем/циластатин

Активностью в отношении MRSA обладает:

амоксциллин/клавуланат
левофлоксацин
ванкомицин
цефтриаксон
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:

удлинение интервала QT
гепатотоксичность
фотосенсибилизация
нефротоксичность
хондротоксичность

К действию «респираторных» фторхинолонов устойчив:

S.pneumoniae
H.influenzae
S.pyogenes
MRSA
M.catarrhalis

К действию макролидов устойчив:

S.pneumoniae
M.pneumoniae
S.pneumoniae
P.aeruginosa
S.pyogenes

Активностью против внутриклеточных микроорганизмов обладает:

цефотаксим
амоксциллин/клавуланат
амоксциллин
klarитромицин
имипенем/циластатин

Основным показанием для назначения линезолида являются:

инфекции, вызванные грамотрицательными микроорганизмами
инфекции, вызванные грамотрицательными полирезистентными

микроорганизмами
инфекции, вызванные грамположительными кокками
инфекции, вызванные полирезистентными грамположительными кокками
инфекции, вызванные внутриклеточными микроорганизмами

Наиболее часто инфекции нижних дыхательных путей вызывает:

S.pneumoniae
S. aureus
P.aeruginosa
E.coli
S.pyogenes

Основной механизм действия сульфаниламидов - это:

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

Показанием для назначения ко-тримоксазола является:

внебольничная пневмония
пневмоцистная пневмония
нозокомиальная пневмония
обострение ХОБЛ
бактериальный синусит

Развитие синдрома Лайелла наиболее вероятно при приеме:

гентамицина
азитромицина
ко-тримоксазола
кларитромицина
ципрофлоксацина

Системные ГКС следует принимать:

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

Для лечения бронхиальной астмы у беременных следует использовать:

беклометазон
будесонид
флунизолид
флутиказон

циклесонид

Правильный режим дозирования фенотерола:

регулярно, через 12 часов

регулярно, один раз в сутки

регулярно, через 4-6 часов Б. —

по требованию для купирования бронхоспазма, не более 4-6 раз в сутки

по требованию для купирования бронхоспазма

При использовании β 2-агонистов часто возникает:

тахикардия

гиперкалиемия

миалгия

кожный зуд

тошнота

При непереносимости НПВС пациенту, страдающему бронхиальной астмой, может быть показан:

рофлумиласт

зафирлукаст

теофиллин

кромогликат натрия

формотерол

Аритмогенным эффектом обладают:

стабилизаторы мембран тучных клеток

блокаторы м-холинорецепторов

агонисты β -адренорецепторов

ингаляционные ГКС

ингибиторы фосфодиэстеразы 4

Причиной лекарственно-индуцированного гломерулонефрита могут быть:

β -лактаммы

макролиды

фторхинолоны

сульфаниламиды

нитрофураны

Клинические проявления гипертиреоза могут усилить:

блокаторы м-холинорецепторов

агонисты β -адренорецепторов

антагонисты лейкотриеновых рецепторов

ГКС

метилксантины

Осложнением оксигенотерапии является:

кислород-индуцированная гипокапния
кислород-индуцированная гиперкапния
респираторный ацидоз
респираторный алкалоз
утомление дыхательных мышц

Показанием для лечебной бронхоскопии является:

бронхиальная астма
хронический бронхит
инородное тело дыхательных путей
пневмония
идиопатический легочный фиброз

При приеме ингаляционных ГКС возможны:

- 1. подавление функции коры надпочечников**
 - 2. замедление роста у детей**
 - 3. истончение кожи**
 - 4. гепатотоксичность**
 - 5. остеопороз**
- 2,3,5
1,2,3,5
4
все перечисленное
3,4

К основным эффектам метилксантинов относятся:

- 1. уменьшение почечного кровотока**
 - 2. стимуляция дыхательного центра**
 - 3. увеличение мукоцилиарного клиренса**
 - 4. уменьшение частоты и силы сердечных сокращений**
 - 5. бронхолитическое действие**
- 1,2,3,5
2,3,5
4
все перечисленное
3,4

Метилксантины противопоказаны при:

- 1. бронхиальной астме**
 - 2. сахарном диабете**
 - 3. тяжелой артериальной гипертензии**
 - 4. тахикардии**
 - 5. легочной гипертензии**
- 1,2,3,5

4
2,3,5
3,4
все перечисленное

К основным преимуществам комбинированных ингаляционных препаратов относятся:

- 1. удобство приема**
- 2. высокая эффективность**
- 3. снижение затрат на лечение**
- 4. отсутствие нежелательных реакций**
- 5. повышение комплаентности пациентов**

все перечисленное

2,3,5
1,2,3,5
4
3,4

К основным свойствам антигистаминных препаратов I поколения относятся:

- 1. блокируют H1-гистаминовые, серотониновые и холинергические рецепторы**
- 2. обладают седативным действием**
- 3. характерно быстрое наступление клинического эффекта**
- 4. эффект длится в течение 12-24 часов**
- 5. обладают противорвотным действием**

1,2,3,5
2,3,5
4

все перечисленное

3,4

Действие карбоцистеина обусловлено влиянием на:

- 1. реологические свойства слизи**
- 2. регенерацию слизистой оболочки бронхов**
- 154**
- 3. секрецию IgA**
- 4. гладкомышечные клетки бронхов**
- 5. мукоцилиарный клиренс**

2,3,5
1,2,3,5
4

все перечисленное

3,4

Противопоказанием для назначения ацетилцистеина являются:

- 1. острый синусит**

- 2. средний отит**
- 3. язвенная болезнь желудка в фазе обострения**
- 4. кровохарканье**
- 5. хронический бронхит**

4

2,3,5

3,4

1,2,3,5

все перечисленное

Развитие псевдомембранозного колита вероятно при приеме:

- 1. амоксицилина**
- 2. ко-тримоксазола**
- 3. имипенем/циластатина**

155

4. азитромицина

5. меропенема

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

К основным особенностям фармакокинетики лекарственных препаратов у людей пожилого возраста относятся:

- 1. увеличение объема распределения препаратов**
- 2. уменьшение концентрации препаратов в сыворотке**
- 3. уменьшение объема распределения препаратов**
- 4. повышение концентрации препаратов в сыворотке**
- 5. уменьшение времени метаболизма**

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

При назначении лекарственных препаратов людям пожилого возраста необходимо учитывать:

- 1. низкую комплаентность пациентов**
- 2. морфофункциональные изменения органов и тканей**
- 3. высокий риск возникновения нежелательных реакций**
- 4. пол**
- 5. вероятные лекарственные взаимодействия**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

К основным особенностям этиологии инфекции нижних дыхательных путей у людей пожилого возраста относятся:

- 1. высокий уровень резистентности микроорганизмов**
- 2. широкий спектр потенциальных возбудителей**
- 3. низкая вероятность этиологической значимости внутриклеточных микроорганизмов**

156

- 4. высокая частота встречаемости туберкулеза**
- 5. высокая частота встречаемости грамотрицательных микроорганизмов**

1,2,3,5

4

2,3,5

все перечисленное

3,4

Относительными показаниями к проведению ИВЛ являются:

- 1. остановка дыхания**
- 2. утомление дыхательной мускулатуры**
- 3. pH артериальной крови менее 7,25**
- 4. частота дыхания более 35 в мин**
- 5. выраженные нарушения сознания**

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

К основным показаниям для проведения НВЛ относятся:

- 1. нарушения сознания**
- 2. частота дыхания более 25 в мин**
- 3. PaCO₂>45 мм рт.ст.**
- 4. остановка дыхания**
- 5. pH артериальной крови менее 7,35**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Позиционный дренаж противопоказан при:

- 1. бронхиальной астме**

- 2. бронхоэктатической болезни**
- 3. тромбоэмболии легочной артерии**
- 4. гипертоническом кризе**
- 5. хроническом бронхите**

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

В период разрешения воспалительных изменений в легочной ткани используют:

- 1. лечебную физкультуру**
- 2. СВЧ-терапию**
- 3. магнитотерапию**
- 4. амплипульстерапию**
- 5. электрофорез**

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

При хронических неспецифических заболеваниях легких в фазе ремиссии показано санаторно-курортное лечение в условиях:

- 1. сухого жаркого климата**
- 2. влажного теплого климата**
- 3. привычного климата**
- 4. сухого теплого климата**
- 5. влажного жаркого климата**

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

Противопоказаниями для дыхательной гимнастики являются:

- 1. травмы позвоночника**
- 2. выраженный остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника**
- 3. травмы головного мозга**
- 4. выраженная артериальная гипертензия**
- 5. лихорадочное состояние**

4

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

3,4

Показания к ургентной кислородотерапии:

1. PaO₂ 55 мм рт.ст. (при дыхании воздухом);
2. подозрение на гипоксемию в неотложных ситуациях;
3. тяжелая травма;
4. SaO₂ 90% (при дыхании воздухом);
5. острый инфаркт миокарда;

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Ситуации, при которых необходимо проведение ИВЛ:

1. Обострение ХОБЛ с гипоксемией
2. Обострение ХОБЛ с гиперкапнией и острой нестабильностью гемодинамики
3. Острая вентиляционная ДН при нейромышечных заболеваниях с гиперкапнией
4. Острая гипоксемическая ДН с персистирующей гипоксемией, несмотря на назначение кислорода с высокой FiO₂ через низкопоточные системы
5. Острая гипоксемическая ДН с персистирующей гипоксемией, несмотря на назначение кислорода с высокой FiO₂ через высокопоточные системы

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Бронхоскопия противопоказана при:

1. агональном состоянии
2. субэндокардиальной ишемии
3. пароксизме мерцательной аритмии (тахиформа)
4. двусторонней полипозной риносинусопатии
5. острой стадии инфаркта миокарда

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Проведение УВЧ у пациентов с заболеваниями органов дыхания противопоказано:

1. периферический рак правого легкого,
2. застойная сердечная недостаточность у пациента с ХОБЛ и пневмонией,
3. хронический лимфолейкоз у пациента с пневмонией,
4. ХОБЛ у пациента с пневмонией,

5. пневмония у пациента с кардиостимулятором

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Противопоказания для проведения небулайзерной терапии:

1. Легочное кровотечение

2. Кровохарканье

3. Спонтанный пневмоторакс на фоне буллёзной эмфиземы лёгких

4. Жизнеугрожающее обострение бронхиальной астмы

5. Пароксизм фибрилляции предсердий

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

Абсолютные противопоказания к трансплантации легких:

1. клиренс креатинина <50 мг/мл/мин

2. ВИЧ-инфекция

3. наличие HBs-антигена

4. гепатит С, подтвержденный биопсией печени

5. курение, прием алкоголя, наркотиков в последние 6 мес

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

4

3,4

Относительными противопоказания к трансплантации легких являются:

1. базально-клеточная или плоскоклеточная карцинома кожи

2. Потребность в ИВЛ

3. Колонизация дыхательных путей грибами или атипичными микобактериями

4. курение, прием алкоголя, наркотиков в последние 6 мес

5. Тяжелый остеопороз

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Укажите возможные поздние осложнения трансплантации легких:

1. Инфекции (бактериальные, вирусные, грибковые)

2. Синдром облитерирующего бронхиолита

3. Лимфопролиферативные заболевания

4. Реперфузионный отек легких

5. Карциномы

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

К показаниям для проведения легочной реабилитации у больного ХОБЛ относятся:

1. тяжелая одышка и/или усталость;

2. невозможность выполнять обычные действия и снижение повседневной активности;

3. снижение профессиональной активности;

4. тяжелая легочная гипертензия

5. нарушение нутритивного статуса

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

Положительные результаты легочной реабилитации:

1. уменьшение выраженности одышки при физической нагрузке и повседневной активности

2. увеличение работы как верхних, так и нижних конечностей

3. увеличение силы и выносливости дыхательных мышц

4. повышение функционального статуса

5. улучшение общего состояния здоровья и уменьшение потребления ресурсов здравоохранения

1,2,3,5

4

2,3,5

все перечисленное

3,4

Общепринятые критерии для проведения длительной кислородотерапии:

1. PaO₂ артериальной крови в покое <55 мм рт.ст.,

2. PaO₂ артериальной крови в покое 55–59 мм рт.ст. при наличии легочного сердца

3. выраженная ночная гипоксемия (PaO₂ <55 мм рт.ст. при многократных измерениях)

4. PaO₂ артериальной крови в покое 55–59 мм рт.ст. при наличии отеков на нижних конечностях

5. гипоксемия в сочетании с полицитемией (гематокрит >55%)

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

Основные компоненты программы легочной реабилитации:

1. Прекращение курения

2. Физические упражнения, дыхательная гимнастика, физиотерапия и оксигенотерапия

3. Образование (школы для больных с ХОБЛ, астмой и т.д.)

4. Психосоциальная поддержка и питание

5. Вакцинация

2,3,5

все перечисленные

1,2,3,5

4

3,4

Начинают лечение отека Квинке с введения:

сердечных гликозидов

B2-адреностимуляторов

адреналина

преднизолона

атропина

Необходимо начинать терапию анафилактического шока с введения

димедрола

атропина

преднизолона

адреналина

хлорида кальция

Главная ведущая причина тяжести острой дыхательной недостаточности при шоковом легком – это:

высокая легочная гипертензия с шунтированием крови через артерио-венозные анастомозы

нарушение синтеза сурфактанта

десквамация альвеолярного эпителия

выраженный интерстициальный отек

инфильтрация легочной паренхимы лимфоцитами

Хирургический плевродез показан при:

втором эпизоде спонтанного пневмоторакса

первом эпизоде спонтанного пневмоторакса

третьем эпизоде спонтанного пневмоторакса
четвертом эпизоде спонтанного пневмоторакса
пятом эпизоде спонтанного пневмоторакса

Основной признак респираторного дистресс-синдрома-это:

гипоксемия
гипокапния
гиперкапния
тахикардия
брадикардия

Первоочередное мероприятие при острой дыхательной недостаточности- это:

введение лобелина
интубация трахеи
введение строфантина
кислородотерапия
коррекция кислотно-щелочного состояния

Ранним признаком дыхательной недостаточности является

нарушение ритма сна
нарушения поведения
спутанность сознания
анорексия
депрессия

Препарат, снижающий пред- и после нагрузку сердца, обязателен при сердечной астме и отеке легких

фентанил
эуфиллин
нитроглицерин
строфантин
фуросемид

При ингаляционном методе через носовые канюли следует подавать

2-4 литра кислорода в минуту
1 литр кислорода в минуту
5-7 литров кислорода в минуту
8-9 литров кислорода в минуту
10-11 литров кислорода в минуту

Выберите методы оказания неотложной помощи при легочном массивном кровотечении

1. интубация
2. назначение противокашлевых средств
3. введение кровоостанавливающих средств

4. переливание крови

5. хирургическое вмешательство

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

Первым реанимационным мероприятием у больного с начинающимся отеком легкого будет

1. интубация и ИВЛ мешком Амбу

2. ИВЛ мешком Амбу через маску

3. наложение трахеостомы

4. дыхание через маску под повышенным давлением смесью воздуха с кислородом, обогащенным парами спирта

5. кислородотерапия через носовые канюли

1,2,3,5

все перечисленное

2,3,5

4

3,4

Отек легкого развивается:

1. при повышении коллоидно-осмотического давления крови

2. при увеличении отрицательного внутрилегочного давления

3. при повышении гидродинамического давления в легочных капиллярах

4. при снижении проницаемости мембран

5. при снижении лимфатической реабсорбции жидкости в легких

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Этиологическими факторами анафилактического шока являются

1. пыльцевые аллергены

2. бытовые аллергены

3. грибковые аллергены

4. лекарственные аллергены

5. эпидермальные аллергены

1,2,3,5

все перечисленное

2,3,5

4

3,4

Чаще всего анафилактический шок вызывают лекарственные препараты

- 1. глюкоза**
- 2. хлористый кальций**
- 3. цефалоспорины**
- 4. урографин**
- 5. преднизолон**

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

Чаще всего анафилактический шок возникает при

- 1. укусах комаров**
- 2. укусах клопов**
- 3. укусах клещей**
- 4. ужалении перепончатокрылыми**
- 5. укусах пауков**

все перечисленное

2,3,5

4

1,2,3,5

3,4

К обязательным противошоковым мероприятиям при анафилактическом шоке относятся

- 1. применение атропина**
- 2. применение димедрола**
- 3. применение адреналина**
- 4. применение глюкокортикоидов**
- 5. применение хлористого кальция**

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

К мерам общей медицинской профилактики лекарственного анафилактического шока относятся

- 1. полипрагмазия**
- 2. наличие медицинского инструментария разового использования**
- 3. профилактическое назначение антигистаминных препаратов**
- 4. правильное оформление медицинской документации с информацией о**

характере лекарственной аллергии

5. профилактическое назначение глюкокортикостероидных препаратов

4

2,3,5

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

Характерным признаком разрыва легкого при травме грудной клетки является

1. лихорадка

2. кровохарканье

3. гемоторакс

4. амфорическое дыхание над зоной поражения

5. пневмоторакс

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

Клинический признак, характерный для закрытого спонтанного пневмоторакса

1. выраженный цианоз

2. острое начало с болей в грудной клетке

3. резкая одышка

4. тупость при перкуссии на пораженной стороне

5. положение ортопноэ

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

При закрытом пневмотораксе решающим в диагностике будет

1. жалоба на внезапно возникшую боль в грудной клетке

2. внезапно возникшая одышка

3. тимпанит при перкуссии над пораженным легким

4. обнаружение воздуха в плевральной полости при рентгенологическом исследовании

5. отсутствие дыхательных шумов над пораженным легким

1,2,3,5

все перечисленное

2,3,5

4

3,4

Это заболевание чаще осложняется спонтанным пневмотораксом

- 1. абсцесс легкого**
- 2. кавернозный туберкулез легких**
- 3. бронхиальная астма**
- 4. буллезная эмфизема**
- 5. фибринозный плеврит**

все перечисленное

2,3,5

4

1,2,3,5

3,4

Искусственная облитерация плевральной полости (с помощью медикаментов, операции) называется

- 1. плеврэктомия**
- 2. плевролиз**
- 3. декортикация**
- 4. плевродез**
- 5. торакоскопия**

все перечисленное

2,3,5

4

1,2,3,5

3,4

У больного 35 лет без сопутствующих заболеваний, госпитализированного в стационар (на 2-й день болезни) с рентгенологически подтвержденной внебольничной пневмонией проводилась антибактериальная терапия ампициллином 1000 мг в/м 3 раза в сутки. На 3-й день лечения сохраняется повышение температуры тела до 37,8 С, кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты. Общий анализ крови на 3-й день лечения: лейкоциты $9,5 \times 10^9/\text{л}$, НС – 60%, НП – 5%. СОЭ 40 мм/ч. Посев мокроты выполнить не представляется возможным. В данной ситуации наиболее обоснованны следующие действия:

- 1. Добавить амикацин**
- 2. Добавить ципрофлоксацин**
- 3. Заменить ампициллин на цефалоспорин III поколения и добавить макролид**
- 4. Добавить макролид**
- 5. Добавить гентамицин**

4

2,3,5

3,4

1,2,3,5

все перечисленное

У пациентки С., 26 лет - повышение температуры тела до субфебрильных цифр, слабость, кашель с небольшим количеством мокроты желтоватого цвета, одышка. Роды - 8 месяцев назад. Последнее рентгенологическое исследование - 2 года назад. Аллергическая реакция по типу крапивницы на антибактериальные препараты пенициллинового ряда. При аускультации - укорочение перкуторного звука в нижних отделах справа и в верхних отделах слева, ослабленное дыхание и сухие хрипы над этими участками. При рентгенографии ОГК - округлый, гомогенный, средней интенсивности, с нечеткими контурами инфильтрат S3 слева. Тактика ведения пациентки на этом этапе.

1. Назначить доксициклин
2. Назначить амоксициллин.
3. Назначить защищенный амоксициллин.
4. Назначить макролид.
5. Назначить респираторный фторхинолон.

1,2,3,5

все перечисленное

2,3,5

4

3,4

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. Для каких заболеваний характерно сочетание этих признаков?

1. ТЭЛА
2. Спонтанный пневмоторакс
3. Острый инфаркт миокарда
4. Острый перикардит
5. Расслаивающаяся аневризма аорты

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

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. Наиболее вероятные изменения при Эхо-КГ у данного больного?

1. Стеноз аортального клапана
2. Гипертрофия правого желудочка
3. Гипертрофия левого желудочка
4. Слой жидкости в перикарде

5. Локальный гипо- или акинез миокарда

3,4

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

Пациент 18 лет считает себя больным с раннего детского возраста. В анамнезе - рецидивирующие двусторонние пневмонии и синуситы, рецидивирующие бактериальные инфекции мягких тканей. При трехкратном исследовании хлориды пота – 30-40 ммоль/л. При компьютерной томографии ОГК выявлены двусторонние бронхоэктазии.

Исследование, которое необходимо провести в первую очередь для уточнения диагноза:

Генетическое тестирование на муковисцидоз

Исследование NO в выдыхаемом воздухе

Бактериоскопия мокроты на КУМ

Иммунограмма

Бронхоскопия

Вид инвазивной процедуры и Показания для назначения:

А. Трансторакальная игловая биопсия

Б. Медиастиноскопия

В. Торакоскопия

1. Гемоторакс

2. Опухоль переднего средостения

3. Эмпиема плевры

4. Опухоль легкого, расположенная субплеврально

5. Стадирование немелкоклеточного рака легкого

6. Рецидивирующий спонтанный пневмоторакс

7. Лимфоаденопатия паратрахеальных лимфоузлов неуточненной этиологии

8. Солитарные метастазы в легкое

9. Буллезная эмфизема

А- 2,5,7, Б-4,8,9, В- 1,3,6

А- 2, Б-4,5,7, 8 В- 1,3,6,9

А- 4, Б-2,5,7, В- 1,3,6,8,9

А- 4, Б- 1,3,6,8,9 В-2,5,7

А- 4, 8,9 Б-1,3,6, В-2,5,7

Заболевания, сопровождающиеся острой болью в груди и типичные изменения лабораторных показателей

А. Острый инфаркт миокарда

Б. Расслаивающая аневризма аорты

В. ТЭЛА

1. снижение Hb

2. повышение МВ КФК
3. повышение тропонина
4. повышение миоглобина
5. повышение Д-димера
6. повышение ЛДГ

А - 5 Б- 1 В-2,3,4,6

А - 4,5,6 Б- 1 В-2,3

А - 2,3,4,6 Б- 1 В-5

А - 1,2, Б -3 В-4,5,6

А - 2,3,4,6 Б- 5 В-1

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- 1,2,4,5 Б-3,6

А- 1,2,3,6 Б-4,5

А-3,6 Б-1,2,4,5

А- 3,5 Б-1,2,4,6

А- 4,5 Б-1,2, 3,6

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 Б- 2,3,5

А - 2,3, 6,7 Б - 1,4

А - 1,4,6,7 Б- 2,3

А - 1,3, 4,7 Б- 2,5,6

А - 2,3 Б- 1,4,6,7

Заболевания, сопровождающиеся диссеминированным поражением легочной ткани и сопутствующие клинические состояния:

- А. Саркоидоз**
- Б. Гистиоцитоз Х**
- В. Лимфангиолейомиоматоз**
- 1. Спонтанный пневмоторакс**
- 2. Плевральный выпот**
- 3. Патологические переломы**
- 4. Узловатая эритема**
- 5. Несахарный диабет**
- 6. Маточные кровотечения**

А - 3,5 Б- 1,4 В -1,2,6

А - 4 Б- 1,2,6 В- 1,3,5

А - 4 Б- 1,3,5 В- 1,2,6

А - 1,2 Б- 3,5,4 В- 1,2,6

А -1,2,6 Б- 4 В- 1,3,5