

**Здесь последовательно представлены вопросы по специальности "Пульмонология".**

**Сперва идёт первая категория, потом вторая, потом высшая. Сделано это для быстрого поиска нужного вам вопроса и ответа.**

**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/](https://medik-akkreditacia.ru/product/rentgen_vrach/)

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

1. Фармация

2. Медико- профилактическое дело

3. Лечебное дело

4. Педиатрия

5. Стоматология

4

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

3,4

**Врач пульмонолог должен иметь последипломное образование по одной из специальностей:**

1. Терапия

2. Общая врачебная практика (семейная медицина)

3. Педиатрия

4. Скорая медицинская помощь

5. Фтизиатрия

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

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

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

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Юридическая ответственность медицинского работника и причины неоказания помощи больному:**

**А. Предусмотрена**

**Б. Не предусмотрена**

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

А-2,3,6,7 Б-1,4,5

А-2,4,6,7 Б-1,3,5

А-1,3,6,7 Б-2,4,5

А-1,3,4,5 Б-2,6,7

А-1,2, 3,4 Б-5,6,7

**Основные механизмы обмена веществ через капиллярную мембрану:**

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

#### **4. реабсорбция**

#### **5. микропиноцитоз**

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

**Система внешнего дыхания обеспечивает:**

**1. Регуляцию состава вдыхаемого воздуха**

**2. Транспорт газов кровью**

**3. Легочную вентиляцию**

**4. Легочный газообмен**

**5. Тканевое дыхание**

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

**Система внешнего дыхания включает:**

**1. Процесс утилизации кислорода**

**2. Легкие и малый круг кровообращения**

**3. Дыхательный насос**

**4. Процесс образования углекислого газа**

**5. Систему регуляции дыхания**

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

**В понятие «иммунитет» входит**

**1. невосприимчивость организма к инфекционным болезням**

**2. способность различать свои и чужеродные структуры**

**3. обеспечение целостности внутренней структуры организма**

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

**5. невосприимчивость организма к вирусным инфекциям**

все перечисленное

2,3,5

4

1,2,3,5

3,4

**Особенностями иммунной системы являются**

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

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Главнейшими (специфическими) типами иммунологического реагирования являются**

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

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Центральными органами иммунной системы являются**

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

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**К периферическим органам иммунной системы относятся**

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

3,4

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

**Т-лимфоциты выполняют следующие функции**

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

1,2,3,5

4

2,3,5

все перечисленное

3,4

**В-лимфоциты**

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

1,2,3,5

все перечисленное

2,3,5

4

3,4

**К фагоцитарной системе относятся**

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

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Методами оценки гуморального иммунитета являются**

1. определение циркулирующих иммунных комплексов

2. подсчет количества В-лимфоцитов
3. подсчет количества Т-лимфоцитов
4. определение иммуноглобулина Е
5. определение иммуноглобулина А, М, G

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Методом оценки клеточного иммунитета является определение**

1. CD19

2. CD3

3. CD4

4. CD23

5. CD8

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

**Для оценки системы фагоцитоза исследуют**

1. базофилы

2. моноциты

3. эозинофилы

4. нейтрофилы

5. лимфоциты

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

**Отток крови из бронхиальных артерий осуществляется:**

В легочную артерию

В легочную вену

В верхнюю полую вену

В нижнюю полую вену

В аорту

**Типы артерий и легочные артерии:**

А. артерии эластического типа

Б. артерии мышечноэластического типа

В. артерии мышечного типа

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

А- 2,4 Б- 5,7 В - 1,3,6

А- 5,7 Б- 2,4 В - 1,3,6

А- 1,3 Б- 5,7 В - 2,4,6

А- 2,6 Б- 5,7 В - 1,3,4

А- 3,6 Б-2,4 В - 1,5,7

**Аускультативный феномен крепитация характерен для:**

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

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

**Из перечисленных заболеваний эластические волокна в мокроте выявляются при:**

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

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

**Выберите утверждения, характеризующие качественный спирометрический тест:**

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

**одну дозу бронходилататора короткого действия;**

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

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

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

**1. ПСВ,**

**2. МОС25-75%,**

**3. ФЖЕЛ,**

**4. ОФВ1,**

**5. ОФВ1/ФЖЕЛ**

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

**Бодиплетизмография позволяет оценить:**

**1. Диффузионную способность легких,**

**2. Переносимость физической нагрузки у пациентов с бронхолегочной патологией,**

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

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

**5. Парциальное давление кислорода во вдыхаемой газовой смеси**

3,4

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

**Показания для проведения бронхоконстрикторной пробы включают:**

**1. диагностику ХОБЛ**

**2. оценку степени тяжести бронхиальной астмы;**

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

**4. оценку гиперреактивности бронхов;**

**5. подтверждение обострения бронхиальной астмы**

3,4

2,3,5



1,2,3,5

4

все перечисленное

**Диагностика острой дыхательной недостаточности основывается на результатах исследований:**

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

1,2,3,5

все перечисленное

2,3,5

4

3,4

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

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

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

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

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

4

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

3,4

**Ультразвуковое исследование у больных с заболеваниями органов**

**дыхания позволяет оценить:**

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

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

4

3,4

**Чреспищеводное УЗИ у пациента с раком легкого позволяет:**

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

2,3,5

4

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

**Характерными особенностями спиральной и мультидетекторной компьютерной томографии являются:**

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

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Противопоказания для проведения МРТ органов грудной клетки:**

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

1,2,3,5

4

2,3,5

все перечисленное

3,4

**Возможности позитронно-эмиссионной томографии легких:**

**1. дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных новообразований**

**2. выявление первичной опухоли у больных с метастатическим поражением легких**

**3. определение распространенности первичной опухоли в легких**

**4. точное определение взаимоотношения опухоли с окружающими тканями**

**5. оценка эффективности проведенного противоопухолевого лечения**

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

**Возможности сочетанного применения позитронно-эмиссионной томографии легких:**

**1. определение стадии заболевания при раке легкого**

**2. точное определение взаимоотношения опухоли с окружающими тканями**

**3. выявление опухоли размером от 5 мм**

**4. выявление опухоли размером от 1 мм**

**5. наиболее эффективный метод выявления опухолевой ткани**

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

**Проведение сцинтиграфии легких наиболее оправдано для исключения:**

**1. Эмфиземы легких**

**2. ХОБЛ**

**3. Бронхиальной астмы**

**4. Тромбоэмболии легочной артерии**

**5. Поликистоза легких**

все перечисленное

2,3,5

4

1,2,3,5

3,4

**Показания к проведению трансторакальной 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

1,2,3,5

4

2,3,5

все перечисленное

3,4

**Пункционная биопсия под УЗ контролем позволяет установить диагноз при:**

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

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

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

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

2,3,5

4

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

**Рентгенологический синдром полости в легком может быть выявлен при:**

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

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Абсолютными противопоказаниями для проведения бронхоскопии являются:**

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

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

**Абсолютными противопоказаниями для проведения торакоскопии являются:**

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

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

**Характер плеврального выпота и показатели**

**А. экссудат**

**Б. транссудат**

**1. Белок 0,5 г/л**

**2. Белок 40 г/л**

**3. Относительная плотность 1020**

**4. Относительная плотность 1005**

**5. Активность ЛДГ 1,0 ммоль/(лхч)**

**6. Активность ЛДГ 2,5 ммоль/(лхч)**

**7. Реакция Ривальта положительная**

А-2,3,6 Б- 1,4,5,7

А-2,4,5 Б- 1,3,6,7

А-1,2,3 Б- 4,5,6,7

А-4,6 Б- 1,2,3,5,7

А-2,4,5,7 Б- 1,3,6

### **Заболевание и ЭКГ-признаки:**

#### **А. Тромбоэмболия легочной артерии**

#### **Б. хроническое легочное сердце при ХОБЛ**

1. Смещение электрической оси сердца влево

2. Смещение электрической оси вправо

3. Глубокий зубец S в I стандартном отведении

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

5. R/S соотношение в V6<1

6. Блокада левой ножки пучка Гиса

7. P-pulmonale

А-2,6,3,4 Б -1,2,5,7

А-2,5,7 Б -2,3,4

А-2,3,4 Б -2,5,7

А-1,3,4 Б -2,5,6,7

А-2,3,5,7 Б -2,4,6

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

Нитросорбид перорально

Пентамин внутримышечно

Раствор аминапроновой кислоты внутривенно капельно

Арфонад внутривенно капельно

Эналаприл перорально

### **Определение легочного инфильтрата:**

Наличие множественных очаговых теней на значительном протяжении легочных полей

Увеличение воздушности легочной ткани

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

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

Сочетание участков «матового стекла» с сетчатыми и линейными изменениями

### **Для определения наддиафрагмального свободного выпота необходимо сделать рентгенограмму грудной клетки:**

на вдохе

в боковой проекции

в ортопозиции

в латеропозиции

на выдохе

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

Злокачественной мезотелиоме

ХПН

Центральном раке легкого, осложненном ателектазом

Тяжелой внебольничной пневмонии

Застойной сердечной недостаточности

**К факторам, вызывающим одышку при респираторных заболеваниях, относятся:**

**1. Изменение газового состава артериальной крови,**

**2. Дисфункция дыхательных мышц,**

**3. Повышение работы дыхания,**

**4. Увеличение сопротивления дыхательных путей,**

**5. Гиперинфляция легких**

все перечисленное

2,3,4

1,2,3,5

4,

3,4

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

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

**Особенности болей в грудной клетке при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни:**

**1. купируются НПВП**

**2. купируются спазмолитиками**

**3. возникают в горизонтальном положении и при наклонах туловища**

**4. сопровождаются отрыжкой, изжогой**

**5. возникают при ходьбе**

все перечисленное

2,3,5

4

1,2,3,5

3,4

**Характерные признаки боли в грудной клетке при остеохондрозе позвоночника:**

**1. Неэффективность спазмолитиков**

**2. Болезненность при пальпации**

**3. Связь боли с изменением положения тела**

**4. Неэффективность нитратов**

## **5. Эффективность НПВС**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

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

**1. Паразитарная инвазия,**

**2. Бронхоэктазы,**

**3. Бронхогенная карцинома,**

**4. Гемангиоэндотелиома,**

**5. Муковисцидоз**

4

2,3,5

3,4

1,2,3,5

все перечисленное

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

**1. Бронхогенная карцинома,**

**2. Туберкулез,**

**3. Бронхоэктазы,**

**4. Гемангиоэндотелиома,**

**5. Секвестрация легких**

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

**Общие признаки всех заболеваний, сопровождающихся легочной диссеминацией.**

**1. «Барабанные палочки»**

**2. Конечно-экспираторная крепитация**

**3. Одышка**

**4. Изменения ФВД по рестриктивному типу**

**5. Лимфоаденопатия**

3,4

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное



**Назовите эндогенные пирогены.**

- 1. Интерлейкин-1**
- 2. Интерлейкин-6,**
- 3. Фактор некроза опухоли**
- 4. Внутриклеточные бактерии**
- 5.  $\alpha$ -,  $\beta$ -, гамма-интерфероны**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

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

- 1. Неясность диагноза после 3 амбулаторных визитов к врачу**
- 2. Неясность диагноза после 3 дней пребывания в стационаре**
- 3. Температура  $38,3^{\circ}\text{C}$  и выше;**
- 4. Продолжительность  $\geq 10$  дней**
- 5. Продолжительность  $\geq 3$  недель**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Сочетание лихорадки и периферической лимфаденопатии характерно для:**

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

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Сочетание лихорадки и спленомегалии характерно для:**

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

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

**Лихорадка и боли в костях характерны для:**

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

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**К методам, подтверждающим наличие синдрома бронхиальной обструкции, относятся:**

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

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

**При спирографии у больного с бронхообструктивным синдромом выявляются изменения:**

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

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

**Наиболее характерными физикальными признаками бронхиальной обструкции являются:**

1. Крепитация
2. Свистящие хрипы

### **3. Гудящие хрипы**

### **4. Бронхиальное дыхание**

### **5. Жесткое дыхание**

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

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

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

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

**Локальные инфильтративные изменения при рентгенологическом исследовании и заболевания:**

**А. без нарушений бронхиальной проходимости**

**Б. с нарушениями бронхиальной проходимости**

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

А - 1,2,6 Б - 3,4

А - 3,4 Б - 1,3,6

А - 1,2,4 Б - 3,6

А - 2,4 Б - 3,5,6

А - 1,2,5 Б - 3,4,6

**Типичная локализация легочного инфильтрата и заболевания:**

**А. Субплевральная**

**Б. В прикорневой зоне**

- 1. Пневмония**
- 2. Центральный рак**
- 3. Лимфома**

#### 4. Сегментарные туберкулезные инфильтраты

#### 5. Туберкулез ВГЛУ

#### 6. Абсцесс

#### 7. Инфаркт легкого

А-1,4,6,7 Б- 2,3

А- 2,3 Б- 1,4,6,7

А-1,4, Б- 2,3,6,7

А-1,7 Б- 2,3,4,6

А-2,4,6,7 Б- 1,3

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

РаО<sub>2</sub>-50 мм рт.ст.

АД 100/60 мм. рт. ст.

Уровень креатинина в сыворотке крови 110 мкмоль/л

РаСО<sub>2</sub>-35 мм рт.ст. Д.

Уровень калия в сыворотке крови 5,0 ммоль/л

**Непродуктивный коклюшеподобный кашель характерен для пневмонии:**

пнеумоцистной

микоплазменной

хламидиозной

вирусной

стафилококковой

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

микоплазмы

пневмококка

синегнойной палочки

гемофильной палочки

протей

**Обострение хронического бронхита наиболее часто связано с:**

воздействием метеофакторов

вирусной инфекцией

психическим перенапряжением

переохлаждением

переутомлением

**При остром бронхите наиболее часто возбудителем является:**

*M. catharralis*

*S. pneumoniae*

*H. influenzae*

Вирус (Influenza, Parainfluenza, RSV и др.)  
M. pneumoniae

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

400  
250  
150  
300  
500

**При лечении пневмоцистной пневмонии целесообразно использовать:**

триметоприм/сульфаметоксазол (ко-тримоксазол)  
макролиды  
полусинтетические пенициллины, потенцированные клавулановой кислотой или сульбактамом  
цефалоспорины 2-го поколения  
линкомицин

**К оппортунистическим заболеваниям у больных ВИЧ-СПИД относятся:**

хламидийная пневмония  
бронхит  
пневмоцистная пневмония  
альвеолит  
эозинофильная пневмония

**У больных СПИД пневмоцисты первично поражают:**

слизистую оболочку бронхов  
альвеолярно-капиллярную мембрану  
лимфатические узлы  
лимфатические сосуды  
кровеносные сосуды

**Диагностика пневмоцистоза базируется на:**

ИФА  
реакции связывания комплемента  
микроскопии нативного препарата, изготовленного из мокроты или биоптата, полученного из легкого  
методе определения флюоресцирующих антител  
посеве мокроты

**В диагностике бронхоэктазий решающее значение в настоящее время имеет:**

бронхоскопия  
бронхография  
рентгенография органов грудной клетки

Компьютерная томография органов грудной клетки  
Сцинтиграфия легких

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

ингаляционных глюкокортикоидов  
антибиотиков  
бетта 2-агонистов  
системных глюкокортикоидов  
муколитиков

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

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

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

легионеллезной пневмонии  
пневмококковой пневмонии  
абсцесса легкого  
микоплазменной пневмонии  
хламидийной пневмонии

**Актиномикоз легких протекает чаще как:**

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

**Выберите верные утверждения:**

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

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

**Показанием к назначению антибактериальной терапии при респираторной вирусной инфекции является:**

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

2,3,5

4

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

**В клинической картине гриппа у пожилых чаще встречаются:**

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

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

**Неосложненное течение гриппа характеризуется:**

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

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Нереспираторные осложнения гриппа включают**

- 1. Артрит**
- 2. Миокардит**

- 3. Ухудшение течения диабета**
- 4. Вентилятор-ассоциированную пневмонию**
- 5. Психические расстройства**

4  
все перечисленное

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

**Лечение пандемического гриппа А (H1N1) обязательно включает:**

- 1. Амантадин**
- 2. Римантадин**
- 3. Озелтамивир**
- 4. Занамивир**
- 5. Антибиотик**

1,2,3,5  
4  
2,3,5  
3,4  
все перечисленное

**Системные глюкокортикостероиды при гриппе назначаются в случаях:**

- 1. Сохранения лихорадки более 5 суток**
- 2. Сохранения лихорадки более 10 суток**
- 3. Септического шока**
- 4. Отека легких**
- 5. Пневмонии**

4  
2,3,5  
3,4  
1,2,3,5  
все перечисленное

**пневмония при респираторно-синцитиальной инфекции чаще развивается у:**

- 1. курильщиков**
- 2. детей с хроническими заболеваниями, врожденными пороками;**
- 3. Лиц с иммунодефицитными состояниями;**
- 4. Больных ХОБЛ**
- 5. недоношенных новорожденных**

1,2,3,5  
2,3,5  
4  
все перечисленное  
3,4



**Клиническая картина при тяжелом течении респираторно-синцитиальной инфекции характеризуется:**

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

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

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

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

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

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

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

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

**Бронхоэктатической болезни соответствуют утверждения:**

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

53

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

**3. При данном заболевании может отмечаться обратимая обструкция дыхательных путей, и оно может быть ошибочно принято за бронхиальную астму.**

**4. Заболевание всегда связано с хроническими или рецидивирующими инфекциями.**

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

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Возбудители, которые наиболее часто вызывают формирование абсцесса легкого:**

**1. легионелла**

**2. анаэробы**

**3. золотистый стафилококк**

**4. пневмококк**

**5. клебсиелла**

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

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

**1. лимфома с поражением легких**

**2. системная склеродермия**

**3. рак легких**

**4. инфильтративный туберкулез легких с распадом**

**5. ревматоидный артрит с поражением легких**

4

2,3,5

3,4

1,2,3,5

все перечисленное

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

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

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

54

**5. отрицательной реакции преципитации**

4

2,3,5

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

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

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

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

4

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

3,4

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

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

**Лабораторные методы диагностики эхинококкоза легких основаны на: 1.**

**микроскопии мокроты 2. микроскопии плеврального экссудата 3. реакции латекс-агглютинации 4. посева мокроты на микрофлору 5. реакции связывания комплемента**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах указывают на то, что:**

**1. туберкулезный процесс потерял активность**

**2. туберкулезный процесс активен**

**55**

**3. туберкулез перешел в хроническую стадию**

**4. необходимо провести уточнение активности туберкулезных изменений**

**5. туберкулез перешел в подострую стадию**

1,2,3,5

все перечисленное

2,3,5

4

3,4

**При гематогенно-диссеминированной форме туберкулеза процесс располагается преимущественно в:**

**1. плевре**

**2. альвеолах**

**3. бронхах**

**4. межлунной ткани**

**5. в трахее**

1,2,3,5

все перечисленное

2,3,5

4

3,4

**Наиболее частыми локализациями патологического процесса при остром милиарном туберкулезе являются:**

**1. селезенка и почки**

**2. легкие и селезенка**

**3. печень и селезенка**

**4. легкие и печень**

**5. почки и оболочки головного мозга**

4

2,3,4

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

**Укажите наиболее характерные бронхолегочные проявления туберкулеза:**

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

1,2,3,5

4

2,3,5

все перечисленное

3,4

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

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

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

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

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

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

**Если больной с подозрением на туберкулез легких не может откашлять мокроту,**

методами получения материала для исследования могут быть:

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

Укажите нетуберкулезные микобактерии, которые потенциально патогенны для человека:

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

Укажите факторы риска развития микобактериозов:

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

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

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

2,3,5

4

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

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

**1. Отсутствие каверн в средних отделах легких**

**2. Множественные локальные бронхоэктазы**

**3. Гроздеподобные отдельные кисты**

**4. Мелкие отдельные кисты, похожие на вздутые 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**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Наиболее частый возбудитель аспирационной пневмонии:**

**1. Микоплазмы**

**2. Легионеллы**

**3. Бактероиды**

**4. Возбудители из семейства *Enterobacteriaceae***

**5. Пневмококки**

4

2,3,5

3,4

1,2,3,5

все перечисленное

**Укажите антибиотик, который является препаратом выбора при аспирационной пневмонии:**

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

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

линкозамиды  
тетрациклины  
аминогликозиды  
макролиды  
ципрофлоксацин

**Кашлевой вариант бронхиальной астмы наблюдается чаще у:**

Детей  
Мужчин  
Лиц пожилого возраста  
Беременных женщин  
Афроамериканцев

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

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

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

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

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

Курильщикам с отсутствием характерных жалоб и нормальными показателями функции легких,

**Облитерирующий бронхит возникает после инфекции, обусловленной:**

Легионеллой  
Пневмококком  
Микоплазмой  
Гемофильной палочкой  
Синегнойной палочкой

**Главным клиническим признаком облитерирующего бронхита является:**

одышка  
кашель  
лихорадка



слабость  
выделение мокроты

**Респираторный бронхиолит- это заболевание дыхательных путей, связанное с:**

Системным заболеванием соединительной ткани  
Посттрансплантационными осложнениями  
Лучевой терапией  
Курением  
Ингаляциями токсических веществ

**Среди антибактериальных препаратов при лечении бронхиолитов положительный эффект проявили:**

Респираторные фторхинолоны  
Карбапенемы  
Цефалоспорины 4 поколения  
Макролиды  
тетрациклины

**При ХОБЛ имеет место:**

- 1. Поражение только воздухоносных путей**
- 2. Хроническое воспаление, обусловленное факторами экологической агрессии**
- 3. Поражение и воздухоносных путей, и паренхимы легких**
- 4. Поражение только паренхимы легких**
- 5. Прогрессирующая бронхиальная обструкция.**

4  
все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

**Характерные для ХОБЛ патоморфологические изменения обнаруживают в:**

- 1. проксимальных дыхательных путях,**
- 2. периферических дыхательных путях,**
- 3. легочных сосудах.**
- 4. коронарных сосудах**
- 5. паренхиме легких**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Основные клетки воспаления при ХОБЛ:**

- 1. Тучные клетки**
- 2. Макрофаги**

### **3. Нейтрофилы**

### **4. Клетки CD4+ (Th2)**

### **5. Клетки CD8+ (Tc1)**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

### **Основные медиаторы воспаления при ХОБЛ:**

#### **1. TNF - $\alpha$**

#### **2. Интерлейкин - 8**

#### **3. Интерлейкин - 1 $\beta$**

#### **4. Интерлейкин - 4,**

#### **5. Интерлейкин - 6.**

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

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

#### **1. утомляемость**

#### **2. выраженность кашля**

#### **3. количество мокроты**

#### **4. выраженность одышки**

#### **5. качество сна**

все перечисленное

2,3,5

4

1,2,3,5

3,4

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

#### **1. выраженность кашля**

#### **2. количество мокроты**

#### **3. выраженность одышки**

#### **4. текущий статус курения**

#### **5. качество сна**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Для больных ХОБЛ характерны данные анамнеза:**

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

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

**Признаки легочной гипертензии при ХОБЛ:**

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

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Признаки правожелудочковой недостаточности при ХОБЛ:**

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

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

**Дифференциально-диагностические признаки обострения ХОБЛ и рака легкого:**

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

3,4

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

**Дифференциально-диагностические признаки обострения ХОБЛ и рака легкого:**

**1. Усиление и деформация легочного рисунка**

**2. Инфильтрация в прикорневой зоне**

**81**

**3. Уменьшение объема пораженного легкого**

**4. Повышенная воздушность легочной ткани**

**5. Внутригрудная лимфаденопатия**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**При подозрении на рак легкого больному ХОБЛ необходимо провести:**

**спирометрия**

**1. диаскинтест**

**2. КТ ОГК**

**3. ФБС с биопсией**

**4. исследование газов крови**

**5. цитологическое исследование мокроты и БАЛЖ**

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

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

**1. профилактическая антибактериальная терапия**

**2. пневмококковая вакцина больным  $\geq 65$  лет**

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

**4. профилактическая противовирусная терапия**

**5. противогриппозная вакцинация**

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

**Показания к длительной оксигенотерапии у больных ХОБЛ:**

**1. Одышка при незначительной нагрузке**

**2. PaO<sub>2</sub> 56-59 мм. рт. ст. при наличии отеков/полицитемии**

**3. SaO<sub>2</sub>  $< 89\%$ , при наличии отеков/полицитемии**

#### **4. Диффузный цианоз**

#### **5. SaO<sub>2</sub> < 88% (дважды в течение 3-х недельного периода)**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

#### **Показания для неинвазивной вентиляции легких:**

##### **1. Остановка дыхания**

##### **2. Высокий риск аспирации**

##### **3. Ацидоз (рН ≤7,35) и/или гиперкапния (PaCO<sub>2</sub> >6 кПа или 45 мм рт. ст.)**

##### **4. Частота дыхательных движений >25 в минуту**

##### **5. Черепно-лицевая травма**

4

2,3,5

3,4

1,2,3,5

все перечисленное

#### **Показания к искусственной вентиляции легких**

##### **1. Непереносимость НИВ или неудача НИВ**

##### **2. Частота дыхательных движений >35 в минуту**

##### **3. Жизнеугрожающая гипоксемия**

##### **4. Тяжелый ацидоз (рН <7,25) и/или гиперкапния (PaCO<sub>2</sub> >8 кПа, или 60 мм рт. ст.)**

##### **5. Остановка дыхания**

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

4

3,4

#### **Показания к трансплантации легких при ХОБЛ:**

##### **1. ОФВ<sub>1</sub> < 20% от должного**

##### **2. В анамнезе – обострения заболевания, протекающие с гиперкапнией (PaCO<sub>2</sub> > 50 мм рт.ст.)**

##### **3. Легочная гипертензия, cor pulmonale**

##### **4. Рецидивирующий пневмоторакс**

##### **5. Быстрое прогрессирование болезни**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Для лечения обострения ХОБЛ используют следующие бронхолитики:**

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

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

**Показания к госпитализации при обострении ХОБЛ:**

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

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Показания к госпитализации в ОИТР при обострении ХОБЛ.**

- 1. Изменения ментального статуса (спутанное сознание, заторможенность, кома)**
- 2. Тяжелая гипоксемия ( $P_{aO_2} < 5,3$  кПа, или 40 мм рт. ст.),**
- 3. Тяжелая гиперкапния ( $P_{aCO_2} > 8$  кПа, или 60 мм рт. ст.)**
- 4. Необходимость в искусственной вентиляции легких**
- 5. Гемодинамическая нестабильность – потребность в вазопрессорах**

1,2,3,5

4

2,3,5

все перечисленное

3,4

**Для лечения обострения ХОБЛ используют (GOLD - 2011):**

- 1. Системные ГКС**

83

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

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

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

**1. Усиление одышки**

**2. Увеличение количества мокроты**

**3. Увеличение гнойности мокроты**

**4. Правожелудочковая недостаточность**

**5. ИВЛ**

2,3,5

4

1,2,3,5

все перечисленное

3,4

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

**1.  $\beta$ -лактам без антисинегнойного эффекта**

**2. Защищенный  $\beta$ -лактам без антисинегнойного эффекта**

**3. Макролид с антигемофильным эффектом**

**4. Аминогликозид III поколения**

**5. Респираторный фторхинолон**

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

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

**1. пероральные антикоагулянты**

**2. диуретики**

**3. сердечные гликозиды**

**4. В-блокаторы**

**5. антагонисты кальция**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**При отборе больных для легочной реабилитации следует учитывать:**

**1. Функциональный статус.**

**2. Тяжесть одышки.**

### **3. Мотивация.**

#### **4. Пол**

#### **5. Статус курения**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Для бронхиальной астмы правильным является утверждение:**

**1) Бронхиальная астма- это острое заболевание**

**2) Эозинофилы – главные клетки патогенеза бронхиальной астмы**

**3) В патогенезе бронхиальной астмы принимают участие многие клетки**

**4) При бронхиальной астме развивается гиперреактивность**

**5) Выявление гиперреактивности надежно исключает диагноз бронхиальной астмы**

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

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

**84**

**1). Гены, предрасполагающие к атопии**

**2) Гены, предрасполагающие к бронхиальной гиперреактивности**

**3). Ожирение**

**4) Возраст**

**5) Пол**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

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

**1) Инсоляция**

**2) Аллергены**

**3) Вирусные инфекции**

**4) Переохлаждение**

**5) Загрязнение воздуха**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4



**Патологические изменения при хроническом течении бронхиальной астмы включают:**

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

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

**Полный контроль над бронхиальной астмой подразумевает:**

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

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

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

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

**Для бронхиальной астмы характерно:**

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

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

**Факторами риска посттрансплантационного облитерирующего бронхолита являются:**

**1) Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь**

**2) Длительная ишемия трансплантата**

**3) Цитомегаловирусная инфекция**

**4) Пожилой возраст**

**5) HLA-несовместимость**

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

**Основными симптомами диффузного панбронхолита являются:**

**1. Хронический синусит**

**2. Продуктивный кашель**

**3. Одышка**

**4. Хронический тиреоидит**

**5. Снижение массы тела**

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

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

**Наиболее вероятный диагноз:**

Синдром Шогрена

Боковой амиотрофический склероз

Полимиозит

Ревматоидный артрит

Микроскопический полиангиит

**Основной патоморфологический признак при саркоидозе это:**

Кистозная перестройка паренхимы легкого

Неспецифический альвеолит

Гранулема с развитием казеозного некроза

Гранулема без развития казеозного некроза

Облитерирующий бронхолит

**При саркоидозе нарушается метаболизм:**

Фосфора  
Кальция  
Калия  
Магния  
Селена

**Для идиопатических интерстициальных пневмоний (ИИП) характерно:**

- 1. сходные морфологические изменения легочной ткани**
- 2. неизвестная природа заболеваний;**
- 3. диффузные изменения при рентгенографии и компьютерной томографии легких;**
- 4. увеличение внутригрудных лимфоузлов по данным рентгенографии и компьютерной томографии органов грудной клетки;**
- 5. рестриктивные вентиляционные изменения**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Для идиопатических интерстициальных пневмоний (ИИП) характерно:**

- 1. боль в грудной клетке при дыхании;**
- 2. кровохарканье;**
- 3. прогрессирующая одышка при физических нагрузках;**
- 4. конечно-эспираторная крепитация при аускультации легких**
- 5. обструктивные вентиляционные изменения**

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

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

- 1. Двусторонние ретикулярные изменения.**
- 2. Участки «матового стекла».**
- 3. Признаки формирования «сотового легкого».**
- 4. Двусторонняя внутригрудная лимфаденопатия**
- 5. Нарушения архитектоники, отражающие легочный фиброз.**

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

**Для системной красной волчанки характерно развитие:**

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

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Самыми частыми легочными проявлениями системной склеродермии являются:**

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

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

**Лекарственные препараты, вызывающие развитие организуемой пневмонии это:**

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

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

**Лекарственные препараты, вызывающие развитие облитерирующего бронхиолита это:**

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

3,4

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

**Для синдрома Лефгрена характерны:**

**1. лихорадка**

**2. двусторонняя внутригрудная лимфаденопатия**

**3. полиартралгия**

**4. передний увеит**

**5. узловатая эритема**

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

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

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

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

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

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

**Хилотораксом**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Утверждения, правильные в отношении легочного альвеолярного протеиноза - это:**

**1. Врожденная форма обусловлена мутациями генов, кодирующих структуру**

белков сурфактанта В и С.

2. В 90% случаев заболевание считается идиопатическим.

3. Среди заболевших преобладают курильщики (70%).

4. Среди заболевших преобладают женщины детородного возраста

5. Ключевую роль в патогенезе играет нарушение обмена сурфактанта.

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

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

1. плевральный выпот

2. формирование множественных тонкостенных кист.

3. участки «матового стекла», отграниченные от неизмененных участков легкого («географический паттерн»).

4. утолщение междольковых перегородок.

5. множественные бронхоэктазии

3,4

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

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

1. хроническая обструктивная болезнь легких

2. саркоидоз

3. туберкулез легких.

4. бронхиальная астма

5. пневмония

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

Для идиопатического легочного гемосидероза характерно:

1. кровохарканье.

2. легочное кровотечение.

3. гипохромная анемия

4. внутригрудная лимфаденопатия

108

5. синдром легочной диссеминации, выявляемый при рентгенологическом

**исследовании органов грудной клетки.**

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

**Характерными рентгенологическими изменениями при идиопатическом легочном гемосидерозе являются:**

**1. увеличение лимфоузлов средостения**

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

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

**4. признаки интерстициального пневмофиброза никогда не возникают**

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

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Утверждения, которые верны в отношении идиопатического легочного гемосидероза:**

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

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

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

**4. необходимо проведение бронхоальвеолярного лаважа**

**5. системные глюкокортикостероиды не могут изменить естественное течение заболевания.**

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

4

3,4

**Синдром Гудпасчера характеризуется образованием антител к:**

**1. гепатоцитам**

**2. нативной ДНК**

**3. базальной мембране альвеол**

**4. базальной мембране почечных клубочков**

**5. стенке крупных легочных сосудов**

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

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

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

1,2,3,5

все перечисленное

2,3,5

4

3,4

**Укажите основные патологические изменения в легких при лангергансоподобном гистиоцитозе:**

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

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

**Для подтверждения диагноза лангергансоподобного гистиоцитоза легких необходимо:**

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



1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Клинический вариант ИИП и морфологическая картина**

**А. Идиопатический легочный фиброз**

**Б. Острая интерстициальная пневмония**

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

**2. Интерстициальное воспаление. Эпителиоидноклеточные неказеозные гранулемы. Фиброз**

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

**4. Однородность изменений в биоптате**

**5. Временная гетерогенность изменений в биоптате**

А-3,4 Б-1,5

А-2,5 Б-3,4

А- 1,4 Б-3,5

А-3,5 Б-1,4

А-1,35 Б-4,5

**Типы саркоидоза и заболевания для дифференциации диагноза**

**А. Саркоидоз I**

**Б. . Саркоидоз II**

**1.Лимфогранулематоз**

**2.Туберкулез**

**3.Центральный рак легкого**

**4.Мезотелиома**

**5.Опухоль средостения**

**6.Коллагеноз**

**7.Пневмокониоз**

**8.Карциноматоз**

А -1,2,3,5 Б-2,6,7,8

А -1,2,6,7 Б-2,3,5,8

А -2,3,5,8 Б-1,2,6,7

А -3,5 Б-1,2,6,7,8

А -1,2,3,5 Б-2,6

**ЛГ развивается при следующих обструктивных заболеваниях:**

**1. ХОБЛ**

**2. Муковисцидоз**

**3. Бронхоэктатическая болезнь**

**4. Бронхиальная астма**

**5. Облитерирующий бронхолит**

4

все перечисленное

2,3,5

1,2,3,5

3,4

**В условиях артериальной гипоксии развитию спазма мелких артерий легких способствуют:**

**1. Деполяризация гладкомышечных клеток сосудов**

**2. Повышение синтеза эндогенных медиаторов вазоконстрикции**

**3. Повреждение сосудистого эндотелия**

**4. Уменьшение сердечного выброса**

**5. Снижение продукции эндогенных вазодилататоров**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**К ANCA-ассоциированным васкулитам относятся:**

**1. Пурпура Шенлейна-Геноха,**

**2. Гранулематоз Вегенера,**

**3. Микроскопический полиангиит,**

**4. Синдром Гудпасчера**

**5. Синдром Чардж-Стросса,**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**Характерными рентгенологическими признаками синдрома Чардж-Стросса являются:**

**1. Узловые тени с полостями распада,**

**2. Легочный фиброз**

**3. Узловые тени без полостей распада,**

**4. Эозинофильная пневмония**

**5. Внутригрудная лимфаденопатия**

1,2,3,5

4

2,3,5

3,4

все перечисленное

**Характерными лабораторными признаками синдрома Чардж-Стросса являются:**

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

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

4

3,4

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

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

2,3,5

3,4

1,2,3,5

4

все перечисленное

**Васкулит и морфологическая характеристика:**

**А. Гранулематоз Вегенера**

**Б. Микроскопический полиангиит**

**В. Синдром Чардж-Стросса**

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

А-3 Б- 4, В-1

А-1 Б- 3, В-1

А-1 Б- 4, В-2

А-2 Б- 4, В-1

А-2 Б- 3, В-4

**Факторы риска тромбоза глубоких вен верхних конечностей:**

- 1. повышенная физическая нагрузка**
- 2. центральная катетеризация вены**
- 3. травма**
- 4. внутригрудные опухоли**
- 5. оперативное вмешательство**

4

2,3,5

все перечисленное

1,2,3,5

3,4

**Противопоказания к назначению гепарина:**

- 1. Геморрагический синдром любой этиологии**
- 2. Неконтролируемая тяжелая артериальная гипертония**

120

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

**4. Операции на органах брюшной полости**

**5. Ретиноангиопатия**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**При диафрагмальном сухом плеврите болевыми зонами являются:**

**1. Между обеими ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы**

**2. Над ключицей**

**3. У края грудины в 1 межреберье**

**4. В месте пересечения V ребра и парастеральной линии**

**5. Над 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**

**4. Усиление боли при наклоне в здоровую сторону**

**5. Отсутствует шум трения плевры**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**На объем распределения лекарственного препарата в организме влияют:**

**1. состояние кровотока в органах**

**2. масса тела**

**3. возраст**

**4. пол**

**5. свойства препарата**

2,3,5

1,2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**После приема пищи следует принимать:**

**1. препараты железа**

**2. ингибиторы АПФ**

**3. ГКС**

**4. метилксантины**

**5. антациды**

4

2,3,5

3,4

1,2,3,5

все перечисленное

**К основным видам особых реакций на лекарственные препараты относятся:**

**1. идиосинкразия**

**2. гиперреактивность**

**3. тахифилаксия**

**4. лекарственная зависимость**

**5. толерантность**

все перечисленное

2,3,5

1,\

4

3,4

**При увеличении рН мочи увеличивается почечная экскреция:**

**1. аминогликозидов**

**2. салицилатов**

**3. сульфаниламидов**

**4. рифампицина**

**5. пенициллинов**

4

все перечисленное

1,2,3,5

2,3,5

3,4

**При приеме ингаляционных ГКС возможны:**

**1. подавление функции коры надпочечников**

**2. замедление роста у детей**

**3. истончение кожи**

**4. гепатотоксичность**

**5. остеопороз**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**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:**

фильтрация 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 мультидетекторной компьютерной томографии являются:**

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

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**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 межлунговой 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

Микоплазма

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

РаСО<sub>2</sub>-35 мм рт.ст.

АД 100/60 мм. рт. ст.

РаО<sub>2</sub>-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  $\beta$ 2-агонисты быстрого действия

Теофиллины

Антилейкотриеновые препараты

Ингаляционные М-холинолитик

**Наиболее частыми формами бронхоолитов являются:**

Деформирующий

1. Респираторный панбронхоолит

Фолликулярный

Индуцированный ингаляцией минеральной пыли

Острый

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

Системной склеродермии

Ревматоидного артрита

Синдрома Шегрена

Системной красной волчанке

Дематомиозита

**Доза системного преднизолона для лечения бронхоолита 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  $\geq 65$  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

**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: &gt; 3 г/л, антинуклеарные антитела: не определяются, ревматоидный фактор: не определяется, ЛДГ: повышенное содержание

белок: &lt; 3 г/л, антинуклеарные антитела: определяются, ревматоидный фактор: не определяется, ЛДГ: повышенное содержа

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

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

белок: &gt; 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-эспираторная 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 лимфаденопатия**

**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 PaO<sub>2</sub> менее 55 мм рт.ст. в покое
4. При PaO<sub>2</sub> 55–60 мм рт.ст. в покое в сочетании с признаками легочной гипертензии или полицитемии.
5. При PaO<sub>2</sub> 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 гипертензия**
- 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 P 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 неизменном 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  
параканкротическая пневмония

**Ранними 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 (SiO<sub>2</sub>)  
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  
Лимфому  
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  
Контрлатеральное 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 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 относятся:**

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  $\alpha$ 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  $\alpha$ 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  $\alpha$ 1-антитрипсина из человеческой плазмы при дефиците  $\alpha$ 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 СН50;**

**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**

А-1 Б-2 В-3

А-1 Б-3 В-2

А-2 Б-3 В-1

А-3 Б-2 В-1

А-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. Трахеобронхомаляция**

**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

**Иммуноглобулин 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.лимфомоноцитарной 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  $\beta$ -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  $\beta$ -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:**

амоксциллин  
klarитромицин  
цефотаксим  
амоксциллин/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:**

$\beta$ 2-агонист короткого действия  
 $\beta$ 2-агонист длительного действия  
 $\beta$ 1,  $\beta$ 2-агонист короткого действия  
 $\beta$ 1-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

**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 пневмотораксе**

#### **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 кровотоком.**
- 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. ceracia**
- 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. посева мокроты на микрофлору 5. внутрикожной аллергической пробе**

1,2,3,5

2,3,5

4

все перечисленное

3,4

**При осложненном легочном эхинококкозе могут наблюдаться: 1. кашель сухой 2.**

**кашель с гнойной мокротой 3. боли в грудной клетке 4. кровохарканье 5. одышка**

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 негомогенной 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 гидронефмоторакс**

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 Циль-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 лимфаденопатия**

**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 лимфаденопатии,**

**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 лимфоаденопатия
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 лангергансоклеточном 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

Лангергансоклеточного 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

Лимфоме

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 Д.

Малый объем

Вовлечение лимфатических узлов средостения на стороне плеврального выпота

Отсутствии 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

Эндоэметриоз

**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 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  $\alpha$ 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  $\alpha$ 1-антитрипсина из человеческой плазмы при дефиците  $\alpha$ 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 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**

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**

A-2, Б-3, В-1

A-1, Б-2, В-3

A-3, Б-2, В-1

A-1, Б-3, В-2

A-2, Б-1, В-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  $\beta$ -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:**

*C.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

klarитромицина

ципрофлоксацина

**Системные ГК 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  $\beta_2$ -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  $\beta$ -адренорецепторов  
ингаляционные ГКС  
ингибиторы фосфодиэстеразы 4

**Причиной лекарственно-индуцированного гломерулонефрита могут быть:**

$\beta$ -лактаммы  
макролиды  
фторхинолоны  
сульфаниламиды  
нитрофураны

**Клинические проявления гипертиреоза могут усилить:**

блокаторы м-холинорецепторов  
агонисты  $\beta$ -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. амоксициллина**
- 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. PaCO<sub>2</sub>>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. РаО<sub>2</sub> 55 мм рт.ст. (при дыхании воздухом);**
- 2. подозрение на гипоксемию в неотложных ситуациях;**
- 3. тяжелая травма;**
- 4. SaO<sub>2</sub> 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 FiO<sub>2</sub> через низкопоточные системы**
- 5. Острая гипоксемическая ДН с персистирующей гипоксемией, несмотря на назначение кислорода с высокой FiO<sub>2</sub> 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. PaO<sub>2</sub> артериальной крови в покое <55 мм рт.ст.,**
- 2. PaO<sub>2</sub> артериальной крови в покое 55–59 мм рт.ст. при наличии легочного сердца**
- 3. выраженная ночная гипоксемия (PaO<sub>2</sub> <55 мм рт.ст. при многократных измерениях)**

**4. PaO<sub>2</sub> 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

β<sub>2</sub>-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, обогащенной 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**

**166**

**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 x 10<sup>9</sup>/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. Расслаивающая 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. Лимфаденопатия 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