001. Насыщение артериальной крови O2 в норме:

 95%.

 75%.

 80%.

002. Особенности иммунной системы (ИС):

 ИС строго ограничена от других органов и систем

 ИС генерализована по всему телу

 Клетки ИС постоянно рециркулируют через кровоток по всему телу

 ИС обладает уникальной способностью вырабатывать сугубо специфические молекулы антител

003. Остаточный объем легких в норме (в % от общей емкости легких):

 40-45%.

 30-35%.

 20-25%.

004. Газообмен в легком осуществляется в:

 дольке легкого

 паренхиме легкого

 ацинусе легкого

005. При рестриктивных нарушениях ЖЕЛ:

 увеличена

 снижена

 нормальная

006. Наиболее частый путь сенсибилизации при атопических заболеваниях у взрослых:

 внутривенный

 подкожный

 энтеральный

 ингаляционный

007. Путь передачи пневмоцистной инфекции:

 воздушно-капельный

 гематогенный

 лимфогенный

008. Ингибиторы протеолитических ферментов бронхиального секрета, предохраняющие опорный аппарат стенки бронха и легкого от разрушения:

 интерлейкины

 простагландины

 А1-антитрипсин

 А1-антихимопсин

009. Риск пневмоцистной пневмонии особенно высок, когда число лимфоцитов CD 4+ ниже уровня:

 200/мкл

 400/мкл

 600/мкл

010. Для неиммунологических реакций гиперчувствительности характерно:

 IgE-опосредованные механизмы

 Т-клеточная гиперчувствительность

 прямая либерация медиаторов из клеток-мишеней

 возникновение реакций после первого приема веществ

011. Снижение величины остаточного объема легких наблюдается при:

 рестриктивных нарушениях

 обструктивных нарушениях

 тяжелой бронхиальной обструкции

012. Сколько альвеол у здорового человека?

 300 млн

 20 млн

 500 млн

 100 млн

013. Какая реакция на туберкулин у больных СПИДом?

 гиперергическая

 отрицательная

 нормергическая

014. Повышение уровня общего IgE наблюдается при:

 все ответы верны

 гельминтозах

 атопии

 изолированном дефиците IgА

 онихомикозе

 полипозном риносинусите

015. Под остаточным объемом легких понимают объем воздуха, остающийся в легких после \_\_\_\_\_ выдоха.

 спокойного

 максимального

016. Степень дисфункции иммунитета у больных СПИДом с подозрением на легочную инфекцию оценивается по уровню:

 CD 4

 CD 8

 CD 16

 CD 72

017. Центральные органы иммунной системы:

 костный мозг

 селезенка

 тимус

 пейеровы бляшки кишечника

 сумка фабрициуса у птиц

018. Защита альвеолы от повреждающих ее агентов осуществляется:

 фагоцитозом нейтрофилами

 фагоцитозом альвеолярными макрофагами

 удалением ресничками мерцательного эпителия

 удалением их с помощью дыхательных движений

019. В слизи дыхательных путей преобладают иммуноглобулины класса:

 G.

 E.

 A.

 M.

020. Синуситы, бронхиты и бронхоэктазы возникают в связи с функциональной недостаточностью клеток мерцательного эпителия воздухоносных путей при синдроме:

 Мак-Леода

 Вильямса - Кемпбелла

 Картагенера - Зиверта

021. Методы оценки гуморального иммунитета:

 подсчет количества В-лимфоцитов

 определение циркулирующих иммунных комплексов

 определение иммуноглобулина E

 подсчет количества Т-лимфоцитов

 определение иммуноглобулинов A, M, G

022. Важнейшая функция верхних отделов воздухоносных путей:

 распределение

 проведение воздуха

 кондиционирование воздуха (согревание, увлажнение, очищение)

023. Иммуноглобулины синтезируются в:

 Т-лимфоцитах

 плазматических клетках

 макрофагах

 полиморфноядерных лейкоцитах

024. Специфические типы иммунологического реагирования:

 синтез антител

 накопление сенсибилизированных лимфоцитов

 фагоцитоз

025. Иммунитет – это:

 невосприимчивость к инфекционным заболеваниям

 устойчивость к воздействию внешних факторов

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

026. В основе какого заболевания лежит реагиновый механизм?

 сывороточная болезнь

 контактный дерматит

 экзогенный аллергический альвеолит

 атопическая бронхиальная астма

027. Какие иммунологические клетки поражает вирус иммунодефицита?

 Т-киллеры

 В-лимфоциты

 Т-супрессоры

 Т-хелперы

028. При обструктивных вентиляционных нарушениях проба Тиффно:

 нормальная

 увеличена

 снижена

029. ФАТ считается важнейшим медиатором в развитии:

 воспаления

 тромбозов

 анафилаксии

 обострений бронхиальной астмы

 все варианты верны

030. Основные типы вентиляционных нарушений:

 обструктивный

 гиповентиляционный

 рестриктивный

031. Методы выявления пневмоцист у больных СПИДом:

 определение Т-лимфоцитов

 исследование бронхоальвеолярной жидкости

 трансбронхиальная биопсия

 исследование мокроты

032. Оценка иммунной системы включает определение состояния:

 системы комплемента

 системы фагоцитоза

 В-системы иммунитета

 системы кининов

 Т-системы иммунитета

033. Орган иммунной системы, в котором происходит созревание и дифференцировка Т-лимфоцитов:

 селезенка

 вилочковая железа

 пейеровы бляшки кишечника

 лимфатические узлы

 костный мозг

034. Нормальные колебания уровня IgЕ в сыворотке крови здоровых лиц находятся в пределах:

 5-75 ЕД/мл

 0-100 ЕД/мл

 2-170 ЕД/мл

 100-300 ЕД/мл

035. Основная функция В-лимфоцитов:

 обеспечивают противовирусный иммунитет

 в ответ на антиген трансформируются в клетки, синтезирующие антитела

 являются иммунорегуляторными клетками

 трансформируются в клетки памяти

036. Иммунологический механизм анафилактической реакции:

 реакция аллергена с сенсибилизированными Т-лимфоцитами

 реакция аллергена с антителами,фиксированными на клетках организма

037. Что является основным в патогенезе СПИДа?

 пролиферация

 иммунодефицит

 воспаление

038. Чувствительность М-холинорецепторов бронхов с возрастом:

 усиливается

 не изменяется

 ослабевает

039. Пневмоцистная пневмония развивается у:

 все варианты верны

 больных СПИДом

 больных со злокачественными опухолями, получающими цитостатики

 детей с врожденным иммунодефицитом

 реципиентов трансплантационных органов, получивших иммуносупрессивную терапию

040. Основные звенья иммунитета:

 макрофагеально-фагоцитарная система

 гуморальное звено

 клеточное звено

 нейроэндокринное звено

041. Минутная вентиляция легких взрослого человека в состоянии покоя составляет в норме:

 2-4 литра

 5-8 литров

 9-12 литров

042. Слизь выводится из дыхательных путей в ротоглотку с помощью:

Кашлевого толчка

 Движения ресничек мерцательного эпителия

 Перистальтики бронха

 Дыхательных движений воздуха

043. Величина диффузионной способности легких зависит от:

 объема крови в легочных капиллярах;

 толщины альвеолярно-капиллярной мембраны;

 объема альвеолярной вентиляции;

044. Роль иммуноглобулина E в развитии аллергических реакций:

 Формирует немедленные аллергические реакции

 Участвует в формировании иммунокомплексных аллергических реакций

 Участвует в формировании реакций гиперчувствительности замедленного типа

 Участвует в цитотоксических иммунных реакциях

045. Часто встречающиеся оппортунистические заболевания при СПИДе:

 Пневмококковая пневмония

 Саркома Капоши

 Туберкулез легких

 Пневмоцистная пневмония

046. Растяжимость легких увеличивается при:

 Фиброзе легочной ткани

 Эмфиземе легких

047. При оценке технического качества обзорной рентгенограммы органов грудной клетки степень жесткости считается нормальной, если:

 четко видны межпозвонковые диски.

 позвоночный столб намечается на фоне тени средостения.

 тени ребер не перекрывают легочного рисунка.

 четко видны тела трех-четырех грудных позвонков.

048. Усиление голосового дрожания типично для:

 бронхиальной астмы.

 эмфиземы легкого.

 гидроторакса.

 абсцесса легкого.

 закрытого пневмоторакса.

049. Анализ мокроты можно рассматривать как информативный при количестве эпителиальных клеток не более:

 10.

 20.

 50.

050. Важный механизм эритроцитоза при продолжительной гипоксии у больных с бронхо-легочными заболеваниями:

 Перераспределение кровяной массы

 Усиление эритропоэтической функции почек

 Поступление эритроцитов в кровь из кровяного депо

 Усиление костномозгового эритропоэза

 Сгущение крови вследствие потери жидкости

051. Наибольшей противовоспалительной активностью обладает:

 гидрокортизон.

 метилпреднизолон.

 преднизолон.

 дексаметазон.

 триамцинолон.

052. Виды биопсии, которые могут быть использованы во время трахеобронхоскопии:

 Все варианты верны

 Трансбронхиальная пункция внутриторакальных лимфоузлов

 Браш-биопсия

 Спонг-биопсия

 Трансбронхиальная легочная пункция

 С помощью катетера

 Гибкими щипцами

053. При левожелудочковой недостаточности часто возникают сухие, а не влажные хрипы из-за:

 бронхоспазма.

 сдавления левого главного бронха увеличенным левым предсердием.

 отека стенки бронхов.

054. При оценке технического качества обзорной рентгенограммы органов грудной клетки установка считается правильной, если:

 медиальные отрезки ключиц отстоят на одинаковом расстоянии от оси симметрии рентгенограммы.

 медиальные отрезки ключиц отстоят на одинаковом расстоянии от края позвоночника.

 остистые отростки позвонков делят грудную клетку на две симметричные половины.

 лопатки выведены за пределы грудной клетки.

055. С помощью УЗИ плевральной полости можно получить информацию о:

 протяженности осумкования жидкости в плевральной области.

 сращениях в плевральной полости.

 наличии свободной жидкости в плевральной полости.

056."Р"-пульмонале может наблюдаться при:

 пороке сердца;

 легочном сердце;

 гипертрофии левого желудочка.

057. Клетки, высвобождающие бронхоконстрикторные медиаторы:

 Макрофаг

 Тучная клетка

 Базофил

 Нейтрофил

058. Третьей степени сужения бронха соответствует:

 нормальный легочный рисунок

 ателектаз

 эмфизема

059. Перкуторно и рентгенологически выявляется смещение тени средостения в здоровую сторону. Это соответствует:

 ателектазу легкого.

 тотальной пневмонии.

 гипоплазии легкого.

 скоплению жидкости в плевральной полости или напряженному пневмоторакс

060. Фактор, определяющий величину кровотока через каждый участок легочной ткани:

 Газовый состав вдыхаемого воздуха

 Состав альвеолярного воздуха

 Состояние бронхиальной проходимости

 Подвижность грудной клетки

 Подвижность диафрагмы

061. Диффузионные нарушения связаны с:

 увеличением размера ацинуса при эмфиземе.

 утолщением альвеолярно-капиллярной мембраны.

 увеличением скорости кровотока по легочным капиллярам.

 уменьшением количества альвеол.

062. Какой препарат относится к полным агонистам бета2-адренорецепторов?

 Сальметерол

 Формотерол

 Сальбутамол

 Метилксантины

063. Предпочтительный метод измерения давления в легочной артерии:

 Метод доплеровской эхокардиографии

 Метод кинетокардиографии

 Метод флебографии

 Прямое интравазальное измерение

064. Что входит в понятие "фармакокинетика лекарственного препарата"?

 Всасывание препарата из места введения

 Биотрансформация

 Выделение

 Распределение его по органам

 Воздействие на клетки и ткани

065. Метод выбора у больных с кровопотерей менее 200 мл в сутки:

 Бронхоскопия жестким бронхоскопом

 Бронхофиброскопия на фоне кровохарканья

066. Противовоспалительный эффект начинает реализоваться после внутривенного введения глюкокортикоидов через:

 10-30 минут

 60-90 минут

 90-120 минут

 30-60 минут

067. Иммунодепрессивное действие больших доз глюкокортикоидов начинает проявлять свое действие через:

 30 дней от начала применения

 7 дней от начала применения

 14 дней от начала применения

 1 сутки от начала применения

068. Механизмы, обеспечивающие легочный газообмен:

 Вентиляция

 Диффузия

 Мукоцилиарный клиренс

 Перфузия

069. Кортизол обеспечивает регуляторное действие на функционирование клетки-мишени через:

 матричную РНК.

 М3-холинорецепторы.

 бета2-рецепторы поверхности мембраны.

 внутриядерный генетический аппарат.

070. Доля легочной депозиции ингаляционных глюкокортикостероидов в значительной степени зависит от:

 Активации препарата в ткани легких

 Аффинности к рецепторам

 Средства доставки

 Липофильности препарата

071. Инспираторная емкость легких состоит из суммы следующих объемов и емкостей:

 Жизненной емкости легких и остаточного объема легких

 Емкости вдоха и дыхательного объема

 Остаточного объема легких и резервного объема выдоха

 Резервного объема вдоха и дыхательного объема

 Остаточного объема легких и емкости выдоха

072. При каких заболеваниях применяется чрезбронхиальная биопсия?

 Саркоидоз легких

 Диссеминированные заболевания легких

 Периферические образования легких

073. Кортизол в клетке-мишени взаимодействует:

 с рибосомальным рецептором.

 с митохондриальным рецептором.

 с цитоплазматическим рецептором.

074. Наибольшая минералокортикоидная активность свойственна:

 дексаметазону.

 преднизолону.

 гидрокортизону.

 метипреду.

075. Наибольший период полувыведения наблюдается у:

 дексаметазона.

 гидрокортизона.

 преднизолона.

076. Амфорическое дыхание может наблюдаться при:

 бронхите.

 эмфиземе легких.

 бронхиальной астме.

 абсцессе легкого.

 очаговой пневмонии.

077. Ателектаз легкого развивается остро при:

 лимфогранулематозе.

 инспирации инородного тела.

 раке бронха.

 тромбоэмболии легочной артерии.

078. Основной механизм развития легочной гипертензии при хронической легочной патологии:

 Снижение синтеза предсердного натрийуретического гормона

 Гипоксия

 Гиперкапния

 Увеличение синтеза ангиотензина-II

 Значительная потеря сосудистого русла легких при эмфиземе

079. Дозы глюкокортикоидов, способные вызвать иммунодепрессивное действие при монотерапии через 7-10 дней от начала их применения:

 Большие

 Малые

 Средние

080. Основное показание к лечебно-диагностической бронхоскопии:

 Нагноительное заболевание легких

 Острая пневмония

 Бронхиальная астма

 Хронический бронхит

081. Противовоспалительное действие глюкокортикоидов связано с/со:

 развитием гипокальциемии.

 ингибированием комплемента.

 блокированием синтеза эндогенной арахидоновой кислоты.

 снижением уровня иммуноглобулинов.

082. Каким терапевтическим действием обладают глюкокортикоиды?

 Этиологическим

 Специфическим

 Неспецифическим

083. Во время бронхофиброскопии можно диагностировать:

 кисты легкого.

 бронхоэктатическую болезнь.

 центральный рак легкого.

 абсцесс легкого.

084. Абсолютные противопоказания к бронхоскопии:

 Бронхогенный рак с отдаленными метастазами

 Инсульт

 Хроническая сердечная недостаточность III степени

 Инородное тело бронхов

 Тяжелая пневмония

 Нестабильная стенокардия

085. Усиливает сократительную способность диафрагмы:

 Эуфиллин

 Глюконат кальция

 Дигоксин

 Преднизолон

086. Наиболее информативный метод исследования для выявления бронхоэктазов:

 Бронхография

 Ангиопульмонография

 Рентгенография

 Компьютерная томография

087. Достоверный метод диагностики локализации и вида бронхоэктазов:

 Направленная бронхография

 Компьютерная томография

 Рентгенография легких

 Торакоскопия

 Бронхоскопия

088. При каких внелегочных заболеваниях чаще наблюдаются рестриктивные нарушения вентиляционной способности легких?

 Сердечно-сосудистые заболевания

 Эндокринные болезни

 Почечная недостаточность

 Остеохондроз

 Язвенная болезнь

 Цирроз печени

089. Прямая томография корней легких и средостения позволяет получить информацию о состоянии:

 внутригрудных лимфоузлов.

 крупных сосудов.

 просвета трахеи и крупных бронхов.

090. Боковая рентгенограмма грудной клетки позволяет получить дополнительную информацию:

 состояния отделов грудной клетки, не получивших отображения в прямой проекции.

 локализации патологического процесса относительно долей и сегментов легких.

 распространенности патологического процесса в легких.

 состояния легочного рисунка.

091. Везикулярное дыхание выслушивается на:

 вдохе и первую треть выдоха.

 вдохе.

 выдохе.

 протяжении всего вдоха и всего выдоха.

 вдохе и в первые две трети выдоха.

092. Ослабление голосового дрожания характерно для:

 бронхоэктатической болезни.

 крупозной пневмонии.

 абсцесса легкого.

 очаговой пневмонии.

 экссудативного плеврита.

093. Редуцирование капиллярного русла малого круга приводит к:

 повышению давления в венах малого круга.

 увеличению нагрузки на правое сердце объемом.

 повышению давления в легочной артерии.

 увеличению скорости кровотока.

094. Какие препараты увеличивают количество и продолжительность периодов апноэ вплоть до полной остановки дыхания?

 Эуфиллин

 бета2-агонисты

 Кортикостероиды

 Транквилизаторы

095. Из суммы каких объемов и емкостей состоит функциональная остаточная емкость легких?

 Емкости вдоха и дыхательного объема

 Остаточного объема легких и емкости выдоха

 Остаточного объема легких и резервного объема выдоха

 Жизненной емкости легких и остаточного объема легких

 Резервного объема вдоха и дыхательного объема

096. Почему необходим визуальный контроль во время выполнения маневра ФЖЕЛ за формой кривой форсированного выдоха?

 Оценивается степень волевого усилия пациента

 Оценивается правильность работы прибора

 Оценивается продолжительность выдоха

097. Когда наблюдается максимальный уровень в крови физиологических глюкокортикоидов в течение суток?

 Ночью

 Утром

 Днем

 Вечером

098. Первая степень дыхательной недостаточности соответствует уровню РаО2:

 Менее 100 мм рт.ст.

 Менее 80 мм рт.ст.

 Менее 60 мм рт.ст.

099. Рентгенологическое исследование при заболеваниях органов дыхания следует начинать с:

 обзорной рентгенографии в прямой и боковой проекциях.

 рентгеноскопии в различных проекциях.

 МСКТ органов грудной клетки.

 МРТ органов грудной клетки.

100. По форме бронхоэктазы подразделяют на:

 Цилиндрические

 Веретенообразные

 Мешотчатые

 Кавернозные

 Кистоподобные

 Постстенотические

101. Понятие "побочное действие лекарств" подразумевает:

 Нежелательный эффект, проявляющийся при применении лекарственного средства в дозах, превышающих терапевтические (диагностические, профилактические)

 Нежелательный эффект, проявляющийся при применении лекарственного средства в терапевтических (диагностических, профилактических) дозах

102. При наличии у больного острого абсцесса легкого бронхоскопию следует рассматривать как метод, имеющий:

 ограниченное применение, как вредный и опасный.

 значение для уточнения диагноза.

 лечебное значение.

 лечебное и диагностическое значение.

103. Дыхание при эмфиземе легких:

 Саккадированное

 Бронхиальное

 Везикулярное ослабленное

 Везикулярное

 Везикулярное усиленное

104. Какой гормон, регулирующий системное артериальное давление, вырабатывается в эндотелии легочных капилляров?

 Простациклин

 Норадреналин

 Ангиотензин-II.

 Серотонин

105. Цвет лака на ногтях, влияющий на результат пульсоксиметрии:

 Зеленый

 Синий

 Красный

 Черный

106. Бронхиальное дыхание выслушивается на:

 вдохе.

 вдохе и в первые 2/3 выдоха.

 выдохе.

 вдохе и одной трети выдоха.

 протяжении всего вдоха и всего выдоха.

107. Сцинтиграфия легких с изотопами позволяет уточнить состояние:

 капиллярного кровотока легких.

 мелких и крупных сосудов легких.

 крупных сосудов легких.

 мелких сосудов легких.

108. Какое гинекологическое заболевание у больных с синдромом Картагенера наблюдается чаще других?

 Кисты яичников

 Хронический аднексит

 Фибромиома матки

 Цервикальная беременность

 Внематочная беременность

109. При оценке технического качества обзорной рентгенограммы органов грудной клетки в прямой проекции следует учитывать:

 Правильность установки и полноту охвата

 Артефакты

 Степень жесткости

 Фазу дыхания, в которую выполнена рентгенограмма

Все варианты верны

110. Ателектаз может быть следствием:

 Туберкулеза

 экссудативного плеврита

 опухоли бронха

 пневмоторакса

111. Общая плетизмография тела позволяет произвести:

 исследование растяжимости легких.

 измерение внутрипищеводного давления.

 прямое измерение величины бронхиального сопротивления.

 изучение работы дыхания.

112. Как изменяется активность бета2-адренорецепторов под влиянием глюкокортикоидов?

 Повышается

 Понижается

 Не меняется

113. Как влияет анестезия дыхательных путей на скорость мукоцилиарного клиренса?

 Снижает на 100%.

 Не влияет

 Увеличивает на 100%.

114. Относительные противопоказания к бронхоскопии:

 Тяжелая неконтролируемая бронхиальная астма

 Непереносимость анестетиков

 Ишемическая болезнь сердца

 Эпилепсия

 Профузное легочное кровотечение

115. Границы легких смещаются книзу при:

 пневмотораксе.

 энтероптозе.

 эмфиземе легких.

 бронхиальной астме.

 хроническом застое крови в легких.

116. Показатель спирометрии, снижающийся при рестриктивных нарушениях вентиляции:

 Остаточный объем дыхания

 Дыхательный объем

 Общая емкость легких

 Жизненная емкость легких

 Функциональная остаточная емкость

117. Противовоспалительный эффект начинает реализовываться после внутривенного введения глюкокортикоидов через:

 60-90 минут

 10-30 минут

 90-120 минут

 30-60 минут

118. Когда наблюдается в течение суток максимальный уровень в крови физиологических глюкокортикоидов?

 Ночью

 Вечером

 Утром

 Днем

119. Абсолютные противопоказания к бронхоскопии:

 Бронхогенный рак с метастазами

 Инсульт

 Хроническая сердечная недостаточность 3 степени

 Тяжелая пневмония

 Нестабильная стенокардия

120. Какая форма эмфиземы характерна для ХОБЛ?

 Центрилобулярная

 Панлобулярная

121. Что такое "Гипоплазия"?

 Врожденное отсутствие органа, но с наличием его начального зачатка, функция органа отсутствует

 Врожденное отсутствие целого органа или его части

 Резкое недоразвитие органа с нарушением формирования воздухоносных путей, сосудистой системы и респираторного отдела

122. Возможные рентгенологические признаки ХОБЛ:

 Уплощение купола диафрагмы

 Повышенная прозрачность легочных полей

 Диссеминация

 Усиление легочного рисунка

123. Какие синдромы могут встречаться у больных ХОБЛ?

 Необратимой бронхиальной обструкции

 Обратимой бронхиальной обструкции

 Бронхиальной гиперреактивности

 Легочной гиперинфляции

 Клинико-функциональной вариабельности

124. Какие симптомы могут вызывать отхаркивающие средства?

 Углубление дыхания

 Усиление секреции бронхиальных желез

 Усиление моторной функции бронхов

 Учащение дыхания

 Разжижение мокроты

125. Верно ли, что при остром бронхиолите у взрослых в большинстве случаев показано назначение системных глюкокортикостероидов?

 Да

 Нет

126. У курильщика 45 лет с индексом курения более 25 пачка/лет при морфологическом исследовании обнаружены пигментированные макрофаги, заполняющие просвет альвеол и распространяющиеся на подлежащие перибронхиальные пространства. Это характерно для:

 ХОБЛ

 Идиопатического легочного фиброза

 Респираторного бронхиолита

 Диффузного панбронхиолита

 Саркоидоза

127. Заболевания, при которых обнаруживают специфические генетические мутации:

 Саркоидоз

 Муковисцидоз

 Гамартохондрома

 Дефицит а1-антитрипсина

 Диффузные болезни соединительной ткани

128. Что такое "Агенезия"?

 Врожденное отсутствие целого органа или его части

 Врожденное отсутствие органа, но с наличием его начального зачатка,функция органа отсутствует

 Резкое недоразвитие органа с нарушением формирования воздухоносных путей, сосудистой системы и респираторного отдела

129. Больной может быть отнесен к "злостным курильщикам" при индексе курения не менее:

 5 пачек/лет

 10 пачек/лет

 25 пачек/лет

 50 пачек/лет

130. Необходимое исследование у пациента с хроническим кашлем и факторами риска ХОБЛ для подтверждения этого диагноза:

 Рентгенография легких

 Пикфлоуметрия

 Спирометрия

 Бодиплетизмография

131. Показание к назначению системных глюкокортикостероидов при обострении ХОБЛ:

 ОФВ1 < 70% от должного

 ОФВ1 < 60% от должного

 ОФВ1 < 50% от должного

132. Справедливое утверждение для пикфлоуметрии при ХОБЛ:

 Скрининговый метод диагностики ХОБЛ

 Определяет степень тяжести ХОБЛ

 Не позволяет поставить диагноз ХОБЛ

133. Какой показатель отражает выраженность гиперинфляции при проведении спирометрии?

 ОФВ1

 ФЖЕЛ

 ОФВ1/ФЖЕЛ

 Инспираторная емкость

 Резервный объем выдоха

134. Показания к ежегодной вакцинации от гриппа при ХОБЛ зависят от:

 Степени тяжести ХОБЛ

 Частоты обострений

 Объема медикаментозной терапии

 Выраженности симптомов

 Ничего из перечисленного

135. Наиболее частой причиной острого бронхита является:

 Пневмококк

 Вирусы, вызывающие ОРВИ

 Гемофильная палочка

 Стафилококк

 Микоплазма и хламидофила

136. Противопоказание для применения термопсиса в качестве отхаркивающего средства:

 Хронический гепатит

 Язвенная болезнь желудка

 Мочекаменная болезнь

 Хронический энтероколит

137. Какое обследование подтверждает диагноз обострения хронического бронхита?

 Клинические данные

 Показатели анализа крови и СОЭ

 Определения сиаловых кислот, протеинограммы, серомукоида, С-реактивного протеина

 Цитологическое исследование мокроты

 Ангиография легких

138. Какое содержание хлоридов в потовой жидкости является достоверным признаком муковисцидоза?

 Свыше 60 ммоль/л

 30-40 ммоль/л

 45-60 ммоль/л

139. Основная причина увеличения вязкости мокроты при муковисцидозе:

 Нарушение транспорта ионов Cl- через клеточную мембрану

 Увеличение содержания Na+.

 Увеличение содержания Ca++.

140. Требует ли 100% госпитализации больной бронхиолитом?

 Да

 Нет

141. Терапия коротко-действующими бронходилататорами показана больным ХОБЛ, начиная с/со:

 1 стадии

 2 стадии

 3 стадии

142. При каком легочном заболевании развивается калькулезный холецистит в детском возрасте?

 Бронхиальной астме

 Муковисцидозе

 Первичной легочной эмфиземе

 Хроническом бронхите

143. Исследование газового состава крови показано при ХОБЛ:

 Всем больным ХОБЛ

 Начиная с ХОБЛ средней степени тяжести

 При ОФВ1 менее 40% от должного

 При несоответствии одышки показателям ФВД

144. Признак необструктивного бронхита в стадии обострения:

 Наличие дыхательной недостаточности

 Кашель с выделением мокроты

 Тяжелая интоксикация

 Сохранение трудоспособности

 Появление симптомов легочного сердца

145. Характерные признаки муковисцидоза:

 Все варианты верны

 Длительный, часто развивающийся с детства диффузный хронический гной- нообструктивный бронхит, с затрудненным отделением мокроты

 Частое поражение придаточных пазух носа и носоглотки

 Инфантильное телосложение с выраженным дефицитом веса, деформацией грудной клетки и одутловатым лицом

 Наклонность к гипотонии, резкая слабость, сонливость в утренние часы, указания в анамнезе на обморочные состояния при перегреве

 Сочетанное заболевание органов дыхания и желудочно-кишечного тракта

 Отягощенный семейный анамнез, особенно случаи смерти в раннем детском возрасте или доказанные случаи муковисцидоза в семье

146. Терапия длительно-действующими бронходилататорами показана больным ХОБЛ, начиная с/со:

 1 стадии

 2 стадии

 3 стадии

147. Мокрота при обострении хронического бронхита характеризуется:

 изменением реологических свойств.

 увеличением вязкости.

 увеличением криологических свойств.

 увеличением количества.

 снижением эластичности.

148. Чем обусловлено повышение давления в легочной артерии при ХОБЛ?

 Уменьшением насыщения артериальной крови кислородом

 Повышением вязкости крови

 Сдвигом реакции крови и сторону ацидоза

 Гипервентиляцией легких

 Альвеолярной гипоксией

149. Виннипегские критерии обострения ХОБЛ анализируются для решения вопроса:

 Госпитализации больного

 Назначения антибактериальной терапии

 Назначения системных глюкокортикостероидов

 Назначения кислородотерапии

150. Системные проявления ХОБЛ включают:

 Все варианты верны

 Кахексию

 Потерю скелетной мускулатуры

 Остеопороз

 Депрессию

 Нормохромную нормоцитарную анемию

 Повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний

151. Частое осложнение при бронхиолите:

 Кровохарканье

 Пневмоторакс

 Инфаркт миокарда

 Острое легочное сердце

152. Значение ОФВ1 у больных ХОБЛ позволяет:

 Поставить диагноз ХОБЛ

 Определить степень тяжести заболевания

 Определиться с объемом проводимой терапии

 Определить выраженность гиперинфляции

153. Что определяет тяжесть состояния больного острым бронхиолитом в первые часы заболевания?

 Интоксикация

 Гемодинамические расстройства

 Дыхательная недостаточность

154. Наследственная патология чаще всего проявляется в \_\_\_\_ возрасте.

 Пожилом

 Молодом

 Детском

155. Преобладающие инфекционные агенты в развитии хронического бронхита:

 Пневмококки

 Гемофильная палочка

 Стафилококки

 Синегнойная палочка

 Вирусы

156. Показание к назначению антибиотиков при хроническом бронхите:

 Усиление одышки

 Антибиотики применять не следует

 Плохие погодные условия

 Выделение гнойной мокроты

 Выделение слизистой мокроты

157. Что такое "Аплазия"?

 Врожденное отсутствие целого органа или его части

 Врожденное отсутствие органа, но с наличием его начального зачатка, функция органа отсутствует

 Резкое недоразвитие органа с нарушением формирования воздухоносных путей, сосудистой системы и респираторного отдела

158. Виннипегские критерии обострения ХОБЛ:

 Появление или усиление одышки

 Увеличение объема экспекторируемой мокроты

 Затруднение отхождения мокроты

 Появление гнойной мокроты или усиление ее гнойности

 Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания

159. Какой микроорганизм чаще всего выделяется из мокроты больных муковисцидозом?

 Гемофильная палочка

 Стафилококки

 Синегнойная палочка

 Легионелла

160. Исследование ФВД у больных для подтверждения диагноза ХОБЛ и определения степени тяжести заболевания должно проводиться:

 После применения бронхолитика

 До применения бронхолитика

 После пробной терапии системными ГКС

161. Факторы риска развития ХОБЛ:

 Курение

 Генетическая предрасположенность

 Бесконтрольное применение бронхолитиков

 Аэрополлютанты

 Длительный прием бета-блокаторов

162. Возможные рентгенологические признаки ХОБЛ:

 Уплощение купола диафрагмы

 Повышенная прозрачность легочных полей

 Диссеминация

 Усиление легочного рисунка

 Уменьшение ретростернального пространства

 Утолщение плевры

163. Для большинства больных ХОБЛ характерно ежегодное падение ОФВ1 не менее:

 20 мл

 30 мл

 50 мл

 100 мл

164. Основные клетки воспаления в дыхательных путях при ХОБЛ:

 тучные клетки

 нейтрофилы

 макрофаги

 Т-лимфоциты

 дендритные клетки

 тромбоциты

165. Наиболее ранним функциональным признаком при ХОБЛ является:

 ОФВ1 менее 80%.

 ФЖЕЛ менее 70%.

 ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70%.

 ОФВ1/ЖЕЛ менее 70%.

 ЖЕЛ менее 70%.

 Снижение DLco

166. Ведущий обратимый компонент бронхиальной обструкции при ХОБЛ:

 Воспалительная инфильтрация стенки бронха

 Нарушение мукоцилиарного клиренса

 Холинергический бронхоконстрикторный тонус

 Гиперпродукция мокроты

 Отек слизистой бронхов

167. Бронходилататоры длительного действия:

 Спирива

 Форадил

 Оксис

 Беродуал

 Атимос

 Альвеско

168. В патологический процесс при ХОБЛ вовлечены:

 Воздухоносные пути

 Паренхима легких

 Сосуды легких

 Висцеральная плевра

169. Определяет объем терапии стабильной ХОБЛ :

 Тяжесть бронхиальной обструкции

 Частота обострений за последние 12 месяцев

 Длительность заболевания

 Выраженность симптомов

 Выраженность рентгенологических изменений

 Выраженность системного воспаления

170. Не являются бета2-агонистами:

 Индакатерол

 Сальбутамол

 Рофлумиласт

 Формотерол

 Тиотропиум

 Салметерол

 Фенотерол

171. Степень дыхательной недостаточности при ХОБЛ определяется на основании показателей:

 Спирометрии

 газового состава крови

 бодиплетизмографии

172. Клиренс теофиллина уменьшается при одновременном применении с:

 цефепимом.

 кларитромицином

 амоксициллином.

173. Ведущий рентгенологический симптом при пневмонии:

 Вздутие легочной ткани

 Реакция корня

 Инфильтрация

 Реакция легочного рисунка на здоровой стороне

174. Причина плеврита неинфекционной этиологии:

 Микседема

 Геморрагический васкулит

 ИБС

 Первичные опухоли плевры

175. Возбудитель гангрены легкого:

 Кишечная палочка

 Стафилококки

 Пневмококки

 Спирохеты

 Неклостридиальные анаэробы

176. Возможный характер воспалительной реакции плевры:

 Все варианты верны

 Хилезный

 Серозно-фибринозный

 Гнойный

 Фибринозный

 Геморрагический

177. Гангрена легкого и абсцесс относятся к:

 врожденной патологии легких.

 хроническим неспецифическим заболеваниям легких.

 обструктивным заболеваниям легких.

 системным заболеваниям.

 инфекционной деструкции легких.

178. Наличие триглицеридов в плевральном выпоте указывает на:

 Транссудат

 Хилоторакс

 Псевдохилоторакс

 Экссудат

179. К каким осложнениям может привести стафилококковая пневмония?

Медиастиниту

 Гнойному перикардиту

 Пневмотораксу

 Сепсису

Все варианты верны

180. Развитию абсцесса легкого способствуют:

 алкоголизм;

 гиповитаминоз;

 стрессовые состояния;

 курение;

 переохлаждение;

181. Характерное изменение крови при бактериальной пневмонии:

 Анемия

 Эозинофилия

 Лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево

 Лимфоцитоз

 Сдвиг лейкоформулы вправо

182. С какими заболеваниями следует дифференцировать стафилококковую деструкцию легких?

 Абсцесс легких

 Туберкулезные каверны

 Эхинококк легкого

 Распадающиеся формы рака легкого

183. Клинико-морфологические варианты стафилококковой пневмонии:

 Все варианты верны

 Буллезная форма стафилококкового поражения легких

 Стафилококковая деструкция легких

 Инфильтративная форма стафилококковой пневмонии

184. Какие антибиотики эффективны при микоплазменной пневмонии?

 Тетрациклины

 B-лактамные антибиотики

 Флюороксихинолоны

 Макролиды

185. Когда развивается амилоидоз почек при наличии абсцесса?

 После кровотечения

 В момент его возникновения

 В любой момент развития абсцесса

 После завершившегося выздоровления

 Не ранее месяца после возникновения абсцесса

186. Рентгенография в латеропозиции позволяет выявить минимальное количество жидкости в плевральной полости в объеме:

 10 мл

 50 мл

 100 мл

187. По течению стафилококковая деструкция легких может быть:

 все варианты верны

 молниеносной

 острой

 затяжной

 хронической

188. Абсцедирующая пневмония является:

 самостоятельным заболеванием

 заболеванием, вызванным гнилостной инфекцией

 синдромом при других воспалительных заболеваниях легких

 определенным периодом в развитии абсцесса

 разновидностью гангрены легкого

189. Факторы риска антибиотикорезистентности S.pneumoniae:

 Возраст старше 65 лет

 Терапия бета-лактамами в течение предшествовавших 3 месяцев

 Алкоголизм

 Иммунодефицитные заболевания/состояния (включая приём ГКС)

 Курение

 Атопическая конституция

190. Наиболее специфический аускультативный признак пневмонии:

 Крупнопузырчатые влажные хрипы, меняющие локализацию при кашле

 Крепитация

 Бронхиальное дыхание

 Ослабленное везикулярное дыхание

 Усиленное везикулярное дыхание с удлиненным выдохом

191. Исследование мокроты по Граму неинформативно при:

 пневмонии, вызванной клебсиеллой

 стафилококковой пневмонии

 пневмонии, вызванной хламидиями

 пневмококковой пневмонии

192. Не бывает гнойной мокроты при \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ пневмонии:

 стрептококковой

 стафилококковой

 пневмококковой

193. Какие микроорганизмы существуют внутриклеточно?

 Пневмококки

 Микоплазмы

 Легионеллы

 Хламидии

194. С каким заболеванием наиболее часто дифференцируют сухой плеврит?

 С ИБС

 С синдромом Титце

 С сухим перикардитом

 С межреберной невралгией

195. Абсцедирующая пневмония является:

 периодом в развитии абсцесса

 разновидностью гангрен легкого

 заболеванием, вызванным гнилостной инфекцией

 осложнением острой пневмонии

 самостоятельным заболеванием

196. При какой пневмонии кашель носит непродуктивный, коклюшеподобный характер?

 Стафилококковой пневмонии

 Пневмококковой пневмонии

 Пневмонии Фридлендера

 Микоплазменной пневмонии

197. С каким заболеванием наиболее часто проводят дифференциальную диагностику экссудативного плеврита?

 С межреберной невралгией

 С миозитом

 С долевой пневмоний

 Со спонтанным пневмотораксом

 С остеохондрозом позвоночника

198. При каком заболевании после эвакуации жидкость вновь быстро накапливается в плевральной полости?

 При системной красной волчанке

 При бластоматозном процессе

 При травматическом плеврите

 При синдроме Дресслера

 При постпневмоническом плеврите

199. Мокрота при абсцессе легкого:

 Плотная

 Без запаха

 Трехслойная

 Пенистая

 Гомогенная

200. Какой метод введения антибиотиков предпочтителен при абсцессе легкого?

 Внутривенный

 Ингаляционный

 Внутриартериальный

 Пероральный

 Внутримышечный

201. Кардинальный клинический признак прорыва абсцесса легкого в бронх:

 Внезапная острая боль в груди

 Падение артериального давления, коллапс

 Внезапное выделение обильной гнойной мокроты с примесью крови

 Внезапное повышение температуры тела

 Потеря сознания, холодный пот

202. Наиболее частые возбудители абсцесса:

 Клостридии

 Неклостридиальные анаэробы

 Спирохеты

 Аэробные микроорганизмы

 Стафилококки

203. Гангрена легких отличается от абсцесса:

 нераспространенным отграниченным расплавлением легкого

 наличием абсцедирующей пневмонии

 нераспространенным расплавлением легкого

 обширным неотграниченным расплавлением легкого

 обширным отграниченным расплавлением легкого

204. Наиболее частая этиологическая причина экссудативного плеврита:

 Сахарный диабет

 Гемофилия

 Туберкулез

 Диффузное заболевание соединительной ткани

 Травма грудной клетки

205. Как характеризуется течение гангрены легкого?

 Все варианты верны

 Распространением на новые участки и появлением множественных полостей распада с горизонтальными уровнями жидкости

 Тяжелой интоксикацией

 Малой эффективностью антибиотикотерапии

206. Показания к консервативному лечению как основному и единственному виду терапии гангрены легкого:

 Все варианты верны

 Тяжелые сопутствующие заболевания

 Двусторонний процесс

 Сепсис

207. Укажите наиболее вероятные возбудители пневмонии у больного, страдающего алкоголизмом:

 S. pneumoniae

 S. aureus

 Анаэробы

 Аэробные грамотрицательные бактерии

 L. pneumophila

208. О чем свидетельствует нарастание в плевральной жидкости нейтрофильных лейкоцитов, появление их дегенеративных форм?

 О затухании плеврита

 О переходе в хроническое течение

 Об угрозе нагноения

209. Чаще причиной плеврального выпота являются процессы:

 Приводящие к увеличению поступления жидкости в плевральную полость

 Нарушающие выход жидкости из плевральной полости

210. Препараты, относящиеся к группе пенициллинов:

 Ампициллин

 Амоксициллин

 Доксициклин

 Карбенициллин

 Оксациллин

211. Какие симптомы могут быть при парамедиастинальном плеврите?

 Боль в животе

 Набухание шейных вен

 Колющая боль в области сердца

 Профузный кашель

 Дисфагия

212. Быстрое повторное накопление жидкости в полости плевры является типичным признаком:

 Мезотелиомы плевры

 Туберкулеза легких

 Хронической недостаточности кровообращения

 Аденокарциномы бронха

213. Дифференциальная диагностика инфаркта легкого, осложненного плевритом, проводится прежде всего с:

 туберкулезом легких

 пневмонией

 опухолью

214. Рентгенологический признак при остром абсцессе:

Зона инфильтрации вокруг абсцесса

 Зона уплотнения вокруг абсцесса

 Бронхоэктазы

 Интерстициальная пневмония

 Локальная эмфизема

215. Частая локализация абсцесса легкого:

 1-й сегмент

 6-й сегмент

 2-й сегмент

 10-й сегмент

 5-й сегмент

216. Препараты, относящиеся к группе цефалоспоринов:

 Меронем

 Супракс

 Сульперазон

 Клафоран

 Цефалексин

217. Установить соответствие пневмонии и лекарственных препаратов

(Пневмококковая пневмония):

 B-лактамные антибиотики

 Тетрациклины

 Респираторные фторхинолоны

 Макролиды

 Флюороксихинолоны

218. Установить соответствие пневмонии и лекарственных препаратов

(Пневмония, вызванная легионеллой):

 B-лактамные антибиотики

 Тетрациклины

 Респираторные фторхинолоны

 Макролиды

 Флюороксихинолоны

219. Установить соответствие пневмонии и лекарственных препаратов (Микоплазменная пневмония):

 B-лактамные антибиотики

 Тетрациклины

 Респираторные фторхинолоны

 Макролиды

 Флюороксихинолоны

220. Какой из симптомов характерен для плеврита туберкулезной этиологии?

 Кашель с отхождением ржавой мокроты

 Сухой кашель, усиливающийся ночью

 Преимущественно ночная потливость

 Боли в груди, особенно мучительные по ночам

221. Острые пневмонии при СПИДе вызывают:

 кишечные палочки

 стафилококки

 пневмоцисты

 пневмококки

 клебсиеллы

222. Основной метод лечения острого абсцесса легкого:

 Антибактериальная терапия

 Хирургический

 Переливание крови

 Гепаринотерапия

 Бронхолитическая терапия

223. К группе макролидов принадлежат:

 Азитромицин

 Клиндамицин

 Джозамицин

 Кларитромицин

224. О нарушенном бронхиальном дренаже при остром абсцессе легкого чаще всего свидетельствует:

 ателектаз

 уровень жидкости в полости

 раздувание полости

225. Осложнение гангрены легких:

 Кровохаркание, кровотечение

 Острый абсцесс легкого

 Эмфизема

 Обструктивный синдром

 Инфаркт легкого

226. Частый клинический симптом пневмонии:

 Крупнопузырчатые влажные хрипы

 Влажные звучные мелкопузырчатые хрипы

 Шум трения плевры

 Ослабление голосового дрожания

 Экхимозы

227. Накопление жидкости в плевральной полости ведет к:

 отсутствию голосового дрожания

 усилению дыхательных шумов

 высокому стоянию диафрагмы

 втягиванию межреберий при вдохе

228. Какое дыхание выслушивается над полостью абсцесса?

 Ослабленное

 Везикулярное

 Бронхиальное

 Амфорическое

 Неопределенное

229. Наиболее эффективным в отношении анаэробных микроорганизмов является:

 Гентамицин

 Кларитромицин

 Доксициклин

 Клиндамицин

230. К цефалоспоринам с антисинегнойной активностью относятся:

 Цефтриаксон

 Цефотаксим

 Цефтазидим

 Цефепим

 Цефуроксим

231. Показание к срочному оперативному вмешательству у больных гангреной легкого:

 Профузное легочное кровотечение

 Сепсис

232. Как изменяется при прорыве абсцесса легкого в бронх температура тела?

 Снижается

 Повышается

 Становится субфебрильной

 Становится гектической

 Становится ремиттирующей

233. Какой метод исследования можно использовать для диагностики пневмонии в самом начале заболевания?

 Серологическое исследование

 Исследование мокроты по Граму

 Иммунологическое исследование

234. Наиболее информативный метод исследования при малом количестве жидкости в плевральной полости:

 Диффузная сцинтиграфия

 Изучение функции внешнего дыхания

 Оксигемометрия

 УЗИ плевральной полости

 Бронхоскопия

235. Характерные признаки перехода абсцесса в гангрену:

 Появление грязно-серой зловонной мокроты

 Анаэробная микрофлора в мокроте

 Более тяжелое течение с признаками интоксикации

 все варианты верны

236. Абсцессом называют полость:

 соединенную с бронхом

 отграниченную от тканей легкого и связанную с бронхом

 не отграниченную от тканей легкого

 связанную с интерстицием легких

 несоединенную с бронхом

237. Из перечисленных пальпаторных симптомов для экссудативного плеврита наиболее характерно:

 Болезненность при пальпации грудной клетки

 Повышение кожной температуры

 Сухость кожи

 Ослабление голосового дрожания

 Усиление голосового дрожания

238. Причина смерти от массивного кровотечения при остром абсцессе легкого:

 Интоксикация

 Потеря крови

 Сердечная слабость

 Коллапс

 Асфиксия

239. Характерные симптомы сухого плеврита:

 Кашель

 Шум трения плевры

 Связь боли с дыханием

 Болезненность трапециевидных мышц

 Одышка

240. Транссудативный выпот отличается от экссудативного уровнем:

 ЛДГ

 Триглицеридов

 Эритроцитов

241. Симптомы, характерные для пневмонии:

 Экспираторная одышка

 Гнойная мокрота

 Кашель

 Боль в груди

 Лихорадка интермиттирующего типа

242. При пневмонии, вызванной легионеллой, эффективны:

 Аминоглюкозиды

 Макролиды

 B-лактамные антибиотики

243. Особенность боли при плеврите:

 Кратковременная

 Длительная

 Купируется нитроглицерином

 В сочетании с кровохарканьем

 Связанная с кашлем и дыханием

244. Горизонтальный уровень жидкости в полости абсцесса связан с:

 нарушением проходимости дренирующего бронха

 особенностями течения заболевания

 фиброзом вокруг полости

 рубцовым изменением стенок полости

 сопутствующей пневмонией

245. Характерный рентгенологический признак гангрены легкого:

 Массивная деструкция и инфильтрация легких без четких границ

 Толстостенная округлая полость с неровными внутренними контурами стенок

 Ограниченное понижение прозрачности легких с нечеткими контурами

 Ограниченная деструкция легких с четкими контурами

 Смещение средостения в сторону пораженного легкого

246. Возможное осложнение абсцесса легких:

 Бронхоэктатическая болезнь

 Пневмония

 Пиопневмоторакс

 Астматическое состояние

 Инфаркт легкого

247. При фибринозном плеврите больной предпочитает лежать на:

 здоровом боку

 больном боку

 спине

248. Какие клетки преобладают в плевральном выпоте при остром воспалительном процессе?

 Моноциты

 Нейтрофилы

 Эритроциты

 Лимфоциты

 Эозинофилы

249. При пневмококковой пневмонии эффективны:

 бета-лактамные антибиотики

 тетрациклины

 респираторные фторхинолоны

250. Возможное внелегочное осложнение бактериальной пневмонии:

 Гипертиреоз

 Менингит

 Инфекционно-токсический шок

 Гепатит

 Гипергликемический синдром

251. Какие пневмонии развиваются при инфицировании инфаркта легкого?

 Вызванные риккетсией Бернета

 Бактериальные

 Орнитозные

 Кандидозные

 Микоплазменные

252. О неблагоприятном прогнозе при остром абсцессе легкого свидетельствует:

 увеличение полости в размерах с истончением ее стенки к 10-12-му дню лечения

 сохранение секвестра и уровня жидкости в полости к 12-14-му дню лечения

 уменьшение полости в размерах к 10-12-му дню лечения с сохранением инфильтрации ее стенок

253. Установить соответствие препаратов, относящихся к группе цефалоспоринов:

 Супракс

 Амоксициллин

 Оксациллин

 Сульперазон

 Клафоран

 Ампициллин

 Цефалексин

254. Установить соответствие препаратов, относящихся к группе пенициллинов:

 Супракс

 Амоксициллин

 Оксациллин

 Сульперазон

 Клафоран

 Ампициллин

 Цефалексин

255. Из перечисленных аускультативных симптомов для экссудативного плеврита характерно:

 Сухие звучные хрипы

 Распространенные мелкопузырчатые влажные хрипы

 Резко ослабленное везикулярное дыхание

 Амфорическое дыхание

 Жесткое дыхание

256. Преобладание в плевральном выпоте лимфоцитов характерно для:

 плеврита при инфаркте легкого

 плеврита при уремии

 туберкулезного или опухолевого плеврита

 плеврита при пневмонии

 аллергического плеврита

257. Первоочередная задача лечения больного при осложнении пневмонии абсцедированием:

 Улучшение бронхиального дренажа

 Непрерывная кислородная терапия

 Применение УВЧ-терапии

 Пункция полости абсцесса

 Специфическая иммунотерапия

258. Наиболее частые инфекции при плевритах:

 Бактериальная инфекция

 Туляремия

 Корь

 Туберкулез

 Скарлатина

259. Когда следует сменить препарат при отсутствии эффекта от антибактериальной терапии при пневмонии?

 Через 48 часов

 Через 5-7 дней

 После полного курса данного препарата

260. Препарат выбора для лечения и профилактики пневмоцистной пневмонии:

 Эритромицин

 Доксициклин

 Ванкомицин

 Ко-тримоксазол

 Рифампицин

261. К бета-лактамным антибиотикам относят:

 Амоксициллин

 Аугментин

 Вильпрафен

 Тиенам

 Цефтриаксон

262. Течение плеврита может быть:

 все варианты верны

 Острое

 Хроническое

 Подострое

 Рецидивирующее

263. Антианаэробной активностью обладают антибиотикие:

 Амикацин

 Аугментин

 Авелокс

 Таваник

 Тиенам

264. Боли при сухом плеврите усиливаются:

 В положении на больном боку

 При снижении температуры

 При наклоне в противоположную сторону

 При глубоком вдохе

 В дневное время

265. Температура при гангрене легких:

 Гектическая

 Ремиттирующая

 Субфебрильная

 Понижена

 Нормальная

266. Клиническая картина пневмонии может включать:

 Все варианты верны

 Кашель

 Боль в грудной клетке

 Одышку

 Проявления интоксикации

 Спутанность сознания

267. Верно ли, что наличие инфильтративных изменений на рентгенограмме позволяет установить диагноз "Пневмония" во всех случаях?

 Нет

 Да

268. Верно ли, что наличие инфильтративных изменений на рентгенограмме позволяет установить диагноз "Пневмония" только при наличии соответствующей клинической картины?

 Да

 Нет

269. Пневмония у пациентов старческого возраста:

 Характеризуется стертой клинической картиной

 Характеризуется слабо выраженными воспалительными изменениями в общем анализе крови

 Всегда имеет неблагоприятный прогноз

270. Пневмония, развившаяся через 12 часов после поступления в стационар, считается:

 Внегоспитальной

 Ранней госпитальной

 Поздней госпитальной

271. При неосложненной внебольничной пневмонии антибиотик можно отменить:

 Сразу после нормализации температуры тела

 На 3-4 день после нормализации температуры тела

 На 7-10 после нормализации температуры тела

 После рентгенологического разрешения пневмонии

272. Таксономическая принадлежность pneumocistis carinii:

 грам(+)бактерии.

 грам(-)бактерии.

 простейшие.

 грибы

273. Источником инфицирования pneumocistis carinii являются:

 Больные пневмоцистной пневмонией

 Здоровые носители

 Домашние животные (кошки, собаки)

274. Ведущий клинический признак пневмоцистной пневмонии:

 Продуктивный кашель

 Прогрессирующая дыхательная недостаточность

 Кровохарканье

 Плевральный выпот

275. Дозировка ко-тримоксазола при лечении пневмоцистной пневмонии у взрослых:

 5-10 мг на килограмм веса по триметоприму

 15-20 мг на килограмм веса по триметоприму

 480 мг в сутки

 1920 мг в сутки

276. Верно ли, что диагностическая плевральная пункция показана всем пациентам с экссудативным плевритом?

 Да

 Нет

277. Причины формирования транссудативного плеврального выпота:

 нефротический синдром.

 туберкулез легких.

 синдром Дресслера.

 цирроз печени.

 алиментарная белковая недстаточность.

 пневмония.

 ТЭЛА

278. Больные с вторичными иммунодефицитами относятся к группе риска развития:

 аспергиллом

 инвазивного аспергиллёза легких

 аллергического бронхолегочного аспергилеза

279. Эхинококкоз легких это:

 грибковое заболевание.

 паразитарное заболевание.

 бактериальная инфекция.

280. Неосложненный легочный эхинококкоз характеризуется:

 Болями в груди

 Отсутствием симптомов заболевания

 Сухим кашлем

 Лихорадкой

281. Заражение при пневмоцистозе происходит:

 Аэрогенным путем

 Алиментарным путем

 Контактным путем

282. К болезням, с которыми следует дифференцировать эхинококкоз легких, относятся:

 Все варианты верны

 Непаразитарные кисты легких

 Доброкачественные опухоли легких

 Туберкулема

283. При неосложненном эхинококкозе на рентгенограмме легких выявляются изменения в виде:

 Единичных или множественных шаровидных теней

 Участков затемнения негомогенной структуры

 Крупноочаговой диссеминации

284. При инвазивном кандидозе органов дыхания обнаруживают:

 Плеврит

 Тонкостенные полости

 Легочную инфильтрацию

 Изолированное увеличение внутригрудных лимфатических узлов

285. Возникновение легочного эозинофильного инфильтрата чаще наблюдается при:

 острых респираторных вирусных заболеваниях.

 инвазивном аспергиллезе легких.

 инвазивном кандидозе легких.

 аскаридозе легких.

286. В развитой стадии пневмоцистоза на рентгенограмме легких видна:

 Крупноочаговая диссеминация в средних и нижних отделах

 Участки неоднородного затемнения в нижних отделах легкого

 Участки неоднородного затемнения в нижне-задних отделах обоих легких, с инфильтрацией прикорневой области, при прогрессировании - тень в виде "бабочки", "ватное легкое"

287. Для эхинококкоза легкого в начальной стадии характерно:

 Все варианты верны

 Эозинофилия крови

 Неспецифичность и нечеткость клинических проявлений

 Крапивница

 Периодически кожный зуд

288. Основные формы аспергиллёза легких:

 Аспергиллома

 Инвазивный аспергиллёз легких

 Аллергический бронхолегочный аспергиллёз

 Эндогенный бронхолегочный аспергиллёз

 Гематогенно-диссеминированный аспергиллёз легких

289. К группе риска развития инвазивного аспергиллёза легких относятся больные:

 хронической гранулематозной болезнью.

 миеломной болезнью.

 болезнью Крона.

 после трансплантации легких.

 ВИЧ-инфекцией.

 тяжелой бронхиальной астмой.

290. В каких полостях образуется аспергиллома?

 В туберкулезных кавернах

 В кистах

 В абсцессах

 В бронхоэктазах

 Все варианты верны

291. К каким заболеваниям относится кандидоз?

 Вирусным

 Паразитарным

 Бактериальным

 Грибковым

292. Характерные изменения крови в личиночной стадии аскаридоза:

 Эозинофилия

 Анемия

 Лейкопения

 Лимфоцитоз

293. Пневмоцистоз относится к:

 бактериальным инфекциям

 вирусным инфекциям

 паразитарным заболеваниям

 грибковым заболеваниям

294. Наиболее эффективный метод лечения эхинококкоза легких:

 Хирургический

 Антибиотики

 Лечебная бронхоскопия

 Противоаллергический

295. Характерные симптомы миграционной стадии аскаридоза:

 Лихорадка неправильного типа

 Крапивница

 Головная боль

 Потрясающий озноб

 Кашель, бронхильная обструкция

296. При начальных относительно локальных и благоприятно текущих случаях вторичного кандидоза процесс обычно локализуется:

 В интерстиции легкого

 В паренхиме легкого

 На слизистых ротоглотки, дыхательных и мочевыводящих путей

297. Основные диагностические методы, позволяющие обнаружить кисту легкого:

 Рентгенография легких

 Радиоизотопное сканирование легких

 МСКТ

 Бронхография

 Бронхоскопия

298. Применяются ли глюкокортикостероиды при лечении пневмоцистной пневмонии?

 Да

 Нет

299. При осложненном легочном эхинококкозе могут наблюдаться:

 Все варианты верны

 Кровохарканье

 Кашель сухой и с гнойной мокротой

 Боли в груди

 Одышка

300. Легочный пневмоцистоз чаще всего осложняет:

 Сахарный диабет

 Язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки

 Врожденный иммунодефицит с селективным дефицитом ИГА

 Вторичный иммунодефицит с недостаточностью Т-клеточного иммунитета

301. При осложненном течении эхинококкоза легких могут быть обнаружены:

 Тонкостенная полость и тонкостенная полость с уровнем жидкости

 Полость в легком с инфильтрированными толстыми стенками и с уровнем жидкости

 Спонтанный гидропневмоторакс

 Все варианты верны

302. Диагностика легочного актиномикоза базируется на:

 обнаружении в нативном препарате мокроты и отделяемого из свища друз актиномицета

 положительной реакции связывания комплемента

 положительной реакции преципитации

303. Препарат выбора при лечении инвазивного аспергиллеза:

 Вориконазол

 Флуконазол

 Кетоконазол

304. Для пневмоцистоза характерно:

 Острое начало (высокая лихорадка, ознобы, кашель с гнойной мокротой)

 Постепенное начало (субфебрильная температура, небольшая одышка, кашель сухой или с пенистой мокротой)

 Бессимптомное начало

305. Диагноз инвазивного аспергиллеза легких у больных с факторами риска устанавливают на основании:

 Клинических признаков персистирующей бронхиальной астмы

 КТ признаков "матового стекла" или мелкоочаговой инфильтрации

 Обнаружения мицелия аспергилл при микроскопии мокроты (БАЛ) и материал биопсии

 Выявления галактоманнана в сыворотке крови

 Выявления в сыворотке специфических IgE к аспергиллам

306. Характерные признаки мокроты при бронхоэктатической болезни:

 Трехслойность

 Очень вязкая

 Суточное количество ее, превышающее 50 мл

 Содержание обильной полиморфной микрофлоры

307. Во время бронхоскопии у больных с бронхоэктатической болезнью обычно выявляется:

 Диффузный эндобронхит

 Локальный эндобронхит

 Стеноз просвета бронха и деформация его стенок

308. В диагностике бронхоэктатической болезни решающее значение имеет:

 Компьютерная томография

 Рентгенологическое обследование

 Бронхоскопия

309. Какие аускультативные данные характерны для диагностики компенсированного легочного сердца?

 Наличие громкого тона над трехстворчатым клапаном

 Трикуспидальный щелчок

 Усиление 2-го тона над легочной артерией

 Систолический шум над мечевидным отростком

 Наличие ритма галопа у мечевидного отростка

310. Пневмокониозы от вдыхания пыли, содержащей графит, сажу, уголь относятся к группе:

 Карбокониозов

 Металлокониозов

 Силикатозов

 Силикозов

311. Пальпация позволяет диагностировать:

 Центрилобулярную эмфизему

 Викарную эмфизему

 Панацинарную эмфизему

 Подкожную эмфизему

312. Интервал между сеансами оксигенотерапии (непрерывной) при лечении декомпенсированного легочного сердца не должен превышать в течение суток:

 200 минут

 150 минут

 90 минут

 45 минут

313. Клиническим признаком гипертрофии правого желудочка у больных с компенсированным легочным сердцем является:

 Пульсация в 3-4-м межреберьях слева от грудины

 Пальпаторно определяемый усиленный 2-й тон на легочной артерии

 Усиленный разлитой толчок в прекардиальной области

 Втяжение 6-го, 5-го межреберий на вдохе

 Смещение границы абсолютной тупости сердца вправо

314. Какой из нижеперечисленных рентгенологических признаков является характерным для гиперинфляции легких?

 Увеличение прозрачности легочных полей с ослаблением сосудистого рисунка

 Общее понижение прозрачности легочных полей

 Усиление легочного рисунка

315. Чаще при легочном сердце наблюдается:

 Мерцательная аритмия

 Синусовая тахикардия

 Экстрасистолия

 Замедление атрио-вентрикулярной проводимости

316. В развитии эмфиземы имеют значение:

 Бронхиальная астма

 Повторные пневмонии

 Курение

 Генетические факторы

 Наркомания

 Алкоголизм

317. При низком стоянии диафрагмы и ослаблении дыхания можно думать о/об:

 синдроме Картагенера

 хроническом бронхите

 эмфиземе легких

 бронхиальной астме

318. Объективные симптомы, характерные для бронхоэктатической болезни:

 Румянец щек

 Деформация ногтей в виде "часовых стекол"

 "Мозаичность" перкуторного звука

 Локальные крупно- и среднепузырчатые хрипы, уменьшающиеся или исчезающие после откашливания

319. Сократительная способность правого желудочка в начальных стадиях хронического легочного сердца:

 Снижена

 Не изменена

 Повышена

320. Наиболее эффективные методы гемостаза при легочных кровотечениях у больных:

 Ингаляция кислорода

 Управляемая артериальная гипотония

 Эндобронхиальная окклюзия

 Введение аминокапроновой кислоты

321. Характерные жалобы при силикозе:

 Все варианты верны

 На боли в грудной клетке

 На кашель

 На одышку

322. Какие изменения относятся к числу характерных для пневмокониозов форм поражений?

 Интерстициальный фиброз

 Инфильтраты

 Узелковый тип фиброзов

323. Развитие эмфиземы в старческом возрасте связано с:

 инволюцией тканей легких

 инволюцией тканей бронхов

 сердечно-сосудистыми заболеваниями

 перерастяжением легких профессионального характера

 инволюцией альвеолярных перегородок

324. Жалобы, наиболее характерные у больных с бронхоэктатической болезнью:

 Кашель с выделением мокроты, преимущественно по утрам, нередко "полным ртом"

 Связь приступов кашля с переменой положения тела

 Отделение слизисто-гнойной мокроты, нередко с неприятным запахом

 Тупые боли в груди соответственно локализации поражения

 Экспираторная одышка

325. В патогенезе острого легочного сердца наиболее важное значение имеют следующие механизмы:

 Нарушение соотношения вентиляции и кровотока

 Диффузное рефлекторное сужение легочных артериол

 Падение АД в большом круге кровообращения

 Бронхоспазм

326. Наиболее частой причиной хронического легочного сердца является:

 Саркоидоз легких

 Рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии

 Бронхиальная астма тяжелого течения

 Кифосколиоз

 ХОБЛ

327. Основной патогенетический механизм вазоконстрикции при хроническом легочном сердце:

 Рефлекс Китаева

 Альвеолярная гипоксия

 Альвеолярная гиперкапния

 Артериальная гипоксемия

 Вазоконстрикторное воздействие серотонина

328. На рентгенограмме при бронхоэктатической болезни чаще всего выявляются:

 Полостные образования в легких с инфильтрированной стенкой

 Множественные тонкостенные полостные образования в легких

 Признаки локального пневмофиброза с сетчато-петлистым рисунком в прикорневой области

329. Хроническое легочное сердце чаще сопутствует:

 Бронхиальной астме

 Туберкулезу легких

 Раку легкого

 ХОБЛ

 Бронхоэктатической болезни

330. Верно ли, что легочное кровотечение не может быть первым симптомом бронхоэктатической болезни?

 Да

 Нет

331. Пневмокониозы, возникшие от вдыхания пыли, содержащей алюминий, бериллий, железо, относятся к группе:

 Карбокониозов

 Металлокониозов

 Силикатозов

 Силикозов

332. Бронхоэктатическая болезнь часто сочетается с:

 хроническим риносинуситом

 диабетом

 хроническим тонзиллитом

 язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки

333. Терапия легочной гипертензии вазодилататорами может сопровождаться побочными эффектами:

 Системная гипотензия

 Тахикардия

 Усугубление артериальной гипоксемии

 Снижение фракции выброса

 Ухудшение вентиляционно-перфузионных отношений

 Повышение вязкости крови

334. Основные патогенетические механизмы, способствующие возникновению бронхоэктазов:

 Все варианты верны

 Нарушение дренажной функции бронхов

 Генетически детерминированная неполноценность бронхиального дерева

 Развитие локального нагноительного процесса

335. К числу заболеваний, с которыми наиболее часто проводится дифференциальная диагностика пневмокониозов, относятся:

 Все варианты верны

 Лимфогенный карциноматоз

 Диссеминированный туберкулез

 Интерстициальная пневмония

 Саркоидоз

336. Непрерывная оксигенотерапия при декомпенсированном легочном сердце проводится с использованием:

 60% O2

 40% O2

 20% O2

337. Пневмокониозы, возникающие от вдыхания пыли, содержащей асбест, тальк, цемент, относятся к группе:

 Карбокониозов

 Силикозов

 Металлокониозов

 Силикатозов

338. Снижают давление в легочной артерии и уменьшают легочное сосудистое сопротивление:

 Блокаторы кальциевых каналов

 бета2-агонисты

 М-холинолитики

 Теофиллины

 Оксид азота (NO)

339. Какой из нижеперечисленных дополнительных методов исследования является решающим для диагностики силикоза?

 Компьютерная томография

 Спирография

 Радионуклидное исследование легких

 Бронхоскопия

 Ангиопульмонография

340. Какие ранние гемодинамические признаки характеризуют начинающуюся декомпенсацию хронического легочного сердца?

 Замедление скорости кровотока

 Понижение центрального венозного давления

 Уменьшение минутного систолического выброса сердца

 Увеличение объема циркулирующей крови

 Повышение центрального венозного давления

341. Частые осложнения силикоза:

 ХОБЛ

 Туберкулез легких

 Пневмоторакс

 Экссудативный плеврит

342. Наиболее часто бронхоэктатическая болезнь поражает:

 Верхние доли обоих легких

 Базальные сегменты нижних долей

 Базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми сегментамиверхней доли левого легкого или средней доли правого легкого

 Средняя доля

 Отдельные сегменты обоих легких

343. Давление в легочной артерии более 120 мм рт.ст. говорит о:

 первичном тромбозе легочной артерии

 рецидивирующей ТЭЛА

 первичной легочной гипертензии

 крайне тяжелой ХОБЛ

344. Формы легочной гипертензии:

 Первичная

 Хроническая тромбоэмболическая

 Связанная с заболеваниями легких

 Торако-диафрагмальная

 Гемодинамическая

345. Характерные признаки синдрома Пиквика:

 Гипоксемия и гиперкапния

 Полицитемия

 Ожирение

 Акроцианоз

 Сонливость

346. Достоверный аускультативный признак эмфиземы легких:

 Ослабленное везикулярное дыхание

 Рассеянные сухие свистящие хрипы

 Бронхиальное дыхание

 Усиление голосового дрожания

 Жесткое дыхание

347. Первичная эмфизема легких развивается в результате:

 Дефицита a1-антитрипсина

 ХОБЛ

 Бронхиальной астмы

 Идиопатического легочного фиброза

348. Тимома средостения нередко осложняется:

 Кровохарканьем

 Миастенией

 Дыхательной недостаточностью

 Сердечно-сосудистой недостаточностью

 Синдромом Пэнкоста

349. У больных раком легкого чаще выявляется паранеопластический синдром в виде:

 Гирсутизма (мужской тип оволосения у женщин) и гинекомастии

 Синдрома Мари - Бамбергера (барабанные пальцы, периостит,боли в костях

 Дерматоза Базена (индуративная эритема с изъявляющимися узлами и рубцовой атрофией}

350. Опухолевый узел в легком, который на рентгенограмме выглядит как участок неоднородного затемнения с нечеткими контурами характерен для:

 Центрального рака легкого

 Пневмониеподобной формы рака легкого

 Рака типа "Пэнкост"

351. У мужчин старше 40 лет с бессимптомно протекающим фокусном затемнении в легких с четкими или нечетко сочетанными контурами врач обязан в первую очередь исключить:

 Периферический рак легкого

 Очаговую пневмонию

 Туберкулому легкого

352. При первичном раке легкого чаще встречаются следующие морфологические варианты опухолевого процесса:

 Аденокарциномы и гигантоклеточные карциномы

 Плоскоклеточные и мелкоклеточные карциномы

 Мукоэпидермоидные и цилиндромы

353. Периферически расположенная "доброкачественная опухоль легких" дает на рентгенограмме:

 Очень четкий контур

 Нечеткий контур

 Четкий, но местами тяжистый контур

354. Возможные осложнения центральной формы рака легкого:

 Все варианты верны

 Гиповентиляция

 Ателектаз

 Пневмония

355. "Доброкачественные опухоли" легких, расположенные в периферических отделах легкого, обычно приходится дифференцировать с:

 бронхо-лобулярным инфильтратом

 округлым туберкулезным инфильтратом

 туберкуломой легкого

356. Предрасполагает к раку легкого:

 Курение

 Наркомания и токсикомания

 Алкоголизм

357. Самая частая "маска" аденом бронха:

 Острая пневмония

 Рецидивирующая пневмония

 Хронический бронхит

358. Характерный рентгенологический признак центрального рака с перибронхиальным ростом:

 Ателектаз или гипопневматоз доли, сегмента легкого

 Участок затемнения в прикорневой области

 Бугристая тень в прикорневой области

359. Периферический рак в 1-й стадии заболевания характеризуется обычно:

 Небольшим кровохарканьем

 Кашлем с мокротой

 Одышкой при физической нагрузке

 Отсутствием клинических признаков болезни

 Сухим кашлем

360. Полость распада в раковом узле появляется при размере опухоли:

 При любом размере опухоли

 От 2 до 4 см

 От 4 до 6 см

 От 6 и более см

 До 2 см

361. Опухоль, обнаруженная на рентгенограмме в виде шаровидного затемнения характерна для:

 центрального рака легкого

 атипичной формы рака легкого

 периферического рака легкого

362. Косвенные бронхоскопические признаки рака бронха:

 Разрастания опухоли по стенке бронха

 Утолщение и шероховатость слизистой, сдавление стенки бронха извне и его деформация, а также сужение просвета, легкая ранимость слизистой

 Диффузная гиперемия слизистой

363. Поражение легких при бронхиоло-альвеолярном раке следует дифференцировать с:

 туберкулемой легкого

 очаговым туберкулезом в фазе инфильтрации

 инфильтративным туберкулезом

 диссеминированным туберкулезом

364. Клиническая симптоматика при опухолях и кистах средостения возникает обычно вследствие:

 Сдавления прилежащих органов растущей опухолью

 Интоксикации

 Метастазирования в соседние органы

365. Заболевают раком легкого:

 Чаще женщины

 Чаще мужчины

 Одинаково часто и мужчины, и женщины

366. Как часто встречается локализация периферического рака в 1-2-3-м бронхолегочных сегментах?

 Часто

 Редко

 Никогда

367. Заподозрить опухолевую природу поражения позволяет характеристика контуров затемнения:

 Ровная, четкая

 Тяжистая

 Неровная и нечеткая

368. Клинические признаки заболевания при периферическом раке легкого, как правило, появляются:

 В I стадии заболевания

 В III-IV стадии заболевания

 В II стадии заболевания

369. Ранним клиническим симптомом центрального рака легкого является:

 Сухой кашель или кашель со слизистой мокротой, в части случаев с прожилками крови

 Легочное кровотечение

 Одышка и потеря массы тела

 Лихорадка

370. Среди так называемых "доброкачественных опухолей легких" преобладают:

 Карциноиды и гамарто-хондромы

 Цилиндромы и фибромы

 Невриномы и гемангиоперицитомы

371. При обнаружении в легком "доброкачественной опухоли" следует рекомендовать:

 Хирургическую операцию

 При локализации в крупном бронхе - операцию, при периферическом расположении - наблюдение с контролем каждые 6 месяцев

 При локализации в крупном бронхе - операцию, при периферической опухоли - наблюдение с рентгенологическим контролем 1 раз в год, при увеличении опухоли - операцию

372. Клинические симптомы при опухолях средостения возникают чаще при сдавлении:

 Трахеи и главных бронхов

 Пищевода и полых вен

 Сердца и аорты

373. Наиболее часто из перечисленных опухолей дают метастазирование в легкие:

 Рак легкого

 Злокачественные опухоли скелета

 Злокачественная хорионэпителиома

 Рак молочной железы

 Рак яичника

 Рак желудка

 Гипернефроидный рак

374. Центральные формы рака легкого подразделяются в зависимости от:

 локализации поражения (главный, долевой, промежуточный)

 характера роста (эндобронхиальный, перибронхиальный)

 локализации поражения и характера роста опухоли

375. Раком легкого чаще заболевают в возрасте:

 От 40 до 59 лет

 От 20 до 39 лет

 От 60 и старше

376. Центральная форма рака легкого - это поражение раком стенки:

 Внелегочно расположенного бронха

 Внутрилегочно расположенного бронха с фиброзно-хрящевым слоем

 Мембранного бронха

377. Значительный рост заболеваемости раком легкого начинается с возраста:

 40 лет

 50 лет

 30 лет

378. Тимома средостения чаще локализуется:

 В переднем средостении

 В передне-верхнем средостении

 В задне-нижнем средостении

 В передне-нижнем средостении

379. Паранеопластический синдром появляется:

 Часто предшествует обнаружению рака легкого

 Обычно одновременно с выявлением рака легкого

 Обычно возникает в терминальном периоде течения болезни

380. На флюорограмме при опухолях и кистах средостения раньше всего обнаруживается:

 Смещение органов средостения

 Расширение тени средостения и деформация одного или обоих его контуров

 Нарушение структуры и изменение контуров одного или обоих корней легкого

381. Карциноид легких встречается чаще:

 У мужчин

 У женщин

 Одинаково часто

382. Рак легкого чаще наблюдается у больных, страдающих:

 Диабетом

 ХОБЛ

 Бронхиальной астмой

 Идиопатическим легочным фиброзом

383. Ведущее место в диагностике центрального рака легкого занимает:

 Клинико-лабораторный метод исследования

 Рентгенография легких

 Бронхоскопия с биопсией

384. Ведущее место в верификации диагноза аденомы бронха занимает:

 Лабораторный метод - обнаружение клеток опухоли в мокроте и промывных водах бронхов

 Серологический метод исследования

 Бронхоскопия с биопсией

385. Возникновение клинической симптоматики при аденоме бронха обычно связано:

 С ростом опухоли и оттеснением ею соседних анатомических образований

 Со стенозированием опухолью просвета бронха и возникновением вентиляционных и дренажных осложнений

 С метастазированием опухоли в другие органы

386. Что такое рак типа "Пэнкост"?

 Периферический рак, характеризующийся ранним метастазированием в регионарные и медиастинальные лимфатические узлы

 Периферический рак, склонный к раннему распаду

 Периферический рак верхушки легкого, склонный к прорастанию грудной стенки, с разрушением ребер и инфильтрацией тканей грудной стенки и шеи

387. Показание для назначения системных глюкокортикостероидов при саркоидозе:

 Гиперкальциемия и гиперкальциурия

 Синдром Лефгрена

 Поражение глаз

 Поражение центральной нервной системы

 Прогрессирующая дыхательная недостаточность

388. Подтверждает диагноз альвеолярного протеиноза легких:

 Бронхоскопия

 Биопсия легких

 Газы крови

 Рентгенография легких

 Функциональное исследование легких

389. Признаки гиперэозинофильного миелопролиферативного синдрома:

 Все варианты верны

 Лихорадка

 Поражение ЦНС

 Легочные инфильтраты

 Поражение сердца в виде пристеночного фибропластического эндокардита

 Высокая эозинофилия крови

 Гепатоспленомегалия

 Поражение почек

390. При диагностике легочных эозинофилий важную роль играют:

 Все варианты верны

 Анамнез

 Клиническая картина

 Лабораторные данные

 Рентгенологические данные

391. Легочную эозинофилию чаще вызывают лекарственные препараты:

 Антибиотики

 Антиконвульсанты

 Антигистаминовые

 Нитраты

 НПВП

392. Отличительные признаки аллергического бронхолегочного аспиргиллеза:

 Все варианты верны

 Высокое содержание общего IgE

 Высокая эозинофилия крови

 Проксимальные бронхоэктазы

 Обнаружение приципитирующих антител к антигену аспергилл

 Персистирующая бронхиальная астма

 Легочные инфильтраты

393. Проявления острой формы экзогенного аллергического альвеолита, как правило, развивается спустя:

 24-36 часов

 36-48 часов

 12-24 часов

 4-12 часов

394. Наиболее характерной особенностью саркоидоза органов дыхания является:

 Соответствие клинических данных рентгенологической картине

 Выраженная клиника при незначительных рентгенологических изменениях в легких

 Скудность клиники при значительных рентгенологических изменениях в легких

395. Саркоидная гранулема состоит из:

 Эозинофилов

 эпителиоидных и гигантских клеток

 гистицитов

 клеток Березовского-Штенберга

396. При экзогенном аллергическом альвеолите аускультативно в легких выслушиваются:

 Сухие хрипы

 Крепитация

 Шум трения плевры

397. Для хронической формы экзогенного аллергического альвеолита характерные патоморфологические изменения:

 Интерстициальный фиброз

 Инфильтрация слизистой крупных бронхов

 Инфильтрация альвеол и интерстиция

 Гранулематозные изменения

398. Для экзогенного аллергического альвеолита характерны:

 Увеличение бронхопульмональных лимфоузлов

 Кровохарканье

 Одышка, кашель

399. Хроническая форма экзогенного аллергического альвеолита развивается при условии:

 Длительного и повторного воздействия небольших доз антигена

 Если воздействие антигена продолжается после массивного контакта с ним

 После массивного контакта с антигеном

400. Для простой легочной эозинофилии (синдром Леффлера) характерно:

 Все варианты верны

 Субфебрильная температура тела

 Кашель с отделением мокроты канареечного цвета

 Умеренная интоксикация

401. Для хронической эозинофильной пневмонии характерно:

 Все варианты верны

 Рецидивирование эозинофильных инфильтратов

 Эозинофилия крови

 Эозинофилия мокроты

 Длительность течения более 4 недель

402. Наиболее эффективный метод лечения саркоидоза:

 Цитостатическая терапия

 Нестероидная терапия

 Никакого лечения не надо

 Кортикостероидная терапия

403. При лечении эозинофильных пневмоний применяют:

 Антилейкотриеновые препараты

 Антигистаминные препараты

 Глюкокортикостероиды

 Антибиотики

 Нестероидные противовоспалительные препараты

404. Для простой легочной эозинофилии характерны рентгенологические изменения:

 Очаги инфильтрации, занимающие несколько сегментов

 Признаки фиброза легких

 Жидкость в плевральной полости

 Интерстициальные инфильтраты

405. Для подострой формы экзогенного аллергического альвеолита характерны патоморфологические изменения:

 Инфильтрация слизистой крупных бронхов

 Гранулематозные изменения

 Инфильтрация альвеол и интерстиция

 Интерстициальный фиброз

406. Для лечения аллергического бронхолегочного аспиргиллеза применяют:

 Противогрибковые средства

 Антигистаминные препараты

 Нестероидные противовоспалительные препараты

 Глюкокортикоиды

407. Основные симптомы идиопатического легочного фиброза:

 Одышка

 Непродуктивный кашель

 Кровохарканье

 Лихорадка

 Изменение ногтевых фаланг в виде "барабанных палочек"

408. Размеры частиц, способные вызывать экзогенный аллергический альвеолит:

 15-20 мкм

 5-10 мкм

 10-15 мкм

 До 5 мкм

409. Экзогенный аллергический альвеолит надо дифференцировать с:

 плевритом

 идиопатическими интерстициальными пневмониями

 эхинококкозом легких

 заболеванием сердца

410. Острая форма экзогенного аллергического альвеолита развивается при условии:

 Если воздействие антигена продолжается после массивного контакта с ним

 Длительного и повторного воздействия небольших доз антигенов

 После массивного контакта с антигеном у сенсибилизированных лиц

411. Важная роль в патогенезе экзогенного аллергического альвеолита отводится:

 Тучным клеткам

 Плазматическим клеткам

 Эозинофилам

 Альвеолярным макрофагам

412. При какой профессии более высокий риск развития экзогенного аллергического альвеолита?

 Металлург

 Фермер

 Электрик

 Слесарь

413. Характерный рентгенологический признак II ст. саркоидоза органов дыхания:

 Двусторонняя диссеминация в легких, преимущественно в средних и нижних отделах в сочетании с увеличением бронхопульмональных лимфатических

 Двусторонняя диссеминация в верхних отделах обоих легких

414. Наиболее результативные методы верификации саркоидоза:

 Прескаленная биопсия лимфатических узлов

 Медиастиноскопия

 Открытая биопсия легких

 Медиастинотомия

 Трансбронхиальная пункция лимфоузлов

415. Путь проникновения антигена при немедикаментозном гиперчувствительном пневмоните:

 Парентеральный

 Через желудочно-кишечный тракт

 Через кожу

 Ингаляционный

416. При гиперчувствительном пневмоните воспалительный процесс локализуется в:

 альвеолах

 бронхопульмональных лимфатических узлах

 бронхах среднего калибра

 бронхах крупного калибра

417. Для острой формы гиперчувствительного пневмонита характерны следующие изменения в клиническом анализе крови:

 Высокая эозинофилия

 Лимфоцитоз

 Резкое повышение СОЭ

 Лейкоцитоз + нейтрофилез

418. У больных саркоидозом наблюдаются преимущественно:

 Обструктивные нарушения функции внешнего дыхания

 Рестриктивные нарушения функции внешнего дыхания

 Рестриктивные и обструктивные нарушения функции внешнего дыхания

419. К ранним признакам идиопатического легочного фиброза можно отнести:

 Гипоксемию

 Гиперкапнию

 Снижение диффузионной способности легких

 Снижение ЖЕЛ

420. Типичным для подострой формы экзогенного аллергического альвеолита являются:

 "Феномен понедельника"

 Увеличение бронхопульмональных лимфоузлов

 Фебрильная лихорадка

 Кровохарканье

421. Экзогенный аллергический альвеолит дифференцируют:

 С саркоидозом

 С абсцессом легкого

 С раком легкого

 С эмфиземой легких

422. Подострая форма экзогенного аллергического альвеолита развивается при условии:

 Длительного и повторного воздействие небольших доз антигена

 Если воздействие антигена продолжается после массивного контакта с ним

 После массивного контакта с антигеном

423. Для острой формы экзогенного аллергического альвеолита характерны рентгенологические изменения:

 Признаки фиброза легких

 Инфильтративные изменения, занимающие целую долю

 Жидкость в плевральной полости

 Интерстициальные инфильтраты

424. При хронической форме экзогенного аллергического альвеолита характерны рентгенологические изменения:

 Признаки фиброза легких

 Интерстициальные инфильтраты

 Жидкость в плевральной полости

 Инфильтративные изменения, занимающие целую долю

425. Для простой легочной эозинофилии характерны следующие изменения в клиническом анализе крови:

 Лейкопения

 Лимфоцитоз

 Резкое повышение СОЭ

 Эозинофилия

426. В диагностике экзогенного аллергического альвеолита основную роль играют:

 Провокационные тесты

 Анамнез + клиническая картина

 Лабораторная диагностика

 Кожные пробы

427. Наиболее характерным аускультативным феноменом для идопатического легочного фиброза является:

 Крепитирующие хрипы, треск целлофана, усиливающиеся при форсированном

Дыхании

 Сухие рассеянные хрипы разной тональности

 Средне и крупнопузырчатые влажные хрипы

 Шум трения плевры

428. Наиболее характерный признак нарушения функции легких при идопатическом легочном фиброзе:

 Снижение диффузионной способности легких, гипоксемия

 Увеличение ЖЕЛ

 Нарушение соотношения вентиляции к кровотоку

 Нарушение бронхиальной проходимости

 Гиперкапния

429. Для лечения экзогенного аллергического альвеолита применяются:

 Нестероидные противовоспалительные препараты

 Глюкокортикостероиды

 Антибиотики

 Антилейкотриеновые препараты

430. Для профилактики профессионального экзогенного аллергического альвеолита рекомендуется:

 Использование спецодежды

 Использование противопылевых респираторов

 Применение антиоксидантов

 Применение ингаляционных глюкокортикостероидов

 Применение нестероидных противовоспалительных препаратов

431. Для идиопатического легочного фиброза наиболее характерен тип вентиляционных нарушений:

 Обструктивный

 Смешанный

 Рестриктивный

432. Патогномоничные жалобы при идиопатическом легочном фиброзе:

 Приступы одышки с затрудненным выдохом

 Прогрессирующая одышка с преимущественным затруднением вдоха, малопродуктивный кашель

 Приступообразный кашель с обильным выделением слизисто-гнойной мокроты

 Боли в грудной клетке, усиливающиеся при кашле

433. Прогноз при экзогенном аллергическом альвеолите зависит от:

 Все варианты верны

 назначения адекватного лечения

 своевременной диагностики

 элиминации аллергена

434. Опухоли легких у больных идиопатическим легочным фиброзом по сравнению с общей популяцией встречаются:

 Чаще

 Реже

 Исключены при этом заболевании

 Одинаково часто

435. Прогноз при легочных эозинофилиях зависит от:

 Все варианты верны

 своевременной диагностики легочных эозинофилий

 тяжести внелегочных проявлений

 назначения адекватного лечения

436. К гранулематозным ИЗЛ относится:

 Неспецифическая интерстициальная пневмония (клеточный вариант)

 Неспецифическая интерстициальная пневмония (фибротический вариант)

 Саркоидоз легких

 Облитерирующий бронхиолит с организующейся пневмонией

 Гиперчувствительный пневмонит

 Легочный альвеолярный протеиноз

437. Гиперкальциурия при саркоидозе является индикатором:

 Поражения почек

 Необходимости назначения системных ГКС

 Благоприятного прогноза

 Прогрессирования легочного саркоидоза

 Экстрапульмонального саркоидоза

438. Системные глюкокортикостероиды показаны при саркоидозе в следующих ситуациях:

 Впервые выявленный саркоидоз 1-2 стадии

 Поражение почек

 Поражение сердца

 Прогрессирование рентгенологических изменений

 Признаки дыхательной недостаточности

439. Характерные признаки идиопатического легочного фиброза при КТ высокого разрешения:

 Субплевральная и базальная локализация

 Консолидация

 Воздушные ловушки

 Тракционные бронхоэктазы

 "Сотовое легкое"

 Обширное "матовое стекло"

 Преимущественно верхне- и среднедолевая локализация

440. При получении материала для гистологического исследования паренхимы легких предпочтительной с точки зрения информативности является:

 Открытая биопсия легких

 Трансбронхиальная биопсия легких

441. Единственным эффективным методом лечения лимфангиолейомиоматоза (с позиций доказательной медицины) является:

 Терапия системными ГКС

 Терапия цитостатиками

 Препараты прогестерона

 Оофорэктомия

 Трансплантация легких

442. Остаточный объем легких при идиопатическом легочном фиброзе:

 Выше условной нормы

 В пределах нормы

 Ниже условной нормы

443. Идиопатический легочный фиброз характеризуется:

 Быстрыми темпами нарастания дыхательной недостаточности

 Ранним формированием "сотового легкого"

 Высокой терапевтической эффективностью глюкокортикостероидов

 Высокой терапевтической эффективностью цитостатиков

 Благоприятным прогнозом

444. Синдром Лефгрена включает в себя:

 Узловатую эритему

 Ознобленную волчанку

 Увеит

 Спленомегалию

 Артрит/артралгию

 Плеврит

 Лихорадку

 Медиастинальную лимфаденопатию

445. При саркоидозе проба Манту чаще всего:

 Отрицательная

 Сомнительная

 Положительная

 Гиперергическая

446. При иммунодефицитах чаще развивается:

 Десквамативная интерстициальная пневмония

 Лимфоцитарная интерстициальная пневмония

 Организующаяся пневмония

 Респираторный бронхиолит с интерстициальным заболеванием легких

 Неспецифическая интерстициальная пневмония

447. При идиопатическом легочном фибозе формируется дыхательная недостаточность:

 Гипоксемическая

 Гиперкапническая

 Смешанная

448. Большое количество альвеолярных макрофагов в жидкости БАЛ обнаруживается при:

 Криптогенной организующейся пневмонии

 Идиопатическом легочном фиброзе

 Десквамативной интерстициальной пневмонии

 Легочном гистиоцитозе

 Неспецифической интерстициальной пневмонии

449. Признак активности воспаления по результатам МСКТ легких:

 Линейные ретикулярные тени

 "Матовое стекло"

 Центрилобулярные узелки

 "Сотовое легкое"

 Синдром воздушной бронхограммы

450. Препараты, предотвращающие развитие обострений аллергического бронхолегочного аспергиллёза:

 Итраконазол

 Вориконазол

 Клотримазол

 Преднизолон

 Бронхомунал

451. Среди всех идиопатических интерстициальных пневмоний идиопатический легочный фиброз составляет около:

 5%.

 35%.

 55%.

 75%.

452. Основные причины развития токсических фиброзирующих альвеолитов:

 Применение лекарственных препаратов цитостатиков

 Применение лекарственных препаратов туберкулостатиков

 Контакт с инсектицидами

 Контакт с пестицидами

 Контакт с протеинами птиц

453. В жалобах больного идиопатическим легочным фиброзом наиболее патогномоничным является:

 Приступы одышки с затрудненным выдохом

 Прогрессирующая одышка с преимущественным затруднением вдоха, малопродуктивный кашель

 Приступообразный кашель с обильным выделением слизисто-гнойной мокроты

 Боли в грудной клетке, усиливающиеся при кашле

454. Какие антигены могут вызывать гиперчувствительный пневмонит?

 белки помета птиц

 сывороточные белки птиц и млекопитающих

 протеазы клещей домашней пыли

 белки ядов насекомых

 термофильные актиномицеты

 пыльца растений

 плесневые грибы

 сульфат меди

455. Для острой эозинофильной пневмонии характерно:

 высокая эозинофилия крови в дебюте болезни

 умеренная эозинофилия крови в дебюте болезни

 быстрое развитие тяжелой дыхательной недостаточности

 плевральный выпот

 неблагоприятное течение

456. Для хронической эозинофильной пневмонии характерно:

 частое сочетание с бронхиальной астмой

 гиперэозинофилия крови в дебюте заболевания

 лихорадка, миалгии, снижение веса

 плевральный выпот

 периферические инфильтраты при лучевой диагностике

 рестриктивно-обструктивные нарушения ФВД

 высокая частота фатальных исходов

457. Саркоидоз и его определение:

 Прогрессирующее заболевание, характеризующееся наличием внутриальвеолярных кровоизлияний и быстро прогрессирующего гломерулонефрита

 Заболевание с массивным накоплением в альвеолах богатого фосфолипидами белками материала

 Заболевание с массивным накоплением в альвеолах вещества, состоящего из минеральных солей

 Системное заболевание, характеризующееся наличием неказеозных гранулем в легких и других органах

 Заболевание, для которого характерны гранулематозное воспаление и очаги некроза в легких и других органах.

458. Синдром Гудпасчера и его определение:

 Прогрессирующее заболевание, характеризующееся наличием внутриальвеолярных кровоизлияний и быстро прогрессирующего гломерулонефрита

 Заболевание с массивным накоплением в альвеолах богатого фосфолипидами белками материала

 Заболевание с массивным накоплением в альвеолах вещества, состоящего из минеральных солей

 Системное заболевание, характеризующееся наличием неказеозных гранулем в легких и других органах

 Заболевание, для которого характерны гранулематозное воспаление и очаги некроза в легких и других органах.

459. Гранулематоз Вегенера и его определение:

 Прогрессирующее заболевание, характеризующееся наличием внутриальвеолярных кровоизлияний и быстро прогрессирующего гломерулонефрита

 Заболевание с массивным накоплением в альвеолах богатого фосфолипидами белками материала

 Заболевание с массивным накоплением в альвеолах вещества, состоящего из минеральных солей

 Системное заболевание, характеризующееся наличием неказеозных гранулем в легких и других органах

 Заболевание, для которого характерны гранулематозное воспаление и очаги некроза в легких и других органах.

460. Альвеолярный протеиноз и его определение:

 Прогрессирующее заболевание, характеризующееся наличием внутриальвеолярных кровоизлияний и быстро прогрессирующего гломерулонефрита

 Заболевание с массивным накоплением в альвеолах богатого фосфолипидами белками материала

 Заболевание с массивным накоплением в альвеолах вещества, состоящего из минеральных солей

 Системное заболевание, характеризующееся наличием неказеозных гранулем в легких и других органах

 Заболевание, для которого характерны гранулематозное воспаление и очаги некроза в легких и других органах.

461. Альвеолярный микролитиаз и его определение:

 Прогрессирующее заболевание, характеризующееся наличием внутриальвеолярных кровоизлияний и быстро прогрессирующего гломерулонефрита

 Заболевание с массивным накоплением в альвеолах богатого фосфолипидами белками материала

 Заболевание с массивным накоплением в альвеолах вещества, состоящего из минеральных солей

 Системное заболевание, характеризующееся наличием неказеозных гранулем в легких и других органах

 Заболевание, для которого характерны гранулематозное воспаление и очаги некроза в легких и других органах.

462. К интерстициальным заболеваниям легких, ассоциированным с курением относятся:

 Организующаяся пневмония

 Респираторный бронхиолит с интерстициальным заболеванием легких

 Плевропаренхиматозный фиброэластоз

 Неспецифическая интерстициальная пневмония

 Десквамативная интерстициальная пневмония

 Гиперчувствительный пневмонит

463. Среди перечисленных интерстициальных пневмоний больше всего "острую" бактериальную пневмонию по клинико-рентгенологическим характеристикам напоминает:

 Организующаяся пневмония

 Респираторный бронхиолит с интерстициальным заболеванием легких

 Плевропаренхиматозный фиброэластоз

 Неспецифическая интерстициальная пневмония

 Десквамативная интерстициальная пневмония

 Идиопатический легочный фиброз

464. Для каких интерстициальных заболеваний легких характерен кистозный паттерн при МСКТ?

 Острой интерстициальной пневмонии

 Лимфангиолейомиоматоза

 Легочного гистиоцитоза

 Лимфоидной интерстициальной пневмонии

 Организующейся пневмонии

 Десквамативной интерстициальной пневмонии

465. Какой метод исследования подтверждает диагноз альвеолярного протеиноза легких?

 Бронхоскопия

 Биопсия легких

 Газы крови

 Рентгенография легких

 Функциональное исследование легких

466. Наиболее характерным аускультативным феноменом для идиопатического легочного фиброза является:

 Крепитирующие хрипы, треск целлофана, усиливающиеся при форсированном дыхании

 Сухие рассеянные хрипы разной тональности

 Средне и крупнопузырчатые влажные хрипы

 Шум трения плевры

467. Терминами-синонимами аллерген-специфической иммунотерапии являются:

 Аллергенная вакцинация

 Специфическая иммунотерапия

 Гипосенсибилизация

 Десенситизация

 Иммуномодуляция

468. Иммунологический механизм, лежащий в основе развития аллергического ринита:

 Механизм аллергического ринита неиммунный

 Немедленная аллергическая реакция (I тип)

 Иммунокомплексная аллергическая реакция (III тип)

 Замедленная аллергическая реакция (IV тип)

469. Прекращение поддерживающей терапии бронхиальной астмы возможно, если контроль над бронхиальной астмой сохраняется при минимальной дозе препарата и отсутствии рецидива симптомов не менее:

 1 месяца

 3 месяцев

 6 месяцев

 1 года

 2 лет

470. Препараты выбора в случае круглогодичного аллергического ринита средне-тяжелого течения:

 Системные антигистаминовые препараты

 Интраназальные глюкокортикостероиды

 Антилейкотриены

 Комбинированные препараты /системные антигистаминовые+a-адреномиметики

 Местные a-адреномиметики

471. Методы лечения пыльцевого ринита:

 Элиминационная терапия

 Специфическая иммунотерапия

 Фармакотерапия

 Иглорефлексотерапия

472. К быстродействующим b2-агонистам относятся:

 Фенотерол

 Флутиказон

 Сальбутамол

 Недокромил натрия

 Формотерол

 Сальметерол

473. Какие изменения показателей имеют место при круглогодичном аллергическом рините?

 Резко выраженное повышение общего IgE (в 10-20 раз)

 Эозинофилия крови

 Умеренное повышение общего IgE в 3-4 раза

 Эозинофилия в назальном секрете

474. У больного астмой в течение последних 5 месяцев на фоне регулярного приема базисной терапии отсутствуют дневные и ночные симптомы, нет ограничения активности и потребности в препаратах неотложной помощи, ПСВ 97% от должного. Определите уровень контроля над заболеванием:

 Контролируемая

 Частично контролируемая

 Неконтролируемая

475. Какие препараты показаны для лечения среднетяжелого сезонного аллергического ринита?

 Местные a-адреномиметики (не более 7-10 дней)

 Ипратропиум бромида

 Интраназальные ГКС

 Системные антигистаминовые препараты

476. Что из перечисленного относится к специфической диагностике аллергического ринита?

 Кожные пробы с аллергенами

 Аллергологический анамнез

 Риноскопия

 Определение специфических IgE-антител в сыворотке

 Провокационный назальный тест с аллергенами

477. Иммунологический механизм, лежащий в основе развития аллергического ринита:

 Механизм аллергического ринита неиммунный

 Немедленная аллергическая реакция (I тип)

 Иммунокомплексная аллергическая реакция (III тип)

 Замедленная аллергическая реакция (IV тип)

478. Прекращение поддерживающей терапии бронхиальной астмы возможно, если контроль болезни сохраняется при минимальной дозе препарата и отсутствии рецидива симптомов не менее:

 1 месяца

 3 месяцев

 6 месяцев

 1 года

 2 лет

479. Препараты выбора при лечении круглогодичного аллергического ринита средне-тяжелого течения:

 Системные антигистаминовые препараты

 Интраназальные глюкокортикостероиды

 Антилейкотриены

 Комбинированные препараты /системные антигистаминовые+a-адреномиметики

 Местные a-адреномиметики

480. К быстродействующим В2-агонистам относятся:

 Фенотерол

 Флутиказон

 Сальбутамол

 Недокромил натрия

 Формотерол

 Сальметерол

481. Что из перечисленного относится к специфической диагностике аллергического ринита:

 Кожные пробы с аллергенами

 Аллергологический анамнез

 Риноскопия

 Определение специфических IgE-антител в сыворотке

 Провокационный назальный тест с аллергенами

482. Недостаток М-холинолитиков по сравнению с другими бронхолитиками:

 Большая частота побочных эффектов

 Системные эффекты

 Более позднее начало действия в сравнении с b2-агонистами

483. Стимуляция a-адренорецепторов вызывает:

 Расширение бронхов

 Расширение сосудов

 Спазм сосудов

484. Стимуляция b-адренорецепторов вызывает:

 Спазм сосудов

 Учащение сердечных сокращений

 Спазм бронхов

485. На дыхательный центр теофиллин действует, вызывая:

 Возбуждение

 Не действует

 Угнетение

486. У больной астмой 2 раза в неделю возникают приступообразный кашель, эпизоды затрудненного дыхания, которые исчезают или самостоятельно, или после ингаляции b2-агонистов. Активность и сон не нарушены. Определите тяжесть течения астмы:

 Тяжелое течение

 Средне-тяжелое течение

 Легкое течение

487. Предпочтительный метод специфической диагностики атопической бронхиальной астмы:

 Провокационный ингаляционный тест

 Провокационный назальный тест

 РАСТ

 Кожные аллергические пробы

488. Фенотерол, сальбутамол относятся к:

 ингибиторам фосфодиестеразы

 неселективным стимуляторам b2-адренорецепторов

 b2-агонистам

 антихолинергическим средствам

489. Первым препаратом при поступлении больного с обострением бронхиальной астмы в отделение неотложной помощи должен быть:

 Эуфиллин внутривенно

 В2-агонист ингаляционно

 Сульфат магния внутривенно

 Преднизолон внутривенно

 Преднизолон per os

490. Бронхиальную астму атопического генеза характеризуют реакции:

 Повреждение иммунными комплексами

 Цитотоксического типа

 Все виды аллергических реакций

 Замедленной аллергии

 IgE-опосредованные

491. В состав Беротека входит:

 Фенотерола гидробромид 100 мкг

 Ипратропиума бромид 20 мкг

 Сальбутамола сульфат 100 мкг

 Флутиказона пропионат 250 мкг

492. Возможные причины астматического статуса:

 Все варианты верны

 Респираторная инфекция

 Контакт с аллергеном

 Прием В-блокаторов

 Отмена длительно применявшихся глюкокортикоидов

493. Укажите ингаляционные глюкокортикостероиды:

 Пульмикорт

 Беклазон

 Сингуляр

 Кеналог

 Асманекс

 Альвеско

494. Факторы, влияющие на развитие и проявления бронхиальной астмы:

 Все варианты верны

 Генетические факторы

 Аллергены

 Инфекции

 Ожирение

 Табакокурение

495. Характеристики контроля над бронхиальной астмой включают:

 Все варианты верны

 Дневные/ночные симптомы

 Обострения

 Функцию легких

 Уровень бронхиальной гиперреактивности

 Потребность в препаратах неотложной помощи

496. Приступ бронхиальной астмы отличается от сердечной астмы:

 Затруднением выдоха

 Внезапным развитием приступа

 Длительностью течения

 Вынужденным положением больного в ортостатике

 Затруднением вдоха

497. При сочетании бронхиальной астмы с ГЭРБ не рекомендуется назначение:

М-холинолитиков

 Антилейкотриеновых препаратов

 Теофиллинов

 бета2-агонистов длительного действия

498. Кристаллы Шарко - Лейдена представляют:

 Скопление клеток десквамированного эпителия дыхательных путей

 Гранулярный материал эозинофилов

 Слепки мелких бронхов

499. При лечении астматического статуса широко используют кислород. Наиболее целесообразно назначить больному кислород в концентрации:

 В соотношении 40% кислорода и 60% воздуха

 В соотношении 50% кислорода и 50% воздуха

 В чистом виде, не смешивая с воздухом

 В смеси при соотношении 80% кислорода и 20% воздуха

500. Активность воспалительного процесса у больных астмой позволяет оценить:

 Бронхо-альвеолярный лаваж

 Цитологическое исследование мокроты

 Биопсия слизистой и бронхов

 Спирографическое исследование

501. К комбинированным препаратам для базисной терапии астмы относятся:

 Серетид

 Асманекс

 Симбикорт

 Фостер

 Беклазон Эко

502. У больных атопической бронхиальной астмой часто обнаруживают:

 Ускоренную СОЭ

 Повышенный уровень IgE

 Лейкоцитоз

 Повышенный уровень циркулирующих иммунных комплексов

503. Наиболее часто при атопической бронхиальной астме у взрослых наблюдается сенсибилизация к:

 эпидермальным аллергенам

 пыльцевым аллергенам

 клещам домашней пыли

 пищевым аллергенам

 лекарственным аллергенам

504. Характерным признаком развития бронхиальной астмы является:

 Гиперреактивность бронхов

 Нарушение функции эндокринной системы

 Сенсибилизация к ингаляционным аллергенам

 Нарушение гемопоэза

 Нарушение функции вегетативной нервной системы

505. С какого возраста у детей могут назначаться ингаляционные кортикостероиды:

 До 1 года

 С двух лет

 С четырех лет

506. Аспириновая бронхиальная астма:

 Может сочетаться с неполипозным риносинуситом

 Нередко сочетается с гиперчувствительностью к ряду продуктов растительного происхождения

 Требует обязательного подтверждения провокационной пробой с аспирином

507. Какое исследование позволяет оценить степень тяжести течения астмы?

 Степень изменения 0ФВ1

 Анализ мокроты

 Клинический анализ крови

 Рентгенография грудной клетки

508. Какие осложнения могут возникнуть у больных в астматическом статусе?

 Асфиксия

 Фибрилляция желудочков

 Плеврит

 Пневмоторакс

509. Препараты, выпускающиеся в форме дозированного аэрозоля:

 Бронхолитики

 Антилейкотриены

 Кортикостероиды

 Муколитические средства

510. b2-агонисты оказывают следующие фармакологические эффекты:

 Бронходилатация, антиаллергическое действие, активизация функции мерцательного эпителия, положительный хронотропный эффект,снижение тонуса матки

 Снижение тонуса матки, антиаллергическое действие, подавление функции мерцательного эпителия, бронходилатация, отрицательный хронотропный эффект

 Бронхоконстрикция, снижение тонуса матки, отрицательный хронотропный эффект, антиаллергическое действие

511. Действие теофиллина на кору головного мозга:

 Не действует

 Повышает возбудимость

 Снижает возбудимость

512. К универсальным стимуляторам адренергической системы относятся:

 Теофиллин

 Адреналин

 Атропин

513. Беродуал относится к:

 ингаляционным противовоспалительным средствам

 неселективным b-адреностимуляторам

 комбинированным бронхолитическим средствам

514. При приступе бронхиальной астмы в легких выслушиваются:

 Крупнопузырчатые влажные хрипы

 Сухие и влажные хрипы

 Свистящие сухие хрипы

 Влажные мелкопузырчатые звучные хрипы

 Влажные мелкопузырчатые хрипы

515. Бронхоспазм, вызванный физическим усилием, у больных астмой может быть предотвращен с помощью профилактического применения:

 Ипратропиума бромида

 Флутиказона пропионата

 Сальбутамола

 Левоцетиризина

516. Преимущества ингаляционной терапии:

 Простота применения по сравнению с таблетированными формами

 Быстрота наступления эффекта

 Минимальное системное воздействие

517. Показатели пикфлоуметрии, характерные для средне-тяжелой бронхиальной астмы:

 пиковая скорость выдоха 40-60% от должной, индекс вариабельности 20-30%.

 пиковая скорость выдоха 60-80% от должной, индекс вариабельности более 30%.

 пиковая скорость выдоха 80-90% от должной, индекс вариабельности менее 20%.

518. Продолжительность действия сальметерола:

 4 часа

 6 часов

 12 часов

 24 часа

519. Продолжительность действия формотерола:

 4 часа

 6 часов

 12 часов

 24 часа

520. Продолжительность действия индакатерола:

 4 часа

 6 часов

 12 часов

 24 часа

521. Формы ринитов, при которых используются интраназальные ГКС:

 аллергический

 полипозный

 идиопатический

 атрофический

 идиопатический с эозинофилией

 ринит беременных

522. Инфаркт-пневмония обычно:

 Быстро рассасывается с восстановлением нормального легочного рисунка

 Имеет склонность к абсцедированию

 Имеет затяжное течение с фиброзированием

523. Из каких приемов состоит начальная фаза легочно-сердечной реанимации?

 Непрямой массаж сердца

 Обеспечение проходимости дыхательных путей

 Катетеризация вены

 Проведение искусственной вентиляции легких

524. Основные клинические симптомы спонтанного пневмоторакса:

 Боли в груди и одышка

 Боли в груди, затрудненное дыхание, кашель с мокротой

 Лихорадка, сухой надсадный кашель, боли в груди

 Лихорадка, кашель с мокротой, боли в груди и одышка

525. Для абдоминального варианта течения анафилактического шока характерно наличие:

 симптомов отека мозга

 симптомов "острого живота"

 острой дыхательной недостаточности

 острой сердечно-сосудистой недостаточности

526. Какое заболевание чаще осложняется спонтанным пневмотораксом?

 Буллезная эмфизема

 Кавернозный туберкулез легких

 Абсцесс легкого

 Гистиоцитоз Х

 Бронхиальная астма

 Сухой плеврит

527. Ведущий механизм гипоксемии при ТЭЛА:

 Шунт крови через артерио-венозные анастомозы

 Нарушение перфузии

 Нарушение диффузии

528. К нарушению как вентиляции, так и к шунтированию в малом круге кровообращения, ведет спадение легкого (по объему) на...

 35% и более

 25% и более

 50% и более

529. Что может быть показателем гиперкапнии?

 Бледность кожи

 Полиурия

 Диаррея

 Рвота

 Потливость

530. Перкуторный тон-тимпанит определяется:

 У верхней границы плеврального экссудата

 Областью инфильтрации легочной ткани

 Над пневмотораксом

531. Для тяжелого анафилактического шока характерно:

 Молниеносное развитие клинической картины

 Наличие продромального периода

 Отсутствие низкого артериального давления

532. Бронхоспазм, боли в животе, покраснение лица, чувство жара при тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии возникают вследствие:

 Легочно-сосудистого рефлекса

 Легочно-бронхиального рефлекса и гипоксемии

 Разрушения кровяных пластинок, а также выхода в ток крови кининов и простагландинов

533. Ключевое отличие вентиляционной дыхательной недостаточности от гипоксемической:

 Гипоксемия

 Появление одышки при доступных ранее усилиях

 Гиперкапния

 Цианоз

 Одышка при обычных нагрузках

 ЭКГ-признаки перегрузки правого предсердия

534. Лечение аллергического ангиоотека гортани начинают с введения:

 Адреналина

 Кортикостероидов

 Антигистаминных препаратов

535. Адекватной считается доза непрямых антикоагулянтов, позволяющая поддерживать показатель международного нормализованного отношения (МНО) в интервале:

 от 0.5 до 1,5.

 от 2,0 до 2,9.

 от 3,0 до 3,9.

 от 4,0 до 4,9.

536. Обязательное противошоковое мероприятие:

 Введение адреналина

 Введение атропина

 Введение антигистаминных препаратов

537. Открытый и клапанный спонтанный пневмоторакс угрожает жизни больного из-за:

Все варианты верны

 спадения легкого и выключения его частично или полностью из дыхания

 спадения легкого и шунтирования легочных сосудов

 смещения средостения и нарушения гемодинамики в крупных сосудах средостения и затруднении в работе сердца

538. Какие осложнения может вызвать отек Квинке?

 Отек легких

 Отек голосовых связок

 Кровохарканье

 Асфиксию

539. Признаки тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ:

Все варианты верны

 Резкая перегрузка правого предсердия

 Резко отрицательный T3

 Глубокие зубцы S1, Q3

 Острая блокада правой ножки пучка Гиса

540. Какая аллергическая реакция лежит в основе отека Квинке?

 2-го типа

 4-го типа

 1-го типа

 3-го типа

541. Рентгенологические признаки тромбоэмболии легочной артерии:

 Расширение тени сосудов корня и обеднение сосудистого рисунка легкого, высокое стояние купола диафрагмы

 Появление участка затемнения неоднородной структуры с подчеркнутым сосудистым рисунком

 Тень плеврального выпота и обеднение в этой зоне сосудистого рисунка

542. Стандартная начальная доза варфарина при лечении ТЭЛА составляет:

 5 мг/сут

 10 мг/сут

 15 мг/сут

543. Чаще всего анафилактический шок вызывает укус/ужаление следующих насекомых:

 Укусы клопов

 Ужаление перепончатокрылыми

 Укусы комаров

544. Какое лабораторное исследование необходимо для решения об адекватности дозы гепарина при ТЭЛА?

 Клинический анализ крови

 Коагулограмма крови

 Сывороточный калий

 Д-димер

 МНО - международное нормализованное отношение

545. Какие клетки разрушающе действуют на легочную паренхиму при шоковом легком?

 Тучные клетки

 Альвеолярные макрофаги

 Эозинофилы

 Нейтрофилы

 Лимфоциты

546. В два раза чаще заболевают тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА):

 Мужчины

 Женщины

547. Какие признаки характерны для тромбоэмболии легочной артерии?

 Повышение артериального давления в большом круге кровообращения

 Кровохарканье

 Одышка

 Гипертензия малого круга кровообращения

 Боль в области сердца

548. С какими из нижеперечисленных заболеваний необходимо проводить дифференциальную диагностику ТЭЛА?

 Инфаркт миокарда

 Канцероматоз легких

 Обострение хронической бронхообструктивной патологии

 Инфекционная пневмония

 Сердечная недостаточность

549. Для церебрального варианта течения анафилактического шока характерно наличие:

 симптомов "острого живота"

 острой дыхательной недостаточности

 симптомов отека мозга

 острой сердечно-сосудистой недостаточности

550. Подъем давления в малом круге кровообращения при эмболии сегментарных ветвей легочной артерии связан преимущественно с:

 рефлекторно-спастической реакцией

 площадью перекрытых сосудов

 выбросом в ток крови кининов и простагландинов

551. У больных с первым эпизодом тромбоэмболии легочной артерии на фоне преходящих факторов риска (травма, оперативное вмешательство и т.п.) продолжительность терапии варфарином должна составлять:

 2 недели

 1 месяц

 3 месяца

 6 месяцев

552. Для клиники анафилактического шока характерно:

 Ясные тоны сердца

 Высокое артериальное давление

 Низкое артериальное давление

553. Прогноз для больного при тромбоэмболии легочной артерии определяется в первую очередь:

 Площадью окклюзированных сосудов малого круга (массивность эмболии)

 Темпами перекрытия сосудистого русла (мгновенное, постепенное, медленное)

 Возникающими патофизиологическими расстройствами и реакциями со стороны различных органов (сердце, легкие, мозг, почки, печень)

554. Для поздних осложнений анафилактического шока характерно:

 Наличие симптомов поражения миокарда

 Отсутствие симптомов поражения нервной системы

 Отсутствие симптомов поражения почек

 Отсутствие симптомов поражения печени

555. При гемодинамически нестабильной (с гипотензией) тромбоэмболии легочной артерии препаратом выбора антикоагулянтной терапии является:

 Низкомолекулярный гепарин

 Нефракционированный гепарин

 Фондапаринукс

 Варфарин

 Ривароксабан

 Введение антикоагулянтов противопоказано

556. Нормальное систолическое давление в легочной артерии:

 40 мм рт.ст.

 60 мм рт.ст.

 100 мм рт.ст.

 20 мм рт.ст.

557. Диагностический алгоритм при вероятной ТЭЛА с шоком или гипотензией следует начинать с проведения:

 Коагулограммы

 МСКТ с ангиопульмонографией

 ЭКГ

 Определения уровня D-димера

 Эхо-КГ

 ЭКГ

558. Ведущая причина тяжести острой дыхательной недостаточности при шоковом легком:

 Выраженный интерстициальный отек

 Десквамация альвеолярного эпителия

 Высокая легочная гипертензия с шунтированием крови через артериовенозные анастамозы

 Нарушение синтеза сурфактанта

559. Госпитализация показана при подозрении на тромбоэмболию легочной артерии:

Все варианты верны

 в случае тромбоза мелких ветвей легочной артерии

 при отсутствии гемодинамических нарушений

 при отсутствии кровохарканья

560. Наиболее информативный метод исследования при тромбоэмболии легочной артерии:

 Электрокардиографический

 Рентгенологический

 Зондирование малого круга кровообращения

 Сканирование легких с помощью радионуклидов

561. Возникает ли эритроцитоз при развитии острого легочного сердца в результате ТЭЛА?

 Нет

 Да

562. Спонтанный пневмоторакс возникает:

Все варианты верны

 Во время сухого надсадного кашля

 Без видимых провоцирующих его возникновению причин

 Во время тяжелой физической нагрузки

563. Возможные причины смерти в остром периоде анафилактического шока:

 Отек мозга

 Коллапс

 Асфиксия

 Почечная недостаточность

564. Является ли кровохарканье, связанное с ТЭЛА, противопоказанием для гепаронотерапии?

 Нет

 Да

565. Этиологические факторы анафилактического шока:

 Бытовые аллергены

 Лекарственные аллергены

 Грибковые аллергены

 Пыльцевые аллергены

566. Основной клинический критерий, отличающий асфиктический вариант анафилактического шока от астматического статуса:

 Выраженность цианоза

 Тяжесть удушья

 Величина артериального давления

567. Препарат, уменьшающий дальнейшее всасывание аллергена при анафилактическом шоке

 Атропин

 Преднизолон

 Адреналин

568. Для развития анафилактического шока необходима разрешающая доза антигена. Зависит ли она от количества и способа введения?

 Нет

 Да

569. Болевой синдром при тромбоэмболии легочной артерии может носить характер:

 Стенокардии

 Опоясывающего

 Плеврального болевого синдрома

 Абдоминального болевого синдрома

570. Решает диагноз закрытого пневмоторакса:

 Данные перкуссии

 Рентгенологическое исследование

 Данные анализа крови

 Выраженная (незначительная) одышка

 Жалоба на внезапно возникшую боль

571. Тень инфаркт-пневмонии и плеврита на рентгенограмме появляется после тромбоэмболии легочной артерии через...

 4-6 часов

 позже 48 часов

 24-48 часов

 6-12 часов

572. Особенности клинической картины классической формы анафилактического шока обусловлены участием в его развитии:

 Гистамина

 Допамина

 Серотонина

 Ацетилхолина

573. Что может быть причиной острой дыхательной недостаточности?

 Острый необструктивный бронхит

 Острая надпочечниковая недостаточность

 Острая почечная недостаточность

 Острая пищевая интоксикация

 Острая левожелудочковая недостаточность

574. Каков механизм действия гепарина при лечении ТЭЛА?

 Блокирование повышенного выброса фактора активации тромбоцитов

 Усиление биологического действия естественного плазменного белка - антитромбина III

 Фибринолитическое

575. При развитии тромбоэмболии легочной артерии источник эмбола наиболее часто находится в:

 левых камерах сердца

 венах верхних конечностей

 правых камерах сердца

 нижней полой вене, венах ног, таза

 верхней полой вене

576. При заболеваниях сердца тромбоэмболия легочной артерии чаще встречается у больных с:

 мерцательной аритмией

 интрамуральным инфарктом миокарда

 инфарктом передней стенки миокарда

577. Для поражения кожи и слизистых оболочек при анафилактическом шоке характерно:

 Наличие булл

 Пятнисто-папулезные выспания

 Везикулы и острая экссудация (мокнутие в местах высыпаний)

 Резкая бледность кожных покровов

578. Чаще всего анафилактический шок вызывают следующие лекарственные препараты:

 Антибиотики

 Сульфаниламиды

 Антиконвульсанты

 Антилейкотриены

579. Соотношение между числом нагнетаний воздуха в легкие для искусственного дыхания и числом нажатий на грудную клетку при массаже сердца:

 2:10.

 2:15.

 1:5.

 2:30.

580. Порядок мероприятий, проводимых при лечении анафилактического шока, начинается с:

 транспортировки больного в медицинское учреждение

 оказания немедленной медицинской помощи на месте

 вызова специализированной бригады "скорой помощи"

581. При гиперкапнической коме следует применить:

 Искусственную вентиляцию воздухом

 Стимуляцию дыхательного центра

 Наружный массаж сердца

 Дегидратацию

 Искусственную вентиляцию кислородом

582. Основной признак респираторного дистресс-синдрома:

 Гиперкапния

 Брадикардия

 Гипокапния

 Тахикардия

 Гипоксемия

583. Какой симптом при отеке гортани требует немедленной трахеотомии?

 Нарастающий цианоз

 Сухие хрипы в легких

 Боли при глотании

 Осиплость голоса

 Затруднение при вдохе

584. Основное патологоанатомическое различие между бактериальной пневмонией и шоковым легким:

 Более выражено "красное опеченение"

 Распространенность процесса

 Наличие микроорганизмов в легочной паренхиме при гистологическом исследовании

585. Плевральный выпот при тромбоэмболии легочной артерии обычно:

 Серозно-мутный (много нейтрофилов)

 Резко геморрагический (эритроциты покрывают все поле зрения)

 Серозный (бедный белком, лимфоцитарный)

586. ТЭЛА чаще развивается у:

 рожавших женщин (после родов)

 нерожавших женщин

587. Что лежит в основе анафилаксии?

 ИГЕ-опосредованная гиперчувствительность

 Гиперчувствительность Т-клеточного типа

 Иммунокомплексная гиперчувствительность

588. Терапию пероральными антикоагулянтами при тромбоэмболии легочной артерии следует начинать:

 До гепаринотерапии

 На фоне гепаринотерапии

 После прекращения гепаринотерапии

589. При рефрактерной к адреналину гипотонии при анафилактическом шоке препаратом выбора является:

 Хлоропирамин (Супрастин)

 Норадреналин

 Допамин

590. Факторы риска ТЭЛА:

 Онкологическое заболевание

 Нефротический синдром

 Повышенный уровень холестерина

 Тромбофилия

 Курение

 Гормональная терапия эстроген-гестагенными препаратами

591. Агенезия – это:

 Врожденное отсутствие целого органа или его части

 Врожденное отсутствие органа, но с наличием его начального зачатка, функция органа отсутствует

 Резкое недоразвитие органа с нарушением формирования воздухоносных путей, сосудистой системы и респираторного отдела

592. Гипоплазия - это:

 Врожденное отсутствие целого органа или его части

 Врожденное отсутствие органа, но с наличием его начального зачатка, функция органа отсутствует

 Резкое недоразвитие органа с нарушением формирования воздухоносных путей, сосудистой системы и респираторного отдела

593. Аплазия - это:

 Врожденное отсутствие целого органа или его части

 Врожденное отсутствие органа, но с наличием его начального зачатка, функция органа отсутствует

 Резкое недоразвитие органа с нарушением формирования воздухоносных путей, сосудистой системы и респираторного отдела