

Мокрота у больных ХОБЛ вне обострения:

- *имеет характер гнойный и расслаивается при стоянии
- *имеет слизистый характер
- *обильная пеннистая
- *кровохарканье

Пневмонии, вызываемые гемофильной палочкой, чаще всего возникают при:

- *ХОБЛ
- *гриппе
- *сахарном диабете
- *в молодом возрасте

Стафилококковые пневмонии чаще всего развиваются у больных:

- *гриппом
- *узелковым периартериитом
- *у лиц пожилого возраста
- *экзогенным аллергическим альвеолитом

Программа диспансеризации населения для ранней диагностики ХОБЛ включает:

- *спирометрию
- *цитологическое исследование мокроты
- *рентгенографию органов грудной клетки
- *газы крови

Основными противовоспалительными препаратами для лечения бронхиальной астмы являются:

- *антибиотики
- *ингаляционные глюкокортикостероиды
- *бронхолитики
- *муколитики

У лиц, страдающих алкоголизмом, пневмония чаще вызывается:

- *пневмококком
- *клебсиеллой
- *кишечной палочкой
- *микоплазмой

Синдром легочного инфильтрата при пневмонии включает:

- *усиление голосового дрожания при пальпации
- *притупление перкуторного тона
- *жесткое дыхание
- *мелкопузырчатые влажные хрипы

Основным методом для постановки диагноза пневмонии является:

- *фибробронхоскопия
- *МСКТ ОГК
- *рентгенография ОГК
- *спирография

Мокрота ржавого цвета характерна для пневмонии, вызываемой:

- *гемофильной палочкой
- *клебсиеллой
- *пневмококком
- *микоплазмой

Значение индекса Тиффно для диагностики ХОБЛ составляет < (в %)

- * 70
- * 50
- * 80
- * 60

Золотым стандартом для диагностики ХОБЛ является:

- *МСКТ ОГК
- *спирографическая проба с В-2-агонистом
- *пикфлоуметрия
- *эхокардиография

Герпес на лице характерен для пневмоний, вызываемых:

- *стафилококком
- *клебсиеллой
- *пневмококком
- *синегнойной палочкой

Реабилитация больным ХОБЛ показана при степени тяжести:

- * IV
- * III

- * любой
- * II

Отличная реакция на защищенные пенициллины с большой вероятностью указывает на пневмонию, вызванную:

- *пневмококком
- *анаэробной микрофлорой
- *кишечной палочкой
- *клебсиеллой

Молниеносная геморрагическая форма пневмонии с летальным исходом, вызывается:

- *стафилококком
- *вирусом гриппа
- *пневмококком
- *клебсиеллой

В диагностике пневмонии необходима рентгенография легких (крупнокадровая флюорография) в проекциях:

- *прямой
- *прямой и боковой
- *прямой и двух боковых

Для дифференциации пневмонии с туберкулезом легких необходимо исследовать мокроту на микробактерии туберкулеза не менее:

- * 2 раз
- * 3 раз
- * 5 раз

Лечение пневмонии у больных 70 лет с ИБС проводится:

- *амбулаторно
- *в кардиологическом отделении
- *в терапевтическом отделении
- *в отделении общей реанимации

Наиболее вероятным возбудителем при вспышке пневмонии в коллективе является:

- *микоплазма
- *пневмококк

- *кишечная палочка
- *клебсиелла

При подозрении на осложнение пневмонии экссудативным плевритом обязательна:

- *томография легких
- *бронхоскопия
- *торакоскопия
- *плевральная пункция
- *РО-графия легких и плевральная пункция

При рецидиве «пневмонии» через несколько недель или месяцев у курящего мужчины старше 40 лет требуется в первую очередь исключить:

- *легочную тромбоэмболию
- *рак легких
- *туберкулез легких
- *постпневмонический фиброз

Туберкулинодиагностика (диаскин-тест) в дифференциации пневмонии с туберкулезом легких:

- *имеет вспомогательное значение
- *играет решающую роль
- *сегодня не применяется
- *противопоказана

При лечении пневмоний применяются:

- *антибиотики, отхаркивающие
- *антибиотики, диуретики
- *бронхолитики, диуретики
- *антибиотики, глюкокортикостероиды

Больному с пневмонией при аллергии на пенициллин необходимо назначить:

- *амоксциллин
- *гентамицин
- *кларитмицин
- *цефтриаксон

При классической долевой пневмококковой пневмонии антибиотик первоочередного выбора:

- *азитромицин
- *левофлоксацин
- *гентамицин
- *амоксициллина клавуланат

При гриппозной пневмонии используется противовирусный препарат:

- *осельтамивир
- *гриппферон
- *арбидол
- *ингавирин

Обратимая бронхиальная обструкция возникает при:

- *ХОБЛ
- *ТЭЛА
- *бронхиальная астма

Эозинофилия в мокроте характерна для:

- *острый бронхит
- *пневмония
- *ХОБЛ
- *бронхиальная астма

При пневмонии у беременной нельзя применять:

- *цефтриаксон
- *амоксиклав
- *азитромицин
- *амикацин

Для ХОБЛ тяжелой степени характерно показание ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70 %, ОФВ-1

- * 30-50 %
- * более 80 %
- * менее 30 %
- * 50-80 %

Для обострения ХОБЛ малохарактерно:

- *кровохарканье
- *усиление одышки
- *гнойная мокрота

*повышение температуры

Долгосрочной целью лечения ХОБЛ является:

- *уменьшение зоны эмфиземы
- *уменьшение скорости прогрессирования заболевания
- *уменьшение количества мокроты
- *снижение веса

ФБС при ХОБЛ является:

- *основным методом диагностики ХОБЛ
- *является методом дифференциальной диагностики с другими заболеваниями бронхов
- *применяется только с биопсией бронха
- *не показана при ХОБЛ

Слизь в бронхах продуцируют:

- *реснитчатые клетки
- *бокаловидные клетки
- *базальные клетки
- *клетки Кульчицкого

Основное отличие ХОБЛ от бронхиальной астмы:

- *отсутствие четких приступов удушья на различные раздражители
- *положительный эффект бронходилататоров
- *отсутствие лекарственной аллергии
- *эозинофилия крови и мокроты

Тяжесть течения ХОБЛ устанавливается при определении:

- *пробы Тиффно
- *МВЛ
- *ФЖЕЛ
- *ОФВ-1

Для ранней диагностики бронхиальной обструкции наибольшее значение имеет:

- *спирография
- *бронхоскопия
- *рентгенография органов грудной клетки

В начальной базисной терапии ХОБЛ используются:

- *бронходилататоры
- *глюкокортикостероиды
- *антибиотики
- *муколитики

Для диагностики бронхообструктивного синдрома применяется спирометрическая проба с:

- *ингаляцией глюкокортикостероидного препарата
- *ингаляцией аэрозоля В-2-агониста
- *ингаляцией муколитика
- *ингаляцией кислорода

При среднетяжелом инфекционном обострении ХОБЛ суточные дозы амоксициллина /клавулатата (аугментина) в таблетках:

- *по 250/125 мг 3 раза в сутки
- *по 500/125 мг 2 раза в сутки
- *по 875/125 мг 2 раза в сутки

Укажите из перечисленных симптомов те, которые характерны для начала острого бронхита (первые сутки):

- *кашель с обильной мокротой
- *сухой кашель или со скудной мокротой
- *боль в боку, связанная с дыханием
- *кровохарканье

Длительность лечения антимикробными препаратами легкого гнойного обострения ХОБЛ:

- * 7-10 дней
- * 10-14 дней
- * 5-7 дней
- * 14-21 день

Препарат выбора для лечения обострения, вызванного синегнойной палочкой, при бронхоэктазах легких:

- *ципрофлоксацин
- *ампициллин
- *цефтриаксон
- *бисептол

Появление какого из перечисленных ниже симптомов в течении острого бронхита свидетельствует о возможном осложнении его бронхопневмонией:

- *появление гнойной мокроты
- *появление второй волны повышения температуры
- *появление охриплости голоса
- *появление рассеянных сухих хрипов

При ХОБЛ обязательной является вакцинация:

- *против менингита
- *против дифтерии
- *противопневмококковая

Наиболее значимым фактором риска развития ХОБЛ являются:

- *загрязнение окружающей среды
- *профессиональные факторы
- *частые ОРВИ
- *курение

Основной жалобой при ХОБЛ является:

- *многолетний продуктивный кашель
- *прогрессирующая одышка при физической нагрузке
- *повторные пневмонии
- *частые ОРВИ

Характерно для больных эмфиземой легких затруднение:

- *вдоха
- *выдоха
- *вдоха и выдоха

При каком случае необходимы антибиотики при остром бронхите:

- *всегда необходимы
- *при гнойном бронхите
- *при катаральном бронхите

Основной механизм бронхиальной обструкции при эмфиземе легких:

- *бронхоспазм
- *отек слизистой бронхов

- *закупорка просвета бронхов слизью
- *преждевременное (раннее) закрытие (спадение) мелких бронхов на выдохе

При эмфиземе легких некоторые больные осуществляют выдох через губы, сложенные в «трубочку», чтобы предупредить:

- *бронхоспазм
- *преждевременное спадение мелких бронхов на выдохе
- *слишком позднее закрытие бронхов на выдохе

Сочетание эмфиземы легких и хронического бронхита наблюдается при:

- *ХОБЛ
- *бронхиальной астме
- *интерстициальном заболевании легких
- *саркоидозе легких

Лечение больного ХОБЛ должно проводиться:

- *непрерывно
- *весной и осенью
- *в период обострения
- *профилактически весной и осенью и в период обострения

Общим клиническим признаком для бронхитического и эмфизематозного фенотипов ХОБЛ является:

- *одышка
- *хронический кашель
- *гиперкапния
- *гипоксия

Основная причина смерти больных ХОБЛ:

- *декомпенсация легочного сердца
- *бронхолегочная инфекция
- *легочная тромбоэмболия
- *коморбидная патология

К физикальным симптомам ХОБЛ относят:

- *шум трения плевры
- *крепитация
- *притупление легочного звука
- *сухие хрипы

Эндогенная форма бронхиальной астмы вызывается воздействием:

- *вирусов, бактерий
- *медикаментозных препаратов
- *аллергенов домашней пыли
- *пыльцевых аллергенов

Показанием для назначения антибиотиков при бронхиальной астме является:

- *усиление одышки
- *увеличение сухих хрипов при аускультации
- *гнойная мокрота и лихорадка
- *лейкоцитоз мокроты

Необратимым механизмом бронхиальной обструкции является:

- *экспираторный коллапс бронхов
- *бронхоспазм
- *дистантные хрипы на выдохе

Бронходилатационный тест является положительным, если прирост ОФВ-1 будет более:

- * 30 %
- * 15%
- * 10 %
- * 15 % и 200 мл

Аспирин и нестероидные противовоспалительные препараты:

- *угнетают синтез лейкотриенов
- *увеличивают образование лейкотриенов
- *не влияют на продукцию лейкотриенов

У здоровых физическая нагрузка:

- *расширяет бронхи
- *суживает бронхи
- *не влияет на бронхиальный тонус

Главная патология, обнаруживаемая на аутопсии у лиц, погибших на высоте приступа бронхиальной астмы:

- *генерализованная обтурация просвета мелких дыхательных путей вязкой слизью
- *острое вздутие легких
- *отек слизистой бронхов
- *гипертрофия гладкой мускулатуры бронхов

При бронхиальной астме противопоказаны:

- *в-блокаторы
- *антагонисты кальция
- *мочегонные
- *муколитики

Главный механизм развития жизнеугрожающего обострения при бронхиальной астме:

- *генерализованная закупорка просвета бронхов вязкой слизью
- *бронхоспазм
- *отек слизистой бронхов
- *спадение мелких бронхов на выдохе

Лечение бронхиальной астмы среднетяжелого течения начинается с:

- *системных глюкокортикостероидов
- *ингаляционных глюкокортикостероидов
- *муколитиков

Основными противовоспалительными препаратами для лечения больных бронхиальной астмой являются:

- *метилксантины
- *глюкокортикостероиды
- *нестероидные противовоспалительные препараты
- *антибиотики

Тяжесть бронхиальной обструкции определяется путем:

- *перкуссии легких
- *аускультации легких
- *фибробронхоскопии
- *спирографии

В ситуациях, когда трудно отличить приступ бронхиальной астмы от интерстициального отека легкого, первоначально следует в/в ввести:

- *эуфилин
- *морфин
- *дигоксин
- *лазикс

При бронхиальной астме противопоказаны:

- *в-блокаторы
- *антибиотики
- *метилксантины
- *периферические вазодилататоры

Клинические признаки гипоксемии:

- *цианоз
- *тахипноэ
- *одышка
- *тахикардия

Абсолютным противопоказанием для бронхоскопии является:

- *инсульт
- *инородное тело бронха
- *пневмония
- *бронхогенный рак

Степень тяжести дыхательной недостаточности диагностируется путем:

- *измерения функции внешнего дыхания
- *анализа газов артериальной крови
- *осмотра и расспроса больного

Показание к оксигенотерапии при дыхательной недостаточности:

- *гипоксемия
- *гипокапния
- *гиперкапния
- *метаболический алкалоз по КЩС

Оксигенотерапия при острой дыхательной недостаточности должна быть:

- *прерывистой
- *постоянной (непрерывной)
- *до достижения сатурации O₂ по пульсоксиметру – 94 % и более

Наиболее характерная особенность одышки при ТЭЛА:

- *экспираторный характер
- *тяжесть
- *приступообразный характер
- *внезапность появления

Медикаментозное лечение ТЭЛА следует начинать сразу же, как только возникло подозрение на ее возникновение, в в/в введения:

- *гепарина
- *строфантина
- *норадреналина
- *тромболитика (актилизе)

Наиболее частым в диагностике спонтанного пневмоторакса играет:

- *анамнез
- *перкуссия легких
- *аускультация легких
- *рентгенография легких

Наиболее частым возбудителем амбулаторной пневмонии у пожилых является:

- *пневмококк
- *микоплазма
- *стафилококк
- *легионелла

При внебольничной пневмонии первоначальная оценка эффекта от антибактериальной терапии проводится через:

- * 48-72 часа
- * 12-24 часа
- * 24-48 часов

Для лечения легочной гипертензии с успехом применяются:

- *В-адреноблокаторы
- *антагонисты кальция
- *иммунодепрессанты
- *сердечные гликозиды

При лечении декомпенсированного легочного сердца сердечные гликозиды:

- *очень эффективны
- *умеренно эффективны
- *неэффективны и легко проявляют токсическое действие

В лечении хронического декомпенсированного легочного сердца при наличии активности воспалительного процесса антибиотики:

- *имеют самые широкие показания
- *не применяются
- *используются ограниченно
- *противопоказаны

Для канцероматоза легких по МСКТ характерна картина:

- *лимфаденопатия средостения, плевральный выпот, диссеминация
- *инфильтрация легких
- *полостные образования

Наиболее значимым фактором риска развития ХОБЛ является:

- *гиперреактивность бронхов
- *курение
- *загрязнение воздуха
- *частые вирусные инфекции

Бронхоэктазы легких развиваются в результате:

- *прогрессирования хронического бронхита
- *инфекций нижних дыхательных путей в раннем детстве
- *перенесенной пневмонии в пожилом возрасте

Наиболее характерная особенность мокроты при бронхоэктазах легких:

- *примесь крови
- *зловонный запах
- *гнойный характер

Анамнез и клиническая картина бронхоэктазов легких больше всего напоминает:

- *повторные пневмонии
- *хронический рецидивирующий гнойный бронхит
- *хронический абсцесс легких

При своевременной диагностике распространенных бронхоэктазов хирургическое лечение:

- *излечивает больного
- *обеспечивает ремиссию
- *дает только кратковременный эффект
- *неэффективно

Для антимикробной терапии колонизации синегнойной палочки в мокроте при бронхоэктазах легких наиболее эффективен:

- *ампициллин
- *ципрофлоксацин
- *цефтриаксон
- *азитромицин

Основной диагноз острого абсцесса легких ставится при:

- *рентгенографии легких
- *фибробронхоскопии
- *по анализу мокроты
- *по общему анализу крови

Осложнение острого абсцесса легких – это:

- *эмпиема плевры
- *пневмония
- *инфаркт легкого
- *вторичный хронический гнойный бронхит

При хорошем дренировании острого абсцесса легких (3 см) происходит спадение полости и на ее месте образуется:

- *бронхоэктаз
- *очаговый пневмосклероз
- *очаг хронического нагноения
- *нормальная легочная ткань

При прорыве острого абсцесса легких в бронх выделяется обильная гнойная, нередко с примесью крови, мокрота, имеющая специфический запах:

- *ацетона
- *зловонный
- *сероводорода
- *лаванды

Основное отличие острого абсцесса легких от туберкулезной каверны:

- *характерный анамнез болезни
- *выделение обильной гнойно-кровянистой мокроты
- *стойкое отсутствие бацилловыделения
- *наличие выраженной интоксикации

Муколитическая дренажная терапия при остром абсцессе легких:

- *строго обязательна
- *имеет ограниченные показания
- *обычно не нужна
- *противопоказана

Хроническим следует считать абсцесс легких, если не наступило его излечение после начала полноценного лечения через:

- * до 6 недель
- * более 6 недель
- * 3 месяца
- * 4 месяца

Грозное осложнение острого абсцесса:

- *легочное кровотечение
- *амилоидоз почек
- *образование вторичных бронхоэктазов
- *сепсис

Не является компонентом бронхиальной обструкции:

- *ларингоспазм
- *бронхоспазм
- *задержка откашливания мокроты

При каком наследственном заболевании развиваются бронхоэктазы:

- *муковисцидоз (кистозный фиброз)
- *альфа-1-антитрипсиновый дефицит
- *синдром Вискота-Олдрича

Основным патоморфологическим признаком саркоидоза является:

- *буллезная эмфизема легких

- *эпителиодно-клеточный гранулематоз
- *пневмосклероз
- *фиброз корней легких

Первая рентгенологическая стадия легочного саркоидоза характеризуется:

- *лимфаденопатией средостения
- *очагами легких
- *диссеминацией + лимфаденопатией средостения
- *фиброзом легких

Парапневмонический плеврит сопровождается:

- *интоксикацией
- *отсутствием жалоб
- *желудочной диспепсией

Своеобразный лающий битональный кашель, нередко приступообразный, иногда сопровождаемый головокружением, характерен для:

- *бронхиальной астмы
- *бронхоэктазов легких
- *хронического обструктивного бронхита
- *трахеобронхиальной дискинезии

Рентгенологическая картина аспергилломы характеризуется:

- *полость + синдром серпа
- *инфильтрат легкого
- *плевральный выпот
- *очаговые изменения легких

К диссеминированным процессам, протекающим преимущественно по типу гранулематозов, относится:

- *поражение легких при иммунном тиреоидите Хашимото
- *гистиоцитоз
- *идиопатический гемосидероз легких
- *поражение легких при гранулематозе Вегенера (некротизирующий ангиит)

К диссеминированным поражениям легких, протекающим преимущественно по типу васкулитов, относится:

- *поражение легких при синдроме Гудпасчера
- *саркоидоз легких и средостения

*системная красная волчанка

При аскультации легких больных идиопатическим легочным фиброзом наиболее характерно:

- *ослабленное везикулярное дыхание
- *сухие хрипы
- *крепитация («целлофановые») хрипы на высоте вдоха
- *влажные мелкопузырчатые хрипы

Единственным надежным методом верификации диагноза идиопатического легочного фиброза:

- *чрезбронхиальная биопсия
- *исследование бронхоальвеолярной жидкости
- *компьютерная томография легких
- *открытая биопсия легкого

При какой форме бронхиальной астмы наиболее эффективны антилейкотриеновые препараты:

- *аспириновой
- *атопической
- *смешанной
- *физического напряжения

Среди нижеперечисленных групп антибиотиков наименьшей токсичностью обладают:

- *аминогликозиды
- *цефалоспорины
- *тетрациклины
- *фторхинолоны

Суточная доза азитромицина составляет:

- * 0,5 г
- * 1 г
- * 1-1,5 г
- * 0,25 г

Главный недостаток аминогликозидов:

- *аллергенность
- *ОТО – и нефротоксичность

- *токсическое поражение системы кроветворения
- *узкий спектр действия

Препараты первоочередного выбора при лечении нагноительных заболеваний легких:

- *аминогликозиды
- *цефалоспорины
- *макролиды
- *защищенные пенициллины

Наиболее часто аллергические реакции вызывает:

- *гентамицин
- *левомицетин
- *пенициллин
- *тетрациклин

Поллинозы – это группа аллергических заболеваний, которые вызываются воздействием:

- *вирусов
- *пыльцы растений
- *бактерий
- *домашней пыли

Основным симптомом анафилактического шока является:

- *стойкая артериальная гипотония
- *зуд, особенно ладонных поверхностей и стоп
- *потоотделение
- *возбуждение

Риск развития психозов велик у больных пневмонией на фоне:

- *сахарного диабета
- *хронического бронхита
- *хронического алкоголизма
- *гриппа

При бронхиальной астме противопоказаны:

- *метилксантины
- *сердечные гликозиды
- *антибиотики

*неселективные в-блокаторы

В эпидемию гриппа первичные пневмонии, вызываемые вирусом гриппа (истинные вирусно-гриппозные пневмонии), встречаются:

*редко

*часто

*не встречаются

Пневмонии с ОДН (тяжелые) подлежат лечению в отделении:

*терапевтическом

*пульмонологическом

*интенсивной терапии и реанимации

*грудной хирургии

Препарат выбора для лечения легионеллезной пневмонии:

*бисептол

*макролиды

*пенициллины

*цефалоспорины

Эмпирическая начальная антибактериальная терапия острого абсцесса легкого чаще проводится:

*защищенными пенициллинами

*цефалоспоринами

*карбапенемами

*аминогликозидами

При нозокомиальной (внутрибольничной) ранней пневмонии с ограниченным легочным инфильтратом эмпирическое лечение следует начинать с наиболее эффективной комбинации антибиотиков:

*цефтриаксон + левофлоксацин

*цефазолин + гентамицин

*азитромицин + гентамицин

*бисептол + ванкомицин

При лечении антибиотиками у беременной нельзя применять:

*тетрациклин

*амоксициллин

*эритромицин

*бензилпенициллины

Мфизема легких и хроническая дыхательная недостаточность характерны для:

- *катарального хронического бронхита
- *бронхиальной астмы
- *хронической обструктивной болезни легких
- *хронического гнойного бронхита

Если не определен возбудитель пневмонии и выбор антибиотика проводится эмпирически, то не следует начинать с:

- *ципрофлоксацина
- *кларитромицина
- *амоксиклава
- *левофлоксацина

При лечении инфекционно-токсического шока, осложняющего пневмонию, в лечении следует применять в/в:

- *нитроглицерин
- *адреналин
- *гидрокортизон
- *физический раствор

Для борьбы с синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания при инфекционно-токсическом шоке, осложняющем пневмонию, необходимо вводить:

- *гепарин
- *гепарин + замороженную плазму
- *дофамин
- *адреналин

Выберите наиболее точное определение дыхательной недостаточности:

- *дыхательная недостаточность – это синдром, при котором развивается нарушение газового состава артериальной крови
- *дыхательная недостаточность – это синдром, проявляющийся нарушением газового состава артериальной крови или состояние, когда его поддержание на нормальном уровне достигается за счет включения компенсаторных механизмов
- *дыхательная недостаточность – это синдром нарушения системы легочного дыхания, при котором нарушен газовый состав артериальной крови или его

поддержание на нормальном уровне достигается за счет включения компенсаторных механизмов, что ограничивает жизнедеятельность организма

Гипоксемия – это нарушение:

- *оксигенации артериальной крови
- *оксигенации периферических тканей
- *вентиляции альвеол
- *вентиляции респираторных бронхиол

Дыхательный ацидоз характеризуется:

- *гиперкапнией
- *гипокапнией
- *гипервентиляцией

Какую информацию предоставляет пульсоксиметр:

- *сатурацию O₂ артериальной крови
- *парциальное напряжение O₂
- *частоту дыхания

Главный компенсаторный механизм при дыхательной недостаточности:

- *увеличение сердечного выброса
- *активация дыхательных ферментов тканей
- *изменение сродства гемоглобина к O₂
- *эритроцитоз

Гиперкапния вызывает:

- *вазодилатацию
- *вазоконстрикцию
- *не влияет на просвет артерий

Главные различия между острой и хронической дыхательной недостаточностью заключается в:

- *тяжести гипоксемии
- *тяжести гиперкапнии
- *темпах развития нарушений газов крови
- *глубине нарушений кислотно-основного баланса

При первой степени дыхательной недостаточности одышка возникает:

- *при легкой физической нагрузке
- *в покое
- *при умеренной физической нагрузке
- *при среднеинтенсивной физической нагрузке, при которой ранее не возникала

Причины хронической дыхательной недостаточности:

- *хроническая обструктивная болезнь легких
- *бронхиальная астма
- *пневмония
- *пневмоторакс

Оптимальным в лечении бронхиальной астмы являются ингаляционные ГКС в сочетании:

- *с системными ГКС
- *с антихолинэргическими препаратами
- *с продленными В₂ - агонистами

Тип нарушений функции внешнего дыхания при пневмониях:

- *рестриктивный
- *обструктивный
- *смешанный

Наилучший показатель необратимой бронхиальной обструкции:

- *мощность выдоха (пневмотахометрия)
- *ОФВ-1 (объем форсированного выдоха за 1-ю сек)
- *ОФВ-1/ФЖЕЛ менее 70 %
- *ООЛ/ОЕЛ (отношение остаточного объема легких к общей емкости легких, в %)

Механизм лечебного действия положительного давления в конце выдоха (ПДКВ):

- *предупреждение раннего экспираторного закрытия дыхательных путей
- *увеличение сердечного выброса
- *снижение давления в легочной артерии
- *уменьшение остаточного объема легких

Экстренное показание для перевода больного с острой дыхательной недостаточностью на искусственную вентиляцию легких:

- *апноэ
- *кома
- *жизнеугрожающее обострение бронхиальной астмы
- *спонтанный пневмоторакс

По определению экспертов ВОЗ, хронический бронхит – это:

- *кашель и отхаркивание, по крайней мере, 3 месяца в году
- *кашель и отхаркивание, по крайней мере, 2 месяца в году на протяжении трех смежных лет
- *кашель и одышка, по крайней мере, 2 месяца в году на протяжении трех смежных лет
- *кашель и одышка, по крайней мере, 3 месяца в году на протяжении двух смежных лет

Основное этиотропное лечение острого бронхита:

- *противовирусные препараты
- *антибиотики
- *муколитики
- *НПВС

Выделяются следующие клинико-патогенетические формы хронического бронхита:

- *простой или катаральный хронический бронхит
- *хронический эозинофильный бронхит
- *вторичный на фоне ХСН

Хроническая обструктивная болезнь легких осложняется развитием:

- *рака легких
- *бронхоэктазов
- *легочной гипертензии
- *бронхиальной астмы

Какая степень обструкции у больного ХОБЛ, если постбронходилатационный ОФВ-1- 46 % :

- *легкая
- *тяжелая
- *крайне тяжелая
- *среднетяжелая

В результате прогрессирования бронхиальной обструкции при хронической обструктивной болезни легких развивается:

- *легочная артериальная гипертензия
- *легочная венозная гипотензия
- *легочная артериальная гипотензия
- *гипертрофия левого желудочка

Для ХОБЛ тяжелой степени характерна проба ТИФФНО менее 70 %, ОФВ-1 :

- *более 80 %
- *50-80 %
- *менее 30 %
- *30-50 %

Строго обязательный критерий диагностики хронического бронхита:

- *наличие экспираторной одышки
- *исключение таких причин длительного кашля, как туберкулез легких, пневмокониоз, рак легких, бронхоэктазы и т.д.
- *наличие признаков воспаления слизистой бронхов
- *доказательство бронхиальной обструкции

Наличие необратимой бронхиальной обструкции при ХОБЛ диагностируется, если:

- *ОФВ-1/ФЖЕЛ (отношение ОФВ1 к форсированной жизненной емкости легких, в %) менее 80 %
- *ОФВ-1/ФЖЕЛ менее 75 %
- *ОФВ-1/ФЖЕЛ менее 70 %
- *ОФВ-1/ФЖЕЛ более 70 %

Самые частые возбудители обострения ХОБЛ:

- *пневмококк и гемофильная палочка
- *стафилококк и клебсиелла
- *микоплазма и легионелла
- *кишечная палочка и протей

Какова сегодня ценность показателя ТИФФНО:

- *он сохраняет высокую ценность
- *утратил свое значение
- *обнаружены его новые достоинства

При тяжелом обострении бронхиальной инфекции при ХОБЛ доза амоксициллина/клавуналата на все время лечения:

- *по 1 г 1 раз в день
- *по 1 г 2 раза в день
- *по 1 г 3 раза в день
- *по 0,2 г 2 раза в день

Бронхоскопия при ХОБЛ не позволяет:

- *выявить трахеобронхиальную дискинезию
- *выявить обструкцию мелких бронхов
- *получить материал для цитологического исследования
- *получить материал для бактериологического исследования
- *выявить опухоль главного бронха

Такие симптомы эмфиземы легких, как бочкообразная грудная клетка, коробочный звук при перкуссии, расширение границ легких, являются отражением синдрома:

- *деструкции межальвеолярных перегородок
- *гипервентиляции легких
- *пневмофиброза
- *бронхиальной обструкции

Основной механизм развития первичной эмфиземы легких:

- *переход воспаления с мелких бронхов на респираторные бронхиолы и альвеолы
- *дефицит альфа-1-антитрипсина
- *нарушение баланса в системе протеазы-антипротеазы
- *обструкция мелких бронхов

Общим клиническим симптомом для эмфизематозного и бронхитического фенотипов ХОБЛ является:

- *полицитемия
- *одышка
- *кашель
- *гиперкапния

При функциональном исследовании для эмфиземы легких исключительно характерно:

- *снижение жизненной емкости легких (ЖЕЛ)
- *увеличение остаточного объема легких (ООЛ)
- *увеличение минутного объема дыхания (МОД)
- *снижение ОФВ-1

В целом, больные первичной эмфиземой легких – это:

- * «розовые пыхтельщики»
- * «синюшные одутловатики»
- * «синюшные пыхтельщики»
- * «розовые одутловатики»

Осложнением ХОБЛ не является:

- * абсцесс легкого
- * легочная гипертензия
- * дыхательная недостаточность
- * полицитемия

Эндогенная форма бронхиальной астмы вызывается воздействием:

- * аллергенов домашней пыли
- * пыльцы растений
- * физической нагрузки
- * шерсти животных

Фенотип ХОБЛ с частыми обострениями диагностируется у пациентов с и более амбулаторными обострениями в течение последнего года:

- * 4 обострения
- * 2 обострения
- * 3 обострения
- * 1 обострение

Сенсибилизация – это:

- * повышение чувствительности организма к различным аллергенам
- * аллергическая реакция организма на какой-либо антиген немедленного типа
- * аллергическая реакция организма замедленного типа

Большинство тучных клеток у больных бронхиальной астмой расположено:

- * на поверхности слизистой бронхов
- * в подслизистом слое бронхов

- * в альвеолах
- * в регионарных бронхопульмональных лимфоузлах

Термин «анафилаксия» переводится с греческого языка как:

- * гиперчувствительность при повторном введении аллергена
- * беззащитность
- * аллергия
- * извращенная чувствительность

Астматическая триада – это сочетание бронхиальной астмы с:

- * полипозом носа и непереносимостью аспирина
- * хроническим бронхитом и непереносимостью пенициллина
- * полипозом носа и извращенной (бронхоконстрикторной) реакцией на препараты группы теофиллина

Для бронхиальной астмы характерно наличие:

- * удлиненного выдоха
- * влажных хрипов
- * крепитации
- * ослабленного везикулярного дыхания

При исследовании мокроты больных бронхиальной астмой чаще выявляют:

- * нейтрофилез
- * бактериальную микрофлору
- * кристаллы Шарко-Лейдена

Наследственная отягощенность у половины больных выявляется при бронхиальной астме:

- * атопической
- * инфекционно-зависимой
- * аспириновой
- * физического усилия

К наиболее значимым факторам развития бронхиальной астмы являются:

- * атопия
- * пищевая аллергия
- * вирусная инфекция
- * лекарственная аллергия

У больных бронхиальной астмой физического усилия приступы удушья возникают:

- *на высоте физической нагрузки
- *сразу или через 5-10 минут после окончания физической нагрузки
- *через 3-4 часа после физической нагрузки
- *через 1-2 часа после физической нагрузки

К базисным препаратам при бронхиальной астме являются:

- *антигистаминные
- *муколитики
- *антилейкотриеновые
- *антибиотики

При каком из неврозов наиболее часто возникают приступы удушья, которые необходимо дифференцировать от бронхиальной астмы:

- *панические атаки
- *при синдроме гипервентиляции
- *неврастении
- *депрессивно-ипохондрическом синдроме

При функциональном исследовании легких наиболее характерный признак бронхиальной астмы:

- *снижение жизненной емкости легких (ЖЕЛ)
- *снижение объема форсированного выдоха за 1-ю сек (ОФВ-1), которое значительно увеличивается после ингаляции бронходилататора
- *рост остаточного объема легких (ООЛ)

Кристаллы Шарко-Лейдена образуются из гранулярного материала при распаде:

- *базофилов
- *эозинофилов
- *нейтрофилов
- *лимфоцитов

Желтый цвет мокроты у больных бронхиальной астмой чаще всего свидетельствует о:

- *наличии активной респираторной инфекции
- *эозинофилии мокроты
- *злоупотреблении симпатомиметиками

*задержке мокроты в бронхах

Аллергическое тестирование играет основную роль в диагностике бронхиальной астмы:

- *атопической
- *инфекционно-зависимой
- *аспириновой
- *гормонозависимой

Признак передозировки эуфиллина:

- *гемолитическая анемия
- *аритмия
- *острая задержка мочи
- *запоры

Показания для применения системных глюкокортикостероидов при бронхиальной астме:

- *плановая терапия для предупреждения приступов удушья
- *лечение среднетяжелого обострения
- *прием до интенсивной физической нагрузки

У больных атопическим дерматитом часто встречается:

- *экзогенный аллергический альвеолит
- *бронхиальная астма
- *идиопатический легочной фиброз
- *ХОБЛ

Злоупотребление (передозировка) ингаляциями аэрозолей – развитием:

- *психоза
- *нарушения зрения
- *фибрилляции желудочков
- *анурии

Какие гипотензивные препараты противопоказаны при бронхиальной астме:

- *антагонисты кальция
- *мочегонные
- *В-адреноблокаторы
- *периферические вазодилататоры

Наиболее эффективная тактика применения стероидов при лечении тяжелого обострения бронхиальной астмы:

*начинать с малых доз (15-20 мг/сут), затем – повышать до 40 мг/сут, после получения эффекта – постепенное снижение до минимальной поддерживающей дозы или полной отмены

*начинать со средних доз (30 мг/сут), проводить лечение этой дозой до получения эффекта, затем постепенное снижение до минимальной поддерживающей дозы или полной отмены

*начинать с высоких доз (от 40 мг/сут до 1 мг/кг массы тела), проводить лечение этими дозами до получения эффекта, затем – постепенное снижение до минимальной поддерживающей дозы или полной отмены

О наличии бронхоспазма свидетельствует прирост ОФВ-1 после ингаляции В-2-агониста:

*на 10 %

*на 20 %

*на 12 %, 200 мл

*на 5 - 7 %

Специфическая гипосенсибилизация направлена на:

*снижение чувствительности организма больного к тому аллергену, которым он сенсibilизирован

*повышение чувствительности организма больного к тому аллергену, которым он сенсibilизирован

Не показана специфическая гипосенсибилизация больным:

*атопической бронхиальной астмой

*поллинозом

*аллергическим риносинуситом

*инфекционно-зависимой бронхиальной астмой

Противопоказанием к проведению специфической гипосенсибилизации не является:

*обострение основного заболевания

*активная бронхолегочная инфекция

*длительное лечение системными глюкокортикостероидами

*наличие ОРВИ

Необратимым компонентом бронхиальной обструкции является:

- *перибронхиальный фиброз
- *нарушение мукоцилиарного клиренса
- *отек бронхов, бронхоспазм

«Легкое Фермера» - это одна из форм:

- *бронхиальной астмы
- *гиперчувствительного пневмонита
- *легочного эозинофильного инфильтрата
- *десквамативной интерстициальной пневмонии (синдрома Либова)

При остром (подостром) гиперчувствительном пневмоните препараты выбора:

- *цефалоспорины
- *аминогликозиды
- *макролиды
- *стероиды

Легочный эозинофильный инфильтрат не развивается при:

- *паразитарной инвазии
- *бронхиальной астме
- *хроническом бронхите
- *диффузных болезнях соединительной ткани

К препаратам базисной терапии бронхиальной астмы относятся:

- *продолжительные бронхолитики
- *муколитики
- *ингаляционные глюкокортикостероиды
- *симпатомиметики короткого действия

Острый абсцесс легких необходимо дифференцировать с:

- *полостной формой рака
- *пневмонией
- *пневмотораксом

Полость распада при остром абсцессе легких образуется в результате разрушения легочной ткани:

- *бактериальными эндотоксинами
- *протеазами нейтрофилов и альвеолярных макрофагов
- *бактериальными экзотоксинами

Наиболее эффективный и безопасный способ дренирования и санации полости острого абсцесса легких:

- *бронхоскопический дренаж
- *сегментарная катетеризация бронха
- *микротрахеостомия
- *трансторакальная пункция

Какое из приводимых определений острого абсцесса легких (ОАЛ) правильное:

- *ОАЛ - это неспецифическое воспаление легочной ткани, сопровождающееся возникновением одной или нескольких гнойно-некротических полостей
- *ОАЛ – специфическое воспаление легочной ткани, сопровождающееся возникновением одного или нескольких гнойно-некротических полостей

Наиболее часто острый абсцесс легких вызывается:

- *анаэробной микрофлорой
- *стрептококками
- *гемолитическим стафилококком
- *пневмококками

По патогенезу наиболее часто острые абсцессы легких:

- *аспирационные
- *гематогенно-эмболические
- *травматические
- *постпневмонические

Каких видов бронхоэктазов легких нет по классификации:

- *цилиндрические
- *кистозные
- *мешотчатые
- *гнойные

Больному с округлым периферическим образованием в легком неуточненной этиологии необходимо:

- *провести антибиотикотерапию
- *провести биопсию легкого
- *динамическое наблюдение

Бронхоэктазы в верхних долях, как правило, бывают вторичными, после перенесенного:

- *в прошлом абсцесса легких
- *туберкулеза легких
- *врожденной аномалии легких (кистозной гипоплазии легких)
- *прогрессирования хронического бронхита

Лечение острого бронхита проводится:

- *амбулаторно
- *в терапевтическом отделении
- *в пульмонологическом отделении

Пикфлоуметрией называют определение:

- *пиковой скорости выдоха
- *объема форсированного выдоха
- *дыхательного объема
- *жизненной емкости легких

Какое из приводимых определений хронического легочного сердца (ХЛС) является правильным:

- *ХЛС – это гипотрофия правого желудочка, развивающаяся вследствие заболеваний бронхолегочной системы, за исключением тех случаев, когда эти нарушения являются результатом болезней, преимущественно поражающих левую половину сердца или врожденных заболеваний сердца
- *ХЛС – это гипертрофия или недостаточность правого желудочка сердца, сопровождающаяся легочной гипертензией и возникающая вследствие первичного заболевания легких, сосудов

При остром легочном сердце развивается:

- *острая правожелудочковая недостаточность
- *пневмония
- *инфаркт легкого
- *острая левожелудочковая недостаточность

В клинике массивной тромбоэмболии легочной артерии доминирует синдром:

- *острого легочного сердца с правожелудочковой сердечной недостаточностью

- *острой дыхательной недостаточности
- *острой левожелудочковой недостаточности
- *церебральной недостаточности

Самый частый лабораторный показатель возможной тромбоэмболии легочной артерии:

- *СРБ
- *Д-Димер
- *Общий анализ крови
- *прокальцитонин

Точная верификация диагноза тромбоэмболии легочной артерии возможна с помощью:

- *сцинтиграфии легких
- *ангиопульмонографии
- *ультразвукового исследования легких
- *реопульмонографии

При субмассивной эмболии легочных сосудов объем выключенного артериального русла составляет:

- * 25 %
- * 20 %
- * 30 %
- * 40 %

Нарушение диффузии газов через альвеолярно-капиллярную мембрану наблюдается при:

- *бронхиальной астме
- *идиопатическом легочном фиброзе
- *хронической обструктивной болезни легких

Диагностика хронического легочного сердца проводится по:

- *МСКТ органов грудной клетки
- *велозергометрии
- *эхокардиографии
- *суточном мониторинге ЭКГ

Первой задачей в лечении хронического легочного сердца является:

- *лечение основного заболевания

- *лечение отечного синдрома
- *круглосуточной оксигенотерапии
- *гидролазина (апрессина)

Кислородотерапия в домашних условиях проводится при показателях:

- * $P_a O_2$ менее 55 %
- * $P_a O_2$ 55 % и выше
- *сатурации O_2 более 94 %

В отличие от пневмонии излюбленная локализация нижнедолевого туберкулеза легких – это сегмент:

- * 8-ой
- * 9-ый
- * 10-ый
- * 6-ой

При идиопатическом гемосидерозе легких на МСКТ грудной клетки наиболее характерны:

- *множественные полости
- *крупные единичные округлые тени
- *двусторонние симметричные мелкие очаги диссеминации
- *долевые инфильтраты

При гранулематозе Вегенера с поражением легких на рентгенограмме легких наиболее характерны:

- *признаки экссудативного плеврита
- * «летучие» инфильтраты
- *обширные инфильтраты с большими полостями распада
- *полости

Наиболее характерное изменение на МСКТ легких при идиопатическом легочном фиброзе (поздняя стадия):

- *симптом «сотого легкого»
- *симптом «матового стекла»
- *высокое стояние куполов диафрагмы

При идиопатическом легочном фиброзе бронхиальная проходимость:

- *в норме
- *умеренно нарушена

*резко нарушена

К легочному фиброзу приводит системное заболевание соединительной ткани:

- *системная склеродермия
- *ревматоидный артрит
- *узелковый периартериит

Рентгенологические стадии саркоидоза органов дыхания:

- * 1 стадия
- * 2 стадии
- * 3 стадии
- * 4 стадии

Синдром средней доли – это:

- *стойкий ателектаз средней доли, развившийся в результате обтурации долевого бронха
- *гиповентиляция средней доли
- *инфильтрация средней доли

К порокам развития легких относится:

- *трахеобронхиальная дискинезия (экспираторный трахеобронхиальный коллапс)
- *трахеобронхомегалия (синдром Мунн-Куна)
- *альвеолярный протеиноз

При синдроме Картегенера характерна триада симптомов:

- *бронхоэктазы + обратное расположение внутренних органов + полиноз носа
- *кровохарканье + мелкоочаговая диссеминация в легких + уремия
- *хронический бронхит + эмфизема легких + полиноз носа
- *обратное расположение внутренних органов + ринорея + буллезная эмфизема легких

Не является противопоказанием к проведению бронхоскопии:

- *острый инфаркт миокарда
- *гипертонический криз
- *легочное кровотечение
- *компенсированное легочное сердце

Бронхоскопия не показана для исключения или подтверждения:

- *бронхогенного рака
- *бронхоэктазов
- *врожденных аномалий бронхиального дерева
- *бронхиальной астмы

Не является показанием проведение бронхоскопии для исключения или подтверждения:

- *бронхогенного рака
- *хронического гнойного бронхита
- *ТЭЛА
- *инородного тела бронхов

Самая частая форма муковисцидоза (кистозного фиброза):

- *мекониальный илеус
- *смешанная легочно-кишечная форма
- *бронхолегочная
- *кишечная

При лечении анафилактического шока необходимо в первую очередь как можно раньше ввести:

- *преднизолон
- *адреналин
- *мезатон
- *супрастин

Лечение больных со среднетяжелой бронхиальной астмой:

- *ингаляционные глюкокортикостероиды
- *продленные бронхолитики
- *частое использование системных глюкокортикостероидов
- *стабилизация мембран тучных клеток

Самое частое осложнение при лечении ингаляционными глюкокортикостероидами:

- *кандидоз полости рта
- *бронхоспазм
- *остеопороз
- *гипергликемия

Новые подходы к купированию приступов удушья у больных бронхиальной астмы:

*использование фиксированной комбинации формотерола и ингаляционного глюкокортикостероида – противовоспалительный бронхолитик

*использование В-2-агониста

При подозрении на осумкованный плеврит перед плевральной пункцией необходимо провести:

*рентгенографию легких

*УЗИ легких

*фибробронхоскопию

Причиной тотального затемнения легочного поля со смещением органов средостения в сторону затемнения может быть:

*тотальная пневмония

*ателектаз легкого

*осумкованный плеврит

*тотальный плеврит

Пневмония с острой дыхательной недостаточностью считается:

*среднетяжелой

*тяжелой

*легкой

В редких случаях пневмония может осложниться респираторным дистресс-синдромом взрослых, который представляет собой тяжелейший вариант острой дыхательной недостаточности, развивающейся в результате:

*отека легких в следствие резкого увеличения проницаемости альвеоло-капиллярной мембраны

*тяжелейшей бронхиальной обструкции

*массивного сброса венозной крови по легочным артерио-венозным анастомозам в легочные вены

При выделении в мокроте метициллин-резистентного стафилококка антимикробная терапия проводится:

*ванкомицином

*цефтриаксоном

*азитромицином

*левофлоксацином

Образование полостей деструкции в легких наиболее характерно для пневмоний, вызванных:

- *стафилококком
- *хламидией
- *энтерококком
- *пневмококком

Показания к назначению цефалоспоринов 3 поколения (цефтриаксон, цефотаксим):

- *пневмонии, вызванные пневмококком
- *инфекции, вызванной метициллинрезистентными стафилококками
- *при аллергии к пенициллинами
- *сепсис
- *профилактика пневмонии в хирургической практике

Показания для госпитализации пациента с внебольничной пневмонией:

- *старше 65 лет
- *субфебрильная температура
- *кашель с гнойной мокротой
- *бронхиальное дыхание

Обструктивный тип дыхательной недостаточности более всего характерен для:

- *системной красной волчанки
- *узелкового периартериита
- *склеродермии
- *ревматоидного артрита
- *дерматомиозита

Аспирационная пневмония часто осложняет течение:

- *системной красной волчанки
- *системной склеродермии
- *дерматомиозита
- *узелкового периартериита

К основным симптомам при синдроме обструктивного АПНОЭ во сне не относится:

- *повышенная утомляемость
- *дневная сонливость
- *раздражительность
- *ночной храп
- *снижение артериального давления

Диагностически значимым для хронического бронхита считается:

- *кровохарканье
- *одышка
- *кашель
- *свистящее дыхание

Откашливание мокроты полным ртом характерно для:

- *бронхиальной астмы
- *ХОБЛ
- *пневмонии
- *бронхоэктазов легких

Рентгенологическое обследование пульмонологических больных необходимо начать с:

- *МСКТ органов дыхания
- *флюорографии
- *рентгенографии органов дыхания

Главное достижение в интенсивной терапии инфекционно-токсического шока, осложняющего пневмонию, это применение:

- *огромных (1-2 г/сут) доз преднизолона
- *мощных периферических вазодилататоров: нитроглицерина, нитропруссид натрия (ниприда)
- *мощных симпатомиметиков, увеличивающих сократительную способность миокарда: допамина, добутамина
- *плазмафереза с эксфузией 0,6 – 1,2 л плазмы с заменой адекватным объемом реополигдюкина, физраствора, 5 % раствора глюкозы

Внелегочные проявления пневмонии у лиц старческого возраста:

- *миалгии, оссалгии
- *спутанность сознания
- *выраженная тахикардия
- *желтуха

Оптимальный уровень сатурации O₂ (по пульсоксиметрии), который должна обеспечить оксигено-терапия острой дыхательной недостаточности при пневмониях (в мм,рт,ст.):

- * 80-85
- * 85-90
- * 90-93
- * 94-95

Какое из приводимых определений бронхиальной астмы является правомочным:

*бронхиальная астма – это хроническое рецидивирующее заболевание с преимущественным поражением дыхательных путей, характеризующееся измененной реактивностью бронхов, обусловленной иммунологическими и/или неиммунологическими (иммуноглобулинами E) механизмами, обязательным клиническим признаком которого является приступ удушья и/или астматический статус

*бронхиальная астма – гетерогенное заболевание, характеризующееся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких, как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности, и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей

Терапию бронходилататорами короткого действия при ХОБЛ проводят для:

- *противовоспалительного эффекта
- *предупреждения дальнейшего снижения функции
- *улучшения переносимости физической нагрузки

К противовоспалительным препаратам 2 ступени при бронхиальной астме относятся:

- *продленные бронхолитики
- *короткодействующие холинолитики
- *эуфиллин
- *ингаляционные глюкокортикостероиды

К методам профилактики при бронхиальной астме относят:

- *своевременную базисную терапию
- *прекращение контакта с аллергеном
- *ежегодную противогриппозную вакцинацию
- *своевременную базисную терапию, прекращение контакта с аллергеном, ежегодную противогриппозную вакцинацию

Синдром перекреста (OVERLAP) включает сочетание бронхиальной астмы и:

- *гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- *полипозного риносинусита
- *поливалентной сенсibilизации
- *хронической обструктивной болезни легких

Причиной экспираторной одышки является:

- *пневмония
- *саркоидоз легких
- *бронхиальная астма
- *острый трахеобронхит

Астматический статус – это:

- *острая дыхательная недостаточность вследствие обострения бронхиальной астмы
- *легкое обострение бронхиальной астмы
- *среднетяжелое обострение бронхиальной астмы
- *передозировка В-2-агонистами

В основе патогенеза бронхиальной астмы физической нагрузки лежит:

- *выброс биологически активных веществ тучными клетками, расположенными на поверхности слизистой бронхов, под влиянием гипервентиляции, развивающийся при физической нагрузке
- *возбуждение рецепторного аппарата бронхов
- *возбуждение под влиянием физической нагрузки В-2-адренорецепторов бронхов
- *угнетение под влиянием физической функции В-2-адренорецепторов бронхов

В основе патогенеза инфекционно-зависимой формы бронхиальной астмы лежит:

- *инфекционная аллергия
- *медикаментозная аллергия
- *угнетение синтеза простагландинов серии Е
- *сенсibilизация организма инфекционными аллергенами, повреждающее действие инфекционных аллергенов на тучные клетки и базофилы в бронхах, высвобождение биологически активных веществ, появление патохимической фазы

Бронхиальная обструкция может быть выявлена с помощью:

- *спирографии
- *рентгенографии органов грудной клетки
- *фибробронхоскопии
- *исследования газов крови

В состав базисной терапии бронхиальной астмы не входит:

- *теофиллин
- *монтелукаст
- *тиотропия бромид

Использование фиксированных комбинаций формотерола и ингаляционного глюкокортикоида для купирования приступа удушья правомочно:

- *на первой ступени
- *на 5 ступени
- *на 3-4 ступенях
- *на всех ступенях

Нозологические формы, не являющиеся факторами риска развития бронхиальной астмы:

- *атопический дерматит
- *аллергическая риносинусопатия
- *полиноз
- *ОРВИ

Для больных с синдромом тяжелой бронхиальной обструкции характерно:

- *экспираторная одышка, диффузный цианоз
- *инспираторная одышка, акроцианоз
- *смешанная одышка, отеки нижних конечностей, акроцианоз

Три компонента базисной терапии жизнеугрожающего обострения бронхиальной астмы:

- *кислород + небулайзерная терапия + преднизолон
- *антибиотики + эцфиллин + преднизолон
- *сердечные гликозиды + эуфиллин + преднизолон
- *гидратация + преднизолон + искусственная вентиляция легких

Лечение легкой бронхиальной астмы включает:

- *ингаляционные глюкокортикостероиды в низких дозах
- *короткодействующие В-2-агонисты при приступе удушья
- *эуфиллин в таблетках
- *продолжительные бронхолитики

Семейная эмфизема может быть связана с недостаточностью:

- *глюкозо-6-фосфатазы
- *дефицитом альфа-антитрипсина
- *стероидов
- *глюкоцеребролидазы

Характерным признаком эмфиземы является:

- *коробочный перкуторный звук
- *влажные хрипы
- *бронхиальное дыхание
- *притупление перкуторного звука

Заболевание, которое чаще сопровождается кровохарканьем, является:

- *бронхоэктазы легких
- *пневмония
- *хронический бронхит
- *ОРВИ

Стридорозное дыхание не наблюдается при:

- *бронхиальной астме
- *раке гортани
- *остром вирусном ларингите
- *аспирации инородного тела

Под термином «дыхательная недостаточность» принято понимать нарушение:

- *газотранспортной функции крови
- *бронхиальной проводимости
- *вентиляции и диффузии кислорода через альвеолярно-капиллярную мембрану
- *тканевого метаболизма кислорода

При эмфиземе легких растяжимость легких:

- *в норме

- *увеличена
- *резко снижена
- *слегка снижена

Диффузионная емкость легких при эмфиземе легких:

- *слегка увеличена
- *нормальна
- *резко увеличена
- *резко снижена

Характерные изменения состава периферической крови при остром легочном нагноении:

- *лейкопения, гранулоцитопения
- *нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево
- *лейкоцитоз, гранулоцитопения, лимфоцитоз
- *лейкоцитоз, эозинофилия

Наиболее важной лечебной процедурой при бронхоэктазах является:

- *постуральный дренаж
- *массаж грудной клетки
- *дыхательная гимнастика
- *кислородный коктейль

Клиника ХОБЛ не включает:

- *рецидивирование бронхолегочной инфекции
- *легочную артериальную гипертензию
- *бронхиальную обструкцию
- *дыхательную недостаточность
- *туберкулез легких

Диагноз «хронический бронхит» правомочен при условии:

- *кашель с мокротой в течение 3 месяцев последнего года
- *кашель с мокротой в течение 3 месяцев в году, в течение последних 2 лет
- *кашля, не проходящего в течение 2 лет

Показанием к назначению глюкокортикостероидов при хроническом обструктивном бронхите является:

- *прогрессирующая бронхиальная обструкция
- *обострение

- *высокая легочная гипертензия
- *декомпенсация хронического легочного сердца

Достоверным аускультативным феноменом при сухом (фибринозном) плеврите является:

- *шум трения плевры
- *влажные хрипы
- *отсутствие дыхания
- *наличие сухих хрипов

Для санации бронхиального дерева при гнойном обострении хронического бронхита применяется:

- *диоксидин
- *бикарбонат натрия
- *сульбактам
- *декстроза

Эффективность стартовой антибактериальной терапии оценивается:

- *через 4-5 суток
- *через 2- суток
- *через сутки

Максимальная длительность поддерживающей антимикробной терапии легкого и среднетяжелого обострения бронхиальной инфекции при хроническом бронхите составляет до:

- * 1 недели
- * 2 недель
- * 3 недель
- * 4 недель
- * 6 недель

Главный механизм развития дыхательной недостаточности:

- *вентиляционно-перфузионная неравномерность
- *увеличение сброса венозной крови справа-налево по легочным артерио-венозным анастамозом
- *увеличение сброса венозной крови из бронхиальных вен в легочные вены

Наиболее точный и чувствительный показатель способности легких выводить CO₂ из венозной крови:

- *объемное содержание CO₂ артериальной крови
- *парциальное напряжение CO₂ артериальной крови
- *парциальное напряжение CO₂ тканей
- *объемное содержание CO₂ в смешанной венозной крови

CO₂ артериальной крови:

- *более 30
- *более 35
- *более 40
- *более 45

Главный механизм развития гиперкапнии:

- *увеличение шунтирования венозной крови в легких
- *альвеолярная гиповентиляция
- *увеличение продукции CO₂ тканями
- *замедление легочного кровотока

Главный механизм развития гипоксемии при интерстициальных заболеваниях легких:

- *сброс венозной крови по капиллярам гипо-и невентилируемых альвеол в легочные вены
- *сброс венозной крови по тебезиевым каналам в левое сердце
- *нарушение диффузионной способности легких
- *усиленное поглощение O₂ тканями

Гипокапния:

- *вызывает бронходилатацию
- *вызывает бронхообструкцию
- *вызывает гиперреактивность бронхов
- *не влияет на бронхиальный просвет

Антибактериальную терапию при ХОБЛ необходимо назначить при:

- *усилении одышки
- *кровохарканьи
- *появлении гнойной мокроты
- *усилении кашля

О деструкции ткани легкого свидетельствует обнаружение в мокроте:

- *эластических волокон

- *кристаллов Шарко-Лейдена
- *большое количество лейкоцитов
- *большое количество эритроцитов

Причина отсутствия цианоза при тяжелой гипоксемии при дыхательной недостаточности:

- *анемия
- *уменьшение перфузии периферических тканей
- *вазодилатация
- *увеличение сердечного выброса

Для обструктивного типа нарушения функции внешнего дыхания характерно:

- *снижение ОФВ-1 (объема форсированного выдоха за 1 сек)
- *снижение ЖЕЛ (жизненной емкости легких)
- *увеличение растяжимости легких
- *снижение РАО₂ (парциального напряжения O₂ артериальной крови)

Пикфлоуметрия позволяет оценить:

- *функцию внешнего дыхания у детей до 2 лет
- *вариабельность ПСВ в течение определенного промежутка времени
- *ОФВ - 1
- *ФЖЕЛ

Чувствительный показатель наличия или отсутствия бронхообструкции:

- *ОФВ-1 (объем форсированного выдоха за 1-ю сек)
- *ОФВ-1/ФЖЕЛ (отношение объема форсированного выдоха за 1-ю сек к форсированной жизненной емкости легких, в %)
- *ЖЕЛ/ДЖЕЛ (отношение жизненной емкости легких к должной жизненной емкости легких, в %)
- *величина ООЛ (остаточного объема легких)

Физиолечебные процедуры не показаны больным с:

- *пневмонией
- *эмфиземой легких
- *очаговыми изменениями в легких неясной этиологии
- *хроническим гнойным бронхитом

Какой уровень парциального напряжения O₂ артериальной крови должна обеспечить оксигено-терапия при острой дыхательной недостаточности у пульмонологических больных:

- * 30 мм.рт.ст.
- * 40 мм.рт.ст.
- * 50 мм.рт.ст.
- * 60 мм.рт.ст.

При гиперчувствительном пневмоните в качестве источника аллергена выступают:

- * споры грибков в прелом сене
- * гиперчувствительность к изменениям температуры окружающего воздуха
- * бытовые химические средства

Патогенез бронхоэктазов легких не включает следующие механизмы:

- * обтурационный ателектаз
- * нагноительный процесс дистальнее места обструкции
- * генетически детерминированную неполноценность бронхиального дерева
- * экспираторный стеноз бронхов и трахеи
- * наследственный дефицит альфа-1-антитрипсина

На рентгенограммах для бронхоэктазов наиболее характерный признак, подозрительный на наличие этого заболевания:

- * ячеистость на фоне усиленного легочного рисунка
- * ателектаз доли (сморщивание)
- * смещение тени средостения в сторону поражения с оголением (обычно правого) края позвоночника
- * ограниченная подвижность купола диафрагмы на стороне поражения
- * облитерация синусов пораженных отделов легких вследствие викарной эмфиземы

При остром абсцессе в отличие от нагноившейся кисты стенка полости:

- * тонкая
- * толстая
- * утолщенная с инфильтрацией окружающей легочной ткани

•