

1. Этиологическими факторами при бронхиальной астме чаще всего являются

- 1) Курение
- 2) Аллергены
- 3) Ирританты
- 4) Метеорологические факторы

2. При проведении бронходилатационной пробы используется доза сальбутамола

- 1) 100 мкг
- 2) 200 мкг
- 3) 300 мкг
- 4) 400 мкг

3. При проведении бронходилатационного теста с сальбутамолом повторная спирометрия проводится после ингаляции препарата через

- 1) 5-10 мин
- 2) 15-20 мин
- 3) 60-90 мин
- 4) 100-120 мин

4. Какой спирометрический показатель позволяет дифференцировать обструктивные и рестриктивные нарушения:

- 1) ЖЕЛ
- 2) ФЖЕЛ
- 3) ОФВ1
- 4) ОФВ1/ФЖЕЛ

5. Результат бронходилатационного теста считается положительным при увеличении ОФВ1 после ингаляции сальбутамола на

- 1) Не менее 5% и 100 мл
- 2) Не менее 8%
- 3) Не менее 12% и 200 мл
- 4) любую величину

6. Перед проведением бронходилатационного теста последний прием формотерола должен быть до начала исследования не позднее

- 1) 6 часов
- 2) 8 часов
- 3) 12 часов
- 4) 24 часов

7. Повышение остаточного объема легких отмечается при

- 1) Хронической обструктивной болезни легких
- 2) Сердечной недостаточности
- 3) Деформации грудной клетки
- 4) Саркоидозе легких

8. У больного бронхиальной астмой 1-2 раза в неделю в дневное время возникают эпизоды затрудненного дыхания, которые купируются ингаляцией сальбутамола. Ночных пробуждений из-за астмы нет. Ограничений активности нет. Какова степень контроля астмы?

- 1) Хорошо контролируемая
- 2) Частично контролируемая
- 3) Неконтролируемая
- 4) Обострение

9. Степень тяжести бронхиальной астмы определяется:

- 1) Объемом терапии, который требуется для достижения контроля астмы
- 2) Эозинофилией крови и мокроты
- 3) Результатом теста с бронходилататором
- 4) Результатом провокационного теста

10. Бронходилатация возникает в результате стимуляции следующих рецепторов:

- 1) α -адренергических рецепторов
- 2) β_2 -адренергических рецепторов
- 3) М-холинорецепторов
- 4) Н-холинорецепторов

11. Монтелукаст является:

- 1) Ингаляционным глюкокортикостероидом
- 2) Ингибитором 4-липоксигеназы
- 3) Блокатором лейкотриеновых рецепторов
- 4) М-холинолитиком

12. При использовании ингаляционных глюкокортикостероидов наиболее часто отмечается

- 1) Повышение артериального давления
- 2) Кандидоз полости рта
- 3) Образование язвы желудка
- 4) Стероидный сахарный диабет

13. β 2-агонистом быстрого (начало эффекта через 1-3 мин) и длительного действия (продолжительность действия 12 ч) является

- 1) Фенотерол
- 2) Ипратропиум бромид
- 3) Формотерол
- 4) Сальметерол

14. Использование спейсера позволяет

- 1) Свести до минимума оседание аэрозоля в полости рта и на голосовых связках
- 2) Применять ингаляционные препараты, не выпускающиеся в форме дозированных аэрозолей
- 3) Исключить холодовое действие несущего газа
- 4) Избежать загрязнения атмосферы фреоном

15. В режиме терапии единым ингалятором (SMART) при бронхиальной астме может быть назначен

- 1) Беклометазон
- 2) Формотерол
- 3) Флютиказона пропионат/сальметерол
- 4) Будесонид/формотерол

16. При использовании обычного дозированного аэрозольного ингалятора в нижние отделы дыхательных путей попадает следующий процент от ингалированной дозы

- 1) До 20%
- 2) 30-50%
- 3) 50-70%
- 4) 70-80%

17. Противопоказанием для назначения длительно действующих β 2-агонистов является

- 1) Сахарный диабет
- 2) Перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе
- 3) Увеличение интервала QT > 0,45 мс
- 4) Число сердечных сокращений более 100 в минуту

18. При сочетании с каким из нижеперечисленных препаратов дозу теофиллина следует снизить:

- 1) Цефотаксим
- 2) Ципрофлоксацин
- 3) Финлепсин
- 4) Рифампицин

19. Если у пациента отмечалась аллергическая реакция в виде крапивницы при употреблении яблок, можно заподозрить непереносимость пыльцы

- 1) Березы
- 2) Овса
- 3) Полыни
- 4) Лебеды

20. У больного бронхиальной астмой на фоне терапии будесонидом 400 мкг в сутки в сочетании с формотеролом 12 мкг 2 раза в сутки потребность в ингаляциях β 2-агонистов короткого действия до 2 раз в сутки в дневное время, ночные симптомы 1-2 раза в неделю. Ваши действия:

- 1) Увеличить прием β 2-агонистов
- 2) Увеличить суточную дозу ингаляционного глюкокортикоида
- 3) Назначить кромоликат натрия
- 4) Не изменять базисную терапию

21. У пациента, страдающего бронхиальной астмой, которая была в течение предыдущих 3 месяцев хорошо контролируемой, повысилась потребность в ингаляциях сальбутамола до 3-4 раз в течение суток. ПСВ 200 л/мин, при индивидуально лучшем значении ПСВ 340 л/мин. Выслушиваются свистящие хрипы над всей поверхностью легких. Оцените тяжесть обострения астмы:

- 1) Легкое
- 2) Умеренно тяжелое
- 3) Тяжелое
- 4) Жизнеугрожающее

22. Адекватная доза перорального преднизолона при купировании средне-тяжелого и тяжелого обострения астмы

- 1) 10-20 мг
- 2) 20-30 мг
- 3) 30-35 мг
- 4) 40-50 мг

23. Препарат, который представляет собой рекомбинантные моноклональные антиIgE-антитела, связывающиеся с участком молекулы IgE, необходимым для ее взаимодействия с клеточным IgE-рецептором

- 1) Омализумаб
- 2) Бенрализумаб
- 3) Меполизумаб
- 4) Ритуксимаб

24. Ингаляционные ГКС при лечении бронхиальной астмы во время беременности назначаются

- 1) По обычным показаниям
- 2) Только при лечении тяжелой астмы
- 3) Только для купирования обострения
- 4) Разрешен только беклометазона дипропионат

25. При опухоли гортани или трахеи со значительным сужением их просвета характерным клиническим признаком является

- 1) Кашель со слизисто-гнойной мокротой
- 2) Стридорозное дыхание
- 3) Боли в одной половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании
- 4) Изжога, отрыжка

26. Беттолепсией является

- 1) Повторные приступы кашля
- 2) Обморочное состояние на высоте приступа кашля
- 3) Приступы затрудненного дыхания в ночное время
- 4) Приступы удушья в дневное время

27. Синдром Churg–Strauss наиболее часто дебютирует с картины

- 1) Тяжелой стероидозависимой бронхиальной астмы
- 2) Язвообразования в желудочно-кишечном тракте
- 3) Гломерулонефрита
- 4) Миокардита, перикардита

28. У лиц какого возраста наиболее часто диагностируется ХОБЛ:

- 1) старше 40 лет
- 2) 30 — 40 лет
- 3) 20 — 30 лет
- 4) моложе 20 лет

29. Какое заболевание органов дыхания развивается при генетически обусловленном дефиците α 1-антитрипсина?

- 1) Эмфизема легких
- 2) Бронхиальная астма
- 3) Муковисцидоз
- 4) Поликистоз легких

30. У пациента, страдающего хронической обструктивной болезнью легких, после проведения пробы с бронходилататором объем форсированного выдоха за 1 сек составил 40% от должного. Оцените степень тяжести ХОБЛ (выраженность бронхиальной обструкции):

- 1) Легкая
- 2) Средней тяжести

- 3) Тяжелая
- 4) Крайне тяжелая

31. Для ХОБЛ характерно следующее значение показателя функции внешнего дыхания

- 1) ФЖЕЛ более 80%
- 2) ОФВ1 < 60%
- 3) ОФВ1 > 70%
- 4) ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%

32. Как Вы оцените выраженность одышки у пациента по шкале mMRC, если одышка беспокоит при быстрой ходьбе или подъеме на небольшое возвышение?

- 1) 1 степени - легкая
- 2) 2 степени - средне-тяжелая
- 3) 3 степени - тяжелая
- 4) 4 степени - очень тяжелая

33. Больного ХОБЛ с каким анамнезом Вы оцените как относящегося к группе высокого риска обострений и неблагоприятных исходов?

- 1) Одно обострение в течение предыдущего года, потребовавшего амбулаторного лечения
- 2) Одно или более обострение в течение предыдущего года, потребовавшего стационарного лечения
- 3) Имеющего 15 баллов по САТ-тесту
- 4) Имеющего ОФВ1 < 60%

34. Для эмфизематозного варианта ХОБЛ не характерно:

- 1) Астеническая конституция
- 2) Ослабленное дыхание
- 3) Резко сниженная толерантность к физической нагрузке
- 4) Раннее развитие правожелудочковой сердечной недостаточности

35. У больных ХОБЛ нередко отмечается следующая особенность течения ИБС

- 1) Трансмуральные инфаркты миокарда
- 2) Осложнение инфаркта миокарда разрывом сердца
- 3) Атипичное течение ИБС с доминированием одышки над болевым синдромом
- 4) Абдоминальный вариант болевого синдрома

36. Для оценки степени никотиновой зависимости используется

- 1) САТ-тест
- 2) АСQ тест
- 3) Тест Фагестрема

4) Шкала DECAF

37. Пациент, страдающий ХОБЛ, жалуется на одышку, которая заставляет делать остановки через несколько минут ходьбы по ровной поверхности. САТ 18 баллов. ОФВ1 после пробы с бронхолитиком 40% от должного. За предыдущий год перенес обострение, по поводу которого лечился в стационаре. Какой препарат Вы назначите для базисной терапии этого пациента?

- 1) Тиотропия бромид
- 2) Индакатерол
- 3) Тиотропия бромид/олодатерол
- 4) Будесонид

38. Выберите препарат для антибактериальной терапии неосложненного обострения ХОБЛ (редкие обострения, ОФВ1 65% от должного):

- 1) Пенициллин
- 2) Амоксициллин
- 3) Гентамицин
- 4) Цефазолин

39. Назначение комбинации ингаляционный глюкокортикостероид + длительно действующий β 2-агонист при базисной терапии ХОБЛ целесообразно

- 1) Во всех случаях при средне-тяжелом течении ХОБЛ
- 2) Во всех случаях при тяжелом и крайне-тяжелом течении ХОБЛ
- 3) У больных ХОБЛ с бронхиальной астмой в анамнезе и с эозинофилией крови (содержание эозинофилов в крови вне обострения более 300 клеток в 1 мкл)
- 4) При тяжелом течении ХОБЛ и недостаточном эффекте от применения комбинации длительно-действующего холинолитика и длительно-действующего β 2-агониста

40. Рофлумиласт применяется при ХОБЛ для

- 1) Уменьшения бронхиальной обструкции
- 2) Снижения риска обострений при тяжелом течении эмфизематозного варианта ХОБЛ
- 3) Снижения риска обострений при тяжелом течении бронхитического варианта ХОБЛ
- 4) Улучшения оксигенации крови

41. Антибиотики при обострении ХОБЛ назначаются

- 1) Обязательно всем больным с обострением
- 2) Пациентам с обострением ХОБЛ, имеющим усиление одышки, увеличение объема мокроты и усиление гнойного характера мокроты

- 3) Пациентам, у которых при бактериологическом анализе мокроты выделен патогенный микроорганизм
- 4) Только пациентам с факторами риска неблагоприятных исходов

42. Определенным диагнозом внебольничной пневмонии является при наличии у пациента

- 1) Рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани
- 2) Фокуса крепитации и/или мелкопузырчатых хрипов
- 3) Лейкоцитоза более 10 Г/л
- 4) Всех перечисленных отклонений от нормы

43. При каких пневмониях исследование мокроты с окраской по Граму не информативно?

- 1) Стафилококковой
- 2) Пневмококковой
- 3) Вызванной хламидиями
- 4) Вызванной клебсиеллой

44. Для стафилококковой пневмонии не характерно наличие

- 1) Высокой интоксикации
- 2) Лимфаденопатии
- 3) Пиопневмоторакса
- 4) Гнойной мокроты

45. Одним из критериев тяжелого течения пневмонии является:

- 1) Частота дыхания более 30 в минуту
- 2) Температура тела выше 38°
- 3) Количество лейкоцитов периферической крови выше 10,0 Г/л
- 4) Возраст моложе 25 лет

46. При нетяжелой внебольничной пневмонии у пациента 25 лет при подозрении на микоплазменную этиологию препаратом выбора является

- 1) Ампициллин
- 2) Кларитромицин
- 3) Гентамицин
- 4) Линкомицин

47. Какую комбинацию антибактериальных препаратов Вы назначите при тяжелой внебольничной пневмонии?

- 1) Цефазолин в/м + кларитромицин внутрь
- 2) Цефтриаксон в/в + гентамицин в/м
- 3) Цефотаксим в/в + азитромицин в/в

4) Ампициллин в/м + ципрофлоксацин в/в

48. Острый респираторный дистресс синдром может быть следствием

- 1) Сепсиса
- 2) Тяжелой внеплевральной травмы
- 3) Ингаляции токсичными газами
- 4) Всего перечисленного

49. Основным механизмом гипоксемии при остром респираторном дистресс синдроме является

- 1) Недостаток кислорода во вдыхаемом воздухе
- 2) Снижение диффузионной способности легких вследствие фиброзных изменений в легочной ткани
- 3) Внутрилегочный шунт справа налево, обусловленный перфузией заполненных экссудатом и ателектазированных альвеол
- 4) Недостаточное поступление воздуха в альвеолы вследствие воспаления слизистой бронхов и бронхоспазма

50. Нозокомиальная пневмония – это

- 1) Пневмония, развивающаяся в стационаре, независимо от сроков пребывания пациента в больнице
- 2) Пневмония, развивающаяся через 24 и более часов после госпитализации
- 3) Пневмония, развивающаяся через 48 и более часов после госпитализации
- 4) Пневмония, развивающаяся через 72 и более часов после госпитализации

51. Выберите препарат для эмпирической терапии поздней внутрибольничной пневмонии

- 1) Эртапенем
- 2) Меропенем
- 3) Цефтриаксон
- 4) Цефуроксим

52. Наиболее частыми этиологическими факторами при аспирационных пневмониях являются

- 1) Грам-положительные кокки
- 2) Грам-отрицательные бактерии
- 3) Анаэробные микроорганизмы
- 4) Легионеллы

53. Какой препарат применяется для лечения пневмоцистных пневмоний?

- 1) Имипенем
- 2) Ко-тримоксазол
- 3) Линезолид
- 4) Ванкомицин

54. Показанием для применения глюкокортикоидов при внебольничной пневмонии является

- 1) Тяжелое течение пневмонии
- 2) Рефрактерный септический шок
- 3) Острый респираторный дистресс синдром
- 4) Микоплазменная этиология пневмонии

55. Основное диагностическое исследование, которое позволяет подтвердить наличие бронхоэктазов и их локализацию

- 1) Аускультация легких
- 2) Бронхоскопия
- 3) Рентгенография органов грудной клетки
- 4) Компьютерная томография органов грудной клетки

56. Тракционные бронхоэктазы обычно выявляются при

- 1) Фиброзных изменениях в легочной ткани
- 2) Большом количестве вязкого бронхиального секрета
- 3) Первичной цилиарной дискинезии
- 4) Муковисцидозе

57. Из немедикаментозных методов лечения наиболее важное значение при бронхоэктатической болезни имеет

- 1) Иглорефлексотерапия
- 2) Электрофорез
- 3) Постуральный дренаж
- 4) Магнитотерапия

58. При обострении бронхоэктатической болезни, сопровождающемся отделением большого количества гнойной мокроты, Вы назначите

- 1) Амоксициллин
- 2) Джозамицин
- 3) Цефтазидим
- 4) Линкомицин

59. К оппортунистическим микозам относится

- 1) Гистоплазмоз
- 2) Бластомикоз
- 3) Кокцидиомикоз
- 4) Зигомикоз

60. К группе риска инвазивного аспергиллеза относятся

- 1) Больные острыми лейкозами
- 2) Больные ИБС
- 3) Пациенты с хроническим пиелонефритом
- 4) Пациенты с язвенной болезнью 12-перстной кишки

61. Какой иммунологический метод используется для ранней диагностики инвазивного аспергиллеза

- 1) Определение аспергиллезного галактоманана в крови
- 2) Определение антител IG G, специфических к *Aspergillus spp*
- 3) Определение антител IG E, специфических к *Aspergillus spp*
- 4) Тест торможения миграции макрофагов

62. Показанием к резекции легочной ткани при инвазивном аспергиллезе является

- 1) Очаги аспергиллеза угрожающие целостности легочной артерии
- 2) Двухстороннее поражение легких
- 3) Симптом полумесяца по данным компьютерной томографии
- 4) Обнаружение аспергиллезного галактоманана в крови

63. Наиболее частым рентгенологическим признаком при хроническом некротическом легочном аспергиллезе являются

- 1) Нижнедолевые легочные инфильтраты с выпотом в плевральной полости
- 2) Прогрессирующие верхнедолевые легочные инфильтраты с полостями, сочетающиеся с истончением плевры
- 3) Двухстороннее усиление и деформация легочного рисунка
- 4) Округлые тени в нижних долях легких

64. Наиболее частым осложнением при аспергиллезе легких является

- 1) Легочная гипертензия
- 2) Кровохарканье
- 3) Острая дыхательная недостаточность
- 4) Отек легких

65. Наиболее частые этиологические факторы острого бронхита

- 1) Стафилококки
- 2) Вирусы
- 3) Синегнойная палочка
- 4) Гемофильная палочка

66. Антибактериальная терапия при остром бронхите назначается

- 1) Всегда
- 2) При неосложненном остром бронхите
- 3) При осложненном бронхите (у лиц старше 65 лет, при наличии сопутствующей хронической патологии)
- 4) При повышении температуры тела выше 37,5°

67. Основной аускультативный признак при сухом плеврите

- 1) Влажные мелкопузырчатые хрипы

- 2) Сухие хрипы
- 3) Бронхиальное дыхание
- 4) Шум трения плевры

68. Транссудат наблюдается при

- 1) Парапневмоническом выпоте
- 2) Системной красной волчанке
- 3) Туберкулезе
- 4) Нефротическом синдроме

69. Транссудативный выпот отличается от экссудативного уровнем:

- 1) Белка
- 2) Триглицеридов
- 3) Эритроцитов
- 4) Ничем из перечисленного

70. Появление эозинофилов в плевральном выпоте при повторных плевральных пункциях указывает на возможность:

- 1) Узелкового периартериита
- 2) Паразитарного поражения
- 3) Грибкового поражения
- 4) Ничего из перечисленного

71. Гематокрит плеврального выпота 20% может отмечаться при

- 1) Тромбоэмболии легочной артерии
- 2) Гипотиреозе
- 3) Ревматоидном артрите
- 4) Застойной сердечной недостаточности

72. Повышение триглицеридов в плевральном выпоте указывает на

- 1) Транссудат
- 2) Хилоторакс
- 3) Псевдохилоторакс
- 4) Экссудат

73. Междолевой осумкованный плеврит на боковой рентгенограмме грудной клетки чаще имеет форму

- 1) Трапеции
- 2) Линзы
- 3) Кольца
- 4) Прямоугольника

74. Массивное пластинчатое или неравномерное бугристое утолщение плевры, обнаружение деструкции ребер на рентгенограммах характерно для

- 1) Экссудата
- 2) Транссудата
- 3) Хилоторакса
- 4) Мезотелиомы плевры

75. К «сильным» факторам риска тромбоэмболии легочной артерии относится

- 1) Протезирование тазобедренного сустава
- 2) Артериальная гипертензия
- 3) Тромбоз поверхностных вен
- 4) Сахарный диабет

76. Предрасполагающим фактором к тромбоэмболии легочной артерии является

- 1) Дефицит альфа1-антитрипсина
- 2) Мутация фактора V (Leiden)
- 3) Гиперпродукция иммуноглобулина А
- 4) Гипофибриногенемия

77. Наиболее частый симптом при тромбоэмболии легочной артерии

- 1) Кровохарканье
- 2) Кашель
- 3) Одышка
- 4) Боли в животе

78. Рецидивы тромбоэмболии легочной артерии могут проявляться

- 1) Повторными «пневмониями» неясной этиологии
- 2) Быстро преходящими сухими плевритами, экссудативным плевритом
- 3) Повторными немотивированными обмороками, коллапсами,
- 4) Всем перечисленным

79. Низкое значение Д-димера

- 1) С высокой степенью вероятности подтверждает диагноз тромбоэмболии легочной артерии
- 2) С высокой степенью вероятности исключает диагноз тромбоэмболии легочной артерии
- 3) Всегда наблюдается при инфаркте миокарда
- 4) Все перечисленное неверно

80. ЭхоКГ-признаки тромбоэмболии легочной артерии:

- 1) Дилатация легочной артерии
- 2) Легочная гипертензия
- 3) Значительное увеличение степени спадения нижней полой вены на вдохе

4) Верно 1) и 2)

81. Наиболее информативный метод инструментальной диагностики при подозрении на тромбоэмболию легочной артерии

- 1) ЭКГ
- 2) ЭхоКГ
- 3) Рентгенография грудной клетки
- 4) Спиральная компьютерная томография легких с контрастированием легочных сосудов

82. Введение гепарина при лечении тромбоэмболии легочной артерии проводят под контролем

- 1) Протромбинового индекса
- 2) МНО
- 3) АЧТВ
- 4) Длительности кровотечения

83. Показанием к назначению тромболитиков является

- 1) Любая тромбоэмболия легочной артерии
- 2) Тромбоэмболия легочной артерии с высоким риском смерти
- 3) Тромбоэмболия легочной артерии с промежуточным риском смерти
- 4) Тромбоэмболия легочной артерии с низким риском смерти

84. При проведении вторичной профилактики тромбоэмболии легочной артерии путем назначения варфарина МНО должно составлять

- 1) 1,0 - 2,0
- 2) 2,0 - 3,0
- 3) 3,0 - 4,0
- 4) 4,0 - 5,0

85. При острой тромбоэмболии легочной артерии уровень мозгового натрийуретического пептида отражает

- 1) Тяжесть нарушения функции правого желудочка
- 2) Выраженность повреждения миокарда
- 3) Время, прошедшее после эпизода эмболии
- 4) Выраженность повреждения левого желудочка

86. Если по клиническим данным подозревается тромбоэмболия легочной артерии невысокого риска (без шока и гипотонии), при этом вероятность тромбоэмболии по шкале Wells низкая, рекомендуемый первый метод диагностики

- 1) Электрокардиограмма
- 2) Эхокардиография
- 3) Определение Д-димера
- 4) Компьютерная томография высокого разрешения

87. Критерием наличия легочной гипертензии является повышение среднего давления в легочной артерии в условиях покоя по данным катетеризации правых камер сердца

- 1) Выше 10 мм рт.ст.
- 2) Выше 15 мм рт ст
- 3) Выше 25 мм рт.ст.
- 4) Выше 40 мм рт.ст.

88. Селективным вазодилиатирующим действием на сосуды малого круга обладает

- 1) Верапамил
- 2) Дилтиазем
- 3) Коринфар
- 4) Ингаляционный оксид азота

89. Заболевание, которое является определенным фактором риска развития легочной гипертензии

- 1) Аутоиммунный тиреоидит
- 2) Хронический гепатит
- 3) ВИЧ-инфекция
- 4) Гипертоническая болезнь

90. Для определения функциональной способности больных легочной гипертензией обычно используется

- 1) Тест 6-минутной ходьбы
- 2) Тест 10-минутной ходьбы
- 3) Велоэргометрия
- 4) Проба с бронходилататором при проведении спирометрии

91. Апноэ – это

- 1) Любая дыхательная пауза
- 2) Дыхательная пауза во время сна длительностью более 5 сек
- 3) Дыхательная пауза во время сна длительностью более 10 сек
- 4) Дыхательная пауза во время сна длительностью более 20 сек

92. Для идиопатического легочного фиброза характерны все перечисленные признаки, кроме

- 1) Неуклонно прогрессирующей одышки инспираторного типа
- 2) Непродуктивного кашля
- 3) Конечно-инспираторной крепитации
- 4) Внутригрудной аденопатии

93. Для бронхоальвеолярного лаважа при идиопатическом легочном фиброзе характерно

- 1) Увеличение числа лимфоцитов
- 2) Увеличение числа нейтрофилов
- 3) Уменьшение числа нейтрофилов
- 4) Уменьшение числа эозинофилов

94. Какой признак при компьютерной томографии является характерным для идиопатического легочного фиброза?

- 1) Участки консолидации субплеврально расположенные
- 2) Одиночные очаги
- 3) Преобладание симптома матового стекла
- 4) Сотовое легкое, преобладание изменений в кортикальный и базальных отделах легких

95. При клеточном варианте неспецифической интерстициальной пневмонии в жидкости бронхоальвеолярного лаважа отмечено

- 1) Увеличение числа лимфоцитов
- 2) Увеличение числа нейтрофилов
- 3) Уменьшение числа лимфоцитов
- 4) Уменьшение числа эозинофилов

96. Острое или подострое начало заболевания характерно для

- 1) Идиопатического легочного фиброза
- 2) Неспецифической интерстициальной пневмонии
- 3) Криптогенной организуемой пневмонии
- 4) Десквамативной интерстициальной пневмонии

97. В жидкости бронхоальвеолярного лаважа у больных десквамативной интерстициальной пневмонией основным клеточным элементом является

- 1) Нейтрофил
- 2) Альвеолярный макрофаг
- 3) Лимфоцит
- 4) Эозинофил

98. Легочная артериальная гипертензия наиболее часто встречается при

- 1) Системной красной волчанке
- 2) Системной склеродермии
- 3) Дерматомиозите
- 4) Ревматоидном артрите

99. Спонтанные пневмотораксы часто наблюдаются при

- 1) Саркоидозе легких
- 2) Альвеолярном протеинозе
- 3) Лангерганс-клеточном гистиоцитозе легких
- 4) Синдроме Гудпасчера

100. Наиболее частый симптом наблюдающийся при компьютерной томографии у пациентов с гиперчувствительным пневмонитом острого течения

- 1) «Матовое стекло»
- 2) «Сотовое легкое»
- 3) Консолидация
- 4) Плевральный выпот

101. У больных с бронхиальной астмой характерными аускультативными признаками являются

- 1) бронхиальное дыхание
- 2) притупление перкуторного звука
- 3) локальные влажные хрипы
- 4) сухие свистящие хрипы

102. Для оценки выраженности бронхиальной обструкции обычно используется показатель спирометрии

- 1) ЖЕЛ
- 2) ФЖЕЛ
- 3) ОФВ1
- 4) ОФВ1/ФЖЕЛ

103. Для рестриктивных нарушений функции внешнего дыхания характерно

- 1) ФЖЕЛ снижена, ОФВ1 в норме, ОФВ1/ФЖЕЛ повышено
- 2) ФЖЕЛ снижена, ОФВ1 снижен, ОФВ1/ФЖЕЛ в норме
- 3) ФЖЕЛ в норме, ОФВ1 снижен, ОФВ1/ФЖЕЛ снижено
- 4) ФЖЕЛ снижена, ОФВ1 снижен, ОФВ1/ФЖЕЛ снижено

104. Перед проведением бронходилатационного теста последний прием индакатерола должен быть до начала исследования не позднее

- 1) 6 часов
- 2) 8 часов
- 3) 12 часов
- 4) 24 часов

105. При проведении бронходилатационного теста с ипратропиума бромидом повторная спирометрия проводится после ингаляции препарата через

- 1) 5-10 мин
- 2) 15-20 мин
- 3) 30-45 мин
- 4) 60-75 мин

106. Для исследования гиперреактивности бронхов с помощью провокационных тестов может быть использован

- 1) Адреналин
- 2) Эфедрин
- 3) Метахолин
- 4) Эуфиллин

107. Снижение диффузионной способности легких отмечается при

- 1) Бронхиальной астме
- 2) Эмфиземе легких
- 3) Выраженном ожирении
- 4) Левожелудочковой недостаточности

108. У больного астмой 3-4 раза в неделю в дневное время возникают эпизоды затрудненного дыхания, которые купируются ингаляцией сальбутамола. Ночных пробуждений из-за астмы нет. Ограничений активности нет. Определите степень контроля астмы:

- 1) хорошо контролируемая
- 2) частично контролируемая
- 3) неконтролируемая
- 4) обострение

109. По данным мониторинга пиковой скорости выдоха (ПСВ) для бронхиальной астмы характерно

- 1) ПСВ периодически становится $< 80\%$ от должной, отмечается высокая вариабельность ПСВ (разница между утренней и вечерней ПСВ $> 20\%$)
- 2) ПСВ постоянно сохраняется на уровне низких значений ($< 50\%$ от должной)
- 3) ПСВ постоянно выше 80% от должного, низкая вариабельность ПСВ
- 4) ПСВ не изменяется после применения ингаляционных β_2 -агонистов

110. Монтелукаст положительно влияет не только на течение бронхиальной астмы, но и на течение

- 1) Аллергического ринита
- 2) Хронического гастрита
- 3) Хронического панкреатит
- 4) Хронического пиелонефрита

111. При одновременном применении с каким препаратом эффект теофиллина будет снижен

- 1) Амоксициллин
- 2) Цефотаксим
- 3) Меропенем
- 4) Рифампицин

112. К длительно действующим β 2-агонистам относится:

- 1) Тербуталин
- 2) Сальбутамол
- 3) Гексопреналин
- 4) Сальметерол

113. М-холинолитиком длительного действия является

- 1) Ипратропиум бромид
- 2) Формотерол
- 3) Тиотропиум бромид
- 4) Вилантерол

114. У больного бронхиальной астмой на фоне базисной терапии ингаляциями беклометазона в суточной дозе 500 мкг сохраняется потребность в β 2-агонистах короткого действия 2-3 раза в сутки ежедневно, суточные колебания ПСВ 30%. Ваша тактика:

- 1) Продолжить проводимую терапию без изменений
- 2) Увеличить дозу беклометазона
- 3) Назначить недокромил натрия
- 4) Добавить ингаляционные β 2-агонисты длительного действия

115. У больного, страдающего бронхиальной астмой, отмечается одышка в покое. Пациент сидит, наклонясь вперед, из-за одышки разговаривает отдельными словами. Частота дыхания 25 в минуту. В акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы. Выслушиваются громкие свистящие хрипы над всей поверхностью легких. Пульс 120 в минуту. После применения 4-х ингаляций сальбутамола ПСВ составляет 120 л/мин (при должной ПСВ 300 л/мин). SatO₂ 90%. Оцените тяжесть обострения астмы:

- 5) Легкое
- 6) Умеренно тяжелое
- 7) Тяжелое
- 8) Жизнеугрожающее

116. Остеоденситометрия показана больным бронхиальной астмой

- 1) Всем больным бронхиальной астмой независимо от возраста, пола, получаемой терапии
- 2) Всем больным бронхиальной астмой, получающим ингаляционные ГКС
- 3) Больным, принимающим более 6 мес пероральные ГКС в средней дозе \geq 7,5 мг/сут по преднизолону
- 4) Больным бронхиальной астмой, получающим антилейкотриеновые препараты

117. При одновременном применении с каким препаратом повышен риск передозировки теофиллина

- 1) Амоксициллин
- 2) Цефотаксим
- 3) Меропенем
- 4) Кетоконазол

118. При лечении тяжелого обострения бронхиальной астмы у беременной женщины целевые значения сатурации O₂

- 1) 86-88%
- 2) 90-92%
- 3) 92-93%
- 4) 94-98%

119. Беттолепсия наиболее часто наблюдается при

- 1) Пневмонии
- 2) Бронхиальной астме
- 3) Трахеобронхиальной дискинезии
- 4) Заглоточном абсцессе

120. Более чем у половины больных с синдромом Churg–Strauss выявляются

- 1) Антинуклеарные антитела
- 2) Антитела к цитоплазме нейтрофилов
- 3) Ревматоидный фактор
- 4) Антитела к тиреопероксидазе

121. Пациентка с бронхиальной астмой пользуется сальбутамолом 1-2 раза в неделю в дневное время для купирования симптомов, получает в качестве базисной терапии будесонид/формотерол 160/4,5 мкг по 1 ингаляции 2 раза в день. Ночных симптомов нет. Оцените степень тяжести бронхиальной астмы.

- 1) Легкая интермиттирующая
- 2) Легкая персистирующая
- 3) Средней тяжести
- 4) Тяжелая

122. При поллинозе нередко развивается сопутствующая пищевая аллергия на

- 1) Куриное яйцо
- 2) Мед
- 3) Молоко
- 4) Шоколад

123. Определить величину функциональной остаточной емкости легких можно при

- 1) Спирометрии
- 2) Пикфлоуметрии
- 3) Бодиплетизмографии
- 4) Эхокардиографии

124. Как можно снизить риск угнетения функции коры надпочечников на фоне длительного применения пероральных глюкокортикоидов при лечении тяжелой бронхиальной астмы?

- 1) Сочетание пероральных глюкокортикостероидов с ингаляционными
- 2) Прием системных глюкокортикостероидов после еды
- 3) Использование альтернирующей терапии
- 4) Прием пищи, богатой белками и кальцием, с уменьшенным содержанием легкоусвояемых углеводов

125. Стратегия лечения бронхиальной астмы единым ингалятором позволяет

- 1) Сократить частоту обострений астмы при меньшей стероидной нагрузке
- 2) Уменьшить частоту обострений астмы при большей дозе ингаляционных стероидов
- 3) Улучшить спирометрические показатели
- 4) Отказаться от необходимости элиминационных мероприятий

126. Омализумаб применяется в базисной терапии бронхиальной астмы на

- 1) 2 степени
- 2) 3 степени
- 3) 4 степени
- 4) 5 степени

127. Назовите безусловный фактор риска развития ХОБЛ:

- 1) Курение табака
- 2) Респираторные вирусные инфекции
- 3) Контакт с аллергенами
- 4) Холодный, влажный климат

128. Какой, из перечисленных микроорганизмов, наиболее часто вызывает обострения ХОБЛ?

- 1) Стафилококк
- 2) Гемофильная палочка
- 3) Синегнойная палочка
- 4) Клебсиелла

129. При низком стоянии диафрагмы и ослабленном дыхании можно думать о:

- 1) хроническом бронхите
- 2) ателектазе
- 3) пневмонии
- 4) эмфиземе легких

130. У пациента, страдающего хронической обструктивной болезнью легких, после проведения пробы с бронходилататором объем форсированного выдоха за 1 сек составил 60% от должного. Оцените степень тяжести ХОБЛ (выраженность бронхиальной обструкции):

- 5) Легкая
- 6) Средней тяжести
- 7) Тяжелая
- 8) Крайне тяжелая

131. Основным механизмом обструктивного синдрома, характерным для эмфиземы легких

- 1) Бронхоспазм
- 2) Воспалительные изменения бронхов
- 3) Увеличение количества и изменением реологических свойств секрета
- 4) Коллапс мелких бронхов на выдохе вследствие снижения и утраты легкими эластических свойств

132. Для оценки выраженности симптомов у больных ХОБЛ используются

- 1) Шкала одышки mMRC и САТ-тест
- 2) АСТ и MRC-5 тесты
- 3) CRB-65 шкала
- 4) Шкала SCORE

133. Как Вы оцените выраженность одышки у пациента по шкале mMRC, если одышка заставляет делать остановки при ходьбе на расстояние около 100 м или через несколько минут ходьбы по ровной поверхности?

- 1) 1 степени - легкая
- 2) 2 степени - средне-тяжелая
- 3) 3 степени - тяжелая
- 4) 4 степени - очень тяжелая

134. Для 2-й степени дыхательной недостаточности характерны следующие показатели SatO₂

- 1) 94-96%
- 2) 90-93%
- 3) 75-89%
- 4) < 75%

135. Для бронхитического варианта ХОБЛ не характерно:

- 1) Хрипы в легких
- 2) Похудание
- 3) Повышение гематокрита
- 4) Гипоксемия

136. Частичный агонист ацетилхолиновых никотиновых рецепторов, который используется для лечения никотиновой зависимости

- 1) Варениклин
- 2) Рофлумиласт
- 3) Зафирлукаст
- 4) Бупропион

137. Пациент, страдающий ХОБЛ, жалуется на одышку при быстрой ходьбе. САТ 8 баллов. ОФВ1 после пробы с бронхолитиком 60% от должного. За предыдущий год перенес 2 обострения, по поводу которых лечился амбулаторно антибиотиками, беродуалом, муколитиками. Какой препарат Вы назначите для базисной терапии этого пациента?

- 1) Формотерол
- 2) Тиотропиум бромид
- 3) Бекламетазона дипропионат
- 4) Флутиказона пропионат/сальметерол

138. Выберите препарат для антибактериальной терапии осложненного обострения ХОБЛ (частые обострения, ОФВ1 40% от должного):

- 1) Цефазолин
- 2) Ампициллин
- 3) Амоксициллин/клавуланат
- 4) Гентамицин

139. Для профилактики обострений ХОБЛ на фоне гриппа рекомендуется прежде всего

- 1) Профилактическое применение арбидола во время эпидемии грипп
- 2) Профилактическое применение озельтамивира во время эпидемии грипп
- 3) Избегать контактов с больными гриппом
- 4) Ежегодная противогриппозная вакцинация

140. Показанием к длительной кислородотерапии у больных ХОБЛ является

- 1) $PaO_2 < 55$ мм рт. ст. или $SatO_2 < 88\%$ в покое
- 2) $PaO_2 < 65$ мм рт. ст. или $SatO_2 < 92\%$ в покое
- 3) $PaO_2 < 70$ мм рт. ст. или $SatO_2 < 94\%$ в покое
- 4) $PaO_2 < 75$ мм рт. ст. или $SatO_2 < 96\%$ в покое

141. Муколитический препарат, который наряду со способностью снижать вязкость и адгезивность мокроты, повышает синтез сурфактанта

- 1) Ацетилцистеин
- 2) Эрдостеин
- 3) Амброксол
- 4) Карбоцистеин

142. Бактериологическое исследование мокроты при пневмониях информативно, если при микроскопии мокроты с окраской по Граму имеется

- 1) нейтрофилов более 25, плоского эпителия менее 10 в поле зрения
- 2) нейтрофилов менее 25, плоского эпителия более 10 в поле зрения
- 3) нейтрофилов более 25, плоского эпителия более 10 в поле зрения
- 4) нейтрофилов менее 25, плоского эпителия менее 10 в поле зрения

143. Кровохарканье чаще наблюдается при пневмонии, вызванной

- 1) Пневмококком
- 2) Клебсиеллой
- 3) Микоплазмой
- 4) Хламидией

144. Для микоплазменной пневмонии не характерно:

- 1) Вспышки заболевания в замкнутых коллективах
- 2) Более частое развитие заболевания у лиц молодого возраста
- 3) Начало заболевания с симптомов поражения верхних дыхательных путей
- 4) Осложнение плевритом

145. При нетяжелой внебольничной пневмонии у пациента 30 лет, не получавшего за последние 3 месяца антибиотики, без сопутствующих заболеваний препаратом выбора является

- 1) Ципрофлоксацин
- 2) Линкомицин
- 3) Амоксициллин
- 4) Гентамицин

146. При нетяжелой внебольничной пневмонии у пациента 65 лет на фоне ХОБЛ препаратом выбора является:

- 1) Азитромицин
- 2) Цефазолин
- 3) Эритромицин
- 4) Амоксициллина/клавуланат

147. Когда необходима смена препарата при отсутствии эффекта от антибактериальной терапии пневмонии?

- 1) Через 48-72 ч
- 2) Через 5 - 7 дней
- 3) Через 8 дней
- 4) После полного курса данного препарата

148. Для острого респираторного дистресс синдрома характерно PaO_2/FiO_2

- 1) ≤ 150 мм рт.ст
- 2) ≤ 250 мм рт.ст
- 3) ≤ 300 мм рт.ст
- 4) ≤ 400 мм рт.ст

149. О затяжном течении пневмонии говорят в тех случаях, когда на фоне улучшения клинической картины не удается достичь полного рентгенологического разрешения очагово-инфильтративных изменений в легких

- 1) Через 2 недели от начала заболевания
- 2) Через 2 недели от момента госпитализации
- 3) Через 3 недели от начала заболевания
- 4) Через 4 недели от начала заболевания

150. Поздняя внутрибольничная пневмония развивается не ранее

- 1) 3-го дня с момента госпитализации
- 2) 4-го дня с момента госпитализации
- 3) 6-го дня с момента госпитализации
- 4) 8-го дня с момента госпитализации

151. При нозокомиальной пневмонии, вызванной метициллин-резистентным стафилококком, препаратом выбора является

- 1) Линезолид
- 2) Оксациллин
- 3) Амоксициллина/клавуланат
- 4) Левофлоксацин

152. Выберите препарат для эмпирической терапии аспирационной внебольничной пневмонии

- 1) Меропенем
- 2) Оксациллин
- 3) Цефотаксим
- 4) Ципрофлоксацин

153. Выберите препарат для лечения инвазивного аспергиллеза легких

- 1) Меропенем

- 2) Флуконазол
- 3) Вориконазол
- 4) Доксциклин

154. Диагноз пневмонии весьма вероятен при уровне С-реактивного белка

- 1) < 20 мг/л
- 2) 20-50 мг/л
- 3) 50-80 мг/л
- 4) ≥ 100 мг/л

155. Какие микроорганизмы являются наиболее частыми этиологическими факторами при абсцессе легкого?

- 1) Пневмококки
- 2) Гемофильная палочка
- 3) Анаэробные микробы
- 4) Хламидии

156. Бронхоэктатическая болезнь может осложниться

- 1) Легочным кровотечением
- 2) Абсцессом легкого
- 3) Амилоидозом почек
- 4) Всем перечисленным

157. У пациентов с бронхоэктазами чаще, чем у остальных больных ХОБЛ, из мокроты выделяется следующий микроорганизм

- 1) Микоплазма
- 2) Кишечная палочка
- 3) Хламидия
- 4) Синегнойная палочка

158. Показанием к оперативному лечению бронхоэктатической болезни является

- 1) Легочные кровотечения
- 2) Пневмоторакс, не купируемый дренированием
- 3) Частые обострения процесса, не поддающиеся консервативному лечению
- 4) Все перечисленное

159. Заболевание, вызываемые грибами рода *Aspergillus*, связанное с гиперчувствительностью пациента

- 1) Аспергиллема легких
- 2) Аллергический бронхолегочный аспергиллез
- 3) Инвазивный легочный аспергиллез
- 4) Гнойный бронхит

160. Ранним признаком инвазивного аспергиллеза по данным спиральной компьютерной томографии у больных с высокой степенью риска является

- 1) Симптом ореола
- 2) Симптом полумесяца
- 3) Кольцевидная тень
- 4) Консолидация

161. Оценка эффективности антифунгальной терапии при инвазивном аспергиллезе, если не отмечено быстрого ухудшения состояния, проводится на

- 1) 1-2 сутки
- 2) 2-3 сутки
- 3) 4-7 сутки
- 4) 8-10 сутки

162. Наиболее часто фактором риска хронического некротического легочного аспергиллеза является

- 1) Бронхиальная астма
- 2) Хроническая обструктивная болезнь легких
- 3) Сахарный диабет
- 4) Язвенная болезнь 12-перстной кишки

163. Наиболее частым предрасполагающим фактором развития аспергиллемы легкого является

- 1) Бронхиальная астма
- 2) Хроническая обструктивная болезнь легких
- 3) Наличие предшествующей легочной полости
- 4) Хроническое заболевание почек

164. Основной препарат при лечении аллергического бронхолегочного аспергиллеза в острой стадии и фазе обострения

- 1) Преднизолон
- 2) Итраконазол
- 3) Флуконазол
- 4) Амфотерицин В

165. Для острого бронхита характерно наличие остро возникшего кашля, продолжающегося

- 1) Не более 1-2 недель
- 2) Не более 3-4 недель
- 3) Не менее 4 недель
- 4) Не более 2 месяцев

166. Препаратом выбора при остром бронхите микоплазменной этиологии является

- 1) Кларитромицин
- 2) Амоксициллин
- 3) Цефазолин
- 4) Линкомицин

167. Физикальный метод, имеющий наибольшее значение при дифференциальной диагностике плеврального выпота и уплотнения легочной ткани,

- 1) Осмотр
- 2) Аускультация
- 3) Перкуссия
- 4) Бронхофония

168. Экссудат отмечается при

- 1) Застойной сердечной недостаточности
- 2) Циррозе печени
- 3) Панкреатогенном плеврите
- 4) Гипотиреозе

169. Гематокрит плеврального выпота более 40% указывает на:

- 1) Парапневмонический плеврит
- 2) Опухолевое поражение
- 3) Тромбоэмболию легочной артерии
- 4) Гемоторакс

170. Преобладание лимфоцитов в плевральном выпоте характерно для:

- 1) Пневмонии
- 2) Тромбоэмболии легочной артерии
- 3) Синдрома Дресслера
- 4) Туберкулеза

171. Повышение холестерина в плевральном выпоте говорит о

- 1) Длительно текущем процессе
- 2) Хилотораксе
- 3) Транссудате
- 4) Гиперхолестеринемии

172. Плевральная пункция показана, если толщина слоя плевральной жидкости при положении больного в латеропозиции:

- 1) Более 2 мм

- 2) Более 5 мм
- 3) Более 1 см
- 4) Более 5 см

173. У больного мезотелиомой плевры в анамнезе часто отмечается контакт с

- 1) Асбестом
- 2) Кварцевой пылью
- 3) Органической пылью
- 4) Кислотами и щелочами

174. Из дополнительных методов исследования в диагностике плевральных выпотов наряду с рентгенологическими методами исследования наиболее важную роль играет

- 1) Ультразвуковое исследование
- 2) Исследование функции внешнего дыхания
- 3) Общий анализ мокроты
- 4) Бодиплнтизмография

175. К «сильным» факторам риска тромбоэмболии легочной артерии относится

- 1) Ожирение
- 2) Язвенная болезнь желудка
- 3) Перелом шейки бедра
- 4) Нефротический синдром

176. Основным источником тромбов для тромбоэмболии легочной артерии служит

- 1) Система верхней полой вены
- 2) Система нижней полой вены
- 3) Левые отделы сердца
- 4) Правые отделы сердца

177. Какой клинический признак не характерен для тромбоэмболии легочной артерии

- 1) Тахикардия
- 2) Артериальная гипертензия
- 3) Артериальная гипотензия
- 4) Акцент 2-го тона на легочной артерии

178. Скрининг на тромбофилию необходимо проводить

- 1) Пациентам моложе 50 лет с рецидивирующей идиопатической тромбоэмболией легочной артерии
- 2) Пациентам старше 60 лет с ИБС
- 3) Больным с повторными экссудативными плевритами

4) Больным с повторными пневмониями неясной этиологии

179. Положительный тропониновый тест

- 1) Никогда не бывает при тромбоэмболии легочной артерии
- 2) Можно наблюдать через 1–2 ч после развития тромбоэмболии легочной артерии
- 3) Может отмечаться через 6–12 ч после развития тромбоэмболии легочной артерии
- 4) Может быть через 48–72 ч после развития тромбоэмболии легочной артерии

180. Возможные рентгенологические изменения при тромбоэмболии легочной артерии

- 1) Периферические инфильтраты
- 2) Области обеднения легочного рисунка
- 3) Жидкость в плевральной полости
- 4) Все перечисленное верно

181. Диагностическая значимость перфузионной сцинтиграфии легких при подозрении на тромбоэмболию легочной артерии

- 1) Наличие дефектов перфузии всегда свидетельствует о наличии тромбоэмболии легочной артерии
- 2) Отсутствие дефектов перфузии при сцинтиграфии с высокой степенью вероятности исключает диагноз тромбоэмболии легочной артерии
- 3) Характерными для острой тромбоэмболии легочной артерии являются треугольная форма перфузионного дефекта и соответствие его анатомическим структурам — сегментам или долям легкого
- 4) Верно 2) и 3)

182. К низкомолекулярным гепаринам относится

- 1) Феноксафенадин
- 2) Эноксапарин
- 3) Тебантин
- 4) Дезлоратадин

183. Лечение пероральными антикоагулянтами – антагонистами витамина К - должно осуществляться под контролем

- 1) Времени свертывания крови
- 2) Международного нормализованного отношения
- 3) Длительности кровотечения
- 4) АЧТВ

184. Шкала оценки клинической вероятности ТЭЛА (индекс Wells) включает

- 1) Наличие симптомов тромбоза глубоких вен

- 2) Ишемическую болезнь сердца
- 3) Наличие инфаркта миокарда в анамнезе
- 4) Постоянную форму фибрилляции предсердий

185. Клиническими маркерами высокого риска тромбоэмболии легочной артерии являются

- 1) Шок, гипотония (систолическое АД <90 мм рт.ст. или снижение АД ≥ 40 мм рт.ст. в течение более 15 минут)
- 2) Тахипноэ более 30 дыхательных движений в минуту
- 3) Частота сердечных сокращений более 110 в минуту
- 4) Пиковая скорость выдоха менее 150 мл/мин

186. Антикоагулянт, который может использоваться как монотерапия и для начального этапа лечения, и для долгосрочной профилактики тромбоэмболии легочной артерии

- 1) Варфарин
- 2) Ривароксабан
- 3) Дабигатран
- 4) Аргатробан

187. Возможными аускультативными находками при легочной гипертензии могут быть

- 1) Акцент второго тона на легочной артерии
- 2) Шум недостаточности легочного клапана
- 3) Шум трикуспидальной недостаточности
- 4) Все перечисленное

188. Пробу с вазодилататорами при легочной гипертензии считают положительной при увеличении или неизменной величине сердечного выброса и снижении среднего давления в легочной артерии

- 1) Более чем на 5 мм рт.ст.
- 2) Более чем на 10 мм рт.ст.
- 3) Более чем на 15 мм рт.ст.
- 4) Более чем на 20 мм рт.ст.

189. Для больных идиопатической артериальной легочной гипертензией характерно

- 1) Снижение диффузионной способности легких
- 2) Повышение диффузионной способности легких
- 3) Значительное снижение ФЖЕЛ
- 4) Значительное снижение ОФВ1

190. Препарат, для которого была показана клиническая польза при хронической тромбоэмболической легочной гипертензии:

- 1) Силденафил
- 2) Бозентан
- 3) Риоцигуат
- 4) Оксид азота

191. Для синдрома апноэ во сне характерно

- 1) Частота эпизодов апноэ 3 и более за 1 час или индекс апноэ-гипопноэ не менее 5-9
- 2) Частота эпизодов апноэ 5 и более за 1 час или индекс апноэ-гипопноэ не менее 10-15
- 3) Частота эпизодов апноэ не менее 10 за 1 час или индекс апноэ-гипопноэ не менее 20
- 4) Частота эпизодов апноэ не менее 15 за 1 час или индекс апноэ-гипопноэ не менее 25

192. К идиопатическим интерстициальным пневмониям, связанным с курением относится

- 1) Лимфоидная интерстициальная пневмония
- 2) Неспецифическая интерстициальная пневмония
- 3) Десквамативная интерстициальная пневмония
- 4) Криптогенная организуемая пневмония

193. Одним из ранних признаков заболевания при идиопатическом легочном фиброзе является

- 1) Снижение ОФВ1
- 2) Снижение ОФВ1/ФЖЕЛ
- 3) Снижение диффузионной способности легких
- 4) Гиперкапния

194. Препарат, который эффективно замедляет прогрессирование идиопатического легочного фиброза

- 1) Преднизолон
- 2) Азатиоприн
- 3) Колхицин
- 4) Нинтеданиб

195. Морфологическая картина, соответствующая паттерну неспецифической интерстициальной пневмонии, может наблюдаться при

- 1) Системных заболеваниях соединительной ткани
- 2) Бактериальной пневмонии
- 3) Раке легкого
- 4) Вирусной пневмонии

196. При криптогенной организуемой пневмонии пораженные альвеолы заполнены

- 1) Экссудатом
- 2) Скоплениями нейтрофилов
- 3) Скоплениями лимфоцитов
- 4) Полиповидной грануляционной тканью

197. К синдрому Hamman-Rich в настоящее время относится

- 1) Идиопатический легочный фиброз
- 2) Острая интерстициальная пневмония
- 3) Неспецифическая интерстициальная пневмония
- 4) Криптогенная организуемая пневмония

198. Двухсторонний экссудативный плеврит в сочетании с перикардитом наиболее часто наблюдается при

- 1) Системной красной волчанке
- 2) Системной склеродермии
- 3) Дерматомиозите
- 4) Ревматоидном артрите

199. Заболевание, которое встречается только у женщин

- 1) Идиопатический гемосидероз легких
- 2) Лимфангиолейомиоматоз легких
- 3) Альвеолярный протеиноз
- 4) Лангерганс-клеточный гистиоцитоз легких

200. Первичная цилиарная дискинезия наблюдается при

- 1) Синдроме Картагенера
- 2) Синдроме МакЛеода
- 3) Синдроме Мунье-Куна
- 4) Синдроме Вильямса-Кемпбелла