

**Тестовый контроль
по специальности «пульмонология»
вторая категория**

1. Врачу-пульмонологу чаще всего приходится сталкиваться со следующими вариантами пороков развития легкого
 - 1) агенезией и аплазией всего органа или его части
 - 2) простой и кистозной гипоплазией всего органа или его части
 - 3) врожденными единичными и множественными кистами легкого
 - 4) нарушением строения стенки бронхов (бронхомегалия, дизонтогенетические бронхоэктазы)
 - 5) внутри- и внедолевой секвестрацией легкого
 - 6) артериовенозной аневризмой

2. Гипоплазия легкого - это
 - а) недоразвитие отдельных анатомических структур всего органа или его части (доли, сегмента, дольки)
 - б) недоразвитие во всем легком или в его части стенки воздухоносных путей при нормально сформированных остальных анатомических структурах
 - в) недоразвитие основных анатомических структур (бронхов, сосудистой системы и респираторного отдела) всего легкого или его части

3. Кистозная гипоплазия легкого - это
 - а) множественные врожденные полости в легком
 - б) недоразвитие всех основных анатомических структур легкого или его части с формированием из недоразвитых бронхов кистозных полостей
 - в) неправильное формирование воздухоносных путей с образованием из них полостей во всем легком или в его части - доле, сегменте, субсегменте
4. Простая гипоплазия легкого - это
 - а) недоразвитие всех анатомических структур целого органа или его части
 - б) недоразвитие всего органа или его части с замещением фиброзной тканью
 - в) недоразвитие основных анатомических структур всего органа или его части, не сопровождающееся образованием из воздухоносных путей множественных тонкостенных, содержащих воздух или жидкость, полостей

5. При гипоплазии легкого недоразвитые его участки
 - а) мясистые, лишены воздушности и не содержат более или менее правильно сформированных анатомических структур
 - б) местами содержат более или менее правильно сформированные структуры легкого

6. Врожденные кисты легкого - это
 - а) порок развития бронхов, проявляющийся образованием в легком полостей, содержащих воздух или жидкость
 - б) порок развития бронхиального дерева на любом его отрезке (крупные или мелкие бронхи), характеризующийся формированием полостей, выстланных бронхиальным эпителием и содержащих воздух или жидкость
 - в) порок развития мелких бронхов или бронхиол, характеризующийся образованием единичных или множественных разного размера полостей, выстланных бронхиальным эпителием и содержащих воздух или жидкость

7. Дизонтогенетические аномалии трахеи и бронхов характеризуются нарушением формирования их стенок и включают все перечисленное кроме

- а) трахеобронхомегалии
 - б) бронхоэктазов
 - в) синдрома Вильямса - Кемпбелла (гипо- или аплазии хрящей сегментарных бронхов и их ветвей, сопровождающейся сужением просвета бронхов на выдохе и расширением его на вдохе)
 - г) трахеобронхомалиции
 - д) кистозной гипоплазии легкого
8. При гипоплазии целого легкого или его большей части физикальные методы исследования позволяют обнаружить все перечисленное, кроме
- а) уменьшения размеров одной половины грудной клетки
 - б) сколиоза позвоночника
 - в) смещения органов средостения в сторону гипоплазированного легкого
 - г) более высокого расположения купола и ограничения подвижности диафрагмы на стороне гипоплазированного легкого
 - д) эмфиземы легкого со смещением органов средостения в "здоровую" сторону
9. Гипоплазия легкого (простая и кистозная), врожденные бронхоэктазы и кисты легкого при отсутствии инфекционных осложнений клинически протекают
- а) с функциональными расстройствами (одышка, тахикардия)
 - б) с нерезко выраженными признаками интоксикации
 - в) бессимптомно
10. Простая или кистозная гипоплазия легкого, кисты легкого при осложнении инфекционным процессом протекают с клиническими признаками
- а) бронхита
 - б) пневмонии
 - в) легочного нагноения
 - г) всего перечисленного
 - д) верно б) и в)
11. Дизонтогенетические аномалии стенки бронха при присоединении инфекции (неспецифической, туберкулезной, грибковой) протекают с клиническими признаками
- а) диффузного поражения бронха в стадии обострения
 - б) локального бронхита
 - в) бронхоэктатической болезни в стадии обострения
 - г) верно б) и в)
 - д) всего перечисленного
12. Компьютерная томография органов грудной полости при неосложненных инфекцией пороках развития легких
- а) обычно не выявляет никакой патологии
 - б) обнаруживает изменения, которые удастся отличить от приобретенной патологии легких
 - в) выявляет изменения в легких, но для уточнения их характера требуется проведение бронхоскопии и бронхографии, а также изучение сосудистой системы легких (радионуклидное сканирование, ангиопульмонография)
 - г) может выявить столь незначительные изменения в легких, которые принимаются за вариант нормы и не регистрируются
13. Осложненный инфекцией порок развития легкого требует проведения компьютерной томографии легких, бронхологического обследования и нередко

изучения сосудистой системы легкого для дифференциальной диагностики со следующими заболеваниями

- а) пневмонией
- б) острым и хроническим абсцессом легкого
- в) раком легкого
- г) туберкулезом, грибковыми и паразитарными заболеваниями легких

14. К генетически детерминированным заболеваниям легких относится

- а) саркоидоз
- б) муковисцидоз и дефицит α 1-антитрипсина
- в) гамартохондрома

15. К заболеваниям с наследственным предрасположением относятся все перечисленные, кроме

- а) сахарного диабета
- б) пневмонии
- в) бронхиальной астмы
- г) легочного протеиноза
- д) туберкулеза

16. Для муковисцидоза характерны все перечисленные клинико-лабораторные признаки, кроме

- а) упорного кашля с трудно отделяемой мокротой
- б) увеличения периферических и внутригрудных лимфатических узлов
- в) повышенной вязкости мокроты
- г) нейтрального жира в кале
- д) пальцев рук, имеющих форму барабанных палочек, с ногтями в виде часовых стекол

17. Достоверным диагностическим признаком муковисцидоза является

- а) воспалительно измененная гемограмма
- б) повышенное содержание ионов натрия и хлора в потовой жидкости
- в) повышенное содержание сахара в крови
- г) иммунодефицит

18. Клинико-лабораторные проявления муковисцидоза обусловлены всем перечисленным, кроме

- а) изменений реологических свойств крови
- б) кистозной фиброзы поджелудочной железы
- в) нарушений клеточного звена иммунитета
- г) несостоятельности мукоцилиарного аппарата
- д) врожденных бронхоэктазов

19. Дефицит α 1-антитрипсина клинически чаще всего проявляется

- а) пневмониями
- б) бронхитами
- в) гормонорезистентной бронхиальной астмой

20. Основной причиной возникновения острого бронхита у пациентов общей лечебной сети является

- а) вдыхание газов и аэрозолей, раздражающих слизистую оболочку воздухоносных путей

- б) переохлаждение
- в) вирусно-бактериальная инфекция
- г) курение

21. Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов, обычно сочетается с трахеитом (трахеобронхитом) и характеризуется

- а) отсутствием или незначительно выраженными признаками интоксикации
- б) умеренно выраженными признаками интоксикации
- в) одышкой
- г) болями за грудиной, чувством саднения в груди
- д) вначале сухим надсадным, а затем с незначительным количеством мокроты кашлем
- е) вначале преимущественно сухим кашлем, а затем с мокротой
- ж) жестким дыханием, отсутствием хрипов в легких
- з) жестким дыханием и непостоянными сухими хрипами в легких

22. Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов характеризуется
- 1) отсутствием или незначительными признаками интоксикации
 - 2) умеренно выраженными признаками интоксикации
 - 3) одышкой
 - 4) болями за грудиной, чувством саднения в груди
 - 5) сухим надсадным, а затем с очень незначительным количеством мокроты кашлем
 - 6) вначале преимущественно сухим, а затем влажным кашлем
 - 7) отсутствием хрипов в легких
 - 8) жестким дыханием, нередко с единичными сухими хрипами
23. Лечение острого бронхита проводится обычно
- а) в амбулаторных условиях
 - б) в стационаре
 - в) сначала амбулаторно, а затем в стационаре
24. Тактика лечения острого бронхита определяется с учетом
- а) этиологии и патогенеза заболевания
 - б) преимущественной локализации воспалительного процесса
 - в) фазы воспалительного процесса, наличия или отсутствия вторичной инфекции
 - г) верно б) и в)
 - д) всего перечисленного
25. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит) в первой фазе течения (до появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств
- 1) обезболивающих
 - 2) подавляющих кашель
 - 3) противовоспалительных
 - 4) разжижающих мокроту
(муколитики, стимуляторы сурфактантной системы)
 - 5) бронхоспазмолитиков, антибактериальных
26. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов в первой фазе течения (до появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств
- 1) обезболивающих
 - 2) подавляющих кашель
 - 3) противовоспалительных
 - 4) разжижающих мокроту
(муколитики, стимуляторы сурфактантной системы)
 - 5) бронхоспазмолитиков
 - 6) антибактериальных и антисептических
27. Показанием к общей антибактериальной терапии при остром бронхите служит
- а) тяжелое клиническое течение заболевания
 - б) появление гнойной мокроты
28. Прогноз при остром бронхите, протекающем с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит)

- а) благоприятный
- б) благоприятный в большинстве случаев, возможно осложнение пневмонией
- в) благоприятный в большинстве случаев, имеется риск затяжного течения
- г) благоприятный в большинстве случаев, возможен переход в хронический бронхит
- д) благоприятный в большинстве случаев, возможна трансформация в бронхоэктатическую болезнь

29. Прогноз при остром бронхите, протекающем с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов, как правило

- а) благоприятный
- б) благоприятный, но иногда заболевание осложняется пневмонией
- в) благоприятный, но возможно затяжное течение и переход в хронический бронхит
- г) благоприятный, но имеется риск трансформации заболевания в бронхоэктатическую болезнь

30. Показанием к рентгенологическому обследованию больного с острым бронхитом для исключения у него бронхопневмонии служит

- а) нарастание тяжести клинического течения заболевания
- б) выявление при физикальном исследовании укорочения перкуторного звука и влажных хрипов на ограниченном участке легких
- в) увеличение содержания лейкоцитов в периферической крови и СОЭ
- г) сохранение лихорадки на фоне лечения в течение более, чем 3 дней

31. У молодых людей (до 30-35 лет) более частой причиной ХОБЛ является

- а) повторная вирусно-бактериальная инфекция
- б) воздействие промышленных газов и аэрозолей
- в) курение
- г) врожденная функциональная недостаточность мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей

32. ХОБЛ в юношеском и пожилом (до 70 лет) возрасте чаще болеют

- а) мужчины
- б) женщины

33. В возрасте старше 70 лет хроническим бронхитом чаще болеют и умирают от него

- а) мужчины
- б) женщины

34. Острое раздражение слизистой оболочки бронхов характеризуется

- а) сильным сухим кашлем
- б) кашлем с трудноотделяемой вязкой мокротой
- в) рассеянными сухими хрипами в легких
- г) кратковременностью проявления симптомов, исчезновением их после прекращения контакта с раздражителем

35. Возникновению ХОБЛ способствует

- а) курение, воздействие промышленных поллютантов, неблагоприятных климатических факторов
- б) патология опорно-двигательного аппарата (сколиоз позвоночника, болезнь Бехтерева)
- в) хронические заболевания верхних дыхательных путей
- г) наследственное предрасположение к заболеванию легких

36. Клиническая симптоматика ХОБЛ определяется
- а) стадией заболевания
 - б) фазой течения заболевания (обострение, ремиссия)
 - в) осложнениями
 - г) преимущественной локализацией поражения
37. Сухой кашель при ХОБЛ обусловлен
- а) воспалением слизистой оболочки крупных бронхов
 - б) воспалением слизистой оболочки мелких бронхов
 - в) повышенной чувствительностью рефлексогенных зон слизистой оболочки крупных бронхов
 - г) гипертрофией слизистой оболочки бронхов
 - д) атрофией слизистой оболочки бронхов и обнаружением в ней нервных окончаний
38. Кашель с мокротой при ХОБЛ свидетельствует о нарушении мукоцилиарного транспорта, зависящего от следующих факторов
- а) количества и функциональной активности клеток реснитчатого эпителия слизистой оболочки бронхов
 - б) количественных и качественных характеристик секрета слизистых желез бронхов
 - в) функции сурфактантной системы легкого
 - г) от всех перечисленных
 - д) верно а) и б)
39. Эффективность мукоцилиарного транспорта зависит от следующих характеристик трахеобронхиальной слизи
- а) количества
 - б) эластичности
 - в) вязкости
40. При ХОБЛ соотношение геля и золя в мокроте
- а) меняется в сторону увеличения слоя геля
 - б) меняется в сторону увеличения слоя золя
 - в) не меняется
41. При ХОБЛ механизм бронхоспазма определяется
- а) снижением активности медиаторов симпатической нервной системы
 - б) преобладанием активности медиаторов парасимпатической нервной системы
 - в) и тем, и другим
42. Бронхиальная обструкция выявляется с помощью
- а) спирометрии
 - б) бронхоскопии
 - в) исследования газов крови
43. Простейшим прибором для определения бронхиальной обструкции является
- а) спирометр
 - б) пикфлоуметр
 - в) плетизмограф

44. Обратимость бронхиальной обструкции подтверждается
а) результатами спирогографического исследования с применением 2-адреностимуляторов и холинолитических средств
б) устранением признаков обострения заболевания
45. К обратимым компонентам бронхиальной обструкции относят все перечисленные, кроме
а) спазма бронхов
б) воспалительного отека слизистой оболочки бронхов
в) нарушения функции мукоцилиарного аппарата бронхов
г) стеноза и облитерации просвета бронхов, а также экспираторного их коллапса
46. Степень обструкции воздухоносных путей коррелирует
а) с интенсивностью кашля и количеством выделяемой мокроты
б) с интенсивностью дыхательных шумов над легкими и сухих хрипов
в) с данными спирографии
г) верно б) и в)
д) со всем перечисленным
47. Экспираторный коллапс стенки мембранных бронхов и бронхиол приводит
а) к появлению сухих хрипов в легких
б) к возникновению приступов удушья
в) к развитию центриацинарной эмфиземы и буллезной дистрофии легкого
48. При ХОБЛ клиническая симптоматика определяется
а) бронхоспазмом
б) воспалением слизистой оболочки бронхов и нарушением мукоцилиарного транспорта
в) инфекцией
г) всем перечисленным
д) верно б) и в)
49. Осложнениями ХОБЛ являются все перечисленные, кроме
а) расширения и деформации бронхиол и мелких бронхов
б) очагового и диффузного пневмоторакса
в) центриацинарной и буллезной эмфиземы легких
г) облитерации мелких сосудов малого круга кровообращения и гипертрофии стенки правого желудочка сердца
д) долевого и сегментарного пневмоцирроза
50. Осложнениями ХОБЛ являются все перечисленные, кроме
а) кровохарканья
б) легочного кровотечения
в) пневмония
г) дыхательной недостаточности и хронического легочного сердца
д) спонтанного пневмоторакса и тромбоэмболии
51. К гипертензии в малом круге кровообращения при ХОБЛ ведет все перечисленное, кроме
а) спазма мелких сосудов малого круга кровообращения, обусловленного нарушением равномерности вентиляции паренхимы легкого

- б) облитерации мелких сосудов малого круга кровообращения вследствие развития пневмосклероза
- в) облитерации и коллабирования сосудов малого круга кровообращения при центриацинарной эмфиземе легких и образовании булл в легких
- г) повышенной эластичности стенок крупных сосудов малого круга кровообращения

52. У больных ХОБЛ решающую роль в возникновении тромбоза легочной артерии играет

- а) дыхательная недостаточность и гипоксия
- б) нарушение гемодинамики в малом круге кровообращения
- в) полицитемия и повышение свертываемости крови

53. Больные ХОБЛ чаще всего умирают от присоединившихся

- а) пневмонии и легочного нагноения
- б) пневмонии и легочно-сердечной недостаточности
- в) легочно-сердечной недостаточности и легочного кровотечения

54. Самыми частыми инфекционными агентами, вызывающими обострение ХОБЛ, являются

- а) пневмококк
- б) гемофильная палочка
- в) стафилококк
- г) стрептококк
- д) ассоциация стафилококков и анаэробных неспорообразующих микроорганизмов

55. Показанием к антибактериальной терапии при ХОБЛ является

- а) обострение заболевания, сопровождающееся появлением хрипов в легких
- б) обострение заболевания, сопровождающееся усилением кашля и увеличением количества выделяемой мокроты
- в) обострение заболевания, сопровождающееся сильным кашлем и признаками бронхоспазма
- г) обострение заболевания, сопровождающееся признаками развития инфекционного процесса

56. Клиническими признаками развития инфекционного осложнения ХОБЛ является все перечисленное, кроме

- а) интоксикации
- б) гнойного характера мокроты
- в) физикальной и рентгенологической симптоматики бронхопневмонии
- г) усиления кашля, увеличения количества мокроты, появления бронхоспазма

57. При назначении больному ХОБЛ антибактериальных средств, выборе их дозы и метода введения следует учитывать

- а) характер микрофлоры трахеобронхиального секрета и ее чувствительность к химиотерапевтическим препаратам
- б) концентрацию избранного средства, которую необходимо создать в бронхиальной слизи
- в) переносимость препарата больным

58. Для пневмонии, осложнившей течение ХОБЛ, характерно

- а) возникновение вслед за обострением бронхита
- б) частое отсутствие локальной физикальной симптоматики
- в) поражение нескольких сегментов в глубине легкого

г) склонность к затяжному течению и рецидивам

59. Рентгенологическое исследование легких у больных с клиническими признаками ХОБЛ выявляет все перечисленные изменения, кроме

а) цирроза целого легкого или его доли

б) диффузной, но неравномерной эмфиземы легких

в) неравномерного пневмосклероза с избыточным деформированным легочным рисунком

г) расширенных крупных легочных сосудов

д) измененной конфигурации сердечной тени (капельное или легочное сердце)

60. ФБС, произведенная при клинических признаках хронического бронхита, выявляет все перечисленное, кроме

а) нормальной картины слизистой оболочки воздухоносных путей

б) резкой деформации просвета бронхов с вдавлениями в их просвет утолщенных и уродливо сформированных хрящей, бледности слизистой оболочки бронхов

в) утолщенной, гиперемированной слизистой оболочки бронхов со сглаженностью контуров хрящей при наличии комочков слизистой или слизисто-гнойной мокроты в просвете бронхов (гипертрофический бронхит)

г) истонченной и бледной слизистой оболочки бронхов с четко видимыми хрящами при наличии единичных комочков густой мокроты в просвете бронхов (атрофический бронхит)

д) резко гиперемированной и утолщенной слизистой оболочки бронхов со скоплением в их просвете большого количества гнойной мокроты (гнойный бронхит)

61. При ХОБЛ лечение больного должно проводиться

а) непрерывно

б) в период обострения заболевания

в) в период обострения заболевания и в виде профилактических курсов весной и осенью

62. При подборе перорального бронхоспазмолитического средства больному хроническим обструктивным бронхитом ОФВ1 определяют до введения препарата и после его приема

а) через 1 час

б) через 5 мин

в) через 15 мин

63. При подборе ингаляционного бронхоспазмолитического средства больному ХОБЛ исследуют ОФВ1 до введения препарата и после его ингаляции

а) через 1 час

б) через 5 мин

в) через 15 мин

64. При подборе бронхоспазмолитического средства для внутривенного введения больному ХОБЛ исследуют ОФВ1 до введения препарата и после инфузии

а) через 1 час

б) через 5 мин

в) через 15 мин

65. Для лечения больных ХОБЛ следует выбирать бронхоспазмолитические препараты со следующим сроком действия
- коротким
 - умеренным
 - продолжительным
66. Наиболее удобным в амбулаторных условиях методом введения бронхоспазмолитических средств, позволяющим подобрать оптимальную дозировку препарата, является
- парентеральный
 - пероральный
 - ингаляционный
67. В момент распыления бронхоспазмолитического средства из баллончика-ингалятора больной должен
- сделать резкий вдох
 - сделать медленный вдох (не более 0.5 л в 1 с)
 - задержать дыхание
68. После ингаляции бронхоспазмолитического средства из баллончика-ингалятора следует
- резко выдохнуть
 - медленно выдохнуть
 - задержать дыхание на 10 с
69. Использование насадки к баллончику-ингалятору для бронхоспазмолитических средств позволяет
- уменьшить число побочных реакций на ингалируемое лекарственное средство
 - в 1.5 раза повысить усвояемость лекарственных средств
 - обеспечить все перечисленное
70. К бронхорасширяющим препаратам группы β_2 -агонистов пролонгированного действия относят
- изадрин
 - формотерол
 - орципреналина сульфат
 - сальбутамол
71. Среди холинолитиков эффективнее всего устраняет бронхоспазм, воздействуя на рецепторы бронхиального дерева, и вызывает наименьшее число побочных реакций
- атропин
 - тиотропия бромид
 - апрофен
 - метацин
 - пропантелин бромид
72. К бронхорасширяющим препаратам группы производных пурина (метилксантины) пролонгированного действия относят
- теофиллин
 - теофедрин

- в) теопэк
- г) эуфиллин

73. Бронхорасширяющие препараты пуринового ряда при длительном применении могут вызывать следующие побочные реакции

- а) аллергические
- б) токсические
- в) связанные с кумуляцией препарата

74. При непрерывном применении в амбулаторных условиях бронхорасширяющих препаратов пуринового ряда необходимо

- а) осуществление постоянного врачебного контроля
- б) еженедельное посещение пациентом поликлиники
- в) осуществление ежемесячного врачебного контроля
- г) определение 1 раз в 6 мес концентрации препарата в крови (она не должна превышать 15 мкг/мл)

75. Показанием к назначению кортикостероидной терапии при ХОБЛ является

- а) тяжелое клиническое течение заболевания
- б) неэффективность лечения бронхоспазмолитическими средствами
- в) непереносимость бронхоспазмолитических средств
- г) все перечисленное
- д) верно б) и в)

76. Назначение антагонистов кальция при ХОБЛ оправдано следующими свойствами этих препаратов

- а) спазмолитическим действием на гладкую мускулатуру бронхов
- б) способностью вызывать дезагрегацию эритроцитов
- в) спазмолитическим действием на гладкую мускулатуру сосудов малого круга кровообращения

77. Лекарственные средства, обладающие симпатомиметическим эффектом, способствуют откашливанию мокроты благодаря

- а) снятию спазма мелких бронхов и снижению тонуса мускулатуры крупных бронхов
- б) стимуляции функции реснитчатого аппарата эпителия бронхиальной стенки
- в) разжижению мокроты
- г) уменьшению прилипания мокроты к стенке бронха

78. Препараты холинергического действия ухудшают откашливание мокроты, что обусловлено

- а) повышением тонуса гладкой мускулатуры бронхов
- б) торможением функции клеток реснитчатого эпителия бронхов
- в) повышением секреции трахеобронхиальной слизи

79. Затрудненное отделение мокроты может быть обусловлено всем перечисленным, кроме

- а) дегидратации мокроты при обезвоживании организма, приеме мочегонных средств
- б) усиления вязкости мокроты
- в) усиления прилипания мокроты к стенке воздухоносных путей
- г) размножения возбудителей вторичной инфекции в бронхиальной слизи
- д) замещения клеток призматического эпителия слизистой оболочки бронхов

бокаловидными

80. Гидратации мокроты и в связи с этим улучшению ее откашливания способствует
- а) обильное питье
 - б) ингаляции щелочных растворов
 - в) прием мукалтина
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленное
81. Вязкость мокроты уменьшается при назначении следующих препаратов
- а) разрушающих пептидные связи белков бронхиальной слизи
 - б) разрушающих сульфидные связи муцинов бронхиальной слизи
 - в) стимулирующих сурфактантную систему легких
 - г) верно а) и б)
 - д) всех перечисленных
82. К муколитическим средствам, разрушающим пептидные связи белков бронхиальной слизи, относят
- а) трипсин, химопсин
 - б) препараты бактериальных ферментов
 - в) производные тиолов – ацетилцистеин
 - г) стимуляторы сурфактантной системы легких (бромгексин, амброксол)
83. К средствам, разжижающим мокроту путем разрушения сульфидных связей, относят
- а) трипсин, химопсин
 - б) производные тиолов - ацетилцистеин
 - в) бромгексин (бисольвон), амброксол (ласольван)
84. К средствам, улучшающим откашливание мокроты путем повышения ее текучести (уменьшения прилипания) вследствие стимуляции сурфактантной системы легких, относят
- а) трипсин, химопсин
 - б) производные тиолов – ацетилцистеин
 - в) бромгексин (бисольвон), амброксол (ласольван)
85. Санаторно-курортное лечение больных ХОБЛ следует проводить с учетом периода заболевания и климатических факторов. Оно показано
- 1) в период обострения заболевания
 - 2) в период ремиссии заболевания
 - 3) в условиях высокогорья
 - 4) в условиях среднегорья и в равнинной местности
 - 5) в условиях морского влажного климата
 - 6) в условиях морского сухого или континентального климата
86. При ХОБЛ показано
- а) диспансерное наблюдение пациентов и непрерывное лечение вне зависимости от формы заболевания и фазы его течения
 - б) диспансерное наблюдение пациентов, непрерывное лечение лишь в случае обструктивного бронхита
 - в) диспансерное наблюдение пациентов при всех формах заболевания, непрерывное лечение только при обструктивном бронхите

г) диспансерное наблюдение пациентов, лечение простого и гнойного бронхита лишь в фазе обострения

87. Бронхиальной астме сопутствует

- а) гиперчувствительность бета-адренергической системы
- б) блокада альфа-адренергической системы
- в) гипотония холинергической системы
- г) нарушение равновесия альфа- и бета-адренергических систем

88. Бронхиальная обструкция при бронхиальной астме обусловлена

- а) бронхоспазмом
- б) воспалительным отеком слизистой оболочки бронхов
- в) закрытием просвета бронхов вязким секретом
- г) спадением мелких бронхов на выдохе

89. Более тяжело протекают следующие формы бронхиальной астмы

- а) атопическая астма и астма физического усилия
- б) эндогенная и аспириновая астма
- в) аспириновая астма и астма физического усилия
- г) астма физического усилия и эндогенная астма

90. Основными признаками атопической бронхиальной астмы служат

- а) острое начало, чаще легкое течение, относительно редкое и позднее развитие осложнений, относительно редкое возникновение астматического статуса
- б) постепенное начало, часто тяжелое течение, относительно частое и раннее развитие осложнений, частое возникновение астматического статуса

91. Основными признаками эндогенной бронхиальной астмы служат

- а) острое начало, чаще легкое течение, относительно редкое и позднее развитие осложнений, относительно редкое возникновение астматического статуса
- б) постепенное начало, часто тяжелое течение, относительно частое и раннее развитие осложнений, частое возникновение астматического статуса

92. Основу лечения бронхиальной астмы составляет

- а) элиминация причиннозначимого аллергена
- б) гипосенсибилизация
- в) предупреждение и лечение инфекций
- г) использование лекарственных препаратов

93. Наиболее достоверным клиническим признаком, указывающим на переход астматического статуса из I во II стадию, является

- а) прогрессирование одышки
- б) нарастание цианоза
- в) исчезновение ранее выслушиваемых сухих хрипов в легких
- г) повышение артериального давления

94. Наиболее достоверным признаком, указывающим на переход астматического статуса из II в III стадию, является

- а) прогрессирование одышки
- б) нарастание цианоза
- в) развитие выраженных психических нарушений
- г) тахикардия с нарушением ритма сердечных сокращений

95. При подозрении на пневмонию, вызванную клебсиеллой, могут быть назначены все перечисленные препараты, кроме

- а) цефазолин
- б) цефтриаксон
- в) амоксиклав
- г) флексид

96. При хроническом воспалении в неактивной фазе применяют все перечисленные методы, кроме

- а) амплипульстерапии
- б) диадинамической терапии
- в) парафино- и озокеритолечения
- г) ультразвуковой терапии
- д) электрического поля УВЧ

97. При острой пневмонии на 3-5-й день болезни можно назначить

- а) индуктотермию
- б) УВЧ-терапию
- в) франклинизацию
- г) радоновые ванны
- д) диадинамическую терапию

98. При бронхиальной астме с легким течением в период ремиссии назначают

- а) сульфидные ванны
- б) подводный душ-массаж
- в) электрофорез кальция
- г) УВЧ-терапию

99. Кто имеет право подписывать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства?

- А) гражданин, нуждающийся в медицинской помощи;
- Б) один из родителей;
- В) законный представитель гражданина;
- Г) медицинский работник;
- Д) все вышеперечисленные.

100. Какие виды экспертиз проводятся в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011г. №323-ФЗ?

- А) экспертиза временной нетрудоспособности;
- Б) экспертиза качества медицинской помощи;
- В) военно-врачебная экспертиза;
- Г) медико-социальная экспертиза;
- Д) экспертиза профессиональной пригодности;
- Е) экспертиза связи заболевания с профессией;
- Ж) судебно-медицинская;
- З) судебно-психиатрическая экспертиза;
- И) все вышеперечисленные.

101. На какой срок может выдать листок нетрудоспособности врач единолично?

- А). на срок не более 15 дней;
- Б) на срок не более 30 дней;

В) на весь срок нетрудоспособности.

102. Какие формы контроля качества и безопасности медицинской деятельности определены в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ?

- А) государственный контроль;
- Б) ведомственный контроль;
- В) внутренний контроль;
- Г) все вышеперечисленные.

103. Как часто может гражданин выбирать медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной помощи, в том числе по территориально-участковому принципу?

- А) не чаще чем два раза в год;
- Б) не чаще чем один раз в год;
- В) не чаще одного раза в 2 года.

104. Кто имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, отражающей состояние его здоровья?

- А) пациент и его законный представитель;
- Б) родственники;
- В) работодатели.

105. Каким Приказом в настоящее время утвержден порядок выдачи листков нетрудоспособности?

- А) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
- Б) приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.08.2007г. №514 «О порядке выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности»;
- В) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

106. Каким Приказом в настоящее время утверждена форма бланка листка нетрудоспособности?

- А) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
- Б) приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2011г. №347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»;
- В) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

107. Каким приказом утверждена Инструкция о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения?

- А) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
- Б) приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2011г. №347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»;
- В) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

108. Укажите основные принципы охраны здоровья граждан в Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- А) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- Б) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- В) приоритет охраны здоровья детей;
- Г) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- Д) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- Е) доступность и качество медицинской помощи;
- Ж) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- З) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- И) соблюдение врачебной тайны;
- К) всё вышеперечисленное.

109. Склонность к мутации у ВИЧ:

1. выражена;
2. слабо выражена;
3. не выражена.

110. Охарактеризуйте восприимчивость людей к ВИЧ-инфекции:

1. определяется генетическими, иммунологическими особенностями;
2. крайне низкая;
3. достаточно высокая.

111. Наименьшая концентрация ВИЧ определяется:

1. в крови;
2. во влагалищном секрете;
3. в околоплодных водах;
4. в грудном молоке.

112. Метод окончательного подтверждения серопозитивности к ВИЧ:

1. исследование сыворотки методом ИФА в 2-х тест системах;
2. выявление антигена с помощью иммунофлюоресцентных методов;
3. исследование сыворотки методом иммуноблота;
4. исследование методом полимеразной цепной реакции.

113. Укажите используемые в медицинской практике коды и показания для обследования на антитела к ВИЧ:

1. 108-доноры биологических жидкостей;
2. 104-лица с ЗППП;
3. 107-реципиенты биологических жидкостей.

114. Работники каких профессий, учреждений подлежат тестированию на ВИЧ:

1. медперсонал специализированных учреждений по ВИЧ-инфекции, связанный непосредственно с диагностикой, обследованием, лечением, обслуживанием ВИЧ-инфицированных;
2. инфекционисты, гематологи, медицинский персонал службы крови;
3. медперсонал родильных домов, отделений;
4. медперсонал хирургических стационаров и режимных кабинетов;
5. сотрудники клинико – диагностических лабораторий.

115. Какие отличия между ВИЧ-инфекцией и СПИДом:

1. ВИЧ-инфекция является причиной СПИДа;
2. для СПИДа, в отличие от ВИЧ-инфекции, лечение отсутствует;

3. нет отличий.

116. Наиболее частыми поражениями токсоплазменной этиологии у больных СПИДом является:

1. интерстициальная пневмония;
2. энтерит;
3. энцефалит;
4. миокардит.

117. Триада ВИЧ-деменции:

1. парестезии;
2. нарушение когнитивной функции;
3. двигательные расстройства;
4. вялая реакция зрачков на свет;
5. нарушение поведения;

118. Какие из перечисленных факторов увеличивают возможность заражения ВИЧ-инфекцией при половых контактах:

1. большое количество половых партнеров;
2. анальный секс;
3. гемоконтакт при половом акте;
4. неспецифические воспалительные заболевания мочеполовой системы;
5. сопутствующие ЗППП;
6. возраст партнера до 25 лет;
7. оральный секс.

119. Анонимное обследование на ВИЧ – инфекцию проводится в следующих случаях:

1. По желанию пациента;
2. При отсутствии у пациента документов удостоверяющих личность;
3. При обследовании пациента для получения сертификата об отсутствии ВИЧ - инфекции.

120. Пробы сыворотки до момента доставки в лабораторию могут храниться в ЛПУ:

1. До 1 суток при температуре +4-8 градусов С;
2. До 5 суток при температуре +4-8 градусов С;
3. До 7 суток при температуре +4-8 градусов С;
4. Несколько месяцев при температуре +4-8 градусов С.

121. При обследовании пациента с подозрением на внутривенное употребление наркотических средств в направлении указывается код:

1. 104;
2. 102;
3. 113.

122. При попадании биологической жидкости (крови) пациента на слизистую оболочку носа рекомендуется обработка:

1. 1% раствором протаргола, 0,05% раствором перманганата;
2. 2% раствором борной кислоты, 0,01% раствором перманганата;
3. Промыть водой.

123. В каких случаях антитела к ВИЧ могут не обнаруживаться в ИФА у ВИЧ – инфицированных лиц:

1. На ранних сроках инфицирования (первые 2 недели после заражения);

2. В терминальной стадии;
3. При грубых нарушениях сроков доставки сыворотки крови или нарушений условий хранения;
4. В период беременности.

124 . Причинами несвоевременного выявления туберкулеза являются

- а) дефекты в профилактической работе
- б) неполноценное обследование в поликлинике и стационаре
- в) небрежное отношение больного к своему здоровью
- г) незнание врачами общей сети "масок" туберкулеза (врачебные ошибки)
- д) все перечисленное

125 . Для своевременного выявления туберкулеза необходимо проводить

- а) массовые профилактические обследования населения на туберкулез
- б) обследование на туберкулез больных в общих и специализированных лечебных учреждениях
- в) регулярное и качественное обследование групп риска по туберкулезу
- г) санитарно-просветительную работу с населением
- д) все перечисленное

126. Возбудители туберкулеза относятся к виду

- а) бактерий
- б) грибов
- в) простейших
- г) вирусов

127. Жалобы больного туберкулезом

- а) специфичны для этого заболевания и позволяют по ним провести дифференциальную диагностику с другой легочной патологией
- б) имеют черты специфичности и позволяют заподозрить туберкулез органов дыхания
- в) неспецифичны и не позволяют с уверенностью судить о природе заболевания

128. Основными объектами исследования на микобактерии туберкулеза служат все перечисленные, кроме

- а) мокроты
- б) промывных вод бронхов
- в) пунктата из закрытых полостей
- г) мочи
- д) крови

129. Основными эпидемиологическими показателями, используемыми фтизиатром в своей работе, являются

- а) заболеваемость туберкулезом
- б) инфицированность и риск инфицирования населения микобактериями туберкулеза
- в) болезненность населения туберкулезом
- г) смертность от туберкулеза
- д) все перечисленное

130. Основными источниками туберкулезной инфекции для человека являются

- а) предметы окружающей среды
- б) продукты питания
- в) больной человек
- г) все перечисленное

131. Среди инфекционных заболеваний туберкулез, как причина, приведшая к летальному исходу, занимает

- а) 1-е место
- б) 5-е место
- в) 6-е место
- г) 8-е место

132. Группы риска подлежащие обследованию на туберкулез

- а) Лица, у которых при рентгенологическом обследовании обнаружены патологические изменения(очаговые, инфильтративные тени, полостные образования,

диссеминированные, диффузные изменения в легочной ткани, наличие жидкости в плевральной полости, увеличение внутригрудных лимфоузлов)

б) лица, имеющие симптомы: кашель, более 3 недель, боль в грудной клетке, кровохарканье, общая интоксикация более 2 недель с наличием лихорадки, потливость, потеря массы тела, быстрая утомляемость.

в) больные ВИЧ-инфекцией при наличии у них одного из следующих симптомов: кашель, лихорадка, потливость, снижение массы тела.

г) все перечисленное

133. Обязательным исследованием при подозрении на туберкулез в Общей лечебной сети является:

а) Исследование мокроты с окраской по Цилю-Нильсону (3хкратно), в течении 2 дней.

б) Обзорная рентгенография органов грудной клетки

в) диагностическая проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении

г) все перечисленное