

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего
образования
**Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.
Сеченова** Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)

Институт клинической
медицины
им. Н.В. Склифосовского
Кафедра пульмонологии

Методические материалы по дисциплине выбора:
Инновационные технологии в респираторной медицине
основная профессиональная образовательная программа высшего
образования - программа специалитета

КОД Наименование ОП - 31.05.01 "Лечебное дело"

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

ЗАДАЧА № 1

Мужчина 48 лет.

Жалобы: боль в правом плечевом суставе, слабость, кашель.

Анамнез: впервые боль в правом плечевом суставе возникла 3 месяца назад после физической нагрузки, занимался самолечением, боль становилась интенсивнее, появился кашель, стала нарастать слабость. Обследован в поликлинике по месту жительства, выявлена патология в легком.

Объективно: состояние удовлетворительное, резко ограничен объем движений в правом плечевом суставе, при пальпации выражена болезненность. Симптом Горнера (птоз, миоз, энофтальм).

Аускультативно: в верхнем отделе правого легкого ослабленное дыхание.

Рентгенологическая картина: в верхушечном сегменте верхней доли правого легкого узловое образование 4см в диаметре, неоднородной структуры, тесно прилежащее к грудной стенке, с деструкцией заднего отрезка II ребра на протяжении 3см, апикальная плевра неравномерно утолщена, углы образованные с ней острые, нижняя граница выпуклостью направлена вниз, поверхность мелкобугристая с лучистыми контурами. Увеличенных лимфатических узлов в корневой зоне и средостении не определяется.

Ваше заключение:

1. Туберкулема.
2. Рак Пенкоста.
3. Опухоль плевры.
4. Верхушечный осумкованный плеврит.

ЗАДАЧА № 2

Мужчина 53 лет.

Жалобы: кашель, кровохарканье, боль в правой половине грудной клетки, слабость.

Анамнез: больным себя считает в течение трех месяцев, когда появились кашель, температура до 38, слабость. В поликлинике по поводу пневмонии проводилась противовоспалительная терапия. Состояние улучшилось, температура нормализовалась, но при флюорографии выявлена патология в легком.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, перкуторно - справа сзади на уровне угла лопатки перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно - жесткое дыхание.

При рентгенологическом исследовании в верхушечном сегменте нижней доли (S6) правого легкого полостное образование 4,0 x 5,0 см с неравномерно утолщенными стенками. Внутренние контуры полости бухтообразные, подрытые. Наружные контуры нечеткие, лучистые, поверхность крупнобугристая. При томографическом исследовании виден дренирующий бронх (B6), стенки его неровные, просвет неравномерно сужен. В корневой зоне увеличенные лимфатические узлы до 1,5-2,0 см. Контрастированный барием пищевод на уровне бифуркации трахеи оттеснен влево и кзади.

Ваше заключение:

1. Острый абсцесс легкого.
2. Полостная форма периферического рака.
3. Туберкулема с распадом.
4. Эхинококкоз легкого.

ЗАДАЧА № 3

Женщина 54 лет.

Жалобы: кашель с обильным отделением мокроты, недомогание, одышка, боли в грудной клетке, слабость.

Анамнез: заболела 6 месяцев назад, после перенесенного ОРЗ стала отмечать кашель с мокротой, постепенно кашель усиливался, увеличивалось количество отделяемой мокроты. Позже присоединились слабость, боли в грудной клетке, постепенно теряла вес.

Объективно: состояние средней тяжести, пониженного питания. Кожные покровы бледные, легкий акроцианоз. Одышка до 36чд в мин, пульс 116 уд/мин, АД 150/90. При перкуссии: в нижних отделах легких неравномерное укорочение перкуторного звука. Аускультативно: разнокалиберные влажные хрипы.

На ЭКГ нагрузка на правые отделы сердца.

При рентгенологическом исследовании в нижних долях легких с обеих сторон и в средней доле справа участки неоднородного инфильтративного уплотнения легочной ткани неправильной формы местами с нечеткими контурами, инфильтрация из средней доли справа через междолевую щель распространяется на передний сегмент верхней доли, а слева - на язычковые сегменты. На фоне уплотнения прослеживаются просветы долевых и сегментарных бронхов. В корневых зонах и средостении увеличенных лимфатических узлов не определяется.

Ваше заключение:

1. Двусторонняя пневмония
2. Бронхиоло-альвеолярный рак.
3. Отек легкого.
4. Инфильтративной туберкулез легких.

ЗАДАЧА № 4

Мужчина 56 лет.

Жалобы на кашель, периодическое кровохарканье, слабость, похудание, боль в левой половине грудной клетки.

Анамнез: в течение 1,5 месяцев беспокоит надсадный, постепенно усиливающийся кашель, в последние дни присоединилось кровохарканье. Похудел на 5 кг. Появилась одышка при физической нагрузке.

Объективно: состояние удовлетворительное, АД 130/85 мм рт ст, пульс 86 уд/мин, ЧД 24.

Аускультативно слева в верхнем отделе ослабленное везикулярное дыхание.

При рентгенологическом исследовании верхняя доля левого легкого уменьшена в объеме, неоднородно уплотнена, легочный рисунок сгущен.. Верхнедолевой бронх конически сужен, стенки его неровные. Междолевая плевра смещена кверху. В корневой зоне и под дугой аорты увеличенные лимфатические узлы.

Ваше заключение:

1. Инфильтративный туберкулез.
2. Острая пневмония.
3. Центральный рак.
4. ТЭЛА.

ЗАДАЧА № 5

Мужчина 56 лет.

Жалобы на покашливание, слабость, повышенную утомляемость, боль в груди, одышку.

Анамнез: болен в течение двух месяцев, когда впервые появился легкий кашель и боль в груди. Постепенно присоединились слабость, одышка, утомляемость.

Объективно: состояние удовлетворительное, АД 125/80 мм рт ст, пульс 92 уд/мин, одышка до 26 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

На обзорной рентгенограмме в прямой проекции одностороннее расширение срединной тени. При томографическом исследовании отмечается увеличение лимфатических узлов паратрахеальной, трахеобронхиальной групп справа, сливающихся в единый конгломерат. Наружные контуры бугристые, нечеткие. В прилежащих отделах легочной ткани рисунок сгущен, деформирован. Верхнедолевой бронх оттеснен кнаружи, сужен, стенки его неровные.

При бронхоскопии ригидность правой стенки трахеи и правого главного бронха, резкая гиперемия и отек слизистой оболочки верхнедолевого бронха справа, легкая кровоточивость.

Ваше заключение:

1. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.
2. Лимфогранулематоз.
3. Медиастинальная форма рака легкого.
4. Саркоидоз.

ЗАДАЧА № 6

Мужчина 44 лет.

Жалоб не предъявляет.

При профилактическом осмотре выявлены изменения в правом легком.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. АД 130/90 мм рт ст, пульс 78 уд/мин, ЧД 16 в мин. Перкуторно сзади над правой лопаткой незначительное укорочение перкуторного звука. Аускультативно дыхание везикулярное.

При рентгенологическом исследовании субплеврально, во II сегменте верхней доли правого легкого, округлой формы образование 3,0 см в диаметре, неоднородной структуры, с глыбками обызвествлений в толще и по краю. Контуры четкие местами неровные. В прилежащих отделах легочной ткани на фоне деформированного рисунка различных размеров плотные очажки. Плевра на этом уровне утолщена. Видна тяжистая дорожка к корню легкого. В корне единичные обызвествленные мелкие лимфатические узлы.

Ваше заключение:

1. Периферический рак.
2. Туберкулема.
3. Шаровидная пневмония.
4. Гамартома.

ЗАДАЧА № 7

Женщина 32 лет

Жалобы: субфебрильная температура, слабость, потливость, особенно по ночам, кашель.

Анамнез: больной считает себя в течение 2х месяцев, когда появился кашель и стала отмечать субфебрильную температуру. Амбулаторно лечилась по поводу ОРЗ.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. АД 110/70 мм рт ст, пульс 76 уд/мин, ЧД 16. В легких дыхание везикулярное.

При рентгенологическом исследовании в верхушечном и заднем сегментах верхней доли правого легкого на фоне усиленного и деформированного рисунка различных размеров очажки уплотнения с нечеткими контурами. В остальных отделах легких без особенностей. Увеличенных лимфатических узлов в корневой зоне и средостении не определяется.

Ваше заключение:

1. Острая пневмония.
2. Очаговый туберкулез.
3. Метастазы злокачественной опухоли.
4. Саркоидоз.

ЗАДАЧА № 8

Мужчина 27 лет.

Жалобы на повышенную утомляемость, кашель, субфебрильную температуру, потливость.

Анамнез: больным себя считает в течение месяца, когда появился сухой кашель, периодически стал отмечать подъемы температуры до 37,5, присоединилась слабость и потливость по ночам, за последний месяц и похудел на 5 кг.

Объективно: состояние удовлетворительное. При перкуссии над верхней долей правого легкого незначительное укорочение перкуторного звука. При аускультации там же ослабленное дыхание.

При рентгенологическом исследовании в заднем сегменте верхней доли правого легкого участок инфильтративного уплотнения легочной ткани размерами 3,5х4,0 см., неоднородной структуры с нечеткими контурами. В прилежащих отделах легочной ткани на фоне усиленного и деформированного рисунка различных размеров и интенсивности очажки с нечеткими контурами, видна “дорожка” к корню легкого. В корневой зоне увеличенные до 1,5 - 2,0 см лимфатические узлы.

Ваше заключение:

1. Периферический рак.
2. Пневмония.
3. Инфильтративный туберкулез.
4. Саркоидоз (медиастинально-легочная форма).

ЗАДАЧА № 9

Женщина 38 лет.

Жалоб нет.

При профилактическом флюорографическом исследовании во время ежегодной диспансеризации обнаружена патология в средостении.

Объективно: по органам без патологических изменений.

При рентгенологическом исследовании отмечается двустороннее расширение срединной тени на уровне II-III ребер до 8,0- 9,0 см. Наружные контуры четкие, полициклические, симптом “кулис”. В корневых зонах с обеих сторон округлой формы с четкими контурами увеличенные лимфатические узлы. Просветы крупных бронхов местами слегка сужены. Видны небольшие плевральные шварты.

При бронхоскопическом исследовании выявляются косвенные признаки увеличения лимфатических узлов, бронхи не изменены.

Ваше заключение:

1. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.
2. Медиастинальная форма рака легкого.
3. Саркоидоз.
4. Лимфогранулематоз.

ЗАДАЧА № 10

Мужчина 26 лет.

Жалобы: кашель с отделением гнойной мокроты, слабость, температуру, боли в правой половине грудной клетки.

Анамнез: заболел остро. После переохлаждения появился озноб, сухой кашель, высокая температура до 39, слабость, боль в правой половине грудной клетки.

Объективно: состояние средней тяжести, одышка до 28 в мин, пульс 112 уд/мин, температура 38. Перкуторно справа сзади ниже угла лопатки и сбоку отмечается притупление перкуторного звука. Аускультативно в этой же области выслушиваются влажные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы.

При рентгенологическом исследовании в нижней доле правого легкого на фоне усиленного и деформированного рисунка множественные различных размеров и интенсивности очаги уплотнения с нечеткими контурами местами сливающиеся между собой в крупные фокусы. При томографическом исследовании просветы бронхов не изменены, корень правого легкого расширен бесструктурен. Междолевая плевра утолщена. Купол диафрагмы справа расположен выше обычного, синусы полностью не раскрываются.

В латеропозиции выявляется небольшое количество свободной жидкости.

Ваше заключение:

1. Инфильтративный туберкулез.
2. Острая пневмония.
3. Рак легкого.
4. Саркоидоз.

ЗАДАЧА № 11

Мужчина 36 лет.

Жалобы: кашель с отделением мокроты, слабость, одышку, боли в грудной клетке, температуру.

Анамнез: заболел остро, повысилась температура до 39,5, озноб, боль в грудной клетке, сухой кашель. Амбулаторно проводилась противовоспалительная терапия. Через неделю температура стала снижаться, появилась гнойная мокрота, которая отходила полным ртом в течение 1,5- 2 суток, затем количество мокроты уменьшилось, но в ней появились прожилки крови.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, ЧД 32 в мин. Пульс 108 уд. в минуту, ритмичный. АД 100/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. В крови лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Перкуторно на ограниченном участке слева сзади на уровне VII ребра- тимпанит. Аускультативно в этой области дыхание с амфорическим оттенком. При рентгенологическом исследовании в верхушечном сегменте нижней доли левого многополостное образование округлой формы с горизонтальным уровнем жидкости, размерами до 6 см в диаметре. Стенки полостного образования равномерные, внутренний контур гладкий. Наружные контуры нечеткие, окружающая легочная ткань инфильтративно уплотнена. При томографическом исследовании виден деформированный дренирующий бронх. Корень левого легкого расширен, бесструктурен.

Ваше заключение:

1. Кавернозный туберкулез.
2. Полостная форма периферического рака.
3. Абсцесс легкого.
4. Эхинококкоз легкого.

ЗАДАЧА № 12

Женщина 23 лет.

Жалобы на слабость, недомогание, периодические подъемы температуры до 39, кожный зуд.

Анамнез. Болея в течение нескольких месяцев, по поводу ОРЗ неоднократно проводились курсы противовоспалительной терапии без эффекта.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, расширение подкожных вен на передней поверхности грудной клетки, одышка до 28 в мин, пульс 98 уд/мин, АД 115/75 мм рт.ст. Периферические лимфатические узлы, печень, селезенка не увеличены.

На обзорной рентгенограмме грудной клетки срединная тень расширена по обе стороны на уровне передних отрезков I-II ребер до 7,5-8,0 см, наружные контуры четкие, крупноволнистые; в боковой проекции ретростеральное пространство пониженной прозрачности. При томографическом исследовании увеличенные л/у паратрахеальной и трахеобронхиальной групп сливаются в единый конгломерат.

Ваше заключение:

1. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.
2. Саркоидоз.
3. Медиастинальная форма лимфогранулематоза.
4. Медиастинальная форма рака легкого.

Мужчина 62 лет.

Жалобы на боли в груди, одышку, слабость.

Анамнез: нарастающие боли в груди в течение 3-х месяцев, начавшиеся с неприятных ощущений, позже присоединились слабость и одышка.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, отмечается бледность кожных покровов, ЧД - 26 в мин, пульс - 92 уд/мин, АД - 160/95 мм рт ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Периферические л/у, печень, селезенка - не увеличены.

При рентгенологическом исследовании отмечается расширение срединной тени вправо на всем протяжении, наружные контуры нечеткие. При томографическом и КТ исследованиях на медиастинальной, передней костальной и диафрагмальной поверхности плевры определяются различных размеров узлы сливающиеся между собой. Определяется неравномерное утолщение висцеральной плевры по ходу главной междолевой щели. В плевральной полости - свободная жидкость, растекающаяся в латеропозиции слоем 3,5-4,0 см. Органы средостения не смещены. Просветы всех крупных бронхов не изменены. В легких без очаговых и инфильтративных изменений. После неоднократных пункций плевральной полости удалялся геморрагический экссудат, который быстро накапливался.

Ваше заключение:

1. Метастатическое поражение плевры.
2. Мезотелиома плевры.
3. Медиастинальная форма рака легкого.
4. Лимфома.

ЗАДАЧА № 14

Женщина 57 лет.

Жалобы на боль в груди, одышку, кровохарканье.

Анамнез: находилась на лечении в хирургической клинике. Страдает тромбофлебитом глубоких вен нижних конечностей. Внезапно, на пятые сутки после обширного оперативного вмешательства появилась сильная боль в грудной клетке, одышка, цианоз верхней половины туловища, кровохарканья.

Объективно: состояние больной тяжелое. Цианоз верхней половины туловища, шейные вены набухшие. Одышка до 40 в мин. АД 80/50 мм рт ст, тахикардия до 120 уд/мин. Тоны сердца глухие, акцент второго тона над легочной артерией. На ЭКГ нагрузка на правые отделы сердца.

На рентгенограмме грудной клетки расширение корня левого легкого, резкое обеднение легочного рисунка в среднем и нижнем отделах, высокое стояние купола диафрагмы на этой же стороне.

При радионуклидном исследовании с ^{99m}Tc технетрилом отмечается отсутствие кровотока в левом легком.

Ваше заключение:

1. Центральный рак легкого.
2. Отек легких.
3. ТЭЛА.
4. Аспирация инородного тела.

ЗАДАЧА № 15

Женщина 59 лет.

Жалобы: одышка, чувство нехватки воздуха, неприятные ощущения в груди, обильное выделение мокроты.

Анамнез: больной 7 дней назад выполнена гинекологическая операция, ранний послеоперационный период протекал спокойно. Ночью проснулась от чувства нехватки воздуха.

Объективно: состояние тяжелое, положение вынужденное сидячее, кожные покровы влажные, одышка до 42 в мин. Дыхание шумное, клакочущее. Отходит пенная мокрота. Пульс до 124 уд/мин, аритмичный, АД 100/70 мм рт ст. Над легкими масса влажных хрипов.

При рентгенологическом исследовании в верхних отделах легких с обеих сторон на фоне усиленного и деформированного рисунка различных размеров облаковидные тени с нечеткими контурами. Корни легких расширены. Структура их сохранена.

Ваше заключение:

1. ТЭЛА.
2. Отек легкого.
3. Пневмония.
4. Шоковое легкое.

ЗАДАЧА № 16

Мужчина 59 лет.

Жалобы: кашель, одышка при физической нагрузке, слабость, неприятные ощущения в груди.

Анамнез: ухудшение самочувствия отмечает в течение 2-х недель, после переохлаждения появился кашель. Обратился к врачу. Из анамнеза выяснено, что 1,5 года назад была выполнена гастрэктомия по поводу опухоли желудка.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, кожные покровы серые. ЧД 24 в мин. Аускультативно в легких ослабление везикулярного дыхания.

При рентгенологическом исследовании легочный рисунок с обеих сторон усилен, деформирован. Корни легких расширены, уплотнены. Наружные контуры полициклические, тяжистые. В синусах плевральных полостей с обеих сторон небольшое количество выпота. При КТ в корневых зонах с обеих сторон увеличенные лимфатические узлы, перибронхиальные и периваскулярные уплотнения в виде тяжей переходят в легочную ткань и доходят до аксилярных отделов. Легочный рисунок усилен и деформирован за счет интерстициального компонента, явных очагов в легочной ткани не определяется. В плевральных полостях небольшое количество выпота.

Ваше заключение:

1. Саркоидоз.
2. Сердечная недостаточность с развитием застойной пневмонии.
3. Лимфогенный карциноматоз.
4. Идиопатический легочный фиброз

Жалобы: постоянное покашливание, слабость, одышка при физической нагрузке.

Анамнез: ухудшение самочувствия отмечает в течение 3-х мес., после простуды появился кашель, субфебрильная температура. По месту жительства проводилось противовоспалительное лечение, кашель уменьшился, но полностью не исчез. Постепенно присоединились слабость и одышка. Из анамнеза: 12 лет назад была выполнена радикальная мастэктомия справа, в последующем было проведено химиотерапевтическое лечение. Один раз в год проходит контрольные обследования в онкодиспансере.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, одышка до 24 в мин., тахикардия до 92 уд/мин. Аускультативно в легких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов не выслушивается.

При рентгенологическом исследовании легочный рисунок с обеих сторон усилен, деформирован, на этом фоне мелкие очажки уплотнения в кортикальных отделах. Количество их увеличивается от верхушек к диафрагме. Корни легких расширены, тяжистые. Синусы свободны.

Ваше заключение:

1. Диссеминированный туберкулез легких.
2. Саркоидоз.
3. Лимфогематогенные метастазы.
4. Экзогенный аллергический альвеолит.

ЗАДАЧА № 18

Больной К. 51 год. Поступил с жалобами на кровохаркание, головокружение, приступы кашля. Из анамнеза страдает хроническим бронхитом, гастритом. Об-но: кожные покровы бледные.

Обследование - Оакрови Нв-60, бронхоскопия в просвете правого н.д. бронха свежая кровь. На бронхиальной артериограмме в дистальных отделах правой бронхиальной артерии имеются участки "ампутации" артерий, контраст в просвете бронхов.

Ваше заключение :

1. Обострение хронического бронхита.
2. Легочное кровотечение.
3. Обострение гастрита.
4. Желудочное кровотечение с забросом крови в просвет бронхов.

Эталоны ответов

1. – 2

2. - 2

3. – 2

4. – 3

5. – 3

6. – 2

7. – 2

8. – 3

9. – 3

10. – 2

11. – 3

12. – 3

13. – 2

14. – 3

15. – 2

16. – 3

17. – 3

18. - 2

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф		Болезни органов дыхания
В	001	ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ ОСТАТОЧНОГО ОБЪЕМА (ОО) ЛЕГКИХ
О	А	Эмфизема легких
О	Б	Внебольничная пневмония
О	В	Идиопатический легочный фиброз
О	Г	Ожирение
В	002	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Застойная сердечная недостаточность
О	Б	Цирроз печени
О	В	Злокачественные опухоли
О	Г	Тромбоэмболия легочной артерии
В	003	СЕРЬЕЗНЫМ ВНЕЛЕГОЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ГРИППА СЧИТАЕТСЯ
О	А	Миозит
О	Б	Диффузная экзема
О	В	Олигоартрит
О	Г	Гнойный конъюнктивит
В	004	В НОРМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ СТЕРИЛЬНОСТЬ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ
О	А	Мукоцилиарного клиренса, фагоцитами и лимфоидной тканью, ассоциированной с бронхами
О	Б	Кашлевого и глотательного рефлексов
О	В	Продукцией сурфактанта альвеолоцитами I типа
О	Г	Альвеолярных макрофагов
В	005	МЯГКАЯ КРЕПИТАЦИЯ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ МОЖЕТ НЕ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ
О	А	Застойных явлениях в легких
О	Б	Пневмонии
О	В	Интерстициальных заболеваниях легких
О	Г	трахеите
В	006	НАИМЕНЬШИМ БРОНХОРАСШИРЯЮЩИМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЕТ
О	А	Беклометазона дипропионат

О	Б	Ипратропия бромид
О	В	Теофиллин
О	Г	Формотерол
В	007	АСПИРИН МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВСЛЕДСТВИЕ
О	А	Накопления продуктов арахидоновой кислоты
О	Б	Снижения температуры тела
О	В	Ингибирования агрегации тромбоцитов
О	Г	Ингибирования дегрануляции тучных клеток
В	008	ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА ВЫСОКА ВЕРОЯТНОСТЬ НАЛИЧИЯ САРКОИДОЗА, КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ВЫ ВЫБЕРЕТЕ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА
О	А	Проведение фибробронхоскопии с выполнением эндобронхиальной и трансbronхиальной биопсий
О	Б	Исследование концентрации ангиотензин превращающего фермента в сыворотке крови
О	В	Проведение медиастиноскопии для забора материала из лимфатических узлов средостения
О	Г	Проведение биопсии легких с помощью VATS (видео-ассистированная торакоскопия)
В	009	МНОЖЕСТВЕННЫЕ СЕГМЕНТАРНЫЕ И СУБСЕГМЕНТАРНЫЕ ДЕФЕКТЫ ПЕРФУЗИИ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КТ-АНГИОГРАФИИ, ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЧИНОЙ
О	А	Увеличения мертвого пространства
О	Б	Снижения преднагрузки на правый желудочек
О	В	Гиповентиляции
О	Г	Наружной компрессии легочных сосудов отложениями коллагена в интерстиции
В	010	НАХОДКАМИ В ПОЛЬЗУ НАЛИЧИЯ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	Притупление легочного звука
О	Б	Мягкая крепитация
О	В	Усиление голосового дрожания на пораженной стороне
О	Г	Усиление бронхофонии на пораженной стороне
В	011	КРИТЕРИИ LIGHT
О	А	Помогают в дифференциальной диагностике плевральных выпотов - транссудатов и экссудатов
О	Б	Необходимо наличие всех трех критериев для диагностики экссудативного плеврального выпота
О	В	Констатируют, что отношение протеинов плевральной жидкости к протеинам сыворотки крови более 2/3 является достаточным для диагностики экссудативного плеврального выпота
О	Г	Указывают, что плевральный выпот является транссудатом, если доля мезотелиальных клеток составляет менее 5% от общего числа всех клеток

В	012	ИНФАРКТЫ ЛЕГКИХ ОБЫЧНО ИМЕЮТ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР ВСЛЕДСТВИЕ
О	А	Легкие имеют две системы кровоснабжения
О	Б	У пациентов, как правило, присутствует легочная гипертензия
О	В	У пациентов увеличено протромбиновое время
О	Г	Легочные капилляры более хрупкие, чем капилляры других систем и органов
В	013	УЛУЧШЕНИЮ ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ РЕЕР (POSITIVE END-EXPIRATORY PRESSURE) СПОСОБСТВУЕТ
О	А	Повышение интраальвеолярного давления в фазу выдоха
О	Б	Снижение венозного возврата к правому желудочку
О	В	Снижение лимфатического тока в легких
О	Г	Повышение плеврального давления
В	014	ЦЕНТРАЛЬНОЕ АПНОЕ ВО ВРЕМЯ СНА И ДЫХАНИЕ ЧЕЙНА-СТОКСА ЧАЩЕ ВСЕГО АССОЦИИРОВАНЫ СО СЛЕДУЮЩИМИ СОСТОЯНИЯМИ/ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
О	А	Застойная сердечная недостаточность
О	Б	Болезнь Паркинсона
О	В	ХОБЛ
О	Г	Сахарный диабет
В	015	НЕ ВЛИЯЕТ НА ДЕПОЗИЦИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕГКИХ
О	А	Возраст пациента
О	Б	Размер частиц
О	В	Турбулентность воздушного потока
О	Г	Инспираторный поток
В	016	ЛЕГОЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПО ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОТНОСИТСЯ К
О	А	прекапиллярной
О	Б	посткапиллярной
О	В	изолированной
О	Г	смешанной
В	017	ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ СРЕДНЕГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ВЫШЕ
О	А	25 мм рт. ст.
О	Б	10 мм рт. ст.
О	В	5 мм рт. ст.
О	Г	18 мм рт. ст.
В	018	В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, КОНТРОЛИРУЮЩИМИ ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	Ингаляционные глюкокортикостероиды

О	Б	М-холинолитики
О	В	Ингаляционные бета-2-агонисты длительного действия
О	Г	Системные глюкокортикостероиды
В	019	ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ (ИГКС)
О	А	характеризуются плоской кривой доза-ответ, поэтому удвоение дозы ИГКС приводит к минимальному увеличению эффекта, но к выраженному повышению числа нежелательных эффектов
О	Б	гидрофильные препараты с низкой афинностью к глюкокортикоидным рецепторам
О	В	приводят к подавлению коры надпочечников в дозах более 600 мкг в сутки (в перерасчете на беклометазон)
О	Г	Эффективность ИГКС снижается при их совместном использовании с длительно действующими β_2 -агонистами
В	020	ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РАКОМ ЛЕГКОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Повышение уровня IgE
О	Б	Гипонатриемия
О	В	Повышение уровня С-реактивного белка
О	Г	Гиперкальциемия
В	021	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЬШЕЙ ЦЕННОСТЬЮ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА?
О	А	Цитология плевральной жидкости
О	Б	Трансбронхиальная биопсия
О	В	Онкомаркеры
О	Г	Биопсия плевры во время VATS (видео-ассистированной торакоскопии)
В	022	НАЛИЧИЕ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
О	А	бронхоальвеолярного рака (аденокарциномы <i>in situ</i>)
О	Б	инфекции <i>Mycobacterium tuberculosis</i>
О	В	плоскоклеточного рака
О	Г	пневмонии, вызванной <i>Staphylococcus aureus</i>
В	023	ОСНОВНОЙ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	Противовоспалительная
О	Б	Бронхолитическая
О	В	Антибактериальная
О	Г	Десенсибилизирующая
В	024	ПРИТУПЛЕНИЕ ЛЕГОЧНОГО ЗВУКА ПРИ ПЕРКУССИИ И УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
О	А	пневмонии
О	Б	плеврального выпота
О	В	эмфиземы

О	Г	пневмоторакса
В	025	СОЧЕТАНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ В ВИДЕ БАРАБАННЫХ ПАЛОЧЕК И НАЛИЧИЕ МЯГКОЙ КРЕПИТАЦИИ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
О	А	идиопатического легочного фиброза
О	Б	бронхоэктазов
О	В	абсцесса легких
О	Г	пневмонии
В	026	НАПРЯЖЕННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС ПРИВОДИТ К
О	А	смещению трахеи влево и ослабление дыхательных шумов слева
О	Б	смещению трахеи вправо и ослабление дыхательных шумов справа
О	В	смещению трахеи вправо и тимпанический звук при перкуссии справа
О	Г	смещению трахеи влево и тимпанический звук при перкуссии справа
В	027	ПРИ АТЕЛЕКТАЗЕ ПРАВОЙ ВЕРХНЕЙ ДОЛИ В КАЧЕСТВЕ СЛУЧАЙНОЙ НАХОДКИ МОЖНО ОЖИДАТЬ
О	А	смещение трахеи вправо и уменьшение экспансии грудной клетки справа
О	Б	смещение трахеи вправо и уменьшение экспансии грудной клетки слева
О	В	притупление при перкуссии справа и усиление голосового дрожания справа
О	Г	тимпанический звук при перкуссии справа и ослабление дыхательных шумов справа
В	028	ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ
О	А	Снижают частоту обострений
О	Б	Увеличивают переносимость физической нагрузки
О	В	Замедляют прогрессирование заболевания
О	Г	Нормализуют артериальное давление
В	029	КАКОЙ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ У ПАЦИЕНТА С ЛЕГКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ?
О	А	провокационный тест с метахолином
О	Б	уровень выдыхаемого NO
О	В	число эозинофилов в периферической крови
О	Г	спирометрия
В	030	К КРИТЕРИЯМ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩЕГО ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСИТСЯ
О	А	$\text{PaCO}_2 < 30$ мм рт.ст.
О	Б	$\text{PEF} > 75\%$ должных
О	В	тахикардия
О	Г	немое легкое
В	031	ПРИ ЛЕГКОЙ ИНТЕРМИТТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НЕОБХОДИМО

☐	А	назначить бета-2-адреностимулятор короткого действия
☐	Б	назначить антагонисты лейкотриенов
☐	В	назначить ингаляционные глюкокортикостероиды
☐	Г	назначить комбинированные препараты (ИГКС+ ДДБА)
В	032	ДЛЯ ГИПЕРКАПНИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
☐	А	Уровень бикарбоната артериальной крови >35 ммоль/л является свидетельством наличия хронической гиперкапнической дыхательной недостаточности
☐	Б	Может быть разрешена с помощью СРАР и кислорода
☐	В	$\text{PaCO}_2 > 50$ мм рт.ст. является показанием для немедленной инициации терапии с помощью ViРАР
☐	Г	На основе анализа газов артериальной крови возможно предсказать у какого пациента разовьется гиперкапническая дыхательная недостаточность
В	033	НЕИНВАЗИВНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ (НВЛ)
☐	А	приводит к значительному снижению летальности пациентов с гиперкапнической дыхательной недостаточностью
☐	Б	должна использоваться вместе с седацией у пациентов с ажитацией и низким комплаенсом
☐	В	показана всем пациентам с гиперкапнической дыхательной недостаточностью
☐	Г	противопоказана пациентам с выраженной гипоксемией – при $\text{PaO}_2 < 40$ мм рт.ст.
В	034	КАКОЙ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ПАРАМЕТРОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЛУЧШИМ ПРЕДИКТОРОМ УСПЕШНОЙ ТЕРАПИИ НВЛ У ПАЦИЕНТА С ГИПЕРКАПНИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ?
☐	А	рН повышается через 1 час терапии с помощью НВЛ
☐	Б	Исходный PaO_2 на воздухе
☐	В	Возраст пациента
☐	Г	Исходный ОФВ1
В	035	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ХОБЛ
☐	А	Постбронходилатационное отношение ОФВ1/ФЖЕЛ $< 0,7$
☐	Б	Выявление эмфиземы по КТ органов грудной клетки
☐	В	ОФВ1 < 80 % от должного
☐	Г	Продуктивный кашель более 3-х месяцев на протяжении 2-х последовательных лет
В	036	КАКОЕ НАРУШЕНИЕ ЧАСТОТЫ ДЫХАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ ТАХИПНОЭ?
☐	А	Частота дыхания более 20 в мин
☐	Б	Частота дыхания более 16 в мин
☐	В	Неритмичное дыхание
☐	Г	Частота дыхания более менее 16 в мин

В	037	С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ БОЛЬНОЙ ДОЛЖЕН:
О	А	Полоскать рот водой после ингаляции препаратов
О	Б	Обрабатывать полость рта противогрибковыми мазями
О	В	Периодически принимать противогрибковые препараты
О	Г	Делать профилактические перерывы в лечении этими препаратами.
В	038	КОГДА ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ОРТОПНОЭ?
О	А	При заболеваниях, осложнившихся хронической сердечной недостаточности
О	Б	При хроническом бронхите
О	В	При пневмонии средней доли правого легкого
О	Г	При саркоидозе
В	039	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЛЕГКОГО ПЕРСИСТИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ (2-3 СТУПЕНЬ) ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ
О	А	Антагонисты лейкотриенов
О	Б	Системные глюкокортикоиды
О	В	Кромогликат натрия
О	Г	Анти-IgE терапия
В	040	ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ УСИЛИВАЕТСЯ ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ?
О	А	Альвеолярной пневмонии
О	Б	Бронхите
О	В	Саркоидозе
О	Г	Эмфиземе
В	041	МЕЛКОПУЗЫРЧАТЫЕ ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ
О	А	При поражении легочной ткани и наличии выпота в альвеолах и бронхиолах
О	Б	При поражении средних дыхательных путей
О	В	При поражении плевры.
О	Г	При наличии обструкции дыхательных путей
В	042	АНТИБИОТИК, ПОКАЗАННЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ
О	А	амоксциллин/клавулановая кислота
О	Б	klaritromicin
О	В	доксицилин
О	Г	цефазолин
В	043	ТИПИЧНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ «ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ» ПНЕВМОНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	пневмококк
О	Б	бактероиды
О	В	золотистый стафилококк
О	Г	микоплазма

В	044	ЦЕЛЬЮ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖИДКОСТИ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖА (ЖБАЛ) НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	оценка состояния слизистой бронхиального дерева
О	Б	Изучение клеточного состава;
О	В	выявление патогенных микроорганизмов, по возможности, идентификация возбудителя инфекционного воспалительного процесса
О	Г	биохимический анализ ЖБАЛ (определение содержания белка, липидов, ферментов, иммуноглобулинов и т. п.)
В	045	КАКОЙ РЕЗУЛЬТАТ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖБАЛ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ И БРОНХОВ (БРОНХИТ, ПНЕВМОНИЯ)
О	А	Наличие аморфных некротических масс, большое количество нейтрофилов, реактивные структурные изменения клеток эпителия вплоть до развития их атипии.
О	Б	Обнаружены клетки воспаления (нейтрофилы, лимфоциты, моноциты, плазмочиты, макрофаги и др.), реактивные изменения в клетках эпителия бронхов, гиперплазию бокаловидных клеток.
О	В	на фоне некротических казеозных масс выявляются эпителиоидные клетки, гигантские клетки Пирогова-Лангханса, микобактерии туберкулеза.
О	Г	выявлены атипичные эпителиальные клетки
В	046	ЖИДКОСТЬ ПОЛУЧЕННАЯ ИЗ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ТРАНССУДАТ ПРИ УСЛОВИИ:
О	А	Удельный вес >1,015, белок >2,5-3%, проба Ривальта отрицательная
О	Б	Удельный вес <1,015, белок <2,5%, проба Ривальта положительная
О	В	Удельный вес >1,08, белок >5,5-8%, проба Ривальта отрицательная
О	Г	Единичные эритроциты, единичные лейкоциты, клетки мезотелия, могут быть атипичные клетки
В	047	ПРЕПАРАТЫ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХОБЛ:
О	А	бронходилататоры
О	Б	ингаляционные глюкокортикостероиды
О	В	кислородотерапия
О	Г	антибиотики
В	048	ВОЗБУДИТЕЛЕМ АТИПИЧНОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ СЧИТАЕТСЯ:
О	А	<i>Legionella pneumoniae</i> ,.
О	Б	<i>E.coly</i>
О	В	<i>Streptococcus pneumoniae</i>
О	Г	<i>Moraxella catarrhalis</i>

В	049	ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ЛИХОРАДКИ, ОДЫШКИ И НЕПРОДУКТИВНОГО КАШЛЯ МОЖЕТ ПРЕДПОЛАГАТЬСЯ ПНЕВМОНИЯ, ВЫЗВАННАЯ <i>PNEUMOCYSTIS CARINII</i> ,
О	А	у больных СПИДом
О	Б	у пациентов с застойной сердечной недостаточностью
О	В	у пациентов с нарушением бронхиальной проходимости
О	Г	у пациентов, проживающих в доме престарелых
В	050	СКОЛОННОСТЬ К АБСЦЕДИРОВАНИЮ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ
О	А	<i>Staphylococcus aureus</i>
О	Б	<i>Moraxella catarrhalis</i>
О	В	<i>Haemophilus influenzae</i>
О	Г	<i>Streptococcus pneumoniae</i>
В	051	НОЗОКОМИАЛЬНОЙ СЧИТАЕТСЯ ПНЕВМОНИЯ, ЕСЛИ ОНА РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ЧЕРЕЗ
О	А	48 часов и более
О	Б	12 часов
О	В	24 часа
О	Г	время развития пневмонии не имеет значения
В	052	АНТИБИОТИКОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	амоксциллин
О	Б	кларитромицин
О	В	бисептол
О	Г	ванкомицин
В	053	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ <i>LEGIONELLA PNEUMOPHILA</i> , ПРИМЕНЯЮТ
О	А	азитромицин
О	Б	цефтриаксон
О	В	монобактам
О	Г	аугментин
В	054	НАЧИНАТЬ ЭМПИРИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО С НАЗНАЧЕНИЯ
О	А	аминопенициллинов
О	Б	Защищенных пенициллинов
О	В	фторхинолонов
О	Г	монобактамы
В	055	СМЕНА АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ОТСУТСТВИИ КЛИНИЧЕСКОГО УЛУЧШЕНИЯ ПАЦИЕНТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЧЕРЕЗ
О	А	На 3 день терапии
О	Б	Как только определено, что терапия неэффективна
О	В	На 2 день терапии

О	Г	После рекомендованного производителем полного курса назначенного антибиотика
В	056	ДЛЯ СТАФИЛОККОКОВОЙ ПНЕВМОНИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ :
О	А	рентгенологически выявляемые на фоне инфильтрата кольцевидные, тонкостенные, не содержащие выпота полости, сохраняющие связь с бронхами.
О	Б	Множественные быстро сливающиеся инфильтраты , преимущественно в верхних долях, с формированием бронхоэктазов
О	В	неоднородные мягкие инфильтраты, в нижних долях обоих легких
О	Г	Усиление легочного рисунка
В	057	ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПРОЦЕСС В ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПНЕВМОНИИ , ВЫЗВАННОЙ:
О	А	Klebsiela pneumonia
О	Б	Strep. pneumonia
О	В	Micoplasma pneumonia
О	Г	Haemophilis influenzae
В	058	АРГУМЕНТОМ В ПОЛЬЗУ ПРЕКРАЩЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	Нормализация уровня С-реактивного белка и прокальцитонина
О	Б	Снижение уровня прокальцитонина на 80%
О	В	Снижение уровня С -реактивного белка до25мг/л
О	Г	Нормализация СОЭ и уровня лейкоцитов
В	059	ПО ДАННЫМ ЭКГ ДЛЯ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ХАРАКТЕРНО
О	А	увеличение амплитуды зубца Р в отведениях II, III, aVF, при этом продолжительность $P \leq 0,10$ с
О	Б	увеличение амплитуды зубца Р в отведениях V5-6
О	В	увеличение амплитуды зубца Р в отведениях I, II, aVL, при этом продолжительность $P > 0,10$ с
О	Г	смещение переходной зоны вправо
В	060	ПО ДАННЫМ ЭКГ ДЛЯ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРНО
О	А	$R_{V1} + S_{V5-6} \geq 10,5$ мм, $R_{V1} \geq 7$ мм
О	Б	$R_{V1} < R_{V5}$, $R_{V4} < R_{V6}$
О	В	$R_I \geq 15$ мм, смещение переходной зоны вправо
О	Г	$R_{aVL} \geq 11$ мм, $R_I + S_{III} \geq 25$ мм
В	061	ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ОБ УВЕЛИЧЕНИИ ДАВЛЕНИЯ В ПОЛОСТИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
О	А	дилатация нижней полой вены и отсутствие изменения ее диаметра при глубоком вдохе или SNIFF-маневре
О	Б	уменьшение диаметра нижней полой вены и ее коллабирование при глубоком вдохе

О	В	дилатация портальной вены и изменение ее диаметра при пробе Мюллера
О	Г	дилатация легочных вен и изменение их диаметра при пробе Вальсальвы
В	062	ПРИ ПОСТКАПИЛЛЯРНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ
О	А	выраженная митральная и/или аортальная регургитация, патологическая трикуспидальная регургитация, увеличение размеров левых и правых отделов сердца
О	Б	выраженная трикуспидальная регургитация, дилатация правых отделов сердца, левые отделы сердца подавлены дилатированными правыми отделами сердца
О	В	значительная аортальная и митральная регургитация, отсутствие патологической трикуспидальной и легочной регургитации, отсутствие изменений правых отделов сердца и нижней полой вены
О	Г	нормальные размеры левых отделов сердца, легочных вен, неизменная фракция выброса левого желудочка, дилатация нижней полой вены
В	063	ОБЪЕМ ВОЗДУХА, КОТОРЫЙ БОЛЬНОЙ МОЖЕТ МАКСИМАЛЬНО ВДОХНУТЬ ПОСЛЕ ГЛУБОКОГО ВЫДОХА, ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
О	А	жизненную емкость легких
О	Б	максимальную вентиляцию легких
О	В	остаточный объем легких
О	Г	резервный объем вдоха
В	064	ОБЪЕМ ВОЗДУХА, КОТОРЫЙ ОСТАЕТСЯ В ЛЕГКИХ ПОСЛЕ МАКСИМАЛЬНО ГЛУБОКОГО ВЫДОХА, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
О	А	остаточный объем легких
О	Б	жизненная емкость легких
О	В	резервный объем выдоха
О	Г	функциональная остаточная емкость легких
В	065	СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ВЫРАЖЕННОСТИ УМЕНЬШЕНИЯ
О	А	объема форсированного выдоха за 1 сек
О	Б	жизненной емкости легких
О	В	форсированной жизненной емкости легких
О	Г	отношения объема форсированного выдоха за 1 сек к форсированной жизненной емкости легких (ОФВ ₁ /ФЖЕЛ)
В	066	ПРОБА С САЛЬБУТАМОЛОМ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО УВЕЛИЧЕНИЕ
О	А	объема форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ ₁) и/или форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) более 12% и 200 мл
О	Б	ОФВ ₁ и/или ФЖЕЛ более 12%
О	В	ОФВ ₁ и ФЖЕЛ более 12% и 200 мл

О	Г	ОФВ ₁ и/или ФЖЕЛ более 200 мл
В	067	ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ ЛЕГОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ УМЕНЬШАЕТСЯ
О	А	отношение объема форсированного выдоха за 1 сек к форсированной жизненной емкости легких (ОФВ ₁ /ФЖЕЛ)
О	Б	остаточный объем легких
О	В	общая емкость легких
О	Г	дыхательный объем
В	068	В КАКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА ЧАСТОТА ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ?
О	А	отделения реанимации и интенсивной терапии
О	Б	пульмонологические
О	В	геронтологические
О	Г	терапевтические
В	069	НАИМЕНЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	<i>Aspergillus fumigatus</i>
О	Б	<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>
О	В	<i>Klebsiella pneumoniae</i>
О	Г	<i>Acinetobacter baumannii</i>
В	070	К КАКИМ АНТИБИОТИКАМ НЕЧУВСТВИТЕЛЕН <i>PSEUDOMONAS AERUGINOSA</i> ?
О	А	цефазолин
О	Б	цефтазидим
О	В	цефепим
О	Г	ципрофлоксацин
В	071	К КАКОМУ АНТИБИОТИКУ ЧУВСТВИТЕЛЕН <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> ?
О	А	линезолид
О	Б	ципрофлоксацин
О	В	амикацин
О	Г	имипенем
В	072	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ТАКТИКОЙ ТЕРАПИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	Антифибротическая терапия
О	Б	Глюкокортикостероиды
О	В	Тканевые антиоксиданты
О	Г	Цитостатики
В	073	ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЕ БРОНХОДИЛАТАТОРЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТАБИЛЬНОЙ ХОБЛ
О	А	Длительно действующие ингаляционные бронходилататоры
О	Б	Теофиллины
О	В	Короткодействующие ингаляционные бронходилататоры

О	Г	Рофлумаил
В	074	ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЕ БРОНХОДИЛАТАТОРЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ
О	А	Короткодействующие бронходилататоры ингаляционно через небулайзер
О	Б	Аминофиллин для внутривенного введения
О	В	Длительно действующие бронходилататоры ингаляционно через ДАИ
О	Г	Короткодействующие бронходилататоры ингаляционно через ДПИ
В	075	ОБЫЧНАЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ ПРИ ВРКТ
О	А	Диффузные двухсторонние ретикулярные изменения , в сочетании с тракционными бронхоэктазами и/или сотовым легким
О	Б	Диффузное матовое стекло
О	В	Очаговая диссеминация
О	Г	Буллезная эмфизема