

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ УКРАИНЫ
СУМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

А. И. Смян, С. В. Попов

**СБОРНИК ТЕСТОВЫХ ВОПРОСОВ
ПО ПЕДИАТРИИ**

*для студентов-иностранцев, врачей, врачей-интернов,
субординаторов*

ЧАСТЬ II “ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ”

СУМЫ ИЗД-ВО СУМГУ 2004

- 2.1 Для затяжной формы бронхита характерно (1 ответ):
- A Признаки бронхита не реже 3-4 раз в год.
 - B Клинические проявления в течение 2 недель.
 - C Клинические проявления в течение более 2-3 недель.
- 2.2 Для рецидивирующего бронхита характерно (1 ответ):
- A Признаки бронхита не реже 3-4 раз в год.
 - B Клинические проявления в течение более 2-3 недель.
 - C Клинические проявления в течение 2 недель.
- 2.3 Для острого бронхита наиболее характерны следующие физикальные данные (2 ответа):
- A Рассеянные сухие хрипы.
 - B Крепитирующие хрипы.
 - C Очаговые средне-, крупнопузырчатые хрипы.
 - D Разлитые средне-, крупнопузырчатые хрипы.
 - E Локальное притупление перкуторного звука.
- 2.4 Для обструктивного бронхита наиболее характерны следующие физикальные данные (3 ответа):
- A Крепитирующие хрипы.
 - B Умеренная экспираторная одышка.
 - C Сухие свистящие хрипы на выдохе.
 - D Очаговые средне-, крупнопузырчатые хрипы.
 - E Локальное притупление перкуторного звука.
 - F Коробочный перкуторный звук.
 - G Обильные разлитые мелкопузырчатые хрипы.
- 2.5 Для острого бронхиолита наиболее характерны следующие физикальные данные (4 ответа):
- A Коробочный перкуторный звук.

- В Очаговые средне-, крупнопузырчатые хрипы.
- С Экспираторная одышка.
- Д Ослабленное дыхание.
- Е Обильные разлитые мелкопузырчатые хрипы.
- Ф Локальное притупление перкуторного звука.

2.6. Для астматического бронхита наиболее характерны следующие физикальные данные (3 ответа):

- А Изменчивость физикальных данных.
- В Крепитирующие хрипы.
- С Локальное притупление перкуторного звука.
- Д Разлитые влажные разнокалиберные хрипы на вдохе.
- Е Коробочный оттенок перкуторного звука.

2.7 В клинической картине для острого бронхита наиболее характерны (4 ответа):

- А Субфебрильная, фебрильная температура.
- В Уменьшение интенсивности хрипов после кашля.
- С Высокая фебрильная температура.
- Д Кашель, чаще сухой, к 3-4-му дню - влажный.
- Е Дыхательная недостаточность.
- Ф Выраженная интоксикация.
- Г Разлитой характер физикальных данных.

2.8 В клинической картине для обструктивного бронхита наиболее характерны (3 ответа):

- А Дыхательная недостаточность II-III степени.
- В Экспираторное затрудненное свистящее дыхание.
- С Выраженная интоксикация.
- Д Признаки эмфиземы.
- Е Дыхательная недостаточность I степени.

2.9 В клинической картине для острого бронхиолита наиболее характерны (4 ответа):

- A Выраженная интоксикация.
- B Локальные физикальные данные.
- C Признаки эмфиземы.
- D Одышка экспираторного характера.
- E Дыхательная недостаточность I степени.
- F Дыхательная недостаточность II-III степени.

2.10 В клинической картине для астматического бронхита наиболее характерны (4 ответа):

- A Высокая фебрильная температура.
- B Навязчивый, приступообразный кашель, преимущественно ночью.
- C Выраженная интоксикация.
- D Нормальная или субфебрильная температура.
- E Изменчивость физикальных данных.
- F Дыхательная недостаточность.
- G Признаки эмфиземы.

2.11 Для острого бронхита характерны рентгенологические данные (1 ответ):

- A Повышение прозрачности легких, низкое стояние диафрагмы, горизонтальное стояние ребер.
- B Усиление рисунка легких в прикорневых и нижне-медиальных зонах.
- C Очаговые тени различной интенсивности.
- D Затемнение сегмента легкого.

2.12 У детей раннего возраста возбудителями острого бронхита являются:

- A РС-вирус, вирус парагриппа III типа, цитомегаловирус.

В Вирус гриппа, аденовирус, микопlasма, вирус кори.

2.13 У детей дошкольного и школьного возраста возбудителями острого бронхита являются:

А РС-вирус, вирус парагриппа III типа, цитомегаловирус.

В Вирус гриппа, аденовирус, микопlasма, вирус кори.

2.14 При лечении острого бронхита, в первую очередь, применяют (3 ответа):

А Противовирусную терапию в ранние сроки.

В Антибиотикотерапию.

С Постоянную противовирусную терапию.

Д Отхаркивающие средства.

Е Витаминотерапию.

2.15 Острый бронхиолит чаще всего развивается (1 ответ):

А У детей дошкольного возраста.

В У детей первых двух лет жизни.

С У детей школьного возраста.

2.16 При лечении острого бронхиолита, в первую очередь, применяют:

А Физиотерапевтическое лечение.

В Ингибиторы протеолитических ферментов.

С Нестероидные противовоспалительные средства.

Д Антибиотикотерапию.

Е Гепаринотерапию.

Ф Оксигенотерапию.

Г Гормонотерапию.

2.17 У детей первых месяцев жизни наиболее часто возбудителями пневмонии являются:

- A Стафилококки, грамотрицательная флора.
- B Пневмококк, гемофильная палочка.

2.18 У детей старшего возраста наиболее часто возбудителями пневмонии являются:

- A Стафилококки, грамотрицательная флора.
- B Пневмококк, гемофильная палочка.

2.19 Клинико-диагностическими критериями пневмонии являются:

- A Признаки интоксикации, дыхательной недостаточности, диффузные физикальные изменения.
- B Признаки интоксикации, дыхательной недостаточности, локальные физикальные изменения.

2.20 У детей раннего возраста при очаговой пневмонии на первый план выходят признаки (2 ответа):

- A Дыхательной недостаточности.
- B Локальных физикальных данных.
- C Диффузных физикальных изменений.
- D Интоксикации.

2.21 При физикальном обследовании в первые дни болезни при очаговой пневмонии выявляются (2 ответа):

- A Разлитые обильные мелкопузырчатые хрипы.
- B Коробочный перкуторный звук, сужение границ относительной сердечной тупости.
- C Укорочение перкуторного звука.
- D Локальные мелкопузырчатые, крепитирующие хрипы.
- E Жесткое дыхание под углами лопаток.

2.22 Рентгенологическими признаками очаговой пневмонии являются (3 ответа):

- А Усиление прикорневого и легочного рисунков.
- В Мелкоочаговые тени с нерезкими контурами.
- С Очаг инфильтрации, занимающий долю легкого.
- Д Очаг инфильтрации, занимающий сегмент легкого.
- Е Широкие межреберья, низкое стояние диафрагмы, повышенная прозрачность легких.

2.23 Крупозная пневмония наиболее часто встречается у детей (1 ответ):

- А Первого года жизни.
- В Дошкольного и школьного возраста.
- С Первых 3 лет жизни.

2.24 Наиболее часто крупозная пневмония локализуется (2 ответа):

- А В верхней доле слева.
- В В верхней доле справа.
- С В нижней доле слева.
- Д В нижней доле справа.
- Е В средней доле справа.

2.25 Для типичного течения крупозной пневмонии характерны (6 ответов):

- А Вовлечение в воспалительный процесс плевры.
- В Постепенное начало.
- С Острое начало.
- Д Наличие продромального периода.
- Е Преобладание дыхательной недостаточности над интоксикацией.
- Ф Преобладание интоксикации над дыхательной недостаточностью.

- G Болевой синдром.
- H Маловыраженные симптомы интоксикации.
- I Диспептические явления или менингизм.

2.26 При правосторонней нижнедолевой крупозной пневмонии могут быть следующие признаки (2 ответа):

- A Головная боль, рвота, судороги, ригидность мышц затылка.
- B Боль в правой подвздошной области или около пупка, рвота.
- C Боли в груди с иррадиацией в спину, плечо, подреберье.

2.27 В клинической картине для крупозной пневмонии характерны (6 ответов):

- A При сравнительной перкуссии тимпанит.
- B Одышка с участием вспомогательной мускулатуры (инспираторная).
- C Отставание одной половины грудной клетки в акте дыхания.
- D Ограничение подвижности легочного края.
- E Шумный, затрудненный выдох.
- F Сужение полей Кренига на стороне поражения.
- G Охляющее дыхание, короткий болезненный кашель.
- H Усиленная бронхофония, укорочение перкуторного звука.
- I Единичные сухие и крепитирующие хрипы.

2.28 В клинической картине для интерстициальной пневмонии у детей раннего возраста наиболее характерны (5 ответов):

- A Выраженный токсикоз.
- B Укорочение перкуторного звука.

- С При сравнительной перкуссии тимпанит.
- D Локальные крепитирующие хрипы.
- E Выраженная дыхательная недостаточность.
- F Признаки эмфиземы.
- G Обильные мелкопузырчатые хрипы.
- Н Охающее дыхание, болезненный кашель.
- I Единичные нестойкие сухие и крепитирующие хрипы.

2.29 В клинической картине для интерстициальной пневмонии у детей школьного возраста наиболее характерны (2 ответа):

- A Обильные мелкопузырчатые хрипы.
- B Единичные сухие хрипы.
- C Локальные крепитирующие хрипы.
- D Охающее дыхание, болезненный кашель.
- E Умеренно выраженные признаки интоксикации.

2.30 Рентгенологическими признаками интерстициальной пневмонии являются (3 ответа):

- A Очаг инфильтрации, занимающий долю легкого.
- B Сетчатый легочный рисунок.
- C Тяжистые тени с признаками сужения бронхов.
- D Очаг инфильтрации, занимающий сегмент легкого.
- E Мелкая пятнистость.
- F Мелкоочаговые тени с нерезкими контурами.

2.31 При проведении палаточной оксигенотерапии должны выполняться следующие условия (3 ответа):

- A Дыхательная недостаточность III-IV степени.
- B Увеличение концентрации кислорода свыше нормы.
- C Увлажнение кислородовоздушной смеси.
- D Подогревание кислородовоздушной смеси.
- E Соблюдение норм концентрации кислорода.

2.32 Предельная концентрация кислорода в кислородо-воздушной смеси при длительном проведении оксигенотерапии составляет (1 ответ):

- A 30%.
- B 50%.
- C 70%.
- D 100%.

2.33 Выбор антибиотика в первую очередь определяется (1 ответ):

- A Клиническими данными.
- B Чувствительностью бактериального агента к антибиотикам.
- C Результатом бактериального посева биоматериала.

2.34 Эффективность антибиотикотерапии определяется (1 ответ):

- A Результатом бактериального посева биоматериала.
- B Улучшением анализа крови.
- C Улучшением состояния больного по истечении 3 суток от момента назначения препарата.

2.35 При отсутствии данных чувствительности бактериального агента ребенку с острой пневмонией без токсикоза в возрасте старше 6 месяцев назначается (1 ответ):

- A Ампиокс 100-200 мг/кг, цефалоспорины.
- B Ампициллин или ампиокс в сочетании с гентамицином.
- C Пенициллин в дозе 100 000-150 000 ЕД/кг.
- D Один антибиотик в/в (цефалоспорин) и один в/м (оксациллин, метициллин).

2.36 При отсутствии данных чувствительности бактериального агента ослабленному ребенку с острой пневмони-

ей с сопутствующими заболеваниями назначается (1 ответ):

- А Ампиокс 100-200 мг/кг, цефалоспорины.
- В Ампициллин или ампиокс в сочетании с гентамицином.
- С Пенициллин в дозе 100 000-150 000 ЕД/кг.

2.37 При отсутствии данных чувствительности бактериального агента ребенку с наличием факторов риска развития деструктивной пневмонии назначается (1 ответ):

- А Пенициллин в дозе 100 000-150 000 ЕД/кг.
- В Ампиокс 100-200 мг/кг, цефалоспорины.
- С Один антибиотик в/в (цефалоспорин) и один в/м (оксациллин, метициллин).

2.38 Для I стадии токсикоза характерно (1 ответ):

- А Преимущественно экстракапиллярные расстройства (повышенная проницаемость стенки сосудов, интерстициальный отек, диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови).
- В Интракапиллярные расстройства (спазм периферических сосудов и нарушение реологии).
- С Преимущественное повреждение клеточных мембран, нарушение мембранного транспорта, отек и гибель клеток.

2.39 Для II стадии токсикоза характерно (1 ответ):

- А Преимущественно экстракапиллярные расстройства (повышенная проницаемость стенки сосудов, интерстициальный отек, диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови).
- В Интракапиллярные расстройства (спазм периферических сосудов и нарушение реологии).

- С Преимущественное повреждение клеточных мембран, нарушение мембранного транспорта, отек и гибель клеток.

2.40 Для III стадии токсикоза характерно (1 ответ):

- А Преимущественное повреждение клеточных мембран, нарушение мембранного транспорта, отек и гибель клеток.
- В Интракапиллярные расстройства (спазм периферических сосудов и нарушение реологии).
- С Преимущественно экстракапиллярные расстройства (повышенная проницаемость стенки сосудов, интерстициальный отек, диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови).

2.41 Для I степени токсикоза характерны компенсированные нарушения периферического кровотока (1 ответ):

- А Интерстициальный отек, I стадия диссеминированного внутрисосудистого свертывания.
- В Спазм прекапилляров, повышение проницаемости сосудистой стенки, реологические нарушения.
- С Парез периферических сосудов, резкое повышение проницаемости сосудистой стенки, патологическое депонирование крови, клеточный отек.

2.42 Для II степени токсикоза характерны субкомпенсированные нарушения периферического кровотока (1 ответ):

- А Спазм прекапилляров, повышение проницаемости сосудистой стенки, реологические нарушения.
- В Парез периферических сосудов, резкое повышение проницаемости сосудистой стенки, патологическое депонирование крови, клеточный отек.

- С Интерстициальный отек, I стадия диссеминированного внутрисосудистого свертывания.
- 2.43 Для III степени токсикоза характерны декомпенсированные нарушения периферического кровотока (1 ответ):
- А Спазм прекапилляров, повышение проницаемости сосудистой стенки, реологические нарушения.
 - В Парез периферических сосудов, резкое повышение проницаемости сосудистой стенки, патологическое депонирование крови, клеточный отек.
 - С Интерстициальный отек, I стадия диссеминированного внутрисосудистого свертывания.
- 2.44 Для I степени токсикоза характерны (2 ответа):
- А Сероцианотичная кожа, мраморность, гипостазы, пастозность.
 - В Сопор, среднетозговая кома.
 - С Ирритация или сомнолентность.
 - Д Кома (стволовая, терминальная).
 - Е Гиперемия, реже бледность с цианозом ногтевых лож.
 - Ф Цианоз слизистых, ногтевых лож, "мраморный" рисунок.
- 2.45 Для II степени токсикоза характерны (2 ответа):
- А Сероцианотичная кожа, мраморность, гипостазы, пастозность.
 - В Сопор, среднетозговая кома.
 - С Ирритация или сомнолентность.
 - Д Цианоз слизистых, ногтевых лож, "мраморный" рисунок.
 - Е Гиперемия, реже бледность с цианозом ногтевых лож.

F Кома (стволовая, терминальная).

2.46 Для III степени токсикоза характерны (2 ответа):

- A Сопор, среднемозговая кома.
- B Сероцианотичная кожа, мраморность, гипостазы, пастозность.
- C Ирритация или сомнолентность.
- D Гиперемия, реже бледность с цианозом ногтевых лож.
- E Кома (стволовая, терминальная).
- F Цианоз слизистых, ногтевых лож, "мраморный" рисунок.

2.47 Для I степени токсикоза характерны (3 ответа):

- A Повышение АД за счет ДАД.
- B Повышение АД за счет САД.
- C Снижение АД.
- D Олигоанурия.
- E Олигоурия.
- F Стойкая анурия, гематурия.
- G Снижение Нт.
- H Увеличение Нт.
- I Некомпенсированный ацидоз.

2.48 Для II степени токсикоза характерны (4 ответа):

- A Повышение АД за счет ДАД.
- B Повышение АД за счет САД.
- C Увеличение Нт.
- D Снижение Нт.
- E Некомпенсированный ацидоз.
- F Олигоурия.
- G Олигоанурия.
- H Снижение АД.

I Стойкая анурия, гематурия.

2.49 Для III степени токсикоза характерны (4 ответа):

- A Повышение АД за счет САД.
- B Повышение АД за счет ДАД.
- C Снижение АД.
- D Снижение Ht.
- E Олигоурия.
- F Увеличение Ht.
- G Стойкая анурия, гематурия.
- H Олигоанурия.
- I Некомпенсированный ацидоз.

2.50 Для дыхательной недостаточности I степени характерны (3 ответа):

- A Одышка в покое, с участием вспомогательной мускулатуры.
- B Выраженная одышка, патологическое дыхание.
- C Цианоз периферический, не исчезает при вдыхании 40-50% кислорода, генерализованная бледность.
- D Цианоз непостоянный, периоральный, исчезает при вдыхании 40-50% кислорода, бледность лица.
- E Цианоз генерализованный, не исчезает при вдыхании 100% кислорода, генерализованная бледность.
- F Одышка при нагрузке без постоянного участия вспомогательной мускулатуры.
- G АД повышено, вялость, сомнолентность, периоды возбуждения.
- H АД снижено, сомнолентность, кома.
- I АД нормальное, поведение не нарушено.

2.51 Для дыхательной недостаточности II степени характерны (3 ответа):

- A Цианоз периферический, не исчезает при вдыхании 40-50% кислорода, генерализованная бледность.
- B Цианоз непостоянный, периоральный, исчезает при вдыхании 40-50% кислорода, бледность лица.
- C Одышка в покое с участием вспомогательной мускулатуры.
- D Одышка при нагрузке, без постоянного участия вспомогательной мускулатуры.
- E Выраженная одышка, патологическое дыхание.
- F Цианоз генерализованный, не исчезает при вдыхании 100% кислорода, генерализованная бледность.
- G АД повышено, вялость, сомнолентность, периоды возбуждения.
- H АД нормальное, поведение не нарушено.
- I АД снижено, сомнолентность, кома.

2.52 Для дыхательной недостаточности III степени характерны (3 ответа):

- A Цианоз генерализованный, не исчезает при вдыхании 100% кислорода, генерализованная бледность.
- B Одышка при нагрузке без постоянного участия вспомогательной мускулатуры.
- C Цианоз непостоянный, периоральный, исчезает при вдыхании 40-50% кислорода, бледность лица.
- D Одышка в покое с участием вспомогательной мускулатуры.
- E Выраженная одышка, патологическое дыхание.
- F Цианоз периферический, не исчезает при вдыхании 40-50% кислорода, генерализованная бледность.
- G АД нормальное, поведение не нарушено.
- H АД повышено, вялость, сомнолентность, периоды возбуждения.
- I АД снижено, сомнолентность, кома.

2.53 Для абсцесса (в фазе формирования) в клинической картине характерны (2 ответа):

- А Некоторое улучшение общего состояния.
- В Утяжеление состояния, землистая бледность, гипертермия, одышка с участием вспомогательной мускулатуры.
- С Укорочение перкуторного звука, разнокалиберные влажные хрипы.
- Д Тимпанический оттенок перкуторного тона, влажные хрипы металлического оттенка, амфорическое дыхание.
- Е Отхождение большого количества гнойной мокроты.

2.54 Для абсцесса (в фазе вскрытия) характерны (5 ответов):

- А Амфорическое дыхание.
- В Отхождение большого количества гнойной мокроты.
- С Влажные хрипы металлического оттенка.
- Д Утяжеление состояния, землистая бледность, гипертермия, одышка с участием вспомогательной мускулатуры.
- Е Тимпанический оттенок перкуторного тона.
- Ф Некоторое улучшение общего состояния.
- Г Укорочение перкуторного звука, разнокалиберные влажные хрипы.

2.55 Какие из нижеперечисленных феноменов наиболее часто обнаруживаются у детей при плевритах и почему (2 ответа)?

- А Линия Элиса-Соколова-Дамуазо.

- В Треугольник Грокко-Раухфуса.
- С Треугольник Гарлянда.
- D Из-за более частых осумкованных плевритов.
- E Из-за более частых тотальных и массивных гнойных плевритов.
- F Из-за более частых сухих (фибринозных) плевритов.

2.56 Какие физикальные данные наиболее характерны для экссудативного плеврита (3 ответа)?

- A Амфорическое дыхание.
- В Тимпанический перкуторный звук.
- С Ослабление голосового дрожания.
- D Резко ослабленное дыхание с бронхиальным оттенком.
- E Разнокалиберные влажные хрипы.
- F Постоянный шум трения плевры.
- G Притупление перкуторного звука.

2.57 Какие физикальные данные наиболее характерны для сухого (фибринозного) костального плеврита (2 ответа)?

- A Нежный шум трения плевры.
- В Разнокалиберные влажные хрипы.
- С Тимпанический перкуторный звук.
- D Боли при кашле, дыхании.

2.58 Наиболее частой причиной хронической пневмонии являются (1 ответ):

- A Сегментарные пневмонии средней доли.
- В Врожденные пороки развития легких.
- С Перенесенная острая деструктивная пневмония.
- D Инородные тела.
- E Желудочно-пищеводный рефлюкс с аспирацией.

2.59 Для хронической пневмонии характерно:

- А Локальное поражение в одном или нескольких сегментах.
- В Тотальное поражение легких.

2.60 Для хронической пневмонии характерно наличие следующих компонентов (1 ответ):

- А Пневмосклероза.
- В Деформации бронхов и пневмосклероза.
- С Деформации бронхов.

2.61 Для "малой" формы хронической пневмонии характерны (3 ответа):

- А Отставание в физическом, психическом развитии.
- В Удовлетворительное состояние в период ремиссии.
- С Деформации грудной клетки.
- Д Разнокалиберные мелко- и среднепузырчатые влажные хрипы во время обострения.
- Е Признаки интоксикации.
- Ф Звонкие трескучие хрипы с бронхиальным дыханием.
- Г Постоянный кашель с гнойной мокротой.
- Н Влажный кашель во время обострения и длительное время после.

2.62 Для "бронхоэктатического" варианта хронической пневмонии характерны (5 ответов):

- А Деформации грудной клетки.
- В Влажный кашель во время обострения и длительное время после.
- С Постоянный кашель с гнойной мокротой.
- Д Отставание в физическом, психическом развитии.

- Е Звонкие трескучие хрипы с бронхиальным дыханием.
 - Ф Удовлетворительное состояние в период ремиссии.
 - Г Разновысокие мелко- и средне пузырчатые влажные хрипы во время обострения.
 - Н Признаки интоксикации.
- 2.63 Рентгенологическими признаками хронической пневмонии являются (4 ответа):
- А Смещение средостения.
 - В "Сотовое" легкое.
 - С Мелкая пятнистость.
 - Д Тяжистые тени с признаками сужения бронхов.
 - Е Признаки эмфиземы.
 - Ф Очаг инфильтрации, занимающий долю легкого.
 - Г Мелкоочаговые тени с нерезкими контурами.
 - Н Кольцевидные тени.
- 2.64 Наиболее достоверно диагноз хронической пневмонии устанавливается по (1 ответ):
- А Клиническим данным.
 - В Рентгенографическим данным.
 - С Данным бронхографии.
 - Д Данным гемограммы.
- 2.65 Одним из основных факторов, способствующих возникновению рецидивов и прогрессированию хронической пневмонии, является:
- А Хроническая патология ЛОР-органов.
 - В Заболевания сердечно-сосудистой системы.
- 2.66 Частота бронхиальной астмы у детей (на 1000) (1 ответ):

- A 1-2.
- B 4-9.
- C 15-18.
- D 20-25.

2.67 Что является обязательным патогенетическим компонентом бронхиальной астмы (1 ответ):

- A Нарушение секреции желез бронхов.
- B Спазм гладкой мускулатуры бронхов.
- C Гиперреактивность бронхов.
- D Изменение иммунных механизмов.

2.68 В каком возрасте чаще всего развивается первый приступ бронхиальной астмы (1 ответ):

- A До 1 года.
- B До 2 лет.
- C До 5 лет.
- D После 5 лет.
- E После 10 лет.

2.69 Какие состояния чаще всего способствуют и предшествуют появлению бронхиальной астмы (1 ответ):

- A Рахит.
- B Заболевания крови.
- C Стоматиты.
- D Рецидивирующие инфекции органов дыхания.
- E Заболевания желудочно-кишечного тракта.

2.70 Какие экзоаллергены чаще всего являются этиологическим факторами развития бронхиальной астмы (1 ответ):

- A Пыльца растений.
- B Перхоть и шерсть животных.
- C Пищевые.

- D Домашняя пыль.
- E Лекарственные.
- F Бактериальные.
- G Грибковые.

2.71 Легкое течение бронхиальной астмы проявляется (3 ответа):

- A Снижением показателей внешнего дыхания на 20%.
- B Снижением показателей внешнего дыхания на 30%.
- C Частотой приступа 1-2 раза в месяц.
- D Частотой приступа реже 1-2 раза в месяц.
- E Длительностью приступа 1-3 часа.
- F Длительностью приступа до 1 часа.

2.72 Средняя степень тяжести бронхиальной астмы проявляется (3 ответа):

- A Частотой приступа 3-4 раза в месяц.
- B Длительностью приступа 1-3 часа.
- C Длительность приступа 6 часов.
- D Снижением показателей внешнего дыхания на 30%.
- E В межприступный период выраженные изменения дыхательной системы.
- F Частота приступа ежедневная.

2.73 Перечислите наиболее характерные признаки предвестников бронхиальной астмы (4 ответа):

- A Насморк.
- B Покашливание.
- C Частый сухой кашель.
- D Вегетативные расстройства, дыхательный дискомфорт.
- E Беспокойство, раздражительность, нарушение сна.
- F Нарушение аппетита.

G Диспептические расстройства.

2.74 Характер кашля при бронхиальной астме (3 ответа):

- A Влажный.
- B Сухой.
- C Редкий.
- D Частый.
- E Мучительный.
- F Усиливается во время сна.

2.75 При перкуссии больного во время приступа бронхиальной астмы определяются (3 ответа):

- A Расширение границ относительной сердечной тупости.
- B Коробочный оттенок перкуторного тона.
- C Низкое стояние границ легкого.
- D Укорочение перкуторного звука над очагом поражения.
- E Высокое стояние границ легкого.
- F Сужение границ относительной сердечной тупости.

2.76 Какие хрипы в легких характерны для больного бронхиальной астмой во время приступа (2 ответа):

- A Сухие хрипы на вдохе.
- B Рассеянные сухие хрипы на выдохе.
- C Крепитирующие хрипы.
- D Среднепузырчатые хрипы на выдохе.
- E Разнокалиберные влажные хрипы на вдохе.

2.77 Критерием астматического статуса является (1 ответ):

- A Некупирующийся приступ бронхиальной астмы более 6 часов.
- B Наличие дыхательной недостаточности II степени.

С Наличие хрипов, слышимых на расстоянии.

2.78 Перечислите основные симптомы эквивалентов приступа бронхиальной астмы (3 ответа):

- А Головные боли.
- В Чихание, першение в горле.
- С Экспираторная одышка.
- Д Покашливание.
- Е Упорный сухой кашель.
- Ф Незначительное повышение температуры.
- Г Слабость, оглушенность.
- Н Острая эмфизема легких.

2.79 Перечислите осложнения бронхиальной астмы у детей (5 ответов):

- А Диспепсия.
- В Ателлектаз.
- С Медиастинальная и подкожная эмфизема.
- Д Кровотечение.
- Е Нейротоксикоз.
- Ф Status astmaticsus.
- Г Гипертермия.
- Н Легочное сердце.
- И Спонтанный пневмоторакс.

2.80 Какие изменения крови характерны при приступе бронхиальной астмы без воспаления легких (3 ответа):

- А Нейтропения.
- В Нейтрофилез.
- С Лейкоцитоз.
- Д Лейкопения.
- Е Эозинофилия.

- F Эозинопения, сменяющаяся после приступа эозинофилией.
- G Сдвиг формулы крови влево.

2.81 При бронхиальной астме на рентгенограмме органов грудной клетки выявляются такие характерные изменения (1 ответ):

- A Наличие очагов инфильтрации.
- B Усиление легочного рисунка.
- C Признаки эмфиземы.
- D Расширение корней легких, небольшие очаги инфильтрации.

2.82 Характер мокроты у детей во время приступа бронхиальной астмы (1 ответ):

- A Мокрота вязкая, отходит в конце приступа.
- B Мокрота обильная, жидкая.
- C Мокрота носит гнойный характер, отходит по утрам.

2.83 С чего необходимо начинать лечение ребенка во время приступа бронхиальной астмы (выбрать 1 ответ):

- A Введения антигистаминных препаратов.
- B Введения эуфиллина.
- C Введения адреномиметиков.
- D Введения гормонов.
- E Устранения контакта с аллергеном.
- F Проведения ингаляции астмапента.

2.84 Для лечения детей с бронхиальной астмой легкой степени тяжести используются (3 ответа):

- A Интал (в межприступный период).
- B Теофиллин пролангированного действия.
- C Эуфиллин.

- D Гормоны.
- E Беклокорт.
- F Короткодействующие В2-миметики (беротек, сальбутамол, астмопент) во время приступа.

2.85 Разовая доза эуфиллина детям до 5 лет при лечении бронхиальной астмы (1 ответ):

- A 20 мг/кг.
- B 6 мг/кг.
- C 1 мг/кг.

2.86 Разовая доза эуфиллина детям старше 5 лет при лечении бронхиальной астмы (1 ответ):

- A 1 мг/кг.
- B 4-5 мг/кг.
- C 6 мг/кг.
- D 20 мг/кг.

2.87 Какова длительность назначения интала в послеприступный период бронхиальной астмы (1 ответ):

- A До 2 недель.
- B До 1 мес.
- C До 3 мес.
- D До 4-6 мес.

2.88 Факторами риска развития деструктивных осложнений при пневмониях являются (3 ответа):

- A СОЭ более 40 мм/ч.
- B СОЭ 10 - 15 мм/ч.
- C Рентгенологически множественные мелкоочаговые тени.
- D Рентгенологически лобарный пневмонический инфильтрат.

Е Лейкоцитоз 20×10^9 и выше.

2.89 Клиническими факторами риска развития деструктивных пневмоний являются (1 ответ):

- А Отхождение большого количества мокроты.
- В Нарастание признаков интоксикации.
- С Нарастание физикальных данных (влажные, сухие хрипы).

Правильные ответы:

- 2.1 C.
- 2.2 A.
- 2.3 A; D.
- 2.4 B; C; F.
- 2.5 A; C; D; E.
- 2.6 A; D; E.
- 2.7 A; B; D; G.
- 2.8 B; D; E.
- 2.9 A; C; D; F.
- 2.10 B; D; E; G.
- 2.11 B.
- 2.12 A.
- 2.13 B.
- 2.14 A; D; E.
- 2.15 B.
- 2.16 B; C; E; F.
- 2.17 A.
- 2.18 B.
- 2.19 B.
- 2.20 A; D.
- 2.21 B; E.
- 2.22 A; B; E.
- 2.23 B.
- 2.24 B; D.
- 2.25 A; C; D; F; G; I.
- 2.26 B; C.
- 2.27 B; C; D; F; G; H.
- 2.28 A; C; E; F; I.
- 2.29 B; E.
- 2.30 B; C; E.
- 2.31 C; D; E.
- 2.32 A.
- 2.33 B.
- 2.34 C.
- 2.35 C.

- 2.36 B.
2.37 C.
2.38 B.
2.39 A.
2.40 A.
2.41 B.
2.42 C.
2.43 B.
2.44 C; E.
2.45 B; D.
2.46 B; E.
2.47 B; E; H.
2.48 A; C; E; G.
2.49 C; D; G.
2.50 D; F; I.
2.51 A; C; G.
2.52 A; E; I.
2.53 B; C.
2.54 A; B; C; E; F.
2.55 B; E.
2.56 C; D; G.
2.57 A; D.
2.58 C.
2.59 A.
2.60 B.
2.61 B; D; H.
2.62 A; C; D; E; H.
2.63 A; B; E; H.
2.64 C.
2.65 A.
2.66 B.
2.67 C.
2.68 C.
2.69 D.
2.70 D.
2.71 A; D; F.

- 2.72 A; B; D.
2.73 A; C; D; E.
2.74 B; D; E.
2.75 B; C; F.
2.76 B; E.
2.77 A.
2.78 C; E; H.
2.79 B; C; F; H; I.
2.80 A; D; F.
2.81 C.
2.82 A.
2.83 E.
2.84 A; C; F.
2.85 B.
2.86 B.
2.87 D.
2.88 A; D; E.
2.89 B.