

ДИХАТЕЛНА СИСТЕМА

1. Хипоксично-хипероксичната лезия на алвеоларните клетки тип II довежда до:
 1. Свръхсекреция на мукус.
 2. Нарушен синтез на антипротеазен инхибитор.
 3. Хипосекреция на Ig A
 4. Отделянето на специфични ензими.
 5. Недостатъчна продукция на сърфактант.
2. Дефицитът на сърфактант в алвеолите довежда до:
 1. Лиофилизиране на алвеоларната мембрана.
 2. Експираторен колапс на алвеолите.
 3. Субстратен алвеоларен дефицит.
 4. Внезапно спиране на вдишването.
 5. Рязко снижаване на алвеоларното налягане.
3. Кой респираторен стимулатор най-добре отчита степента на лезията на дихателния център:
 1. Сниженото pO_2 .
 2. Повишеното pCO_2 .
 3. Сниженото рН.
 4. Апоморфинът.
 5. Хиперпрогестеронемията.
4. Запълненото плеврално "пространство" води до:
 1. Колапс и ателектаза на белия дроб.
 2. Потисната стимулация на дихателния център.
 3. Иmunна белодробна непълноценност.
 4. Усилено образуване на алвеоларни макрофаги.
 5. Повишен белодробен комплайанс.
5. Кой защитен механизъм на дихателната система има рефлексен характер:
 1. Кашлицата.
 2. Алвеоларната макрофагеална система.
 3. Мукоцилиарния ескалатор.
 4. Антиоксидантните системи.
 5. Назофарингиалния филтър.
6. За олигопнея се говори, когато е снижена:
 1. Мъртвото пространство
 2. Дихателният обем.
 3. Дихателната честота.
 4. Вентилацията.
 5. Дифузията.

7. Хиперпнеята е дишане с:
1. По-висока честота.
 2. По-висок дихателен обем.
 3. По-голяма вентилация.
 4. Нецелесъобразно голямо усилие.
 5. Периодични апнеични паузи.
8. Най-важната последица на алвеоларната хиповентилация е:
1. Цианоза.
 2. Повишено съпротивление на дихателните пътища.
 3. Диспнея.
 4. Ортопнея.
 5. Респираторна ацидоза.
9. При кой вид патологично дишане рядко се съчетава белодробната хипервентилация с алвеоларна хиповентилация:
1. Брадипнея с хиперпнея.
 2. Тахипнея с хипопнея.
 3. Тахипнея с хиперпнея.
 4. Брадипнея с хипопнея.
 5. Дишане на Кусмаул.
10. Нарушеното отношение вентилация/перфузия означава:
1. Абсолютно повишени или занижени вентилация и кръвоток в белите дробове.
 2. Неравномерно разпределен кръвен ток в белите дробове.
 3. Ограничено изпълване на капилярите по време на максимално вдишване.
 4. Несъответствие между въздушния поток в белите дробове и кръвотока в капилярите.
 5. Несъответствие на вентилацията и перфузията между отделните белодробни лобове.
11. Участък от белия дроб с отношение вентилация/перфузия равно на 10:
1. Има ниско алвеоларно pO_2 .
 2. Има високо алвеоларно pCO_2 .
 3. Увеличава физиологичното мъртво пространство.
 4. Има локален хипербарен ефект.
 5. Е с риск за газова емболия.
12. При дихателна честота $>35 \text{ min}^{-1}$ нараства:
1. Абсолютното мъртво белодробно пространство.
 2. Ефектът на венозния примес в артериалната кръв.
 3. Вентилаторният ефект на мъртвото пространство.
 4. Дясно-левият транспулмонален шънт.
 5. Сумарният ефект на бронхиалното съпротивление.

13. При пациентите с нарушено отношение вентилация/перфузия най-често е наличие артериална:
1. Хипокапния.
 2. Хипоксия.
 3. Хиперкапния.
 4. Хипероксия.
 5. Нормокапния.
14. Дифузионният капацитет на белите дробове намалява при всички изброени случаи, с изключение на:
1. Анемия.
 2. Интерстициална фиброза.
 3. Булозен емфизем.
 4. Белодробен оток.
 5. Увеличен сърдечен дебит.
15. Всеки един от изброените фактори може да намали бронхиалната проходимост с изключение на:
1. Бронхоспазъм.
 2. Променена чувствителност на дихателния център.
 3. Слабост на дихателната мускулатура.
 4. Увеличен резидуален / остатъчен / обем
 5. Оток и хиперсекреция на бронхиалната лигавица.
16. Хиперкапнията може да се дължи на:
1. Хипервентилация.
 2. Състояние на тревожност и възбуда.
 3. На хипоксични стимули.
 4. На лекарства, потискащи дихателния център.
 5. Повишена физическа активност.
17. Цианозата при белодробна недостатъчност се дължи най-вече на:
1. Полицитемия.
 2. Хиперкапния.
 3. Повишено количество редуциран хемоглобин.
 4. Периферен съдов спазъм.
 5. Намален хемтоксичен хемоглобин.
18. Гръдната болка при дишане се среща при следното белодробно заболяване:
1. Белодробен емфизем.
 2. Бронхиална астма.
 3. Туберкулоза.
 4. Плеврално засягане.
 5. Белодробен оток.

19. Един от най-често срещаните симптоми при белодробните заболявания е:
1. Гръдната болка.
 2. Ортопнеята.
 3. Мускулната слабост.
 4. Диспнеята.
 5. Главоболието.
20. Обструктивните белодробни заболявания се характеризират с:
1. Хипервентилация.
 2. Намалена бронхиална проходимост.
 3. Увеличено бронхиално съпротивление.
 4. Намалени статични белодробни обеми.
 5. Намалени динамични белодробни показатели.
 6. 2, 3, 5.
21. Астматичната бронхиална обструкция се характеризира с:
1. Прогресивност и необратимост.
 2. Пристъпност и обратимост.
 3. Вълнообразна необратимост.
 4. Пристъпност и необратимост.
 5. Внезапност и неповторимост.
22. Патологичната характеристика на бронхиалната астма включва:
1. Бронхоспазъм, бронхиален оток, вискозен мукус.
 2. Перибронхиален и интерстициален инфилтрат.
 3. Алвеоларна и перибронхиална деструкция.
 4. Рецидивираща бронхиална епителна некроза.
 5. Алвеоло-капилярна деструкция.
23. Кое от функционалните изследвания е “conditio sine qua non” за доказване наличието на обструктивно белодробно заболяване:
1. Изследването на дифузията.
 2. Изследване на кръвните газове.
 3. Изследване на статичните белодробни обеми.
 4. Форсираната експирация.
 5. Измерване на белодробната разтегливост.
24. Тютюнопушенето и замърсеният въздух водят до ХОББ като нецелесъобразно изменят:
1. Имунната пулмонална реактивност.
 2. Отношенията протеази/ антипротеази и оксиданти/антиоксиданти.
 3. Рефлекторния ларинго- и бронхоспазъм.
 4. Съотношението алвеоларни клетки тип I и II.
 5. Стрес индуцираната неспецифична пулмонална резистентност.

25. Полицитемията при манифестираната дихателна недостатъчност се дължи на:

1. Потисната еритролиза.
2. Удължен живот на еритроцитите.
3. Хипоксично стимулирана еритропоеза.
4. Дехидратация и последваща хемоконцентрация.
5. Хиперкапнично зависим макро обем на еритроцитите.

26. В напредналите стадии на ХОББ най-честото усложнение е:

1. Хронично белодробно сърце.
2. Хипокапния.
3. Анемичен синдром.
4. Белодробен тромбоемболизъм.
5. 1, 4.

27. Рестриктивното вентилаторно нарушение довежда до:

1. Чейн-Стоуксово дишане.
2. Нехомогенна алвеоларна хиповентилация.
3. Намаляване на дихателните обеми.
4. Непълен функционален шънт.
5. Нарастване на ФОК.

28. Остра рестрикция се наблюдава при:

1. Астматичен пристъп.
2. Белодробен оток. Пневмоторакс.
3. Хроничен обструктивен бронхит.
4. Белодробен емфизем.
5. Трахеобронхит.

29. Основното патогенетично звено на пневмоторакса е:

1. Наличие на въздух в медиастинума.
2. Колапс на алвеолите.
3. Повишеното плеврално съпротивление.
4. Наличие на въздух в плевралното пространство.
5. 1, 2, 4.

30. Посочете преките следствени звена от навлизането на въздуха в превралното пространство:

1. Алвеоларен колапс.
2. Затруднено до невъзможно вдишане.
3. Потиснат дихателен център.
4. Затруднен венозен приток.
5. 1, 2, 4.
6. 1, 2, 3, 4.

31. Белодробната артериална хипертензия може да се дължи на:
1. Хронична респираторна ацидоза и хипоксия.
 2. Хронична респираторна алкалоза и хиповолемия.
 3. Загуба на белодробни капиляри.
 4. Множествен белодробен тромбоемболизъм.
 5. 1, 3, 4.
 6. 1, 2, 3, 4.
32. Хронично белодробно сърце не може да се развие без:
1. Артериална пулмонална хипертензия.
 2. Системна хипертензия.
 3. Налично патологично дишане.
 4. Увеличена дихателна работа.
 5. Наличие на торако-пулмонална малформация.
33. Най-важен и сигурен белег за дихателна недостатъчност е наличието на:
1. Хиперкапния.
 2. Артериална хипоксия.
 3. Артериална хипоксемия.
 4. Диспнея.
 5. Персистиращи кашлица и експекторация.
34. Основен механизъм за хиперкапнеична дихателна недостатъчност е :
1. Белодробен оток.
 2. Белодробен емболизъм.
 3. Намалена белодробна перфузия.
 4. Алвеоларна хиповентилация.
 5. Затруднена дифузия на CO_2 .
35. Артериалната хипоксия при дихателна недостатъчност може да се дължи на:
1. Анемия.
 2. Алвеоларна хиповентилация.
 3. Нарушено отношение вентилация/перфузия.
 4. Дясно-ляв шънт.
 5. Алвеоларна хипервентилация.
 6. 2, 3, 4.
36. Основното патогенетично звено при дистрес синдрома на новороденото е:
1. Незрялост на сърфактанта.
 2. Бронхиоларна констрикция.
 3. Фиброза на плеврата.
 4. Алвеоларният оток.
 5. Тесните дихателни пътища.

37. Основното патогенетично звено при дистрес синдрома при възрастните е:
1. Бронхоспазъм и ларингоспазъм.
 2. Алвеоларна хипервентилация.
 3. Повишена пропускливост на алвеолокапилярната мембрана.
 4. Белодробна хипертензия.
 5. Системна хипертензия.
38. Факторите, които могат да декомпенсират хроничната дихателна недостатъчност са:
1. Белодробна инфекция и бронхоспазъм.
 2. Треска, физическо натоварване.
 3. Затруднено отделяне на секрети.
 4. Потискане на дихателния център.
 5. Всички посочени.
39. Патогномоничен симптом при синдрома на сънната апнея е:
1. Дневната сънливост.
 2. Спиране на дишането по време на сън.
 3. Хъркането.
 4. Сърдечно-съдови проблеми.
 5. Анемичен синдром.
40. Основното патогенетично звено при обструктивната сънна апнея е:
1. Колапс в областта на фаринкса.
 2. Нарушения в дихателния център.
 3. Бронхиална обструкция.
 4. Наднормено тегло.
 5. Нарушения в гръдната клетка.
41. Всяка една от изброените причини може да доведе до остра дихателна недостатъчност, с изключение на:
1. Парализа на дихателната мускулатура.
 2. Остра обструкция на дихателните пътища.
 3. Потискане на дихателния център.
 4. Анемия и полицитемия.
 5. Увреждания на гръдната клетка.
42. Към заболяванията с нарушен дихателен контрол се отнасят посочените синдроми, с изключение на:
1. Хипервентилационен синдром.
 2. Муковисцедозен синдром.
 3. Синдром на внезапна смърт при кърмачета. / SIDS/
 4. Синдром на сънната апнея.
 5. Синдром на Pickwick.

43. Кои от следните становища за алвеоло-капилярната деструкция е неверно:
1. Води до намалена белодробна еластичност.
 2. Играе решаваща роля за развитието на белодробния емфизем.
 3. Намалява дифузионните способности на белите дробове.
 4. Води до обструкция на въздушния поток.
 5. Води до намаляване на тоталния белодробен капацитет.
44. В тъканно-метаболически аспект нарушеното дишане означава:
1. Недостатъчно вдишване/издишване.
 2. Отклонено вентилиране.
 3. Нарушено кислородно консумиране и CO_2 продуциране.
 4. Затруднено движение на газовете с кръвта.
 5. Кръвно-тъканно преустановяване на дифузията.
45. Танатогенетичният терминален порочен кръг на обструктивната хронична дихателна недостатъчност включва:
1. Хипосензитивност на респираторния център към CO_2 .
 2. Умора на дихателната мускулатура.
 3. Кашлица, хрипове, експекторация, задух.
 4. Хиперинфлация и принудително снижен дихателен обем.
 5. 1, 2, 4.
 6. 1, 2, 3, 4.
46. Задухът представлява:
1. Спонтанно възникващо дихателно усещане.
 2. Неврално отражение на метаболическата активност.
 3. Подсъзнателна перцепция за газообмяната.
 4. Неприятно ЦНС ангажиращо дихателно усилие.
 5. Несъответствие дишане/метаболизъм.
 6. Волево дишане, осигуряващо физическото усилие.