

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Амурская государственная медицинская академия»

С. В. Ходус

**Анестезиология и реаниматология
(сборник тестовых заданий)**

учебное пособие

**рекомендовано Координационным советом по области образования
«Здравоохранение и медицинские науки»**

Благовещенск, 2018

УДК: [617-089.5+616-036.882-08] (072)

Рецензенты:

К. Г. Шаповалов, д.м.н., заведующий кафедрой анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, профессор

И. И. Долгина, к.м.н., доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии ФПО ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, доцент

Автор:

Сергей Васильевич Ходус, к.м.н., заведующий кафедрой анестезиологии, реанимации, интенсивной терапии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Анестезиология и реаниматология (сборник тестовых заданий). – Благовещенск: типография ФГБОУ ВО Амурская ГМА, 2018. – 120 с.

Анестезиология-реаниматология - одна из наиболее динамично развивающихся специальностей в современной медицине. Врач-анестезиолог-реаниматолог должен быть высококвалифицированным специалистом, обладающим системой универсальных, профессиональных знаний и компетенций, необходимых для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной, скорой специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи. В учебном пособии представлены тестовые задания для подготовки к занятиям при изучении основных разделов дисциплины «Анестезиология-реаниматология».

Учебное пособие предназначено для обучающихся по основным профессиональным образовательным программам высшего образования – программам подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.02 «Анестезиология – реаниматология».

Учебное пособие утверждено к печати 26. 06. 2018 на заседании ученого Совета ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России.

Подписано в печать 27. 06. 2018

Форма 60x84. Усл. печ. л. 7

Бумага «Госзнак». Гарнитура тип Таймс.

Тираж 100 экз. Заказ №615

Отпечатано в типографии ФГБОУ ВО Амурская ГМА

Минздрава России

г. Благовещенск, ул. Горького, 95

© С. В. Ходус, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	4
РАЗДЕЛ 1. ОБЩАЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ	7
Организация службы анестезиологии и реанимации в российской федерации	7
Анатомия и физиология боли	14
Мониторинг	19
Синдромы критических состояний. Клиническая смерть. Сердечно-легочная реанимация	23
Методы восстановления проходимости дыхательных путей. Трудный дыхательный путь. Интраоперационная гипоксия	32
Частные вопросы общей анестезиологии	43
РАЗДЕЛ 2. ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ	50
РАЗДЕЛ 3. ШОК. ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ	73
РАЗДЕЛ 4. ОСТРАЯ ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ	88
РАЗДЕЛ 5. ЭНДО И ЭКЗОГЕННЫЕ ИНТОКСИКАЦИИ, НАРУШЕНИЯ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ОБМЕНА И КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО СОСТОЯНИЯ	100
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	120

ВВЕДЕНИЕ

Современная анестезиология-реаниматология, как важнейшая клиническая дисциплина, на сегодняшний день является одним из наиболее динамично развивающимся разделом медицины. Освоение программы подготовки кадров высшей квалификации по специальности «Анестезиология-реаниматология» предполагает изучение 3-х основных разделов: анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, объединенных применением общих современных и наиболее прогрессивных методов, направленных не только на обезболивание хирургических вмешательств, но и на управление временно ослабленных или утраченных жизненно-важных функций под влиянием различных внутренних или внешних причин. Подготовка высококвалифицированного специалиста требует постоянного пополнения и систематизации теоретических знаний. Одним из объективных методов самоконтроля является решение тестовых заданий. Представленное учебное пособие предназначено для оценки собственных знаний обучающимся при подготовке к клиническим практическим занятиям по дисциплине «Анестезиология и реаниматология». Тестовые задания систематизированы по разделам и темам изучаемой дисциплины.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

CO₂ – углекислый газ

CPAP – Constant Positive Airway Pressure

D(A-a)O₂ – альвеолярно-артериальная разница по кислороду

FiO₂ – фракция кислорода во вдыхаемой смеси

IMV – перемежающаяся принудительная вентиляция легких

O₂ - кислород

PAO₂ – парциальное давление кислорода в альвеолярной смеси

PaO₂ – парциальное давление кислорода в артериальной крови

PaCO₂ – парциальное давление углекислого газа в артериальной крови

PEEP – положительное давление в конце выдоха

PetCO₂ – концентрации углекислого газа в конце выдоха

PiCO₂ – парциальное давление углекислого газа во вдыхаемой смеси

SaO₂ – сатурация кислородом артериальной крови

SpO₂ – сатурация кислородом артериальной крови по данным пульсоксиметрии

V/Q – вентиляционно-перфузионное отношение

АД – артериальное давление

АТФ – аденозинтрифосфорная кислота

БА – бронхиальная астма

ВВЛ – вспомогательная вентиляция легких

ВЧД – внутричерепное давление

ГБО – гипербарическая оксигенация

ГМ – головной мозг

ГЭК – гидроксиэтилкрахмал

ДВС – диссеминированное внутрисосудистое свертывание

ДЗЛА – давление заклинивания легочной артерии

ДО – дыхательный объем

ЖЕЛ – жизненная емкость легких

ИА – индекс Альговера

ИВЛ – искусственная вентиляция легких

КОД – коллоидно-осмотическое давление

КТ – компьютерная томография

КЩС – кислотно-щелочное состояние

МВЛ – минутная вентиляция легких

МЗ РФ – Министерство Здравоохранения Российской Федерации

НВУ - надгортанные воздуховодные устройства

НПВС – нестероидные противовоспалительные средства
ОДН – острая дыхательная недостаточность
ОЛСС – общее легочное сосудистое сопротивление
ОМС – обязательное медицинское страхование
ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения
ОПСС – общее периферическое сосудистое сопротивление
ОРДС – острый респираторный дистресс-синдром
ОЦК – объем циркулирующей крови
ОФВ – объем форсированного выдоха
ПДКВ – положительное давление в конце выдоха
ПОН – полиорганная недостаточность
ППВЛ – перемежающаяся принудительная вентиляция легких
ПКСВ – пиковая скорость выдоха
СЛР – сердечно-легочная реанимация
ТВВА – тотальная внутривенная анестезия
УЗИ – ультразвуковое исследование
ФОС – фосфорорганические соединения
ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких
ЦВД – центральное венозное давление
ЦНС – центральная нервная система
ЧДД – частота дыхательных движений
ЧМТ – черепно-мозговая травма
ЧСС – частота сердечных сокращений
ШКГ - шкала ком Глазго
ЭКГ – электрокардиография
ЭМД – электромеханическая диссоциация

РАЗДЕЛ 1. ОБЩАЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Выберите один правильный вариант ответа

1. ОРГАНИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛГО-РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ ПРИКАЗОМ МЗ РФ
 - 1) №730
 - 2) №728
 - 3) №919н
 - 4) №929н

2. ВЕДУЩЕЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ЗАНИМАЮТ
 - 1) травмы
 - 2) болезни системы кровообращения
 - 3) онкологические заболевания
 - 4) болезни органов дыхания

3. К ВИДУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ
 - 1) стационарная
 - 2) паллиативная
 - 3) санаторно-курортная
 - 4) первая

4. СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ
 - 1) Министерством здравоохранения Российской Федерации
 - 2) руководством медицинской организации
 - 3) Правительством Российской Федерации
 - 4) Российской Академией Наук

5. К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ
 - 1) амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
 - 2) первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная
 - 3) экстренная, неотложная, плановая

- 4) по врачебным специальностям
6. К ФОРМАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ
 - 1) по врачебным специальностям
 - 2) амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
 - 3) первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная
 - 4) экстренная, неотложная, плановая
7. К УСЛОВИЯМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТСЯ
 - 1) первичной медико-санитарной, скорой, специализированной, паллиативной
 - 2) амбулаторные, стационарные, дневной стационар, вне медицинской организации
 - 3) разной степени комфортности
 - 4) экстренной, неотложной, плановой
8. ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, НЕЗАВИСИМО ОТ ИХ ОРГАНИЗАЦИОННО - ПРАВОВОЙ ФОРМЫ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ
 - 1) стандартами
 - 2) порядками
 - 3) нормативами
 - 4) рекомендациями
9. КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОДДЕРЖАНИЕ И (ИЛИ) ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ВКЛЮЧАЮЩИХ В СЕБЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
 - 1) медицинская помощь
 - 2) профилактика
 - 3) медицинское вмешательство
 - 4) лечение
10. МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИЛИ КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРОФИЛАКТИКУ, ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ,

МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ И ИМЕЮЩИХ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ЗАКОНЧЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ

- 1) профилактика
- 2) медицинская услуга
- 3) медицинская помощь
- 4) медицинское вмешательство

11. КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ ПО НАЗНАЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА, ЦЕЛЮ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ УСТРАНЕНИЕ ИЛИ ОБЛЕГЧЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛИБО СОСТОЯНИЙ ПАЦИЕНТА, ВОССТАНОВЛЕНИЕ ИЛИ УЛУЧШЕНИЕ ЕГО ЗДОРОВЬЯ, ТРУДОСПОСОБНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ – ЭТО:

- 1) лечение
- 2) профилактика
- 3) медицинская помощь
- 4) медицинское вмешательство

12. КОЛИЧЕСТВО КОЕК РЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОБОРУДОВАННОЙ ОТ 200 ДО 400 ПРОФИЛЬНЫХ КОЕК ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ _____% ОТ ОБЩЕГО КОЕЧНОГО ФОНДА

- 1) 5
- 2) 6
- 3) 3
- 4) 8

13. МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ, ИМЕЮЩАЯ В СВОЕЙ СТРУКТУРЕ ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР И ОКАЗЫВАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ ДОЛЖНА В СТРУКТУРЕ ИМЕТЬ

- 1) отделение анестезиологии
- 2) группу анестезиологии и реанимации
- 3) отделение реанимации
- 4) отделение анестезиологии и реанимации

14. ОЦЕНКА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА У ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ

- 1) по Балагину
- 2) по АПГАР
- 3) по МНОАР

- 4) по ASA
15. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА В ПАЛАТУ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
- 1) декомпенсации хронической сердечно-сосудистой недостаточности
 - 2) острой дыхательной недостаточности
 - 3) декомпенсированной хронической дыхательной недостаточности
 - 4) острого нарушения мозгового кровообращения
16. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА В ПАЛАТУ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
- 1) хронического заболевания на фоне развития острой недостаточности органов и систем
 - 2) полиорганной недостаточности
 - 3) выраженного наркотического или алкогольного опьянения
 - 4) высококонтагиозного инфекционного заболевания при отсутствии изолятора
17. БОЛЬНОМУ 4 СТАДИЕЙ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В ПАЛАТУ РЕАНИМАЦИИ ПОКАЗАНА, ЕСЛИ
- 1) критическое состояние вызвано заболеванием, не связанным с онкологическим
 - 2) критическое состояние вызвано кровотечением из опухоли
 - 3) наступила клиническая смерть
 - 4) пациенту необходимо проведение гемотрансфузии
18. ВОПРОС О ПЕРЕВОДЕ ПАЦИЕНТА ИЗ ПАЛАТЫ РЕАНИМАЦИИ РЕШАЕТ
- 1) палатный реаниматолог
 - 2) лечащий врач профильного отделения
 - 3) заведующий профильного отделения
 - 4) заместитель главного врача по лечебной работе
19. СТЕПЕНЬ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА ПАЦИЕНТА, ОПЕРИРУЕМОГО В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ, НЕЗАВИСИМО ОТ ТЯЖЕСТИ ИСХОДНОГО СОСТОЯНИЯ
- 1) увеличивается на две единицы
 - 2) увеличивается на одну единицу
 - 3) не увеличивается
 - 4) уменьшается на одну единицу

20. ПАЛАТЫ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОРГАНИЗУЮТСЯ В ГОРОДСКИХ БОЛЬНИЦАХ

- 1) при наличии не менее 300 коек без учета их профиля
- 2) при наличии в больнице не менее 500 коек и 50 коек хирургического профиля
- 3) при наличии не менее 500 коек и не менее 70 коек хирургического профиля
- 4) при наличии не менее 150 коек и 50 коек хирургического профиля

21. ПАЛАТЫ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОРГАНИЗУЮТСЯ В ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦАХ

- 1) при наличии не менее 300 коек без учета их профиля
- 2) при наличии не менее 200 коек и 60 коек хирургического профиля
- 3) при наличии не менее 150 коек и 50 коек хирургического профиля
- 4) могут организовываться независимо от мощности

22. В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ИМЕЕТСЯ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ НА 75 КОЕК. НА ДАННОЕ КОЛИЧЕСТВО КОЕК ПРЕДУСМОТРЕНО _____ ДОЛЖНОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГА

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4.75

23. В ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЕ НА 80 КОЕК ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПРЕДУСМОТРЕНО _____ ДОЛЖНОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА

- 1) 0.8
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 4.75

24. ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ОТДЕЛЕНИЕ РЕАНИМАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТ

- 1) главный врач больницы
- 2) зам. главного врача по лечебной части
- 3) профильный дежурный специалист приемного отделения

- 4) зав. отделением реанимации, а в его отсутствие - дежурный врач
25. НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕНАРКОЗНОМ ПЕРИОДЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИОЛОГОМ-РЕАНИМАТОЛОГОМ
- 1) в течение 2-4 часов
 - 2) в течение 4-8 часов
 - 3) в зависимости от вида анестезии
 - 4) до стабилизации функции жизненно важных органов
26. МИНИМАЛЬНАЯ ПОЛЕЗНАЯ ПЛОЩАДЬ НА 1 КОЙКУ В ПАЛАТАХ РЕАНИМАЦИИ, ПРЕДУСМОТРЕННАЯ ДЕЙСТВУЮЩИМИ СТРОИТЕЛЬНЫМИ НОРМАМИ И ПРАВИЛАМИ СОСТАВЛЯЕТ _____ М²
- 1) 6
 - 2) 10
 - 3) 13
 - 4) 20
27. ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КРУГЛОСУТОЧНОЙ РАБОТЫ ВРАЧА АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА НЕОБХОДИМО
- 1) 3.5 ставок
 - 2) 3.75 ставки
 - 3) 4 ставки
 - 4) 4.75 ставок
28. ДОЛЖНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАБОТЫ ПАЛАТ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ ИЗ РАСЧЕТА 1 КРУГЛОСУТОЧНЫЙ ПОСТ НА _____ КОЙКИ
- 1) 1
 - 2) 2
 - 3) 3
 - 4) 4
29. КОЙКИ ПАЛАТ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
- 1) не входят в число сметных
 - 2) относятся к терапевтическим
 - 3) относятся к хирургическими

- 4) относятся к многопрофильным
30. КОЛИЧЕСТВО ДОЛЖНОСТИ ВРАЧЕЙ-АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ ИЗ РАСЧЕТА
- 1) количества операционных столов
 - 2) оперативной активности
 - 3) количества хирургических коек
 - 4) потребности в анестезиологической помощи
31. ВОПРОС О ПЕРЕВОДЕ БОЛЬНЫХ ИЗ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ В ПРОФИЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РЕШАЕТ
- 1) сотрудник отделения анестезиологии-реаниматологии
 - 2) сотрудник профильного отделения
 - 3) зав. профильным отделением
 - 4) главный врач
32. АТТЕСТАЦИЯ ВРАЧА-АНЕСТЕЗИОЛОГА НА ПРИСВОЕНИЕ ПЕРВОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ СТАЖЕ РАБОТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГОМ НЕ МЕНЕЕ
- 1) 3 лет
 - 2) 5 лет
 - 3) 7 лет
 - 4) 10 лет
33. АТТЕСТАЦИЯ ВРАЧА-АНЕСТЕЗИОЛОГА НА ПРИСВОЕНИЕ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ СТАЖЕ РАБОТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГОМ НЕ МЕНЕЕ
- 1) 3 лет
 - 2) 5 лет
 - 3) 7 лет
 - 4) 10 лет
34. ГРАЖДАНИН, ИМЕЮЩИЙ СТРАХОВОЙ ПОЛИС ОМС, МОЖЕТ ПОЛУЧИТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
- 1) в территориальной больнице
 - 2) в любой больнице населенного пункта
 - 3) в любой больнице РФ
 - 4) в любой больнице субъекта Федерации

Эталоны ответов

1	3	11	1	21	2	31	1
2	2	12	3	22	4	32	3
3	2	13	2	23	3	33	4
4	1	14	1	24	4	34	3
5	2	15	2	25	4		
6	4	16	4	26	3		
7	2	17	1	27	4		
8	2	18	1	28	3		
9	1	19	2	29	1		
10	2	20	3	30	3		

АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ БОЛИ

Выберете один правильный вариант ответа

1. К НАРКОТИЧЕСКИМ АНАЛЬГЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ
 - 1) диазепам
 - 2) промедол
 - 3) дроптаверин
 - 4) дроперидол
2. ПРОЦЕСС ПРЕОБРАЗОВАНИЯ РАЗДРАЖИТЕЛЯ В НЕРВНЫЙ ИМПУЛЬС – ЭТО
 - 1) трансдукция
 - 2) модуляция
 - 3) трансмиссия
 - 4) перцепция
3. ПРОЦЕСС ПРОВЕДЕНИЯ НЕРВНОГО ИМПУЛЬСА – ЭТО
 - 1) перцепция
 - 2) трансмиссия
 - 3) трансдукция
 - 4) модуляция
4. УВЕЛИЧЕНИЕ АМПЛИТУДЫ БОЛЕВОГО НЕРВНОГО ИМПУЛЬСА В СПИННОМ МОЗГЕ НАЗЫВАЕТСЯ
 - 1) трансмиссия
 - 2) трансдукция

- 3) перцепция
 - 4) модуляция
5. УМЕНЬШЕНИЕ АМПЛИТУДЫ БОЛЕВОГО НЕРВНОГО ИМПУЛЬСА В СПИННОМ МОЗГЕ НАЗЫВАЕТСЯ
- 1) модуляция
 - 2) трансмиссия
 - 3) трансдукция
 - 4) перцепция
6. ЭНДОРФИНЫ, СВЯЗЫВАЯСЬ СО СПЕЦИФИЧЕСКИМИ РЕЦЕПТОРАМИ СПИННОГО МОЗГА ВЛИЯЮТ НА ПРОЦЕССЫ
- 1) трансмиссии
 - 2) модуляции
 - 3) трансдукции
 - 4) перцепции
7. ТЕЛО ПЕРВОГО ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА НАХОДИТСЯ В
- 1) задних рогах спинного мозга
 - 2) передних рогах спинного мозга
 - 3) спинномозговом ганглии
 - 4) соматических нервных сплетениях
8. ТЕЛО ВТОРОГО ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА НАХОДИТСЯ В
- 1) соматических нервных сплетениях
 - 2) задних рогах спинного мозга
 - 3) спинномозговом ганглии
 - 4) передних рогах спинного мозга
9. ПЕРЕДАЧА НЕРВНОГО ИМПУЛЬСА С АКСОНА ПЕРВОГО ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА НА ТЕЛО ВТОРОГО НЕЙРОНА ПРОИСХОДИТ В
- 1) задних рогах спинного мозга
 - 2) передних рогах спинного мозга
 - 3) спинномозговом ганглии
 - 4) соматических нервных сплетениях
10. НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЕ ВОСПРИЯТИЕ БОЛИ ПРОИСХОДИТ В
- 1) гипоталамусе
 - 2) спинном мозге
 - 3) таламусе
 - 4) коре головного мозга

11.ПРОЦЕСС СПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПРИЯТИЯ БОЛИ, ЕЕ ХАРАКТЕРА И ЛОКАЛИЗИЦИИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) модуляцией
- 2) трансдукцией
- 3) трансмиссией
- 4) перцепцией

12.ТАХИКАРДИЯ, ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОТВЕТ НА БОЛЕВОЙ РАЗДРАЖИТЕЛЬ ОТНОСЯТСЯ К _____ РЕКЦИЯМ НА БОЛЬ

- 1) неспецифическим
- 2) специфическим
- 3) парадоксальным
- 4) параспецифическим

13.ОТДЕРГИВАНИЕ КОНЕЧНОСТИ В ОТВЕТ НА ДЕЙСТВИЕ БОЛЕВОГО РАЗДРАЖИТЕЛЯ ОТНОСИТСЯ К _____ РЕКЦИЯМ НА БОЛЬ

- 1) параспецифическим
- 2) специфическим
- 3) неспецифическим
- 4) парадоксальным

14.НОЦИЦЕПТИВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ В ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ ПОСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ

- 1) передние рога спинного мозга
- 2) ноцицептивные отверстия
- 3) задние рога спинного мозга
- 4) боковые канатики спинного мозга

15.ПЕРВИЧНЫЙ АФФЕРЕНТНЫЙ НЕЙРОН, КОТОРЫЙ АКТИВИРУЕТСЯ ТОЛЬКО БОЛЕВЫМ (УГРОЖАЮЩИМ ЦЕЛОСТНОСТИ ОРГАНИЗМА) СТИМУЛАМИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) альгоцепторы
- 2) альфа-адреноцепторы
- 3) h-холинорецепторы
- 4) ноцицептор

16.ДЕМОНСТРАЦИЯ ПЕРВОГО УДАЧНОГО ЭФИРНОГО НАРКОЗА ПРИ УДАЛЕНИИ ПОДЧЕЛЮСТНОЙ ОПУХОЛИ ВЫПОЛНИЛ МОРТОН В ____ ГОДУ

- 1) 1846
- 2) 1914
- 3) 1927
- 4) 1875

17.ИННЕРВАЦИЮ ЖЕЛУДКА, ТОНКОГО КИШЕЧНИКА, БРЫЖЕЙКИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ

- 1) седалищный нерв
- 2) лучевой нерв
- 3) локтевой
- 4) чревный нерв

18.ВЕЩЕСТВО С ШИРОКИМ СПЕКТРОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, КОТОРОЕ ТАКЖЕ ОТВЕЧАЮТ ЗА ПЕРЕДАЧУ БОЛЕВЫХ ИМПУЛЬСОВ В ЦНС

- 1) пролактин
- 2) субстанция Р
- 3) брадикинин
- 4) гистамин

19.ОЩУЩЕНИЕ БОЛИ С ТРУДНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ ОТ ВНУТРЕННИХ ОРГАНАХ - ЭТО

- 1) висцеральная боль
- 2) соматическая боль
- 3) фантомная боль
- 4) нейропатическая боль

20.УМЕНЬШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ТЕЛА, ИЛИ ЕГО ЧАСТИ, В ПЛОТЬ ДО ПОЛНОГО ПРЕКРАЩЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ ИНФОРМАЦИИ ОБ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ И СОБСТВЕННОМ СОСТОЯНИИ

- 1) агевзия
- 2) анестезия
- 3) анальгезия
- 4) аносмия

21.МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ БЛОКИРОВАНИЕ ПЕРЕДАЧИ ИМПУЛЬСА НА УРОВНЕ СВОЛА НЕРВА ИЛИ НЕРВНЫХ СПЛЕТЕНИЙ- ЭТО

- 1) комбинированная спинно-эпидуральная анестезия
- 2) инфилтративная анестезия
- 3) терминальная анестезия
- 4) проводниковая анестезия

22. БЛОКИРОВАНИЕ ПЕРЕДАЧИ ИМПУЛЬСА НА УРОВНЕ КОРЕШКОВ СПИННОМОЗГОВЫХ НЕРВОВ ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ В СУБДУРАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО

- 1) эпидуральная анестезия
- 2) проводниковая анестезия
- 3) аппликационная анестезия
- 4) спинальная анестезия

23. РАСПОЛОЖИТЕ ПО ПОРЯДКУ ОБОЛОЧКИ СПИННОГО МОЗГА ОТ САМОЙ ПОВЕРХНОСТИ ДО САМОЙ ГЛУБОКОЙ

- 1) твердая, паутинная, мягкая
- 2) твердая, мягкая, паутинная
- 3) паутинная, твердая, мягкая
- 4) мягкая, паутинная, твердая

24. ОБЪЁМ ЭПИДУРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ИМЕЕТ НАИБОЛЬШИЙ ОБЪЁМ В

- 1) грудном отделе
- 2) поясничном отделе
- 3) шейном отделе
- 4) крестцовом отделе

Эталоны ответов

1	2	11	4	21	4
2	1	12	1	22	4
3	2	13	2	23	1
4	4	14	3	24	2
5	1	15	4		
6	2	16	1		
7	3	17	4		
8	2	18	2		
9	1	19	1		
10	3	20	2		

МОНИТОРИНГ

Выберите один правильный вариант ответа

1. НОРМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА ЦВД СОСТАВЛЯЕТ
 - 1) 0–5 см вод. ст.
 - 2) 6–12 мм рт. ст.
 - 3) 40–60 мм рт. ст.
 - 4) 5–10 см вод. ст.

2. ЦЕНТРАЛЬНОЕ ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ ОТРАЖАЕТ
 - 1) преднагрузку правого желудочка
 - 2) сократимость правого желудочка
 - 3) комплаенс левого желудочка
 - 4) преднагрузку левого желудочка

3. ДЛЯ ИНВАЗИВНОГО КОНТРОЛЯ ЦВД ЧАЩЕ ИСПОЛЬЗУЮТ
 - 1) доступ к нижней полой вене через бедренную вену
 - 2) доступ к верхней полой вене через подключичную вену
 - 3) катетеризацию легочной артерии катетером Свана-Ганца
 - 4) монитор РiССО

4. ВЕЛИЧИНА ОПСС В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ
 - 1) 1900-3700 кПа/л×с
 - 2) 560-900 кПа/см вод. ст.
 - 3) 900-1500 дин×с×см-5
 - 4) 500–600 дин/кПа

5. НОРМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ САТУРАЦИИ ГЕМОГЛОБИНА
СМЕШАННОЙ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ КИСЛОРОДОМ
СОСТАВЛЯЕТ _____ %
 - 1) 40-45
 - 2) не ниже 60
 - 3) не ниже 75
 - 4) 10–15

6. ЗАКОН ФРАНКА–СТАРЛИНГА – ЭТО
 - 1) зависимость выброса от преднагрузки
 - 2) зависимость выброса от ЧСС
 - 3) зависимость ОПСС от преднагрузки
 - 4) зависимость выброса от преднагрузки

7. СЕРДЕЧНЫЙ ИНДЕКС ИЗМЕРЯЕТСЯ В
- 1) л/кг
 - 2) л/м²*мин
 - 3) кПа/л*с
 - 4) л/мин
8. НОРМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА ПРЕДНАГРУЗКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 5-10 см вод. ст.
 - 2) 6-12 мм рт. ст.
 - 3) 15-20 мм рт. ст.
 - 4) 100–120 мм рт. ст.
9. ДАВЛЕНИЕ ЗАКЛИНИВАНИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ДЗЛА) ОТРАЖАЕТ
- 1) преднагрузку левого желудочка
 - 2) диастолическую функцию правого желудочка
 - 3) производительность правого сердца
 - 4) преднагрузку правого сердца
10. ОТВЕДЕНИЕ ЭКГ V5 СЧИТАЕТСЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ДЛЯ
- 1) мониторинга ишемии
 - 2) контроля ритма
 - 3) диагностики острого инфаркта миокарда
 - 4) контроля дигитализации
11. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРАВИЛЬНОСТИ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ
- 1) аускультация
 - 2) оценки параметров вентиляции
 - 3) бронхоскопия
 - 4) капнография
12. ГИПОКСИЯ ЭТО -
- 1) кислородное голодание тканей
 - 2) недостаточное содержание кислорода в крови
 - 3) состояние, характеризующееся накоплением в крови CO₂
 - 4) состояние, когда резко затрудняется (или прекращается) поступление в организм кислорода и выделение углекислоты
13. ЗНАЧЕНИЕ PetCO₂ ЗАВИСИТ ОТ
- 1) дыхательного объема, состояния гемодинамики пациента

- 2) минутной альвеолярной вентиляция, состояния гемодинамики пациента частоты дыхания, состояния гемодинамики пациента
- 3) фракции кислорода во вдыхаемой смеси

14. В СЛУЧАЕ ИНТУБАЦИИ ПИЩЕВОДА ЗНАЧЕНИЕ $P_{et}CO_2$ БУДЕТ

- 1) постепенно увеличиваться
- 2) равняться нулю
- 3) постепенно уменьшаться
- 4) резко возрастет

15. ЦИФРОВОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ CO_2 В КОНЦЕ ВЫДОХА - ЭТО

- 1) bis-мониторинг
- 2) капнография
- 3) капнометрия
- 4) пульсоксиметрия

16. ИЗМЕРЕНИЕ И ГРАФИЧЕСКОЕ ОТОБРАЖЕНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ CO_2 НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕГО ДЫХАТЕЛЬНОГО ЦИКЛА – ЭТО

- 1) капнография
- 2) капнометрия
- 3) bis-мониторинг
- 4) пульсоксиметрия

17. НОРМА ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ CO_2 В КОНЦЕ ВДОХА СОСТАВЛЯЕТ ____ ММ РТ. СТ.

- 1) 21-32
- 2) 15-18
- 3) 36-42
- 4) 54-66

18. ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ У ПАЦИЕНТА, МАССОЙ 70 КГ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО РАВЕН _____ МЛ

- 1) 320
- 2) 750
- 3) 1600
- 4) 500

19. ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ МОНИТОРИНГ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) осциллометрию

- 2) плетизмографию
- 3) сцинтиграфию
- 4) пульсоксиметрию

20.НОРМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ SpO₂ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ _____%

- 1) 94-96
- 2) 96-100
- 3) 92-98
- 4) 90-95

21.КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭФФЕКТА ДОПЛЕРА ВОВЛЕКАЕТ ИЗМЕРЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В

- 1) частоты отраженных ультразвуковых волн
- 2) электропроводимости движущегося потока крови
- 3) частотной реакции артериальной стенки
- 4) температуры крови

22.КОНЦЕНТРАЦИЯ КИСЛОРОДА ИЗМЕРЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- 1) инфракрасного поглощения
- 2) электрода Северингхауза
- 3) по числу Рейно
- 4) электрода Кларка

23.КОНЦЕНТРАЦИЯ УГЛЕКИСЛОТЫ МОЖЕТ БЫТЬ ИЗМЕРЕНА С ПОМОЩЬЮ

- 1) пламенной фотометрии
- 2) электрода Северингхауза
- 3) пульсоксиметра
- 4) изменений в пьезоэлектрическом эффекте

24.ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ НЕДОСТОВЕРНА ПРИ

- 1) выраженной кожной пигментации
- 2) серповидно-клеточной анемии
- 3) отравлении метгемоглобинообразующими ядами
- 4) при отравлении ФОС

25.ПРАВИЛЬНОСТЬ РАСПОЛОЖЕНИЯ ИНТУБАЦИОННОЙ ТРУБКИ ВЕРИФИЦИРУЮТ ПО

- 1) показателям капнографии
- 2) наличию конденсата в интубационной трубке
- 3) уровню SpO₂

4) данным аускультации

Эталоны ответов

1	4	11	4	21	1
2	1	12	1	22	4
3	2	13	2	23	2
4	3	14	2	24	3
5	3	15	3	25	1
6	4	16	1		
7	2	17	3		
8	2	18	4		
9	1	19	4		
10	1	20	2		

СИНДРОМЫ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ. КЛИНИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ. СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. К СИНДРОМАМ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ОТНОСИТСЯ
 - 1) острая церебральная недостаточность
 - 2) декомпенсированная хроническая дыхательная недостаточность
 - 3) декомпенсация хронической сердечно-сосудистой недостаточности
 - 4) острое нарушение мозгового кровообращения

2. К СИНДРОМАМ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ОТНОСИТСЯ
 - 1) железодефицитная анемия тяжелой степени
 - 2) острое нарушение водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния
 - 3) терминальная стадия хронической почечной недостаточности
 - 4) железодефицитная анемия средней степени тяжести

3. ДЛЯ НЕИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ
 - 1) интубация трахеи
 - 2) назо- и орофарингеальные воздуховоды
 - 3) сгибание головы и открытие рта
 - 4) тройной прием Сафара или запрокидывание головы и открытие рта

4. КОНИКОТОМИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ
 - 1) между первым полукольцом трахеи и перстневидным хрящом
 - 2) между перстневидным и щитовидным хрящами
 - 3) между первым и вторым полукольцами трахеи
 - 4) ниже подъязычной кости

5. ПРИЕМ ХЕЙМЛИХА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ
 - 1) аспирации инородного тела
 - 2) утоплении
 - 3) удушении
 - 4) асистолии

6. ТРОЙНОЙ ПРИЕМ САФАРА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ
 - 1) восстановления проходимости дыхательных путей
 - 2) постановки назогастрального зонда
 - 3) выявления наличия зубных протезов
 - 4) оценки наличия сознания

7. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ГОРТАННОЙ МАСКИ ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) амбулаторные операции
 - 2) операции на глазе и ухе
 - 3) «полный желудок»
 - 4) продолжительность операции более 1 часа

8. ПРИ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ НА ГЛАЗАХ У РЕАНИМАТОРА В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
 - 1) прием Геймлиха
 - 2) интубацию трахеи
 - 3) комплекс сердечно-легочной реанимации
 - 4) тройной прием Сафара

9. ЕСЛИ ИНТУБАЦИОННУЮ ТРУБКУ ВВЕЛИ НА ГЛУБИНУ 28 СМ, ТО ЕЕ ДИСТАЛЬНЫЙ КОНЕЦ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО БУДЕТ РАСПОЛОЖЕН
 - 1) в трахее
 - 2) на бифуркации
 - 3) в левом главном бронхе
 - 4) в правом главном бронхе

10. ПРИ РАЗВИТИИ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПОКАЗАТЕЛЬ КАМНОМЕТРИИ

- 1) увеличится
- 2) будет равен 0 мм рт. ст.
- 3) уменьшится
- 4) резко возрастет

11. ПРИ УТОПЛЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НАЧИНАЮТСЯ С

- 1) компрессий грудной клетки
- 2) 2-х спасательных вдохов
- 3) приема Геймлиха
- 4) злектродефибрилляции

12. СИМПТОМ БЕЛОГЛАЗОВА – ЭТО

- 1) деформация зрачка при сдавлении глазного яблока с боков
- 2) расширение зрачка в ответ на давление на глазное яблоко
- 3) сужение зрачка при наведении на него источника света
- 4) расширение зрачка при нанесении болевого раздражителя

13. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОМ ВЫПОЛНЕНИИ ОБЕИХ ПОПЫТОК ПРОВЕДЕНИЯ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ ПОМОЩИ МЕШКА АМБУ С ЛИЦЕВОЙ МАСКОЙ ВО ВРЕМЯ СЛР НЕОБХОДИМО

- 1) провести еще две попытки
- 2) провести Тройной прием Сафара
- 3) немедленно приступить к выполнению компрессий
- 4) ввести миорелаксанты

14. В СЛУЧАЕ РЕГИСТРАЦИИ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

- 1) в палате интенсивной терапии
- 2) на месте
- 3) в реанимационном зале
- 4) в перевязочной

15. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА НЕТ СОЗНАНИЯ, НО ЕСТЬ ДЫХАНИЕ, НЕОБХОДИМО

- 1) не трогать пациента
- 2) зафиксировать шею и ждать специализированную помощь

- 3) нанести болевой раздражитель, чтобы попытаться восстановить сознание
- 4) придать боковое восстановительное положение

16. ГЛУБИНА КОМПРЕССИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР ДЛЯ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ _____ СМ

- 1) 4-5
- 2) 3-4
- 3) 6-7
- 4) 5-6

17. КОЛИЧЕСТВО КОМПРЕССИЙ В МИНУТУ ПРИ СЛР ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ _____ В МИНУТУ

- 1) 100-120
- 2) менее 60
- 3) 60-90
- 4) 90-100

18. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЛАДОНИ СЛЕДУЕТ РАСПОЛОЖИТЬ

- 1) в центре грудной клетки
- 2) на верхней трети груди
- 3) на мечевидном отростке
- 4) на границе средней и нижней трети груди

19. РЕАНИМАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ

- 1) только в случае клинической смерти пострадавшего работоспособного возраста
- 2) в каждом случае клинической смерти
- 3) только в случае клинической смерти детей
- 4) только в случае клинической смерти пострадавшего младше 65 лет

20. СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ ПРИ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА И ЧАСТОТЫ ВДОХОВ ПРИ ИВЛ ОДНИМ СПАСАТЕЛЕМ

- 1) 5:2
- 2) 15:1
- 3) 30:2
- 4) 5:1

21. У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА ПРОВОДИТСЯ

- 1) двумя руками

- 2) основанием ладони двух рук
- 3) двумя пальцами
- 4) основанием ладони одной руки

22. КОМПЛЕКС СЛР НАЧИНАЮТ ПРОВОДИТЬ С

- 1) непрямого массажа сердца
- 2) обеспечения проходимости дыхательных путей
- 3) искусственного дыхания
- 4) электродефибрилляции

23. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ БАЗОВОГО РЕАНИМАЦИОННОГО КОМПЛЕКСА

- 1) обеспечение проходимости дыхательных путей - ИВЛ - непрямой массаж сердца
- 2) непрямой массаж сердца - обеспечение проходимости дыхательных путей - ИВЛ
- 3) ИВЛ - обеспечение проходимости дыхательных путей - непрямой массаж сердца
- 4) не имеет значения

24. АДРЕНАЛИН, АМИОДАРОН И ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ В СОВОКУПНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- 1) асистолии
- 2) фибрилляции предсердий
- 3) фибрилляции желудочков
- 4) электромеханической диссоциации

25. ВНУТРИКОСТНЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) у пожилых людей
- 2) у подростков
- 3) у детей до 6 лет
- 4) при невозможности обеспечения венозного доступа у людей любого возраста

26. ВРЕМЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СЛР ПРИ АСИСТОЛИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МИНУТ

- 1) 30
- 2) 20
- 3) 45
- 4) 60

27. ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ
- 1) электромеханической диссоциации
 - 2) полной АВ-блокаде
 - 3) асистолии
 - 4) фибрилляции желудочков
28. АДРЕНАЛИН ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ
- 1) после 3-го разряда дефибриллятора
 - 2) введение адреналина противопоказано
 - 3) через 3 минуты от начала СЛР
 - 4) сразу после регистрации ЭКГ
29. МАКСИМАЛЬНАЯ ДОЗА АТРОПИНА ПРИ СЛР СОСТАВЛЯЕТ
- 1) не используется при СЛР
 - 2) 0,08 мг/кг
 - 3) 0,06 мг/кг
 - 4) 0,04 мг/кг
30. ПРИ ИВЛ МЕШКОМ ТИПА «АМБУ» ЧЕРЕЗ ЛИЦЕВУЮ МАСКУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ, СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ И ВДОХОВ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ
- 1) разобщенно, компрессии 100-120 в мин., вдохи 10 в мин.
 - 2) 2:30
 - 3) 30:2
 - 4) 15:2
31. ПРИ ИВЛ МЕШКОМ ТИПА «АМБУ» ЧЕРЕЗ ЭНДОТРАХЕАЛЬНУЮ ТРУБКИ ПРИ ОКАЗАНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ, СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ И ВДОХОВ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ
- 1) разобщенно, компрессии 100-120 в мин., вдохи 10 в мин.
 - 2) 2:30
 - 3) 15:2
 - 4) 30:2
32. ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТА, С НАЛИЧИЕМ РИТМА, ПОДДАЮЩЕГОСЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ, ПЕРВЫЙ РАЗРЯД ДОЛЖЕН НАНОСИТЬСЯ
- 1) после двух комплексов сердечно-легочной реанимации.
 - 2) в данном случае дефибрилляция не проводится

- 3) как можно раньше
 - 4) только после введения раствора Амиодарона
33. ПРИ ПОПЫТКЕ ПРОВЕДЕНИЯ РАЗРЯДА, ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ЭЛЕКТРОДОВ ДЕФИБРИЛЛЯТОРА РИТМ ПАЦИЕНТА ТРАНСФОРМИРУЕТСЯ В АСИСТОЛИЮ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА
- 1) повысить заряд и провести разряд
 - 2) понизить заряд и провести разряд
 - 3) провести разряд и сразу оценить ритм
 - 4) убрать электроды дефибриллятора, сбросить заряд
34. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ НА ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, В СЛУЧАЕ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА ПРОВОДЯТ
- 1) непрямой массаж сердца
 - 2) внутрисердечное введение адреналина
 - 3) открытый массаж сердца
 - 4) подключение аппарата искусственного кровообращения
35. ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА, ПОДДАЮЩЕЙСЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ (ФИБРИЛЛЯЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ), РАСТВОР АДРЕНАЛИНА СЛЕДУЕТ
- 1) ввести внутрисердечно сразу после регистрации ритма
 - 2) при данном виде остановки сердца адреналин вводить не следует
 - 3) вводить каждые 3-5 минут после нанесения третьего разряда электродефибриллятора
 - 4) вводить каждые 3-5 минут сразу после обеспечения венозного или интраоссального доступа
36. ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА, НЕ ПОДДАЮЩЕЙСЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ (АСИСТОЛИЯ), РАСТВОР АДРЕНАЛИНА СЛЕДУЕТ
- 1) вводить каждые 3-5 минут после нанесения третьего разряда электродефибриллятора
 - 2) вводить каждые 3-5 минут сразу после обеспечения венозного или интраоссального доступа
 - 3) при данном виде остановки сердца адреналин вводить не следует
 - 4) ввести внутрисердечно сразу после регистрации ритма
37. ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА РАСТВОР АДРЕНАЛИНА СЛЕДУЕТ
- 1) ввести 1 мг после третьего разряда электродефибриллятора
 - 2) ввести 1 мг после первого разряда электродефибриллятора

- 3) ввести 1 мг сразу после регистрации фибрилляции желудочков
- 4) при данном виде остановки сердца адреналина вводить не следует

38. ПРИ ЭЛЕКТРОМЕХАНИЧЕСКОЙ ДИССОЦИАЦИИ (БЕЗПУЛЬСОВАЯ АКТИВНОСТЬ) АНТИАРИТМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ВВОДЯТСЯ

- 1) вводятся внутриаартериально
- 2) вводятся внутрикостно
- 3) вводятся внутривенно
- 4) не вводятся

39. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОЗА АДРЕНАЛИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР

- 1) 1 мг каждые 10 минут
- 2) 1 мг каждые 3-5 минут
- 3) 2 мг каждые 3-5 минут
- 4) 2 мг каждые 10 минут

40. ЭЛЕКТРОДЕФИБРИЛЛЯЦИЮ ДОПУСКАЕТСЯ ПРОВОДИТЬ

- 1) до истечения сил спасателя
- 2) не более 3-х разрядов в минуту
- 3) пока продолжается фибрилляция желудочков
- 4) 10 раз

41. ЭНЕРГИЯ НАЧАЛЬНОГО РАЗРЯДА БИФАЗНОГО ДЕФИБРИЛЯТОРА ДЛЯ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ ДЖ/КГ

- 1) 2
- 2) 4
- 3) 6
- 4) 8

42. ЧАСТОТУ КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР МОЖНО УВЕЛИЧИТЬ ДО 140 В МИНУТУ

- 1) никогда
- 2) по желанию реаниматора
- 3) только если достоверно известно, что у пострадавшего в анамнезе есть нестабильная стенокардия
- 4) если меньшая частота не привела к восстановлению витальных функций в течении 20 минут

43.ЭМД – НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ

- 1) острой почечной недостаточности
- 2) кардиогенном шоке
- 3) массивной воздушной эмболии
- 4) поражении электрическим током

44.АВТОРОМ СХЕМЫ РЕАНИМАЦИИ «АВСD» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) В.А. Неговский
- 2) Питер Сафар
- 3) Анри Лабори
- 4) А.П. Зильбер

45.АЛЬТЕРНАТИВОЙ ЦЕНТРАЛЬНОМУ ВЕНОЗНОМУ ДОСТУПУ ПРИ СЛР МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) внутрикостный
- 2) внутрисердечный
- 3) эндотрахеальный
- 4) периферический

46.ИСТИННОЕ УТОПЛЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) ларингоспазма
- 2) рефлекторной остановки сердца
- 3) погружении в холодную воду
- 4) попадании жидкости в дыхательные пути

47.АСФИКСИЧЕСКОЕ УТОПЛЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) попадании жидкости в дыхательные пути
- 2) рефлекторной остановки сердца
- 3) ларингоспазма
- 4) погружении в холодную воду

48.СИНКОПАЛЬНОЕ УТОПЛЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) ларингоспазма
- 2) попадании жидкости в дыхательные пути
- 3) отеке легких
- 4) погружении в холодную воду

Эталоны ответов

1	1	11	2	21	3	31	1	41	1
2	2	12	1	22	1	32	3	42	1

3	4	13	3	23	2	33	4	43	3
4	2	14	2	24	3	34	3	44	2
5	1	15	4	25	4	35	3	45	1
6	1	16	4	26	1	36	2	46	4
7	3	17	1	27	4	37	1	47	3
8	1	18	1	28	1	38	4	48	4
9	4	19	2	29	1	39	2		
10	2	20	3	30	3	40	3		

МЕТОДЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ. ТРУДНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ПУТЬ. ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ГИПОКСИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. ШКАЛА «MOANS» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА
 - 1) трудной вентиляции маской
 - 2) трудной интубации
 - 3) трудной постановки НВУ
 - 4) трудной крикотиомии

2. РИСК ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ ВИЗУАЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ ПО МАЛАМПАТИ
 - 1) I
 - 2) II и выше
 - 3) III и выше
 - 4) IV

3. ИЗМЕРЕНИЕ РАССТОЯНИЯ МЕЖДУ ПОДБОРОДКОМ И ЩИТОВИДНЫМ ХРЯЩЕМ – ТЕСТ
 - 1) Patil
 - 2) Savva
 - 3) MOANS
 - 4) LEMON

4. ДАННЫЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТА PATIL У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЮТ 5 СМ. В ДАННОМ СЛУЧАЕ ПРОГНОЗИРУЕТСЯ
 - 1) трудная масочная вентиляция
 - 2) трудной постановки НВУ

- 3) трудной крикотиреотомии
 - 4) трудная интубация
5. ИЗМЕРЕНИЕ РАССТОЯНИЯ МЕЖДУ ПОДБОРОДКОМ И ГРУДИНОЙ – ТЕСТ
- 1) Patil
 - 2) MOANS
 - 3) Savva
 - 4) LEMON
6. ДАННЫЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТА PATIL У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЮТ 10 СМ. В ДАННОМ СЛУЧАЕ ПРОГНОЗИРУЕТСЯ
- 1) трудная масочная вентиляция
 - 2) трудной постановки НВУ
 - 3) трудной крикотиреотомии
 - 4) Трудная интубация
7. ТРУДНАЯ ИНТУБАЦИЯ ПРОГНОЗИРУЕТСЯ ПРИ ВЕЛИЧИНЕ РАССТОЯНИЯ МЕЖДУ ГРУДИНОЙ И ПОДБОРОДКОМ, РАВНОЙ ___ СМ
- 1) 12 и менее
 - 2) 12-15
 - 3) 13-14
 - 4) 15 и более
8. ОТКРЫТИЕ РТА ПРИ ОЦЕНКЕ ВЕРОЯТНОСТИ ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ СЧИТАЕТСЯ ДОСТАТОЧНЫМ, ЕСЛИ ОНО
- 1) 3 и более поперечных пальца пациента
 - 2) 3 и более поперечных пальца врача
 - 3) 2 и более поперечных пальца пациента
 - 4) 2 и более поперечных пальца врача
9. ДАННЫЕ ОЦЕНКИ ПО ШКАЛЕ «LEMON» СОСТАВЛЯЮТ 4 БАЛЛА. У ПАЦИЕНТА ПРОГНОЗИРУЕТСЯ
- 1) трудной крикотиреотомии
 - 2) трудная масочная вентиляция
 - 3) трудная интубация
 - 4) трудной постановки НВУ
10. ШКАЛА «SHORT» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА
- 1) трудной вентиляции маской
 - 2) трудной интубации

- 3) трудной крикотиреотомии
 - 4) трудной постановки НВУ
11. ПРИ ОЦЕНКЕ ПО ШКАЛЕ «SHORT» В 2 БАЛЛА У ПАЦИЕНТА ПРОГНОЗИРУЕТСЯ
- 1) трудной крикотиреотомии
 - 2) трудная интубация
 - 3) нормальная крикотиреотомия
 - 4) нормальная интубация
12. «BURP» - ПРИЕМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ
- 1) предотвращения аспирации
 - 2) удаления инородного тела
 - 3) улучшения визуализации голосовой щели
 - 4) поддержания проходимости дыхательных путей
13. СТАНДАРТНАЯ МЕТОДИКА ПРЕОКСИГЕНАЦИИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ДЫХАНИЕ ПАЦИЕНТА 100% КИСЛОРОДОМ ЧЕРЕЗ ЛИЦЕВУЮ МАСКУ В ТЕЧЕНИЕ ___ МИНУТ
- 1) 1-2
 - 2) 3-5
 - 3) 5-6
 - 4) 5-10
14. ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРЕОКСИГЕНАЦИИ У ПАЦИЕНТА С ОЖИРЕНИЕМ СЛЕДУЕТ
- 1) опустить головной конец
 - 2) приподнять головной конец
 - 3) придать горизонтальное положение
 - 4) придать «принюхивающееся» положение Джексона
15. ПРИ ПРОГНОЗИРУЕМОМ ТРУДНОМ ДЫХАТЕЛЬНОМ ПУТИ «ЗОЛОТЫМ» СТАНДАРТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) интубация в сознании
 - 2) интубация на фоне седации и миорелаксации
 - 3) хирургические методы восстановления проходимости
 - 4) использование ларингеальной маски
16. ТЕСТ С «УТЕЧКОЙ» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ
- 1) проходимости дыхательных путей перед интубацией
 - 2) оценки герметичности дыхательного аппарата
 - 3) проходимости дыхательных путей перед экстубацией

- 4) оценки эффективности масочной вентиляции
- 17.В СЛУЧАЕ НЕУДАВШЕЙСЯ ПОПЫТКИ ИНТУБАЦИИ АНЕСТЕЗИОЛОГУ ДОПУСТИМО ПРОВЕСТИ ЕЩЕ _____ ПОПЫТКУ
- 1) 1
 - 2) 2
 - 3) 3
 - 4) 4
- 18.ПОСЛЕ ТРЕХ НЕУДАЧНЫХ ПОПЫТОК ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НЕОБХОДИМО
- 1) интубировать с помощью бронхоскопа
 - 2) провести коникотомию
 - 3) установить ларингеальную маску
 - 4) ввести релаксанты, повторить попытку интубации
- 19.НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЭКСТРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) хирургическая крикотиреотомия
 - 2) пункционная крикотиреотомия
 - 3) пункционная трахеостомия
 - 4) ретроградная интубация трахеи
- 20.В СЛУЧАЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭКСТУБАЦИИ ПАЦИЕНТА САМЫМ НАДЕЖНЫМ МЕТОДОМ БУДЕТ ЯВЛЯТЬСЯ
- 1) постановка ларингеальной маски перед экстубацией
 - 2) постановка обменного буфа
 - 3) экстубация в седации
 - 4) пункционная крикотиреотомия
- 21.ПРИЕМ «WELLY» - ЭТО
- 1) постановка ларингеальной маски перед экстубацией пациента
 - 2) постановка обменного буфа перед экстубацией
 - 3) экстубация в седации
 - 4) давление на перстневидный хрящ «назад-вверх-вправо»
- 22.ФИНАЛЬНЫЙ ПУТЬ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ СИТУАЦИИ «НЕЛЬЗЯ ИНТУБИРОВАТЬ, НЕЛЬЗЯ ВЕНТИЛИРОВАТЬ» -

- 1) пункция перстнещитовидной мембраны
- 2) интубация трахеи
- 3) постановка ларингеальной маски
- 4) использование эластичного бужа

23. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ СУКЦИНИЛХОЛИН

- 1) гиперхлоремия
- 2) гипокалиемия
- 3) гипохлоремия
- 4) гиперкалиемия

24. ДОЗА РОКУРОНИЯ ДЛЯ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ _____ МГ/КГ

- 1) 0,6
- 2) 0,1–0,5
- 3) 0,6–1
- 4) 1–1,5

25. ПАЦИЕНТУ ПЛАНИРУЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В УСЛОВИЯХ ТВВА+ИВЛ. ЧЕРЕЗ 30 СЕКУНД ПОСЛЕ РАЗРЕЗА КОЖИ - SpO₂ - 80%, PetCO₂ 60 ММ РТ. СТ. ЧСС – 120 В МИНУТУ, АД – 160 И 100 ММ РТ. СТ. ДАННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МОГУТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О

- 1) развитие аллергического бронхоспазма на внутривенные анестетики
- 2) миграция эндотрахеальной трубки в пищевод
- 3) развитие бронхоспазма в результате неадекватной анестезии
- 4) нарушение в системе подачи кислорода

26. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОЙ ИНДУКЦИИ АНЕСТЕЗИИ И ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ, НА МОНИТОРЕ ВИТАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ЗНАЧЕНИЕ PetCO₂ = 40 ММ РТ. СТ. ДАННЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ТОМ, ЧТО

- 1) эндотрахеальная трубка находится в пищеводе
- 2) эндотрахеальная трубка находится в трахее, однако у пациента выраженная депрессия сердечной деятельности
- 3) у пациента повышен уровень метаболизма
- 4) эндотрахеальная трубка находится в трахее

27. ВО ВРЕМЯ ПЛАНОВОГО АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ, ПОСЛЕ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ НА МОНИТОРЕ ВИТАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ЗНАЧЕНИЕ PetCO₂ = 0 ММ РТ. СТ. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ

- 1) начать вентиляцию легких в режиме управления объемом 100% кислородом, начать инфузию симпатомиметиков под контролем показателей гемодинамики
- 2) экстубировать пациента, обеспечить вентиляцию через лицевую маску, по достижению нормального уровня оксигенации повторить попытку интубации трахеи
- 3) продолжить операцию, вызвать бригаду бронхоскопии
- 4) экстубировать пациента, установить ларингеальную маску, продолжить операцию, вызвать более опытного анестезиолога

28. НА 20 МИНУТЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ (КОМБИНИРОВАННЫЙ ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫЙ НАРКОЗ В УСЛОВИЯХ ИВЛ) У ПАЦИЕНТА РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПОСТЕПЕННОЕ СНИЖЕНИЕ $P_{et}CO_2$ С 40 ДО 10 ММ РТ. СТ. ДАННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О

- 1) миграции эндотрахеальной трубки в главный правый бронх
- 2) депрессии кровообращения
- 3) миграции эндотрахеальной трубки в пищевод
- 4) нарушении в системе обеспечения кислородом

29. НА 20 МИНУТЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ (КОМБИНИРОВАННЫЙ ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫЙ НАРКОЗ В УСЛОВИЯХ ИВЛ) У ПАЦИЕНТА РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПОСТЕПЕННОЕ СНИЖЕНИЕ SpO_2 ДО 70%. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ

- 1) перейти на ручную вентиляцию с подачей 100% кислорода, оценить локализацию трубки, проходимость дыхательных путей, гемодинамический профиль
- 2) продолжить ИВЛ, увеличить фракцию кислорода до 100%, оценить показатель SpO_2 через 2 минуты, назначить бронхолитики, симпатомиметики
- 3) провести бронхоскопию, обеспечить подачу 100% кислорода, перейти на ТВВА
- 4) экстубировать пациента, обеспечить вентиляцию через лицевую маску, по достижению нормального уровня оксигенации повторить попытку интубации трахеи

30. ПАЦИЕНТ НАХОДИЛСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ОТДЕЛЕНИИ ХИРУРГИИ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА. 5 СУТОК НАЗАД - ОПЕРАЦИЯ – БИЛЬРОТ 2. У БОЛЬНОГО УСТАНОВЛЕН НАЗОГАСТРАЛЬНЫЙ ЗОНД. ПЛАНИРУЕТСЯ РЕВИЗИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОД НАРКОЗОМ. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ

- 1) аспирировать желудочное содержимое, удалить зонд, провести индукцию анестезии, интубировать трахею, установить желудочный зонд
- 2) не убирая зонд применить методику быстрой последовательной индукции с выполнением приема Селлика
- 3) аспирировать содержимое желудка, не убирая зонд провести индукцию анестезии, интубацию трахеи
- 4) провести интубацию трахеи в условиях терминальной анестезии с сохраненным сознанием пациента

31. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОНИКОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие воспалительного процесса поднижнечелюстной области
- 2) «короткая» шея у пациента
- 3) несколько безуспешных попыток интубации трахеи
- 4) безуспешные попытки интубации трахеи с невозможностью обеспечить нормальную вентиляцию другими методами

32. ПОЛОЖЕНИЕ ЛЕЖА НА СПИНЕ ПОД УГЛОМ 45 ГРАДУСОВ ПРИПОДНЯТЫМ ПО ОТНОШЕНИЮ К ГОЛОВЕ ТАЗОМ НАЗЫВАЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕМ

- 1) Тренделенбурга
- 2) ортостатическим
- 3) литотомическим
- 4) Фовлера

33. ВО ВРЕМЯ НИЗКОПОТОЧНОЙ АНЕСТЕЗИИ СЕВОФЛУРАНОМ ОТМЕЧАЕТСЯ ПОСТЕПЕННЫЙ РОСТ $PiCO_2$. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ

- 1) изменить положение абсорбента в контуре
- 2) углубить анестезию, назначить симпатомиметики, увеличить МВЛ
- 3) экстубировать пациента, провести ИВЛ через лицевую маску, повторить попытку интубации
- 4) увеличить подачу свежей газовой смеси до значений МВЛ, произвести замену абсорбента

34. ПОСЛЕ ВВОДНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВАМИ ПРОВЕДЕНА БЕЗУСПЕШНАЯ ПОПЫТКА ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ (СЛОЖНОСТЬ ВИЗУАЛИЗАЦИИ). ВАШИ ДЕЙСТВИЯ

- 1) при эффективной вентиляции через лицевую маску и нормальном уровне оксигенации – повторю попытку интубации, придав улучшенное положение больному
- 2) при неэффективной вентиляции через лицевую – повторю попытку интубации, придав улучшенное положение больному

- 3) продолжу вентиляцию через лицевую маску и дождусь пробуждение пациента
- 4) при эффективной вентиляции через лицевую маску – продолжу вентиляцию и позову более опытного анестезиолога

35.ИННЕРВАЦИЮ ЖЕЛУДКА, ТОНКОГО КИШЕЧНИКА БРЫЖЕЙКИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ

- 1) седалищный нерв
- 2) лучевой нерв
- 3) чревный нерв
- 4) локтевой

36.ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ГОРТАННОЙ МАСКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) амбулаторные операции
- 2) операции на глазе и ухе
- 3) продолжительность операции более 1 часа
- 4) «полный желудок»

37.ПРОВЕДЕНИЕ МАСОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ПЕРЕД ИНТУБАЦИЕЙ ТРАХЕИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ

- 1) экстренной анестезии
- 2) подозрении на трудные дыхательные пути
- 3) значительном увеличении в размерах щитовидной железы
- 4) анестезии у детей

38.ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ У ПАЦИЕНТА С НАЗОГАСТРАЛЬНЫМ ЗОНДОМ НЕОБХОДИМО

- 1) аспирировать содержимое, интубировать трахею
- 2) аспирировать содержимое, убрать зонд
- 3) наложить на зонд зажим, интубировать трахею
- 4) интубировать трахею, не обращая внимание на зонд

39.ТРУДНЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ – ЭТО ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- 1) трудная вентиляция маской
- 2) трудная интубация трахеи
- 3) трудная крикотиротомия
- 4) трудная трахеостомия

40.ОДНИМ ВРАЧОМ ДОПУСКАЕТСЯ _____ ПОПЫТКИ ИНТУБАЦИИ

- 1) 1

- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

41. ШКАЛА, ИСПОЛЬЗУЮЩАЯСЯ ДЛЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ ТРУДНОСТИ ИНТУБАЦИИ – ЭТО

- 1) шкала Mallampati
- 2) шкала SOFA
- 3) шкала Murray
- 4) шкала Glasgo

42. МИНИМАЛЬНЫЙ ПРОМЕЖУТОК ВРЕМЕНИ, ПОСЛЕ КОТОРОГО ВОЗМОЖНА КОМФОРТНАЯ ИНТУБАЦИЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РОКУРОНИЯ

- 1) 20 сек
- 2) 2 мин
- 3) 3 мин
- 4) 1 мин

43. НАПРАВЛЕНИЕ НАДАВЛИВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРИЕМА СЕЛЛИКА

- 1) кзади, снизу - вверх и вправо
- 2) кпереди, снизу - вверх и вправо
- 3) кзади, снизу - вверх и влево
- 4) кзади, сверху - вниз и вправо

44. ПРАВИЛЬНОСТЬ РАСПОЛОЖЕНИЯ ИНТУБАЦИОННОЙ ТРУБКИ ВЕРИФИЦИРУЮТ ПО

- 1) наличию конденсата в интубационной трубке
- 2) показателям капнографии
- 3) уровню SpO₂
- 4) данным аускультации

45. ПРИЕМ ХЕЙМЛИХА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

- 1) утоплении
- 2) аспирации инородного тела
- 3) удушении
- 4) асистолии

46. ПРИ СИТУАЦИИ «НЕЛЬЗЯ ИНТУБИРОВАТЬ, МОЖНО ВЕНТИЛИРОВАТЬ» ОДНИМ ИЗ ЭТАПОВ АЛГОРИТМА ВЕДЕНИЯ ТРУДНЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пробуждение пациента, отмена операции
- 2) проведение операции в условиях масочной вентиляции
- 3) постановка трахеостомы
- 4) постановка Combitube

47. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДИКИ БЫСТРОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ ИНДУКЦИИ И ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) высокий риск регургитации
- 2) повышенное ВЧД
- 3) прогнозируемая трудная интубация
- 4) острая кишечная непроходимость

48. ПРОГНОСТИЧЕСКИ НАИБОЛЕЕ СЛОЖНА ИНТУБАЦИЯ ПРИ КЛАССЕ ПО МАЛЛАМПАТИ

- 1) I
- 2) II
- 3) IV
- 4) V

49. ПРОЦЕНТ КИСЛОРОДА, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ ПРЕОКСИГЕНАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ ___%

- 1) 21
- 2) 50
- 3) 70
- 4) 100

50. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ SpO₂ ПРИ ПРЕОКСИГЕНАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ НЕ МЕНЕЕ _____%

- 1) 88
- 2) 90
- 3) 92
- 4) 95

51. МЕХАНИЧЕСКАЯ ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИЯ У НОРМАЛЬНОГО ПАЦИЕНТА В ТЕЧЕНИЕ ВСЕЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИВЕДЕТ К

- 1) выраженному уменьшению потребности в послеоперационной анальгезии
- 2) смещению вправо кривой диссоциации оксигемоглобина
- 3) кожной вазодилатации
- 4) послеоперационной гиповентиляции

52.ФАКТОРЫ, КОТОРЫЙ УВЕЛИЧИВАЕТ ВЕРОЯТНОСТЬ РЕГУРГИТАЦИИ ПРИ ИНДУКЦИИ АНЕСТЕЗИИ

- 1) микрогнатия
- 2) макрогнатия
- 3) кахексия
- 4) ожирение

53.ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ГОРТАННОЙ МАСКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) «полный желудок»
- 2) амбулаторные операции
- 3) операции на глазе и ухе
- 4) продолжительность операции более 1 часа

54.ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ПЕРЕСЕЧЕНИИ ВОЗВРАТНОГО НЕРВА НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) открытие задней голосовой щели
- 2) неполное закрытие голосовой щели
- 3) полная релаксация мышц и открытие голосовой щели
- 4) положение голосовых связок не изменяется

55.ЕСЛИ ИНТУБАЦИОННУЮ ТРУБКУ ВВЕЛИ НА ГЛУБИНУ 28 СМ, ТО ЕЕ ДИСТАЛЬНЫЙ КОНЕЦ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО БУДЕТ РАСПОЛОЖЕН

- 1) в трахее
- 2) на бифуркации
- 3) в правом главном бронхе
- 4) в левом главном бронхе

Эталоны ответов

1	1	11	1	21	1	31	4	41	1	51	4
2	2	12	3	22	1	32	1	42	4	52	4
3	1	13	2	23	4	33	4	43	1	53	1
4	4	14	2	24	3	34	1	44	2	54	2
5	3	15	1	25	3	35	3	45	2	55	3
6	4	16	3	26	4	36	4	46	1		
7	1	17	1	27	2	37	1	47	3		
8	1	18	3	28	2	38	2	48	3		
9	3	19	1	29	1	39	2	49	4		
10	3	20	2	30	1	40	2	50	3		

ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Выберите один правильный вариант ответа

1. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ СУКЦИНИЛХОЛИНА
 - 1) гипокалиемия
 - 2) гиперкалиемия
 - 3) гиперхлоремия
 - 4) гипохлоремия

2. ДОЗА РОКУРОНИЯ ДЛЯ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ _____ МГ/КГ
 - 1) 0,6
 - 2) 0,1–0,5
 - 3) 0,6–1
 - 4) 1–1,5

3. В СОСТАВЕ ПРЕМЕДИКАЦИИ МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ
 - 1) рокуроний
 - 2) атропин
 - 3) пропофол
 - 4) сукцинилхолин

4. К ГРУППЕ М-ХОЛИНОБЛОКАТОРОВ ОТНОСИТСЯ
 - 1) атропин
 - 2) пилокарпин
 - 3) галантамин
 - 4) фенилэфрин

5. ГЕМОСТАТИЧЕСКИМ СРЕДСТВОМ ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) гепарин
 - 2) варфарин
 - 3) клопидогрел
 - 4) транексамовая кислота

6. ФЕНОБАРБИТАЛ ЯВЛЯЕТСЯ АГОНИСТОМ _____ РЕЦЕПТОРОВ
 - 1) бензодиазепиновых
 - 2) барбитуратных
 - 3) гистаминовых
 - 4) серотониновых

7. ВЫРАЖЕННОЕ УЛЬЦЕРОГЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) пропофола
 - 2) кеторолака
 - 3) морфина
 - 4) нимесулида
8. ДИССОЦИАТИВНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
- 1) лидокаина
 - 2) кетамина
 - 3) прокаина
 - 4) диклофенака
9. В КАЧЕСТВЕ ВВОДНОГО НАРКОЗА ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНОГО СО ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ И СНИЖЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
- 1) гексенал
 - 2) кетамин
 - 3) тиопентал натрия
 - 4) оксибутират натрия
10. РАСЧЕТНАЯ ДОЗА ХОЛИНОЛИТИКА АТРОПИНА, ПРИМЕНЯЕМОГО У БОЛЬНОГО В ПРЕМЕДИКАЦИИ ВНУТРИМЫШЕЧНО ПЕРЕД ПЛАНОВЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ (МГ/КГ МАССЫ ТЕЛА)
- 1) 0,1
 - 2) 0,3
 - 3) 0,01
 - 4) 0,03
11. ПРАВИЛЬНАЯ КОМБИНАЦИЯ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ АТАРАЛГЕЗИИ
- 1) тиопентал натрия и фентанил
 - 2) пропофол и фентанил
 - 3) седуксен и фентанил
 - 4) фентанил и дроперидол
12. ПРАВИЛЬНАЯ КОМБИНАЦИЯ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ НЕЙРОЛЕПТАНАЛГЕЗИИ
- 1) фентанил и дроперидол
 - 2) седуксен и фентанил
 - 3) дроперидол и клофелин
 - 4) диприван и фентанил

13. ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИИ НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ

- 1) кетамин
- 2) натрия оксибутират
- 3) промедол
- 4) тиопентал натрия

14. ДЕМОНСТРАЦИЯ ПЕРВОГО УДАЧНОГО ЭФИРНОГО НАРКОЗА ПРИ УДАЛЕНИИ ПОДЧЕЛЮСТНОЙ ОПУХОЛИ ВЫПОЛНИЛ МОРТОН В ____ ГОДУ

- 1) 1914
- 2) 1927
- 3) 1846
- 4) 1875

15. К ИНГАЛЯЦИОННЫМ АНЕСТЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) диприван
- 2) кетамин
- 3) изофлуран
- 4) тиопентал натрия

16. К НАРКОТИЧЕСКИМ АНАЛЬГЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) промедол
- 2) дротаверин
- 3) дроперидол
- 4) диазепам

17. ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ

- 1) бупивакаин
- 2) кеторол
- 3) пропофол
- 4) кетамин

18. ПЛОТНОСТЬ ГИПОБАРИЧЕСКИХ РАСТВОРОВ, ПО ОТНОШЕНИЮ К СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ

- 1) повышена
- 2) понижена
- 3) одинакова
- 4) незначительно понижена

19. АНЕСТЕТИК, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ
- 1) тиопентал натрия
 - 2) сукцинилхолин
 - 3) атропин
 - 4) ропивакаин
20. ПРОВЕДЕНИЕ ПУНКЦИИ СУБДУРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ДОПУСКАЕТСЯ В
- 1) шейном отделе
 - 2) грудном отделе
 - 3) поясничном отделе, ниже уровня L1
 - 4) во всех отделах
21. ВДУВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СМЕСИ В ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ БЕЗ НЕПОСРЕДСТВЕННОГО КОНТАКТА БОЛЬНОГО С ДЫХАТЕЛЬНЫМ КОНТУРОМ НАЗЫВАЕТСЯ
- 1) преоксигенация
 - 2) инсуффляция
 - 3) индукция
 - 4) прекураризация
22. НЕПРЯМЫМ ПРЕССОРНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ
- 1) норадреналин
 - 2) адреналин
 - 3) эфедрин
 - 4) изопротеренол
23. ТИПИЧНЫЕ АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ВКЛЮЧАЮТ
- 1) сужение зрачков
 - 2) уменьшение слюноотделения и бронходилатацию
 - 3) повышение моторики желудка и кишечника
 - 4) брадикардию
24. КЕТАМИН
- 1) является анальгетиком в субнаркологических концентрациях
 - 2) не повышает АД
 - 3) угнетает саливацию
 - 4) противопоказан при диабете
25. В УСЛОВИЯХ ФТОРОТАНОВОГО (ГАЛОТАНОВОГО) НАРКОЗА ПРОТИВОПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ
- 1) лидокаина

- 2) панангина
- 3) рибоксина
- 4) адреналина

26. КРИТЕРИЕМ ДОСТАТОЧНОЙ ГЛУБИНЫ ВВОДНОГО НАРКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) потеря сознания и рефлексов
- 2) остановка дыхания
- 3) расширение зрачков
- 4) снижение артериального давления

27. В ПРОЦЕССЕ ИНДУКЦИИ АНЕСТЕЗИИ (ОБЩЕЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ С ИВЛ) НА ОПРЕДЕЛЁННОМ ЭТАПЕ У БОЛЬНОГО НАЧАЛИСЬ ФИБРИЛЛЯТОРНЫЕ ПОДЕРГИВАНИЯ СНАЧАЛА МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ ЛИЦА, ЗАТЕМ МЫШЦ ТУЛОВИЩА, ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. ДАННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

- 1) дитилина
- 2) тиопентала натрия
- 3) дроперидола
- 4) атракурия

28. ПРОЗЕРИН ЯВЛЯЕТСЯ АНТИДОТОМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ

- 1) дитилина
- 2) атракурия
- 3) листенона
- 4) миорелаксина

29. СЕСТРА-АНЕСТЕЗИСТ С ЦЕЛЮ УСТРАНЕНИЯ ОСТАТОЧНОЙ КУРАРИЗАЦИИ ВВЕЛА БОЛЬНОМУ В/В 4 МЛ 0,5% Р-РА ПРОЗЕРИНА. ПОСЛЕ ЭТОГО У БОЛЬНОГО РАЗВИЛАСЬ РЕЗКАЯ БРАДИКАРДИЯ, ГРАНИЧАЩАЯ С ОСТАНОВКОЙ СЕРДЦА, ПОЯВИЛОСЬ ОБИЛЬНОЕ СЛЮНОТЕЧЕНИЕ. ДЛЯ СНЯТИЯ ОПИСАННОЙ СИМПТОМАТИКИ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ БОЛЬНОМУ

- 1) димедрол
- 2) норадреналин
- 3) атропин
- 4) эфедрин

30. ИНГАЛЯЦИОННОЫЙ АНЕСТЕТИК, СПОСОБНЫЙ ВЫЗВАТЬ НАРУШЕНИЕ РИТМА ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИИ

- 1) изофлуран
 - 2) севофлуран
 - 3) галотан
 - 4) десфлуран
31. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ВЕНТИЛИРОВАТЬ ПАЦИЕНТА В РЕЖИМЕ
- 1) контроля объемом
 - 2) контроля давлением
 - 3) поддержки объемом
 - 4) поддержки давлением
32. ПРИ ЧАСТИЧНОЙ РАЗГЕРМЕТИЗАЦИИ ДЫХАТЕЛЬНОГО КОНТУРА АДЕКВАТНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ У ПАЦИЕНТА БУДЕТ ДОСТИГНУТ ПРИ ВЕНТИЛЯЦИИ В РЕЖИМЕ
- 1) контроля объемом
 - 2) контроля давлением
 - 3) перемежающей принудительной вентиляции с контролем объемом
 - 4) двухфазной вентиляции
33. ПРИ РАЗВИТИИ «ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ» ГИПЕРТЕРМИИ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ
- 1) хлористый кальций
 - 2) дитилин
 - 3) дантролен
 - 4) глюкокортикоиды
34. ДЛЯ МИОРЕЛАКСАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ НЕЛЬЗЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
- 1) антидеполяризующие миорелаксанты
 - 2) миорелаксанты длительного действия
 - 3) деполяризующие миорелаксанты
 - 4) миорелаксанты короткого действия
35. ГИСТАМИНЛЕБИРИРУЮЩИМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ
- 1) антидеполяризующие миорелаксанты
 - 2) ингаляционные анестетики
 - 3) внутривенные анестетики
 - 4) деполяризующие миорелаксанты
36. ДОЗА ТИОПЕНТАЛА НАТРИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕДАЦИИ В ПАЛАТЕ РАЕНИМАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ/ЧАС

- 1) 1-2
- 2) 2-4
- 3) 5-10
- 4) 10-15

37.ПРИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) антидеполяризующих миорелаксантов
- 2) деполяризующих миорелаксантов
- 3) тиопентала натрия
- 4) натрия оксибутирата

38.ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ НЕЛЕЧЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- 1) тяжелая послеоперационная гипотензия
- 2) замедление выхода из анестезии
- 3) выраженная реакция АД на интубацию трахеи
- 4) интраоперационная гипокалиемия

39.НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ВВОДНОГО НАРКОЗА ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

- 1) аспирация желудочного содержимого
- 2) бронхоспазм
- 3) кровотечение
- 4) артериальная гипотензия

40.ПРИЕМ СЕЛЛИКА ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ

- 1) визуализации голосовой щели
- 2) предупреждения регургитации
- 3) восстановления проходимости дыхательных путей
- 4) удаления инородного тела дыхательных путей

Эталоны ответов

1	2	11	3	21	2	31	1
2	3	12	1	22	3	32	2
3	3	13	4	23	2	33	3
4	1	14	3	24	1	34	3
5	4	15	3	25	4	35	4
6	2	16	1	26	1	36	1
7	2	17	1	27	1	37	2

8	2	18	2	28	2	38	3
9	2	19	4	29	3	39	1
10	3	20	3	30	3	40	2

РАЗДЕЛ 2. ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Выберите один правильный вариант ответа

1. ОСТРО ВОЗНИКАЮЩЕЕ ДИФФУЗНОЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПАРЕНХИМЫ ЛЕГКИХ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ КАК НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ НА РАЗЛИЧНЫЕ ПОВРЕЖДАЮЩИЕ ФАКТОРЫ И ПРИВОДЯЩЕЕ К ФОРМИРОВАНИЮ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ВСЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ СТРУКТУРЫ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ И УМЕНЬШЕНИЯ МАССЫ АЭРИРОВАННОЙ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ – ЭТО
 - 1) ОРДС детей
 - 2) ОРДС взрослых
 - 3) острая пневмония
 - 4) неспецифический фиброзирующий альвеолит

2. ГИПОКСЕМИЧЕСКАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ НЕКАРДИОГЕННЫМ ОТЕКОМ ЛЕГКИХ, ВОЗНИКШАЯ ВСЛЕДСТВИЕ ДИФФУЗНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ АЛЬВЕОЛ И ЛЕГОЧНЫХ КАПИЛЛЯРОВ – ЭТО
 - 1) ОРДС детей
 - 2) ОРДС взрослых
 - 3) острая пневмония
 - 4) неспецифический фиброзирующий альвеолит

3. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ ОРДС ВЗРОСЛЫХ
 - 1) паренхиматозная
 - 2) торакоабдоминальная
 - 3) гистотоксическая
 - 4) диффузионная

4. АСПИРАЦИОННЫЙ СИНДРОМ, УТОПЛЕНИЯ, ВДЫХАНИЕ ТОКСИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ, ЛЁГОЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ, ТУПАЯ ТРАВМА ГРУДИ МОГУТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ _____ ФОРМЫ ОРДС
 - 1) легочной

- 2) внелегочной
 - 3) аутоиммунной
 - 4) идиопатической
5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ, ПРИВОДЯЩЕЙ К РАЗВИТИЮ ОРДС ВЗРОСЛЫХ, ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) вдыхание токсических веществ
 - 2) сепсис
 - 3) ожоговый шок
 - 4) ДВС – синдром
6. ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ ОТЕК ЛЕГКИХ ПРИ ОРДС ВЗРОСЛЫХ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ
- 1) кровообращения
 - 2) снижения сократительной способности миокарда левого желудочка
 - 3) недоразвитости системы сурфактант-синтезирующих клеток легких
 - 4) поражения альвеолокапиллярной мембраны и повышения ее проницаемости
 - 5) повышения гидростатического давления в сосудах малого круга
7. ДИФФУЗНЫЕ, НЕСИММЕТРИЧНЫЕ, ДВУХСТОРОННИЕ ЗАТЕМНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ (СИМПТОМ «СНЕЖНОЙ БУРИ») ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
- 1) кардиогенного отека легких
 - 2) острой пневмонии
 - 3) ОРДС взрослых
 - 4) острого ателектаза
8. 200 ММ РТ. СТ. $< PaO_2/FIO_2 \leq 300$ ММ РТ. СТ. ПРИ РЕЕР ИЛИ СРАР ≥ 5 СМН₂O СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА
- 1) легкого ОРДС
 - 2) умеренного ОРДС
 - 3) тяжелого ОРДС
 - 4) крайне-тяжелого ОРДС
9. 100 ММ РТ. СТ. $< PaO_2/FIO_2 \leq 200$ ММ РТ. СТ. ПРИ РЕЕР ≥ 5 СМН₂O СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА
- 1) легкого ОРДС
 - 2) умеренного ОРДС
 - 3) тяжелого ОРДС
 - 4) крайне-тяжелого ОРДС

10. $P_{aO_2}/F_{IO_2} \leq 100$ ММ РТ. СТ. ПРИ $PEEP \geq 5$ СМН₂O СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА
- 1) легкого ОРДС
 - 2) умеренного ОРДС
 - 3) тяжелого ОРДС
 - 4) крайне-тяжелого ОРДС
11. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКОГО ОРДС ВЗРОСЛЫХ ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ В УСЛОВИЯХ
- 1) отделения пульмонологии
 - 2) отделения неотложной кардиологии
 - 3) на месте до стабилизации показателей газового состава крови
 - 4) отделения реанимации
12. УРОВЕНЬ P_{aO_2} , КОТОРЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ _____ ММ РТ. СТ.
- 1) <60
 - 2) <70
 - 3) <80
 - 4) <90
13. УРОВЕНЬ P_{aCO_2} , КОТОРЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ _____ ММ РТ. СТ.
- 1) >40
 - 2) >50
 - 3) >55
 - 4) >60
14. ПДКВ (РЕЕР) – ЭТО ПАРАМЕТР ИВЛ, ОСНОВНЫМ ЭФФЕКТОМ ОТ ПРИМЕНЕНИЯ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) повышение проницаемости альвеолокапиллярной мембраны
 - 2) снижение давления в малом круге кровообращения
 - 3) профилактика ателектазирования альвеол в конце выдоха
 - 4) ускорение поступления дыхательной смеси в альвеолы во время вдоха
15. ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ЭФФЕКТОМ ПДКВ (РЕЕР) ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) повышение венозного возврата к сердцу
 - 2) снижение венозного возврата к сердцу
 - 3) снижение кровотока в головном мозге
 - 4) повышение кровотока в головном мозге

16. СОЗДАНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В КОНЦЕ ВЫДОХА НА УРОВНЕ 30-40 ММ РТ. СТ. НА КРАТКОВРЕМЕННЫЙ ПЕРИОД (ДО 30 СЕК) – ЭТО
- 1) маневр рекрутирования альвеол
 - 2) маневр гипероксигенации крови
 - 3) маневр восстановления проходимости дыхательных путей
 - 4) маневр стабилизации альвеол
17. МАНЕВР РЕКРУТИРОВАНИЯ АЛЬВЕОЛ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ
- 1) снижения давления в малом круге кровообращения
 - 2) повышение проницаемости альвеолокапиллярной мембраны
 - 3) остановки легочного кровотечения
 - 4) раскрытия коллабированных альвеол
18. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ P_{aO_2} ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ ОРДС СОСТАВЛЯЕТ _____ ММ РТ. СТ.
- 1) 30-40
 - 2) 40-50
 - 3) 55-80
 - 4) 90-95
19. ПРИМЕНЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ
- 1) оправдано назначение малых доз (0,5-2,5 мг/кг/сутки) метилпреднизолона
 - 2) оправдано назначение больших доз (>2,5 мг/кг/сутки) метилпреднизолона
 - 3) оправдано проведение пульс-терапии метилпреднизолоном
 - 4) противопоказано при терапии ОРДС
20. ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ОРДС СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 5-10%
 - 2) 30-40%
 - 3) 50-60%
 - 4) 50%
21. УРОВЕНЬ ИНДЕКСА ОКСИГЕНАЦИИ (P_{aO_2}/F_{IO_2}), ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ОРДС ВЗРОСЛЫХ
- 1) <300 мм рт. ст.
 - 2) 301-320 мм рт. ст.
 - 3) 375-420 мм рт. ст.
 - 4) не имеет значения, важнее клиническая картина

22. ГИПЕРКАПНИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1) повышении минутной альвеолярной вентиляции
- 2) снижении кровотока в легких
- 3) снижении минутной альвеолярной вентиляции
- 4) остановки сердца

23. НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ P_aCO_2 СОСТАВЛЯЕТ _____ ММ РТ. СТ.

- 1) 50-60
- 2) 45-55
- 3) 35-45
- 4) 20-35

24. ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ АКТИВАЦИИ ДЫХАТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА

- 1) повышение концентрации ионов водорода
- 2) повышение концентрации ионов бикарбоната
- 3) снижение P_aO_2
- 4) снижение SaO_2

25. ПРОТЕКТИВНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ – ЭТО

- 1) использование низкого дыхательного объема (10 мл/кг)
- 2) использование высокого дыхательного объема (10-12 мл/кг)
- 3) использование низкого дыхательного объема (6-8 мл/кг)
- 4) использование низкого дыхательного объема (1-2 мл/кг)

26. ПОКАЗАНИЕМ К НАЧАЛУ ИВЛ У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ЧД БОЛЕЕ _____ В МИНУТУ

- 1) 25
- 2) 30
- 3) 35
- 4) 40

27. ПОКАЗАНИЕМ К НАЧАЛУ ИВЛ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕЛИЧИНА P_aCO_2 ВЫШЕ _____ ММ РТ. СТ.

- 1) 80
- 2) 70
- 3) 60
- 4) 50

28. ПОКАЗАНИЕМ К НАЧАЛУ ИВЛ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕЛИЧИНА P_aO_2 НИЖЕ _____ ММ РТ. СТ.

- 1) 80
- 2) 70

- 3) 60
- 4) 50

29. СИМПТОМ «СНЕЖНОЙ БУРИ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) ОРДСВ
- 2) тяжелого обострения бронхиальной астмы
- 3) аспирационной пневмонии
- 4) кардиогенного отека легких

30. СРЕДНЯЯ ПОТРЕБНОСТЬ В O₂ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ/МИН

- 1) 150- 200
- 2) 250- 300
- 3) 500- 600
- 4) 700- 800

31.1 ГРАММ ГЕМОГЛОБИНА СПОСОБЕН СВЯЗАТЬ _____ МЛ КИСЛОРОДА

- 1) 0,53
- 2) 1,34
- 3) 1,90
- 4) 3,31

32. PO₂ В АЛЬВЕОЛЯРНОЙ СМЕСИ ПРИ ДЫХАНИИ АТМОСФЕРНЫМ ВОЗДУХОМ СОСТАВЛЯЕТ ____ ММ РТ. СТ.

- 1) 40- 46
- 2) 50- 56
- 3) 60- 66
- 4) 100-108

33. НАПРЯЖЕНИЕ O₂ В АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ ПРИ ДЫХАНИИ АТМОСФЕРНЫМ ВОЗДУХОМ СОСТАВЛЯЕТ ____ ММ РТ. СТ.

- 1) 40
- 2) 60
- 3) 96-100
- 4) 110-160

34. ГИПОКСЕМИЯ СТИМУЛИРУЕТ ДЫХАНИЕ ПУТЕМ ДЕЙСТВИЯ НА

- 1) каротидный синус
- 2) хеморецепторы гипоталамуса
- 3) хеморецепторы продолговатого мозга
- 4) центральные респираторные нейроны

35. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕГОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ (ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ)

- 1) спирометрия
- 2) рентгенография грудной клетки
- 3) определение мертвого легочного пространства
- 4) анализ газов артериальной крови

36. ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ - ЭТО

- 1) количество воздуха в мл, которое поступает за один вдох в легкие больного
- 2) количество воздуха, вдыхаемое в одну минуту
- 3) число вдохов в одну минуту
- 4) объем форсированного выдоха

37. ПОКАЗАНИЕМ К НАЧАЛУ ИВЛ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕЛИЧИНА P_aCO_2 НИЖЕ _____ ММ РТ. СТ.

- 1) 35
- 2) 25
- 3) 20
- 4) 15

38. В РЕЖИМЕ IMV (ППВЛ)

- 1) аппарат поддерживает объемом попытки больного
- 2) аппарат поддерживает давлением попытки больного
- 3) аппарат синхронизирован с дыханием пациента
- 4) вдохи аппарата не синхронизированы с дыханием пациента

39. ПОКАЗАНИЕМ К НАЧАЛУ ИВЛ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕЛИЧИНА $D(A-aO_2)$ ВЫШЕ _____ ММ РТ. СТ.

- 1) 100
- 2) 300
- 3) 400
- 4) 500

40. РЕЖИМ PRESSURE CONTROL ПОКАЗАН ПРИ

- 1) обструктивной дыхательной недостаточности
- 2) рестриктивной дыхательной недостаточности
- 3) стойкой гиперкапнии
- 4) стойкой гипокапнии

41. ДИФФУЗИОННЫЙ КОМПОНЕНТ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ВЕЛИЧИНА
- 1) $D(A-aO_2)$
 - 2) статического комплайенса
 - 3) SpO_2
 - 4) сопротивления дыхательных путей
42. ПРИ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ НА ГЛАЗАХ У РЕАНИМАТОРА В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
- 1) комплекс сердечно-легочной реанимации
 - 2) тройной прием Сафара
 - 3) прием Геймлиха
 - 4) интубацию трахеи
43. САМЫЙ НАДЕЖНЫЙ МЕТОД ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ И ЗАЩИТЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
- 1) боковое стабильное положение
 - 2) интубация трахеи
 - 3) воздуховод
 - 4) ларингеальная маска
44. ГАЗ БУДЕТ ДИФФУНДИРОВАТЬ ЧЕРЕЗ ПРОНИЦАЕМУЮ МЕМБРАНУ
- 1) из участка с большим объемом к участку с меньшим объемом
 - 2) из участка с меньшим объемом к участку с большим объемом
 - 3) из участка с низким давлением к участку с высоким давлением
 - 4) из участка с высоким давлением к участку с низким давлением
45. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БЛОКАТОРОВ В-АДРЕНЕРГИЧЕСКИХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) инфаркт миокарда
 - 2) тяжелая обструктивная болезнь легких
 - 3) хронический гепатит С
 - 4) железodefицитная анемия
46. ХАРАКТЕРНЫМ КОМПЛЕКСОМ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ГИПОВЕНТИЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) гипоксемия, гипокапния, ацидоз
 - 2) гипоксемия, гипокапния, алкалоз
 - 3) гипоксемия, гиперкапния, алкалоз
 - 4) гипоксемия, гиперкапния, ацидоз

47. РЕСТРИКТИВНАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) снижении эластичности легочной ткани
- 2) нарушении проходимости бронхиального дерева
- 3) резекции легочной ткани
- 4) нарушения целостности грудной клетки

48. УВЕЛИЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ РАЗНИЦЫ ПО
КИСЛОРОДУ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1) увеличении потребления кислорода тканями
- 2) нарушении проницаемости альвеолокапиллярной мембраны
- 3) снижении кислородной емкости крови
- 4) снижении сердечного выброса

49. ПАРИЕТАЛЬНАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) поражении дыхательного центра
- 2) поражении спинного мозга
- 3) нарушении перфузии тканей
- 4) нарушении герметичности плевральных полостей

50. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) фенотерола
- 2) сальбутамола
- 3) пропранолола
- 4) будесонида

51. УМЕРЕННОЕ ЗАПРОКИДЫВАНИЕ ГОЛОВЫ, ВЫДВИЖЕНИЕ
НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОТКРЫВАНИЕ РТА ПОСТРАДАВШЕГО ЭТО

- 1) приём Саффара
- 2) приём Селлика
- 3) приём Геймлиха
- 4) двойной приём

52. ЦЕЛЬЮ ПРИДАНИЯ ПОСТРАДАВШЕМУ БОКОВОГО СТАБИЛЬНОГО
ПОЛОЖЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ

- 1) травматизации спинного мозга при переломе позвоночника
- 2) отека головного мозга
- 3) теплопотери
- 4) аспирации желудочным содержимым

53. В БЛИЖАЙШЕМ ПОСТНАРКОЗНОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНОГО РАЗВИЛОСЬ ОСЛОЖНЕНИЕ, ИМЕНУЕМОЕ «СИНДРОМ МЕНДЕЛЬСОНА». ДАННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗВИТИИ

- 1) рефлекторной остановки сердца
- 2) фиброза легких
- 3) острого пневмонита
- 4) тяжелого обострения бронхиальной астмы

54. ОСТРО ВОЗНИКАЮЩЕЕ ДИФфуЗНОЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПАРЕНХИМЫ ЛЕГКИХ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ КАК НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ НА РАЗЛИЧНЫЕ ПОВРЕЖДАЮЩИЕ ФАКТОРЫ И ПРИВОДЯЩЕЕ К ФОРМИРОВАНИЮ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ВСЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ СТРУКТУРЫ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ И УМЕНЬШЕНИЯ МАССЫ АЭРИРОВАННОЙ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ – ЭТО

- 1) ОРДС детей
- 2) ОРДС взрослых
- 3) острая пневмония
- 4) фиброзирующий альвеолит

55. ЭПИТЕЛИЕМ ВЫСТЕЛАЮЩИМ БРОНХИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) однослойный однорядный
- 2) многослойный многорядный цилиндрический
- 3) многослойный однорядный
- 4) однослойный многорядный реснитчатый

56. МЕРТВОЕ ПРОСТРАНСТВО ИМЕЕТ ОБЪЕМ

- 1) 300 мл
- 2) 250 мл
- 3) 150 мл
- 4) 100 мл

57. ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ РАВЕН

- 1) 550-650 мл
- 2) 450-500 мл
- 3) 300-400 мл
- 4) 250-300 мл

58. НАЧАЛЬНЫЙ ГАЗООБМЕН ПРОИСХОДИТ В

- 1) респираторных бронхиолах
- 2) терминальных бронхиолах

- 3) сегментарных бронхах
- 4) альвеолах

59. COMPLIANCE ЭТО

- 1) сократимость
- 2) растяжимость
- 3) давление
- 4) объем

60. КАРОТИДНЫЙ СИНУС РАСПОЛОЖЕН В

- 1) дне 4-го желудочка
- 2) аорте
- 3) верхней поллой вене
- 4) месте бифуркации сонной артерии

61. ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР РАСПОЛОЖЕН

- 1) на дне 4-го желудочка
- 2) в коре ГМ
- 3) в каротидном синусе
- 4) в твердой мозговой оболочке

62. ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ПЕРЕСЕЧЕНИИ ВОЗВРАТНОГО НЕРВА НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) полная релаксация мышц и открытие голосовой щели
- 2) положение голосовых связок не изменяется
- 3) открытие задней голосовой щели
- 4) неполное закрытие голосовой щели

63. ДАВЛЕНИЕ, КОТОРОЕ НЕОБХОДИМО ПРИЛОЖИТЬ К ЛЁГКИМ, ЧТОБЫ ИХ РАСТЯНУТЬ НА 1 МЛ

- 1) транспульмональное давление
- 2) градиент
- 3) комплайнс
- 4) резервный объем вдоха

64. ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЁМ В НОРМЕ РАВЕН _____ МЛ/КГ

- 1) 450-500
- 2) 6-8
- 3) 10-12
- 4) 150

65. ОБЪЁМ ВОЗДУХА В ЛЁГКИХ ПО ЗАВЕРШЕНИИ МАКСИМАЛЬНОГО ВДОХА
- 1) общая ёмкость лёгких
 - 2) остаточный объем
 - 3) жизненная ёмкость лёгких
 - 4) ёмкость вдоха
66. ОБЪЁМ ВОЗДУХА В ЛЁГКИХ ПО ЗАВЕРШЕНИИ МАКСИМАЛЬНОГО ВЫДОХА
- 1) жизненная ёмкость лёгких
 - 2) ёмкость вдоха
 - 3) общая ёмкость лёгких
 - 4) остаточный объем
67. ОБЪЁМ МАКСИМАЛЬНОГО ВЫДОХА ПО ЗАВЕРШЕНИИ ОБЫЧНОГО ВЫДОХА
- 1) резервный объём выдоха
 - 2) резервный объём вдоха
 - 3) дыхательный объём
 - 4) жизненная ёмкость лёгких
68. ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЁМ (TIDAL VOLUME) ЭТО
- 1) суммарный объём воздушных путей
 - 2) величина максимального вдоха
 - 3) величина одного обычного вдоха или выдоха
 - 4) объём обычного вдоха
69. НОРМА СОПРОТИВЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ДЛЯ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА _____ СМ H₂O/Л/С
- 1) 0,1-0,9
 - 2) 0,6-2,4
 - 3) 3-10
 - 4) 10-30
70. 1 МИЛЛИБАР [МБАР] = _____ СМ ВОД. СТ.
- 1) 1,019
 - 2) 1,513
 - 3) 1,726
 - 4) 3,145
71. АЛЬВЕОЛО-КАПИЛЛЯРНАЯ МЕМБРАНА НЕ ВКЛЮЧАЕТ
- 1) мембрану альвеолоцита

- 2) хрящевую пластинку
- 3) базальную мембрану
- 4) мембрану капилляра

72. ВОЗБУЖДАЮЩЕ ДЕЙСТВУЮТ НА ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР ИОНЫ

- 1) H^+
- 2) HCO_3^-
- 3) CO_2
- 4) O_2

73. ОБЪЁМ МАКСИМАЛЬНОГО ВДОХА ПО ЗАВЕРШЕНИИ ОБЫЧНОГО ВДОХА

- 1) резервный объём вдоха
- 2) дыхательный объём
- 3) ёмкость вдоха
- 4) остаточный объём

74. ОБЪЁМ МАКСИМАЛЬНОГО ВДОХА ПОСЛЕ ОБЫЧНОГО ВЫДОХА

- 1) резервный объём вдоха
- 2) резервный объём выдоха
- 3) дыхательный объём
- 4) ёмкость вдоха

75. КОЭФФИЦИЕНТ РАСТВОРИМОСТИ O_2 В ПЛАЗМЕ КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 0,0031
- 2) 0,031
- 3) 0,3
- 4) 0,31

76. ПРЕПЯТСТВИЕ ПОТОКУ ВОЗДУХА ПРОВОДЯЩИМИ ДЫХАТЕЛЬНЫМИ ПУТЯМИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) комплайнс
- 2) податливость
- 3) эластичность дыхательных путей
- 4) сопротивление дыхательных путей

77. С ВОЗРАСТОМ ВЕЛИЧИНА ОСТАТОЧНОГО ОБЪЕМА ЛЕГКИХ

- 1) уменьшается
- 2) увеличивается
- 3) не изменяется
- 4) уменьшается незначительно

78. ДИФФУЗИЯ ГАЗОВ ЧЕРЕЗ АЛЬВЕОЛО-КАПИЛЛЯРНУЮ МЕМБРАНУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
- 1) законом Хьюффнера
 - 2) законом Фика
 - 3) законом Дальтона
 - 4) правилом Мендельсона
79. ДИАФРАГМАЛЬНЫЙ НЕРВ ИДЕТ ОТ КОРЕШКОВ
- 1) С2-С3
 - 2) С3-С5
 - 3) С5-С8
 - 4) Т1-Т2
80. ГЕМОГЛОБИН НА 50% НАСЫЩАЕТСЯ КИСЛОРОДОМ (ПОКАЗАТЕЛЬ P50) ПРИ ПАРЦИАЛЬНОМ ДАВЛЕНИИ КИСЛОРОДА АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КРОВИ, РАВНОМ
- 1) 96 мм рт.ст.
 - 2) 50 мм рт.ст.
 - 3) 30 мм рт.ст.
 - 4) 15 мм рт.ст.
81. КОЭФФИЦИЕНТ ДИФФУЗИИ УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА ПРЕВЫШАЕТ КОЭФФИЦИЕНТ ДИФФУЗИИ КИСЛОРОДА В
- 1) 5 раз
 - 2) 20 раз
 - 3) 25 раз
 - 4) 30 раз
82. МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО КИСЛОРОДА, КОТОРОЕ МОЖЕТ СВЯЗАТЬ КРОВЬ ПРИ ПОЛНОМ НАСЫЩЕНИИ ГЕМОГЛОБИНА КИСЛОРОДОМ ЭТО
- 1) кислородная емкость крови
 - 2) парциальное давление кислорода в артериальной крови
 - 3) сатурация гемоглобина кислородом артериальной крови
 - 4) сатурация гемоглобина кислородом венозной крови
83. УСИЛЕНИЕ ВДОХА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
- 1) внутренними межреберными мышцами
 - 2) наружными межреберными мышцами
 - 3) дельтовидными мышцами
 - 4) большими грудными мышцами

84. В НОРМЕ КОЭФФИЦИЕНТ УТИЛИЗАЦИИ КИСЛОРОДА РАВЕН
- 1) 15-17%
 - 2) 22-23%
 - 3) 28-30%
 - 4) 96-100%
85. ПАЦИЕНТ ГОВОРИТ ФРАЗАМИ, ПРЕДПОЧИТАЕТ СИДЕТЬ, А НЕ ЛЕЖАТЬ, НЕ ВОЗБУЖДЕН. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ МЫШЦЫ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 23 В МИНУТУ. ЧАСТОТА ПУЛЬСА 90 В МИНУТУ. SPO₂ (ПРИ ДЫХАНИЕ ВОЗДУХОМ)- 92%. ПСВ 500 Л/МИН. У ПАЦИЕНТА _____ ОБОСТРЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
- 1) легкое или умеренное
 - 2) тяжелое
 - 3) жизнеугрожающее
 - 4) околофатальное
86. ПАЦИЕНТ ГОВОРИТ ОТДЕЛЬНЫМИ СЛОВАМИ, СИДИТ СОГНУВШИЕСЬ ВПЕРЕД, ВОЗБУЖДЕН. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 32 В МИНУТУ. ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ МУСКУЛАТУРА ПРИ ДЫХАНИИ. ЧАСТОТА ПУЛЬСА 128 В МИНУТУ. SPO₂ (ПРИ ДЫХАНИИ ВОЗДУХОМ) - 87%. ПСВ - 210 Л/МИН. У ПАЦИЕНТА _____ ОБОСТРЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
- 1) легкое обострение
 - 2) умеренное обострение
 - 3) тяжелое обострение
 - 4) жизнеугрожающее обострение
87. ПАЦИЕНТ СОНЛИВ, НАБЛЮДАЕТСЯ СПУТАННОСТЬ СОЗНАНИЯ. ДЫХАНИЕ ПОВЕРХНОСТНОЕ, ЧАСТОЕ. АУСКУЛЬТАТИВНО ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ШУМЫ НЕ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ («НЕМОЕ ЛЕГКОЕ»). У ПАЦИЕНТА _____ ОБОСТРЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
- 1) легкое обострение
 - 2) умеренное обострение
 - 3) тяжелое обострение
 - 4) жизнеугрожающее обострение
88. ПРИ ТЕРАПИИ УМЕРЕННОГО ОБОСТРЕНИЕ БА, ДОЗИРОВКА ПРЕДНИЗОЛОНА СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 0,5 мг/кг, максимальная доза 50 мг
 - 2) 1 мг/кг, максимальная доза 50 мг

- 3) 1,5 мг/кг, максимальная доза 90 мг
- 4) 2 мг/кг, максимальная доза 120 мг

89. ПРИ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОГО ОБОСТРЕНИЯ БА, ОПТИМАЛЬНАЯ ДОЗИРОВКА ПРЕДНИЗОЛОНА СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ/СУТ

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

90. ЛЕЧЕНИЕ ЛЮБОЙ ТЯЖЕСТИ ОБОСТРЕНИЯ БА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) оксигенотерапию, системные кортикостероиды, ингаляционные бета-2-агонисты
- 2) оксигенотерапию, ингаляционные кортикостероиды, эуфиллин, бета-блокаторы
- 3) системные кортикостероиды, ингаляционные бета-2-агонисты, НПВС, эуфиллин
- 4) оксигенотерапию, антибактериальные препараты, ингаляционные бета-2-агонисты, НПВС

91. КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ БЕРОДУАЛ СОДЕРЖИТ

- 1) беклометазон дипропионат и ипратропиум бромид
- 2) сальбутамол и аминофиллин
- 3) формотерол и ипратропиум бромид
- 4) фенотерол гидробромид и ипратропиум бромид

92. ДОЗА БЕРОДУАЛА, ПРИ ЕГО ИНГАЛЯЦИОННОМ ПРИМЕНЕНИИ, СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 10 капель в 2-3 мл физиологического раствора
- 2) 60 капель в 2-3 мл физиологического раствора
- 3) 20- 40 капель чистого раствора
- 4) 20- 40 капель в 3-4 мл физиологического раствора

93. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОБОСТРЕНИИ БА, ЭУФИЛЛИН НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1) если в течение двух часов после назначения бета-2-агонистов, внутривенного введения магния сульфата отчетливый положительный эффект отсутствует
- 2) всегда, параллельно проводимой терапии
- 3) если пациент до поступления получал его регулярно
- 4) при сопутствующих церебральных нарушениях

94. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЧАЛА ИВЛ ПРИ ОБОСТРЕНИИ БА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) пиковая скорость выдоха <60% от обычной для пациента величины
- 2) тахикардия или артериальная гипертензия
- 3) признаки тяжелого обострения БА
- 4) немая грудная клетка, цианоз, слабые дыхательные усилия

95. ВО ВРЕМЯ ОБОСТРЕНИЯ БА ИНГАЛЯЦИОННЫЕ КОРТИКОСТЕРОИДЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ

- 1) любом обострении
- 2) легком и умеренном
- 3) тяжелом обострении
- 4) жизнеугрожающем обострении

96. ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ БЭТА-2-АГАНИСТАМИ СЛЕДУЕТ

- 1) прекратить введение, возобновить через 4-5 часов
- 2) продолжить введение в меньшей дозировке
- 3) не прекращать, следить за состоянием пациента, при необходимости симптоматическое лечение
- 4) прекратить введение, стараться избегать назначения препаратов данной группы в дальнейшем

97. ВНУТРИМЫШЕЧНАЯ ИНЪЕКЦИИ АДРЕНАЛИНА ПРИ ПРИСТУПЕ БА НЕОБХОДИМА ПРИ

- 1) всегда при среднетяжелом и тяжелом обострении
- 2) всех видах обострения
- 3) всегда, если БА спровоцирована действием аллергена
- 4) обострении БА с анафилаксией или ангионевротическом отеке

98. ПРИ АЭРОБНОМ ОКИСЛЕНИИ ИЗ ОДНОЙ МОЛЕКУЛЫ ГЛЮКОЗЫ ОБРАЗУЕТСЯ _____ МОЛЕКУЛ АТФ

- 1) 2
- 2) 8
- 3) 10
- 4) 36

99. ВНУТРЕНнюю ПОВЕРХНОСТЬ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВЫСТЕЛАЕТ _____ ЭПИТЕЛИЙ

- 1) реснитчатый многослойный
- 2) мерцательный
- 3) плоский ороговевающий

4) плоский неороговевающий

100. ВНУТРЕННЯЯ ПОВЕРХНОСТЬ АЛЬВЕОЛ ПОКРЫТА

- 1) бронхиальным секретом
- 2) альвеолярной жидкостью
- 3) лизоцимом
- 4) сурфактантом

101. ГАЗООБМЕН МЕЖДУ ВНЕШНЕЙ СРЕДОЙ И АЛЬВЕОЛЯРНОЙ СМЕСЬЮ – ЭТО

- 1) внутреннее дыхание
- 2) внешнее дыхание
- 3) изолированный вдох
- 4) изолированный выдох

102. МОЛЕКУЛА ГЕМОГЛОБИНА МОЖЕТ СВЯЗЫВАТЬ _____ МОЛЕКУЛЫ O₂

- 1) 1
- 2) 4
- 3) 5
- 4) 6

103. САМОЕ УЗКОЕ МЕСТО ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ЭТО

- 1) подсвязочное пространство
- 2) бифуркация трахеи
- 3) голосовая щель
- 4) верхняя треть трахеи

104. МИНУТНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ (МВЛ) РАСЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ

- 1) $DO \times ЧДД$
- 2) $ЖЕЛ \times DO$
- 3) $ОФВ \times ЧДД$
- 4) $FiO_2 \times ЖЕЛ$

105. ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ/КГ

- 1) 3 – 5
- 2) 6 – 8
- 3) 10 – 12
- 4) 16 – 18

106. В ОСНОВЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ГИПОКСИИ ЛЕЖИТ

- 1) анемия
- 2) острая недостаточность кровообращения
- 3) альвеолярная гиповентиляция
- 4) специфическое отравление

107. ПРИ УМЕНЬШЕНИИ КИЛОРОДНОЙ ЕМКОСТИ КРОВИ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) гемическая гипоксия
- 2) респираторная гипоксия
- 3) циркуляторная гипоксия
- 4) экзогенная гипоксия

108. В КЛИНИКЕ ВЫДЕЛЯЮТ

- 1) 5 стадий ОДН
- 2) 4 стадии ОДН
- 3) 3 стадии ОДН
- 4) 2 стадии ОДН

109. БОЛЬНОЙ В СОЗНАНИИ, ЧДД 25 – 30, ЧСС 100 – 110, АД В ПРЕДЕЛАХ НОРМЫ, P_{aO_2} 70 ММ РТ.СТ, P_{aCO_2} 35 ММ РТ.СТ

- 1) норма
- 2) ОДН 1 стадии
- 3) ОДН 2 стадии
- 4) ОДН 3 стадии

110. СОЗНАНИЕ НАРУШЕНО, ЧД 30 – 40, ЧСС 120 – 140, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, P_{aO_2} 60 ММ РТ.СТ, P_{aCO_2} 50 ММ РТ.СТ

- 1) норма
- 2) ОДН 1 стадии
- 3) ОДН 2 стадии
- 4) ОДН 3 стадии

111. СОЗНАНИЕ НЕ НАРУШЕНО, ЧДД 15 - 18, ЧСС 70 – 80, P_{aO_2} 90 ММ РТ.СТ, P_{aCO_2} 40 ММ РТ.СТ

- 1) норма
- 2) ОДН 1 стадии
- 3) ОДН 2 стадии
- 4) ОДН 3 стадии

112. СОЗНАНИЕ ОТСУТСТВУЕТ, ПЕРЕХОД ТАХИ- В БРАДИПНОЭ, ПАДЕНИЕ АД, ЧСС БОЛЕЕ 140, PaO₂ 50 ММ РТ.СТ, PaCO₂ – 90 ММ РТ.СТ

- 1) норма
- 2) ОДН 1 стадии
- 3) ОДН 2 стадии
- 4) ОДН 3 стадии

113. К ВИДАМ ОДН ОТНОСИТСЯ

- 1) нервно-мышечная ОДН
- 2) астматическая ОДН
- 3) асфиксическая ОДН
- 4) спазматическая ОДН

114. ИНДЕКС ОКСИГЕНАЦИИ РАСЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ

- 1) PaO₂/FiO₂
- 2) PaO₂/PaCO₂
- 3) FiO₂/PaO₂
- 4) PaCO₂/FiO₂

115. ИНДЕКС ОКСИГЕНАЦИИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 405 -465
- 2) 375 – 420
- 3) 200 – 300
- 4) 150 – 180

116. К ПРИНУДИТЕЛЬНОМУ РЕЖИМУ ИВЛ ОТНОСИТСЯ

- 1) PCV (Pressure Control Ventilation)
- 2) SIMV (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation)
- 3) PEEP (Positive end expiratory pressure)
- 4) PSV (Pressure Support Ventilation)

117. К ПРИНУДИТЕЛЬНО-ВСПОМОГАТЕЛЬНОМУ РЕЖИМУ ВВЛ ОТНОСИТСЯ

- 1) VSV (Volume Control Ventilation)
- 2) PCV (Pressure Control Ventilation)
- 3) PEEP (Positive end expiratory pressure)
- 4) SIMV (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation)

118. ПАРАМЕТР, ПРИ КОТОРОМ В КОНЦЕ ВЫДОХА ДАВЛЕНИЕ В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ НЕ СНИЖАЕТСЯ ДО НУЛЕВОГО УРОВНЯ, А ОСТАЕТСЯ ВЫШЕ АТМОСФЕРНОГО ЭТО
- 1) VCV (Volume Control Ventilation)
 - 2) PCV (Pressure Control Ventilation)
 - 3) РЕЕР (Positive end expiratory pressure)
 - 4) SIMV (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation)
119. РЕЖИМ, ПРИ КОТОРОМ ПЕРЕКЛЮЧЕНИЕ АППАРАТА ИВЛ НА ВЫДОХ ПРОИСХОДИТ ПОСЛЕ ДОСТИЖЕНИЯ ЗАДАННОГО ДЫХАТЕЛЬНОГО ОБЪЕМА ЭТО
- 1) VCV (Volume Control Ventilation)
 - 2) PCV (Pressure Control Ventilation)
 - 3) РЕЕР (Positive end expiratory pressure)
 - 4) SIMV (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation)
120. РЕЖИМ, ПРИ КОТОРОМ ПЕРЕКЛЮЧЕНИЕ АППАРАТА С ВДОХА НА ВЫДОХ ПРОИСХОДИТ, КОГДА ДАВЛЕНИЕ В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ ДОСТИГАЕТ ЗАДАННОГО УРОВНЯ ЭТО
- 1) VCV (Volume Control Ventilation)
 - 2) PCV (Pressure Control Ventilation)
 - 3) РЕЕР (Positive end expiratory pressure)
 - 4) SIMV (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation)
121. К ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ ОРДС МОЖНО ОТНЕСТИ
- 1) септические состояния
 - 2) бронхиальная астма
 - 3) кардиогенный отек легкого
 - 4) ХОБЛ
122. РЕДКОЕ ДЫХАНИЕ, КОТОРОЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СУДОРОЖНЫМИ ВДОХАМИ С РЕДУЦИРОВАННЫМ ВЫДОХОМ, ВОЗНИКАЕТ ПРИ РЕЗКОЙ ГИПОКСИИ ИЛИ В ПЕРИОД АГОНИИ ЭТО
- 1) дыхание типа Биота
 - 2) дыхание типа Чейн – Стокса
 - 3) апнейстическое дыхание
 - 4) гаспинг – дыхание
123. ДЫХАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ АМПЛИТУДА И ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ ВОЛНООБРАЗНО НАРАСТАЕТ, А ЗАТЕМ УМЕНЬШАЕТСЯ. ПОСЛЕ ПАУЗЫ ЦИКЛ ДЫХАНИЯ ПОВТОРЯЕТСЯ. НАБЛЮДАЕТСЯ ВО ВРЕМЯ СНА, А ТАКЖЕ ПРИ ГИПОКАПИИ ЭТО

- 1) дыхание типа Биота
- 2) гаспинг – дыхание
- 3) атактическое дыхание
- 4) дыхание типа Чейн – Стокса

124. ДЫХАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ РАВНОМЕРНЫЕ РИТМИЧЕСКИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ ЧЕРЕДУЮТСЯ С ЭПИЗОДАМИ ДЛИТЕЛЬНОГО АПНОЭ. РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ НЕЙРОНОВ ВАРОЛИЕВА МОСТА - ЭТО

- 1) дыхание типа Биота
- 2) нейрогенная гипервентиляция
- 3) апнейстическое дыхание
- 4) дыхание типа Чейн – Стокса

125. ЧАСТОЕ И ГЛУБОКОЕ ДЫХАНИЕ, КОТОРОЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ СТРЕССЕ, ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТЕ, ПОРАЖЕНИИ СТРУКТУР СРЕДНЕГО МОЗГА

- 1) дыхание типа Биота
- 2) нейрогенная гипервентиляция
- 3) гаспинг-дыхание
- 4) дыхательная апраксия

126. ПРИЧИНА ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОДН

- 1) интоксикация свинцом
- 2) сдавление легкого обширным пневмотораксом
- 3) сдавление и дислокация ствола ГМ
- 4) нарушение вентиляционно-перфузионного отношения

127. ТРАВМЫ И ЗАБОЛЕВАНИЯ СПИННОГО МОЗГА С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕРЕДНИХ РОГОВ ШЕЙНОГО И ГРУДНОГО ОТДЕЛОВ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЧИНОЙ

- 1) торако-диафрагмальной ОДН
- 2) центральной ОДН
- 3) нервно-мышечной ОДН
- 4) бронхо-легочной ОДН

128. НАРУШЕНИЕ ВЕНТИЛЯЦИОННО-ПЕРФУЗИОННОГО ОТНОШЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- 1) центральной ОДН
- 2) торако-диафрагмальной ОДН
- 3) нервно-мышечной ОДН
- 4) бронхо-легочной ОДН

129. ПРИЧИНОЙ ТОРАКО-ДИАФРАГМАЛЬНОЙ (ПАРИЕТАЛЬНОЙ) ОДН ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) болевой синдром, связанный с дыхательными движениями
- 2) отравление ФОС
- 3) травмы и заболевания ГМ
- 4) нарушение вентиляционно-перфузионных отношений

130. ТИП ОДН, ПРИ КОТОРОМ СНИЖЕНО P_{aO_2} И ПОВЫШЕНО P_{aCO_2}

- 1) паренхиматозная
- 2) вентиляционная
- 3) сочетание вентиляционной и перфузионной
- 4) бронхо-легочная

131. САТУРАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ ГОВОРИТ О

- 1) количество растворенного кислорода в крови
- 2) соотношение оксигемоглобина к общему гемоглобину
- 3) объём кислорода, который может раствориться во всём объеме крови
- 4) степени насыщения гемоглобина, кислородом

132. НЕРАВНОМЕРНОСТЬ ВЕНТИЛЯЦИОННО-ПЕРФУЗИОННЫХ (V/Q) ОТНОШЕНИЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ КОТОРОГО ПРОИСХОДИТ СНИЖЕНИЕ САТУРАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ, ПРИ НОРМАЛЬНОМ ПАРЦИАЛЬНОМ НАПРЯЖЕНИИ КИСЛОРОДА В АЛЬВЕОЛАХ

- 1) альвеолярное мертвое пространство
- 2) сброс справа – налево
- 3) артерио-венозное шунтирование
- 4) деоксигенация

Эталоны ответов

1	2	11	4	21	1	31	2	41	1
2	2	12	1	22	3	32	4	42	3
3	4	13	4	23	3	33	3	43	2
4	1	14	3	24	1	34	2	44	4
5	2	15	2	25	3	35	4	45	2
6	4	16	1	26	4	36	1	46	4
7	3	17	4	27	3	37	2	47	1
8	1	18	3	28	3	38	4	48	1
9	2	19	1	29	1	39	1	49	4
10	3	20	2	30	2	40	2	50	3

51	1	61	1	71	2	81	3	91	4
52	4	62	4	72	1	82	1	92	4
53	3	63	3	73	1	83	2	93	1
54	2	64	2	74	4	84	2	94	4
55	4	65	1	75	1	85	1	95	2
56	3	66	4	76	4	86	3	96	1
57	2	67	1	77	2	87	4	97	4
58	1	68	3	78	2	88	2	98	4
59	2	69	2	79	2	89	3	99	1
60	4	70	1	80	3	90	1	100	4

101	2	111	1	121	1	131	4
102	2	112	4	122	4	132	3
103	1	113	1	123	4		
104	1	114	1	124	1		
105	2	115	2	125	2		
106	3	116	1	126	3		
107	1	117	4	127	3		
108	3	118	3	128	4		
109	2	119	1	129	1		
110	3	120	2	130	2		

РАЗДЕЛ 3. ШОК. ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Выберете один правильный вариант ответа

1. ПРИ ВЫСОКОМ ЦВД И НОРМАЛЬНОМ ДЗЛА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫ
 - 1) истинный кардиогенный шок
 - 2) гиповолемический шок
 - 3) вазогенный шок
 - 4) инфаркт правого желудочка

2. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ КАРДИОГЕННЫЙ И НЕКАРДИОГЕННЫЙ ОТЕК ЛЕГКИХ МОЖНО ПО
 - 1) КОД плазмы

- 2) ДЗЛА
 - 3) ЦВД
 - 4) ОЛСС
3. К ПРИЗНАКАМ ВАЗОГЕННОГО ШОКА ОТНОСИТСЯ
- 1) низкая постнагрузка
 - 2) брадикардия
 - 3) высокая постнагрузка
 - 4) высокая преднагрузка
4. ИСТИННЫЙ КАРДИОГЕННЫЙ ШОК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- 1) низким ДЗЛА и высоким ОПСС
 - 2) высоким ДЗЛА и высоким ОПСС
 - 3) низким ДЗЛА и нормальным ОПСС
 - 4) низким ДЗЛА и низким ОПСС
5. ШОКОВЫЙ ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА - ЭТО
- 1) отношение систолического АД к диастолическому
 - 2) отношение диастолического АД к систолическому
 - 3) отношение частоты пульса к систолическому АД
 - 4) отношение частоты пульса к диастолическому АД
6. ШОК ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
- 1) резкое падение АД
 - 2) остановку сердца
 - 3) кратковременную ишемию головного мозга
 - 4) острое нарушение перфузии тканей
7. СНИЖЕНИЕ СИСТЕМНОГО СОСУДИСТОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
- 1) геморрагическом шоке
 - 2) септическом шоке
 - 3) обструктивном шоке
 - 4) кардиогенном шоке
8. ПРЕДНАГРУЗКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
- 1) объемом циркулирующей крови
 - 2) количеством эритроцитов
 - 3) уровнем АД
 - 4) тонусом артериол

9. ЗАКОН ФРАНКА И СТАРЛИНГА ОПРЕДЕЛЯЕТ РАБОТУ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
- 1) величины преднагрузки
 - 2) дыхательного объёма
 - 3) частоты сердечных сокращений
 - 4) величины постнагрузки
10. ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА
- 1) недостаточным притоком крови к сердцу
 - 2) низким сосудистым тонусом
 - 3) снижением сократительной способности миокарда
 - 4) снижением объёма циркулирующей крови
11. ПЕРЕЛОМУ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ВЗРОСЛЫХ ОБЫЧНО СООТВЕТСТВУЕТ КРОВОПОТЕРЯ ___ МЛ
- 1) 300-400
 - 2) 800-1000
 - 3) 1000-1500
 - 4) 2000-2500
12. МНОЖЕСТВЕННОМУ ПЕРЕЛОМУ КОСТЕЙ ТАЗА У ВЗРОСЛЫХ ОБЫЧНО СООТВЕТСТВУЕТ ___ МЛ.
- 1) 500-1000
 - 2) 1500-2000
 - 3) 2000-3000
 - 4) 3000-4000
13. ЭХОКАРДИОГРАФИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ
- 1) фракции изгнания
 - 2) центрального венозного давления
 - 3) системного сосудистого сопротивления
 - 4) сосудистого сопротивления
14. КРОВОПОТЕРЯ ПРИ КОМПЕНСИРОВАННОМ ОБРАТИМОМ ШОКЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ %
- 1) 10-15
 - 2) 15-25
 - 3) 25-35
 - 4) более 40

15. УРОВЕНЬ СОЗНАНИЯ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОМ ОБРАТИМОМ ШОКЕ

- 1) ясное сознание
- 2) оглушение
- 3) сопор
- 4) кома

16. МАССИВНАЯ ПОТЕРЯ 1 ОЦК В ТЕЧЕНИЕ _____ ЧАСОВ

- 1) 24
- 2) 12
- 3) 3
- 4) 1

17. ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА 1,3-1,4 СООТВЕТСТВУЕТ КРОВОПОТЕРЕ _____ %

- 1) 10
- 2) 20
- 3) 30
- 4) более 40

18. ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА 1,5 И БОЛЕЕ СООТВЕТСТВУЕТ КРОВОПОТЕРЕ _____ %

- 1) 40 и более
- 2) 30
- 3) 20
- 4) 10

19. ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ КРОВОПОТЕРЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПОЗВОНОЧНИКА СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ

- 1) 100
- 2) 500-1500
- 3) 2000
- 4) 3000

20. ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ СИМПТОМ БЕЛОГО ПЯТНА

- 1) 0,5 секунды
- 2) 1 секунда
- 3) 1,5 секунды
- 4) более 2 секунд

21. ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ КРОВОПОТЕРЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ РЕБРА _____ МЛ

- 1) 50-100
- 2) 200-500
- 3) 500-1000
- 4) 1000-1500

22. ИСТИННЫЙ КАРДИОГЕННЫЙ ШОК РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ЗОНЕ НЕКРОЗА МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА РАВНОЙ ИЛИ ПРЕВЫШАЮЩЕЙ _____ %

- 1) 40
- 2) 35
- 3) 15
- 4) 10

23. РЕФЛЕКТОРНЫЙ КАРДИОГЕННЫЙ ШОК ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

- 1) переднеперегородочных отделов
- 2) задненижних отделов
- 3) передних отделов
- 4) боковых отделов

24. ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ УДАРНЫЙ И МИНУТНЫЙ ВЫБРОС

- 1) повышается
- 2) снижается
- 3) повышается, затем снижается
- 4) не изменяется

25. ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЁК ОТНОСЯТСЯ К

- 1) первой степени анафилаксии
- 2) второй степени анафилаксии
- 3) третьей степени анафилаксии
- 4) четвёртой степени анафилаксии

26. УМЕРЕННАЯ ПОЛИОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ГИПОТЕНЗИЯ, БРАДИКАРДИЯ, ГИПЕРАКТИВНОСТЬ БРОНХОВ ОТНОСИТСЯ К

- 1) первой степени анафилаксии
- 2) второй степени анафилаксии
- 3) третьей степени анафилаксии
- 4) четвёртой степени анафилаксии

27. ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩАЯ ПОН, КОЛЛАПС, АРИТМИИ, БРОНХОСПАЗМ ОТНОСЯТСЯ К

- 1) первой степени анафилаксии
- 2) второй степени анафилаксии
- 3) третьей степени анафилаксии
- 4) четвёртой степени анафилаксии

28. ОСТАНОВКА ДАХАНИЯ И КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К

- 1) первой степени анафилаксии
- 2) второй степени анафилаксии
- 3) третьей степени анафилаксии
- 4) четвёртой степени анафилаксии

29. ДЛЯ ШОКА ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО

- 1) АД 100-90 мм рт. ст., ИА 0,8-1
- 2) АД 85-70 мм рт. ст., ИА 1-2
- 3) АД 70 мм рт. ст. и ниже, ИА 2 и выше
- 4) АД не определяется

30. ДЛЯ ШОКА ВТОРОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО

- 1) АД 100-90 мм. рт. ст., ИА 0,8-1
- 2) АД 85-70 мм. рт. ст., ИА 1-2
- 3) АД 70 мм. рт. ст. и ниже, ИА 2 и выше
- 4) АД не определяется

31. ДЛЯ ШОКА ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО

- 1) АД 100-90 мм рт. ст., ИА 0,8-1
- 2) АД 85-70 мм рт. ст., ИА 1-2
- 3) АД 70 мм рт. ст. и ниже, ИА 2 и выше
- 4) АД не определяется

32. ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА 1,5, ОБЪЁМ КРОВОПОТЕРИ 30-40% СООТВЕТСТВУЕТ _____ ЛИТРА КРОВОПОТЕРИ

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

33. ШОКОВЫЙ ИНДЕКС НЕ ИНФОРМАТИВЕН

- 1) у беременных
- 2) у больных без сознания

- 3) у больных сахарным диабетом
- 4) у больных с хронической сердечно-сосудистой патологией

34. «ЭКСТРЕННАЯ» ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА

- 1) кожные тесты
- 2) анализ крови на сывороточную триптазу
- 3) тест активации базофилов аллергенами *in vitro*
- 4) клинический анализ крови

35. ОЖОГОВЫЙ ШОК ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА НА ПЛОЩАДИ РАВНОЙ

- 1) 9-10% для глубоких и 15-20% для поверхностных ожогов
- 2) 8-9% для глубоких и 10-15 для поверхностных ожогов
- 3) 5-7% для глубоких и 12-13% для поверхностных ожогов
- 4) 7-8% для глубоких и 11% для поверхностных ожогов

36. АНТИТЕЛА, УЧАСТВУЮЩИЕ В МЕХАНИЗМЕ АЛЛЕРГИИ I ТИПА У ЧЕЛОВЕКА ОТНОСЯТСЯ К КЛАССУ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ

- 1) IgA
- 2) IgE
- 3) IgG
- 4) IgM

37. НИТРОГЛИЦЕРИН

- 1) увеличивает сосудистую проницаемость
- 2) снижает клубочковую фильтрацию
- 3) блокирует β_2 -адренорецепторы
- 4) считается венозным вазодилататором

38. ВНУТРИВЕННАЯ ИНФУЗИЯ НИТРОГЛИЦЕРИНА

- 1) уменьшает гипоксическую легочную вазоконстрикцию
- 2) снижает сократительную активность миокарда
- 3) может понизить внутричерепное давление
- 4) прямым образом увеличивает сократимость миокарда

39. НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АНАФИЛАКТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) эуфиллин
- 2) глюкокортикоидные гормоны
- 3) эпинефрин
- 4) антагонисты H_1 -рецепторов

40. ИНОТРОПНЫЙ ЭФФЕКТ КАТЕХОЛАМИНОВ ОБУСЛОВЛЕН ВОЗБУЖДЕНИЕМ
- 1) бета 1-адренорецепторов
 - 2) бета 2-адренорецепторов
 - 3) альфа 1-адренорецепторов
 - 4) альфа 2-адренорецепторов
41. СРЕДНИЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ТЕМП ВВЕДЕНИЯ ГЕПАРИНА СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 100 ЕД/ч
 - 2) 100 ЕД/кг/сут
 - 3) 500 ЕД/кг/ч
 - 4) 5 ЕД/кг/мин
42. САМЫМ УНИВЕРСАЛЬНЫМ АНТИАРИТМИКОМ СЕГОДНЯ СЧИТАЕТСЯ
- 1) новокаинамид
 - 2) лидокаин
 - 3) амиодарон
 - 4) пропafenон
43. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ГИПОТЕНЗИИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ
- 1) снижение преднагрузки
 - 2) нарушение ритма
 - 3) повышение ОПСС
 - 4) снижение ОПСС
44. ПОКАЗАНИЕ К СРОЧНОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ
- 1) тахикардия, сопровождающаяся отеком легких
 - 2) синусовая тахикардия
 - 3) узловая брадикардия
 - 4) фибрилляция предсердий
45. ТАХИКАРДИЮ С ШИРОКИМ КОМПЛЕКСОМ QRS, СОПРОВОЖДАЮЩУЮСЯ ОСТАНОВКОЙ КРОВООБРАЩЕНИЯ, СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ
- 1) фсинхронным электрическим разрядом с энергией 200 Дж
 - 2) синхронизированным электрическим разрядом энергией 100 Дж
 - 3) инфузией лидокаина в дозе 30–50 мкг/кг/мин
 - 4) инфузией 150 мг амиодарона в течение 10 мин

46. НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ ВОЗНИКНОВЕНИЮ СИНДРОМА МАЛОГО СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

- 1) распространенный инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка сердца, площадь которого превышает 40–50% от всей его массы
- 2) наличие старых рубцов после перенесенного в прошлом инфаркта миокарда
- 3) пожилой и старческий возраст больного
- 4) наличие сопутствующего сахарного диабета

47. НАЛИЧИЕ ТАМПОНАДЫ ПЕРИКАРДА ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ _____ ШОКА

- 1) кардиогенного
- 2) гиповолемического
- 3) обструктивного
- 4) вазопегенного

48. ПОКАЗАНИЕ К ПЕРЕЛИВАНИЮ ДОНОРСКИХ ЭРИТРОЦИТОВ

- 1) снижение факторов свертывания крови
- 2) снижение гематокрита
- 3) состояние гиповолемии
- 4) снижение кислородной емкости крови

49. ДЛЯ УСПЕШНОЙ КОРРЕКЦИИ КОАГУЛОПАТИИ НЕОБХОДИМО

- 1) перелить нативную плазму
- 2) устранить источник кровотечения
- 3) согреть больного и устранить анемию
- 4) перелить концентрат тромбоцитов

50. ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) кеторолак
- 2) морфин
- 3) пропофол
- 4) парацетамол

51. ПРИ РАЗВИТИИ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ШОКА ПЕРВОЧЕРЕДЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гемоплазмотрансфузия
- 2) введение вазопрессоров

- 3) восполнение ОЦК
- 4) введение глюкокортикоидов

52. К АНТАГОНИСТАМ ФИБРИНОЛИЗА ОТНОСЯТСЯ

- 1) стрептокиназа
- 2) активатор тканевого плазминогена
- 3) гепарин
- 4) эписилон-аминокапроновая кислота

53. ПОКАЗАНИЯМ К ЭКСТРЕННОЙ ГЕМОТРАНСФУЗИИ СЛУЖИТ ОСТРАЯ КРОВОПОТЕРЯ ____% ОЦК

- 1) 5
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 20

54. ПРИ ГИПОВОЛЕМИИ ЗНАЧЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ДАВЛЕНИЯ _____ СМ Н₂O

- 1) менее 6
- 2) от 6 до 12
- 3) 12 до 18
- 4) 18 до 22

55. ОСТРОЕ _____ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ _____ ТЕЧЕНИЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО

- 1) летальным исходом
- 2) рецидивирующим течением
- 3) хорошим эффектом от адекватной терапии
- 4) резистентностью к терапии

56. АБОРТИВНОЕ ТЕЧЕНИЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА

- 1) резистентно к терапии
- 2) быстро купируется
- 3) сопровождается быстрым падением АД
- 4) часто рецидивирует

57. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гидрокортизон
- 2) адреналин
- 3) хлорпирамин
- 4) тавегил

58. УРОВЕНЬ АД ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ НИЖЕ 90 ММ РТ.СТ. ИЛИ НИЖЕ НА _____% ОТ ИСХОДНОГО
- 1) 30
 - 2) 20
 - 3) 10
 - 4) 5
59. У ДЕТЕЙ ПЕРВЫМ ПРИЗНАКОМ ГИПОТОНИИ МОЖЕТ БЫТЬ НАРАСТАЮЩАЯ
- 1) брадикардия
 - 2) одышка
 - 3) гипертензия
 - 4) тахикардия
60. ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА БЫСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ СЧИТАЕТСЯ ОТНОСИТЕЛЬНО БЫСТРАЯ ПОТЕРЯ _____% ОЦК
- 1) 60
 - 2) 50
 - 3) 35
 - 4) 10
61. МОЛНИЕНОСНАЯ ФОРМА АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА РАЗВИВАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ
- 1) 20 минут
 - 2) 1 часа
 - 3) 10 минут
 - 4) 24 часов
62. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ВЗРОСЛЫМ ВНУТРИМЫШЕЧНО АДРЕНАЛИ ВВОДИТСЯ В ДОЗЕ
- 1) 1 г
 - 2) 500 мкг
 - 3) 300 мкг
 - 4) 150 мкг
63. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ДЕТЯМ ДО ШЕСТИ ЛЕТ ВНУТРИМЫШЕЧНО АДРЕНАЛИН ВВОДИТСЯ В ДОЗЕ
- 1) 1 г
 - 2) 500 мкг
 - 3) 300 мкг
 - 4) 150 мкг

64. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ДЕТЯМ 6-12 ЛЕТ ВНУТРИМЫШЕЧНО АДРЕНАЛИН ВВОДИТСЯ В ДОЗЕ
- 1) 1 г
 - 2) 500 мкг
 - 3) 300 мкг
 - 4) 150 мкг
65. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ДЕТЯМ СТАРШЕ 12 ЛЕТ АДРЕНАЛИН ВВОДИТСЯ ВНУТРИМЫШЕЧНО В ДОЗЕ _____ МКГ
- 1) 500
 - 2) 300
 - 3) 200
 - 4) 150
66. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ВНУТРИМЫШЕЧНУЮ ИНЪЕКЦИЮ АДРЕНАЛИНА НЕОБХОДИМО ПОВТОРИТЬ ЧЕРЕЗ _____ МИНУТ
- 1) 2
 - 2) 5
 - 3) 7
 - 4) 10
67. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ИНФУЗИЯ КРИСТАЛЛОИДОВ ДЛЯ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ НА КГ
- 1) 10
 - 2) 15
 - 3) 20
 - 4) 50
68. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ИНФУЗИЯ КРИСТАЛЛОИДОВ ДЛЯ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ
- 1) 500-1000
 - 2) 1500-2000
 - 3) 3000-4000
 - 4) более 4000
69. ДЛЯ ОСТРОГО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ТЕЧЕНИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА С ВОЗМОЖНЫМ ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ ХАРАКТЕРНО
- 1) рецидивирующее течение
 - 2) острое начало
 - 3) минимальные нарушения гемодинамики

4) оглушение

70. ДОШОКОВЫЙ ПЕРИОД ПРИ НЕМЕДЛЕННОЙ ФОРМЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА

- 1) 30-40 минут
- 2) 60-90 минут
- 3) 90-120 минут
- 4) 72 часа

71. ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА НАПОМИНАЕТ

- 1) болезнь Альцгеймера
- 2) болезнь Паркинсона
- 3) аденому гипофиза
- 4) эпилепсию

72. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ С ЦЕЛЬЮ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) промедол
- 2) морфин
- 3) анальгин
- 4) кеторол

73. ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ НИТРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ УРОВНЕ САД НЕ НИЖЕ _____ ММ РТ. СТ.

- 1) 120
- 2) 100
- 3) 90
- 4) 75

74. ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ ГЕПАРИН ВВОДЯТ ВНУТРИВЕННО СТРУЙНО _____ ЕД

- 1) 20000
- 2) 10000
- 3) 5000
- 4) 1000

75. ПРИ АСТМОИДНОМ ВАРИАНТЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ДОМИНИРУЕТ

- 1) удушье
- 2) кашель
- 3) тошнота

4) слабость

76. НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЕ ТЕЧЕНИЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА

- 1) острое доброкачественное
- 2) абортивное
- 3) рецидивирующее
- 4) затяжной характер течения

77. ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ НАПРАВЛЕНА НА ДОСТИЖЕНИЕ УРОВНЯ

- 1) гемоглобин 120 г/л
- 2) гемоглобин 100 г/л
- 3) гемоглобин 90 г/л
- 4) гемоглобин 70 г/л

78. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ СТАБИЛИЗАЦИИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) норадреналин
- 2) допамин
- 3) добутамин
- 4) мезатон

79. У ПАЦИЕНТА НА ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ВИТАМИНА С РЕЗКО НАСТУПИЛА ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ, СУДОРОГИ, СНИЖЕНИЕ АД. ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) введение адреналина
- 2) введение преднизолона
- 3) введение супрастина
- 4) введение норадреналина

80. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКЕ В ХОДЕ АНЕСТЕЗИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) лидокаин
- 2) амиодарон
- 3) биспролол
- 4) верапамил

81. ПЕРВООЧЕРЕДНОЙ ЗАДАЧЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) применение инотропов
- 2) применение альфа-адреномиметиков
- 3) применение мочегонных средств
- 4) нормализация преднагрузки

82. ПАЦИЕНТУ С ВАЗОГЕННЫМ ШОКОМ НЕОБХОДИМО ПРИДАТЬ ПОЛОЖЕНИЕ

- 1) тренделенбурга
- 2) антитренделенбурга
- 3) пронационное
- 4) возвышенный головной конец

83. КАРДИОГЕННЫЙ ОТЕК ЛЕГКИХ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) повышенной проницаемости капилляров малого круга
- 2) высокого давления в легочных капиллярах
- 3) высокого давления в легочной артерии
- 4) низкого онкотического давления плазмы крови

84. ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТАХИАРИТМИЧЕСКОГО ВАРИАНТА КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) фибрилляция желудочков
- 2) фибрилляция предсердий
- 3) АВ блокада
- 4) Флеботромбоз

Эталоны ответов

1	4	11	3	21	2	31	3	41	1
2	2	12	3	22	1	32	1	42	3
3	1	13	1	23	2	33	4	43	4
4	2	14	2	24	2	34	2	44	1
5	3	15	3	25	1	35	1	45	2
6	4	16	1	26	2	36	2	46	1
7	2	17	3	27	3	37	4	47	3
8	1	18	1	28	4	38	1	48	4
9	1	19	2	29	1	39	3	49	1
10	3	20	4	30	2	40	2	50	2

51	3	61	3	71	4	81	4
52	4	62	2	72	2	82	1

53	4	63	4	73	3	83	2
54	1	64	3	74	3	84	1
55	3	65	1	75	1		
56	2	66	2	76	2		
57	2	67	3	77	4		
58	1	68	1	78	3		
59	4	69	2	79	1		
60	1	70	1	80	2		

РАЗДЕЛ 4. ОСТРАЯ ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Выберите один правильный вариант ответа

1. ШКАЛА «AVPU» ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ

- 1) нарушения перфузии ГМ
- 2) нарушения сознания в экстренной ситуации
- 3) нарушения доставки кислорода к ГМ
- 4) качественного нарушения сознания

2. КОМА - ЭТО

- 1) кратковременная ишемия головного мозга
- 2) нарушение мозгового кровообращения
- 3) тяжелая степень обморока
- 4) состояние глубокого повреждения ЦНС, сопровождающееся угнетением сознания, реакций на внешние раздражители и нарушением регуляции жизненно важных функций организма

3. ОГЛУШЕНИЕ - ЭТО

- 1) глубокое угнетение сознания с сохранением координированных защитных реакций и открывания глаз в ответ на болевые, звуковые и другие раздражители
- 2) угнетение сознания с сохранением ограниченного словесного контакта на фоне повышения порога восприятия внешних раздражителей и снижения собственной психической активности
- 3) полное выключение сознания
- 4) частичное выключение сознания

4. СОПОР - ЭТО

- 1) глубокое угнетение сознания с сохранением координированных защитных реакций и открывания глаз в ответ на болевые, звуковые и другие раздражители
 - 2) угнетение сознания с сохранением ограниченного словесного контакта на фоне повышения порога восприятия внешних раздражителей и снижения собственной психической активности
 - 3) полное выключение сознания
 - 4) частичное выключение сознания
5. ПЕРВИЧНО-ЦЕРЕБРОГЕННАЯ КОМА РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИИ
- 1) первичного поражения головного мозга
 - 2) при нарушении метаболизма
 - 3) при остром отравлении
 - 4) при гипоксии
6. НАРУШЕНИЮ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ - СОПОР, ПО ШКАЛЕ ГЛАЗГО СООТВЕТСТВУЕТ _____ БАЛЛОВ
- 1) 15
 - 2) 13–14
 - 3) 9–12
 - 4) 4–8
7. ВТОРИЧНО-ЦЕРЕБРОГЕННАЯ КОМА РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИИ
- 1) нарушения метаболизма
 - 2) первичного поражения головного мозга
 - 3) при острой сердечной недостаточности
 - 4) при гипоксии
8. НАРУШЕНИЮ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ - КОМА, ПО ШКАЛЕ ГЛАЗГО СООТВЕТСТВУЕТ _____ БАЛЛОВ
- 1) 15
 - 2) 13–14
 - 3) 9–12
 - 4) 4–8
9. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) ламотриджин
 - 2) диазепам
 - 3) этосуксимид
 - 4) карбамазепин

10. ПРИ ОБМОРОЧНЫХ СОСТОЯНИЯХ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) перексид водорода
- 2) раствор аммиака
- 3) настойку полыни
- 4) борную кислоту

11. В ПАТОГЕНЕЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

- 1) аммиак
- 2) прямой билирубин
- 3) непрямой билирубин
- 4) желчные кислоты

12. СОСТОЯНИЕ, СВЯЗАННОЕ С ОСТРЫМ ОБЫЧНО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ ПОДЪЕМОМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД) И СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ ОБЩЕМОЗГОВЫХ (РЕЖЕ ОЧАГОВЫХ) НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ, ВТОРИЧНЫХ ПО ОТНОШЕНИЮ К ГИПЕРТЕНЗИИ ЭТО

- 1) ишемический инсульт
- 2) геморрагический инсульт
- 3) транзиторная ишемическая атака
- 4) гипертонический церебральный криз

13. СОСТОЯНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ОСТРОЙ ФОКАЛЬНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ, ПРИВОДЯЩЕЙ К ИНФАРКТУ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЭТО

- 1) гипертонический церебральный криз
- 2) геморрагический инсульт
- 3) ишемический инсульт
- 4) транзиторная ишемическая атака

14. СОСТОЯНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ РАЗРЫВОМ ИНТРАЦЕРЕБРАЛЬНОГО СОСУДА И ПРОНИКНОВЕНИЕМ КРОВИ В ПАРЕНХИМУ МОЗГА ИЛИ РАЗРЫВОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ АНЕВРИЗМЫ С СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ ЭТО

- 1) гипертонический церебральный криз
- 2) геморрагический инсульт
- 3) ишемический инсульт
- 4) транзиторная ишемическая атака

15. СОСТОЯНИЕ, КОТОРОЕ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ КРАТКОВРЕМЕННОЙ ЛОКАЛЬНОЙ ИШЕМИИ МОЗГА И ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВНЕЗАПНЫМИ ПРЕХОДЯЩИМИ

НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ С ОЧАГОВОЙ СИМПТОМАТИКОЙ ЭТО

- 1) геморрагический инсульт
- 2) ишемический инсульт
- 3) гипертонический церебральный криз
- 4) транзиторная ишемическая атака

16. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ КАРОДИТНОЙ СИСТЕМЫ КРОВосНАБЖЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ

- 1) гемипарез на стороне противоположной очагу поражения
- 2) атаксия
- 3) диплопия
- 4) головокружение

17. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРТЕБРО–БАЗИЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ КРОВосНАБЖЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ

- 1) гемипарез на стороне противоположной очагу поражения
- 2) нарушение чувствительности
- 3) головокружение
- 4) афазия

18. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ГИПОТЕНЗИИ ПРИ ИНСУЛЬТАХ

- 1) 15 – 20% от исходного уровня АД
- 2) 5- 10% от исходного уровня
- 3) 30 – 40% от исходного уровня
- 4) АД при инсультах снижать не рекомендовано

19. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНАЯ ГРУППА ГИПОТЕЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ИНСУЛЬТАХ

- 1) антагонисты ионов кальция
- 2) ингибиторы АПФ
- 3) производные имидазолина
- 4) ганглиоблокаторы

20. ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ РЕКОМЕНДОВАНА ПРИ ЦИФРАХ АД _____ ММ РТ. СТ.

- 1) 200/110
- 2) 180/90
- 3) 170/100
- 4) 160/100

21. ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ РЕКОМЕНДОВАНА ПРИ ЦИФРАХ АД _____ ММ РТ. СТ.

- 1) 170/100
- 2) 160/100
- 3) 150/90
- 4) 140/80

22. ОСНОВНОЙ ИНФУЗИОННЫЙ РАСТВОР ПРИ ИНСУЛЬТАХ

- 1) NaCl 0,45%
- 2) NaCl 0,9%
- 3) раствор глюкозы
- 4) растворы ГЭКа

23. ПРИ РАЗВИТИИ ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) фуросемид 40 мг каждые 2 часа
- 2) тиопентал натрия 10 мг/кг каждые 3 часа
- 3) преднизолон 90 мг 1 раз в сутки
- 4) маннитол 0,5 – 1 г/кг каждые 6 часов

24. ПАЦИЕНТЫ С ОНМК ДОЛЖНЫ ТРАНСПОРТИРОВАТЬСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

- 1) лежа, с приподнятым ножным концом
- 2) сидя
- 3) лежа, с приподнятым головным концом на 30 градусов
- 4) лежа с приподнятым головным концом на 60 градусов

25. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СУДОРОЖНЫХ ПРИПАДКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОНМК ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) натрия оксибутират 70 мг/кг
- 2) тиопентал натрия 500 мг
- 3) диазепам 10 мг
- 4) депакин 6 – 7 мг/кг

26. ПРИЧИНА ПЕРВИЧНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1) нарушение метаболизма
- 2) воздействие токсических веществ
- 3) системная артериальная гипотензия
- 4) нарушение мозгового кровообращения на фоне патологии церебральных сосудов

27. ПРИЧИНА ВТОРИЧНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1) метаболические нарушения
- 2) ЧМТ
- 3) нарушение мозгового кровообращения на фоне патологии церебральных сосудов
- 4) эпилептический статус

28.ОТСУТСТВИЕ КАКИХ - ЛИБО РЕАКЦИЙ НА ВНЕШНИЕ БОЛЕВЫЕ РАЗДРАЖИТЕЛИ, ВКЛЮЧАЯ ОЧЕНЬ СИЛНЫЕ. ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ СПОНТАННЫХ ДВИЖЕНИЙ. ИЗМЕНЕНИЯ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА ОТ ДЕЦЕРЕБРАЦИОННОЙ РЕГИДНОСТИ ДО МЫШЕЧНОЙ ГИПОТОНИИ. СОХРАННОСТЬ СПОНТАННОГО ДЫХАНИЯ И СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ВЫРАЖЕННЫХ ИХ НАРУШЕНИЯХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) комы 1 степени
- 2) комы 2 степени
- 3) комы 3 степени
- 4) сопора

29.ДВУХСТОРОННИЙ ЗАПРЕДЕЛЬНЫЙ МИДРИАЗ, ГЛАЗНЫЕ ЯБЛОКИ НЕПОДВИЖНЫ. ТОТАЛЬНАЯ АРЕФЛЕКСИЯ, ДИФФУЗНАЯ МЫШЕЧНАЯ АТОНИЯ. ГРУБЕЙШИЕ НАРУШЕНИЯ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ОРГАНОВ. ЭТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) комы 1 степени
- 2) комы 2 степени
- 3) комы 3 степени
- 4) оглушения

30.К ПЕРВИЧНО - ЦЕРЕБРОГЕННЫМ КОМАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) кома при ЧМТ
- 2) наркотическая кома
- 3) алкогольная кома
- 4) кетоацидотическая кома

31.К ВТОРИЧНО - ЦЕРЕБРОГЕННЫМ КОМАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) кома при ЧМТ
- 2) кома при ишемическом инсульте
- 3) кома при геморрагическом инсульте
- 4) наркотическая кома

32.К СПЕЦИФИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО В КОМЕ ОТНОСЯТ

- 1) ЭКГ

- 2) КТ
- 3) рентгенография органов грудной клетки
- 4) УЗИ внутренних органов

33. ПЕРВЫЙ ЭТАП НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ КОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ

- 1) инсулинотерапия
- 2) коррекция нарушений гемодинамики
- 3) снижение внутричерепного давления
- 4) обеспечение проходимости верхних дыхательных путей

34. СТАНДАРТНЫЙ КОМПЛЕКС НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЮБОЙ КОМЫ

- 1) маннитол 20% + 40 мг фуросимида + 0,01 мг/кг налоксона
- 2) 0,01 мг/кг налоксона + 40 - 80 мл 40% глюкозы + 4 - 8 мг дексаметазона
- 3) 0,01 мг/кг налоксона + 40 - 80 мл 40% глюкозы + 100 мг тиамина
- 4) мания сульфат 25% - 10 мл + эуфиллин 2,4% 5 - 10 мл

35. ПРИЗНАННЫЙ ПРЕПАРАТ В МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

- 1) мексидол
- 2) ноотропил
- 3) цитофлавин
- 4) цераксон

36. В ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ ПОСТУПИЛ ПАЦИЕНТ БЕЗ СОЗНАНИЯ, ВЫРАЖЕННАЯ ГИПЕРЕМИЯ ЛИЦА, СТОЙКИЙ ЗАПАХ АЛКОГОЛЯ. ВАША ТАКТИКА ДЕЙСТВИЯ

- 1) введение тиамин 100 мг
- 2) введение налоксона 0,4 мг
- 3) инфузионная дезинтоксикационная терапия
- 4) диазепам 20 мг

37. В ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ ПОСТУПИЛ ПАЦИЕНТ В КОМЕ. ИЗВЕСТНО, ЧТО ЕСТЬ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ В АНАМНЕЗЕ, НО НЕТ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПО - И ГИПЕРГЛИКЕМИИ. ВАША ТАКТИКА ДЕЙСТВИЙ

- 1) ввести налоксон 2 мг в/в струйно
- 2) ввести актропид 12 ЕД
- 3) ввести тиамин 100 мг
- 4) ввести 40 - 60 мл 40% глюкозы в/в струйно

38. ДЫХАНИЕ КУССМАУЛЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) гипогликемической комы
- 2) кетоацидотической комы
- 3) уремиической комы
- 4) коме при ЧМТ

39. В ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ ПОСТУПИЛ МУЖЧИНА 20 ЛЕТ В КОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ. ПРИ ОСМОТРЕ ТОЧЕЧНЫЕ ЗРАЧКИ, ЧД 6 В МИНУТУ, АД 80 И 60 ММ.РТ.СТ., ПУЛЬС 56 В МИНУТУ, СЛЕДЫ ИНЪЕКЦИЙ В ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ. ВАША ТАКТИКА ДЕЙСТВИЙ

- 1) введение атропина 1 мг
- 2) введение глюкозы 5% - 40 мл
- 3) введение флумазенила 0,2 мг
- 4) введение налоксона 2 мг

40. В ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ ПОСТУПИЛ ПАЦИЕНТ В КОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ. ПРИ ОСМОТРЕ: КОЖНЫЙ ПОКРОВ И СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛТУШНЫЕ, ВИДНЫ СЛЕДЫ РАСЧЕСОВ, ПАЛЬМАРНАЯ ЭРИТЕМА И МАЛИНОВЫЙ ЯЗЫК. ВЫРАЖЕННЫЙ СЛАДКОВАТЫЙ ЗАПАХ ОТ БОЛЬНОГО. ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- 1) уремиическая кома
- 2) печеночная кома
- 3) наркотическая кома
- 4) алкогольная кома

41. В ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ ПОСТУПИЛ ПАЦИЕНТ В КОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ. ПРИ ОСМОТРЕ НА СЕБЯ ОБРАТИЛО ВНИМАНИЕ СУХОСТЬ РОГОВИЦЫ, ГЛУБОКОЕ, РЕДКОЕ, ШУМНОЕ ДЫХАНИЕ И СТОЙКИЙ ЗАПАХ АЦЕТОНА. ДЛЯ КАКОГО КОМАТОЗНОГО СОСТОЯНИЯ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ

- 1) гипогликемическая кома
- 2) печеночная кома
- 3) кетоацидотическая кома
- 4) уремиическая кома

42. ПЕРФУЗИОННОЕ ДАВЛЕНИЕ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) величины диастолического и внутричерепного давлений
- 2) тонуса сосудов и сократительной способности миокарда
- 3) величины систолического и внутричерепного давлений
- 4) тонуса сосудов и систолического артериального давления

43. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ В КОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ ДОЛЖНО ПРОИЗВОДИТЬСЯ В ОТДЕЛЕНИИ

- 1) травматологии
- 2) терапии
- 3) кардиологии
- 4) реанимации

44. КОМА, ВОЗНИКШАЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОЧАГОВОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА СЧИТАЕТСЯ

- 1) первичной
- 2) вторичной
- 3) третичной
- 4) идеопатической

45. КОМА, ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮЩАЯ ВСЛЕДСТВИЕ ПОВЕШЕНИЯ, УДУШЕНИЯ, ОТРАВЛЕНИЯ УГАРНЫМ ГАЗОМ, ПРОДУКТАМИ ГОРЕНИЯ НА ПОЖАРЕ - ЭТО

- 1) токсическая кома
- 2) гипоксическая кома
- 3) алкогольная кома
- 4) кетоацидотическая кома

46. КОМА, ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮЩАЯСЯ СЛЕДСТВИЕМ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ - ЭТО

- 1) токсическая кома
- 2) гипоксическая кома
- 3) алкогольная кома
- 4) кетоацидотическая кома

47. ГЛУБИНА КОМАТОЗНЫХ СОСТОЯНИЙ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ

- 1) SOFA
- 2) АПГАР
- 3) ГЛАЗГО-ПИТСБУРГА
- 4) АРАСНЕ II

48. ПРЕДПОЧИТЕЛЬНЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ КОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ

- 1) эндотрахеальный
- 2) пероральный
- 3) парентеральный
- 4) ректальный

49. ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ГИПОКСИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) экстракорпоральная мембранная оксигенация
- 2) плазмаферез
- 3) гемодиализ
- 4) гипербарическая оксигенация

50.ИНФУЗИОННЫЙ РАСТВОР, ПРОТИВОПОКАЗАННЫЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЧМТ

- 1) NaCl
- 2) раствор глюкозы
- 3) раствор группы ГЭК
- 4) раствор группы декстранов

51.В НОРМЕ ВЧД СОСТАВЛЯЕТ ____ ММ РТ. СТ.

- 1) 0 – 10
- 2) 10-15
- 3) 15 – 20
- 4) 20 – 25

52.ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ЧМТ УРОВЕНЬ СОЗНАНИЯ ____ БАЛЛОВ ПО ШКГ

- 1) 13 – 15
- 2) 9 – 12
- 3) 8 – 6
- 4) менее 6

53.ПРИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ЧМТ УРОВЕНЬ СОЗНАНИЯ ____ БАЛЛОВ ПО ШКГ

- 1) 13 – 15
- 2) 9 – 12
- 3) 8 – 6
- 4) менее 6

54.ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ЧМТ УРОВЕНЬ СОЗНАНИЯ ____ БАЛЛОВ ПО ШКГ

- 1) 13 – 15
- 2) 9 – 12
- 3) 8 – 9
- 4) менее 8

55.ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ПРИ ЧМТ

- 1) оценка по ШКГ 12 – 15 баллов
- 2) ВЧД 5 мм рт. ст.

- 3) оценка по ШКГ менее 8 баллов
- 4) перелом 3х ребер справа

56.ГИПНОТИК, НЕ ПОВЫШАЮЩИЙ ВЧД

- 1) пропофол
- 2) кетамин
- 3) закись азота
- 4) фторотан

57.ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С ЧМТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

- 1) рентгенологическое исследование органов грудной клетки
- 2) рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника
- 3) УЗИ внутренних органов
- 4) УЗИ сосудов шеи

58.КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК, ПРЕДПОЛАГАЮЩИЙ ПОВЫШЕНИЕ ВЧД

- 1) тошнота, рвота
- 2) снижение АД
- 3) тахикардия
- 4) сознание 14 – 15 б. по ШКГ

59.РЕФЛЕКС КУШИНГА ПРИ ЧМТ

- 1) гипертензия и тахикардия
- 2) гипотензия и брадикардия
- 3) гипотензия и тахикардия
- 4) гипертензия и брадикардия

60.ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нитроглицерин
- 2) верошпирон
- 3) маннитол
- 4) гипотонический раствор натрия хлорида

61.В СЛУЧАЯХ УСТОЙЧИВОГО К ТЕРАПИИ ПОВЫШЕНИЯ ВЧД ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИНФУЗИЯ

- 1) тиопентала натрия
- 2) кетамина
- 3) оксибутират натрия
- 4) фентанила

62. ПРИЧИНА ПЕРВИЧНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1) системная артериальная гипотензия
- 2) воздействие токсических веществ
- 3) воздействие токсических веществ
- 4) нарушение мозгового кровообращения на фоне патологии церебральных сосудов

63. ПРИЧИНА ВТОРИЧНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1) метаболические нарушения
- 2) нарушение мозгового кровообращения на фоне патологии церебральных сосудов
- 3) эпилептический статус
- 4) ЧМТ

Эталоны ответов

1	2	11	1	21	1	31	4	41	3
2	4	12	4	22	2	32	2	42	3
3	2	13	3	23	4	33	4	43	4
4	1	14	2	24	3	34	3	44	1
5	1	15	4	25	3	35	3	45	2
6	3	16	1	26	4	36	1	46	1
7	2	17	3	27	1	37	4	47	3
8	4	18	1	28	2	38	2	48	3
9	2	19	2	29	3	39	4	49	4
10	2	20	1	30	1	40	2	50	2

51	2	61	1
52	4	62	4
53	2	63	3
54	1		
55	1		
56	3		
57	2		
58	4		
59	2		
60	2		

РАЗДЕЛ 5. ЭНДО И ЭКЗОГЕННЫЕ ИНТОКСИКАЦИИ, НАРУШЕНИЯ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ОБМЕНА И КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО СОСТОЯНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. ПОКАЗАТЕЛЬ рН КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ РАВНЫЙ 7,25 СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
 - 1) компенсированном алкалозе
 - 2) декомпенсированном алкалозе
 - 3) компенсированном ацидозе
 - 4) декомпенсированном ацидозе

2. КОНЦЕНТРАЦИЯ ИОНОВ КАЛИЯ ВНУТРИ КЛЕТКИ
 - 1) выше чем снаружи
 - 2) ниже чем снаружи
 - 3) зависит от количества натрия
 - 4) одинакова по обе стороны мембраны

3. КОНЦЕНТРАЦИЯ ИОНОВ НАТРИЯ ВНУТРИ КЛЕТКИ
 - 1) выше чем снаружи
 - 2) зависит от количества калия
 - 3) одинакова по обе стороны мембраны
 - 4) ниже чем снаружи

4. ПРОЦЕНТНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕЙ ВОДЫ ОРГАНИЗМА У ВЗРОСЛОГО МУЖЧИНЫ С НОРМАЛЬНЫМ ПИТАНИЕМ СОСТАВЛЯЕТ _____%
 - 1) 80
 - 2) 60
 - 3) 50
 - 4) 40

5. НОРМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ КРОВИ У МУЖЧИН СОСТАВЛЯЕТ _____% ОТ МАССЫ ТЕЛА
 - 1) 9.5
 - 2) 7.0
 - 3) 8.5
 - 4) 4.5

6. ОСМОЛЯРНОСТЬ ПЛАЗМЫ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ _____МОСМОЛЬ/Л
 - 1) 320
 - 2) 290

- 3) 230
4) 205
7. ГИПОГЛИКЕМИЯ - ЭТО СНИЖЕНИЕ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ МЕНЕЕ ____ ММОЛЬ/Л
- 1) 12
 - 2) 4, 5
 - 3) 3
 - 4) 2
8. В 1 МЛ 7.5% РАСТВОРА ХЛОРИДА КАЛИЯ СОДЕРЖИТСЯ ____ ММОЛЬ КАЛИЯ
- 1) 1
 - 2) 0.5
 - 3) 2
 - 4) 7.5
9. УВЕЛИЧЕНИЕ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ СЛЕДСТВИЕМ
- 1) острого гломерулонефрита
 - 2) сердечной недостаточности
 - 3) снижения онкотического давления плазмы крови
 - 4) повышение онкотического давления крови
10. РАЗВИТИЕ НАДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ
- 1) обтурации желчными камнями или опухолью желчевыводящих путей
 - 2) нарушения захвата непрямого билирубина гепатоцитами
 - 3) воспалительного процесса в печени
 - 4) повышенного образования билирубина из гемолизированных эритроцитов
11. ДЛЯ АНУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ ДИУРЕЗА ДО ____ МЛ/СУТ
- 1) 50
 - 2) 250
 - 3) 500
 - 4) 1000
12. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ НОРМА ОЦК У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА
- 1) 60 мл/кг, 50 мл/кг
 - 2) 70 мл/кг, 65 мл/кг
 - 3) 80 мл/кг, 75 мл/кг

- 4) 90 мл/кг, 85 мл/кг

13.МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЛКАЛОЗ - ЭТО

- 1) патологическое состояние, характеризующееся высоким уровнем карбоната в плазме
- 2) патологическое состояние, характеризующееся высоким уровнем кислотности циркулирующей крови
- 3) патологическое состояние, характеризующееся высоким уровнем кислотности и карбоната циркулирующей крови
- 4) патологическое состояние, характеризующееся низким уровнем углекислого газа в крови

14.ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ДЕГИДРАТАЦИЯ - ЭТО

- 1) состояние, при котором в организме уменьшено общее количество воды и электролитов
- 2) состояние, при котором осмотическое давление крови снижено, а клетки перенасыщены водой
- 3) состояние, при котором в организме уменьшено общее количество воды, а осмолярность понижена
- 4) состояние, при котором в организме уменьшено общее количество воды, а осмолярность повышена

15.ИЗОТОНИЧЕСКАЯ ДЕГИДРАТАЦИЯ - ЭТО

- 1) состояние, при котором осмотическое давление крови снижено, а клетки перенасыщены водой
- 2) состояние, при котором в организме уменьшено общее количество воды и электролитов
- 3) состояние, при котором в организме уменьшено общее количество воды, а осмолярность понижена
- 4) состояние, при котором в организме уменьшено общее количество воды, а осмолярность повышена

16.РАСПРЕДЕЛЕНИЕ КРИСТАЛЛОИДОВ В ЖИДКОСТНЫХ КОМПАРТМЕНТАХ ОРГАНИЗМА ЗАВИСИТ ОТ

- 1) тоничности раствора
- 2) электролитного состава раствора
- 3) наличия в растворе молекул белка
- 4) уровня белка плазмы крови

17.ЛАКТАТ-СОДЕРЖАЩИЕ РАСТВОРЫ

- 1) нарушают коагуляционный гемостаз
- 2) имеют специфические негативные эффекты

- 3) оптимальны для сбалансированной инфузионной терапии
- 4) вызывают лактат-ацидоз

18. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ОПИОИДНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ

- 1) флумазенил
- 2) налоксон
- 3) неостигмина метилсульфат
- 4) ипратропия бромид

19. ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ПРЕПАРАТАМИ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВОГО РЯДА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) кальция гопантенат
- 2) золпидем
- 3) налоксон
- 4) флумазенил

20. КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЬ - ПЕРЕНОСЧИК КИСЛОРОДА

- 1) полиглюкин
- 2) стабизол
- 3) перфторан
- 4) альбумин

21. СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЖИДКОСТИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ НА КГ МАССЫ ТЕЛА

- 1) 10-15
- 2) 20-30
- 3) 30-40
- 4) 40-50

22. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АБСОЛЮТНОЙ ГИПОВОЛЕМИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) плазмозаменители
- 2) вазопрессоры
- 3) свежзамороженную плазму
- 4) эритромассу

23. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОСТГЕМОРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) реоглюман
- 2) свежзамороженную плазму
- 3) эритроцитарную массу
- 4) криопреципитат

24. ЕЖЕДНЕВНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ВОДЕ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ ____ Л

- 1) 0.8
- 2) 1.5
- 3) 2.5
- 4) 3.5

25. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВНУТРИКЛЕТОЧНОЙ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ГИПОВОЛЕМИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) препараты желатина
- 2) электролитные изотонические растворы
- 3) препараты плазмы
- 4) препараты ГЭК

26. В КОМПЛЕКСЕ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ АЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ ПРИ ДИАБЕТЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- 1) изотонический электролитный раствор
- 2) гипотонический электролитный раствор
- 3) растворы 5% глюкозы
- 4) гипертонический электролитный раствор

27. В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЭТИЛЕНГЛИКОЛЕМ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) 40% р-р глюкозы
- 2) бикарбонат Na
- 3) метиловый спирт
- 4) этиловый спирт

28. АНТИДОТНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭТАНОЛА ПО ОТНОШЕНИЮ К МЕТАНОЛУ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) конкурентном взаимодействии с алкогольдегидрогеназой
- 2) взаимном ингибировании эффектов
- 3) конкурентном взаимодействии с мембраной гепатоцитов
- 4) конкурентном взаимодействии с гидроксиэтилтрансферазой

29. РЕЗКИЙ МИОЗ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ОТРАВЛЕНИЯ

- 1) барбитуратами
- 2) угарным газом
- 3) опиатами
- 4) бензодиазепинами

30. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ РАЗВИВАЕТСЯ _____
ГИПОКСИЯ
- 1) гемическая
 - 2) циркуляторная
 - 3) гистотоксическая
 - 4) паренхиматозная
31. ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ НЕ ОБЛАДАЕТ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМ
ДЕЙСТВИЕМ
- 1) полиглюкина
 - 2) гемодеза
 - 3) реополиглюкина
 - 4) желатиноля
32. ПРИЧИНОЙ ПРЕРЕНАЛЬНОЙ ОПН МОЖЕТ БЫТЬ
- 1) холецистит
 - 2) острая сердечная недостаточность
 - 3) отравление бледной поганкой
 - 4) отравление уксусной эссенцией
33. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ _____ В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТНОЙ ТЕРАПИИ
ИСПОЛЬЗУЮТ ЭТИЛОВЫЙ СПИРТ
- 1) метанолом
 - 2) уксусной эссенцией
 - 3) щелочью
 - 4) этанолом
34. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЭТИЛЕНГЛИКОЛЕМ В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТНОЙ
ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЮТ
- 1) амилнитрит
 - 2) ГБО
 - 3) протамина сульфат
 - 4) этанол
35. СПЕЦИФИЧЕСКИМ АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ МУХОМОРОМ
ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) прозерин
 - 2) сульфокамфокаин
 - 3) кофеин
 - 4) атропин

36.ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УКСУСНОЙ ЭССЕНЦИЕЙ ЖЕЛУДОК СЛЕДУЕТ ПРОМЫВАТЬ

- 1) щелочью
- 2) водой
- 3) раствором марганца
- 4) вазелиновым маслом

37.ДЛЯ ПРОТЕКАНИЯ ВСЕХ ФАЗ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ НЕОБХОДИМО УЧАСТИЕ ИОНОВ

- 1) натрия
- 2) калия
- 3) кальция
- 4) фтора

38.ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ, СВЯЗАННОМ С ПЕРЕДОЗИРОВКОЙ ГЕПАРИНА СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ

- 1) протамина сульфат
- 2) концентрат тромбоцитов
- 3) нативную плазму
- 4) викасол

39.ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВНУТРИКЛЕТОЧНОЙ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ГИПОВОЛЕМИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) препараты желатина
- 2) препараты плазмы
- 3) препараты ГЭК
- 4) электролитные изотонические растворы

40.АНТИДОТНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭТАНОЛА ПО ОТНОШЕНИЮ К МЕТАНОЛУ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) взаимном ингибировании эффектов
- 2) конкурентном взаимодействии с мембраной гепатоцитов
- 3) конкурентном взаимодействии с алкогольдегидрогеназой
- 4) конкурентном взаимодействии с гидроксиэтилтрансферазой

41.РЕЗКИЙ МИОЗ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ОТРАВЛЕНИЯ

- 1) барбитуратами
- 2) угарным газом
- 3) опиатами
- 4) бензодиазепинами

- 42.ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ РАЗВИВАЕТСЯ _____
ГИПОКСИЯ
- 1) гемическая
 - 2) циркуляторная
 - 3) гистотоксическая
 - 4) паренхиматозная
- 43.КОМПЕНСАТОРНЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ ДЕГИДРАТАЦИИ
- 1) централизация кровообращения
 - 2) повышение продукции альдостерона и вазопрессина
 - 3) увеличение суточного диуреза
 - 4) понижение выделения ренина
- 44.К ПРОЯВЛЕНИЯМ СИНДРОМА ОБЩЕЙ ГИПЕРГИДРАТАЦИИ ОТНОСЯТ
- 1) повышение гематокрита
 - 2) уменьшение ОЦК
 - 3) понижение АД
 - 4) отеки
- 45.ВИДЫ ОТЕКОВ, В ПАТОГЕНЕЗЕ КОТОРЫХ ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ ОНКОТИЧЕСКОМУ ФАКТОРУ
- 1) отек Квинке
 - 2) отеки при сердечной недостаточности
 - 3) отеки при голодании
 - 4) отеки при печеночной недостаточности
- 46.ПРИЧИНА ГАЗОВОГО АЦИДОЗА
- 1) альвеолярная гиповентиляция
 - 2) избыточное введение минеральных кислот
 - 3) избыточное образование кислых продуктов обмена
 - 4) потеря большого количества кишечного сока
- 47.ПРИЧИНА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА
- 1) избыточное введение щелочей
 - 2) альвеолярная гиповентиляция
 - 3) неукротимая рвота
 - 4) избыточное образование кислых продуктов обмена
- 48.ПРИЧИНА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЛКАЛОЗА
- 1) альвеолярная гиповентиляция
 - 2) значительная потеря желудочного сока
 - 3) альвеолярная гипервентиляция

4) недостаточное выведение кислых метаболитов почками

49.ОСНОВНАЯ БУФЕРНАЯ СИСТЕМА ОРГАНИЗМА

- 1) бикарбонатная
- 2) ацетатная
- 3) фосфатная
- 4) тетраборатная

50.ГАЗОВЫЙ (ДЫХАТЕЛЬНЫЙ) АЦИДОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ НАКОПЛЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ

- 1) нелетучих кислот
- 2) оснований
- 3) потери организмом оснований
- 4) углекислого газа

51.ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ГАЗОВОГО АЦИДОЗА СЛУЖАТ

- 1) патология почек
- 2) высокая концентрация угарного газа во вдыхаемой смеси
- 3) сахарный диабет
- 4) недостаточность внешнего дыхания

52.ГИПЕРКАПНИЯ ПРИ ГАЗОВОМ АЦИДОЗЕ ПРИВОДИТ К

- 1) снижению артериального давления
- 2) расширению артериол
- 3) повышению артериального давления
- 4) бронхоспазму

53.МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЦИДОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1) накопления оснований в организме
- 2) недостаточного выведения углекислого газа
- 3) увеличенного выведения углекислого газа
- 4) накопления кислых продуктов в организме

54.ПРИЧИНАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) шок любой этиологии
- 2) тяжелый приступ бронхиальной астмы
- 3) неукротимая рвота
- 4) гипервентиляция

55.ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ АЦИДОЗЕ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ

- 1) гипокалиемия
- 2) гиперкалиемия

- 3) гипохлоремия
- 4) гиперхлоремия

56. ГАЗОВЫЙ АЛКАЛОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) неукротимой рвоте
- 2) обструкции дыхательных путей
- 3) поражениях мозга, сопровождающихся угнетением дыхательного центра
- 4) поражениях мозга, сопровождающихся возбуждением дыхательного центра

57. ПРИ ГАЗОВОМ АЛКАЛОЗЕ НАБЛЮДАЮТСЯ

- 1) гиперкапния
- 2) гипокапния
- 3) нормакапния
- 4) изокапния

58. В АНАЛИЗЕ ГАЗОВ КРОВИ ПОВЫШЕН УРОВЕНЬ P_aCO_2 – ЭТО МОЖЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ

- 1) дыхательному алкалозу
- 2) дыхательному ацидозу
- 3) метаболическому ацидозу
- 4) метаболическому алкалозу

59. В АНАЛИЗЕ ГАЗОВ КРОВИ ПОНИЖЕН УРОВЕНЬ P_aCO_2 – ЭТО МОЖЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ

- 1) дыхательному ацидозу
- 2) метаболическому ацидозу
- 3) дыхательному алкалозу
- 4) метаболическому алкалозу

60. В АНАЛИЗЕ ГАЗОВ КРОВИ ПОНИЖЕН УРОВЕНЬ HCO_3^- (СТАНДАРТНЫЙ БИКАРБОНАТ) – ЭТО МОЖЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ

- 1) метаболическому ацидозу
- 2) дыхательному алкалозу
- 3) дыхательному ацидозу
- 4) метаболическому алкалозу

61. В АНАЛИЗЕ ГАЗОВ КРОВИ ПОВЫШЕН УРОВЕНЬ HCO_3^- (СТАНДАРТНЫЙ БИКАРБОНАТ) – ЭТО МОЖЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ

- 1) метаболическому алкалозу
- 2) метаболическому ацидозу
- 3) дыхательному алкалозу
- 4) дыхательному ацидозу

62.ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ PH КРОВИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) ацидэмия
- 2) кислотно-щелочное состояние организма
- 3) ахлоргидрия
- 4) алкалэмия

63.ПОНИЖЕНИЕ УРОВНЯ PH КРОВИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) ацидэмия
- 2) алкалэмия
- 3) кислотно-щелочное состояние организма
- 4) ахлоргидрия

64.ХАРАКТЕРНЫЙ ТИП ДЫХАНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ АЦИДОЗЕ

- 1) дыхание Биота
- 2) дыхание Чейн – Стокса
- 3) дыхание Куссмауля
- 4) гаспинг дыхание

65.У ПАЦИЕНТА В АНАМНЕЗЕ МНОГОКРАТНЫЕ ЭПИЗОДЫ РВОТЫ И ПОНОСА, РЕДКОЕ, ПОВЕРХНОСТНОЕ ДЫХАНИЕ, pH КРОВИ 7,42 – ЭТО МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О

- 1) метаболическом ацидозе
- 2) компенсированном метаболическом алкалозе
- 3) смешанном ацидозе
- 4) тяжелом респираторном алкалозе

66.ДИАГНОЗ ГАЗОВОГО АЦИДОЗА ВЫСТАВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ УВЕЛИЧЕНИЯ

- 1) pH
- 2) BE
- 3) PaO₂
- 4) PaCO₂

67.ДИАГНОЗ ГАЗОВОГО АЛКАЛОЗА ВЫСТАВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ УМЕНЬШЕНИЯ

- 1) pH
- 2) BE
- 3) PaO₂
- 4) PaCO₂

68. ДИАГНОЗ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА ВЫСТАВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ УМЕНЬШЕНИЯ

- 1) BE
- 2) P_aCO_2
- 3) pH
- 4) P_aO_2

69. ДИАГНОЗ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЛКАЛОЗА ВЫСТАВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ УВЕЛИЧЕНИЯ

- 1) BE
- 2) P_aCO_2
- 3) pH
- 4) P_aO_2

70. ПО ЗНАЧЕНИЮ pH ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) наличие ацидоза
- 2) наличие алкалоза
- 3) степень компенсации нарушения КЩС
- 4) характер нарушений (метаболические или газовые)

71. ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ ОДЫШКЕ У ПАЦИЕНТА РАЗОВЬЕТСЯ

- 1) гипотоническая дегидратация
- 2) гипертоническая дегидратация
- 3) гипертоническая гипергидратация
- 4) гипотоническая гипергидратация

72. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ БИКАРБОНАТА НАТРИЯ ПРИ КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА СЛУЖИТ

- 1) pH крови <7.0
- 2) pH крови <7.3
- 3) pH крови >7.6
- 4) pH крови >7.8

73. ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ – ЭТО

- 1) внутривенное введение плазмы
- 2) внутривенное введение любых синтетических растворов
- 3) переливание компонентов крови
- 4) введение только коллоидных растворов

74. НОРМАЛЬНОЕ ОНКОТИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ ПЛАЗМЫ РАВНО _____ ММ РТ. СТ.

- 1) 45

- 2) 40
- 3) 38
- 4) 25

75.НОРМАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ УТИЛИЗАЦИИ ГЛЮКОЗЫ СОСТАВЛЯЕТ _____ Г/КГ/ЧАС

- 1) 0,1 – 0.2
- 2) 0,5 – 1
- 3) 5 – 10
- 4) 20 – 40

76. _____ МОЖЕТ СПРОВОЦИРОВАТЬ РАЗВИТИЕ ГИПЕРХЛОРЕМИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА

- 1) изотонический раствор глюкозы
- 2) раствор Рингера
- 3) растворы на основе желатина
- 4) изотонический раствор натрия хлорида

77.СРЕДНЯЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ГИДРОКСИЭТИЛИРОВАННЫХ КРАХМАЛОВ

- 1) 20 мл/кг массы тела
- 2) 50 мл/кг массы тела
- 3) 100 мл/кг массы тела
- 4) 125 мл/кг массы тела

78.ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ СОСУДОВ, ВСЛЕДСТВИЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ В ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО, ВЫРАЖЕННЫЕ ОТЕКИ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

- 1) альбумин
- 2) раствор глюкозы 5%
- 3) физиологический раствор хлорида натрия
- 4) раствор Рингера

79.ИЗООСМОЛЯРНЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЕТ

- 1) дисоль
- 2) раствор Рингера
- 3) ацесоль
- 4) манитол 10%

80.ГИПООСМОЛЯРНЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЕТ

- 1) раствор натрия хлорида 10%
- 2) раствор Рингера-ацетата

- 3) манитол 10%
- 4) раствор глюкозы 5%

81. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ЦВД ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ СМ ВОД. СТ.

- 1) 1-5
- 2) 5-7
- 3) 15-20
- 4) 20-30

82. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ЦЕЛЕВОЕ СРЕДНЕЕ АД ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ _____ ММ РТ. СТ.

- 1) 70
- 2) 100
- 3) 120
- 4) 130

83. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ЧСС ДОЛЖНО БЫТЬ

- 1) 45 – 50 в мин.
- 2) 60 – 90 в мин.
- 3) 100 – 110 в мин.
- 4) 105 – 115 в мин.

84. К КОЛЛОИДАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) раствор Рингера
- 2) гидроксиэтилкрахмалл
- 3) гипертонический раствор натрия хлорида
- 4) изотонический раствор глюкозы 5%

85. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ ГЭК

- 1) гиповолемия
- 2) гипогидратация
- 3) легкие геморрагические диатезы
- 4) гиперволемиа

86. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ ПОЛИЭЛЕКТРОЛИТНЫХ РАСТВОРОВ

- 1) гиперкалиемия
- 2) гипокалиемия
- 3) гипомагниемия
- 4) паралитическая непроходимость

87. ПРИ ЛИХОРАДКЕ НА КАЖДЫЙ ГРАДУС ВЫШЕ 37 СЛЕДУЕТ УВЕЛИЧИТЬ ОБЪЕМ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НА _____%

- 1) 10
- 2) 20
- 3) 25
- 4) 30

88. ЗДОРОВЫЙ ЧЕЛОВЕК С НОРМАЛЬНОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК ЕЖЕДНЕВНО ВЫДЕЛЯЕТ _____ МЛ МОЧИ

- 1) 500-1000 мл мочи
- 2) 1000-1500 мл мочи
- 3) 1500-2000 мл мочи
- 4) 2000-2500 мл мочи

89. ЕЖЕДНЕВНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ Na^+ СОСТАВЛЯЕТ _____ ММОЛЬ/КГ/СУТКИ

- 1) 0,5-1
- 2) 1-1,5
- 3) 3-5
- 4) 5-10

90. ЕЖЕДНЕВНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В K^+ СОСТАВЛЯЕТ _____ ММОЛЬ/КГ/СУТКИ

- 1) 0,2-0,5
- 2) 0,7-1,0
- 3) 1,0-1,5
- 4) 1,5-2,0

91. ПРИ ТАХИПНОЭ (НА КАЖДЫЕ 10 ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ СВЫШЕ 20 В МИНУТУ) ПОТЕРИ ВОДЫ УВЕЛИЧИВАЮТСЯ НА _____ МЛ/КГ/СУТ

- 1) 10
- 2) 20
- 3) 30
- 4) 40

92. ОСМОЛЯРНОСТЬ – ЭТО

- 1) концентрация осмотически активных частиц в 100 мл воды
- 2) концентрация осмотически активных частиц в 1000 граммах воды
- 3) концентрация осмотически активных частиц в 1 литре воды
- 4) концентрация осмотически активных частиц в 100 граммах воды

93.ФАКТИЧЕСКАЯ ОСМОЛЯРНСТЬ 0,9% NaCl СОСТАВЛЯЕТ _____ МОСМ/Л

- 1) 280
- 2) 287
- 3) 310
- 4) 300

94.КОЛЛОИДНО - ОСМОТИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ ПЛАЗМЫ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ ММ РТ. СТ.

- 1) 20
- 2) 25
- 3) 30
- 4) 35

95.КОЛЛОИДНО - ОСМОТИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ – ЭТО:

- 1) Осмотическое давление, создаваемое низкомолекулярными коллоидными веществами
- 2) Осмотическое давление, создаваемое высокомолекулярными кристаллоидными веществами
- 3) Осмотическое давление, создаваемое низкомолекулярными кристаллоидными веществами
- 4) Осмотическое давление, создаваемое высокомолекулярными коллоидными веществами

96.ОБЪЕМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО СЕКТОРА СОСТАВЛЯЕТ _____% МАССЫ ТЕЛА

- 1) 15
- 2) 20
- 3) 25
- 4) 30

97.ОСМОЛЯРНСТЬ ОБЫЧНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО КОНЦЕНТРАЦИИ:

- 1) калия в плазме
- 2) хлора в плазме
- 3) натрия в плазме
- 4) кальция в плазме

98.РАСТВОР, В КОТОРОМ НЕТ ЭЛЕКТРОЛИТОВ

- 1) Раствор NaCl 0,9%
- 2) Раствор NaCl 7,5%
- 3) Раствор Рингера
- 4) Глюкоза 5%

99. ОСМОТИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО РАСТВОРА NaCl 7,5% ПРЕВЫШАЕТ НОРМАЛЬНОЕ В _____ РАЗ

- 1) 8
- 2) 7
- 3) 6
- 4) 5

100. МОЛЕКУЛЫ _____ СПОСОБНЫ ОБРАЗОВЫВАТЬ НА ПОВЕРХНОСТИ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ МОЛЕКУЛЯРНЫЙ СЛОЙ, ЧТО МОЖЕТ ПРЕПЯТСТВОВАТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЮ ГРУППЫ КРОВИ

- 1) Альбумина
- 2) Декстранов
- 3) Полиэлектролитных растворов
- 4) Раствора NaCl 7,5%

101. ЕСТЕСТВЕННЫМ КОЛЛОИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Альбумин
- 2) Декстран
- 3) Гидроксиэтилированный крахмал
- 4) Гипертонический раствор NaCl 7,5%

102. РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА АЛЬБУМИНА 20% НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ:

- 1) 50 мл
- 2) 100 мл
- 3) 150 мл
- 4) 200 мл

103. СОДЕРЖАНИЕ АЛЬБУМИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ, ПРИ КОТОРОМ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРОВ АЛЬБУМИНА – МЕНЕЕ _____ Г/Л

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

104. ОСНОВНЫМ АНИОНОМ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО ВОДНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) карбонат
- 2) сульфат
- 3) фосфат

4) нитрат

105. ОБЪЕМ ВНУТРИСОСУДИСТОГО СЕКТОРА СОСТАВЛЯЕТ ____%
МАССЫ ТЕЛА

- 1) 5
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 20

106. ЛЕТАЛЬНАЯ ДОЗА СОДЕРЖАНИЯ МЕТИЛОВОГО СПИРТА В КРОВИ
_____ г/л

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 6

107. СМЕРТЕЛЬНАЯ ДОЗА ЭТИЛЕНГЛИКОЛЯ

- 1) 50 мл с предварительным приемом этанола
- 2) 100 мл
- 3) 200 мл
- 4) 300 мл

108. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СУРРОГАТАМИ АЛКОГОЛЯ ЭТИЛОВЫЙ СПИРТ
ПАЦИЕНТУ В СОЗНАНИИ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1) перорально 10% 50 мл на первый прием, затем каждые 4 часа по 20 мл
- 2) перорально 70% 20 мл 2 раза через 4 часа
- 3) перорально 50% 100 мл 3 раза через 2 часа
- 4) перорально 30% 100 мл на первый прием, затем каждые 2 часа по 50 мл 4 – 5 раз

109. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СУРРОГАТАМИ АЛКОГОЛЯ ПАЦИЕНТУ В
КОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ ЭТАНОЛ ВВОДИТСЯ

- 1) 5% внутривенно капельно
- 2) 40% внутривенно струйно
- 3) 70% внутривенно капельно
- 4) 30% внутривенно струйно

110. СЛЕДСТВИЕМ РЕЗОРБЦИИ УКСУСНОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) образование метгемоглобина
- 2) гемолиз эритроцитов
- 3) образование карбоксигемоглобина
- 4) эритроцитоз

111. НАРУШЕНИЯ КОС ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ
- 1) метаболический алкалоз
 - 2) респираторный ацидоз
 - 3) метаболический ацидоз
 - 4) респираторный алкалоз
112. К ГРУППЕ НЕРВНЫХ ЯДОВ ОТНОСИТСЯ
- 1) ФОС
 - 2) альдегиды
 - 3) гликозиды
 - 4) фенол
113. К ГРУППЕ ПЕЧЕНОЧНЫХ ЯДОВ ОТНОСИТСЯ
- 1) хинин
 - 2) наркотические анальгетики
 - 3) калий
 - 4) альдегиды
114. ОДНОРАЗОВЫЙ ОБЪЕМ ЖИДКОСТИ РЕКОМЕНДОВАННЫЙ ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ОТРАВЛЕНИИ У ВЗРОСЛОГО _____ мл
- 1) 300 – 350
 - 2) 450 – 500
 - 3) 500 – 800
 - 4) 1000 – 1500
115. ДИАЛЕЗНЫЙ МЕТОД ДЕТОКСИКАЦИИ
- 1) плазмаферез
 - 2) гемосорбция
 - 3) энтеросорбция
 - 4) перитонеальный диализ
116. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕМОСОРБЦИИ
- 1) острое отравление угарным газом
 - 2) стойкая гипотония при отравлении опиатами
 - 3) острые отравления снотворными медикаментами, хлор- и фосфорорганическими соединениями, алкалоидами, салицилатами, тяжелыми металлами
 - 4) тяжелые нарушения функции печени и почек

Эталоны ответов

1	4	11	1	21	3	31	2	41	3
2	1	12	2	22	1	32	2	42	1
3	4	13	1	23	3	33	1	43	2
4	2	14	4	24	3	34	4	44	4
5	2	15	2	25	3	35	4	45	3
6	2	16	1	26	1	36	2	46	1
7	3	17	3	27	4	37	3	47	4
8	1	18	2	28	1	38	1	48	2
9	3	19	4	29	3	39	4	49	1
10	4	20	3	30	1	40	3	50	4

51	4	61	1	71	2	81	2	91	1
52	3	62	4	72	1	82	1	92	3
53	4	63	1	73	2	83	2	93	2
54	1	64	3	74	4	84	2	94	2
55	2	65	2	75	2	85	4	95	4
56	4	66	4	76	4	86	1	96	1
57	2	67	4	77	1	87	1	97	3
58	2	68	1	78	1	88	2	98	4
59	3	69	1	79	2	89	2	99	1
60	1	70	3	80	4	90	2	100	2

101	1	111	3
102	2	112	1
103	1	113	4
104	3	114	3
105	1	115	4
106	2	116	3
107	2		
108	4		
109	1		
110	2		

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Анестезиология: национальное руководство / под ред. А. А. Бунятына, В. М. Мизикова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. -1104 с.
2. Интенсивная терапия: национальное руководство / под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т.1. – 960 с.
3. Интенсивная терапия: национальное руководство /под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Т.2. – 784 с.
4. Сумин С. А. Анестезиология и реаниматология: в 2-х т. - М.: ООО «МИА», 2010. - Т.1. - 928с., Т.2.-872 с.
5. Сумин С. А. Неотложные состояния: учеб.пособ.Изд.7-е перераб. и доп. - М.: ООО «МИА», 2010. – 960 с.
6. Диагностика в анестезиологии и интенсивной терапии: рук-во для врачей. - СПб.: СпецЛит, 2011. – 414 с.
7. Синкопальные состояния в клинической практике / под ред. С. Б. Шустова. - СПб.: ЭЛБИ, 2009. – 336 с.
8. Мариино Пол Л. Интенсивная терапия / Пол Л. Мариино; пер. с англ. под общ. ред. А.П. Зильбера. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 768 с.
9. Рамракха П. Справочник по неотложным состояниям / П. Рамракха, К. Мур; пер с англ. В. С. Сергеевой; под ред. С.А. Сумина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 768 с.

Заключение рецензента.

Исходные данные: «Анестезиология и реаниматология (сборник тестовых заданий)»
 Авторы: Ходус Сергей Васильевич – к.м.н. заведующий кафедрой анестезиологии, реанимации, интенсивной терапии и скорой медицинской помощи ФПДО ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России .

Требования, определяющие качество учебной литературы	Оценка выполнения требований в баллах (от 1 до 10)	Замечания
<p>Общие требования:</p> <p>1.Соответствие примерной учебной программе дисциплины (указать название программы, дату ее утверждения)</p>	<p>7</p> <p>соответствует программе дисциплины «Анестезиология-реаниматология» ОПОП – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре от 05.09.2017</p>	<p>нет</p>
<p>Требования к содержанию:</p> <p>2. Самодостаточность.</p> <p>3. Наглядность.</p> <p>4. Наличие тестовых вопросов с пояснениями (клинических задач).</p>	<p>7</p> <p>7</p> <p>8</p>	<p>нет</p>
<p>Требования к качеству информации</p> <p>5. Соответствие последним достижениям науки и клинической практики.</p> <p>6. Точность, достоверность и обоснованность приводимых сведений.</p> <p>7. Использование принципов доказательной медицины, стандартизации диагностических и лечебных процедур.</p> <p>8. Использование последних классификаций и номенклатур.</p> <p>9. Соответствие названий лекарственных средств Государственному реестру лекарственных средств.</p> <p>10. Методический уровень представления учебного материала, адаптивность его к образовательным технологиям.</p> <p>11. Степень соблюдения психолого-педагогических требований к трактовке излагаемого материала и к его применению.</p>	<p>8</p> <p>8</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>7</p> <p>7</p>	<p>нет</p>
<p>Требования к стилю изложения</p> <p>12. Рубрикация.</p> <p>13. Системность, последовательность и простота изложения без излишних подробностей.</p> <p>14. Четкость определений, доступность их для понимания студентами соответствующих курсов.</p>	<p>8</p> <p>8</p> <p>8</p>	<p>нет</p>

15. Однозначность употребления терминов.	8	
16. Соблюдение норм современного русского языка.	8	
17. Выделение ключевых позиций по тексту полужирным шрифтом или другим способом.	8	
Итого баллов:	129	

Заключение.

Учебное пособие (сборник тестовых заданий) для самостоятельной подготовки к клиническим практическим занятиям ординаторов (специальность «Анестезиология-реаниматология») посвящено основным разделам общей анестезиологии и интенсивной терапии критических состояний. Представленные тестовые задания соответствуют требованиям Федерального методического центра аккредитации к составлению тестовых заданий. Вопросы и ответы на них соответствуют современным принципам подготовки пациента и проведению анестезиологического пособия, мероприятий интенсивной терапии критических состояний. Учебное пособие предназначено для ординаторов, обучающихся по основной профессиональной образовательной программе – программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности «Анестезиология-реаниматология».

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой анестезиологии,
реанимации и интенсивной терапии
ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава РФ

К. Г. Шаповалов

Подпись Т. А. Коржова заверяю
Начальник отдела кадров
ФГБОУ ВО «Читинская государственная
медицинская академия» Минздрава России

Коржова Т.А.

20.03.2018 г.



Заключение рецензента.

Исходные данные: «Анестезиология и реаниматология (сборник тестовых заданий)»

Авторы: Ходус Сергей Васильевич – к.м.н., заведующий кафедрой анестезиологии, реанимации, интенсивной терапии и скорой медицинской помощи ФПДО ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Требования, определяющие качество учебной литературы	Оценка выполнения требований в баллах (от 1 до 10)	Замечания
<p>Общие требования:</p> <p>1. Соответствие примерной учебной программе дисциплины (указать название программы, дату ее утверждения)</p>	<p>7</p> <p>соответствует программе дисциплины «Анестезиология-реаниматология» ОПОП – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре от 05.09.2017</p>	<p>нет</p>
<p>Требования к содержанию:</p> <p>2. Самодостаточность.</p> <p>3. Наглядность.</p> <p>4. Наличие тестовых вопросов с пояснениями (клинических задач).</p>	<p>6</p> <p>7</p> <p>9</p>	<p>нет</p>
<p>Требования к качеству информации</p> <p>5. Соответствие последним достижениям науки и клинической практики.</p> <p>6. Точность, достоверность и обоснованность приводимых сведений.</p> <p>7. Использование принципов доказательной медицины, стандартизации диагностических и лечебных процедур.</p> <p>8. Использование последних классификаций и номенклатур.</p> <p>9. Соответствие названий лекарственных средств Государственному реестру лекарственных средств.</p> <p>10. Методический уровень представления учебного материала, адаптивность его к образовательным технологиям.</p> <p>11. Степень соблюдения психолого-педагогических требований к трактовке излагаемого материала и к его применению.</p>	<p>8</p> <p>8</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>8</p> <p>7</p> <p>7</p>	<p>нет</p>
<p>Требования к стилю изложения</p> <p>12. Рубрикация.</p> <p>13. Системность, последовательность и простота изложения без излишних подробностей.</p> <p>14. Четкость определений, доступность их для понимания студентами соответствующих курсов.</p>	<p>8</p> <p>8</p> <p>8</p>	<p>нет</p>



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КООРДИНАЦИОННЫЙ СОВЕТ

ПО ОБЛАСТИ ОБРАЗОВАНИЯ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ»
федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ имени И.М. СЕЧЕНОВА
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)



119991, г. Москва, Трубецкая ул., д. 8, стр. 2. Тел.: (495) 708-34-49, 622-97-80; (499) 246-24-11, rektorat@sechenov.ru

от 17.05.2018 № 404 Жу



«УТВЕРЖДАЮ»

Председатель
Координационного совета
ректор

П.В. Глыбочко

Рецензия на учебное издание

На рассмотрение представлена рукопись учебного пособия «Анестезиология и реаниматология: сборник тестовых заданий», предназначенного для клинических ординаторов.

Автор – заведующий кафедрой анестезиологии, реанимации, интенсивной терапии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России кандидат медицинских наук Ходус С.В.

Название рецензируемого издания соответствует его содержанию. Содержание соответствует требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.02 «Анестезиология-реаниматология» и требованиям рабочей программы обучения в ординатуре.

Общий объем рукописи соответствует объему учебной нагрузки, предусмотренной на изучение данного материала.

Учебное издание соответствует требованиям действующих нормативных актов в сфере образования и требованиям, предъявляемым к структуре и методическому аппарату учебных изданий. Пособие предназначено для самоподготовки и самоконтроля знаний.

Рецензируемое издание следует считать своевременным и вполне обоснованным.

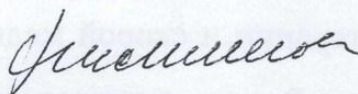
Заключение

Рецензируемое издание «Анестезиология и реаниматология: сборник тестовых заданий» Ходуса С.В. *рекомендовано Координационным советом по области образования «Здравоохранение и медицинские науки»* в качестве учебного пособия для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.02 «Анестезиология-реаниматология».

Основание: Протокол № 021 от «17» мая 2018 г. заседания Экспертной комиссии по работе с учебными изданиями ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет).

Регистрационный номер рецензии: 404 ЭКУ от «17» мая 2018 г.

Ответственный секретарь
Экспертной комиссии



Н. Г. Филиппова

Филиппова Нина Геннадьевна
(495) 622-97-48
filippova.ng@lmsmu.ru