**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

СОГЛАСОВАНО УТВЕРЖДАЮ

УКРиМО МЗ КР Ректор КГМА им И.К. Ахунбаева

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кудабергенова И.О

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 г. «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 г.

**Тесты для поступления в ординатуру**

**по анестезиологии и интенсивной терапии КГМА**

**Тесты для поступления в ординатуру по анестезиологии и реаниматологии в КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2019 г.**

1. Гемотрансфузия оказывает:

1.Стимулирующее действие.

2.Детоксикационное действие.

3.Заместительное действие.

4.Питательное действие.

5.Угнетающее действие.

2. Глюкокортикостероиды при астатическом статусе вводятся

1.Каждые 2 часа

2.Каждый 1 час.

3.Каждые 4 часа.

4. Каждык 6 часов.

5. Каждые 8 часов.

3. Что такое медицинское страхование?

1. Оплата медицинских услуг через стра­ховую организацию

2. Форма социальной защиты интересов населения в области охраны здоровья

3. Оплата лечения и лекарств за счет нако­пленных средств

4. Медицинское обслуживание населения за счет страховой организации

5. Оплата лечения за счет страховой организации.

4. Гортань располагается на уровне:

1. С1-С2

2. С1-С3

3. С4-С6

4. Т1-Т6

5. Т2-Т4

5. Уровень бифуркации трахеи у взрослого мужчины расположен:

1. Т1-Т2

2.Т3-Т7

2. Т4-Т5

3. Т6-Т8

4. Т9-Т10

6. Расстояние от резцов до бифуркации трахеи у взрослого мужчины:

1.15-17 см

2. 18-23см

3. 24-26см

4. 27-30см

5. 31-35см

7. Какое из утверждений неправильно?

1. Слизистая оболочка трахеи, бронхов и бронхиол выстлана мерцательным эпи­телием

2. Стенка альвеолы выстлана однослойным плоским эпителием

3. В стенке дыхательных бронхиол имеются хрящевые полукольца

4. Снаружи альвеолы окружены густой сетью капилляров

5. Толщина альвеолярной стенки составляет всего лишь около 0,0001 мм (0,1 мкм).

8. На раздражение блуждающего нерва гладкая мускулатура бронхов реагирует:

1. Бронхоконстрикцией.

2. Бронходилятацией.

3. Вначале констрикцией, а затем дилятацией.

4.Вначале дилятацией,а затем констрикцией

4. Изменений не происходит.

9. Подключичные вены расположены:

1. Кзади от артерии  
2. Над артерией

3. Кзади и над артерией

4. Кпереди и книзу от артерии

5. Параллельно артериям

10. В отношении внутренней яремной вены все правильно, за исключе­нием:

1. Выносит кровь из полости черепа и органов шеи

2. Расположена медиальнее внутренней сонной артерии

3. Впадает в подключичную вену  
4. Имеет

5. В нее впадают язычная, глоточная, ли­цевая и щитовидная вены

11. Наиболее частой причиной смерти при скоротечной печеночной недостаточности является

1.Энцефалопатия

2.Отек мозга.

3.Кровотечение.

4.Инфекция.

5.Острая дыхательная недостаточность.

12.В предагональном состоянии:

1.Сознание ясное

2. Сознание сопор

3.Сознание оглушенное.

4.Сомналенция.

5.Кома

13. Спинной мозг имеет два утолщения:

1. В шейном и грудном отделе

2. В шейном и поясничном отделе

3. В грудном и поясничном отделе  
4. В грудном и крестцовом отделе

5. В поясничном и крестцовом отделе

14. Эпидуральное про­странство находится между:

1. Мягкой мозговой и паутинной оболоч­кой мозга

2. Твердой мозговой и паутинной оболочкой мозга

3. Твердой мозговой оболочкой и позвоночным столбом

4. Паутинной оболочкой и спинным мозгом

5. Мягкой мозговой оболочкой и спинным мозгом

15. Субарахноидальное пространство у взросло­го:

1. Заканчивается каудально на уровне L2

2. Заканчивается у foramenmagnum

3. Содержит около 150 мл цереброспинальной жидкости

4. Содержит около 500мл цереброспинальной жидкости

5. Заканчивается на уровне С7

16. Игла, направленная в спинномозговое пространство, должна проходить через следующие анатомические образования.

1. Кожу
2. Надостистую связку.

3. Желтую связку.

4. Твердую мозговую оболочку.

5. Мягкую мозговую оболочку.

17. Показаниями для кате­теризации центральных вен являются все ниже перечисленное, за ис­ключением:

1. Необходимости интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии

2. Резко выраженных нарушений сверты­вающей системы крови

3. Измерения центрального венозного давления

4. Отсутствия видимых поверхностных периферических вен

5. Необходимости парентерального питания

18. Перед началом СЛР больному следует придать положение:

1. Востановления.

2.Положение по Фовлеру

3. Положение по Тренделенбургу.

4.Горизонтальное ,на спине с твердой основой

5. Полусидя с валиком под лопатками.

19. Средняя потребность в О2 у взрослого человека составляет:

1. 150-200мл/мин.

2. 250-300мл/мин.

3. 500-600 мл/мин.

4. 700-800мл/мин.

5.900-1000мл/мин.

20. Минутная продукция СО2 у взрослого человека составляет:

1. 100 см3/мин.

2. 200 см3/мин.

3. 400 см3/мин.

4. 500 см3/мин.

5. 600 см3/мин

21. Напряжение О2 в альвеолярном воздухе составляет:

1. 50-56 мм. рт. ст.

2. 60-66 мм. рт. ст.

3. 100-108 мм. рт. ст.

4. 140-180 мм. рт. ст.

5.190-210 мм.рт.ст.

22. Напряжение О2 в артериальной крови составляет:

1. 40 мм. рт. ст.

2. 60 мм. рт. ст.

3. 96-100 мм. рт. ст.

4. 110-160 мм. рт. ст.

5. 170-190 мм.рт.ст.

23. Физиологическое мертвое пространство не увеличивается при:

1. Интубации трахеи.

2. Анестезиигалотаном.

3. Легочной эмболии.

4. Положительном давлении в конце выдоха (РЕЕР).

5. Тяжелой гиповолемии.

24. Соотношение вентиляция/кровоток увеличено при следующих состояниях:

1. Перевязке или эмболии легочной артерии.

2. Гиповентиляционном режиме ИВЛ.

3. Ателектазе.

4. Бронхиальной астме.

5. Пневмотораксе

25. Соотношение вентиляция/кровоток снижено при следующих состояниях:

1. Перевязке легочной артерии

2. Ателектазе.

3. Эмболии легочной артерии.

4. Гипервентиляционном режиме ИВЛ

5. Пневмоторраксе

26. Механическое раздражение каротидных зон вызывает:

1. Гипертензию, брадикардию, тахипноэ.

2. Гипертензию, брадикардию, брадипноэ.

3. Гипотензию, брадикардию, брадипноэ.

4. Гипертензию, тахикардию, брадипноэ.

5. Гипотензию,тахикардию,тахипное

27. Гиперкапния сопровождается следующими признаками:

1. Гиперпноэ и гипертензия, теплая и влажная кожа.

2. Цианоз и расширение зрачков.

3. Гиперемия и сужение сосудов склер.

4. Апное, сужение зрачков

5. Гопопное и гипотензия,холодная и сухая кожа

28. Гипоксия сопровождается следующими признаками:

1. Психомоторное возбуждение, спутанное сознание.

2. Брадипное, брадикардия.

3. Полиурия.

4. Анурия.

5.Гипотония,брадикардия

29. После острой остановки сердца максимальное расширение зрачков регистрируется:

1.В первые секунды.

2.Не позднее первых 25 с.

3.Через 30-60с

4.Через 80-120с

5. через 200-300с

30. Концентрация калия в сыворотке:

1. Увеличивается

при алкалозе  
2. Уменьшается при ацидозе

3.Увеличивается при ацидозе и уменьшается при алкалозе

4. Уменьшается при ацидозе и увеличивается при алкалозе

5. Не изменяется при ацидозе и алкалозе

31. Осмолярность плазмы в норме составляет:

1. 205мосмоль/л.

2. 230 мосмоль/л

3. 290 мосмоль/л

4. 320 мосмоль/л

5. 340 мосмоль/л

32. Обьективными признаками биологической смерти являются:

1.Отсутсвие сознания.

2.Отсутсвие реакции зрачков на свет

3. Асистолия

4.Отсутсвие дыхания.

5.Наличие пятен гипостаза

33. Гипоксия приводит,в первую очередь, к нарушению

1.Мозга

2.Легких

3.Печени.

4.Почек.

5.Сердца.

34. Положение по Тренделенбургу:

1.Ухудшает вентиляцию

2. Ухдшает венозный возврат

3.Увеличивает сердечный выброс.

4.Снижает артериальное давление.

5.Улучшает вентиляцию.

35. К холинолитикам относятся:

1.Атропин.

2.Прозерин.

3.Но-шпа.

4.Миорелаксин.

5.Адреналин.

36. Клиническими симптомами гипокальциемии являются:

1. Гипорефлексия

2. Гиперрефлексия.

3. Снижение мышечного тонуса.

4.Полиурия

5.Атония

37. Викасол начинает проявлять свое фармакологическое действие:

1.Через 1 час

2.Через 3-4 часа

3.Через 6-12 часов  
4.Через 12-18 часов

5.Через 24 часа

38.Нормальные показатели рН:

1. 7,10 – 7,15
2. 7,20 – 7,25
3. 7,36 - 7,45;
4. 7,56 - 7,65;
5. 7,86 - 7,96.

39.Лечение гипонатриемии включает:

1. 5% глюкозу
2. 10% глюкозу;
3. 4% КСL;
4. 10% NaCl.
5. Рефортан

40.Лечение гипергидратации:

1. реополиглюкин;
2. рефортан
3. фуросемид.
4. альбумин
5. бикарбонат натрия

41. Шоковый индекс Альговера при нормоволемии у взрослых равен:

1. 0,5

2. 1

3. 1,25

4. 1,5

5. 2

42. Причины гипокалиемии:

1. гемолиз;
2. ожоги;
3. кишечная непроходимость.
4. высокая температура тела
5. краш-синдром

43. Лечение гипернатриемии:

1. 5% глюкоза;
2. 10% NaCl;
3. 4% KCL.
4. 4% бикарбонат натрия
5. 0,9% NaCl;

44.Шоковый индекс Альговера – это:

1.Отношение ЧСС с систолическому АД.

2.Отношение ЧСС к диастолическому АД.

3.Отношение АД к ЧСС

4.Соотношение МОК и ОП

5.Отношение систолического АД к ЧСС

45. Раствор Рингера относится к:

1. аминокислотам;
2. коллоидам;
3. кристаллоидам.
4. углеводам
5. средствам парентерального питания
6. При лечении гиперкалиемии применяют:
7. 10% NaCl;
8. 10% хлорид кальция;
9. 4% KCL.
10. глюкозу с витаминами
11. дигоксин
12. При лечении гипокалиемии применяют:
13. 0,9% хлорид натрия
14. 10% хлорид кальция
15. 4% хлорид калия
16. 5% глюкозу
17. витамин С

48.Нарушение электролитного баланса корригируется:

1. белками
2. аминокислотами
3. глюкозой, кристаллоидами
4. альбумином
5. липофундином

49.Вода составляет:

1. 20% массы тела
2. 30% массы тела
3. 40% массы тела
4. 50% массы тела
5. 60% массы тела

50. При кровопотере 2л. Систолическое артериальное давление снижается:

1.До 100-120 мм.рт.ст

2.до 90-100 мм.рт.ст.

3.до 80-90 мм.рт.ст.

4.до 70-80 мм.рт.ст

5.менее 70 мм.рт.ст

51. Начальная скорость инфузии плазмозамещающих растворов при неопределяемом АД на фоне острой кровопотери должна составляь

1. Струйно 50-100 мл в минуту

2.Струйно 100-200 мл в минуту

3.Струйно 200-250 мл в минуту

4. Струйно 250-500 мл в минуту

5.Инфузионная терапия не показана

52. Количество кристаллоидного плазмозаменителя, необходимое для возмещения кровопотери в случае отсутствия коллоидных растворов:

1.В 2 раза меньше

2.В 2 раза больше

3.В 3 раза больше

4.В 3 раза меньше.

5.Равно необходимому количеству коллоидного раствора

53. Площадь ожога головы и шеи составляет

1. 1%

2.5%

3.9%

4.12%

5.15%

54. Для ожога Ша степени характерно

1.Гиперемия кожи

2.Отслойка эпидермиса с образованием пузырей.

3.Омертвление поверхностных слоев кожи с сохранением волосяных луковиц,потовых и сальных желез

4 Некроз всех слоев дермы

5. Некроз кожи и расположенных под ней тканей

55. Изотонической является концентрация растворов глюкозы

1. 3%

2. 4,2%

3. 5%

4. 10%

5. 40%

56. Для ожогового шока характерно

1.Гиперволемия

2.Гиповолемия

3.Нормоволемия

4.Гипоальбуминемия

5.Гиперальбуминемия

57. Запах изо рта при кетодиабетической коме напоминает

1.запах миндаля

2.Запах ацетона

3.запах печеных яблок

4.не бывает

5. запах тухлых яиц

58. Для состояния гипокапнии не характерен один из перечисленных сим­птомов:

1. Парастезия кожи лица, тремор пальцев рук  
2. Головокружение, потеря сознания

3. Расширение мозговых сосудов и отек мозга  
4. Снижение АД

5. Тонические судороги, тетания

59. При выполнении реанимационных мероприятий одним спасатилем придерживается соотношения

1. 2 вдоха + 30 компрессий

2. 3 вдоха + 18 компрессий

3. 5 вдохов + 20 компресий

4.1 вдох+ 5 компрессий

5. 1 вдох+ 15 компрессий

60. Тетания, как следствие низкого уровня кальция возникает в связи с удалением:

1. Щитовидной железы

2. Коры надпочечников

3. Шишковидной железы

4. Паращитовидных желез

5. Тимуса

61. В 1 мл 7,5% раствора хлорида калия содержится:

1. 0,5ммоль калия.

2. 1 ммоль калия.

3. 2 ммоль калия.

4. 7,5 ммоль калия.

5. 10,0 ммоль калия.

62. Для внутривенного введения при дефиците калия следует применять:

1. 1% раствор KCl.

2. 7,5% раствор KCl.

3. 40мл 7,5% раствора KCl, растворенных в 0,5-1 л 10% раствора глюкозы с добавлением 12,5 или 25 ЕД инсулина соответственно.

4. 10 раствор KCl.

5.Нет правильного ответа

63. Электрическую дефибрилляцию сердца у взрослого следует начинать с

1.50 дж

2.100 дж

3.150дж

4.200дж

5.360дж.

64. При лечении гиперосмолярнойацидотической или неацидотической комы при диабете следует применять:

1. Гипотонические электролитные растворы.

2. Изотонические электролитные растворы.

3. Растворы 5% глюкозы или 5% фруктозы.

4. Гипертонические электролитные растворы.

5. Колойдные растворы

65. Закон Старлинга для сердца отражает:

1. Соотношение потребления миокардом кислорода с производимой работой.

2. Соотношение объема правого предсердия с частотой сердечных сокращений.

3. Соотношение сердечного выброса с периферической резистентностью.

4. Дифференцирует мышцы сердца от скелетных мышц.

5. Способность сердца увеличивать силу сокращения при увеличении наполнения его камер.

66. Наиболее частой причиной смерти при поражении электрическим током силой 100А является:

1.Асистолия

2.Электромеханическая диссоциация

3.Фибрилляция желудочков.

4.Желудочковая тахикардия

5.Мерцательная аритмия

67. Объем крови у 70-летнего мужчины в мл/кг массы составляет:

1. 30 мл.

2. 50 мл.

3. 65 мл.

4. 100 мл.

5. 150 мл.

68. Юкстагломерулярный аппарат:

1. Секретирует альдостерон.

2. Секретирует ренин.

3. Поддерживает кислотно-щелочной баланс.

4. Увеличивает диурез.

5.Уменьшает диурез.

69. Венозный приток к сердцу увеличивается при всех ниже перечисленных условиях за исключением одного:

1. Когда среднее внутригрудное давление снижается.

2. Во время изометрического сокращения мышц конечностей.

3. Если опустить конечность у лежащего человека.

4. При использовании противошоковых штанов.

5. От нижних конечностей при ходьбе.

70. Перенос жидкости из капилляров в интерстициальное пространство усиливается при снижении:

1. Онкотического давления плазмы.

2. Среднего артериального давления.

3. Концентрации белка в интерстициальных жидкостях.

4. Венозного давления.

5. Концентрации натрия в плазме.

71. Цереброспинальная жидкость:

1. Активно секретируется хориоиднымсплетением

2. Является главным источником питания мозга

3. Более щелочная, чем артериальная кровь  
4. Не содержит глюкозы

5. Не содержит белка

72. При интубации трахеи трубкой Карленса ее дистальный конец должен находиться:

1. В правом бронхе

2.В левом бронхе.

3.Над бифуркацией трахеи

4.Над входом в левый главный бронх

5.Над входом в правый бронх

73. Периферические хеморецепторы:

1. Расположены в легочной артерии

2. Более чувствительнее к РаС02, чем к Ра02

3. Более чувствительны к гипоксии, чем таковые в продолговатом мозге

4. Иннервируются только блуждающим нервом

5.Верно 1 и 4

74. На давление в верхней полой вене влияют (выберите неправильный ответ):

1. Деятельность правого желудочка.

2. Положение больного.

3. Атмосферное давление.

4. Среднее давление в дыхательных путях.

5. Полноценность трикуспидального клапана.

75.Внутриплевральноедавление:

1. Ниже атмосферного

2. Не зависит от давления в воздушных путях

3. Не изменяется в процессе дыхательного цикла

4. Одинаково во всех отделах плеврального пространства

5. Увеличивается при глотании

76. Повышение мочеотде­ления происходит при:

1. Деструкции задней доли гипофиза  
2. Гипогликемии

3. Уменьшении системного артериального давления

4. Увеличении секреции альдостерона

5. Понижении давления наполнения право­го предсердия

77. Касательно измерений давления(выберите не­правильное утвержде­ние):

1. 1 ммрт ст. = 1,36 см вод. ст.

2. 1 килопаскаль составляет приблизительно 1% атмосферы

3. 1 торр эквивалентен 1 мм рт. ст.

4. 1 килопаскаль = 100,2 см вод. ст.

5. 1 миллибар = 1 см вод. ст.

78. Минутная альвеолярная вентиляция:

1. Равна общей минутной вентиляции минус вентиляция мертвого пространства (за 1 мин).

2. Равна дыхательному объему умноженному на частоту дыхания.

3. В покое около 2,5л/мин.

4. Не меняется при изменении положения тела.

5. Равна ДО деленному на частоту дыхания

79. При острой печеночной недостаточности.

1. Не нарушена свертываемость крови.

2. Щелочная фосфатаза крови может быть нормальной.

3. Сывороточный альбумин может быть ниже 10г/л.

4. Лактатдегидрогеназа сыворотки – чувствительный индекс гепатоцелюлярного поражения.

5.Будет обязательно гипергликемия

80. Низкий уровень активности сывороточной холинэстеразы связан с перечисленными состояниями, кроме:

1. Болезнями печени.

2. Альбуминурией.

3. Третьим триместром беременности.

4. Застойной сердечной недостаточностью.

5. Тяжелым сепсисом.

81. Антагонистами наркотических анальгетиков являются:

1. Атропин.

2. Налорфин, налоксон.

3. Кофеин, кордиамин.

4. Адреналин

5. Дофамин

82. К альфа-адреноблокаторам относятся.

1. Изадрин.

2. Новодрин.

3. Индерал.

4. Тропафен.

5. Налоксон

83. Антагонистом кальция являются:

1. Анаприлин.

2. Альдактон.

3. Нифедипин, верапамил.

4. Каптоприл.

5. Кордарон.

84. К салуретикам относятся следующие препараты:

1. Верошпирон

2. Маннитол.

3. Фуросемид.

4. Нифедипин

5. Каптоприл

85.  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

5.Экспираторное закрытие

86. После внутримышечного введения гепарина пик его действия наступает через:

1. 10-20мин.

2. 30-60мин.

3. 1-2ч.

4. 2-3ч.

5. 3-4 ч.

87. Наибольший по длительности эффект гепарина наблюдается:

1. При внутривенном введении.

2. При внутримышечном введении.

3. При подкожном введении.

4. При ректальном введении.

5. При внутрикожном введении.

88. После внутривенного введения гепарина период его полувыведения (снижение концентрации на 50% в крови), как правило, составляет:

1. 30мин.

2. 60мин.

3. 1-2часа.

4. 150-210мин.

5. 4-6часов.

89. Длина трахеи у взрослого человека составляет:

1. 3-4 см

2.5-6 см.

3.11-13см.

4.15-17 см.

5. 18-24см.

90. . Длина правого бронха у взрослого составляет:

1. 1-1.5 см

2.2-3 см.

3.5-6 см.

4.7-8 см.

5.9-10 см.

91. Противогрибковым действием среди перечисленных антибиотиков обладает:

1. Кефзол.

2. Леворин.

3. Рифампицин.

4. Стрептомицин.

5. Линкомицин.

92. Дигоксин:

1. Увеличивает тонус вагуса.

2. Снижает возбудимость миокарда.

3. Уменьшает рефрактерный период проводящей системы.

4. Токсичность усиливается гиперкальциемией.

5. Метаболизируется в мышце сердца.

93. Инсулин.

1. Увеличивает образование гликогена.

2. Возбуждает глюконеогенез.

3. Уменьшает синтез белка.

4. Повышает концентрацию калия в сыворотке.

5. Уменьшает синтез жира.

94. Налоксон:

1. Является агонистом каппа-рецепторов.

2. Является антагонистом мю-рецепторов.

3. Обладает антихолинэргическим действием.

4. Угнетает преобразование ангиотензина-1.

5. Угнетает дрожь во время пробуждения.

95. Атропин:

1. Оказывает эффект на продукцию и разрушение ацетилхолина.

2. Суживает сосуды кожи.

3. Парасимпатический депрессант.

4. Угнетает дыхательный центр.

5. Снижает внутриглазное давление.

96. В каждом легком имеется:

1. 10 сегментов

2. 9 сегментов

3. 8 сегментов

4. 7 сегментов

5. 6 сегментов

97. Клофелин:

1. Это агонист альфа – 2 адренорецепторов

2. Прекращение дачи может вызвать гипотензию

3. Ослабевает анестезирующее действие фторотана

4. Это антагонист допамина

5. Вызывает тахикардию

98. Инфузия нитроглицерина увеличивает:

1. РаСО2

2. Внутричерепное давление

3. РаО2

4. АД.

5.Температуру

99. Иннервация легких осуществляется всеми перечисленными ниже нервами, за исключением:

1.Блуждающего нерва

2.Симпатических нервов

3.Переднего легочного сплетения

4.Переднего и заднего легочного сплетения

5.Межреберных нервов

100. Тиазидовые диуретики снижают давление крови у гипертоничных пациентов через механизм:

1. Мягкого отрицательного инотропизма

2. Блокады адренорецепторов

3. Снижение объема крови

4. Центральной депрессии

5. Снижения вторичного захвата катехоламинов

101. Отметьте неверное утверждение, касающееся мер для уменьшения интраоперационной теплопотери:

1. Повышение окружающей температуры операционной

2. Использование местной анестезии

3. Укрывание пациента пластиковыми простынями

4. Укладывание пациента на матрацы с подогревом

5. Использование в воздушных путях влаго – и теплообменников

102. Острая сердечно – сосудистая недостаточность при высоком центральном венозном давлении не типична для одного из следующих состояний:

1. Напряженного пневмоторакса

2. Воздушной венозной эмболии

3. Легочной эмболии

4. Сердечной недостаточности

5. Кровотечения

103. Эффективное давление на персневидный хрящ (прием Селлик) достигается:

1. При расположении пальцев непосредственно над грудиной

2. Сдавливанием пищевода между гортанью и позвоночником

3. Предварительным введением назогастрального зонда

4. После предварительной оксигенации

5. При разгибании шеи

104. Массивная трансфузия эритроцитарной массы может вызвать следующие осложнения, за исключением:

1. Гиперкалиемии

2. Гиперкальциемии

3. Снижение уровня факторов свертывания V и VIII

4. Алкалоза

5. Упорной кровоточивости

105. Увеличивает вероятность регургитации при индукции перечисленные факторы, кроме:

1. Ожирения

2. Введения назогастральной трубки

3. Премедикации атропином

4. Вентиляции лицевой маской

5. Премедикации метоклопрамидом (церукалом)

106. Повышенная концентрация бикарбоната в плазме обнаруживается в связи с:

1. Почечной недостаточностью

2. Повторяющейся рвотой

3. Несахарным диабетом

4. Ревматоидным артритом

5. Печеночной комой

107.Левая подключичная артерия отходит:

1.От дуги аорты

2. От наружной сонной артерии

3.От основной артерии

4.От реберно-шейного ствола.

5.От плечевого ствола.

108.  Подключичные вены расположены:

1. Кзади от артерии

2. Над артерией

3. Кзади и над артерией

4.Кпереди и книзу от артерии

5. Параллельно артериям

109 В отношении внутренней яремной вены все правильно, за исключением:

1. Выносит кровь из полости черепа и органов шеи.

2.Расположена медиальнее внутренней сонной артерии.

3.Впадает в подключичную вену.

4. Имеет клапаны.

5.В нее впадают язычная ,глоточная, лицевая и щитовидная вены.

110. Диффузия СО2 через легочную мембрану:

1. Равна диффузии О2

2. Меньше, чем О2

3. В 10 раз больше, чем у О2

4. В 20 раз больше, чем у О2

5. В 40 раз больше, чем у О2

111. К осложнениям, развивающимся при потере кислого желудочного сока относятся:

1. Гипертоническая дегидратация, метаболический ацидоз

2. Изотоническая дегидратация, метаболический ацидоз

3. Изотоническая дегидратация, метаболический алкалоз

4. Гипертоническая дегидратация, метаболический алкалоз

5.Изотоническая дегидратация, метаболический ацидоз.

112. Иннервация от блуждающего нерва распространяется по желудочно-кишечному тракту:

1. До 12 –перстной кишки

2.До тощей кишки

3.До сигмовидной кишки

4.До поперечно-ободочной кишки

5.До прямой кишки

113. Спинной мозг имеет два утолщения:

1. В шейном и грудном отделе.

2.В шейном и поясничном отделе.

3.В грудном и поясничном отделе.

4.В грудном и крестцовом отделе.

5.В поясничном и крестцовом отделе.

114. Для борьбы с парезами в послеоперационном периоде применяется все, за исключением:

1. Адреномиметиков

2. Эпидуральной анестезии

3. Декомпрессии желудочно-кишечного тракта

4. Электростимуляции

5. Прозерина, клизм

115. Перелому бедренной кости у взрослых обычно соответствует кровопотеря:

1. 800 – 1000 мл

2. 300 – 400 мл

3. 2000 – 2500 мл

4. 1000 – 1500 мл

5. 1500-2000 мл

116. Множественному перелому костей таза у взрослых обычно соответствует кровопотеря:

1. 1500 – 2000 мл

2. 2000 – 3000 мл

3. 3000 – 4000 мл

4. 500 – 1000 мл

5.500-2000 мл

117. Показанием к экстренному оперативному вмешательству при травматическом шоке является всё перечисленное ниже, кроме:

1. Симптомом сдавления или повреждения спинного и головного мозга

2. Подозрения на ранение сердца

3. Торакоабдоминальных повреждений внутренних органов

4. Перелома костей таза

5. Отрывов конечностей

118. Артродез тазобедренного сустава сопровождается обычно кровопотерей:

1. 1000 мл

2. 500 – 700 мл

3. 1500 – 2000 мл

4. 1000 – 1500 мл

5. 300-500 мл

119. Эпидуральное пространство находится между:

1.Мягкой мозговой и паутинной оболочкой мозга.

2.Твердой мозговой оболочкой и позвоночным столбом.

3.Твердой мозговой оболочкой и паутинной оболочкой.

4.Паутинной оболочкой и спинным мозгом.

5.Мягкой мозговой оболочкой и спинным мозгом.

120. При лечении ожогового шока приблизительное соотношение коллоидов и кристаллоидов составляет:

1. 3 : 1

2. 1 : 1

3. 2 : 1

4. 3 : 2

5.1 : 2

121.  Плечевое сплетение образуется:

1.Передними пучками С5-С8 и Т1

2.Задними пучками С5-С8 и Т1

3.Передними пучками С5-С8

4.Передними и задними пучками С5-С8

5.Передними пучками С2-С5

122. Основными этапами пункции подключичной вены являются все перечисленные ниже, кроме

1.Положение Тренделенбурга для предупреждения воздушной эмболии

2.Голову ротируют в противоположную сторону

3.Пункцию производят под углом 45° к горизонтальной и сагитальной проекции

4.Иглу медленно продвигают на глубину 2.5 см вдали от купола плевры до момента уменьшения сопротивления игле и появления крови в шприце

5.Пункцию начинают с левой стороны.

123. Суммарный кровоток в почках составляет:

1. 10% минутного объема сердца

2. 20% минутного объема сердца

3. 30% минутного объема сердца

4. 40% минутного объема сердца

5. 50% минутного объема сердца

124. Ауторегуляция почечного кровотока прекращается при снижении систолического давления:

1. До 100 мм рт. ст.

2. До 80 - 90 мм рт. ст.

3. До 60 - 70 мм рт. ст.

4. До 40 - 50 мм рт. ст.

5. До 30 - 20 мм рт. ст.

125. Нормальная величина почечного кровотока у взрослого человека составляет в среднем:

1. 1600 мл/мин

2. 1100 мл/мин

3. 800 мл/мин

4. 600 мл/мин

5. 400 мл/мин

126. От гемотрансфузий у больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности следует воздержаться, если содержание гемоглобина:

1. Не ниже 80 г/л

2. Не ниже 90 г/л

3. Не ниже 100 г/л

4. Не ниже 110 г/л

5.Не ниже 120 г/л

127. Для обеспечения транспорта кислорода к тканям концентрация гемоглобина в послеоперационный период должна составлять не ниже:

1. 60 г/л

2. 80 г/л

3. 100 г/л

4. 120 г/л

5. 140 г/л

128. Эндогенная вода, образующая в результате окислительных процессов в организме, составляет в норме:

1. 100 мл в сутки

2. 200 мл

3. 500 мл

4. 700 мл

5. 1000 мл

129. Катетеризацию подключичной вены лучше производить справа, так как при пункции слева имеется дополнительная опасность за счет:

1. Повреждения подключичной артерии

2.Повреждения грудного лимфатического протока

3. Пункции плевральной полости

4.Ранение плечевого сплетения

5.Повреждение сонной артерии

130. Показаниями для катетеризации центральных вен являются все ниже перечисленное, за исключением:

1.Необходимости интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии

2.Резко выраженных нарушений свертывающей системы крови

3.Измерения центрального венозного давления

4.Отсутствие видимых поверхностных периферических вен

5.Необходимости парентерального питания

31. Среди симптомов слипчивого (констриктивного) перикардита отсутствует:

1. Утомляемость

2. Увеличение печени

3. Третий сердечный тон

4. Сильный верхушечный толчок

5. Парадоксальный пульс

132. Профилактикой воздушной эмболии при пункции и катетеризации центральных вен являются все, кроме:

1.Положения Тренделенбурга

2.Глубокого и частого дыхания

3.Соответствия внутреннего диаметра иглы диаметру проводника

4.Применения специальных резиновых заглушек.

5. Задержки вдоха.

133. Лечение желудочковой тахикардии, развившейся во время анестезии включает введение:

1. Дигоксина

2. Лидокаина

3. Глюконата кальция

4. Верапамила

5. Адреналин

134. Наиболее частым осложнением при крестцовой блокаде выше второго крестцового позвонка является:

1. Повреждение спинного мозга

2. Проведение иглы в таз

3.Субарахноидальная анестезия

4.Экстрадуральная анестезия

5.Введение раствора вне эпидурального пространства.

135. Касательно диффузии: отметьте неправильное утверждение:

1.Закон Фика соотносит скорость диффузии к концентрационному градиенту

2.На клеточном уровне равновесие углекислоты наступает мене чнм через 0,1 сек

3.Окись углерода используется для изменения легочной диффузионной способности

4. Скорость углерода используется для измерения легочной диффузионной способности

5. Скорость диффузии вещества прямо пропорциональна его молекулярному

136. Среди причин синусовой тахикардии наименее вероятна:

1. Териотоксикоз

2. Сдавливающий перикардит

3. Анемия

4. Повышенное внутричерепное давление

5. Волнение

137. Медленный ритмичный пульс наименее вероятно связан с наличием:

1. Полной атриовентрикулярногой блокады

2. Идиовентрикулярного ритма

3. Узлового ритма

4. Атриовентрикулярной блокады 2:1

5. Сдавливающего перикардита

138. Большое образование в переднем средостении при ренгенографии грудной клетки с наименьшей вероятностью может оказаться:

1. Кистой вилочковой железы

2. Лимфомой

3. Загрудинным зобом

4. Диафрагмальной грыжей

5. Эхинококозом сердца

139. Для коарктации аорты не характерно:

1. Гипертензия, определяемая на сосудах верхних конечностей

2. Ослабление пульсации на бедренных артериях

3. Цианоз

4. Слабость в нижних конечностях

5.Головная боль

140.  Диффузия анестетических газов через легочный эпителий не зависит от:

1.Молекулярного веса газа

2.Толщины альвеолярно-капилярной мембраны

3.Концентрации анестетического газа в крови легочных капиляров

4.Температура больного.

5.Закон Лапласа

141. Во время оперативного вмешательства по поводу заболевания сердца показанием для гемотрансфузии следует считать:

1. Снижение артериального давления

2. Уменьшение объема циркулирующей крови

3. Развитие артериальной гипоксемии

4. Снижение гематокрита ниже 30%

5. Повышение гематокрита выше 30%

142. Факторы, связанные с акклиматизацией на большой высоте включают:

1.Увеличение способности переноса кислорода

2.Снижение минутного объёма

3.Снижение выброса сердца

4.Уменьшение ЧСС

5.Уменьшение вязкости крови

143. Доставка О2 к миокарду зависит от:

1. Частоты сердечных сокращений и концентрации гемоглобина

2. Систолического артериального давления

3. Конечно – систолического давления в левом желудочке

4. Конечно – систолического объема левого желудочка

5.Диастолического артериального давления

144.Касательно вязкости:

1.Вязкость влияет на скорость установившегося турбулентного потока

2.Увеличение концентрации белка плазмы не увеличивает вязкость крови

3.Снижение кровотока не увеличивает вязкость

4.Снижение температуры повышает вязкость крови

5.Гелий улучшает поток газа через отверстие с помощью снижения вязкости

145. Повышенное внутричерепное давление уменьшается под действием:

1. Маннитола внутривенно

2. Фторотана

3. Кетамина

4. Недеполяризующих миорелаксантов

5. Сукцинилхолина

146. Мозговой кровоток обратно пропорционален:

1. РаСО2

2. Потреблению мозгом кислорода

3. Вдыхаемой концентрации фторотана

4. Среднему артериальному давлению

5. РаО2

147. Методы снижения внутричерепного давления включают:

1. Нитропруссид натрия

2. Желудочковый дренаж

3. Изофлюран

4. Нимодипин

5.Кетамин

148. Методы снижения внутричерепного давления перед операцией включают:

1. Гипервентиляцию, введение маннитола и пропранолола

2. Введение нитропропруссид натрия, ганглиоблокаторов

3. Спинальный дренаж

4. Введение барбитуратов и седуксена

5.Гиповентиляция

149. Наибольшей анальгетической активностью обладает:

1.Тиопентал

2.Калипсол.

3Липриван.

4.Сомбревин.

5.Гексенал.

150. Внутривенное применение барбитуратов противопоказано:

1. При эпилептических судорогах

2. При состоянии возбуждения

3. При судорожном синдроме, вызванном оксибутиратом натрия

4. При сердечно- сосудистом коллапсе

5. При тонических судорогах

151. Следующие осложнения типично при дислокации ствола мозга:

1. Гипотония

2. Апноэ

3. Замедленное пробуждение

4. Брадикардия

5. Нарушение сердечного ритма

152. ГОМК:

1.Опасно принимать при гипокалиемии

2.Обладает токсическим действием

3.При выходе из наркоза возможно возбуждение

4.Вызывает тошноту и рвоту.

5.Опасно принимать при гиперкалиемии

153. Гипервентиляция повышает тонус сосудов головного мозга:

1. В здоровых участках

2. В пораженных участках

3. В здоровых и пораженных участках

4. Во всех отделах в условиях отека

5. Во всех отделах в условиях дегидратации

154. Суточная доза лидокаина не должна превышать:

1.2000мг

2.1500 мг.

3.750 мг.

4.500 мг.

5.250 мг.

155. При тяжелом диабетическом ацидозе имеет место:

1. Нормальная анионная разница

2. Гипергидратация всего тела

3. Гиповентиляция

4. Гиперсмолярность плазмы

5.Гипосмолярность плазмы

156. Характерными признаками гипогликемической комы являются:

1. Дегидратация

2. Судороги

3. Сниженные сухожильные рефлексы

4. Гипервентиляция

5, Полиурия

157. У больного появились признаки алиментарной гипергликемии. Уровень сахара в крови 260 мг%. Ему необходимо ввести инсулин для коррекции углеводного обмена в дозе:

1. 2 ед.

2.4 ед.

3.10 ед.

4.14 ед.

5. 20 ед.

158. Гипопаратиреоидизм после тиреоидэктомии характеризуется:

1. Судороги, тетания

2. Вялостью скелетной мускулатуры

3. Брадикардией

4. Гипотермией

5.Атония

159. При первичной микседеме не характерно:

1. Брадикардия

2. Макроцитарная анемия

3. Сглаженные Т волны на ЭКГ

4. Гипертензия

5.Гипотензия

160. Для тиреотоксического криза не характерно:

1. Ощущение жара в теле

2, Бронхоспазм

3. Абдоминальные боли

4. Аритмия

5. Кома

161. Альдостерон контролирует:

1. Потери Na+ и задержку К+

2. Задержку Na+ и потери К+

3. Потери воды

4. Транспорт углекислого газа

5. Обмен кислорода

162. Протамин сульфат в дозе 1 мг нейтрализует:

1. 2500-3000 ЕД гепарина

2. 1000-1500 ЕД гепарина

3. 80-100 ЕД гепарина

4.70-50 ЕД гепарина

5.4000-5000 ЕД гепарина

163. Не следует вводить внутривенно одномоментно протамин сульфат более:

1.250 мг

2.150 мг.

3.100 мг.

4. 50 мг.

5.10 мг.

164. После внутримышечного применения гепарина пик его действия наступает через:

1. 10-20 мин

2. 30-60 мин

3. 2-3 ч

4. 1-2 ч

5. 3-4ч

165.  Молекулярная масса полиглюкина 70 000. Он удерживается в сосудистом русле в течение:

1. 1-4 часа

2. 6 часа

3. 1 суток

4. 2 суток

5. 4 суток

166.  Противогрибковым действием среди перечисленных антибиотиков обладает:

1. Кефзол

2. Леворин.

3. Рифампицин

4. Стрептомицин

5. Линкомицин.

167. Упорная рвота бывает при:

1. Остром холецистите

2. Инвагинации

3. Диафрагмальной грыже

4. Язве желудка

5. Паховой грыже

168. Больному с митральным стенозом предстоит экстренная операция по поводу перитонита. При анестезии следует в первую очередь опасаться:

1. Гипертонического криза

2. Отека легких в ответ на инфузионную терапию

3. Коллапса вследствие падения сосудистого сопротивления

4. Эмболии легочной артерии

5.Гипотонии

169. При заболеваниях печени отмечается все перечисленное, кроме:

1. Удлинения действия деполяризующих релаксантов

2. Замедления разрушения тубарина

3. Уменьшения образования псевдохолинэстеразы

4. Увеличения выделения натрия с мочой

5. Замедления метаболизма других препаратов

170. Длительная истощающая рвота при стенозе привратника приводит:

1.К декомпенсированному алкалозу

2. К снижению рН крови

3. Атонии

4. Декомпенсированному ацидозу

5. Гипорефлексии

171. Для устранения тахисистолической формы мерцательной аритмии у больных пожилого и старческого возраста целесообразно применить:

1.Антиаритмические средства

2. Адреноблокаторы

3. Адреномиметики

4. Ингибиторы АПФ

5. Бета-адреноблокаторы

172. Выберите неправильное утверждение касательно гипербарооксигенации:

1. Может вызвать судороги

2. Показан при газовой гангрене

3. Вызывает полицитемию

4. Показан при отравлении окисью углерода

5. Не влияет на транспортировку углекислоты

173. Легочную эмболию можно точно диагностировать:

1. Сканированием или ангиографией легких

2. Рентгеновским исследованием грудной клетки

3. По уровню лактатдегидрогеназы крови

4. По биохимическому анализу крови

5. По наличию тропанина

174. Больных с острыми судорожными нарушениями можно лечить с помощью:

1. Барбитуратов и бензодиазепинов

2. Кетамина

3. Дроперидола

4. ГОМК

5. Сибазон

175. Рингер-лактат (раствор Гартманна)

1. Генерирует бикарбонат

2. Имеет концентрацию лактата 40 ммоль/л

3. Содержит 10 ммоль/л хлора

4. Не содержит магния

5. Не содержит кальция

176. Укажите не характерное для утопления в морской воде нарушения:

1. Дисритмии сердца

2. Гемолиз

3. Гипотензия

4. Ателектаз

5. Судороги

177. Наружный массаж сердца создает кровообращение, обеспечивающее до:

1. 80% кровотока
2. 50% кровотока
3. 30% кровотока
4. 15% кровотока
5. 60% кровотока

178. При наружном массаже сердца ладони располагаются на:

1. верхней трети грудины;
2. границе средней и нижней трети грудины;
3. границе верхней и средней трети грудины.
4. слева в 5 межреберье
5. в области верхушечного толчка сердца
6. Показания к компрессии грудной клетки (закрытому массажу сердца):
7. остановка дыхания
8. остановка сердца
9. отсутствие сознания
10. патологические ритмы дыхания
11. судороги
12. Признаки клинической смерти:
13. нарушение ритма дыхания, судороги, цианоз;
14. отсутствие сознания, расширенные зрачки, аритмия;
15. отсутствие сознания, дыхания, пульса на сонных артериях.
16. резкая бледность, отсутствие сознания

5. наличие пятен гипостаза

1. Критерии эффективности СЛР:
2. восстановление сознания, дыхания
3. сужение зрачков, появление пульса на сонных артериях, дыхания;
4. двигательная активность, уменьшение цианоза

4. наличие симптома Белоглазова

5. Наличия пятен Лярше

1. Сроки прекращения реанимации:
2. 15 минут
3. 30 минут
4. 60минут
5. 90 минут.
6. 120 минут.
7. Прием Геймлиха это:
8. резкий удар по спине
9. резкий толчок в зпигастральной области под диафрагму
10. резкий толчок в грудную клетку
11. резкий удар по шее
12. резкие многократные удары по спине
13. Соотношение вдоха и массажа при проведении СЛР :
14. 1:15;
15. 2:10;
16. 2:30.
17. 1:4
18. 2:20
19. Смещение грудины при массаже сердца на глубину:
20. 3-4 см
21. 4-6 см
22. 2-3 см
23. 1-2 см
24. 6-8 см
25. Частота вдохов при СЛР:
26. 6-8 в минуту;
27. 10 в минуту;
28. 15-16 в минуту;
29. 18-20 в минуту;
30. 20-24 в минуту.
31. Тройной прием Сафара:
32. повернуть на бок, выдвинуть нижнюю челюсть, отсосать содержимое ротовой полости
33. запрокинуть голову, выдвинуть нижнюю челюсть, открыть рот
34. отсосать содержимое, ввести роторасширитель, зажать ноздри
35. положить на живот, вывести язык языкодержателем, дать кислород

5.Резкое надавливание на эпигастральную область.

1. Для проведения ИВЛ мешком "АМБУ" или "рот в рот" :
2. повернуть голову на бок, ввести воздуховод
3. открыть рот, ввести языкодержатель
4. запрокинуть голову, выдвинуть нижнюю челюсть, открыть рот
5. вдувать в легкие больного при каждом вдохе 1500 мл воздуха

5. Положить на живот,вывести язык языкодержателем.

189.Препараты выбора при СЛР:

1. промедол, кордиамин;
2. кофеин, мезатон.
3. адреналин;
4. хлористый кальций
5. дигоксин

190.Частота компрессий при СЛР:

1. 120 в минуту;
2. 100 в минуту;
3. 80 в минуту;
4. 70 в минуту;
5. 60 в минуту.

191.Продолжительность клинической смерти:

1. 2-4 минуты;
2. 3-6 минут;
3. 8-10 минут.
4. 10-15 минут
5. 5-8 минут

192.Показания для применения приема Геймлиха:

1. аспирация кислого содержимого желудка
2. инородное тело в верхних дыхательных путях
3. инородное тело в пищеводе
4. утопление
5. регургитация

193.Показания для приема Селлика:

1. инородное тело в дыхательных путях
2. опасность регургитации
3. инородное тело в пищеводе
4. ларингоспазм

5. Инородное тело в пищеводе

194. Признаки биологической смерти:

1. отсутствие сознания, сухие склеры
2. трупные пятна, трупное окоченение;
3. фибрилляция желудочков, зрачки расширены;
4. кома, аритмия, АД не определяется.
5. Отсутствие АД,гипотермия

195. СЛР не показана:

1. при отсутствии медикаментов;
2. если с момента смерти прошло 3 минуты;
3. в терминальной стадии неизлечимой болезни.
4. если нет дефибриллятора

5. при отсутствии мешка АМБУ

196. Показаниями к закрытому массажу сердца являются

1. Остановка дыхания

2. Остановка сердца, фибрилляция желудочков

3. Отсутствие сознания

4. Судороги с остановкой дыхания

5.Отсутствие пульса на периферических сосудах

197. Показаниями к сердечно-легочной реанимации являются:

1. Судороги

2.Остановка дыхания

3. Отсутствие сознания

4. Травмы не совместимые с жизнью

5. Хронические не излечимые заболевания

198. Наиболее достоверным признаком клинической смерти является:

1. Патологические ритмы дыхания, судороги, цианоз

2. Отсутствие сознания

3. Расширение зрачков

4. Отсутствие зрачкового рефлекса

5. Отсутствие АД, сердечных тонов и пульса на сонных артериях

199.Наибольшим вазоконстрикторным действием обладает:

1.Кокаин

2.Новокаин.

3.Совкаин.

4.Дикаин.

5.Лидокаин.

200.  Дигоксин

1.Увеличивает тонус вагуса.

2.снижает возбудимость миокарда

3.Уменьшает рефрактерный период проводящей системы

4. Токсичность усиливается гиперкальциемией

5.Метоболизируется в мышце сердца

201. К методам детоксикации не относятся:

1. Форсированный диурез

2. Гемодиализ и плазмоферез

3. Гемо- и плазмосорбция

4. УФО и лазерное облучение крови

5. Использование ионообменных смол

202.  Инсулин

1.Увеличивает образование гликогена

2.Возбуждает глюконеогенез

3.Повышает концентрацию калия в сыворотке

4.Уменьшает синтез белка

5.Уменьшает синтез жира

203.  Фентанил

1.Прямым образом повышает давление спинальной жидкости

2.Уменьшают маточный кровоток.

3.Вызывают системную вазоконстрикцию

4.Увеличивает тонус сфинктера Одди

5.Увеличивает поддатливость грудной клетки

204. Атропин:

1.Оказывает эффект на продукцию или разрушение ацетилхолина

2.Суживает сосуды кожи

3.Парасимпатический депрессант

4.Угнетает дыхательный центр

5.Понижает внутриглазное давление

205. Гипотензия при анафилактическом шоке развивается вследствие:

1. Увеличения проницаемости сосудов и потери объема внутрисосудистой жидкости

2. Потери симпатического тонуса

3. Высвобождения простагландина

4. Брадикардии

5. Всего перечисленного

206. При тампонаде сердца не наблюдается:

1. Повышение центрального венозного давления

2. Систолический шум

3. Цианоз

4. Парадоксальный пульс

5. Повышение легочного капиллярного давления заклинивания

207.  ЧСС снижается под действием:

1. Амфетамина

2.Атропина.

3.Пропранолола

4.Добутамина

5.Нифедипина

208. Наибольшую угрозу для жизни из-за возможной трансформации в фибрилляцию желудочков представляет аритмия:

1. Желудочковые экстрасистолы более 20 в минуту

2. Желудочковая тахикардия

3. Аритмии, сочетающиеся с удлинением внутрижелудочковой проводимости и блокадой левой ножки пучка Гиса

4. Мерцательная аритмия

5. Полная блокада правой ножки пучка Гиса

209. При гиповолемическом типе кровообращения для повышения сердечного выброса не следует применять:

1. Плазмозаменители

2. Симпатомиметики

3. Кортикостероиды

4. Бета-блокаторы

5.ингибиторы АПФ

210. К аритмиям, сопровождающимся острой сердечной недостаточностью, относятся:

1. Фибрилляция желудочков

2. Мерцательная аритмия

3. Высокочастотное трепетание и мерцание предсердий

4. Синусовая тахикардия

5. Экстрасистолия по типу бигенемии

211. Главной непосредственной опасностью для больного при острой кровопотере является:

1. Дефицит гемоглобина

2. Гиповолемия

3. Гипопротеинемия

4. Коагулопатия

5. Дефицит фибриногена

212. Удовлетворительную кислородную емкость крови обеспечивает гематокрит, не ниже:

1. 20-25%

2. 30%

3. 35%

4. 40%

5. 45%

213. Признаки очагового поражения миокарда отражаются лучше всего изменениями зубца:

1. Р

2. Q

3. T

4. R

5. S

214. Кетамин:

1.Сильный анальгетик

2. Очень медленно метаболизируется в печени

3.Подавляет высвобождение норадреналина

4.Вызывает мышечную релаксацию

5. Вызывает депрессивное действие на сердечнососудистую систему

215. Препарат выбора при политравмах:

1.Кетамин.

2.Морфин.

3.Промедол.

4.Фентанил.

5.Трамадол

216. Острый кардиогенный отек легких обусловлен:

1. Повышением гидростатического давления в легочных капиллярах

2. Повышенной легочной капиллярной проницаемостью

3. Недостаточностью правого желудочка

4. Снижение гидростатического давления в легочных капиллярах

5. Токсическим воздействиям гипотензивных препаратов

217. Левожелудочковая недостаточность может быть вызвана:

1. Недостаточным притоком крови к сердцу

2.Перегрузкой объемом крови

3. Повышением сократительной способности миокарда

4.Недостаточным объёмом крови

5. Повышением давления

218. К вазодилататорам, действующим преимущественно на артериолы и снижающим постнагрузку, относятся:

1. Нитраты

2. Ганглиоблокаторы

3. Нитропруссид

4. Морфин

5.Ингибиторы АПФ

219. Ведущим симптомом для диагноза остановки кровообращения является:

1. Широкие зрачки, не реагирующие на свет

2. Отсутствие сознания

3. Отсутствие дыхания

4. Отсутствие пульса на сонной артерии

5. Цианоз

220. Признаками острого инфаркта миокарда являются:

1.Гипотензия, бледность

2. Гипертензия

3. Увеличение пульсового давления

4. Наличие ощущение перебоя в сердце

5. Тошнота,рвота

221. Лечение анафилактического шока включает использование:

1. Адреналина, Антигистаминных препаратов

2. Кардиомина

3. Нейроплегиков

4. Мезатона

5. Дигоксина

222. Наиболее выраженный положительный инотропный эффект при кардиогенном шоке наблюдается при введении:

1. Норадреналина

2. Допамина

3. Дигоксина

4. Изадрина

5. Эфедрина

223. Устранить болевой синдром при экстренном вызове по поводу острого инфаркта миокарда можно проще всего:

1. Введением наркотических анальгетиков

2. Эпидуральной аналгезией

3. Ингаляцией закиси азота, ксенона с О2 (1:1)

4. Спиномозговой анестезии

5. Можно не обезбаливать

224. Остановка сердца во время несинхронизированной дефибрилляции связана:

1. С прямым повреждающим действием на миокард

2. С попаданием импульса на зубец Р ЭКГ

3. С попаданием импульса на восходящую часть зубца Т

4. С попаданием импульса на нисходящую часть зубца Т

5. С попаданием импульса на зубец R

225. Электрокардиостимуляция не показана при:

1. Полной атриовентрикулярной блокаде

2. Синдроме слабости синусового узла с приступами Морганьи-Адамс-Стокса

3. Мерцательной аритмии с редкими сокращениями желудочков

4. Брадиаритмии, вызванной интоксикацией сердечными гликозидами

5.Тахиаритмии

226. Внутривенные вводные анестетики:

1.Должны быть водорастворимыми

2.Принимаются преимущественно ретикуло-активирующей системой

3.Пересекают плацентарный барьер

4.Снижают скорость аксонной передачи в миелинизированных волокнах

5.Не вызывают специфических для препарата изменений на ЭЭГ

227. Рецидивирующую фибрилляцию желудочков у больного с острым инфарктом миокарда лучше всего предупредить с помощью:

1. Кордарона

2. Лидокаина

3. Орнида

4. Электрокардиостимуляции

5. Новакоинамида

228. Кардиотоксичекое действие гиперкалиемии купируется применением:

1. Адреналина гидрохлорида

2. Эфедрина гидрохлорида

3. Препаратов кальция (хлористый Са, глюконат Са)

4. 10% раствора глюкозы

5. Кортикостероидов

229. При остром респиративномдисстресс-синдроме взрослых происходит:

1. Повышение альвеолярной вентиляции

2. Снижение альвеолярно-артериального РО2 градиента

3. Снижение активности легочного сурфактанта

4. Повышение податливости (compliance) легких

5. Снижение сопротивления воздушных путей

230. При остром респираторном дисстресс-синдроме взрослых:

1. Общая легочная вода уменьшена

2. Функциональная остаточная емкость повышена

3. Гипоксемия отвечает на повышение FiO2

4. Причиной может быть почечная недостаточность

5. Легочное артериальное давление повышено

231. При тяжелом пневмоните вследствие аспирации желудочного содержимого происходит повышение перечисленных показателей, за исключением:

1. Сопротивления воздушных путей

2. Интерстициальной воды в легких

3. Давления в легочной артерии

4. Податливости (compliance) легких

5. Несоответствие вентиляции к кровотоку в легких

232. Повышение РаСО2 можно ожидать при:

1. Массивной легочной эмболии

2. Астматическом приступе средней тяжести

3. Почечной недостаточности

4. Диабетической коме

5. ХОБЛ в стадии обострения

233. Преимуществами управляемой вентиляции при лечении «подвижной» грудной клетки при множественных переломах ребер считаются:

1. Снижение парадоксальной вентиляции и возможность использования положительного давления в конце выдоха (РЕЕР)

2. Снижение легочной инфекции

3. Предотвращение пневмоторакса

4. Ускорение сращивания переломов ребер

5.Повышении парадоксальной вентиляции

234. К поздним осложнениям длительной интубации через рот нельзя отнести:

1. Гранулему

2. Стеноз трахеи

3. Повреждение возвратного гортанного нерва

4. Бронхоплевральную фистулу

5. Дисфонию

235. Развитие спонтанного пневмоторакса связано с:

1. ОСН

2. Астмой

3. Ревматоидным артритом

4. ХОБЛ

5.Пневмонией

236. Примеры взаимодействия лекарств, происходящие в плазме включают

1.Витамины К и Дикумарол

2.Диазепам и флюмазенил

3.Гепарин и протамин

4.Морфин и налоксон

5.Недеполяризирующие нейромышечные блокаторы и аминоглюкозидные антибиотики

237. Введение пропранолола (анаприлина)

1. Снижает сердечный выброс

2.Повышает потребление миокарда кислорода

3.Снижает резистентность воздушных путей

4.Снижает утилизацию глюкозы

5.Повышает мозговой кровотоккровоток

238. Положительное давление в конце выдоха (РЕЕР) уменьшает:

1. Внутригрудной объем крови

2. РаСО2

3. Функциональную остаточную емкость

4. Внутричерепное давление

5. Легочное капиллярное давление заклинивания (wedge)

239. При отеке легких имеет место:

1. Нарушение проходимости дыхательных путей

2. Понижение давления в сосудах малого круга кровообращения

3. Понижение проницаемости сосудистой стенки

4. Резкое повышение давление

5. Обязательно отсутствие сознание

240. Показаниями к переводу больного с отеком легких на искусственную вентиляцию легких являются все, кроме:

1. Гипоксическая кома

2. рО2 ниже 60 мм рт. ст. , рСО2 выше 60 мм рт. ст.

3. Снижени АД ниже 90 мм рт. ст. , тахикардия более 120 в минуту

4. Частота дыхания более 40 в минуту

5. PvO2 более 50 мм рт. ст.

241. Экстренная интенсивная терапия при отеке легких включает:

1. Внутривенное введение дыхательных аналептиков

2. Кислородотерапию со спиртом

3. Введение Кардиамина

4. Обеспечить горизонтальное положение

5. Инфузионная терапия

242. Под действием инстилляции атропина в нормальный глаз происходит:

1.Блокада мышцы сфинктера зрачка

2.Расходящееся косоглазие

3.Эндофтальм.

4.Экзофтальм.

5.Слезотечение.

243. У пациента в состоянии астматического приступа угрожающими признаками являются:

1. Обструкция бронхиол и появление немых зон при аускультации

2. Понижение парциального напряжения СО2

3. Повышение РаО2 более 60 мм рт. ст.

4. Увеличение АД

5. Впервые возникший приступ

244. Оксигенация у пациентов с хроническим неспецифическим заболеванием легких может вызвать:

1. Учащение дыхания

2. Урежение дыхания и гиповентиляцию

3. Гипоркапнию

4. Гипертермию

5. Гипотензию

245. Опасность кислотно-аспирационного пневмонита возрастает при попадании желудочного содержимого в дыхательные пути соответственно следующим величинам его рН:

1. рН = 7,4

2. рН больше 5

3. рН меньше 2,5

4. рН = 7,5 и более

5. Верно 1 и 4

246. Анестезирующие вещества, которые могут уменьшить вентиляторный ответ на гипоксемию включают следующие, кроме:

1.Энфлюран

2.Галотан

3.Морфин

4.Тиопентал.

5.Кетамин

247. Парадоксальное дыхание наблюдается:

1. При ларингоспазме

2. При эмфиземе легких

3. При пневмотораксе

4. При пневмонии

5. При искусственной вентиляции легких

248. Причиной значительного снижения насыщения крови кислородом при вскрытии плевральной полости с одной стороны являются:

1. Вынужденное положение пациента

2. Снижение % кислорода во вдыхаемом воздухе

3. Влияние анестетика

4. Венозный шунт в коллабированном легком

5. Патологические рефлексы из раны

249. При тяжелых травмах грудной клетки нарушение газообмена обусловлено всеми перечисленными причинами, кроме:

1. Расстройства кровообращения в системе микроциркуляции

2. Нарушений прходимости трахеобронхиального дерева

3. Нарушения каркасности грудной клетки

4. Жировой эмболии сосудов легких

5. Нарушения центральных механизмов регуляции дыхания

250. Ведущим синдромом при отравлении бледной поганкой является:

1. Судорожный синдром

2. Отек легких

3. Острая почечная недостаточность

4. Острая печеночная недостаточность

5. Гипертермия

251. Форсированный диурез как метод детоксикации показан при отравлениях:

1. Фенобарбиталом

2. Метананол

3. Карбофос

4. Окисью углерода

5. Щелочами

252. Противоказанием к проведению форсированного диуреза является:

1. Экзотоксический шок

2. Гемолиз

3. Коматозное состояние

4. Противопоказаний нет.

5. Отравления

253. При отравлении неизвестным ядом в качестве антидота следует ввести:

1. Не вводить

2. Унитиол

3. Атропин

4. Унитиол, хромосмон,

5.Атропин

254. Атропин применяется как антидот при отравлении:

1. Инсулином

2. Амитриптилином

3. ФОС

3. Этиленгликолем, метиловым спиртом

4. Тяжелыми металлами

255. Этиловый спирт применяется как антидот при отравллениях:

1. Инсулином

2. Амитриптилином

3. ФОС.

4. Этиленгликолем, метиловым спортом

5. Тяжелыми металлами

256. Прозерин применяется как антидот при отравлениях:

1. Инсулином

2 Амитриптилином

3. ФОС

4. Этиленгликолем, метиловым спиртом

5. Тяжелыми металлами

257. Дипиридоксин применяется как антидот при отравлениях:

1. Инсулином

2. Амитриптилином

3. ФОС

4. Этиленгликолем, метиловым спиртом

5. Тяжелыми металлами

258.Длительное лечение кортикостероидами может привести к

1.Образованию катаракты

2.Остеомаляции

3.Миопатии

4.Асептическому некрозу головку бедра

5.Панкреатиту

259. При отравлении уксусной эссенцией наиболее целесообразным методом удаления свободного гемоглобина является:

1. Гемосорбция

2. Форсированный диурез

3. Дренирование грудного лимфопротока

4. Плазмаферез

5. Кислорода терапия

260. Клинические проявления перорального отравления формалином включают все, за исключением:

1. Ожога пищеварительного тракта

2. Слезотечения, кашля, одышки

3. Гемолиза эритроцитов

4. Токсической нефропатии, токсической гепатопатии

5. Психомоторного возбуждения

261. При отравлении угарным газом необходимо проведение (на фоне синдромной ИТ):

1. Плазмаферез и ГБО при развитии комы и концентрации HbCO свыше 50%

2. ГБО при наличии сопорозного состояния и концентрации HbCO свыше 30%

3. В/в введения метиленовой синий

4. В/в введения спирта

5 Фуросемид

262. Для отравления фосфороорганическими соединениями характерны:

1. Высокое содержание свободного гемоглобина

2. Наличие метгемоглобина

3. Снижение активности фермента холинэстеразы

4. Высокое содержание карбоксигемоглобина

5. Повышение активности фермента холинэстеразы

263. Типичными клиническими проявлениями отравления барбитуратами являются:

1. Остановка Сердцебиения

2. Миоз

3. Мидриаз

4. отсутсвия реакции зрачков на свет

5. Тахипное

264. При тяжелом отравлении амитриптилином проводится:

1. Промывание желудка через зонд, кишечный лаваж, форсированный диурез, гемосорбция

2. Гемодиализ, в/в введение прозерина

3. Перитониальный диализ

4. Внутривенное введение бемегрида

5. промывание желудка при экспозиции более часа не эфективно

265. Наименьшая концентрация этилового алкоголя в крови, при которой может развиться коматозное состояние, составляет:

1. 1г/л.

2. 3 г/л.

3. 5-6 г/л.

4. 8-10 г/л.

5. свыше 10 г/л.

266. Среди поздних признаков септического шока не является характерным:

1. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание

2. Гемоконцентрация

3. Метаболический ацидоз

4. Повышенное потребление кислорода

5. Артериальная гипоксемия

267. Характерным для тяжелого септического шока является:

1. Укорочение активированного частичного трмбопластинового времени

2.Повышение уровня сывороточного фабриногена

3. Наличие продуктов деградации фибрина

4. Увеличенное число тромбоцитов

5. Не влияет на тромбоциты

268. Выберите неправильную причину среди таковых, повышающих риск регургитации при вводном наркозе:

1.Возбуждение

2.Ожирение

3.Миксидема

4.Резкая потеря в весе

5.Введенныый нозогастральный зонд

269. Массивная трансфузия эритроцитарной массы может вызвать следующие осложнения, за исключением:

1.Гиперкалиемии

2.Гиперкальциемии

3.Снижение уровня факторов свертывания V и VIII

4.Алкалоза

5.Упорной кровоточивости

270. Состояния, при которых вероятно улучшение от симпатической блокады включают

1.Боль при коксартрозе

2.Невралгию тройничного нерва

3.Болезнь Рейно

4.Фантомные боли в конечности

5.Боль при костных метастазах

271. Осложнения длительной анальгезии 50% закиси азота с кислородом включают

1.Чрезмерную седацию

2.Лейкопению

3.Гипопротеинемию

4.Угнетение дыхания

5.Снижение чувствительности к опиатам

272. Для профилактики и лечения грибковой суперинфекции наиболее эффективно назначение:

1. Нистатина

2. Метронидазола

3. Леворина

4. Дифлюкана

5. Вермокса

273. При проведении антибактериальной терапии сепсиса, вызванного предположительно метациллинрезистентными стафилококками препаратом выбора является:

1. Амикацин

2. Ванкомицин

3. Ципродиоксацин

4. Цефтриаксон

5. Стрептомицин

274. Эффективен при лечении разлитого перитонита без сочетания с антибиотиком, обладающим высокой активностью против анаэробов:

1. Цефтриаксон

2. Ванкомицин

3. Ципрофлоксацин

4. Тиенам

5. Амикацин

275. Среди антибиотиков, применяемых для лечения тяжелых инфекций, к группе карбапенемов относятся:

1. Цефоперазон

2. Меронем

3. Пенициллин

4.Амоксицилин

5. Азитромицин

276. Системная токсичность местных анестетиков не увеличивается при:

1.Гипоксии

2.Добавлении вазоконстриктора

3.Ацидозе

4.Гипопротеинемии

5.Печеночная недостаточности

277. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание не бывает связано с:

1. Длительным искусственным кровообращением (byрass)

2. Гемолизом

3. Тяжелой травмой головы

4. Эмболией амниотическими водами

5. Гемофилией

278. Антигемофильные препараты вводят больным:

1. Внутривенно капельно

2. Внутривенно струйно

3. Внутримышечно

4. Подкожно

5. Внутриартериально

279. Период полураспада введенного больному криопреципитата равен:

1. 2 ч

2. 4 ч

3. 8 – 24 ч

4, 36 ч

5. 48 ч

280. Гемофилия В связана с дефицитом:

1. Фактора V

2. Фактора VI

3. Фактора VII

4. Фактора VIII

5. Фактора IХ

281. Гемофилия А связана с дефицитом:

1. Фактора V

2. Фактора VI

3. Фактора VII

4. Фактора VIII

5. Фактора IХ

282. Длительность жизни тромбоцитов после трасфузии составляет в среднем

1. 3 дня

2. 180 дней

3. 10 дней

4. 21 день

5. 90 дней

283. Время кровотечения удлиняется:

1. При травмах и размозжении мышц

2. При гемолитических кризах

3. При резко выраженной тромбоцитопении

4. При асфиксииI

5. При ожогах

284. Продукты деградации фибриногена:

1. Не влияют на свертывание крови

2. Обладают антикоагулянтными свойствами

3. Вызывают гиперкоагуляцию

4. Свидетельствуют о снижении концентрации фибриногена

5. Все ответы верны

285Известные последствия алкогольной блокады чревного сплетения включают:

1.Кишечную непроходимость

2.Задержку мочи

3.Параплегию

4.Ортостатическую гипотензию

5.Брадикардию

286. Линия, проведенная на уровне нижних углов лопаток, соответствует:

1. 2-му грудному позвонку

2.3-му грудному позвонку

3. 5-му грудному позвонку

4.4-му грудному позвонку

5. 7 –му грудному позвонку

287. Гематурия не развивается при

1.Цистите

2.Гипернефроме

3.Опущении почки

4.Туберкулезе

5.Гломерулонефрите

288. Проба на индивидуальную совместимость крови проводится между:

1. Плазмой реципиента и кровью донора

2. Плазмой донора и кровью реципиента

3. Форменными элементами крови реципиента и кровью донора

4. Форменными элементами крови донора

5. Проводить ее не обязательно

289. Какова максимальная продолжительность зубца Р ЭКГ в норме?

1. 0,08 секунд,
2. 0,09 секунд,
3. 0,10 секунд,
4. 0,11 секунд,
5. 0,12 секунд.

290. Какова минимальная продолжительность интервала PQ в норме на ЭКГ при нормосистолии?

1. 0,10 секунд,
2. 0,11 секунд,
3. 0,12 секунд,
4. 0,13 секунд,
5. 0,15 секунд.

291. Какова максимальная депрессия сегмента ST ЭКГ в норме?

1. 0,1 мм,
2. 0,2 мм,
3. 0,3 мм,
4. 0,4 мм,
5. 0,5 мм,

292. Какой зубец Q ЭКГ можно считать патологическим?

1. глубокий более 1/4 R, продолжительностью более 0,03 сек.;
2. менее 1/4 R, продолжительностью 0,02 сек.;
3. широкий более 0,04 сек. и глубокий более 1/3 R в отведении aVR,
4. зубец Q образующий комплекс QS в отведении aVR,
5. любой зубец Q в I и III отведениях.

293. Какой основной патогенетический механизм ишемической болезни сердца (ИБС)?

1. замедления коронарного кровотока,
2. повышения или снижения артериального давления,
3. несоответствия коронарного кровотока и метаболических потребностей миокарда,
4. повышенных метаболических потребностей миокарда,
5. снижения сократительной способности миокарда.

294. С чего следует начинать лечение больного острым инфарктом миокарда при нормальном АД?

1. анальгин 50%-2,0 мл + димедрол 1%-1,0 мл внутривенно,
2. нитроглицерин 1 табл. под язык,
3. анальгин 50%-2,0 мл + реланиум 2,0 мл внутривенно,
4. промедол 2%-1,0 мл + реланиум 2,0 мл внутривенно,
5. фентанил 0,005%-2,0 мл + дроперидол 0,25%-2,0 мл внутривенно.

295. Какое максимальное время от начала возникновения ОИМ, при котором показано применение стрептокиназы?

1. 3 часа,
2. 6 часов,
3. 8 часов,
4. 12 часов,
5. 24 часа

296.  У пациента с болезнью Паркинсона, лечащегося levodopa, нельзя применять:

1.Энфлюран

2.Фентанил

3.Метоклопромид

4.Дроперидол

5.Физостигмин

297. С чего должны начинаться действия врача при внезапной остановке сердца?

1. регистрации ЭКГ,
2. электродефибрилляции,
3. интубации трахеи,
4. искусственной вентиляции легких (ИВЛ),
5. проведения закрытого массажа сердца

298.  Мозговой кровоток обратно пропорционален

1.РaCO2

2.PaO2

3.Потребление мозгом кислорода

4.Вдыхаемой концентрации фторатана

5.Среднему АД

299.Какой признак не характерен для пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии?

1. внезапное начало приступа,
2. внезапное прекращение приступа,
3. тахикардия с частотой более 140 ударов в минуту,
4. правильный ритм сердечных сокращений,
5. обмороки

300. Что целесообразнее всего применить при лечении пароксизма трепетания предсердий с частотой желудочковых сокращений более 140 в минуту, осложненного отеком легких или кардиогенным шоком шоком?

1. введение обзидана внутривенно,
2. введение лидокаина внутривенно,
3. массаж каротидного синуса,
4. электроимпульсную терапию дефибриллятором,
5. введение строфантина внутривенно

301. Какой наиболее частый источник тромбоэмболов при ТЭЛА?

1. вены верхних конечностей,
2. вены брюшной полости,
3. полость правого предсердия,
4. поверхностные вены нижних конечностей,
5. глубокие вены нижних конечностей,

302. Какой ЭКГ-признак является не характерным для острой стадии ТЭЛА?

1. смещение переходной зоны влево,
2. увеличение амплитуды RIII,
3. смещение сегмента ST выше изолинии в I, aVL, V5-V6;
4. синдром SI - QIII,
5. появление высокоамплитудного зубца P в III, aVF,
6. подъем сегмента ST выше изолинии в III, aVF, V1-V3.

303. Что оптимально применить при сочетании интенсивного болевого синдрома с выраженным возбуждением у больного ТЭЛА с систолическим АД ниже 100 мм рт. ст.?

1. фентанил 0,005% - 2,0 мл + дроперидол 0,25% - 2,0 мл,
2. промедол 1% - 1,0 мл + дроперидол 0,25% - 2,0 мл,
3. морфин 1% - 1,0 мл + дроперидол 0,25% - 2,0 мл,
4. фентанил 0,005% - 2,0 мл + реланиум 10 - 20 мг,
5. анальгин 50% - 4,0 мл + димедрол 1% - 2,0 мл.

304. В дооперационном периоде опасными цифрами внутричерепной гипертензии, требующими корректировки, являются:

1.20-25 мм вод.ст

2.25-50 мм.вод.ст

3.50-100 мм.вод.ст.

4.100-200 мм.вод.ст

5.Выше 250 мм.вод.ст

305. Следующие осложнения типично при дислокации ствола мозга:

1.Гипотония

2.Апноэ

3.Замедленное пробуждение

4.Брадикардия

5.Нарушение сердечного ритма

306. Характерными признаками гипогликемической комы являются:

1.Дегидратации

2.Судороги

3.Сниженные сухожильные рефлексы

4.Гипервентиляция

5.Полиурия

307. Какая из перечисленных причин не вызывает кардиогенный шок?

1. острый инфаркт миокарда,
2. пароксизмальные тахиаритмии сердца,
3. экстрасистолия,
4. тяжелая хроническая сердечная недостаточность,
5. миокардит.

308. При каком систолическом АД у больного нормотоника с нарушениями микроциркуляции можно ставить диагноз кардиогенный шок?

1. 80 мм рт. ст. и ниже,
2. 81-85 мм рт. ст.,
3. 86-90 мм рт. ст.,
4. 91-95 мм рт. ст.,
5. 96-100 мм рт. ст.

309. Какой ведущий признак рефлекторного кардиогенного шока?

1. стойкое не поддающееся лечению снижение артериального давления,
2. слабо выраженное нарушение микроциркуляции,
3. большое пульсовое давление (30 мм рт. ст. и более),
4. отсутствие выраженной тахикардии,
5. стойкое исчезновение признаков шока после обезболивающих, вазопрессоров или противоаритмических средств.

310. Повышенная экскреция с мочей ванилил-миндальной кислоты (VMA) обычно наблюдается при

1.Меланоме

2.Карциноидном синдроме

3.Феохромоцитоме

4.Остром полиневрите

5.Карциноматозе.

311. Какой должна быть тактика оказания СМП больным декомпенсированным геморрагическим шоком при внутреннем кровотечении?

1. немедленная доставка в стационар,
2. быстрая доставка в стационар только после стабилизации АД на уровне 80 мм рт. ст.,
3. быстрая доставка в стационар только после подъема АД до нормальных цифр,
4. быстрая доставка в стационар на фоне умеренной инфузионной терапии,
5. быстрая доставка в стационар на фоне высокой скорости инфузии плазмозаменителей.

312. Какое ведущее патогенетическое звено, определяющее клинику типичного анафилактического шока?

1. снижение ударного объема,
2. абсолютная гиповолемия,
3. нарушение микроциркуляции,
4. увеличение объема сосудистого русла,
5. бронхоспазм.

313. Что не применяется при оказании СМП больным лекарственным анафилактическим шоком?

1. купирование острых нарушений гемодинамики,
2. блокирование поступления антигена,
3. специфическая гипосенсибилизация,
4. компенсация адренокортикальной недостаточности,
5. коррекция острых нарушений дыхания,

314. Какова максимальная продолжительность интервала PQ в норме на ЭКГ при нормосистолии?

1. 0,17 секунд,
2. 0,18 секунд,
3. 0,19 секунд,
4. 0,20 секунд,
5. 0,22 секунд.

315. Какая максимальная амплитуда зубца Q по отношению к высоте зубца R ЭКГ в норме?

1. 1/2 R (50%),
2. 1/3 R (33%),
3. 1/4 R (25%),
4. 1/5 R (20%),
5. 1/6 R (16%).

316. Какое максимальное смещение сегмента ST ЭКГ вверх от изолинии в норме во всех отведениях, кроме V1 - V3?

1. 0,1 мм,
2. 0,2 мм,
3. 0,4 мм,
4. 0,5 мм,
5. 1,0 мм,

317.  При первичной микседеме не характерно

1.Брадикардия

2.макроцитарная анемия

3.Сглажинные Т волны на ЭКГ

4.Гипертензия

5.Гипотензия

318. Какой ведущий ЭКГ признак атриовентрикулярной блокады II степени?

1. увеличение продолжительности интервала PQ более 0,20 сек.,
2. нормальная продолжительность интервала PQ,
3. выпадение отдельных желудочковых комплексов QRST,
4. увеличение продолжительности комплекса QRS более 0,10 сек.,
5. нормальная продолжительность комплекса QRS.

319. Какая из перечисленных характеристик болевого приступа не типична для приступа стенокардии?

1. загрудинная локализация,
2. иррадиация в левую руку,
3. сжимающего или жгучего характера,
4. продолжительность приступа от 20 до 40 минут,
5. купирование приемом нитроглицерина

320. С чего следует начинать купирование интенсивного болевого синдрома при остром инфаркте миокарда?

1. курантила,
2. анальгина,
3. фентанила или промедола,
4. закиси азота,
5. оксибутирата натрия.

321. Какие дозы стрептокиназы применяются бригадой СМП для лечения ОИМ?

1. 100.000 МЕ,
2. 250.000 МЕ,
3. 500.000 МЕ,
4. 750.000 МЕ,
5. 1 500.000 МЕ,

322. Что следует применить в первую очередь при аллергической реакции на введение тромболитиков больным ОИМ?

1. димедрол,
2. преднизолон,
3. хлористый кальций,
4. адреналин,
5. протамина сульфат

323. Чем чаще всего достигается купирование фибрилляции желудочков?

1. введением адреналина внутрисердечно,
2. электродефибрилляцией,
3. введением строфантина внутривенно,
4. введением лидокаина внутривенно,
5. введением норадреналина внутривенно,

324. В каком месте должна проводиться компрессия груди при закрытом массаже сердца?

1. слева от грудины,
2. справа от грудины,
3. на границе средней и нижней трети грудины,
4. в верхней трети грудины,
5. в любом месте, указанном в ответах 1, 2, 3, 4.

325. Какая блокада может осложняться приступом Морганьи-Адемса-Стокса?

1. полная атриовентрикулярная блокада,
2. блокада левой ножки пучка Гиса,
3. блокада правой ножки пучка Гиса,
4. атриовентрикулярная блокада I-й степени,
5. синоатриальная блокада I степени.

326. Для тиреотоксического криза не характерно:

1.Ощущение жара в теле

2.Бронхоспазм

3.Абдоминальные боли

4.Аритмия

5.Кома

327. Применение какого средства противопоказано при пароксизме мерцательной аритмии на фоне синдрома WPW?

1. лидокаина,
2. новокаинамида,
3. аймалина,
4. строфантина,
5. кордарона

328. В каком случае показано применение лидокаина?

1. желудочковые нарушения ритма сердца,
2. суправентрикулярные нарушения ритма сердца,
3. пароксизмы трепетания предсердий при синдроме WPW,
4. атриовентрикулярных блокадах,
5. блокадах ножек пучка Гиса

329. В каком случае противопоказано применение кордарона?

1. суправентрикулярная реципрокная тахикардия,
2. пароксизм трепетания предсердий 2:1,
3. пароксизм мерцания предсердий,
4. политопная, ранняя желудочковая экстрасистолия;
5. синдром слабости синусового узла.

330. Гормоном коры надпочечников, в значительной степени не зависящим от влияния гипофиза, является:

1.Альдомтерон

2.АКТГ

3.Гидрокортирон

4.Кортизон

5.Тестестерон.

331 Структура плацентарного барьера считается функционально зрелыми:

1. К 4-й неделе

2. К 8-й неделе

3. К 12-й неделе

4. К 16-й неделе

5. К 20-й неделе

332. Какие ЭКГ признаки типичны для подострой стадии ТЭЛА?

1. расщепление QRS в V1-V2,
2. смещение переходной зоны в V5-V6,
3. образование и углубление отрицательного зубца T во II, III, aVF, V1-V3;
4. смещение ST выше изолинии в I, II, V5-V6;
5. блокада передневерхней ветви левой ножки пучка Гиса.

333. Какой признак не характерный для феохромоцитомы?

1. кратковременный пароксизм выраженной артериальной гипертензии,
2. тахикардия,
3. чувство страха, возбуждение, ощущение повсеместной пульсации;
4. брадипноэ,
5. давящие, сжимающие боли в области сердца и подложечной области, головные боли,

334. Что не может быть причиной отека легких?

1. острый инфаркт миокарда,
2. пневмония,
3. гипертензивные кризы,
4. отравление хлором,
5. отравление фосфорорганическими веществами,,

335. Какой главный механизм действия нитроглицерина, обуславливающий его эффективность при отеке легких?

1. увеличение коронарного кровотока,
2. снижение сосудистого сопротивления с увеличением сердечного выброса,
3. расширение венул с последующим снижением давления в малом круге кровообращения,
4. увеличение диуреза,
5. уменьшение проницаемости легочных капилляров.

336. Какой оптимальный препарат для купирования гипертонического криза при феохромоцитоме?

1. обзидан,
2. пентамин,
3. фентоламин,
4. бензогексоний,
5. магния сульфат,

337. Какая из перечисленных причин чаще всего вызывает истинный кардиогенный шок?

1. миокардит,
2. острый инфаркт миокарда,
3. врожденные пороки сердца,
4. приобретенные пороки сердца,
5. пароксизмальные аритмии сердца,

338. Какой ведущий признак истинного реактивного кардиогенного шока?

1. выраженные нарушения микроциркуляции,
2. снижение систолического артериального давления ниже 80 мм рт. ст.,
3. уменьшение пульсового давления менее 20 мм рт. ст.,
4. олигурия менее 20 мл в час или анурия,
5. повышение артериального давления от введения норадреналина.

339. Какой основной механизм развития относительной гиповолемии при лекарственном анафилактическом шоке?

1. повышение сосудистой проницаемости,
2. нарушение газообмена,
3. метаболический ацидоз,
4. дилатациям мелких сосудов,
5. изменение реологических свойств крови,

340. С чего следует начинать оказание СМП при анафилактическом шоке?

1. дефибрилляции,
2. введения полиглюкина,
3. введения адреналина,
4. введения димедрола,
5. введения седуксена.

341. Какой признак не типичен для гемодинамического варианта лекарственного анафилактического шока?

1. выраженное удушье экспираторного типа,
2. боль в груди,
3. резкое снижение АД,
4. тахикардия или брадикардия, или аритмия,
5. глухость сердечных тонов,

342. Какой основной электрокардиографический признак ишемического повреждения миокарда?

1. появление патологических зубцов Q,
2. появление отрицательных зубцов T,
3. подъем сегмента ST выше изолинии и/или депрессия ST ниже изолинии,
4. расширение комплекса QRS более 0,10 сек.,
5. появление комплекса QS.

343. Какой ведущий ЭКГ признак полной атриовентрикулярной блокады III степени?

1. нормальная форма и продолжительность зубца P,
2. полное разобщение предсердного (зубец P) и желудочкового (комплекс QRST) ритмов при котором число P > QRST,
3. увеличение продолжительности комплекса QRS более 0,10 сек.,
4. нормальная продолжительность комплекса QRS,
5. число желудочковых сокращений 20-40 в минуту.

344. Который из перечисленных ниже симптомов может подтвердить диагноз стенокардии?

1. резкое ослабление I и II тонов на верхушке сердца,
2. акцент II тона на легочной артерии,
3. шум трения перикарда,
4. систолический шум на верхушке сердца,
5. боль в груди.

345. Стенокардия напряжения ФК III характеризуется приступами, возникающими при:

1. ходьбе нормальным темпом по ровному месту менее 100 метров,
2. ходьбе нормальным темпом по ровному месту от 500 до 1000 метров,
3. подъеме по лестнице на 1 этаж,
4. подъеме по лестнице больше чем на 1 этаж,
5. в покое

346. Какая первая внутривенная доза гепарина при ОИМ вводится бригадой скорой медицинской помощи?

1. 1 тыс. ЕД,
2. 4 тыс. ЕД,
3. 5 тыс. ЕД,
4. 10 тыс. ЕД,
5. 20 тыс. ЕД,

347. Какое наиболее частое осложнение после введения стрептокиназы при ОИМ?

1. снижение артериального давления,
2. гипертермия,
3. озноб,
4. тошнота,
5. боли в области поясницы.

348. В каком случае не противопоказано применение стрептокиназы при ОИМ?

1. геморрагический диатез,
2. внутреннее кровотечение,
3. обострение язвенных поражений желудочно-кишечного тракта,
4. тяжелая почечная или печеночная недостаточность,
5. болевой синдром менее 12 часов,
6. нарушение мозгового кровообращения,

349. Что следует применить для купирования фибрилляции желудочков у больного с имплантированным водителем ритма?

1. электрическую дефибрилляцию,
2. временную электрокардиостимуляцию,
3. введение атропина внутрисердечно,
4. введение алупента внутрисердечно,
5. введение кардиамина внутривенно

350. Какой должна быть экскурсия грудины при закрытом массаже сердца?

1. 1 сантиметр,
2. 2-3 сантиметров,
3. 4-6 сантиметров,
4. 7-8 сантиметров,
5. более 8 сантиметров

351. Можно ли проводить электродефибрилляцию при внезапной смерти до того, как будет зарегистрирована ЭКГ или при невозможности ее регистрации?

1. нельзя, т.к. прекращение кровообращения может быть обусловлено асистолией;
2. нельзя, т.к. прекращение кровообращения может быть обусловлено электромеханической диссоциацией;
3. можно, и ее необходимо сделать в самые короткие сроки от начала реанимации;
4. можно, только при наличии клинической картины фибрилляции желудочков;
5. можно, только в случае неэффективности других реанимационных мероприятий

352. Какой самый частый вид аритмии?

1. экстрасистолия,
2. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия,
3. пароксизмальная желудочковая тахикардия,
4. мерцание предсердий,
5. трепетание предсердий.

353. Какой признак не типичен для пароксизмальной желудочковой тахикардии?

1. частота желудочковых сокращений от 120 до 200 в минуту,
2. раздвоение I и II тонов сердца,
3. обмороки,
4. снижение артериального давления,
5. положительный эффект вагусных проб.

354. Какое лекарственное средство чаще всего восстанавливает синусовый ритм при пароксизме мерцания (трепетания) предсердий?

1. лидокаин,
2. обзидан,
3. орнид,
4. новокаинамид,
5. изоптин,

355. Какой фармакодинамический эффект не наблюдается при применении верапамила?

1. селективное торможение медленного трансмембранного тока ионов кальция внутрь сердечной клетки,
2. увеличение спонтанной активности синусового узла,
3. ухудшение сократимости кардиомиоцитов,
4. понижение ненормально повышенного автоматизма в предсердиях,
5. замедление проводимости на уровне АV узла,

356. Что наиболее типично для одышки при ТЭЛА?

1. инспираторный характер с положением ортопноэ,
2. шумное дыхание с форсированными движениями грудной клетки,
3. отсутствие значительных аускультативных изменений и ЧДД = 24-50 в 1 мин.,
4. экспираторный характер,
5. выраженное тахипноэ с ЧДД более 50 в 1 мин.

357. Что следует применить для уменьшения легочной гипертензии при ТЭЛА у больного без аритмии с систолическим АД в пределах 100 - 120 мм рт. ст.?

1. нитроглицерин по 1 табл. под язык через 5 - 10 минут,
2. пентамин 5% - 0,5-1,0 мл в/в,
3. эуфилин 2,4% - 10,0-15,0 мл в/в капельно,
4. анаприлин 5 мг в/в,
5. дибазол 1% - 5,0 мл в/в.

358. Какой клинический признак не типичен для реноваскулярной гипертензии?

1. стабильный характер артериальной гипертензии,
2. преимущественное повышение диастолического АД,
3. относительная резистентность к медикаментозной терапии,
4. злокачественное течение гипертензивного синдрома,
5. большое пульсовое давление,

359. Какой показатель АД не типичен для гипертонической болезни III степени (классификация по ВОЗ)?

1. 230/115 мм рт.ст.,
2. 185/110 мм рт.ст.,
3. 170/130 мм рт.ст.,
4. 175/105 мм рт.ст.,
5. 190/120 мм рт.ст.,

360. В каких случаях не показана экстренная госпитализация больных с гипертоническими кризами?

1. Впервые возникший криз,
2. криз, развившийся на работе, на улице, в общественном месте,
3. криз, рефрактерный к проводимой терапии;
4. криз, осложнившийся отеком легких, острым коронарным синдромом и др.;
5. полностью купированный не осложненный криз, не отличающийся по тяжести от предыдущих, у больного находящегося дома,

361. При каких из названных заболеваний отек легких возникает преимущественно вследствие снижения сократительной способности левого желудочка?

1. митральный стеноз,
2. острый инфаркт миокарда,
3. острое нарушение мозгового кровообращения,
4. Блокады правой ножки пучка Гисса,
5. аортальный стеноз

362. Какое лекарственное средство не применяется при лечении отека легких у больных ОИМ?

1. кислород с парами спирта или антифомсилана,
2. морфин,
3. дроперидол,
4. строфантин,
5. лазикс,

363.  осложнениям ревматоидного артрита не относятся:

1.Анемию

2.Перикардит

3.Периферический артериит

4.Желтуха

5.Спленомегалия

364. Какая аритмия чаще всего приводит к аритмическому кардиогенному шоку?

1. частая желудочковая экстрасистолия,
2. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия,
3. пароксизмальная желудочковая тахикардия,
4. пароксизм трепетания предсердий,
5. пароксизм мерцания предсердий.

365. Какой ведущий признак истинного ареактивного кардиогенного шока?

1. выраженные нарушения микроциркуляции,
2. снижение систолического артериального давления ниже 80 мм рт. ст.,
3. уменьшение пульсового давления менее 20 мм рт. ст.,
4. олигурия менее 20 мл в час или анурия,

5 - отсутствие реакции повышения артериального давления на введение норадреналина

366. Какая основная задача инфузионной терапии на догоспитальном этапе при травматическом и геморрагическом шоке?

1. восстановление водно-электролитного обмена,
2. восстановление периферической гемодинамики,
3. восстановление кислородной емкости крови,
4. восстановление центральной гемодинамики,
5. восстановление обменных процессов.

367. С какой скоростью следует начинать инфузионную терапию при не определяющемся АД, у больного с геморрагическим шоком?

1. 50 - 100 мл в минуту,
2. 100 - 150 мл в минуту,
3. 250 - 500 мл в минуту,
4. 1000 мл в минуту,
5. более 1 литра в минуту.

368. Что является показанием для применения вазопрессоров при травматическом шоке?

1. отсутствие диуреза,
2. отсутствие эффекта от проводимой инфузионной терапии,
3. признаки нарушения микроциркуляции,
4. дыхательная недостаточность,
5. брадикардия.

369. Что приводит к снижению АД при лекарственном анафилактическом шоке?

1. гистамин,
2. серотонин,
3. ацетилхолин,
4. Тестестерон
5. Альдестерон

370.Какой объективный признак не наблюдается при геморрагическом инсульте?

1. сопор или кома,
2. гиперемия или багрово-синюшный цвет лица,
3. напряженный пульс,
4. нарушение дыхания,
5. сочетание гемиплегии с ясным сознанием,

371.Какой признак не типичен для клинической картины массивного паренхиматозного кровоизлияния?

1. возбуждение,
2. оглушение,
3. сужение зрачков,
4. односторонние патологические "стопные" знаки,
5. дыхание ритмичное,

372.Что нужно использовать в первую очередь для купирования судорожного синдрома у больных с нарушением мозгового кровообращения?

1. эуфиллин,
2. лазикс,
3. оксибутират натрия,
4. аминазин,
5. реланиум,

373.Какой признак не типичен для умеренной комы (I ст.)?

1. "неразбудимость" (постоянное состояние сна),
2. координированные защитные действия на боль,
3. нарушение контроля над функциями тазовых органов,
4. угнетение брюшных и повышение сухожильных рефлексов,
5. не угрожаемые нарушения дыхания и кровообращения.

374.Какая причина не приводит к развитию комы?

1. сахарный диабет,
2. острые нарушения мозгового кровообращения,
3. печеночная и почечная недостаточность,
4. черепно-мозговая травма,
5. психическая травма,

375.Какой признак не характерен для кетоацидотической комы?

1. обезвоживание,
2. запах ацетона изо рта,
3. дыхание типа Куссмауля,
4. повышенная температура тела,
5. розовые кожные покровы,

376.На основании чего проводится дифференциальный диагноз между сотрясением и ушибом головного мозга?

1. выраженности общемозговой симптоматики,
2. выраженности очаговой симптоматики,
3. длительности потери сознания,
4. наличия нарушения витальных функций,
5. наличие тошноты

377.Для какого преимущественного повреждения мозга характерна резкая асимметрия двигательных нарушений?

1. ствола головного мозга,
2. подкорковых структур мозга,
3. коры головного мозга,
4. больших полушарий головного мозга

мозжечка

378.Какой ведущий признак преходящего нарушения мозгового кровообращения?

1. развитие на фоне сердечно-сосудистого заболевания,
2. остроразвившаяся очаговая мозговая симптоматика,
3. остроразвившиеся общемозговые симптомы,
4. продолжительность неврологической симптоматики не более 24 часов,
5. высокие цифры артериального давления.

379.Какой симптом не типичен для клинической картины геморрагического инсульта?

1. сильная головная боль,
2. рвота,
3. внезапное начало,
4. развитие клиники во время сна или сразу после него,
5. развитию клиники предшествовала физическая нагрузка

380.У больных с бронхиальной астмой при проведении общей анестезии желательно исключить использование:

1.Фторотан

2.калипсол

3.тубокурарин

4.Закись азота

5.Диприван

381.Какие из перечисленных нарушений мозгового кровообращения относятся к преходящим нарушениям мозгового кровообращения?

1. инфаркт мозга,
2. кровоизлияние в мозг,
3. гипертонические церебральные кризы,
4. Смешанный инсульт
5. Аневризма ГМ

382.Какой признак не типичен для глубокой комы (II ст.)?

2

1. "неразбудимость" (постоянное состояние сна),
2. не координированные защитные действия на боль,
3. нарушение контроля над функциями тазовых органов,
4. гипорефлексия или арефлексия,
5. разнообразные изменения мышечного тонуса,

383.При какой из причин не наблюдается внезапное развитие комы?

1. гипогликемии,
2. черепно-мозговой травме,
3. геморрагическом инсульте,
4. циррозе печени,
5. эпилептическом статусе

384.Какой признак не типичен для гиперосмолярной комы?

1. обезвоживание,
2. поверхностное учащенное регулярное дыхание,
3. мышечный гипертонус,
4. повышенная температура тела,
5. розовые кожные покровы с расчесами,

385.Что предполагает синдром сдавления головного мозга?

1. обязательное наличие ушиба головного мозга,
2. не обязательное наличие ушиба головного мозга,
3. обязательное наличие перелома основания черепа,
4. обязательное наличие нарушений витальных функций,
5. обязательное наличие светлого промежутка.

386.Когда развивается симптом очков при переломе основания черепа?

1. в первые минуты,
2. в первые часы,
3. в первый день,
4. на 2 - 3 сутки,
5. в конце первой недели

387.Какой ведущий признак мозгового инсульта?

1. развитие на фоне сердечно-сосудистого заболевания,
2. остроразвившаяся очаговая мозговая симптоматика,
3. остроразвившаяся общемозговая симптоматика,
4. продолжительность очаговой неврологической симптоматики более 24 часов,
5. высокие цифры артериального давления.

388. . При миастении противопоказан:

1.Прозерин

2.Гексенал

3.Атропин

4.Сукцилинхолин

5.Кетамин

389.Какие зрачки характерны для кровоизлияния в мозг с прорывом крови в желудочки?

1. нормальные,
2. суженные,
3. расширенные на стороне очага,
4. расширенные контралатерально очагу,
5. расширенные с двух сторон.

390.Какие симптомы не характерны для типичной клинической картины субарахноидального кровоизлияния на фоне нормального АД?

1. ригидность затылочных мышц,
2. психомоторное возбуждение,
3. четкая анизокория,
4. слабость,
5. головокружение;

391.Какой объективный признак не типичен для геморрагического инсульта?

1. полная сохранность ясного сознания,
2. гемипарез или гемиплегия,
3. анизокория,
4. симптомы раздражения мозговых оболочек,
5. горметония.

392.Какие из перечисленных симптомов более характерны для корковых кровоизлияний?

1. оглушение,
2. оглушение или сопор,
3. глубокие очаговые симптомы выпадения,
4. умеренные очаговые симптомы выпадения,
5. Гипотония;

393.Какой признак не типичен для апоплексической комы при кровоизлиянии в мозг?

1. внезапное бурное развитие,
2. гемиплегия,
3. артериальная гипертензия,
4. дыхание типа Чейн-Стокса,
5. тахикардия,

394.Какие движения глазных яблок не характерны для кровоизлияния в мозг, с прорывом крови в желудочки?

1. нормальные,
2. плавающие,
3. неподвижные по средней линии,
4. по вертикали типа "качели" (симптом Гертвига-Мажанди),
5. в виде горизонтального нистагма.

395.Какой признак не типичен для запредельной комы (III ст.)?

1. "неразбудимость" (постоянное состояние сна),
2. двухсторонний предельный мидриаз,
3. гипорефлексия и разнообразные изменения мышечного тонуса,
4. резкое снижение АД до 0,
5. нарушение ритма и частоты дыхания,

396.С чем связано развитие комы?

1. обменно-дистрофическими изменениями в головном мозге,
2. изменениями в жизненно-важных органах без поражения мозга,
3. атония,
4. нарушением периферической микроциркуляции,
5. гипотензия;

397.Что не характерно для комы при отравлении наркотическими средствами?

1. поверхностное дыхание,
2. дыхание типа Биота,
3. узкие "точечные" зрачки,
4. односторинний мидриаз,
5. Гипертензия.

398. На что должна быть направлена СМП пострадавшему с черепно-мозговой травмой?

1. профилактику и лечение нарушений дыхания,
2. проведение дегидратационных мероприятий,
3. лечение сердечно-сосудистой недостаточности,
4. восстановление объема циркулирующей крови,
5. нормализацию метаболических процессов.

399. Какой патогенетический механизм не типичен для транзиторных ишемических приступов?

1. сосудисто-мозговая недостаточность,
2. микроэмболии мозговых сосудов,
3. нарушение микроциркуляции вследствие физико-химических свойств крови,
4. вертеброгенные влияния (сдавление позвоночных артерий остеофитами и др.),
5. тромбоэмболия сонной артерии.

400. Какой признак не типичен для субарахноидального кровоизлияния?

1. внезапно возникшая головная боль,
2. повышенное артериальное давление,
3. однократная рвота,
4. четкая очаговая мозговая симптоматика,
5. менингиальные симптомы.

401. Какой симптом не типичен для клинической картины полушарного кровоизлияния?

1. парезы или плегии,
2. ригидность затылочных мышц,
3. судороги,
4. равномерное сужение обеих зрачков,
5. умеренные нарушения чувствительности,

402. Что не характерно для острого периода мозгового инсульта?

1. одностороннее снижение мышечного тонуса конечностей,
2. одностороннее повышение мышечного тонуса конечностей,
3. фокальные судороги,
4. генерализованные судороги,
5. угнетение сознания,
6. психомоторное возбуждение.

403. До каких цифр следует снижать артериальное давление при субарахноидальном кровоизлиянии с целью коррекции артериальной гипертензии?

1. до рабочих цифр,
2. до цифр, несколько превышающих рабочий уровень;
3. до цифр, на 10-15% ниже рабочего уровня;
4. правильно ответы 1, 2.
5. Правильно 2,3

404. Какие наиболее часто встречающиеся причины, которые обуславливают нетравматические субарахноидальные кровоизлияния?

1. артериовенозные соустья,
2. первичные и вторичные опухоли мозга,
3. васкулиты,
4. коллагенозы,
5. аневризмы мозговых сосудов,

405.С чего следует начинать оказание СМП при тяжелом травматическом шоке с нарушениями дыхания?

1. обезболивания,
2. инфузионной терапии,
3. обеспечения адекватной легочной вентиляции,
4. транспортной иммобилизации,
5. коррекции ацидоза

406.Какой из перечисленных признаков не наблюдается при астматическом варианте лекарственного анафилактического шока?

1. выраженное удушье экспираторного типа,
2. сухие хрипы в легких,
3. синдром "немого легкого",
4. уменьшение удушья после применения эуфиллина,
5. резкое снижение АД,

407.Какая лечебная мера СМП патогенетически обоснована при напряженном пневмотораксе вследствие травмы грудной клетки?

1. интубация трахеи и проведение ИВЛ,
2. ингаляция кислорода,
3. обезболивание наркотическими средствами,
4. пункция плевральной полости,
5. применение сердечных гликозидов.

408.Укажите не характерное для утопления в морской воде нарушение:

1.Дисритмии сердца

2.Гемолиз

3.Гипотензия

4.Ателектаз

5.Судороги

409.Какие наиболее надежные критерии адекватности ИВЛ на догоспитальном этапе?

1. достаточные экскурсии грудной клетки,
2. нормализация цвета кожных покровов и величины зрачков,
3. появление спонтанных вдохов,
4. полная синхронизация больного с респиратором,
5. правильные ответы 1, 3;

410.С чего следует начинать оказание СМП больному острой дыхательной недостаточностью (ЧДД более 40 в минуту) на фоне острой гиповолемии?

1. ИВЛ для уменьшения "цены дыхания",
2. оксигенотерапии,
3. введения гемодинамических растворов,
4. введения соды или трисамина,
5. медикаментозной блокады дыхательного центра.

411.Интубация трахеи при сохраненном сознании и спонтанном дыхании в условиях скорой помощи:

1. не проводится ни в каких случаях из-за отсутствия условий,
2. противопоказана,
3. возможна при некоторых ситуациях только после медикаментозного выключения сознания и дыхания,
4. возможна при некоторых ситуациях только после медикаментозного выключения дыхания,
5. возможна при некоторых ситуациях, только после медикаментозного выключения сознания.

412.В каком случае показано проведение ИВЛ при черепно-мозговой травме на догоспитальном этапе?

1. психомоторное возбуждение,
2. нарушения дыхания центрального типа,
3. нарушения дыхания периферического типа,
4. коматозное состояние,
5. артериальная гипертензия,

413.Какой признак не характерен для гипоксической комы при астматическом статусе?

1. резкое поверхностное дыхание,
2. диффузный цианоз,
3. большое количество сухих хрипов в легких,
4. снижение артериального давления,
5. акцент второго тона на легочной артерии.

414.Какое дыхание не характерно для кровоизлияния в мозг с прорывом крови в желудочки?

1. ритмичное, тихое,
2. хрипящее, шумное,
3. типа Чейна-Стокса,
4. типа Биота,
5. типа Куссмауля

415.В каком месте следует проводить пункцию плевральной полости при напряженном пневмотораксе?

1. во II-III межреберье по среднеключичной линии,
2. в V межреберье по передне-подмышечной линии,
3. в VII межреберье по задне-подмышечной линии,
4. правильные ответы 1, 2, 3;
5. правильные ответы 1, 2;

416.Что характерно для гиперкапнии?

1. гипосаливация,
2. сухость слизистых ротовой полости,
3. бронхиальная гиперсекреция,
4. интерстициальный отек легких,
5. гипертермия

417.В какой из перечисленных ситуаций нет показаний к ИВЛ у больного с нормотермией и нормоволемией?

1. апноэ,
2. патологические ритмы дыхания,
3. учащение дыхания более 40 в минуту,
4. учащение дыхания от 20 до 30 в минуту,
5. урежение дыхания менее 8 в минуту.

418.Что может вызвать проведение ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции при ОДН на догоспитальном этапе?

1. повышение тонуса сосудов головного мозга,
2. снижение артериального давления,
3. снижение продукции ликвора,
4. Повышение АД;
5. тхикардия,

419.К методам детоксикации не относятся:

1.Форсированный диурез

2.Гемодиализ и плазмоферез

3.Гемо- и плазмосорбция

4.УФО и лазерное облучение крови

5.Использование ионообменных смол

420. Что следует сделать в первую очередь при оказании СМП больному напряженным пневмотораксом с ЧДД = 4-6 в минуту, выраженным цианозом и не определяющимся АД?

1. интубацию трахеи и ИВЛ,
2. пункцию плевральной полости,
3. внутривенное нагнетание плазмозаменителей,
4. непрямой массаж сердца,
5. ингаляцию кислорода

421. Фармакологические средства, уменьшающие постнагрузку (afterload) левого желудочка у больного с острым инфарктом миокарда, не включают:

1.Нитроглицирин

2.Фентоламин

3.Эсмолол

4.Нитропурсид натрия

5.Нифедипин

422. Что является показанием к коникотомии?

1. шок III-IV степени,
2. черепно-мозговая травма с нарушением дыхания,
3. гемическая гипоксия,
4. нарушение проходимости верхних дыхательных путей,
5. отравление фосфорорганическими веществами (ФОВ) тяжелой степени.

423. Перитонеальный диализ не показан при отравлении

1.Амитриптилином

2.Дихлорэтаном карбофосом

3.Эаминал

5.Этиленгликолем

424. Наименьшая концентрация этилового алкоголя в крови, при которой может развиваться коматозное состояние, составляет:

1.1 г/л

2.3 г/л

3.5-6 г/л

4.8-10 г/л

5.Свыше 10 г/л

425. Что не характерно для основных ранних признаков острой кишечной непроходимости?

1. рвота,
2. задержка стула ,
3. лихорадка,
4. задержка газов,
5. увеличение живота

426.Для какой болезни характерны видимые перистальтика и асимметрия живота, прощупываемая кишечная выпуклость, высокий тимпанит при перкуссии живота?

1. перитонита,
2. панкреатита,
3. острой кишечной непроходимости,
4. аппендицита,
5. холецистита

427.Следствием чего является снижение интенсивности боли в животе при остром аппендиците?

1. катаральных изменениях в отростке,
2. флегмонозных изменениях в отростке,
3. гангрене отростка,
4. вовлечении других органов в воспалительный процесс,
5. низкого индивидуального порога болевой чувствительности.

428. В каком положении предпочитает лежать больной с острым аппендицитом?

1. на спине,
2. на правом боку,
3. на животе,
4. на спине и правом боку,
5. на спине и левом боку,

429.Что характерно для перитонита при острой кишечной непроходимости?

1. развивается сразу с началом болей,
2. присоединяется в поздних ее стадиях,
3. встречается только у лиц пожилого возраста,
4. встречается только у лиц молодого возраста,
5. не присоединяются в поздних стадиях.

430.О чем свидетельствует схваткообразная боль в животе, сопровождающаяся рвотой, метеоризмом и усиленной перистальтикой при сохраненном (до 6-ти часов) стуле?

1. о кишечной непроходимости низкой локализации,
2. о тонкокишечной непроходимости,
3. об отсутствии острой кишечной непроходимости,
4. о пищевом отравлении,
5. о раннем периоде брюшного тифа.

431.Какой признак не типичен для абдоминального варианта лекарственного анафилактического шока?

1. умеренные расстройства дыхания или их отсутствие,
2. резкие боли в животе,
3. тошнота,
4. рвота,
5. резкое снижение АД,

432. В результате чего возникает паралитическая динамическая непроходимость при перитоните?

1. механического сдавления кишечника экссудатом,
2. инфекционно-токсического раздражения нервно-мышечного аппарата кишечной стенки,
3. механического сдавления кишечника воспаленной отечной брюшиной,
4. повышения тонуса блуждающего нерва,
5. Инородным телом.

433. Длительность токсикогенной фазы при отравлении метиловым спиртом и этиленгликолем составляет

1.6-12 ч

2. 12-24 ч.

3.24-48ч

4.48-72ч

5.более 3 суток

434.Какой признак не типичен для ботулизма?

1. диспептические расстройства (тошнота, метеоризм...),
2. офтальмоплегический синдром,
3. нарушения глотания,
4. расстройства дыхания,
5. субфебрильная лихорадка,

435.Что противопоказано при стенозе гортани III степени?

1. общая горячая ванна,
2. кислородотерапия,
3. кортикостероиды,
4. эуфиллин,

5- щелочное питье

436. Какой признак не типичен для тяжелой формы вирусного гепатита?

1. выраженная интоксикация,
2. многократная рвота,
3. энцефалопатия,
4. геморрагический синдром,
5. респираторный синдром.

437. Что не характерно для острой дистрофии печени при вирусном гепатите?

1. нервно-психические нарушения,
2. геморрагический синдром,
3. появление изо рта запаха ацетона,
4. уменьшение размеров печени.
5. слабость

438. Длительность дезинтоксикационного лечения при отравлении метиловым спиртом и этиленгликолем составляет:

1.6 ч

2. 12ч

3.24ч

4. 2-3 суток

5.более 3 суток

439. Какой признак не наблюдается при менингиальномсимптомокомплексе?

1. головная боль, рвота;
2. поражение черепно-мозговых нервов,
3. общая гиперестезия и гиперестезия органов чувств,
4. реактивные болевые феномены,
5. мышечные тонические напряжения и контрактуры - Кернига, Брудзинского..

440. Вторичный цитокиногенез (реакция Яриша-Герксгеймера) минимален при применении антибиотиков

1. Хлорамфеникол

2. Карбепенемов

3.Тетрациклинов

4.Фторхинолонов

5.Цефалоспорнином

441. Через какие интервалы времени должны производиться изменения АД и пульса во время общей и перидуральной анестезии?

1. через 2 минуты

2через 5 мин

3 через 10 мин

4. через 15 мин

5.через 20 мин.

442. Какие входные ворота инфекции при столбняке?

1. поврежденные кожные, слизистые покровы;
2. верхние дыхательные пути,
3. желудочно-кишечный тракт,
4. контактно бытовой.
5. при гемотрансфузии

443. Какой признак не типичен для комы, вызванной инфекционным процессом в мозге?

1. инфекционный процесс, предшествующий развитию комы;
2. истечение гноя из носа или ушей,
3. лихорадка,
4. кровоизлияния на коже по типу "звездочек",
5. ригидность мышц шеи.

444. Какой обьем 0,9% раствора NaCl остается в сосудистом русле через час после введения:

1.90%

2.75%

3.50%

4.40%

5.25%

445. Критическая температура закиси азота составляет

1.100 градусов

2.200 градусов

3.-117 градусов

4. 36 градусов.

5. -86 градусов

446. Какой должна быть протяженность иммобилизации при переломах плечевой кости?

1. от кончиков пальцев до верхней трети плеча,
2. от основания пальцев до верхней трети плеча,
3. от основания пальцев до лопатки здоровой руки,
4. от лучезапястного сустава до средней трети плеча
5. нет правильных ответов

447. Тактика бригады скорой медицинской помощи при вывихах:

1. Немедленно вправить вывих,
2. Обезболить и вправить вывих,
3. Обезболить и госпитализировать,
4. Обезболить и направить в поликлинику,
5. Немедленно госпитализировать

448. Что нельзя делать при осуществлении транспортной иммобилизации в случаях переломов конечностей?

1. фиксировать более двух суставов,
2. подкладывать под шину мягкую прокладку,
3. придавать конечности физиологическое положение при закрытых переломах,
4. освобождать от одежды конечность при закрытых переломах,
5. вправлять отломки при открытых переломах

449. Какой из препаратов нельзя применять у пациентов с бронхо-обструктивным синдромом

1.Тиопинтал натрия

2. Пропафол

3.Промдол

4.Морфин

5.Кетамин;

450.Какой должна быть протяженность иммобилизации при переломах костей голени?

1. от кончиков пальцев до средней трети бедра,
2. от кончиков пальцев до нижней трети бедра,
3. от головок плюсневых костей до верхней трети бедра,
4. от кончиков пальцев до подмышечной впадины.
5. от кончиков пальцев до тазобедренного сустава

451.Как должна проводиться транспортная иммобилизация пострадавшего с повреждением поясничного отдела позвоночника?

1. на жесткой поверхности спиной,
2. на жесткой поверхности спиной с подложенным под поясничный отдел валиком,
3. на твердых носилках животом с подложенными под грудь и ноги валиками,
4. на мягких носилках спиной с подложенным под голову валиком,
5. на мягкой поверхности спиной с подложенным под поясничный отдел валиком;

452.Какой должна быть протяженность иммобилизации при переломах бедра?

1. от коленного сустава до подмышечной впадины,
2. от кончиков пальцев до верхней трети бедра,
3. от основных фаланг пальцев до верхней трети бедра,
4. от подмышечной впадины и паховой области до головок плюсневых костей.

5 – от верхней трети голени до верхней трети бедра

453.При каких ожогах показана экстренная госпитализация пострадавших в больницу?

1. II степени менее5%,
2. I степени менее 5%,
3. I степенименее 3 %,
4. IV степени любой площади,
5. II степени мене 1%

454.Какой признак не характерен для I степени общего охлаждения?

1. заторможенность, сниженная критика,
2. затрудненная, скандированная речь,
3. скованность движений, мышечная дрожь,
4. редкое и поверхностное дыхание,
5. тенденция к брадикардии.

455.При какой минимальной площади ожога I степени может развиться ожоговый шок?

1. 10%,
2. 20%,
3. 30%,
4. 40%,
5. 50%.

456.Что показано при глубоком отморожении?

1. быстрое согревание,
2. массаж,
3. растирание,
4. смазывание отморожений поверхности жиром,
5. медленное согревание путем применения специальных методов.

457.Какой основной механизм гиповолемии при ожоговом шоке?

1. нарушение микроциркуляции,
2. нарушение белкового обмена,
3. нарушение водно-солевого обмена,
4. плазморрея и гемолиз,
5. нарушение кислородного обмена.

458. Какой признак не типичный для II степени общего охлаждения?

1. снижение температуры тела до +30°С,
2. нарушение сознания вплоть до сопора,
3. ригидность мышц,
4. тахикардия,
5. редкое и поверхностное дыхание,

459. Что не характерно для тяжелой степени перегревания?

1. повышение температуры тела до 40°С и выше, гиперемия кожи,
2. возбуждение, судороги,
3. повышенная влажность кожных покровов,
4. частое и поверхностное дыхание,
5. тахикардия, гипотензия,

460. При какой минимальной площади ожога II-IV степени может развиться ожоговый шок?

1. 10%,
2. 20%,
3. 30%,
4. 40%,
5. 50%.

461. Какой наименее достоверный критерий ожогового шока:

1. уровень АД,
2. низкое пульсовое давление,
3. анурия,
4. тахикардия,
5. одышка

462. Критерием общего переохлаждения организма является температура тела не выше:

1. 36°,
2. 35°,
3. 34°,
4. 33°,
5. 32°.

463. Какой признак не характерен для III степени общего охлаждения?

1. снижение температуры тела до +26°С,
2. сужение зрачков,
3. выраженное ослабление или утрата фоторефлекса,
4. тризм жевательной мускулатуры, судороги;
5. расширение зрачков,

464. Что не входит в основные принципы неотложной медицинской помощи при перегревании?

1. физическое охлаждение,
2. медикаментозное подавление теплопродукции,
3. внутривенная инфузия охлажденных кристаллоидных растворов,
4. купирование судорожного синдрома,
5. введение дыхательных аналептиков,

465. Какая специфическая терапия при отравлении метанолом?

1. промывание желудка,
2. форсированный диурез,
3. введение бикарбоната натрия внутривенно,
4. введение этилового спирта внутривенно или внутрь,
5. проведение ранней гемосорбции.

466. С чего следует начинать при оказании помощи при экзотоксическом шоке?

1. обезболивания,
2. инфузионной терапии,
3. применения глюкокортикоидов,
4. переливания раствора новокаина,
5. ускорения метаболических процессов

467. С чего следует начинать оказание помощи при отравлении снотворными и седативными средствами?

1. больших доз дыхательных аналептиков,
2. сердечно-сосудистых средств,
3. ингаляции кислорода,
4. удаления снотворных и седативных средств из организма,
5. применения больших доз гормонов

468. Какой из перечисленных препаратов показан при отравлении ФОВ?

1. седуксен,
2. прозерин,
3. адреналин,
4. атропин,
5. аминазин,

469. Какая основная причина ДВС-синдрома при отравлении уксусной эссенцией?

1. дыхательная недостаточность,
2. гиповолемия,
3. гемолиз эритроцитов,
4. изменения реологических свойств крови,
5. химический ожог.

470. При каком отравлении атропина сульфат применяют в качестве антидота?

1. фосфорорганическими соединениями,
2. окисью углерода,
3. солями тяжелых металлов,
4. цианидами,
5. холинолитическими препаратами.

471. Какое первоочередное мероприятие при оказании помощи больному с отравлением угарным газом?

1. вынесение пострадавшего на свежий воздух,
2. обязательное обезболивание,
3. промывание желудка,
4. форсированный диурез,
5. ощелачивание крови,

472. В каком случае противопоказано промывание желудка при остром экзогенном отравлении?

1. желудочное кровотечение,
2. отравление концентрированными кислотами и щелочами,
3. коматозное состояние,
4. выраженное психомоторное возбуждение,
5. перфорация пищевода, желудка или кишечника

473. Какой препарат является антидотом при отравлении сульфатом магния?

1. атропин,
2. прозерин,
3. хлорид кальция,
4. изоптин,
5. реланиум.

474. С чего следует начинать при странгуляционной асфиксии?

1. проведения закрытого массажа сердца,
2. восстановления проходимости дыхательных путей и проведения ИВЛ,
3. дегидратационной терапии,
4. инфузионной терапии,
5. применения антигипоксантов и гормонов.

475. Для какой степени тяжести поражения электрическим током характерно наличие судорог с потерей сознания,без нарушения дыхания и сердечной деятельности

1. 1 степени

2. 2 степени

3. 3 степени

4. 4 степени

5. при любой степени

476. Какой признак не характерен для истинного утопления в морской воде?

1. отек легких,
2. острая дыхательная недостаточность (ОДН),
3. гиперволемия,
4. гипернатриемия,
5. гемоконцентрация

477. Какой ведущий признак в клинике синкопального утопления?

1. отек легких,
2. острая дыхательная недостаточность,
3. рефлекторная остановка сердца,
4. рефлекторная остановка дыхания,
5. резкое снижение АД.

478. С чего следует начинать при утоплении в морской воде?

1. лечения сердечно-сосудистой недостаточности,
2. удаления воды из желудка,
3. отсасывания воды из нижних дыхательных путей,
4. проведения типичной сердечно-легочной реанимации,
5. лечения дыхательной недостаточности,

479. Какой признак не характерен для истинного утопления в пресной воде?

1. отек легких,
2. острая дыхательная недостаточность (ОДН),
3. гипокалиемия,
4. гемолиз эритроцитов,
5. гемоконцентрация.

480. С чего следует начинать оказание помощи при поражении электротоком?

1. наложения повязок на область "меток тока",
2. наложения кровоостанавливающего жгута,
3. прекращения воздействия электротока на пострадавшего,
4. иммобилизации поврежденной конечности,
5. инфузионной терапии,

481. Что характерно для поражения электротоком III степени тяжести?

1. судорожное сокращение мышц с потерей сознания без нарушения сердечной деятельности и дыхания,
2. судорожное сокращение мышц без потери сознания,
3. развитие клинической смерти,
4. потеря сознания с нарушением дыхания и сердечной деятельности.
5. отсутствия потери сознания

482. Причины гиперкалиемии:

1. полиурия;
2. кишечная непроходимость;
3. почечная недостаточность.
4. перспирационные потери
5. рвота

483. При дегидратации наступает:

1. полиурия;
2. олигурия;
3. гипопротеинемия.
4. диурез 100 мл/час
5. пульс 70 в мин.

484. Компенсация метаболического ацидоза происходит за счет:

1. Сниженного выделения гидрокарбоната натрия с мочой.

2. Увеличение объема легочной вентиляции.

3. Блокада оксигемоглобина, обмена Cl и HCO3 между клеткой и плазмой.

4.гипергликемии

5.гипертензии.

485. Увеличение дефицита оснований наблюдается при:

1. Тяжелой рвоте.

2.Гиповолемическом шоке.

3. Увеличение уровня гидрокарбоната крови.

4.диарее.

5. гипотермии.

486. Предсердный натриуретический пептид:

1. Высвобождается в ответ на растяжение правого предсердия.

2. Синтезируется в почках.

3. Уменьшает скорость гломерулярной фильтрации.

4. Является вазоконстриктором.

5. Способствует задержке жидкости.

487. Следующие показатели соответствуют физиологической олигурии:

1. Содержание натрия в моче менее чем 10ммоль/л.

2. Плотность мочи менее 1012.

3. Соотношение осмолярности мочи и плазмы = 5:1.

4. Соотношение содержания мочевины в моче и плазме = 10:1.

5. Соотношение содержания креатинина в моче и плазме = 20:1.

488. Скорость гломерулярной фильтрации воз­растает под действием:

1. Увеличения коллоидно-осмотического давления плазмы

2. Острого повышения артериального давления

3. Повышения интрагломерулярного давления

4. Повышения интраабдоминального давления

5. Снижение интрагломерулярного давления

489. Нитропруссид натрия:

1. Является прямым вазодилятатором.

2. Передозировка может вызвать дыхательный ацидоз.

3. Может вызвать синусовую брадикардию.

4. Раствор стоек при длительном хранении.

5. является не прямым вазодилятатором

490. Нитроглицерин:

1. Сужает емкостные сосуды

2. Расширяет периферические артериолы

3. Вызывает брадикардию

4. Блокирует бета – 2 адренорецепторы

5. Метаболизируется в почках

491. Что является прямым следствием острой гипертензии малого круга кровообращения приТЭЛА?

1.дилятация полости левого желудочка,

2.гипертрофия миокарда левого желудочка,

3.снижение центрального венозного давления,

4.перегрузка правых отделов сердца,

5.возрастание преднагрузки левого желудочка.

492. Что не применяется при оказании скорой медицинской помощи больным с ТЭЛА?

1. тромболизис
2. снижение артериальной легочной гипертензии
3. антибактериальная терапия
4. коррекция дыхательной и сердечной недостаточности
5. введение прямых антикоагулянтов

493. Какой наиболее частый исход инфаркта легкогопри ТЭЛА?

1. мелкие ателектазы
2. плевриты
3. абсцедирование и эмпиема
4. бронхоэктазы
5. пневмонии

494. Какой синдром не имеет значения в формированииклиники острого периода ТЭЛА?

* + - 1. легочной сосудистый оклюзии,
      2. острого легочного сердца,
      3. аллергический,
      4. нарушения системной гемодинамики,
      5. нарушения дыхания и газообмена,

495. Какой признак не характерен для остроговарианта клинического течения ТЭЛА?

1. коллапс,
2. одышка с внезапным началом,
3. страх смерти,
4. симптомы плевропневмонии с кровохарканьем,
5. ангинозоподобный болевой приступ.
   1. Что наиболее типично для одышки при ТЭЛА?
6. инспираторный характер с положением ортопноэ
7. шумное дыхание с форсированными движениями грудной клетки
8. отсутствие значительных аускультативных изменений и ЧДД = 24-50 в 1 мин
9. экспираторный характер
10. выраженное тахипноэ с ЧДД более 50 в 1 мин
    1. Какой признак не характерен для легочно-плеврального болевого синдрома при ТЭЛА?!
11. четкая связь с дыханием
12. появление в первые часы от начала заболевания при остром варианте ТЭЛА
13. усиление при кашле
14. встречается чаще других вариантов болевого синдрома (в 55% наблюдений)
15. типичен для подострого варианта течения ТЭЛА
    1. Какой аускультативный симптом не типичен для острого легочного сердца?
16. усиление сердечного толчка
17. акцент II тона на аорте
18. акцент II тона на легочной артерии
19. систолический шум на легочной артерии
20. расщепление II тона (ритм галопа) на!легочной артерии.
    1. Когда формируется инфаркт легкого при ТЭЛА?
21. в течение первых минут
22. в течение первых 2 - 4 часов
23. через 6 - 12 часов
24. через 24 - 48 часов
25. на 2 - 3 неделе от начала заболевания
    1. Вследствие чего возникает инфаркт легкого при ТЭЛА
26. острой ишемии легочной ткани
27. нарушения гуморальной регуляции легочного кровотока
28. дыхательного алкалоза
29. кровоизлияния в легочную ткань из бронхиальных сосудов через межсистемные анастомозы
30. метаболического ацидоза