

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО
на заседании
Учебно-методического совета
« 02 » сентября 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО
Проректор по послевузовскому,
дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.1 «Анестезиология-реаниматология»**
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.02 «Анестезиология-реаниматология»

Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики:

Заведующий кафедрой,
д.м.н. профессор

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

Александрович Ю.С.

(расшифровка)

Доцент кафедры, к.м.н.

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

Пшениснов К.В.

(расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры

Анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии ФП и ДПО

название кафедры

« 30 » _____ 2021 г., протокол заседания № 1

Заведующий кафедрой

Анестезиологии, реаниматологии и неотложной
педиатрии ФП и ДПО

название кафедры

Д.м.н., профессор

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

Александрович Ю.С.

(расшифровка)

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.02 «Анестезиология-реаниматология»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б1Б.1 «Анестезиология-реаниматология»	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Б1.Б.1 «Анестезиология – реаниматология»

№	Индекс компетенции и её содержание, этапы формирования	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
		знать	уметь	владеть
1.	УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	- законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации, по вопросам профессионального образования и вопросам оказания медицинской помощи; -методы сравнительного анализа и критической оценки норм права в области здравоохранения; - общие принципы и закономерности дидактики; - поисковые системы ресурсов	- анализировать и систематизировать нормативно-правовые акты в соответствии со сферами их применения в профессиональной деятельности; - использовать в профессиональной деятельности ресурсе интернета; - оперировать категориальным аппаратом; Организовывать исследование; - анализировать современные медицинские концепции и реализовывать	- приемами использования нормативно-правовых актов в соответствии со сферами их применения в профессиональной деятельности; - приемами работы с ресурсами интернета; - навыками использования категориального аппарата в профессиональной деятельности; - навыками проектирования различных видов лечебно-диагностических

		<p>интернета;</p> <ul style="list-style-type: none"> - возможности исследовательских функций в медицине; - инновационные методики в медицине; - средства, методы и формы научной и аналитической работы 	<p>принципы и закономерности в конкретных видах медицинской деятельности;</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять отбор средств, методов и форм организации лечебно-диагностического процесса, адекватных его содержанию - осуществлять отбор методов и форм контроля эффективности лечебно-диагностического процесса адекватных его содержанию; 	<p>мероприятий;</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками использования методов и форм контроля качества оказания медицинской в том числе, на основе информационных технологий; - навыками отбора и применения методов, приемов и средств воспитания будущих специалистов медицинского и фармацевтического профиля; - навыками реализации в своей педагогической деятельности принципов профессиональной этики;
4.	<p>ПК-1</p> <p>Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а</p>	<ul style="list-style-type: none"> -основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, медицинского страхования и иные нормативные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения; -общие принципы организации службы анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, действующие приказы и другие документы, регулирующие службу, оснащение 	<ul style="list-style-type: none"> -применять на практике знание законодательства Российской Федерации по вопросам организации анестезиолога – реанимационной помощи населению; -использовать основы медицинский психологии, необходимые для деятельности врача-анестезиолога-реаниматолога - применять принципы ведения врачом-анестезиологом-реаниматологом пациентов пожилого и старческого возраста; 	<ul style="list-style-type: none"> -знаниями законодательства Российской Федерации по вопросам организации медицинской помощи населению по профилю «анестезиология и реаниматология»; -принципами социальной гигиены, биосоциальными аспектами здоровья и болезни; основами медицинской этики и деонтологии в анестезиологии – реаниматологии; -навыками организации рабочего места в операционной с

	также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.	отделений и гигиенические требования; -правовые вопросы в анестезиологии-реаниматологии; - принципы социальной гигиены, биосоциальные аспекты здоровья и болезни; основы медицинской этики и деонтологии в анестезиологии-реаниматологии; -анатомо-физиологические особенности детского возраста, изменения в пожилом и старческом возрасте; формы и методы санитарно-просветительной работы.	-осуществлять принципы социальной гигиены, биосоциальные аспекты здоровья и болезни; основы медицинской этики и деонтологии в анестезиологии – реаниматологии; - проводить санитарно-просветительную работу среди населения; - диагностировать, лечить, осуществлять реабилитацию больных в анестезиологии – реаниматологии; -оформлять медицинскую документацию врача-анестезиолога-реаниматолога	учетом мер профилактики взрывов и воспламенений, правилами работы с баллонами со сжатыми газами, подготовки к работе и эксплуатации аппаратуры для наркоза, искусственной вентиляции легких, мониторинга наблюдения за больным, необходимых инструментов, медикаментов -навыками осуществления непрерывного контроля состояния больного во время анестезии, своевременным распознаванием возникающих - нарушений состояния больного и осложнений, их своевременную профилактику и лечение; -навыками диагностирования и лечения возникших во время операции нарушений газообмена, кровообращения, гемокоагуляции, терморегуляции, аллергических и анафилактических реакций, хирургической кровопотери;
5.	ПК-2 Готовность к	- основы законодательства	- применять на практике знание	-знаниями законодательства

	<p>проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.</p>	<p>РФ об охране здоровья граждан, медицинского страхования и иные нормативные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;</p> <p>-диагностические критерии, принципы терапии, методы реабилитации больных реанимационного профиля</p> <p>- формы и методы санитарно-просветительной работы</p>	<p>законодательства Российской Федерации по вопросам организации анестезиолога – реанимационной помощи населению;</p> <p>-диагностировать, лечить, осуществлять реабилитацию больных реанимационного профиля;</p> <p>- проводить санитарно-просветительную работу среди населения;</p>	<p>Российской Федерации по вопросам организации медицинской помощи населению по профилю «анестезиология и реаниматология»;</p> <p>- методами профилактики, диагностики, принципами терапии, реабилитации, больных реанимационного профиля;</p> <p>-навыками оформления медицинской документации;</p>
8.	<p>ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>	<p>- диагностические критерии, принципы терапии, методы реабилитации больных реанимационного профиля</p> <p>- нормальную и патологическую физиологию нервной, эндокринной, дыхательной, сердечно-сосудистой систем, печени, почек, желудочно-кишечного тракта, водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного состояния, системы</p>	<p>- диагностировать, лечить, осуществлять реабилитацию больных реанимационного профиля;</p> <p>- оценить на основании клинических, биохимических и функциональных методов исследования состояние больных, требующих оперативного вмешательства и интенсивной терапии;</p> <p>- оценить состояние и выделить ведущие синдромы у больных</p>	<p>- диагностическими критериями, принципы терапии, методы реабилитации больных реанимационного профиля</p> <p>- навыками осуществления непрерывного контроля состояния больного во время анестезии, своевременным распознаванием возникающих нарушений состояния больного и осложнений, их своевременную профилактику и лечение;</p>

		<p>крови;;</p> <ul style="list-style-type: none"> - клиническую картину, функциональную и биохимическую диагностику синдромов острых нарушений функций систем и органов; - патофизиологию острой травмы, кровопотери, шока, коагулопатий, гипотермии, болевых синдромов, острой дыхательной и сердечно - сосудистой недостаточности; - патофизиологию различных видов умирания и клинической смерти, восстановительного периода после оживления (постреанимационной болезни); - анатомо-физиологические особенности детского возраста, изменения в пожилом и старческом возрасте; - методы предоперационного обследования, лечебной подготовки к операции и анестезии, премедикации; 	<p>(пострадавших), находящихся в терминальном и тяжелом состоянии;</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести сортировку и эвакуацию поражённых; реанимацию и анестезию на путях эвакуации и при оказании первой медицинской, доврачебной, первой врачебной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи. - навыками диагностирования и лечения возникших во время операции нарушений газообмена, кровообращения, гемокоагуляции, терморегуляции, аллергических и анафилактических реакций, хирургической кровопотери; - навыками диагностирования и лечения осложнений в послеоперационном периоде, нарушения жизненно важных функций, проводить обезболивание; - навыками оказания медицинской помощи в условиях массовых поступлений, 	<ul style="list-style-type: none"> - навыками распознавания на основании клинических и лабораторных данных нарушения водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного состояния, проведения коррекции их нарушений; - навыками диагностирования и лечения нарушений свертывающей и противосвертывающей системы крови; - навыками определения показаний к перитонеальному диализу, гемосорбции, плазмаферезу, гипербарической оксигенации, другим методам детоксикации;
--	--	---	---	---

		<p>- Особенности оказания медицинской помощи в условиях массовых поступлений. Сортировка и эвакуация поражённых, реанимация и анестезии на путях эвакуации и при оказании первой медицинской, доврачебной, первой врачебной, квалифицированно й и специализированно й медицинской помощи. Особенности транспортировки пациентов в критическом состоянии.</p>	<p>правилами сортировки и эвакуация поражённых, реанимации и анестезии на путях эвакуации и при оказании первой медицинской, доврачебной, первой врачебной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи, транспортировки пациентов в критическом состоянии;</p> <p>- навыками определения границы реанимации и критериев ее прекращения, установки диагноза «смерти мозга», условия допустимости взятия органов для трансплантации.</p>	
9.	<p>ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках анестезиологии - реаниматологии.</p>	<p>- диагностические критерии, принципы терапии, методы реабилитации больных реанимационного профиля</p> <p>- элементы топографической анатомии нервной, дыхательной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, необходимые для выполнения операций и</p>	<p>- провести предоперационную подготовку с включением инфузионной терапии, парентерального и энтерального зондового питания, обеспечив предварительно по показаниям доступ к периферическим или центральным венам;</p> <p>- выбрать и провести наиболее безопасную для больного анестезию с использованием</p>	<p>- навыками эксплуатации аппаратов для анестезии и наблюдением за больными, искусственной вентиляции легких; распознавания основных неисправностей;</p> <p>- осуществления принудительной вентиляции легких маской наркозного аппарата, интубацией трахеи на фоне введения миорелаксантов,</p>

		<p>манипуляций;</p> <p>- нормальную и патологическую физиологию нервной, эндокринной, дыхательной, сердечно-сосудистой систем, печени, почек, желудочно-кишечного тракта, водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного состояния, системы крови;</p> <p>- патофизиологию острой травмы, кровопотери, шока, коагулопатий, гипотермии, болевых синдромов, острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности;</p> <p>- патофизиологию различных видов умирания и клинической смерти, восстановительного периода после оживления (постреанимационной болезни);</p> <p>- клиническое и фармакологическое обоснование использования средств, применяемых при проведении анестезии;</p>	<p>современных наркотно – дыхательных и диагностических аппаратов во время оперативного вмешательства, при болезненных манипуляциях и исследованиях;</p> <p>- разработать и провести комплекс необходимых лечебно-профилактических мероприятий в послеоперационном периоде;</p> <p>- провести реанимацию при клинической смерти с применением закрытого массажа сердца, внутрисердечного и внутрисосудистого введения медикаментов, разных способов вентиляции легких; мероприятий церебропротекции, специальных методов интенсивной терапии в восстановительном периоде после оживления;</p> <p>- диагностировать, лечить, осуществлять реабилитацию больных реанимационного профиля;</p> <p>- провести неотложные</p>	<p>искусственной вентиляции легких вручную и с помощью респираторов; введением ларингеальной маски и комбитюба;</p> <p>- навыками проведения анестезии ингаляционными и внутривенными препаратами, многокомпонентной и комбинированной анестезии при плановых операциях в общей хирургии, урологии, гинекологии, ортопедии и травматологии у взрослых и детей;</p> <p>- навыками проведения анестезии при экстренных абдоминальных операциях (по поводу перитонита, кишечной непроходимости, желудочно-кишечных кровотечений, внутренних кровотечений, при остром холецистите и панкреатите и др.), экстренных урологических операциях, при травматических повреждениях у взрослых и детей;</p> <p>- навыками проведения анестезии в</p>
--	--	---	---	--

		<p>- клиническое и фармакологическое обоснование использования средств, применяемых при проведении интенсивной терапии и реанимации;</p> <p>- современные методы общей, местной и регионарной анестезии в различных областях хирургии, анестезию у больных с сопутствующими заболеваниями и патологическими состояниями; анестезию в различных условиях (стационаре, поликлинике, военно-полевых условиях, при массовых поступлениях пострадавших);</p> <p>- современные методы интенсивной терапии и реанимации при различных заболеваниях и критических состояниях в хирургии (различных областях), терапии, акушерстве и гинекологии, урологии, травматологии, кардиологии,</p>	<p>мероприятия при различных критических состояниях, в том числе в условиях массовых поражений и на этапах эвакуации;</p> <p>- проводить терапию синдромов острой дыхательной недостаточности, малого сердечного выброса, коагулопатий, дисгидрий, экзо- и эндотоксикоза, белково-энергетической недостаточности, внутричерепной дистензии и их сочетаний;</p> <p>- провести сортировку и эвакуацию пораженных, реанимацию и анестезию на путях эвакуации при оказании первой медицинской, доврачебной, первой врачебной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи;</p>	<p>акушерско-гинекологической практике при нормальном и оперативном родоразрешении, при родовспомогательных процедурах, при экстрагенитальной патологии, при экстренных операциях и процедурах;</p> <p>- навыками осуществления непрерывного контроля состояния больного во время анестезии, своевременным распознаванием возникающих нарушений состояния больного и осложнений, их своевременную профилактику и лечение;</p> <p>- навыками проведения местной анестезии: инфильтрационная, проводниковая, спинальная и эпидуральная анестезия;</p> <p>- навыками установления показаний и проведения катетеризации периферических и центральных (подключичной и внутренней яремной) вен, своевременной диагностики и</p>
--	--	--	--	---

		<p>клинике инфекционных болезней, педиатрии, токсикологии, неврологии — принципы асептики и антисептики;</p> <p>- Особенности оказания медицинской помощи в условиях массовых поступлений. Сортировка и эвакуация поражённых, реанимация и анестезии на путях эвакуации и при оказании первой медицинской, доврачебной, первой врачебной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи. Особенности транспортировки пациентов в критическом состоянии;</p>		<p>лечения осложнений;</p> <p>- навыками установления показаний и проведения катетеризации периферических и центральных (подключичной и внутренней яремной) вен, своевременной диагностики и лечения осложнений;</p> <p>- навыками проведения премедикации, анестезии, посленаркозного периода у детей, обеспечения расчетных дозировок (по возрасту и массе тела) медикаментов, поддержания проходимости дыхательных путей и интубации (выбор интубационной трубки, ее диаметра в зависимости от возраста, особенности техники интубации), используя аппаратуру для детей;</p> <p>- навыками проведения неотложных мероприятий при синдромах острой сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной,</p>
--	--	---	--	---

				<p>печеночной, почечной недостаточности, при критических состояниях эндокринного генеза;</p> <p>- навыками распознавания на основании клинических и лабораторных данных нарушения водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного состояния, проведения коррекции их нарушений;</p> <p>- навыками диагностирования и лечения нарушений свертывающей и противосвертывающей системы крови;</p> <p>- навыками проведения неотложных мероприятий при различных критических состояниях, в том числе в условиях массовых поражений и на этапах эвакуации;</p> <p>- навыками проведения неотложных мероприятий при отравлениях различного генеза, в том числе в условиях массовых поражений и на этапах эвакуации;</p>
--	--	--	--	--

				<p>- навыками проведения корригирующей инфузионно-трансфузионной терапии, парентерального и зондового энтерального питания;</p> <p>- навыками проведения: анестезиологического пособия различными способами у детей всех возрастных групп от периода новорожденности, в том числе при высоких степенях анестезиолого-операционного риска; анестезии при плановых и экстренных операциях; обеспечения проходимости верхних дыхательных путей;</p> <p>- навыками диагностирования и лечения возникших во время операции нарушений газообмена, кровообращения, гемокоагуляции, терморегуляции, аллергических и анафилактических реакций, хирургической кровопотери;</p> <p>- навыками диагностирования и лечения осложнений</p>
--	--	--	--	--

				<p>В послеоперационном периоде, нарушения жизненно важных функций, проводить обезболивание;</p> <p>- навыками применения различных видов искусственной вентиляции легких, продленной интубации и трахеостомии, адаптации к респиратору, отключения от респиратора, ухода за больным с трахеостомой, контроля состояния газообмена; стерилизации и обеззараживания аппаратуры и инструментария для искусственной вентиляции легких; санации трахеобронхиального дерева у детей и взрослых;</p> <p>- навыками проведения интенсивной терапии при возникновении различных критических состояний у детей;</p> <p>- навыками проведения реанимации при клинической смерти; мероприятий церебропротекции, специальных методов интенсивной</p>
--	--	--	--	---

				терапии в восстановительном периоде после оживления у детей и взрослых;
11.	ПК-8 Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	- диагностические критерии, принципы терапии, методы реабилитации больных реанимационного профиля	-провести реанимацию при клинической смерти с применением закрытого массажа сердца, внутрисердечного и внутрисосудистого введения медикаментов, разных способов вентиляции легких; мероприятий церебропротекции, специальных методов интенсивной терапии в восстановительном периоде после оживления; -диагностировать, лечить, осуществлять реабилитацию больных реанимационного профиля;	-навыками проведения реанимации при клинической смерти; мероприятий церебропротекции, специальных методов интенсивной терапии в восстановительном периоде после оживления у детей и взрослых;
13.	ПК-10 Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.	- основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, медицинского страхования и иные нормативные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения; - общие принципы организации службы	- применять на практике знание законодательства Российской Федерации по вопросам организации анестезиолога – реанимационной помощи населению; - провести неотложные мероприятия при различных критических состояниях, в том	- знаниями законодательства Российской Федерации по вопросам организации медицинской помощи населению по профилю «анестезиология и реаниматология»; - навыками организации рабочего места в операционной с учетом мер

		<p>анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, действующие приказы и другие документы, регулирующие службу. Оснащение отделений и гигиенические требования;</p> <p>- содержание и правила оформления медицинской документации врача анестезиолога - реаниматолога;</p>	<p>числе в условиях массовых поражений и на этапах эвакуации;</p> <p>- провести сортировку и эвакуацию поражённых; реанимацию и анестезию на путях эвакуации и при оказании первой медицинской, доврачебной, первой врачебной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи;</p> <p>- оформить медицинскую документацию.</p>	<p>профилактики взрывов и возгораний, правилами работы с баллонами со сжатыми газами, подготовки к работе и эксплуатации аппаратуры для наркоза, искусственной вентиляции легких, мониторинга за больным, необходимых инструментов, медикаментов;</p> <p>- навыками оказания медицинской помощи в условиях массовых поступлений, правилами сортировки и эвакуации поражённых, реанимации и анестезии на путях эвакуации и при оказании первой медицинской, доврачебной, первой врачебной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи, транспортировки пациентов в критическом состоянии;</p> <p>- навыками определения границы реанимации и критериев ее прекращения, установки диагноза «смерти мозга», условия</p>
--	--	--	---	---

				<p>допустимости взятия органов для трансплантации;</p> <p>- навыками оформления медицинской документации;</p>
14.	<p>ПК-11</p> <p>Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.</p>	<p>- основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, медицинского страхования и иные нормативные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;</p> <p>- общие принципы организации службы анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, действующие приказы и другие документы, регулирующие службу. Оснащение отделений и гигиенические требования;</p> <p>- правовые вопросы в анестезиологии-реаниматологии;</p> <p>- содержание и правила оформления медицинской документации врача анестезиолога - реаниматолога;</p>	<p>- применять на практике знание законодательства Российской Федерации по вопросам организации анестезиолого – реанимационной помощи населению;</p> <p>- оформить медицинскую документацию.</p>	<p>- знаниями законодательства Российской Федерации по вопросам организации медицинской помощи населению по профилю «анестезиология и реаниматология»;</p> <p>- навыками оформления медицинской документации;</p>

КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ
знаний, умений, навыков, характеризующие этапы формирования компетенций в
процессе освоения дисциплины Б1.Б.1 АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ – РЕАНИМАТОЛОГИЮ

1-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					
1	УК-1	1-300	1-25	1-10	1-15
2	ПК-1	1-300	1-25	1-10	1-15
3	ПК-2	1-300	1-25	1-10	1-15
4	ПК-5	1-300	1-25	1-10	1-15
5	ПК-6	1-300	1-25	1-10	1-15
6	ПК-8	1-300	1-25	1-10	1-15
7	ПК-10	1-300	1-25	1-10	1-15
8	ПК-11	1-300	1-25	1-10	1-15
9	ПСК-1	1-300	1-25	1-10	1-15
10	ПСК-2	1-300	1-25	1-10	1-15
11	ПСК-3	1-300	1-25	1-10	1-15
12	ПСК-4	1-300	1-25	1-10	1-15
13	ПСК-5	1-300	1-25	1-10	1-15
14	ПСК-6	1-300	1-25	1-10	1-15
15	ПСК-7	1-300	1-25	1-10	1-15

II семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					
1	УК-1	1-600	1-50	1-26	1-30
2	ПК-1	1-600	1-50	1-26	1-30
3	ПК-2	1-600	1-50	1-26	1-30
4	ПК-5	1-600	1-50	1-26	1-30
5	ПК-6	1-600	1-50	1-26	1-30
6	ПК-8	1-600	1-50	1-26	1-30
7	ПК-10	1-600	1-50	1-26	1-30
8	ПК-11	1-600	1-50	1-26	1-30
9	ПСК-1	1-600	1-50	1-26	1-30
10	ПСК-2	1-600	1-50	1-26	1-30

11	ПСК-3	1-600	1-50	1-26	1-30
12	ПСК-4	1-600	1-50	1-26	1-30
13	ПСК-5	1-600	1-50	1-26	1-30
14	ПСК-6	1-600	1-50	1-26	1-30
15	ПСК-7	1-600	1-50	1-26	1-30

III семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					
1	УК-1	1-1000	1-1000	1-26	1-50
2	ПК-1	1-1000	1-1000	1-26	1-50
3	ПК-2	1-1000	1-1000	1-26	1-50
4	ПК-5	1-1000	1-1000	1-26	1-50
5	ПК-6	1-1000	1-1000	1-26	1-50
6	ПК-8	1-1000	1-1000	1-26	1-50
7	ПК-10	1-1000	1-1000	1-26	1-50
8	ПК-11	1-1000	1-1000	1-26	1-50
9	ПСК-1	1-1000	1-1000	1-26	1-50
10	ПСК-2	1-1000	1-1000	1-26	1-50
11	ПСК-3	1-1000	1-1000	1-26	1-50
12	ПСК-4	1-1000	1-1000	1-26	1-50
13	ПСК-5	1-1000	1-1000	1-26	1-50
14	ПСК-6	1-1000	1-1000	1-26	1-50
15	ПСК-7	1-1000	1-1000	1-26	1-50

Вопросы для устного собеседования

1. Мониторинг при анестезии. Интраоперационный мониторинг.
2. Мониторинг кровообращения (инвазивный и неинвазивный мониторинг артериального давления, ЭКГ – мониторинг, мониторинг центрального венозного давления, кардиомониторинг).
3. Мониторинг дыхания (пульсоксиметрия, капнография, мониторинг анестезиологических газов).
4. Мониторинг центральной нервной системы (энцефалография, BIS - мониторинг). Стимуляция периферического нерва.
5. Спинальная анестезия. Показания, Противопоказания Техника проведения. Местные анестетики используемые при проведении спинальной анестезии. Осложнения, их профилактика и лечение.
6. Эпидуральная анестезия. Показания, Противопоказания Техника проведения. Местные анестетики используемые при проведении спинальной анестезии. Осложнения, их профилактика и лечение. Продленная эпидуральная анестезия.
7. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей. Интубация. Техника проведения. Осложнения интубации. Прогнозирование трудной интубации.

8. Альтернативные методы обеспечения проходимости верхних дыхательных путей.
9. Экстубация, правила проведения, осложнения и их коррекция.
10. Ингаляционные анестетики. Основные ингаляционные анестетики. Фармакодинамика, фармакокинетика ингаляционных анестетиков.
11. Неингаляционные анестетики. Фармакология неингаляционных анестетиков. Фармакодинамика. Фармакокинетика.
12. Анальгетики. Фармакология наркотических и ненаркотических анальгетиков. Фармакодинамика. Фармакокинетика.
13. Миорелаксанты. Фармакодинамика. Фармакокинетика. Выбор миорелаксантов. Мониторинг нервно – мышечного блока.
14. Виды ингаляционной анестезии. Техника проведения ингаляционной анестезии. Обеспечение безопасности пациента.
15. Виды неингаляционной анестезии Техника проведения неингаляционной анестезии. Обеспечение безопасности пациента. Многокомпонентная анестезия. Комбинированная анестезия.
16. Искусственная вентиляция легких. Влияние искусственной вентиляции легких на циркуляцию крови. Показания к переводу на искусственную вентиляцию легких.
17. Методы респираторной терапии. Показания для респираторной поддержки в реаниматологии. Выбор параметров искусственной вентиляции легких, седация и миорелаксация. Осложнения ИВЛ.
18. Нарушения водно – электролитного баланса. Нарушения обмена воды Коррекция нарушения водного баланса организма. Особенности анестезиологического пособия при нарушении обмена воды.
19. Нарушения электролитного обмена Обмен натрия в норме, регуляция обмена натрия и объема внеклеточной жидкости, нарушения обмена натрия. Обмен калия в норме, регуляция внеклеточной концентрации калия, перемещение калия между жидкостными компартментами организма, нарушения обмена калия. Обмен кальция в норме, нарушения обмена кальция. Коррекция нарушений электролитного обмена организма.
20. Нарушения кислотно – основного состояния: ацидоз (физиологические проявления ацидемии, респираторный ацидоз, метаболический ацидоз, анестезия при ацидозе), алкалоз (физиологические эффекты алкаемии, респираторный алкалоз, метаболический алкалоз, анестезия при алкалозе). Диагностика нарушений кислотно-основного состояния (анализ газов крови и рН: измерение рН, измерение P_{CO_2} , измерение P_{O_2}).
21. Инфузионная терапия. Оценка объема циркулирующей крови (физикальное обследование, лабораторные исследования, гемодинамический мониторинг). Показания для проведения инфузионной терапии.
22. Показания для трансфузий компонентов крови. Предтрансфузионное тестирование. Экстренные трансфузии. Интраоперационная трансфузионная терапия.
23. Осложнения трансфузионной терапии (иммунные осложнения, гемолитические и негемолитические реакции, инфекционные осложнения, осложнения при массивных переливаниях крови). Гемокомпоненты и правила их применения. Приказ № 183-н
24. Нутритивная поддержка. Основы парентерального и энтерального питания. Препараты для нутритивной поддержки. Фармаконутриенты. Прокинетики. Нутритивная поддержка при различных клинических состояниях.
25. Антибиотико – и химиотерапия в ОРИТ. Выбор препаратов, проблема резистентности, стартовая антибиотикотерапия. Противогрибковая и противовирусная терапия.
26. Терминальные состояния. Этиология, патогенез и виды остановки сердечной деятельности. Этиология, патогенез и виды прекращения дыхательной деятельности. Клиническая смерть. Диагностика. Показания и противопоказания, сроки проведения, прекращения сердечно-легочной реанимации. Современное инструментальное и аппаратное обеспечение реанимационных мероприятий. Юридические и этико-

деонтологические аспекты СЛР. Сердечно-легочная реанимация. Ошибки. Осложнения СЛР.

27. Физиологические аспекты оживления организма. Постреанимационные нарушения дыхания, кровообращения, энергетического обмена, кислотно-основного состояния, водно-электролитного баланса, коагулопатия. Современные методы интенсивной терапии. Восстановление перфузии тканей, коррекция нарушений энергетического обмена, кислотно-основного состояния, водно-электролитного баланса, профилактика и лечение коагулопатии.
28. Основные механизмы гемостаза. ДВС – синдром. Этиология, патофизиология, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
29. Выбор метода анестезии при операциях на желудке. Выбор метода анестезии при холецистэктомии операциях на желчных путях и печени. Выбор метода анестезии при операциях на кишечнике.
30. Острый панкреатит. Панкреонекроз. Классификация, клиника, диагностика, реанимация интенсивная терапия. Анестезия и интенсивная терапия при оперативных вмешательствах на поджелудочной железе (предоперационный период, интраоперационное ведение больного и мониторинг, пробуждение и ранний посленаркозный период).
31. Выбор метода анестезии при экстренном оперативном вмешательстве. Острая кровопотеря. Классификация кровотечений. Геморрагический шок, реанимация и интенсивная терапия.
32. Анестезия и интенсивная терапия при оперативных вмешательствах по поводу желудочно – кишечного кровотечения и кровотечения из паренхиматозных органов предоперационный период, интраоперационное ведение больного и мониторинг, пробуждение и ранний посленаркозный период).
33. Выбор метода анестезии при экстренном оперативном вмешательстве. Перитонит, тромбоз мезентериальных сосудов, острая кишечная непроходимость (этиология, патогенез, клиника, подготовка больного к операции, реанимация и интенсивная терапия).
34. Острая печеночная недостаточность. Этиология, патогенез, клиника. Интенсивная терапия острой печеночной недостаточности.
35. Выбор метода анестезии при операциях на легких. Выбор метода анестезии при операциях на пищеводе и органах средостения. Анестезия при торакоскопических операциях. Анестезия при диагностических вмешательствах на легких. Анестезия и ИТ при торакальной травме.
36. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, реанимация и интенсивная терапия. Рациональная антикоагулянтная терапия пациентов тромбоэмболическими осложнениями и высоким риском тромбозов.
37. Синдром острого повреждения легких и острый респираторный дистресс-синдром (патогенез, патоморфология, клинические проявления, интенсивная терапия). Анестезия и интенсивная терапия при сопутствующих заболеваниях сердца и сосудов.
38. Анестезия интенсивная терапия при операциях на аорте, артериях и венах(предоперационная подготовка: обследование премедикация; интраоперационный период: мониторинг, выбор метода анестезии, анестетиков и вспомогательных средств, индукция, миорелаксанты, интубация, интраоперационная гипертензия; послеоперационный период).
39. Острый инфаркт миокарда (этиология, патогенез, патологическая анатомия, нарушение гемодинамики, клиника, диагностика, интенсивная терапия).
40. Кардиогенный шок. Патогенез, клиника, интенсивная терапия.
41. Жизнеугрожающие нарушения сердечного ритма. Методы диагностики нарушений сердечного ритма. Лечение нарушений сердечного ритма и проводимости.

- Медикаментозное лечение аритмий. Электрокардиостимуляция. Электрическая кардиоверсия. Хирургическое лечение тахиаритмий.
42. Аритмогенный шок. Патогенез, клиника, интенсивная терапия.
 43. Клинические формы шока. Гиповолемический шок (геморрагический, ожоговый, экзотоксический). Кардиогенный шок (истинный, рефлекторный, аритмогенный). Основы фармакотерапии шоковых состояний.
 44. Дистрибутивный (перераспределительный) шок (анафилактический, нейрогенный, септический шок). Инфузионно–трансфузионные среды применяемые в противошоковой терапии. (кристаллоидные и коллоидные растворы, выбор раствора для инфузии. Основы фармакотерапии шоковых состояний.
 45. Нефро- и уретеролитотомия, нефрэктомия, пластика мочеточников, аденомэктомия (предоперационный период, интраоперационный период, выбор методики анестезии, ведение больных в раннем послеоперационном периоде).
 46. Радикальные онкоурологические операции (предоперационный период, интраоперационный период). Анестезия при операциях на мочевом пузыре.
 47. Анестезия при эндоскопических урологических операциях. Анестезия при ТУРП. Лечение ТУРП синдрома. Острая почечная недостаточность
 48. Острая почечная недостаточность (преренальная, ренальная, постренальная, дифференциальная диагностика различных видов почечной недостаточности, лечение острой почечной недостаточности). Инфузионная терапия при острой почечной недостаточности.
 49. Основные принципы гемодиализа, перитонеального диализа, ультрафильтрации, постоянной артериовенозной гемофильтрации. Применение мочегонных средств. Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Анестезия при почечной недостаточности.
 50. Анестезия при черепно - мозговой травме и мозговых гематомах. Предоперационный период, интубация, осложнения интраоперационного периода.
 51. Анестезия при опухолях мозга. Предоперационная подготовка, премедикация, интраоперационный мониторинг, индукция, положение пациента на операционном столе, поддержание анестезии, пробуждение, осложнения интраоперационного периода.
 52. Анестезия при операциях на позвоночнике и спинном мозге. Предоперационная подготовка, премедикация, интраоперационный мониторинг, индукция, положение пациента на операционном столе, поддержание анестезии, пробуждение, осложнения интраоперационного периода.
 53. Обследование пациента с заболеваниями нервной системы. Анестезия у пациентов с сопутствующей патологией нервной системы (гипертоническая болезнь, ОНМК, боковой амиотрофический склероз, синдром Гиена – Баре, миастения). Анестезия при токсикомании.
 54. Острое нарушение мозгового кровообращения. Классификация, механизм развития, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
 55. Анестезия и интенсивная терапия у больных с ожирением, карциноидным синдромом (предоперационная подготовка, премедикация; индукция анестезии, поддержание анестезии и интраоперационный мониторинг, пробуждение и экстубация, осложнения).
 56. Анестезия и интенсивная терапия у пациентов с гипер- и гипотиреозом, гипер- и гипопаратиреозом.
 57. Анестезия и интенсивная терапия при адреналэктомии (предоперационная подготовка, премедикация; индукция анестезии, поддержание анестезии и интраоперационный мониторинг, пробуждение и экстубация, осложнения). Анестезия и интенсивная терапия у пациентов с нарушением обмена глюкокортикоидов, минералокортикоидов, катехоламинов.
 58. Сахарный диабет. Декомпенсация. Комы при сахарном диабете. Интенсивная терапия
Коррекция уровня глюкозы..

59. Анестезия при флегмонах дна полости рта и шеи. Предоперационная подготовка, премедикация, интраоперационный мониторинг, индукция, поддержание анестезии, пробуждение, осложнения интраоперационного периода.
60. Обследование и подготовка к операции пациентов с патологией органов зрения. Особенности региональной и общей анестезии в офтальмологии и у пациентов с патологией органов зрения. Предоперационная подготовка, премедикация, интраоперационный мониторинг, выбор метода анестезии, индукция, поддержание анестезии, пробуждение, осложнения интраоперационного периода.
61. Анестезия при плановых ортопедических операциях. Анестезия при операциях на крупных суставах. Выбор метода анестезии, интраоперационный мониторинг, индукция, поддержание анестезии, пробуждение, осложнения интраоперационного периода (синдром имплантации цемента в костную ткань, ТГВ и ТЭЛА) интенсивная терапия в послеоперационном периоде.
62. Первичное обследование пострадавшего в приемном отделении, травма груди, пневмоторакс, травма позвоночника, травма конечностей. Травматический шок.
63. Анестезиологическое обеспечение и интенсивная терапия при экстренных травматологических операциях. Анестезия и интенсивная терапия при политравме
64. Анестезия при проведении лечебных и диагностических манипуляций в амбулаторных условиях и стационарах одного дня. Обеспечение безопасности пациента
65. Анестезия и интенсивная терапия в косметической хирургии: операции на голове и шее, абдоминопластика, липосакция. Анестезия и интенсивная терапия при пластике ожогов
66. Отморожения, патогенез, классификация, клиника, интенсивная терапия. Общее охлаждение организма, патогенез, клиника, интенсивная терапия.
67. Предмет и задачи общей и клинической токсикологии. Классификация ядов и отравлений. Организация специализированной токсикологической помощи. Характеристика действия ядов. Токсикокинетика. Факторы, определяющие развитие отравлений. Токсическая болезнь. Общие принципы диагностики отравлений. Общие принципы лечения острых отравлений.
68. Острые отравления психотропными средствами и наркотиками. Клиника, интенсивная терапия. Отравление алкоголем. Алкогольная кома. Отравление суррогатами алкоголя. Клиника. Диагностика. Интенсивная терапия.
69. Острые отравления фосforoорганическими веществами. Клиника. Диагностика. Интенсивная терапия. Отравления атропином и атропиноподобными веществами. Клиника. Диагностика. Интенсивная терапия. Холинолитический психоз.
70. Классификация нарушений дыхания при экзогенных отравлениях. Нарушения внешнего дыхания, переноса газов кровью и внутреннего дыхания. Токсический отек легких. Лечение гипоксических состояний при экзогенных отравлениях.
71. Острые отравления угарным газом, хлором, фосгеном, цианидами, нитритами. Клиника, интенсивная терапия.
72. Острые отравления сердечными гликозидами и антиаритмическими и гипотензивными препаратами, растительными ядами. Клиника, интенсивная терапия.
73. Токсическая гепатопатия. Токсическая нефропатия. Острые отравления НПВС, ядами растительного происхождения.
74. Острые отравления прижигающими ядами и препаратами бытовой химии. Острые отравления гемолитическим ядом. Клиника. Диагностика. Интенсивная терапия. Лечение поражений печени и почек экзотоксической этиологии.
75. Особенности отравлений у детей (этиология, дифференциальная диагностика, клиника, детоксикационная терапия). Особенности интенсивной терапии острых отравлений у пожилых.
76. Реанимация и интенсивная терапия инфекционно-воспалительных заболеваний головного и спинного мозга (менингиты, энцефалиты). Клиника, интенсивная терапия. Клиника, интенсивная терапия.

77. Реанимация и интенсивная терапия инфекционно-воспалительных заболеваний головного и спинного мозга (столбняк, бешенство). Клиника, интенсивная терапия.
78. Реанимация и интенсивная терапия инфекционно - воспалительных заболеваний органов грудной полости (Бактериальный септический эндокардит). Клиника диагностика, интенсивная терапия
79. Реанимация и интенсивная терапия инфекционно - воспалительных заболеваний органов грудной полости (Тяжелые бактериальные и вирусные пневмонии, плевриты, абсцесс легкого). Клиника диагностика, интенсивная терапия
80. Системная воспалительная реакция организма, патофизиология, клиника, диагностика. Протокол ведения пациентов с тяжелым сепсисом.
81. Особенности интенсивной терапии сепсиса различной этиологии. Интенсивная терапия септического шока.
82. Аналгезия и анестезия при родоразрешении через естественные родовые пути. Источники болевых ощущений в родах. Психологические и нефармакологические методы. Анальгетики для парентерального применения. Ингаляционная анестезия. Влияние анестетиков на сократительную активность матки и течение родов.
83. Регионарная анестезия и аналгезия при родоразрешении через естественные родовые пути. Блокада половых нервов. Парацервикальная блокада. Эпидуральная и спинномозговая блокада. Интраспинальное, эпидуральное, интратекальное введение опиоидов и местных анестетиков.
84. Анестезия и интенсивная терапия при плановом и экстренном кесаревом сечении. Предоперационная подготовка, премедикация, выбор метода анестезии, интраоперационная интенсивная терапия, осложнения.
85. Анестезия и интенсивная терапия при патологических родах. Аномалии положения и предлежания плода. Многоплодная беременность.
86. Акушерские кровотечения в III триместре беременности. Реанимация и интенсивная терапия.
87. Реанимация и интенсивная терапия при эмболии околоплодными водами, послеродовых кровотечениях
88. Гестозы. Патогенез, критерии тяжести, классификация. Преэклампсия и эклампсия. HELLP-синдром. Интенсивная терапия.
89. Подготовка ребенка к операции и анестезии, анестетики и другие лекарственные средства, применяемые при анестезии, реанимации и интенсивной терапии у детей. Виды обезболивания, особенности анестезии в зависимости от состояния ребенка, опасности и осложнения анестезии у детей.
90. Пороки развития новорожденных, требующие хирургическую коррекцию. Предоперационная подготовка, интенсивная терапия. Особенности анестезии у новорожденных. Премедикация. Индукция. Поддержание. Пробуждение
91. Особенности водно- электролитного обмена у детей в разные годы жизни. Нарушения водно – электролитного баланса у детей и методы коррекции. Особенности инфузионно – трансфузионной терапии у детей.
92. Особенности поддержания кислотно – основного состояния у детей. Нарушения кислотно – основного состояния у детей и методы коррекции. Особенности инфузионно – трансфузионной терапии у детей.
93. Клиническая физиология пищеварительной системы у детей разных возрастов. Нутритивная поддержка детей разного возраста.
94. Клиническая физиология дыхания. Патофизиология острой респираторной недостаточности. Вентиляционная, паренхиматозная респираторная недостаточность. Респираторный дистресс – синдром.
95. Патофизиология острой сердечно – сосудистой недостаточности. Особенности интенсивной терапии шока у детей.

96. Терминальные состояния и клиническая смерть. Сердечно – легочная и церебральная реанимация у детей. Особенности проведения сердечно-легочной реанимации у детей и новорожденных. Юридические и этико-деонтологические аспекты СЛР.
97. Интенсивная терапия в постреанимационном периоде у детей. Восстановление перфузии тканей, коррекция нарушений энергетического обмена, кислотно-основного состояния, водно- электролитного баланса, профилактика и лечение коагулопатии, профилактика и лечение полиорганной недостаточности.
98. Состояния, требующие интенсивную терапию у новорожденных (болезнь гиалиновых мембран, синдром аспирации мекония, апноэ новорожденных, пневмоторакс и пневмомедиастинум, шок)
99. Критические состояния и особенности интенсивной терапии в клинике инфекционных болезней. Токсические синдромы при инфекционных заболеваниях у детей. Особенности интенсивной терапии критических состояний в клинике инфекционных болезней у детей.
100. Сепсис в педиатрии. Особенности интенсивной терапии сепсиса у детей.

Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

Тестовые задания

1. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ «АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ» ОКАЗЫВАЕТСЯ В ФОРМЕ:

- 1) Экстренной
- 2) Неотложной
- 3) Плановой
- 4) Все ответы верные

2. РЕКОМЕНДУЕМОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ ВРАЧА-АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА ДЛЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОСОБИЙ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 60% времени на проведение анестезии и 40% на осмотры и консультирование больных в амбулаторных и стационарных условиях
- 2) 50% времени на проведение анестезии и 50% на осмотры и консультирование больных в амбулаторных и стационарных условиях
- 3) 30% времени на проведение анестезии и 70% на осмотры и консультирование больных в амбулаторных и стационарных условиях

- 4) 40% времени на проведение анестезии и 60% на осмотры и консультирование больных в амбулаторных и стационарных условиях
- 5) 70% времени на проведение анестезии и 30% на осмотры и консультирование больных в амбулаторных и стационарных условиях

3. ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ ПАЦИЕНТА В ПАЛАТЕ ПРОБУЖДЕНИЯ НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ

- 1) 5 часов
- 2) 6 часов
- 3) 2 часа
- 4) 3 часа
- 5) 1 час

4. ЧИСЛО КОЕК ДЛЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ» В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ РУКОВОДИТЕЛЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОТРЕБНОСТЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ВИДАМИ И ОБЪЕМОМ ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, И СОСТАВЛЯЕТ НЕ МЕНЕЕ 3 % ОБЩЕГО КОЕЧНОГО ФОНДА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ИМЕЮЩИХ КОЕЧНЫЙ ФОНД

- 1) от 200 до 400 коек
- 2) менее 200 коек
- 3) от 300 до 500 коек
- 4) от 500 до 700 коек
- 5) от 700 до 900 коек

5. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ «АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ» ОКАЗЫВАЕТСЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ИЛИ ИХ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ

- 1) Имеющих врачей-анестезиологов-реаниматологов и медицинских сестер-анестезистов
- 2) Имеющих врачей-анестезиологов-реаниматологов, врачей-трансфузиологов и медицинских сестер-анестезистов
- 3) Имеющих врачей-анестезиологов-реаниматологов и реанимационных медицинских сестёр
- 4) Имеющих врачей – реаниматологов и реанимационных медицинских сестер
- 5) Имеющих врачей-анестезиологов и медицинских сестер-анестезистов

6. ПЕРЕД ПЛАНОВЫМ И ЭКСТРЕННЫМ ОПЕРАТИВНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ ПАЦИЕНТАМ ПРОВОДИТСЯ ПРЕМЕДИКАЦИЯ. НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ ПРЕМЕДИКАЦИИ:

- 1) Анальгезия и профилактика вагусных реакций
- 2) Нейровегетативная стабилизация, профилактика вагусных рефлексов, устранение страха перед операцией
- 3) Создание фона анальгезии, парасимпатолитическое действие, нейровегетативная защита
- 4) Снятие психоэмоционального напряжения, нейровегетативная стабилизация, анальгезия и потенцирование анестетиков, профилактика вагусных реакций

7. ВЫБОР КОНКРЕТНОЙ МЕТОДИКИ АНЕСТЕЗИИ ВО МНОГОМ ЗАВИСИТ:

- 1) От квалификации врача

- 2) От состояния водно-электролитного баланса и кровообращения
 - 3) От эмоционального состояния больного
 - 4) Наличия сопутствующих заболеваний
8. С ЦЕЛЬЮ УМЕНЬШЕНИЯ РИСКА ПРЕДСТОЯЩЕЙ ПЛАНОВОЙ ОПЕРАЦИИ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА В СЛУЧАЯХ ВЫРАЖЕННЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРОВОДЯТ:
- 1) Предоперационную подготовку
 - 2) Послеоперационные мероприятия
 - 3) Реанимационные мероприятия
 - 4) Консультацию психолога
9. ПЕРЕД ЛЮБОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ НЕОБХОДИМО:
- 1) Побеседовать с больным о предстоящей анестезии, получить его согласие на избранный метод, дать рекомендации о поведении в ближайшем послеоперационном периоде
 - 2) Запретить ему принимать пищу перед операцией (не менее чем за 5-6 ч)
 - 3) Посоветовать опорожнить мочевой пузырь утром перед операцией и снять съемные зубные протезы
 - 4) Все перечисленное верно
10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫМ ЭТАПОМ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) Анестезия
 - 2) Премедикация
 - 3) Реанимация
 - 4) Дегидратация
11. ВДУВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СМЕСИ В ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ БЕЗ НЕПОСРЕДСТВЕННОГО КОНТАКТА С ПАЦИЕНТОМ НАЗЫВАЕТСЯ
- 1) Контур Мэйплсона
 - 2) Инсуффляция
 - 3) Капельная масочная анестезия
 - 4) Контур Бэйна
12. К ОСОБЕННОСТЯМ МЕТОДИКИ ИНСУФФЛЯЦИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
- 1) Возможность точно дозировать анестетик
 - 2) Сложность управления глубиной анестезии
 - 3) Неконтролируемое загрязнение среды операционной парами анестетика
 - 4) Нельзя проводить вспомогательную или принудительную ИВЛ
13. К ОТКРЫТОМУ ДЫХАТЕЛЬНОМУ КОНТУРУ ОТНОСЯТ
- 1) капельную масочную анестезию
 - 2) Контур Бэйна
 - 3) Контур Эйра
 - 4) Приспособление Мэйджилла
14. К ОТКРЫТОМУ ДЫХАТЕЛЬНОМУ КОНТУРУ ОТНОСЯТ
- 1) Контур Бэйна
 - 2) Контур Эйра

- 3) Инсцфляция
4) Приспособление Мэйджилла
15. К КОМПОНЕНТАМ КОНТУРА МЭЙПЛСОНА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
- 1) Дыхательные шланги
2) Патрубок для подачи свежей дыхательной смеси
3) Маска шиммельбуша
4) Предохранительный клапан
16. РИТМИЧНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ КАКОГО ОТДЕЛА СЕРДЦА ВЫЗЫВАЮТ КОЛЕБАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
- 1) Левого желудочка
2) Правого желудочка
3) Правого предсердия
4) Левого предсердия
17. РАЗНИЦА МЕЖДУ СИСТОЛИЧЕСКИМ И ДИАСТОЛИЧЕСКИМ ДАВЛЕНИЕМ ЭТО
- 1) Среднее артериальное давление
2) Пульсовое артериальное давление
3) Пиковое артериальное давление
4) Верное 1 и 2
18. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНВАЗИВНОГО МОНИТОРИНГА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПУТЕМ КАТЕТЕРИЗАЦИИ АРТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ?
- 1) Управляемая гипотония
2) Необходимость частого исследования газов артериальной крови
3) Высокий риск значительных сдвигов артериального давления
4) Все вышеперечисленное
19. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ИНТРААРТЕРИАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА АД ОТНОСЯТ
- 1) Тромбоз артерии и тромбоэмболия
2) Воздушная эмболия
3) Повреждение нервов
4) Все вышеперечисленное
20. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ИНТРААРТЕРИАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА АД ОТНОСЯТ
- 1) Гиперлипидемия
2) Длительная катетеризация
3) Женский пол
4) Все вышеперечисленное
21. ПРИ ОТСУТСТВИИ В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ С ПАЛАТАМИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СИСТЕМЫ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО СНАБЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ГАЗАМИ И ВАКУУМОМ ОТДЕЛЕНИЕ ОСНАЩАЕТСЯ КОНЦЕНТРАТОРАМИ КИСЛОРОДА С ФУНКЦИЕЙ СЖАТОГО ВОЗДУХА И ВАКУУМА ИЗ РАСЧЕТА:
- 1) Одна установка на 1-2 пациенто-места
2) Одна установка на 2-3 пациенто-места
3) Одна установка на 3-4 пациенто места

- 4) Одна установка на 5-6 пациенто-мест
22. ПРИ ОТСУТСТВИИ В ГРУППЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СИСТЕМЫ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО СНАБЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ГАЗАМИ И ВАКУУМОМ ГРУППА ОСНАЩАЕТСЯ КОНЦЕНТРАТОРАМИ КИСЛОРОДА С ФУНКЦИЕЙ СЖАТОГО ВОЗДУХА И ВАКУУМА ИЗ РАСЧЁТА
- 1) Одна установка на 1 пациенто-место в операционной, манипуляционной, диагностических кабинетах
 - 2) Одна установка на 2 пациенто-места в операционной, манипуляционной, диагностических кабинетах
 - 3) Одна установка на 3 пациенто-место в операционной, манипуляционной, диагностических кабинетах
 - 4) Одна установка на 4 пациенто-место в операционной, манипуляционной, диагностических кабинетах
23. СКОЛЬКО ДЫХАТЕЛЬНЫХ МЕШКОВ ДЛЯ РУЧНОЙ ИВЛ ДОЛЖНО НАХОДИТЬСЯ В ПАЛАТЕ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ (НА 6 КОЕК)
- 1) 1
 - 2) 2
 - 3) 3
 - 4) 4
24. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ CO₂ ВО ВРЕМЯ РЕЦИРКУЛЯЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГАЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
- 1) Предохранительный клапан
 - 2) Абсорбер
 - 3) Патрубок для подачи свежей дыхательной смеси
 - 4) Дыхательные шланги
25. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ CO₂ ВО ВРЕМЯ РЕЦИРКУЛЯЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГАЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
- 1) Предохранительный клапан
 - 2) Абсорбер
 - 3) Патрубок для подачи свежей дыхательной смеси
 - 4) Дыхательные шланги
26. ТОКСИЧЕСКАЯ ДОЗА СЕДУКСЕНА РАВНА
- 1) 8 мг/кг
 - 2) 15 мг/кг
 - 3) 30 мг/кг
 - 4) 100 мг/кг
 - 5) 50 мг/кг
27. ОСНОВНОЕ СРЕДСТВО АНТИНОЦИЦЕПТИВНОЙ ЗАЩИТЫ ПАЦИЕНТА ПРИ ЛЮБЫХ ВИДАХ СИЛЬНОЙ ОСТРОЙ ИЛИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ
- 1) Опиоидные анальгетики
 - 2) Ингаляционные анестетики
 - 3) Деполяризующие миорелаксанты
 - 4) Препараты барбитуровой кислоты
28. АЛКАЛОИДАМИ ОПИУМА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Кетамин и морфин
 - 2) Морфин и кодеин
 - 3) Налбуфин и кодеин
 - 4) Фентанил и омнопон
29. АЛКАЛОИДАМИ ОПИУМА ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) Морфин
 - 2) Кодеин
 - 3) Все вышеперечисленное
 - 4) Ничего из вышеперечисленного
30. К ПРЕПАРАТАМ, СПОСОБНЫМ ВЫЗЫВАТЬ ОЧЕНЬ СИЛЬНУЮ АНАЛЬГЕЗИЮ ОТНОСЯТ
- 1) Морфин, бупренорфин
 - 2) Трамадол
 - 3) Фентанил
 - 4) Налбуфин, бутарфанол
31. К ПРЕПАРАТАМ, СПОСОБНЫМ ВЫЗЫВАТЬ СЛАБУЮ АНАЛЬГЕЗИЮ ОТНОСЯТ
- 1) Морфин, бупренорфин
 - 2) Трамадол
 - 3) Фентанил
 - 4) Налбуфин, бутарфанол
32. ОСНОВНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ МИОРЕЛАКСАНТОВ:
- 1) Деполяризующие, недеполяризующие
 - 2) Гипоосмолярные, гиперосмолярные
 - 3) Низкоконцентрированные, высококонцентрированные
 - 4) Все ответы неверные
33. СТАНДАРТНАЯ ДОЗА СУКЦИНИЛХОЛИНА ДЛЯ ИНТУБАЦИИ У ВЗРОСЛОГО:
- 1) 15-20 г/кг в/м
 - 2) 1-1,5 мг/кг в/в
 - 3) 30-50 мг/кг в/в
 - 4) 0.01-0.05 мг/кг в/в
34. ПРИ ВВЕДЕНИИ КАКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НАБЛЮДАЮТСЯ ФАСЦИКУЛЯЦИИ:
- 1) Ингаляционных средств для общей анестезии
 - 2) Тиопентала натрия
 - 3) Сукцинилхолина
 - 4) Атропина
35. ВЫБЕРИТЕ СОСТОЯНИЯ, ПРИ КОТОРЫХ ВЫСОК РИСК ОСЛОЖНЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ГИПЕРКАЛИЕМИЕЙ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ СУКЦИНИЛХОЛИНА:
- 1) Ожоги
 - 2) Обширная травма
 - 3) Геморрагический шок с метаболическим ацидозом
 - 4) Все вышеперечисленное

36. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОВЫШАЕТ ВНУТРИГЛАЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ:
- 1) Парацетамол
 - 2) Атропин
 - 3) Сукцинилхолин
 - 4) Цефтриаксон
37. ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНЕСТЕЗИИ В ПЕРВУЮ СТАДИЮ:
- 1) Рефлекторная брадикардия
 - 2) Остановка сердца
 - 3) Рефлекторное угнетение дыхания
 - 4) Остановка дыхания
 - 5) Все перечисленное
38. ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТАДИЯ МОНОАРКОЗА ФТОРОТАНОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ
- 1) Депрессии дыхания
 - 2) Тахикардии
 - 3) Артериальной гипотонии
 - 4) Мышечной релаксации
 - 5) Выключения сознания
39. ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТАДИЯ МОНОАРКОЗА ФТОРОТАНОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ:
- 1) Депрессией дыхания
 - 2) Тахикардией
 - 3) Артериальной гипотензией
 - 4) Мышечным расслаблением
40. ПОДДЕРЖАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТАДИИ АНЕСТЕЗИИ ЭТИЛОВЫМ ЭФИРОМ ТРЕБУЕТ ЕГО ИНГАЛЯЦИИ В КОНЦЕНТРАЦИИ
- 1) 1 об.%
 - 2) 2 об.%
 - 3) 3-4 об.%
 - 4) 6-8 об.%
 - 5) 8-10 об.%
41. НАСТУПЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТАДИИ АНЕСТЕЗИИ ЭТИЛОВЫМ ЭФИРОМ НАИБОЛЕЕ ЛЕГКО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
- 1) Отсутствием ресничных рефлексов
 - 2) Размером зрачков
 - 3) Движением зрачков
 - 4) Началом ритмичного дыхания
 - 5) Отсутствием корнеальных рефлексов
42. ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНЕСТЕЗИИ В ПЕРВУЮ СТАДИЮ:
- 1) Рефлекторная брадикардия
 - 2) Остановка сердца
 - 3) Рефлекторное угнетение дыхания
 - 4) Остановка дыхания
 - 5) Все перечисленное

43. ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТАДИЯ МОНОНАРКОЗА ФТОРОТАНОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ
- 1) Депрессии дыхания
 - 2) Тахикардии
 - 3) Артериальной гипотонии
 - 4) Мышечной релаксации
 - 5) Выключения сознания
44. ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТАДИЯ МОНОНАРКОЗА ФТОРОТАНОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ:
- 1) Депрессией дыхания
 - 2) Тахикардией
 - 3) Артериальной гипотензией
 - 4) Мышечным расслаблением
45. ПОДДЕРЖАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТАДИИ АНЕСТЕЗИИ ЭТИЛОВЫМ ЭФИРОМ ТРЕБУЕТ ЕГО ИНГАЛЯЦИИ В КОНЦЕНТРАЦИИ
- 1) 1 об.%
 - 2) 2 об.%
 - 3) 3-4 об.%
 - 4) 6-8 об.%
 - 5) 8-10 об.%
46. НАСТУПЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТАДИИ АНЕСТЕЗИИ ЭТИЛОВЫМ ЭФИРОМ НАИБОЛЕЕ ЛЕГКО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
- 1) Отсутствием ресничных рефлексов
 - 2) Размером зрачков
 - 3) Движением зрачков
 - 4) Началом ритмичного дыхания
 - 5) Отсутствием корнеальных рефлексов
47. ОТМЕТЬТЕ НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ У ПОЖИЛОГО БОЛЬНОГО С ДЛИТЕЛЬНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, ПРИ НАЛИЧИИ ГИПОТЕНЗИИ И СПУТАННОГО СОЗНАНИЯ:
- 1) Тахипноэ
 - 2) Артериальная гипоксемия
 - 3) Гипоосмолярность плазмы
 - 4) Метаболический ацидоз
48. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КАКОГО ПРЕПАРАТА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ:
- 1) Пропофол
 - 2) Теопентал
 - 3) Кетамин
 - 4) Севоран
49. КЛИРЕНСА КРЕАТИНИНА У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА:
- 1) снижается
 - 2) не меняется
 - 3) увеличивается
 - 4) не определяется

50. ТРУДНОСТИ ПРИ МАСОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ И ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА МОГУТ СОЗДАТЬ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) Истончение комочков Биша
- 2) Тугоподвижность затылочных сочленений
- 3) Отсутствие зубов
- 4) Гипоплазия альвеолярного отростка

51. ОСНОВНЫМИ НЕДОСТАТКАМИ 0.9% ИЗОТОНИЧЕСКОГО (ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО) РАСТВОРА ХЛОРИДА НАТРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- 1) Содержит мало свободной воды
- 2) Содержит много хлора
- 3) Содержит много натрия
- 4) Приводит к метаболическом ацидозу
- 5) Приводит к метаболическому алкалозу

52. 2,3-ДИФОСФОГЛИЦЕРАТ СОДЕРЖАТ:

- 1) Эритроциты
- 2) Тромбоциты
- 3) Лейкоциты
- 4) Лимфоциты
- 5) Ретикулоциты

53. ГЕМОКОНЦЕНТРАЦИЕЙ У МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ ГЕМАТОКРИТА БОЛЬШЕ:

- 1) 22-40%
- 2) 32-40%
- 3) 36-40%
- 4) 46 - 48%
- 5) 55-60%

54. ГЕМОКОНЦЕНТРАЦИЕЙ У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ ГЕМАТОКРИТА БОЛЬШЕ:

- 1) 22-40%
- 2) 36-42%
- 3) 32-35%
- 4) 48-50%
- 5) 50-58%

55. НИЗКИЙ МИНУТНЫЙ ОБЪЕМ КРОВООБРАЩЕНИЯ РАВЕН:

- 1) 5-7 л/мин
- 2) 3-4 л/мин
- 3) 4-6 л/мин
- 4) 6-8 л/мин
- 5) 8-10 л/мин

56. КАКОЙ ОЦК У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА НА 10 КГ МАССЫ ТЕЛА

- 1) 650-750 мл
- 2) 850-950 мл
- 3) 500-550 мл
- 4) 750-850 мл

- 5) 550-650 мл
57. **НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА – ЭТО...**
- 1) Комплекс мероприятий, направленных на должное субстратное обеспечение больных, устранение метаболических нарушений и коррекцию дисфункции трофической цепи с целью оптимизации трофического гомеостаза, структурно-функциональных и метаболических процессов организма, а также его адаптационных резервов.
 - 2) Сбалансированное питание
 - 3) Правильное питание
 - 4) Способ введения пищи больному
58. **ЗАДАЧАМИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ЯВЛЯЮТСЯ?**
- 1) Восстановление гидроионного баланса
 - 2) Возмещение потерь белка, связанных с глюконеогенезом и плазмопотерей
 - 3) Возмещение повышенных энергозатрат и перевод метаболических процессов из катаболической в анаболическую фазу
 - 4) Все перечисленное
59. **НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ**
- 1) Энтеральное питание через зонд
 - 2) Частичное или полное парентеральное питание
 - 3) Энтеральное + парентеральное питание
 - 4) Все перечисленное
60. **ВЫБОР ФОРМЫ ПИТАНИЯ ДОЛЖЕН ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ**
- 1) Степенью тяжести состояния пациента, наличием или отсутствием сознания
 - 2) Возможностью глотать, состоянием желудочно-кишечного тракта
 - 3) Выраженностью токсикоза, сопровождающегося рвотой, диареей
 - 4) Все перечисленное
61. **ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ЭТО ...**
- 1) Введение питательных веществ внутривенным путем
 - 2) Введение питательных веществ через желудочный зонд
 - 3) Введение питательных веществ в прямую кишку
 - 4) Нет правильного ответа
62. **АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ БОЛЬНЫМ, НАХОДЯЩИМСЯ В ОРИТ**
- 1) После уточнения нозологического диагноза до получения результатов бактериологического исследования
 - 2) В применении комбинации антибиотиков с широким спектром активности, учитывая перечень потенциальных возбудителей с предполагаемой чувствительностью
 - 3) Уровень с учетом резистентности нозокомиальных возбудителей по данным микробиологического мониторинга
 - 4) Все выше перечисленное
63. **ЭМПИРИЧЕСКИЙ ВЫБОР АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ**
- 1) В применении комбинации антибиотиков с широким спектром активности, учитывая перечень потенциальных возбудителей с предполагаемой чувствительностью
 - 2) В применении моноантибиотикотерапии, учитывая перечень потенциальных возбудителей с предполагаемой чувствительностью

- 3) В применении комбинации антибиотиков с широким спектром активности, не учитывая перечень потенциальных возбудителей с предполагаемой чувствительностью
- 4) Назначение эмпирической антибиотикотерапии не целесообразно
64. ВЫБОР ЭМПИРИЧЕСКОГО РЕЖИМА ТЕРАПИИ СЕПСИСА В ОРИТ ДОЛЖНЫ БАЗИРОВАТЬСЯ НА ОСНОВЕ СЛЕДУЮЩИХ КРИТЕРИЕВ
- 1) Спектр предполагаемых возбудителей в зависимости от локализации первичного очага
 - 2) Тяжесть инфекции, оцененная по шкале SOFA или APACHE II
 - 3) Уровень резистентности нозокомиальных возбудителей по данным микробиологического мониторинга.
 - 4) все выше перечисленное
65. К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ 1-ГО РЯДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОГО СЕПСИСА ОТНОСЯТСЯ:
- 1) Амоксициллин/ клавуланат+/- аминогликозид
 - 2) Ампициллин/ сульбактам+/- аминогликозид
 - 3) Цефотаксим+/- метронидазол
 - 4) Все выше перечисленное
66. К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ 2-ГО РЯДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОГО СЕПСИСА ОТНОСЯТСЯ:
- 1) Амоксициллин/ клавуланат+/- аминогликозид
 - 2) Офлоксацин+/- метронидазол
 - 3) Ципрофлоксацин+/- метронидазол
 - 4) Все выше перечисленное
67. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ СОСТОЯНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ
- 1) Отсутствие дыхания
 - 2) Отсутствие сознания
 - 3) Отсутствие пульсации на сонной артерии
 - 4) Бледность кожных покровов
68. СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ ПРОДОЛЖАЮТ МЕРОПРИЯТИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА
- 1) 15 минут
 - 2) 30 минут
 - 3) 50 минут
 - 4) 1 час
69. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К БАЗОВОМУ(ОСНОВНОМУ) КОМПЛЕКСУ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ
- 1) Обеспечение проходимости дыхательных путей
 - 2) Ивл "рот в нос"
 - 3) Наружный массаж сердца
 - 4) Электрическая дефибрилляция
 - 5) Прекардиальный удар
70. ПЕРИОД КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ В УСЛОВИЯХ НОРМОТЕРМИИ СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 3 минуты

- 2) 5 минут
3) 10 минут
4) 15 минут
71. ПЕРИОД КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ В УСЛОВИЯХ ГИПОТЕРМИИ(30-31С)
1) 15 минут
2) 3 минуты
3) 10 минут
4) 20 минут
72. ПРОДОЛЖИТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ: ПОСТРЕАНИМАЦИОННАЯ БОЛЕЗНЬ – ЭТО ...
1) Специфическое патологическое состояние, развивающееся в организме больного вследствие ишемии, вызванной тотальным нарушением кровообращения и реперфузии после успешной реанимации и характеризующееся, тяжелыми расстройствами различных звеньев гомеостаза на фоне нарушенной интегративной функции ЦНС
2) Специфическое патологическое состояние, развивающееся в организме больного вследствие реанимационных мероприятий
3) Специфическое патологическое состояние, развивающееся в организме больного вследствие применения ЛС при МКА
4) Специфическое патологическое состояние, развивающееся в организме больного вследствие состояния клинической смерти
73. КАКОЙ АВТОР ВПЕРВЫЕ СФОРМИРОВАЛ ПОНЯТИЕ О ПОСТРЕАНИМАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ
1) В. А. Неговский
2) Г. А. Рябов
3) А. П. Зильбер
4) К. М. Лебединский
74. В. А. НЕГОВСКИЙ И ЕГО КОЛЛЕГИ А.М. ГУРВИЧ И Е.С. ЗОЛОТОКРЫЛИНА ОБОБЩИЛИ ОПЫТ КЛИНИЧЕСКИХ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ВО ВСЕМИРНО ИЗВЕСТНОЙ МОНОГРАФИИ «ПОСТРЕАНИМАЦИОННАЯ БОЛЕЗНЬ» В ... ГОДУ:
1) 1979,1987гг
2) 1937г
3) 1991, 1995гг
4) 2001г
75. В ТЕЧЕНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРБ ВЫДЕЛЯЮТ ... СТАДИЙ :
1) 5
2) 4
3) 3
4) 6
76. ОТ ЧЕГО НЕ ЗАВИСИТ ОПЕРАЦИОННЫЙ РИСК?
1) От состояния больного
2) От квалификации анестезиолога и хирурга
3) От операционного блока
4) От качества предоперационной подготовки

77. ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ АСАТ (АСТ) ИМЕЕТ СУЩЕСТВЕННОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ
- 1) При инфаркте миокарда
 - 2) При недостаточности правого сердца
 - 3) При гемолизе
 - 4) При повреждении мышц
 - 5) При повреждении почек и мозга
78. ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ АЛАТ (АЛТ) ИМЕЕТ СУЩЕСТВЕННОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ
- 1) При инфаркте миокарда
 - 2) При повреждении почек и мышц
 - 3) При гепатите
 - 4) При циррозе печени
 - 5) При гемолизе
79. ОТНОШЕНИЕ АСАТ/АЛАТ СУЩЕСТВЕННО УВЕЛИЧИВАЕТСЯ
- 1) При инфаркте миокарда
 - 2) При недостаточности надпочечников
 - 3) При гемолизе
 - 4) При острой почечной недостаточности
 - 5) При повреждении мозга
80. ОТНОШЕНИЕ АСАТ/АЛАТ СУЩЕСТВЕННО УМЕНЬШАЕТСЯ
- 1) При болезнях сердца любой этиологии
 - 2) При инфаркте
 - 3) При гепатите любой этиологии
 - 4) При гемолизе
 - 5) При острой почечной недостаточности
81. ПОВЫШЕНИЕ ЛДГ1 И ЛДГ2 ИМЕЕТ СУЩЕСТВЕННОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ
- 1) При отравлениях любой этиологии
 - 2) При инфаркте миокарда
 - 3) При тиреотоксикозе
 - 4) При опухолях
 - 5) При заболеваниях бронхов и легких
82. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ УЛУЧШАЮТ ВИЗУАЛИЗАЦИЮ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ПОВТОРНЫХ ЛАРИНГОСКОПИЯХ И ОБЛЕГЧАЮТ ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРОБРОНХОСКОПА:
- 1) Антигистаминные препараты
 - 2) Холинолитические препараты
 - 3) Седативные препараты
 - 4) Ненаркотические анальгетики
83. КАКОЙ ИНГАЛЯЦИОННЫЙ АНЕСТЕТИК ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ:
- 1) Закись азота
 - 2) Севофлуран
 - 3) Галотан

- 4) Изофлуран
84. МЕТОД АНЕСТЕЗИИ ПРИ РИГИДНОЙ БРОНХОСКОПИИ:
- 1) В/в анестезия
 - 2) Общая анестезия
 - 3) Местная анестезия
 - 4) Ничего из вышеперечисленного
85. К ОСЛОЖНЕНИЯМ МЕДИАСТИНОСКОПИИ ОТНОСИТСЯ ВСЁ, КРОМЕ:
- 1) Пневмоторакс
 - 2) Воздушная эмболия
 - 3) Пневмония
 - 4) Кровопотеря
86. НАИБОЛЕЕ ОПАСНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПИЩЕВОДЕ:
- 1) Анафилактический шок
 - 2) Лёгочная аспирация
 - 3) Тахикардия
 - 4) Ничего из вышеперечисленного
87. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ
- 1) Увеличением парциального давления кислорода (pO_2) и углекислого газа (pCO_2) в крови
 - 2) Увеличением pO_2 и уменьшением pCO_2 в крови
 - 3) Уменьшением pO_2 и pCO_2 в крови
 - 4) Уменьшением pO_2 и увеличением pCO_2 в крови
88. ЦЕНТРАЛЬНАЯ ВЕНТИЛЯЦИОННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ:
- 1) Патологии легких
 - 2) Патологии системы внутреннего дыхания
 - 3) Патологии дыхательного центра
 - 4) Патологии дыхательной мускулатуры
89. ПРИ УГНЕТЕНИИ ДЫХАТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА ВОЗНИКАЕТ
- 1) Диффузионная форма дыхательной недостаточности
 - 2) Вентиляционная форма дыхательной недостаточности
 - 3) Перфузионная форма дыхательной недостаточности
 - 4) Обструктивный тип нарушения вентиляции легких
90. ОБСТРУКТИВНЫЙ ТИП ГИПОВЕНТИЛЯЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:
- 1) Повреждении мотонейронов спинного мозга
 - 2) Ограничении расправления легких при дыхании
 - 3) Уменьшении легочной поверхности
 - 4) Нарушении проходимости воздухоносных путей.
91. ОБСТРУКТИВНЫЙ ТИП ГИПОВЕНТИЛЯЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:
- 1) Снижении суммарного просвета бронхов
 - 2) Ограничение расправления легких при дыхании
 - 3) Уменьшение легочной поверхности

- 4) Угнетении функции дыхательного центра
92. ПРИ КАКОМ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ВИДОВ АРИТМИЙ ЭФФЕКТИВНО ВВЕДЕНИЕ КАЛИЯ
- 1) При желудочковой тахикардии
 - 2) При узловой тахикардии
 - 3) При желудочковой экстрасистолии
 - 4) При суправентрикулярных нарушениях ритма
 - 5) При всех перечисленных нарушениях ритма
93. ВОЗБУЖДЕНИЕ РЕФЛЕКСА БЕЙНБРИДЖА ПРОИСХОДИТ
- 1) При растяжении правого предсердия и устья полых вен
 - 2) При растяжении левого предсердия
 - 3) При растяжении аорты
 - 4) При снижении АД
 - 5) При повышении АД
94. РЕФЛЕКТОРНОЕ РАЗДРАЖЕНИЕ ВАГУСА ПРОЯВЛЯЕТСЯ
- 1) Брадикардией и повышением АД
 - 2) Брадикардией и снижением АД
 - 3) Тахикардией и гипотонией
 - 4) Тахикардией и гипертонией
 - 5) Брадикардией и повышением диастолического давления
95. В ТЕРАПИИ ПОСТПЕРФУЗИОННОГО СИНДРОМА СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:
- 1) ИВЛ 50% кислородом
 - 2) ИВЛ в режиме ПДКВ
 - 3) Гемосорбции
 - 4) Применения глюкокортикоидов
 - 5) Ограничения применения жидкости
96. КОРОНАРНЫЙ КРОВОТОК, В ОСНОВНОМ, КОНТРОЛИРУЕТСЯ
- 1) Симпатическими импульсами
 - 2) Парасимпатическими импульсами
 - 3) Гормонами
 - 4) Потреблением кислорода
 - 5) Ацидозом
97. ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ МОГУТ БЫТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ
- 1) Недостаточной глубины наркоза
 - 2) Манипуляций в области рефлексогенных зон
 - 3) Введения солевых растворов
 - 4) Нарушения газообмена
 - 5) Уменьшения ОЦК в связи с кровопотерей
98. ПРИМЕНЕНИЕ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ ПРИВОДИТ КО ВСЕМУ ПЕРЕЧИСЛЕННОМУ, КРОМЕ:
- 1) Травмирования форменных элементов крови
 - 2) Гемолиза
 - 3) Увеличения сердечного выброса
 - 4) Коагулопатии

- 5) Улучшения дыхательных функций легких
99. ИМПЛАНТАЦИЯ ИСКУССТВЕННОГО ВОДИТЕЛЯ РИТМА ПОКАЗАНА
- 1) При атриовентрикулярной блокаде III степени
 - 2) При полной атриовентрикулярной блокаде
 - 3) При слабости синусового узла
 - 4) При брадикардии, причиной которой является интоксикация гликозидами
 - 5) Все ответы правильны
100. ПРИ РАЗВИТИИ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
- 1) Атропина
 - 2) Новодрин
 - 3) Алопурина
 - 4) Адреналина
 - 5) Наружной электрической стимуляции
101. ПРИ ПОВЫШЕНИИ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ (БОЛЬНЫЕ ОЩУЩАЮТ ПЕРЕПОЛНЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ) ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:
- 1) Тепло
 - 2) Симпатолитики
 - 3) Холод
 - 4) Холинолитики
102. ПРИЧИНЫ ОПН ВКЛЮЧАЮТ:
- 1) Заболевания почек
 - 2) Отравления нефротоксическими ядами
 - 3) Нарушения почечного кровотока
 - 4) Верно всё
103. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЕ УТВЕРЖДЕНИЯ:
- 1) Преренальная недостаточность определяется как нарушения кровотока до поступления его в почки
 - 2) Преренальная недостаточность определяется как нарушения внутрипочечного кровотока
 - 3) Ренальная недостаточность обусловлена нарушением оттока мочи
 - 4) Ренальная недостаточность обусловлена поражением нейронов
104. К ЧИСЛУ НЕФРОТОКСИЧНЫХ ВЕЩЕСТВ ОТНОСЯТСЯ:
- 1) Соли тяжелых металлов
 - 2) Этиленгликоль
 - 3) Фуросемид
 - 4) Все перечисленное
105. ОСНОВОЙ ЛЕЧЕНИЯ СФОРМИРОВАВШЕЙСЯ ОПН ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) Стимуляция функции почек
 - 2) Предотвращение смертельных метаболических расстройств
 - 3) Сохранение нефронов
 - 4) Проведение гемотрансфузии
106. ПОКАЗАНИЯМИ К ГЕМОДИАЛИЗУ ПРИ ОПН ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Анурия
- 2) Креатин сыворотки крови более 0,4 ммоль/л
- 3) Калий сыворотки более 6 ммоль/л
- 4) Все перечисленное

107. ОСНОВНЫМИ ОТЛИЧИЯМИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТ СОМАТИЧЕСКОЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Высокая возбудимость, высокая хронаксия, продолжительная рефрактерная фаза, низкая скорость проведения возбуждения
- 2) Низкая возбудимость, высокая хронаксия, продолжительная рефрактерная фаза, низкая скорость проведения возбуждения
- 3) Низкая возбудимость, высокая хронаксия, короткая рефрактерная фаза, низкая скорость проведения возбуждения
- 4) Низкая возбудимость, низкая хронаксия, продолжительная рефрактерная фаза, высокая скорость проведения возбуждения

108. ГЛАВНЫМИ ОТЛИЧИЯМИ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТ СИМПАТИЧЕСКОЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Экстрамуральное расположение ганглиев, наличие медиаторов только холинергической природы, быстрое наступление эффекта после начала раздражения, длительный эффект действия
- 2) Интрамуральное расположение ганглиев, наличие медиаторов только адренергической природы, быстрое наступление эффекта после начала раздражения, длительный эффект действия
- 3) Интрамуральное расположение ганглиев, наличие медиаторов только холинергической природы, быстрое наступление эффекта после начала раздражения, кратковременный эффект действия
- 4) Интрамуральное расположение ганглиев, наличие медиаторов только адренергической природы, медленное наступление эффекта после начала раздражения, кратковременный эффект действия

109. НИЗШИЕ ЦЕНТРЫ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ РАСПОЛОЖЕНЫ:

- 1) В среднем мозге, продолговатом мозге и в крестцовом отделе спинного мозга
- 2) В среднем мозге, в боковых рогах грудного и поясничного отделов спинного мозга
- 3) В боковых рогах грудного и поясничного отделов спинного мозга
- 4) В продолговатом мозге и в боковых рогах грудного отдела спинного мозга

110. ПРИ ВОЗБУЖДЕНИИ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТМЕЧАЕТСЯ:

- 1) Расширение зрачка, учащение сердечных сокращений, повышение артериального давления, гипергликемия и ослабление моторики тонкого кишечника
- 2) Сужение зрачка, замедление сердечных сокращений, сужение коронарных артерий, усиление моторики кишечника и расслабление сфинктера мочевого пузыря
- 3) Расширение зрачка, учащение сердечных сокращений, повышение артериального давления, сужение коронарных артерий и ослабление моторики тонкого кишечника
- 4) Сужение зрачка, замедление сердечных сокращений, понижение артериального давления, сужение коронарных артерий и ослабление моторики тонкого кишечника

111. ПРИ ВОЗБУЖДЕНИИ СИМПАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТМЕЧАЕТСЯ:

- 1) Сужение зрачка, замедление сердечных сокращений, понижение артериального давления, гипогликемия и ослабление моторики тонкого кишечника
- 2) Расширение зрачка, учащение сердечных сокращений, повышение артериального давления, гипогликемия, усиление моторики тонкого кишечника
- 3) Сужение зрачка, замедление сердечных сокращений, понижение артериального давления, гипергликемия и ослабление моторики тонкого кишечника
- 4) Расширение зрачка, учащение сердечных сокращений, повышение артериального давления, гипергликемия и ослабление моторики тонкого кишечника

112. ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ ПРИ ТРЕПАНАЦИИ ЧЕРЕПА, ВЫПОЛНЯЕМОЙ ЧЕРЕЗ ЛОБНЫЙ, ВИСОЧНЫЙ И ТЕМЕННО-ЗАТЫЛОЧНЫЙ ДОСТУП:

- 1) На спине, с приподнятым головным концом
- 2) На животе
- 3) На боку
- 4) В положении Тренделенбурга

113. ПОКАЗАНИЯМИ К ДЕГИДРАТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ СЛУЖИТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- 1) Отек мозга
- 2) Коматозное состояние
- 3) Резкое ухудшение неврологического статуса неясного генеза
- 4) Интраоперационная подготовка к вскрытию твердой мозговой оболочки

114. ПРИМЕНЕНИЕ СПАЗМОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ НАПРАВЛЕНО:

- 1) На снижение АД
- 2) На улучшение органной перфузии
- 3) На уменьшение феномена "обкрадывания"
- 4) На стабилизацию гемато-энцефалического барьера

115. ОПТИМАЛЬНОЙ ГЛУБИНОЙ НАРКОЗА ПРИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Стадия аналгезии
- 2) Первый уровень третьей стадии
- 3) Вторая стадия
- 4) Третий уровень третьей стадии

116. У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ РЕЛАКСАНТЫ МОГУТ ВЫЗВАТЬ:

- 1) Почечную недостаточность
- 2) Угнетение и остановку дыхания
- 3) Печеночную недостаточность
- 4) Тяжелый коллапс

117. ПОВРЕЖДЕНИЕ ВЫШЕ КАКОГО СЕГМЕНТА СПИННОГО МОЗГА ВЫЗЫВАЕТ ПОЧТИ ПОЛНЫЙ ПАРАЛИЧ ДЫХАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

- 1) С6
- 2) С3
- 3) С5
- 4) С2

118. ЕСЛИ ПОВРЕЖДЕНИЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ ВЫШЕ T5, ТО ОТВЕТОМ НА СИМПАТЭКТОМИЮ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) Гипотензия
 - 2) Гипертензия
 - 3) Нормотензия
119. КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМОМ ПОЛНОГО НАРУШЕНИЯ РЕФЛЕКТОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПИННОГО МОЗГА ОБЫЧНО
- 1) Спинальный шок
 - 2) Инфекционно-токсический шок
 - 3) Ожоговый шок
120. У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ СПИННОГО МОЗГА ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА РАННЕЙ СМЕРТИ
- 1) Дыхательная недостаточность
 - 2) Почечная недостаточность
 - 3) Сердечная недостаточность
121. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ РАЗРЕШЕНИЕ СПИНАЛЬНОГО ШОКА ОБЫЧНО НАБЛЮДАЮТСЯ ЧЕРЕЗ
- 1) 2-3 нед. после травмы
 - 2) 3-4 сутки после травмы
 - 3) 5-6 сутки после травмы
122. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРИ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ С ЭПИЛЕПСИЕЙ, ПО ПОВОДУ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ЗЧЯ:
- 1) Тиопентал натрия
 - 2) Галотан
 - 3) Севофлюран
 - 4) Кетамин
123. НА КАКИЕ СУТКИ ЖДАТЬ ДЕЛИРИЙ С БОЛЬНОГО С ЧМТ НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ ?
- 1) 4-5сут
 - 2) 6-8сут
 - 3) 1-2сут
 - 4) 2-3сут
124. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ У НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ССС
- 1) Изофлюран
 - 2) Нитропруссиднатрия
 - 3) Галотан
 - 4) Аденозина

125. КАКОЕ ПРАВИЛО НЕОБХОДИМО СОБЛЮДАТЬ НАКАНУНЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ КЛИПИРОВАНИЯ АНЕВРИЗМЫ
- 1) Перед операцией вводится двойная доза инсулина
 - 2) Перед операцией вводится инсулин в разовой дозе
 - 3) Перед операцией инсулин не вводится
 - 4) Перед операцией инсулин вводится в половинной дозе
126. КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ ПОЖИЛОМУ БОЛЬНОМУ С ТЯЖЕЛЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ?
- 1) Начать мочегонные препараты
 - 2) Начать лечение L-тироксина с малых доз
 - 3) Начать лечение с больших доз L-тироксина под прикрытием глюкокортикоидов
 - 4) Отказаться от лечения гипотиреоза
127. ПРИЗНАК, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ
- 1) Прорастание в окружающие ткани и регионарные лимфоузлы
 - 2) Четкие границы опухоли, метастазы не дает
 - 3) Развитие кахексии
 - 4) Микроскопически - "атипичные" клетки
128. ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ
- 1) Химиотерапия
 - 2) Оперативное лечение
 - 3) Гормонотерапия
 - 4) Физиотерапия
129. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ
- 1) Не влияет на общее состояние
 - 2) Растет медленно, имеет капсулу
 - 3) Растет быстро, разрушая окружающие ткани
 - 4) Не рецидивирует
130. АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ПОДКЛЮЧЕНИЯ К БОЛЬНОМУ:
- 1) Наркозный аппарат
 - 2) Наркозный аппарат + аппарат ивл
 - 3) Наркозный аппарат + аппарат ивл +дыхательный контур
 - 4) Мешок «Амбу»
131. ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ ВКЛЮЧАЮТ:
- 1) Гипотензию;
 - 2) Желудочную регургитацию;
 - 3) Пневмоторакс.
 - 4) Все ответы правильны
132. ПРИ ЛАРИНГЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПОКАЗАН СЛЕДУЮЩИЙ ВИД АНЕСТЕЗИИ
- 1) Масочный ингаляционной
 - 2) Внутривенный
 - 3) Эндотрахеальный через превентивно наложенную трахеостому
 - 4) Назофаренгиальный ингаляционный

133. ПРИ ОБРАБОТКЕ ЗУБОВ БОРМАШИНОЙ ПОД НАРКОЗОМ КЕТАМИНОМ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ МОЖЕТ БЫТЬ
- 1) Бронхиолоспазм от попадания костной пыли
 - 2) Аспирации слизи, крови
 - 3) Ларингоспазм
 - 4) Коллапс
134. ПРИ АМБУЛАТОРНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНА АНЕСТЕЗИЯ
- 1) Внутривенная
 - 2) Назофарингеальная ингаляционная
 - 3) Многокомпонентная анестезия
 - 4) Ингаляционная через ротоносовую маску
135. ОТПУСТИТЬ АМБУЛАТОРНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ПОСЛЕ АНЕСТЕЗИИ МОЖНО
- 1) Через 15 минут
 - 2) После полного выхода из наркозной депрессии
 - 3) Сразу после стоматологического вмешательства
 - 4) Через 1 час
136. ПРИ ОПЕРАЦИИ КРАЙЛЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) Эндотрахеальный наркоз
 - 2) Внутривенная анестезии
 - 3) Спинальна анестезия
 - 4) Эпидуральная анестезия
137. ГЛАУКОМА - ЭТО:
- 1) Повышение или неустойчивость внутриглазного давления
 - 2) Изменения поля зрения
 - 3) Атрофия зрительного нерва
 - 4) Нарушения со стороны дренажной системы
 - 5) Всё вышеперчисленное
138. ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЙ ГЛАЗА ЯВЛЯЮТСЯ:
- 1) Симпатическая офтальмия
 - 2) Эндофтальмит
 - 3) Вторичная глаукома
 - 4) Панофтальмит
 - 5) Всё вышеперчисленное
139. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТЫ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) Консервативное лечение
 - 2) Хирургическое лечение
 - 3) Лазерное лечение
 - 4) Назначение гипотензивных препаратов
 - 5) Назначение витаминов
140. ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ГЛАУКОМЫ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ:
- 1) ингибиторы карбоангидразы

- 2) осмотическую терапию
 - 3) обезболивающие препараты
 - 4) все перечисленное
 - 5) ничего из вышеперечисленного
141. НОРМАЛЬНЫЕ ЦИФРЫ ТОНОМЕТРИЧЕСКОГО ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ (ММ РТ. СТ.):
- 1) 16-26
 - 2) 5-12
 - 3) 30-35
 - 4) 36-45
 - 5) 1-5
142. ПОЧЕМУ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ОБЩУЮ АНЕСТЕЗИЮ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ БЕДРА
- 1) Высокий риск летальности в раннем послеоперационном периоде
 - 2) Высокий риск тэла
 - 3) Более сложная послеоперационная анальгезия
 - 4) Все перечисленное
143. С КАКИМИ ОПАСНЫМИ ДЛЯ ЖИЗНИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СОПРЯЖЕНО ТОТАЛЬНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА
- 1) Синдром имплантации цемента в костную ткань
 - 2) Интраоперационная кровопотеря
 - 3) ТЭЛА
 - 4) Все перечисленное
144. ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СИНДРОМ ИМПЛАНТАЦИИ ЦЕМЕНТА В КОСТНУЮ ТКАНЬ?
- 1) Гипоксией, легочной гипертензией
 - 2) Артериальной гипотонией
 - 3) Нарушениями ритма и проводимости сердца, снижением СВ
 - 4) Все перечисленное
145. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ АРТРОСКОПИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА МОЖЕТ СЛУЧИТЬСЯ ПОСЛЕ ОПУСТОШЕНИЯ ПНЕВМОТИЧЕСКОГО ТУРНИКЕТА
- 1) Головная боль
 - 2) ТЭЛА
 - 3) Тошнота
 - 4) Острая печеночная недостаточность
146. КАКИЕ ФАКТОРЫ ЗАСЛУЖИВАЮТ НАИБОЛЬШЕГО ВНИМАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ НА ПОЗВОНОЧНИКЕ
- 1) Состояние дыхательных путей и вентиляции
 - 2) Возраст больного
 - 3) Сопутствующая патология
 - 4) Работа хирургов
147. ПЕРЕЛОМУ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ВЗРОСЛЫХ ОБЫЧНО СООТВЕТСТВУЕТ КРОВОПОТЕРЯ, РАВНАЯ
- 1) 400-600 мл
 - 2) 600-800 мл

- 3) 800-1000 мл
- 4) 1000-1500 мл

148. МНОЖЕСТВЕННОМУ ПЕРЕЛОМУ КОСТЕЙ ТАЗА У ВЗРОСЛЫХ ОБЫЧНО СООТВЕТСТВУЕТ КРОВОПОТЕРЯ, РАВНАЯ

- 1) 500-1000 мл
- 2) 1000-1500мл
- 3) 1500-2000мл
- 4) 2000-3000мл

149. ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) Отрывов конечностей
- 2) Симптомов сдавления или повреждения спинного и головного мозга
- 3) Торакоабдоминальных повреждений внутренних органов
- 4) Перелома костей таза

150. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЭКСТРЕННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ТРАВМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ТАЗА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Эпидуральная анестезия
- 2) Многокомпонентная анестезия с ИВЛ
- 3) Масочная анестезия
- 4) Спинальная анестезия

151. ПОРАЖЕНИЕ ЦНС ПРИ ГРИППЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Синдромом инфекционно-токсической энцефалопатии
- 2) Церебральной гипертензии
- 3) Геморрагический менингоэнцефалит
- 4) Все ответы верны

152. ДЛЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ, КРОМЕ:

- 1) Нейтрофилеза
- 2) Лимфоцитоза
- 3) Сдвиг лейкоформулы влево
- 4) Лейкоцитоз
- 5) Умеренной СОЭ

153. ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ МЕНИНГОКОККЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Уртикарная сыпь
- 2) Везикулезная сыпь
- 3) Геморрагическая сыпь
- 4) Миллиарная сыпь
- 5) Кольцевидная сыпь.

154. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ МЕНИНГОКОККОВОГО НАЗОФАРИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Высокая температура
- 2) Головная боль
- 3) Повторная рвота

- 4) Резко выраженные воспалительные изменения ротоглотки.
5) Патогномоничных признаков нет
155. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА НЕОБХОДИМО ВЫДЕЛИТЬ МЕНИНГОКОКК ИЗ:
- 1) Только из ликвора
 - 2) Только из крови
 - 3) Только из носоглоточной слизи
 - 4) Только из элементов сыпи
 - 5) Из любого из перечисленных биологических материалов
156. К РЕДКИМ ФОРМАМ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:
- 1) Гайморит
 - 2) Артриты
 - 3) Иридоциклиты
 - 4) Пневмонии
 - 5) Эндокардиты
157. К ОСОБО ОПАСНЫМ ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСЯТ
- 1) Ангины, фурункулы, рожа
 - 2) Грипп, сальмонеллёз, сифилис
 - 3) Туберкулёз, гепатиты.
 - 4) Чума, холера, сибирская язва
158. САМЫЙ ВАЖНЫЙ ЭТАП ПРИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ХОЛЕРЫ:
- 1) Антибактериальная терапия
 - 2) Терапия энтеросорбентами
 - 3) Устранение дегидратации и нарушений электролитного обмена
 - 4) Вакцина WC/rBS
159. КАКИОЙ РАСТВОР НУЖНО ВВОДИТЬ ПРИ ХОЛЕРЕ:
- 1) 0,9%-й водный раствор хлорида натрия (NaCl)
 - 2) раствора Филлипса № 1
 - 3) раствор Рингера
 - 4) раствор Рингера — Тироде
160. МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ХОЛЕРЫ
- 1) Иммуноферментный анализ
 - 2) Вирусологическая диагностика
 - 3) Бактериологическое исследование
 - 4) Иммунофлюоресцентная диагностика
161. МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ХОЛЕРЫ:
- 1) Фекально-оральный
 - 2) Контактный
 - 3) Аэрогенный
 - 4) Трансмиссивный
162. ОСТРУЮ ГНОЙНУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ИНФЕКЦИЮ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЕТ:
- 1) Столбнячная палочка

- 2) Стафилококк
 - 3) Стрептококк
 - 4) Кишечная палочка
163. ОГРАНИЧЕННОЕ СКОПЛЕНИЕ ГНОЯ В ТКАНЯХ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) Флюктуацией
 - 2) Отеком
 - 3) Изъязвлением
 - 4) Ярко-выраженной гиперемией
164. МЕСТНЫЙ СИМПТОМ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ:
- 1) Подергивание мышц
 - 2) Гиперемия кожи с четкими границами
 - 3) Разлитое покраснение кожи
 - 4) Инфильтрация с цианотичным оттенком кожи
165. ТРИЗМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:
- 1) Фурункулеза
 - 2) Газовой гангрены
 - 3) Столбняка
 - 4) Рожистого воспаления
166. ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ — ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ:
- 1) Пальца
 - 2) Коленного сустава
 - 3) Костного мозга и кости
 - 4) Венозных сосудов
167. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:
- 1) *Staphylococcus aureus*
 - 2) *Streptococcus haemolyticus*
 - 3) *Mycoplasma pneumoniae*
 - 4) Все вышеперечисленное
168. У БОЛЬНЫХ БРОНХОПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПРЕОБЛАДАЕТ ВОЗБУДИТЕЛЬ:
- 1) *Staphylococcus aureus*
 - 2) *Proteus*
 - 3) *E. coli*
 - 4) Все вышеперечисленные
169. ПО ВАРИАНТАМ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЯ БЫВАЕТ:
- 1) Вирусная
 - 2) Пневмококковая
 - 3) Госпитальная
 - 4) Хламидийная
170. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ПРИ ПНЕВМОНИИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ:
- 1) до 38
 - 2) 38-39
 - 3) Свыше 39

- 4) 36.6
171. СОДЕРЖАНИЕ ФИБРИНОГЕНА В КРОВИ ПРИ ПНЕВМОНИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ:
- 1) До 5
 - 2) 5
 - 3) Свыше 10
 - 4) 20
172. СЕПСИС – ЭТО:
- 1) Общеинфекционное заболевание нециклического типа, вызываемое постоянным или периодическим проникновением в кровеносное русло различных микроорганизмов и их токсинов в условиях неадекватной резистентности организма
 - 2) Сложный комплекс взаимодействия возбудителя и макроорганизма в определенных условиях внешней и социальной среды, включающий динамически развивающиеся патологические, защитно-приспособительные, компенсаторные реакции (объединяющиеся под названием «инфекционный процесс»)
 - 3) Воспаление париетального и висцерального листков брюшины, которое сопровождается тяжёлым общим состоянием организма
173. ПО МЕСТУ ПРОНИКНОВЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРЕОБЛАДАЕТ СЕПСИС:
- 1) Оточенный
 - 2) Криптогенный
 - 3) Акушерско-гинекологический
 - 4) Чрезкожный
174. ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ РАЗЛИЧАЮТ:
- 1) Быстрый
 - 2) Медленный
 - 3) Прогрессирующий
 - 4) Молниеносный
175. ДЛЯ МОЛНИЕНОСНОГО ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНОГО СЕПСИСА ХАРАКТЕРНА:
- 1) Лихорадка, ранее развитие сердечной недостаточности; страх смерти
 - 2) Высокая лихорадка, развитие геморрагического синдрома, возбуждение
 - 3) Волнообразная лихорадка, лимфаденопатия, бред
 - 4) Гиперпиретическая лихорадка, развитие легочной недостаточности, менингоэнцефалит
176. ПАРЦИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 42-55 мм.рт.ст
 - 2) 30-40 мм.рт.ст
 - 3) 55-65 мм.рт.ст
 - 4) 20-30 мм.рт.ст
 - 5) 65-72 мм.рт.ст
177. ИЗ КАКИХ РАСТЕНИЙ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ ПОЛУЧАЮТ СЕРДЕЧНЫЕ ГЛИКОЗИДЫ:
- 1) Наперстянки пурпуровой
 - 2) Наперстянки шерстистой

- 3) Строфанта комбё
 - 4) Ландыша;
 - 5) Все вышеперечисленное верно
178. **НАЗОВИТЕ СИМПТОМЫ ОТРАВЛЕНИЯ НАПЕРСТЯНКОЙ:**
- 1) Значительная брадикардия, расстройства образования и проведения импульсов
 - 2) Бигеминия, появление вентрикулярных экстрасистол
 - 3) Желудочковая экстрасистолия
 - 4) Атриовентрикулярная блокада
 - 5) Всё вышеперечисленное верно
179. **НАЗОВИТЕ СИМПТОМЫ ОТРАВЛЕНИЯ ЛАНДЫШЕМ, КОТОРЫЕ ПРИВОДЯТ К ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА:**
- 1) Нестабильность сердечного ритма, резкое замедление сердечного ритма (брадикардия)
 - 2) Боли в животе, тошнота, рвота
 - 3) Резкая головная боль
 - 4) Потеря ориентации, спутанное сознание
 - 5) Все перечисленное верно
180. **НАЗОВИТЕ ДОЗУ АКОНИТИНА, ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ КОТОРОЙ ВОЗНИКАЕТ ОТРАВЛЕНИЕ:**
- 1) 1 мг.
 - 2) 3 мг.
 - 3) 5 мг.
 - 4) 10 мг
 - 5) 15 мг
181. **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОТРАВЛЕНИЯ АКОНИТОМ:**
- 1) Пароксизмальная тахикардия;
 - 2) Экстрасистолия;
 - 3) Первичный токсикогенный коллапс
 - 4) Желудочковая тахикардия и фибрилляция.
 - 5) Всё вышеперечисленное верно
182. **ПРОЦЕСС ПРОНИКНОВЕНИЯ ТОКСИКАНТОВ ИЗ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ В КРОВЬ ИЛИ ЛИМФУ — ЭТО:-**
- 1) Элиминация;
 - 2) Экскреция;
 - 3) Резорбция;
 - 4) Биотрансформация.
183. **ПРИЧИНАМИ, СПОСОБСТВУЮЩИМИ СНИЖЕНИЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ, ЯВЛЯЮТСЯ:**
- 1) Снижение системного артериального давления
 - 2) Уменьшение онкотического давления крови
 - 3) Спазм отводящих артериол клубочка
 - 4) Повышенное выделение ренина
184. **ПОКАЗАТЕЛЯМИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМИ НАРУШЕНИЕ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ, ЯВЛЯЮТСЯ:**
- 1) Лейкоцитурия
 - 2) Аминоацидурия

- 3) Снижение клиренса креатинина
4) Неселективная протеинурия
185. ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕНО ПЛОХОЕ ВЫДЕЛЕНИЕ С МОЧОЙ ЖИРОРАСТВОРИМЫХ ВЕЩЕСТВ:
- 1) Изменением рН;
2) Плохой растворимостью в воде;
3) Снижением образования первичной мочи;
4) Нарушением реабсорбции натрия;
186. СЛАБЫЕ КИСЛОТЫ ЛУЧШЕ ВЫДЕЛЯЮТСЯ, ЕСЛИ РЕАКЦИЯ МОЧИ:
- 1) Кислая;
2) Щелочная;
3) Нейтральная;
4) Не влияет
187. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ПРИЖИГАЮЩИМИ ЖИДКОСТЯМИ ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ:
- 1) Не применяется
2) Применение рвотных препаратов
3) Через зонд
4) Надавливание на корень языка
188. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ КРИСТАЛЛАМИ МАРГАНЦОВКИ ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ СЛИЗИСТЫХ ГУБ, РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ЯЗЫКА ОТ КОРИЧНЕВО-ЧЕРНОГО НАЛЕТА ИСПОЛЬЗУЮТ:
- 1) 0,9% NaCl
2) 1% аскорбиновую кислоту
3) Хлоргексидин
4) 10% глюкозу
189. ДЛЯ АДСОРБЦИИ НАХОДЯЩИХСЯ В ЖКТ ВЕЩЕСТВ ПРИМЕНЯЮТ АКТИВИРОВАННЫЙ УГОЛЬ ИЗ РАСЧЕТА (Г/КГ) МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ:
- 1) 0.5
2) 1
3) 1.5
4) 2
190. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ТОКСИЧНЫХ ВЕЩЕСТВ ИЗ КРОВЕНОСНОГО РУСЛА У ДЕТЕЙ РАСПРОСТРАНЕН МЕТОД:
- 1) Форсированный диурез
2) Гемосорбция
3) Плазмоферез
4) Ультрафильтрация
191. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ БЕНЗИНОМ, КЕРАСИНОМ ПЕРЕД ПРОМЫВАНИЕМ В ЖЕЛУДОК НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ:
- 1) 10% глюкозу
2) 5% натрия гидрокарбонат
3) Вазелиновое масло
4) Аскорбиновую кислоту

192. ДЛЯ ПОСЛЕДНЕГО ТРИМЕСТРА НЕОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ:
- 1) Увеличение объема циркулирующей плазмы
 - 2) Увеличение объема циркулирующей крови
 - 3) Снижение скорости крови
 - 4) Верно все
193. ДЛЯ ПОСЛЕДНЕГО ТРИМЕСТРА НЕОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОКАЗАТЕЛЯХ ГЕМОДИНАМИКИ, КРОМЕ:
- 1) Снижение АД
 - 2) Повышение венозного давления
 - 3) Повышение частоты сердечных сокращений
 - 4) Снижение минутного объема
194. ДЛЯ ПОСЛЕДНЕГО ТРИМЕСТРА НЕОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ:
- 1) Увеличение минутного объема
 - 2) Увеличение числа дыханий
 - 3) Снижение дыхательного объема
 - 4) Снижение функциональной остаточной емкости
 - 5) Правильно все
195. ПОСЛЕДНЕМУ ТРИМЕСТРУ БЕРЕМЕННОСТИ СВОЙСТВЕННЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ, КРОМЕ:
- 1) Увеличение основного обмена
 - 2) Увеличение синтеза рнк, белков
 - 3) Повышенная ассимиляция жиров
 - 4) Повышение процесса окисления жиров
 - 5) Правильно все
196. ДЛЯ ПОКРЫТИЯ ЭНЕРГОЗАТРАТ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЕ В СУТКИ ТРЕБУЕТСЯ
- 1) 1500-1700 ккал
 - 2) 2000-2500 ккал
 - 3) 2500-3000 ккал
 - 4) 3000-3500 ккал
 - 5) 3500-4000 ккал
197. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ
- 1) Корпоральное кесарево сечение
 - 2) Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте
 - 3) Влагилищной кесарево сечение
 - 4) Малое кесарево сечение
198. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) Полное предлежание плаценты
 - 2) Внутриутробная гипоксия плода
 - 3) Угрожающий разрыв матки
 - 4) Все вышеперечисленное

199. ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ОБЛАДАЕТ СЛЕДУЮЩИМИ ПРЕИМУЩЕСТВАМИ ПЕРЕД ОБЩЕЙ
- 1) Значительно ниже риск аспирации у матери
 - 2) Значительно ниже риск медикаментозной депрессии плода
 - 3) Существует возможность интраспинального введения опиоидов для послеоперационного обезболивания
 - 4) Все вышеперечисленное
200. ПРИ ПЛАНОВОМ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ У ПАЦИЕНТОК С ВЫСОКИМ РИСКОМ АСПИРАЦИИ ВЫСОКОЭФФЕКТИВНА ПРЕМЕДИКАЦИЯ
- 1) Анальгином
 - 2) Омепразолом
 - 3) Галоперидолом
 - 4) Морфином
201. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ У РОЖЕНИЦЫ НЕОБХОДИМО ПРЕЖДЕ ВСЕГО ЗАПОДОЗРИТЬ:
- 1) Миому матки
 - 2) Предлежание плаценты
 - 3) Тазовое предлежание плода
 - 4) Эндометриоз
202. ДЛЯ ОСТАНОВКИ ПРОФУЗНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ, ВОЗНИКШЕГО ПОСЛЕ РУЧНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ, ТРЕБУЕТСЯ:
- 1) Наложение жгута
 - 2) Наложение холода
 - 3) Гистерэктомия
 - 4) Экстирпация матки
203. ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ СДАВЛЕНИЯ МАТКОЙ АОРТЫ ИЛИ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ОСОБЕННО ВЫСОК РИСК:
- 1) Артериальной гипертонии
 - 2) Артериальной гипотонии
 - 3) Сердечной недостаточности
 - 4) Преждевременных родов
204. ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОИЗВОДИТЬ:
- 1) Многокомпонентную анестезию
 - 2) Местную анестезию
 - 3) Регионарную анестезию
 - 4) Анестезия не желательна
205. ТИПИЧНЫЙ СИМПТОМ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ:
- 1) Безболезненное кровотечение из половых путей
 - 2) Болезненное кровотечение из половых путей
 - 3) Болезненность в нижней части живота
 - 4) Несимметричный живот
206. ТЕРАПИЯ ГЕСТОЗА ДОЛЖНА ВЕСТИСЬ ПОД КОНТРОЛЕМ:
- 1) Центрального венозного давления (ЦВД) (5-10 мм вод. ст.),
 - 2) Диуреза (не менее 35 мл/час),

- 3) Гемоглобина (не менее 70 г/л, гематокрита (не менее 27 и не более 35%),
4) Все вышеперечисленное
207. ПРИ РВОТЕ БЕРЕМЕННЫХ ТЯЖЕЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) Бессонница
 - 2) Запоры
 - 3) Обезвоживание организма
 - 4) Понижение температуры
208. К РАННИМ ГЕСТОЗАМ БЕРЕМЕННЫХ ОТНОСИТСЯ
- 1) Гипертония
 - 2) Рвота беременных
 - 3) Гипотония
 - 4) Протеинурия
209. ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РВОТЫ БЕРЕМЕННЫХ
- 1) Лечение экстрагенитальных заболеваний
 - 2) Инфузионная терапия
 - 3) Седативная терапия
 - 4) Физиотерапия
210. ДЛЯ ГЕСТОЗА БЕРЕМЕННЫХ ХАРАКТЕРНО
- 1) Повышение массы тела
 - 2) Гипергликемия
 - 3) Нарушение микроциркуляции в жизненно-важных органах
 - 4) Гипотония
211. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ОПИОИДОМ ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) Морфин;
 - 2) Фентанил;
 - 3) Меперидин;
 - 4) Ультива.
212. РАЗОВАЯ ДОЗА МЕПЕРИДИНА ДЛЯ В/В ВВЕДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ:
- 1) 10-25мг;
 - 2) 25-50мг;
 - 3) 50-75 мг;
 - 4) 75-100мг.
213. К ОСЛОЖНЕНИЯМ БЛОКАДЫ ПОЛОВЫХ НЕРВОВ ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:
- 1) Внутрисосудистая инъекция;
 - 2) Забрюшинная гематома;
 - 3) Абсцесс сзади от подвздошной мышцы;
 - 4) Абсцесс спереди от подвздошной мышцы.
214. ДОЗА МОРФИНА ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ АДЕКВАТНОЙ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ИНТРАТЕКАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ:
- 1) 0,1-0,15мг;
 - 2) 0,15-0,25 мг;

- 3) 0,25-0,5 мг;
- 4) 0,5-0,75мг.

215. ПРИ ИНТРАТЕКАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ МОРФИНА АНАЛЬГЕЗИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ:

- 1) 2-5 мин;
- 2) 5-10 мин;
- 3) 30-45 мин;
- 4) 45-60 мин.

216. PH НОРМАЛЬНОЙ КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО 3 СУТОК ЖИЗНИ

- 1) 6,92–7,10
- 2) 7,10–7,58
- 3) 7,34–7,56
- 4) 7,35 –7,45
- 5) Нет верного ответа

217. НАПРЯЖЕНИЕ P CO₂ КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ В НОРМЕ ММ.РТ.СТ

- 1) 45–65
- 2) 10–20
- 3) 92–110
- 4) 35–45
- 5) Нет верного ответа

218. НОРМА НСО₂ У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО

- 1) 30–40
- 2) 20–25
- 3) 0–10
- 4) 80–90
- 5) Нет верного ответа

219. НОРМА SPO₂ В ПЕРВЫЙ ЧАС ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ НА ПРАВОЙ РУКЕ ПО ДАННЫМ ПЛЯТИЗМОГРАФИИ

- 1) 95–100
- 2) 90–95
- 3) 30–50
- 4) 60–70
- 5) Нет верного ответа

220. ТЕМП ДИУРЕЗА У НЕОНАТАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ, СООТВЕТСТВЕННО КРИТЕРИЯМ ГОТОВНОСТИ К ОПЕРАЦИИ, ДОЛЖЕН БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (МГ/КГ/СУТ):

- 1) 1
- 2) 3
- 3) 0,5
- 4) 0.3
- 5) 0.2

221. ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОГО ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО МОНИТОРИНГА ТЕМПЕРАТУРЫ ЯДРА У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) Термистор или термопару
- 2) Жидкокристаллические термометры

- 3) Термометрия в прямой кишке
4) Термометрия в полости рта
222. У ПЕРЕВОЗБУЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ ДАТЧИКИ НАКЛАДЫВАЮТСЯ
- 1) Не накладываются
 - 2) В послеоперационном периоде
 - 3) После вводной анестезии
 - 4) После мягкой фиксации
223. У ДЕТЕЙ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ЛУЧШЕ НАКЛАДЫВАТЬ ЭЛЕКТРОДЫ
- 1) На конечности
 - 2) На грудную клетку
 - 3) На конечности и на грудную клетку, как и у взрослых
 - 4) Чреспищеводно
224. СКОРОСТЬ ОТВЕТА ПОКАЗАНИЙ ПУЛЬС-ОКСИМЕТРА НАИБОЛЕЕ БЫСТРА ПРИ ЕГО ПОЛОЖЕНИИ У РЕБЁНКА
- 1) На мочке уха
 - 2) На ноге
 - 3) На руке
 - 4) Верно все
225. К ФАКТОРАМ РИСКА АСПИРАЦИИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО У БЕРЕМЕННЫХ В ХОДЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСЯТСЯ
- 1) Выраженное ожирение
 - 2) Желудочно-пищеводный рефлюкс
 - 3) Экстренная операция без периода голодания
 - 4) Все вышеперечисленное
226. ПОКАЗАНИЯ ПУЛЬС-ОКСИМЕТРА МОГУТ БЫТЬ НЕТОЧНЫ ПРИ:
- 1) Тяжёлой анемии
 - 2) Эритроцитозе
 - 3) Метгемоглобинемии
 - 4) Карбоксигемоглобинемии
 - 5) Всех вышеперечисленных
227. ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР РЕБЁНКА ПОЗВОЛЯЕТ АНЕСТЕЗИОЛОГУ:
- 1) Оценить готовность ребёнка к операции
 - 2) Подробно рассказать о предстоящем вмешательстве
 - 3) Обсудить план анестезии и получить согласие
 - 4) Удостовериться, что собраны все необходимые документы
 - 5) Всё вышеперечисленное
228. К ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ СЕВОФЛУРАНА У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТ:
- 1) Ажитацию
 - 2) Кашель
 - 3) Потр
 - 4) Все вышеперечисленные

229. ЗА СКОЛЬКО ЧАСОВ ДО ОПЕРАЦИИ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРЕКРАЩЁН ПРИЁМ ПИЩИ У ДЕТЕЙ
- 1) 2
 - 2) 4
 - 3) 6
 - 4) 12
230. ПОСЛЕ ЭКСТУБАЦИИ И ПЕРЕВОДА ИЗ ОПЕРАЦИОННОЙ В ПАЛАТУ ПРОБУЖДЕНИЯ ДЕТЯМ НЕ ПОКАЗАНО
- 1) Наблюдение анестезиолога
 - 2) Ингаляция кислорода через маску
 - 3) Положение на боку, если оно допустимо после операции
 - 4) Приём жидкости
 - 5) В ряде случаев, регистрация ЭКГ и S_aO_2
231. ПРИ ВЫХОДЕ ИЗ АНЕСТЕЗИИ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ И ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ЛАРИНГИАЛЬНАЯ МАСКА МОЖЕТ СПРОВОЦИРОВАТЬ
- 1) Рвоту
 - 2) Западение языка
 - 3) Ларингоспазм
 - 4) Обструкцию дыхательных путей
232. ПРИ РАСЧЁТЕ ОБЪЁМА ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ УЧИТЫВАЮТСЯ:
- 1) Длительность предоперационного голодания и возможность обильного питья после операции
 - 2) Потери воды во время операции
 - 3) Минимальные суточные потребности в воде
 - 4) Кровопотеря
 - 5) Всё вышеперечисленное
233. ПОЧАСОВАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ВОДЕ У РЕБЁНКА ВЕСОМ МЕНЕЕ 10 КГ
- 1) 1 мл/кг/ч
 - 2) 2 мл/кг/ч
 - 3) 4 мл/кг/ч
 - 4) 10 мл/кг/ч
234. ТЯЖЁЛУЮ СТЕПЕНЬ ДЕГИДРАТАЦИИ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЮТ:
- 1) Дефицит веса — 15%
 - 2) Учащённый, нитевидный пульс и сниженное АД
 - 3) Угнетение сознания вплоть до комы
 - 4) Значительное западение переднего родничка у грудных детей
 - 5) Всё вышеперечисленное
235. К ФАКТОРАМ, УМЕНЬШАЮЩИМ НЕОЩУТИМЫЕ ПОТЕРИ ВОДЫ ОРГАНИЗМОМ РЕБЁНКА НЕ ОТНОСЯТ:
- 1) Увлажнение дыхательной смеси
 - 2) Гипервентиляцию
 - 3) Гипотермию
 - 4) Седацию

236. ТЯЖЁЛАЯ ГИПОНАТРИЕМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ НАТРИЯ В СЫВОРОТКЕ РЕБЁНКА

- 1) < 100 ммоль/л
- 2) < 120 ммоль/л
- 3) < 140 ммоль/л
- 4) >150 ммоль/л

237. ОПТИМАЛЬНОЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОПЕРИРОВАННОГО НОВОРОЖДЕННОГО НА 2-3-И СУТКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ И НОРМАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ДЫХАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 40–60 ккал/кг в сутки
- 2) 90–100 ккал/кг в сутки
- 3) 150–180 ккал/кг в сутки
- 4) 130–160 ккал/кг в сутки
- 5) 200–250 ккал/кг в сутки

238. ОПТИМАЛЬНОЕ ИЛИ БЛИЗКОЕ К НЕМУ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО НА 2-3-И СУТКИ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ, ПОЛУЧАЮЩЕГО НЕЙРОПЛЕГИКИ (ИЛИ АТАРАКТИКИ, ОПИАТЫ, МИОРЕЛАКСАНТЫ), СОДЕРЖАЩЕГОСЯ В ИНКУБАТОРЕ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ ВОЗДУХА 34-36°C, СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 40–60 ккал/кг в сутки
- 2) 90–100 ккал/кг в сутки
- 3) 150–180 ккал/кг в сутки
- 4) 130–160 ккал/кг в сутки
- 5) 200–250 ккал/кг в сутки

239. МИНИМАЛЬНОЕ СУТОЧНОЕ ВВЕДЕНИЕ АМИНОКИСЛОТ НА КГ МАССЫ ТЕЛА НОВОРОЖДЕННОМУ ПРИ ПОЛНОМ ПАРЕНТЕРАЛЬНОМ ПИТАНИИ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЕ ПОТРЕБНОСТИ РОСТА, СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 0.8 г/кг в сутки
- 2) 1 г/кг в сутки
- 3) 1.5 г/кг в сутки
- 4) 2.0 г/кг в сутки
- 5) 2.5 г/кг в сутки

240. МАКСИМАЛЬНОЕ СУТОЧНОЕ ВВЕДЕНИЕ АМИНОКИСЛОТ НА КГ МАССЫ ТЕЛА НОВОРОЖДЕННОМУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОЛНОГО ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПО СИСТЕМЕ ГИПЕРАЛИМЕНТАЦИИ, НЕ ВЫЗЫВАЮЩЕЕ НАРУШЕНИЙ АМИНОКИСЛОТНОГО ОБМЕНА, СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1.5 г/кг в сутки
- 2) 2.5 г/кг в сутки
- 3) 3.0 г/кг в сутки
- 4) 4.0 г/кг в сутки
- 5) 6.0 г/кг в сутки

241. МИНИМАЛЬНОЕ ЭФФЕКТИВНОЕ СООТНОШЕНИЕ АЗОТ/КАЛОРИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОЛНОГО ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ НОВОРОЖДЕННОМУ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1:120
- 2) 1:130
- 3) 1:160
- 4) 1:200
- 5) 1:250

242. МЕТОДАМИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Запрокидывание головы
- 2) Открывание рта
- 3) Выдвижение нижней челюсти
- 4) Все ответы правильны;

243. ДИФФУЗИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ЛЕГКИХ НЕ НАРУШАЕТСЯ ПРИ:

- 1) Миастении
- 2) Интерстициальном отеке легких
- 3) Тяжелом приступе бронхиальной астмы
- 4) Остром респираторном дистресс-синдроме

244. КАКОВА НОРМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА НАПРЯЖЕНИЯ УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА В АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ:

- 1) 20-30 мм рт.ст.
- 2) 30-40 мм рт.ст.
- 3) 35-45 мм рт.ст.
- 4) 45-55 мм рт.ст.

245. ПОКАЗАТЕЛИ ПУЛЬСОКСИМЕТРИИ ЗАВИСЯТ ОТ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ:

- 1) Показателей перфузии тканей
- 2) Не реагируют при снижении pO_2 до 60 мм рт.ст.
- 3) Световых эффектов в области определения
- 4) Состояния внешнего дыхания

246. КАКОВА ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФОРМЫ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- 1) Снижение сердечного выброса
- 2) Нарушение диффузии через альвеолокапиллярную мембрану
- 3) Нарушения вентиляционно-перфузионных соотношений
- 4) Вдыхание угарного газа

247. НА КАКОМ УРОВНЕ РАПОЛОЖЕНА БИФУРКАЦИЯ ТРАХЕИ У НОВОРОЖДЕННЫХ:

- 1) Th II-III
- 2) Th III-IV
- 3) Th IV-V
- 4) Th V-VI

248. ДИАМЕТР ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА:
- 1) 6 мм
 - 2) 11 мм
 - 3) 14 мм
 - 4) 16 мм
249. У ДЕТЕЙ САМОЙ УЗКОЙ ЧАСТЬЮ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) Уровень голосовых связок
 - 2) Подсвязочное пространство
 - 3) Преддверие гортани
250. ПРИЧИНЫ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ:
- 1) Эпиглотит
 - 2) Пневмония
 - 3) Бронхообструкция
251. УКАЗАТЬ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОГО ВОЗБУДИТЕЛЯ СЕПСИСА НОВОРОЖДЁННЫХ (ВЕРНО ВСЁ КРОМЕ)
- 1) Стафилококковым
 - 2) Стрептококк
 - 3) Клебсиела
 - 4) Эбштейн-Барр
252. У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ НОРМАЛЬНОГО РОСТА И ВЕСА ИСПОЛЬЗУЮТ МАНЖЕТЫ ШИРИНОЙ
- 1) 4 см
 - 2) 5 см
 - 3) 5,5 см
 - 4) 6 см
253. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПУПОВОЙ АРТЕРИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТ
- 1) Гематома
 - 2) Некротический энтероколит
 - 3) Эмболия околоплодными водами
 - 4) Катетерная инфекция
254. У ДЕТЕЙ МОЖНО СНИЗИТЬ ЧАСТОТУ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ТРОМБОЗОВ ПРИ ИЗМЕРЕНИИ ЦВД
- 1) Применением катетеров с гепариновым покрытием
 - 2) Отказом от инфузии через эти катетеры инотропных препаратов
 - 3) При катетеризации полостей сердца
 - 4) Мощной антибиотикопрофилактикой
255. ПОКАЗАНИЕМ К ИНТРАОПЕРАЦИОННОМУ МОНИТОРИНГУ НЕРВНО-МЫШЕЧНОГО ПРОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ СЛУЖИТ
- 1) У недоношенных детей
 - 2) Использование опиоидов
 - 3) Использование миорелаксантов
 - 4) У доношенных новорожденных

256. ПРИ МОНИТОРИНГЕ НЕРВНО-МЫШЕЧНОГО ПРОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ
МОЖНО СТИМУЛИРОВАТЬ:
- 1) Локтевой нерв с медиальной стороны запястья или в локтевом канале на уровне локтевого сгиба
 - 2) Задний большеберцовый нерв позади медиальной лодыжки
 - 3) Лицевой нерв
 - 4) Задний большеберцовый нерв у головки малоберцовой кости
 - 5) Любой из вышеперечисленных
257. К ВОЗМОЖНЫМ ДЫХАТЕЛЬНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ АНЕСТЕЗИИ У
ДЕТЕЙ НЕ ОТНОСЯТ
- 1) Снижение S_aO_2 (смешанной этиологии)
 - 2) Гиперсаливацию
 - 3) Ларингоспазм
 - 4) Стридор
 - 5) Обструкцию дыхательных путей
258. К ОПЕРАЦИЯМ, ПРИ КОТОРЫХ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЬШИЙ РИСК ПОТР,
ОТНОСЯТ:
- 1) Оториноларингологические
 - 2) Офтальмологические
 - 3) Урологические
 - 4) Торакальные
 - 5) Травматологические
259. К ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОТЕРМИИ НАИБОЛЕЕ СКЛОННЫ
- 1) Дети в возрасте 2 — 12 лет
 - 2) Дети с маленьким весом (недоношенные)
 - 3) Новорожденные с весом более 3500 гр
 - 4) Дети в возрасте 13 — 16 лет
260. ПОКАЗАНИЕМ К ПЕРЕВОДУ РЕБЁНКА ИЗ ПАЛАТЫ ПРОБУЖДЕНИЯ НЕ
ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) Способность самостоятельно поддерживать проходимость дыхательных путей
 - 2) Ясное сознание
 - 3) ПОТР
 - 4) Нормальная температура тела и стабильная гемодинамика
 - 5) Нормальное самочувствие и отсутствие осложнений
261. НЕДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ II И III СТЕПЕНИ ОТНОСЯТ К СТЕПЕНИ
РИСКА ПО ASA
- 1) II
 - 2) III
 - 3) IV
 - 4) V
262. ПРИ ЧРЕЗМЕРНО БЫСТРОМ КОРРЕГИРОВАНИИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО
СОСТОЯНИЯ, В ОСОБЕННОСТИ ГИПОТОНИЧЕСКИМИ РАСТВОРАМИ МОЖЕТ
РАЗВИТЬСЯ
- 1) Отёк мозга
 - 2) Асцит

- 3) Остановка сердца в систолу
4) Остановка сердца в диастолу
263. У ДЕТЕЙ ИЗОТОНИЧЕСКОЙ ДЕГИДРАТАЦИЯ СЧИТАЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ НА СЫВОРОТКИ
- 1) 110–130
 - 2) 130–150
 - 3) 140–160
 - 4) 150–180
264. ПОКАЗАТЕЛЕМ АДЕКВАТНОЙ ПЕРФУЗИИ У ДЕТЕЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) Диурез, у детей $\geq 0,8$ — 1 мл/кг/час, у новорожденных $\geq 0,5$ — 0,6 мл/кг/час
 - 2) Метаболический ацидоз
 - 3) Скорость капиллярного наполнения при нажатии на ногтевое ложе — 2 — 3 секунды
 - 4) Ясный уровень сознания
265. У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ ВСЕЙ ВОДЫ ОРГАНИЗМА НАХОДИТСЯ В ПРОСТРАНСТВЕ
- 1) Внутриклеточном
 - 2) Внеклеточном
 - 3) Межклеточном
 - 4) Интерстициальном
266. РЕБЁНКУ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДОСТАТОЧНОЙ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ БЫЛ ЗАМЕНЁН ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ВЕНОЗНЫЙ КАТЕТЕР С 24 G (ЖЁЛТЫЙ) НА 20 G (РОЗОВЫЙ). ВО СКОЛЬКО РАЗ УВЕЛИЧИТСЯ МАКСИМАЛЬНО ВОЗМОЖНАЯ СКОРОСТЬ ИНФУЗИИ?
- 1) 2
 - 2) 4
 - 3) 8
 - 4) 16
267. МИНИМАЛЬНОЕ ЭФФЕКТИВНОЕ СООТНОШЕНИЕ БЕЛОК/КАЛОРИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОЛНОГО ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ НОВОРОЖДЕННОМУ СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 1:15
 - 2) 1:20
 - 3) 1:32
 - 4) 1:45
 - 5) 1:60
268. У НОВОРОЖДЕННЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПОЛНОМ ПАРЕНТЕРАЛЬНОМ ПИТАНИИ ПО СИСТЕМЕ ГИПЕРАЛИМЕНТАЦИИ, К КОНЦУ ПЕРВОЙ НЕДЕЛИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ
- 1) Дефицит железа
 - 2) Дефицит полиненасыщенных жирных кислот
 - 3) Гипофосфатемия
 - 4) Дефицит калия
 - 5) Гиперкальциемия

269. **НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СОСТОЯНИЕМ РЕБЕНКА С ПИЛОРОСТЕНОЗОМ В КОНЦЕ ВТОРОГО МЕСЯЦА ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ, КРОМЕ:**
- 1) Гипотрофия 2-3 ст.
 - 2) Избыток калия в организме
 - 3) Дефицит калия в организме
 - 4) Дефицит ионов водорода в организме
 - 5) Нет правильного ответа
270. **ПОЛНОЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ВОЗМОЖНО ПРОВЕСТИ РЕБЕНКУ, НАЧИНАЯ С ПЕРВЫХ СУТОК ЖИЗНИ И ОБЕСПЕЧИВАЯ ВСЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОТРЕБНОСТИ РОСТА И РАЗВИТИЯ, ВОЗМОЖНО В ТЕЧЕНИЕ**
- 1) 30 дней
 - 2) 2 месяцев
 - 3) 3 месяцев
 - 4) 6 месяцев
 - 5) до 3 лет
271. **АЗОТИСТЫЙ БАЛАНС У РЕБЕНКА**
- 1) Положительный
 - 2) Нейтральный
 - 3) Отрицательный
 - 4) Резко положительный
 - 5) Резко отрицательный
272. **ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД ГИПОКСИИ, ПРИ КОТОРОМ ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ НЕЭФФЕКТИВНА:**
- 1) Гипоксический
 - 2) Циркуляторный
 - 3) Гемический
 - 4) Гистотоксический
273. **КАКОВЫ МОГУТ БЫТЬ НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ ПРИЧИНЫ ЦИРКУЛЯТОРНОЙ ГИПОКСИИ:**
- 1) Альвеолярная гиповентиляция
 - 2) Увеличение внутрисердечного шунтирования
 - 3) Нарушение кровообращения в бассейне микроциркуляции
 - 4) Отравление окисью углерода
274. **КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МОГУТ СЛУЖИТЬ КРИТЕРИЯМИ ДЛЯ ПЕРЕВОДА ПАЦИЕНТА НА ИВЛ:**
- 1) Частота дыхания у взрослых более 40 в мин
 - 2) Повышение артериального рСО₂ более 60 мм рт.
 - 3) Патологический ритм дыхания
 - 4) Все ответы правильны.
275. **ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ТРАХЕОСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:**
- 1) Уменьшение объема мертвого пространства
 - 2) Удаление инородного тела из ВДП.
 - 3) Проведение длительной ИВЛ
 - 4) Коррекция вентиляционно-перфузионных отношений

276. Медицинская этика (биоэтика) – это
- а) сумма норм и принципов поведения
 - б) наука о морали
 - в) наука о нравственности
 - г) обеспечение норм и принципов поведения во взаимоотношениях, принятых в медицине и биологии в определенный период времени, в повседневной медицинской практике
 - д) все перечисленное
277. Этические нормы медицинской сестры определяются
- а) умениями и навыками
 - б) законами и приказами
 - в) этническими особенностями региона
 - г) моральной ответственностью перед обществом
 - д) всем перечисленным
278. Показания к госпитализации в отделение реанимации определяет
- а) главный врач больницы или зам. главного врача по лечебной части
 - б) медицинская сестра реанимации
 - в) профильный дежурный специалист приемного отделения
 - г) зав. отделением реанимации, а в его отсутствие – дежурный врач
 - д) зав. профильным отделением
279. Наблюдение за состоянием больных в посленаркозном периоде осуществляется персоналом отделения анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии
- а) в течение 2-4 часов
 - б) в течение 4-8 часов
 - в) до стабилизации функции жизненно важных органов
 - г) в зависимости от вида анестезии
 - д) в течение 8-24 часов
280. Сколько должностей среднего медицинского персонала, включая и должность старшей медицинской сестры, предусмотрено для хирургического отделения на 150 коек и палат реанимации на 6 коек?
- а) 12 должностей
 - б) 12,5 должностей
 - в) 13,5 должностей
 - г) 10 должностей
 - д) 7 должностей
281. Должность медицинской сестры-анестезиста устанавливается из расчета на:
- а) количество операционных столов

- б) количество врачей-анестезиологов и наличия реанимационного отделения
- в) количество хирургических коек
- г) количество анестезиологов
- д) оперативную активность хирургических отделений

282. Должности медицинских сестер для обеспечения работы палаты реанимации и интенсивной терапии устанавливаются из расчета 1(один) круглосуточный пост на:

- а) 1 больного (койку)
- б) 2 больных (койки)
- в) 3 больных (койки)
- г) 5 больных (коек)
- д) 6 больных (коек)

283. Должности санитарок в отделении реанимации устанавливаются из расчета 1 (одна) должность на:

- а) 3 койки
- б) 4 койки
- в) 5 коек
- г) 6 коек
- д) не устанавливается

284. Установление должностей медицинского персонала в отделении реанимации сверх штатных нормативов

- а) не допускается
- б) определяется руководителем лечебно-профилактического учреждения
- в) допускается с разрешения вышестоящей организации
- г) разрешается индивидуально
- д) разрешается

285. В соответствии с основными задачами отделения анестезиологии и реанимации его персонал:

- а) осуществляет медикаментозную предоперационную подготовку
- б) обеспечивает наиболее оптимальный метод анестезии при операциях
- в) обеспечивает прием больных, нуждающихся в реанимационной помощи
- г) обеспечивает наиболее оптимальный метод анестезии при диагностических и лечебных процедурах
- д) все ответы правильны

286. Вопрос о переводе больных из отделения анестезиологии-реанимации в профильное отделение решают

- а) сотрудники отделения анестезиологии-реаниматологии

- б) сотрудники профильного отделения
- в) зав. профильным отделением
- г) данный вопрос не оговорен юридическими документами
- д) главный врач

287. Перевод больных из палат реанимации и интенсивной терапии на профильное отделение (по решению зав. реанимационным отделением, а в его отсутствие - дежурного врача-реаниматолога) осуществляют:

- а) заведующие профильными отделениями
- б) ответственный дежурный по больнице
- в) медперсонал профильного отделения, куда переводится больной
- г) медсестра-анестезист
- д) санитарка

288. Отделение анестезиологии-реаниматологии должно быть обеспечено медикаментами, трансфузионными средствами в количествах из расчета

- а) на 3 суток работы
- б) на количество анестезий и коек (среднегодовое)
- в) в количествах, необходимых для полноценного проведения анестезии, реанимации и интенсивной терапии
- г) на 7 суток работы, кроме наркотиков и дорогостоящих
- д) по предварительным заявкам

289. Заведующий отделением анестезиологии-реаниматологии имеет право привлекать к анализу деятельности отделения:

- а) всех работников своего отделения
- б) только резерв на выдвижение
- в) врачей профильного отделения
- г) старшую мед. сестру отделения хирургии
- д) общественный актив больницы

290. Медсестра-анестезист проводит все перечисленное, **кроме:**

- а) подготовка к работе аппаратов ингаляционного наркоза и ИВЛ
- б) метрологическая проверка аппарата ИВЛ
- в) установка аппаратуры для инфузионно-трансфузионной терапии
- г) оформление анестезиологической карты
- д) подготовка ларингоскопа и набора эндотрахеальных трубок

II. ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ.

291. Оснащение анестезиологического столика должно включать:

- а) необходимые медикаменты для анестезии

- б) подготовленные и проверенные ларингоскоп и клинки
 - в) телефон для связи
 - г) анестезиологическая карта
 - д) справочная литература
292. Основные компоненты современной анестезии:
- а) сон и центральная анальгезия
 - б) гипотермия
 - в) мышечная релаксация
 - г) защита от реакций на травму со стороны вегетативной нервной системы
 - д) стерильность в операционной
293. Анестезиологическая бригада (врач-анестезиолог и медсестра-анестезист) обеспечивают:
- а) оперативное вмешательство
 - б) перевод больных в другие стационары
 - в) предоперационную оценку состояния больного
 - г) анестезиологическое пособие при операциях и перевязках
 - д) реаниматологическую помощь при критических ситуациях
294. Перед анестезией анестезиологическая бригада обязана:
- а) подготовить к работе аппаратуру для ИВЛ, наркоза, мониторинга
 - б) подготовить ларингоскопы, маски, интубационные трубки
 - в) привезти больного из палаты
 - г) надеть стерильный халат
 - д) подготовить необходимые лекарственные средства для анестезии
295. При проведении анестезиологического пособия анестезиологическая бригада обязана:
- а) катетеризировать центральную вену
 - б) вести анестезиологическую карту
 - в) следить за состоянием больного
 - г) обеспечивать хорошее освещение операционного поля
 - д) проводить инфузионную терапию (под контролем врача)
296. После окончания анестезии анестезиологическая бригада обязана:
- а) мыть полы в операционной
 - б) сопровождать больного до палаты интенсивной терапии
 - в) провести учет расхода лекарственных средств
 - г) считать хирургический инструментарий и перевязочный материал
 - д) пополнять запас израсходованных медикаментов
297. Члены анестезиологической бригады должны уметь:
- а) выполнять интубацию трахеи
 - б) выполнять закрытый массаж сердца

- в) выполнять ИВЛ через маску аппарата
- г) выполнять катетеризацию центральных вен
- д) выполнять трахеотомию

298. Члены анестезиологической бригады имеют право:
- а) проводить анестезию (под контролем врача-анестезиолога)
 - б) повышать свою профессиональную квалификацию
 - в) вносить предложения руководству по вопросам организации и условий своего труда
 - г) определять вид анестезии
 - д) выполнять обязанности операционной сестры
299. Медсестра-анестезист подчиняется непосредственно:
- а) оперирующему хирургу
 - б) операционной медсестре
 - в) заведующему ОАРИТ
 - г) старшей медсестре ОАРИТ
 - д) врачу-анестезиологу
300. Медсестра палаты реанимации и интенсивной терапии:
- а) должна неотлучно находиться в палате с больными
 - б) может уходить из палаты с больными в любое время при возникшей необходимости (туалет, приём пищи и т.п.)
 - в) должна немедленно докладывает врачу об ухудшении состояния больного
 - г) самостоятельно принимает решение о назначении лекарственных средств при ухудшении состояния больного
 - д) может повышать свою профессиональную квалификацию
301. Медсестра палаты реанимации и интенсивной терапии:
- а) проводит комплекс первичных реанимационных мероприятий
 - б) обеспечивает соблюдение противоэпидемического режима в палате
 - в) применяет дефибриллятор (под контролем врача)
 - г) выполняет интубацию трахеи
 - д) назначает объем инфузионной терапии
302. На этапе вводной анестезии встречаются:
- а) рвота, регургитация
 - б) гиповентиляция
 - в) ларинго- и бронхоспазмы
 - г) олигоанурия
 - д) нарушения гемодинамики
303. Набор для трудной интубации включает (готовит медсестра-анестезист):

- а) бронхоскоп
- б) разные клинки для ларингоскопа
- в) проводники для эндотрахеальных трубок
- г) набор для коникотомии
- д) S-образные трубки

304. Какие методы более рационально использовать для оценки оксигенации в легких:

- а) капнография
- б) пульсоксиметрия
- в) полярография крови
- г) гемоглобинометрия
- д) интегральная реография

305. Причины анестезиологических осложнений:

- а) неисправность аппаратуры
- б) неправильное применение фармакологических средств
- в) малый опыт, недостаточные знания
- г) особое состояние больного
- д) тщательное выполнение функциональных обязанностей бригадой ОАРИТ

ВАРИАНТ 2

I. ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

306. Измерение АД и ЧСС во время общей анестезии проводится:

- а) каждую минуту
- б) через каждые 5 минут
- в) через каждый час
- г) по необходимости
- д) нет никакой разницы, через сколько времени проводить измерение

307. ЭКГ-мониторинг при проведении анестезии проводится:

- а) непрерывно
- б) через каждые 5 минут
- в) через каждый час
- г) по необходимости
- д) нет никакой разницы, через сколько времени проводить измерение

308. Большинство наблюдателей могут заметить цианоз, когда насыщение артериальной крови кислородом падает ниже:

- а) 70%
- б) 80%
- в) 85%
- г) 90%

д) 95%

309. Куда подключается волюметр (волюмоспирометр) для измерения истинного дыхательного объема:
- а) в контур вдоха респиратора
 - б) в контур выдоха респиратора
 - в) в контур газотока
 - г) в контур отвода газонаркотической смеси
 - д) нет никакой разницы, куда подключать
310. Какой из показателей играет наиболее важную роль в регуляции дыхания во время анестезии:
- а) P_aO_2
 - б) P_aCO_2
 - в) артериовенозная разница по кислороду
 - г) pO_2 венозной крови
 - д) pCO_2 венозной крови
311. Какой из перечисленных факторов может спровоцировать развитие отека легких во время анестезии у пациента с удовлетворительным предоперационным состоянием:
- а) длительная обструкция выдоху
 - б) длительная обструкция вдоху
 - в) анемическая гипоксия
 - г) травматический шок
 - д) возбуждение во время индукции
312. Катетеризацию подключичной вены лучше производить справа, так как при пункции слева имеется дополнительная опасность за счет:
- а) повреждения подключичной артерии
 - б) повреждения грудного лимфатического протока
 - в) пункции плевральной полости
 - г) ранения плечевого сплетения
 - д) повреждения сонной артерии
313. Профилактикой воздушной эмболии при пункции и катетеризации центральных вен являются:
- а) положение Фаулера, глубокое и частое дыхание пациента, тонкая игла, высокая квалификация врача-анестезиолога, помощь медсестры
 - б) положение Тренделенбурга, соответствие внутреннего диаметра иглы диаметру проводника, применение специфических резиновых заглушек
 - в) горизонтальное положение пациента с подушкой под головой, использование подключичного катетера малого диаметра, постоянное прикрытие пальцем отверстия иглы
 - г) положение больного на левом боку, предварительное рентген-

исследование пациента, предварительная интубация больного и проведение ИВЛ

д) нет правильного ответа

314. Противопоказаниями к катетеризации подключичной вены являются:

- а) синдром верхней полой вены
- б) нарушения свертывающей системы крови
- в) травма ключичной области
- г) отсутствие практического навыка у врача
- д) все ответы правильны

315. Осложнениями при пункции левой подключичной вены могут быть:

- а) воздушная эмболия
- б) гемоторакс и пневмоторакс
- в) пункция подключичной артерии
- г) пункция грудного лимфатического протока
- д) все ответы правильные

316. **Первое**, о чем надо подумать при развитии трансфузионной реакции:

- а) перелита иногруппная кровь
- б) у пациента имеются нарушения свертывающей системы
- в) развилась острая печеночная недостаточность
- г) срок хранения крови – 21 день
- д) у больного гипертонический криз

317. Трансфузионная реакция во время анестезии проявляется:

- а) гипертензией
- б) одышкой
- в) примесью крови в моче
- г) появлением загридинных болей
- д) понижением температуры

318. **Первое**, что надо сделать при развитии трансфузионной реакции:

- а) остановить переливание крови
- б) измерить диурез
- в) измерить температуру тела
- г) вызвать анестезиолога
- д) ввести в/в супрастин

319. Использование салицилатов в терапевтической дозе может привести к отравлению ребенка:

- а) при гипергидратации
- б) при нарушении функции печени
- в) при использовании щелочного питья
- г) при нарушении функции почек
- д) в любом случае

320. Ведущий фактор передачи гнойно-септической инфекции в ОАРИТ:
- а) руки персонала
 - б) кровь и другие биологические жидкости
 - в) предметы ухода
 - г) воздух
 - д) инструменты

II. ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ.

321. Клинические признаки осложнений переливания крови (несовместимость крови донора и реципиента):
- а) гипотензия
 - б) тахикардия
 - в) брадикардия
 - г) изменение цвета кожных покровов (от покраснения, до бледности и цианоза)
 - д) гипертензия
322. Осложнения сердечно-легочной и церебральной реанимации:
- а) повышение АД
 - б) разрыв печени
 - в) регургитация
 - г) переломы ребер
 - д) анасарка
323. Клинические проявления воздушной эмболии:
- а) истечение крови из катетера
 - б) внезапное и резкое ухудшение состояния больного во время инфузии
 - в) характерный шум (шипящий звук) при попадании воздуха
 - г) брадикардия и гипертензия
 - д) цианоз губ и лица
324. Осложнения при использовании ганглиоблокаторов:
- а) глубокая и продолжительная гипотония
 - б) тормозят моторику кишечника и вызывают атонию мочевого пузыря
 - в) вызывают миорелаксацию
 - г) вызывают пристрастие
 - д) послеоперационные кровотечения
325. После анестезии дыхание может быть нарушено в связи:
- а) с продленным апноэ
 - б) с остаточным действием мышечных релаксантов
 - в) с операционной травмой
 - г) с нарушением КОС и ВЭБ

д) с остаточным действием анестетиков

326. Основные задачи ОРИТ:

- а) консультации больных, находящихся на других отделениях
- б) ведение медицинской документации
- в) повышение квалификации медперсонала
- г) обеспечение операций
- д) проведение интенсивной терапии и реанимации больным

327. Побочные действия ненаркотических анальгетиков:

- а) аллергические реакции
- б) эйфория
- в) эрозии и язвы
- г) кровотечения
- д) слюнотечение

328. Санитарно-противоэпидемический режим означает проведение комплекса мероприятий:

- а) по недопущению заноса инфекции
- б) по недопущению выноса инфекции за пределы лечебного учреждения
- в) направленных на пропаганду здорового образа жизни
- г) по недопущению возникновения и распространения инфекции
- д) по профилактике эндогенных интоксикаций

329. Стандартный набор лекарств на анестезиологическом столике:

- а) адреналин, атропин
- б) антибиотики
- в) йод, этиловый спирт
- г) растворы для инфузии
- д) лидокаин, новокаин

330. Для обеспечения ингаляции анестетика через маску необходимо:

- а) поддержание эффективного самостоятельного дыхания
- б) обеспечение стабильной гемодинамики
- в) обеспечение проходимости дыхательных путей
- г) сохранение сознания больного
- д) наличие ингаляционного анестетика

331. Стандарт минимального мониторинга при анестезии и интенсивной терапии включает:

- а) постоянное нахождение анестезиолога-реаниматолога и/или медицинской сестры рядом с больным
- б) непрерывный мониторинг оксигенации, вентиляции и кровообращения
- в) непрерывный контроль концентрации кислорода в дыхательной смеси
- г) отчет заведующему отделением каждые 5 минут

д) измерение диуреза и температуры тела больного каждые 30 минут

332. Профилактика нарушений кислотно-основного состояния во время анестезии и интенсивной терапии осуществляется:
- а) гипервентиляцией
 - б) нормовентиляцией
 - в) поддержанием адекватного кровообращения
 - г) достаточной оксигенацией
 - д) использованием мочегонных
333. При снижении АД ниже критического уровня на введение ганглиоблокатора:
- а) ввести адреналин внутривенно
 - б) начать реанимационные мероприятия
 - в) прекратить введение препарата
 - г) сообщить анестезиологу-реаниматологу
 - д) ввести мезатон внутривенно
334. Назначение вазодилататоров, действующих на венозную систему (нитроглицерин и его аналогов) у больных с гиповолемией может привести:
- а) к улучшению сократительной способности миокарда
 - б) к снижению АД
 - в) к коллапсу
 - г) к уменьшению коронарного кровоснабжения
 - д) верно все
335. Сопротивление дыхательных путей резко возрастает при:
- а) угнетении кашлевого рефлекса
 - б) ухудшении функции мукоцилиарного аппарата анестетиками
 - в) использовании холодной и сухой кислородо-воздушной смеси
 - г) обтурации дыхательных путей инородными материалами (желудочным содержимым, слизью)
 - д) парезе кишечника

I. ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

336. Минимальная альвеолярная концентрация (МАС) уменьшается при:
1. метаболическом ацидозе;
 2. гипоксии;
 3. искусственной гипотензии;
 4. введении клофелина;
 5. гипотермии.
- а) верно 1,2,3
 - б) верно 1,3

- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) все ответы правильны*

337. Диффузия анестетических газов через легочный эпителий зависит от:

1. молекулярного веса газа;
2. толщины альвеолярно-капиллярной мембраны;
3. концентрации анестетического газа в крови легочных капилляров;
4. температуры больного;
5. объема вентиляции легких.

- а) верно 1,2,3*
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) все ответы правильны

338. Повышение альвеолярной концентрации ингаляционного анестетика происходит быстрее когда:

1. вдыхаемая концентрация увеличивается;
2. альвеолярная вентиляция увеличивается;
3. закись азота содержится во вдыхаемой смеси;
4. сердечный выброс повышается;
5. агент более растворим в крови.

- а) верно 1,2*
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) все ответы правильны

339. В циркулярной системе с испарителем вне контура следующие факторы влияют на концентрацию фторсодержащего агента во вдыхаемой смеси газов:

1. объем системы;
2. приток свежего газа в систему;
3. поглощение агента натронной известью;
4. поглощение агента пациентом;
5. температура в испарителе.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) все ответы правильны*

340. Причиной уменьшения расхода анестетиков при проведении анестезии у лиц пожилого и старческого возраста являются:

1. изменение функциональных свойств клеток ЦНС;
2. снижение мозгового кровотока;
3. снижение обмена;
4. уменьшение потребления кислорода;
5. снижение уровня калия в ЦНС.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 1,2,4*
- г) верно 4
- д) все ответы правильны

341. Изофлюран:

1. снижает дыхательный объем;
2. снижает ФОЕ (функциональную остаточную емкость);
3. ослабляет гипоксическую легочную вазоконстрикцию;
4. снижает рефлексы барорецепторов;
5. устраняет бронхоконстрикцию.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) все ответы правильны*

342. Условия, которые могут влиять на коэффициент разделения кровь/газ ингаляционного анестетика, включают:

1. хроническую анемию;
2. изменения барометрического давления;
3. гипоальбуминемию;
4. лихорадку;
5. раздражение верхних дыхательных путей.

- а) верно 1,2,3,4*
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) все ответы правильны

343. В клинической картине злокачественной гипертермии наблюдаются:

1. тахикардия, аритмия;
2. тахипное;
3. мышечная ригидность;
4. гипертермия;
5. артериальная гипотония, акроцианоз.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) все ответы правильны*

344. После применения ингаляционной анестезии изофлюраном или фторотаном в амбулаторной практике, пациент не должен управлять автомобилем и работать со сложными механизмами:

1. 30 мин. – 1 час;
2. 4 -6 часов;
3. 8-10 часов;
4. 16-18 часов;
5. 22 - 24 часа.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 3*
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) все ответы правильны

345. В лечении злокачественной гипертермии применяют следующие мероприятия:

1. смена наркозного аппарата;
2. методы физического охлаждения;
3. ИВЛ в режиме гипервентиляции;
4. подача 100% кислорода;
5. в/в дантролена в дозе 2мг/кг.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4,5*
- г) верно 4
- д) все ответы правильны

346. МАК50 для севофлурана составляет у больных среднего возраста:

1. 1,8-2,2,
2. 2,2-4,5,
3. 4,5-6,2,
4. 0,5-1,5
5. ничего из перечисленного

- а) верно 1
- б) верно 2*
- в) верно 3
- г) верно 4

347. МАК50 для десфлурана составляет у больных среднего возраста:

1. 1,8-2,2,
 2. 2,2-4,5,
 3. 4,5-6,2,
 4. 0,5-1,5
 5. ничего из перечисленного
- а) верно 1
 - б) верно 2
 - в) верно 3*
 - г) верно 4

348. МАК50 для изофлурана составляет у больных среднего возраста:

1. 1,8-2,2,
 2. 2,2-4,5,
 3. 4,5-6,2,
 4. 1,0-1,5
 5. ничего из перечисленного
- а) верно 1
 - б) верно 2
 - в) верно 3
 - г) верно 4*

349. Каким из перечисленных анестетиков невозможно проведение индукции анестезии:

1. севофлуран,
 2. десфлуран,
 3. изофлуран,
 4. Все варианты неверны
 5. Все варианты верны
- а) верно 1
 - б) верно 2*
 - в) верно 3
 - г) верно 4

350. Какой из перечисленных анестетиков нуждается в специализированном испарителе в связи с особенностями агрегатного состояния:

1. севофлуран,
 2. десфлуран,
 3. изофлуран,
 4. Все варианты неверны
 5. Все варианты верны
- а) верно 1
 - б) верно 2*
 - в) верно 3
 - г) верно 4

II. ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ.

351. Основные узлы аппарата искусственного кровообращения:

- а). Оксигенатор*
- б). Магистралы*
- в). Блок электропитания*
- г). Насосы*
- д). Камера давления
- е). Монитор

352. Показания к применению ИК:

- а). Поражения ствола ЛКА*
- б). Поражения коронарных артерий, эквивалентные стволу ЛКА*
- в). Сердечная недостаточность IV ф. кл. (NYHA) в анамнезе.*
- г). Сердечная недостаточность III ф. кл. (NYHA) в анамнезе.
- д). Ожидаемая интраоперационная нестабильность гемодинамики при кардиохирургической операции*

353. Основные методы интраоперационной защиты миокарда:

- а). Общая гипотермия*
- б). Местная гипотермия сердца*
- в). Проведение кардиopleгии*
- г). Соблюдение интервала времени менее 15 минут между проведениями кардиopleгии*
- д). Введение инотропных и вазопрессорных препаратов

354. Препараты, применяемые для остановки сердечной деятельности:

- а). Кордарон*
- б). Брeвиблок*
- в). K+*
- г). Мезатон
- д). Холодный раствор кристаллоидов*

355. Мероприятия, способствующие восстановлению сердечной деятельности в постаноксический период:

- а). Введение Ca²⁺*
- б). Введение K⁺
- в). Наполнение сердца кровью*
- г). Перфузия коронарных артерий тёплой кровью*
- д). Проведение дефибрилляции

356. Основными компонентами кардиopleгии являются:

- а). Кристаллоидный раствор глюкозы 5%*
- б). Бета-блокаторы
- в). Раствор K+*

- г). Кристаллоидный раствор хлорида Na 0.9%*
- д). Левосимендан

357. Контроль каких параметров гемодинамики возможен при проведении экстракорпорального кровообращения:

- а). Сердечный выброс
- б). ЦВД
- в). Среднее АД*
- г). Объёмная скорость перфузии*
- д). Давление в венозном синусе сердца*

358. Формула расчёта объёмной скорости перфузии:

- а). ППТ×2,5 мл/мин×м²*
- б). (СВ×ППТ)/СрАД мл/мин×м²
- в). (0,5×СВ)/ППТ мл/мин×м²
- г). СВ/ППТ мл/мин×м²

359. Какие основные осложнения возможны при проведении экстракорпорального кровообращения:

- а). Попадание воздуха в артериальную магистраль*
- б). Разрыв магистралей АИК*
- в). Тромбоз оксигенатора*
- г). Поломка электропитающего оборудования
- д). Прекращение подачи кислорода

360. Показаниями к проведению экстренного ЭКМО являются:

- а). Пневмония*
- б). Легочное кровотечение*
- в). Аспирация*
- г). ОРДС*
- д). Трансплантация легких*
- е). Проведение СЛР

361. Показаниями к проведению экстренного левожелудочкового обхода являются:

- а). Трансплантация сердца*
- б). Легочное кровотечение
- в). Кардиомиопатии*
- г). ОРДС*
- д). Миокардиты*
- е). Проведение СЛР*

362. Абсолютными противопоказаниями к проведению ЭКМО является:

- а). Противопоказания к антикоагуляции*
- б). Терминальное состояние*
- в). Полиорганная недостаточность > 2 систем*
- г). Иммуносупрессия*

д). Повреждения ЦНС*

363. Относительными противопоказаниями к проведению ЭКМО является:

- а). Длительная ИВЛ более 7-10 дней*
- б). Миокардиальная дисфункция (сердечный индекс $<3,5$) при инотропной поддержке*
- в). Тяжелая легочная гипертензия СрДЛА $> 45\text{mmHg}$ или $>75\%$ от системного*
- г). Возраст > 65 лет*
- д). Аспирация

364. Отрицательные стороны вено-венозного ЭКМО:

- а). Возможность избежать артериальной канюляции
- б). Обеспечивает прямую легочную оксигенацию
- в). Улучшает коронарную оксигенацию
- г). Может иметь место неадекватная доставка кислорода*
- д). Уменьшает риск неврологических нарушений
- е). Не обеспечивает прямой поддержки сердца*
- ж). Высокий риск рециркуляции*

365. Положительные стороны вено-артериального ЭКМО:

- а). Обеспечивает сердечно-легочную поддержку*
- б). Увеличивает постнагрузку левого желудочка*
- в). Снижает пульсовое давление
- г). Уменьшает преднагрузку правого желудочка
- д). Нет риска рециркуляции крови*
- е). Лучшая доставка кислорода*

366. Расчет общего периферического сосудистого сопротивления требует измерений:

1. среднего артериального кровяного давления;
2. сердечного выброса;
3. центрального венозного давления;
4. легочного капиллярного давления заклинивания;
5. ударного объема.

а) верно 1,2,3*

б) верно 1,3

в) верно 2,4

г) верно 4

д) все ответы правильны

367. Увеличение вентиляционно-перфузионного соотношения в легких может произойти вследствие:

1. увеличения венозного примешивания;
2. перехода в положение стоя;
3. уменьшения физиологического мертвого пространства;
4. увеличения сердечного выброса;
5. положительного давления в конце выдоха.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4*
- г) верно 4
- д) все ответы правильны

368. Роль тромбоцитов в коагуляции включает:

1. прилипание к обнаженному коллагену субэндотелия поврежденного сосуда;
 2. высвобождение вазоактивного амина;
 3. образование простагландин эндопероксидазы;
 4. угнетение образования тромбоксана А₂;
 5. угнетение циклооксигеназы.
- а) верно 1,2,3*
 - б) верно 1,3
 - в) верно 2,4
 - г) верно 4
 - д) все ответы правильны

369. Нитроглицерин:

1. расширяет емкостные сосуды;
 2. расширяет периферические артериолы;
 3. тормозит агрегацию тромбоцитов;
 4. вызывает брадикардию;
 5. блокирует бета-2 адренорецепторы.
- а) верно 1,2,3
 - б) верно 1,3*
 - в) верно 2,4
 - г) верно 4
 - д) все ответы правильны

370. Касательно коронарного кровообращения:

1. как левая, так и правая коронарная артерия участвуют в кровоснабжении левого желудочка;
 2. коронарный синус впадает в правое предсердие;
 3. содержание кислорода в коронарном синусе самое низкое в организме;
 4. передняя нисходящая артерия является ветвью левой коронарной артерии;
 5. Тебезиевы вены опорожняются в левый желудочек.
- а) верно 1,2,3
 - б) верно 1,3
 - в) верно 2,4
 - г) верно 4
 - д) все ответы правильны*

371. Изоволюметрическое сокращение левого желудочка:

1. начинается, когда митральный клапан закрывается;

2. заканчивается, когда аортальный клапан открывается;
3. возрастает от адреналина;
4. преодолевает постнагрузку (afterload);
5. усиливается снижением преднагрузки (preload).

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3*
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) все ответы правильны

372. Какой из представленных ниже препаратов обладает наибольшей вазопрессорной активностью:

1. эфедрин;
2. мезатон;
3. норадреналин;
4. ангиотензинамид;
5. допмин.

- а) верно 1
- б) верно 2
- в) верно 3*
- г) верно 4
- д) верно 5

373. Способность сердца к повышенной рабочей нагрузке зависит от следующих адаптационных механизмов:

1. способности увеличивать ударный объем;
2. увеличения частоты сердечных сокращений;
3. удлинения систолы;
4. увеличения времени атриовентрикулярной проводимости.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) все ответы правильны*

374. В обычной электрокардиограмме:

1. III стандартное отведение записывает разницу потенциалов между левой ногой и левой рукой;
2. грудные однополюсные отведения регистрируют разность потенциалов между электродом на поверхности грудной клетки и объединенным электродом Вильсона;
3. в каждом отведении записывают не менее 4 сердечных циклов;
4. при скорости протяжки бумаги 25 мм/сек 1 мм соответствует 0,04 сек;
5. записывающее устройство принято устанавливать так, что 1 mV дает отклонение на 1 см.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3

- в) верно 2,4*
- г) верно 4
- д) все ответы правильны

375. Центральное венозное давление (ЦВД) является показателем:

1. венозного тонуса;
2. сократительной способности правого желудочка;
3. объема крови;
4. степени сосудистого заполнения при гиповолемии и сократительной способности правого желудочка;
5. сердечного выброса.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4*
- г) верно 4
- д) все ответы правильны

376. При использовании техники термодилуции для измерения выброса сердца:

1. метод катетеризации легочной артерии Свана-Ганца является «золотым» стандартом;
2. измерения могут часто повторяться;
3. забор пробы крови не является необходимым;
4. точные результаты получаются у пациентов с внутрисердечным шунтом;
5. механическая вентиляция не влияет на измерения.

- а) верно 1,2,3*
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) все ответы правильны

377. У больного со стенозом аортального клапана:

1. имеет место значительное увеличение полости левого желудочка;
2. характерен низкий вольтаж ЭКГ;
3. защита от ишемии происходит благодаря большому левому желудочку;
4. отличительной чертой является снижение растяжимости левого желудочка в результате гипертрофии;
5. стенка левого желудочка очень податлива.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,4*
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) все ответы правильны

378. Для получения точных показателей ЦВД:

1. конец катетера должен находиться над местом впадения верхней полой вены в правое предсердие;

2. при ИВЛ в фазу вдоха ЦВД повышается;
3. на самостоятельном дыхании в фазу вдоха ЦВД снижается;
4. кровь должна легко аспирироваться шприцем;
5. катетер может быть введен через периферическую вену.

- а) верно 1,2,3,4*
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4,5
- г) верно 4
- д) все ответы правильны

379. Определение сердечного выброса методом термодилуции:

1. требует введения в легочную артерию катетера с термистором (термодатчиком);
2. основано на том же принципе, который использует разведение красителя;
3. требует введения точного объема жидкости с определенной температурой;
4. не требует измерения температуры в месте стояния конца катетера;
5. зависит от температуры операционной.

- а) верно 1,2,3*
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) все ответы правильны

380. Удлиненный Q-T интервал может наблюдаться при:

1. лечении амиодароном (кордароном);
2. пролапсе митрального клапана;
3. гипوماгнемии;
4. гипокалиемии;
5. остром инфаркте миокарда.

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3*
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) все ответы правильны

II. ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ.

381. Длительная чрезмерная гипервентиляция при ИВЛ может вызвать ряд неблагоприятных эффектов и осложнений. К ним относятся:

- а) спазм сосудов головного мозга и почек, *
- б) снижение сердечного выброса, *
- в) сдвиг кривой диссоциации оксигемоглобина вправо и вниз,
- г) развитие некомпенсированного дыхательного алкалоза, *
- д) тканевая гипоксия. *

382. Для перемежающейся принудительной вентиляции свойственны следующие эффекты:

- а) более низкое среднее давление в дыхательных путях, *
- б) возникновение дыхательного алкалоза,
- в) нормализации рН артериальной крови, *
- г) уменьшает физиологическое мертвое пространство, *
- д) увеличивает нагрузку на левое сердце.

383. Какие из перечисленных признаков являются следствием гипоксии?

- а) спазм сосудов головного мозга и почек, *
- б) снижение сердечного выброса, *
- в) артериальная гипоксемия,
- г) сдвиг кривой диссоциации оксигемоглобина влево и вверх, *
- д) метаболический ацидоз.

384. Механические осложнения, возможные при применении ЭКМО:

- а) Повреждение сосудов при канюляции*
- б) Тромбообразование в контуре ЭКМО*
- в) Нарушения мозгового кровообращения
- г). Воздушная и материальная эмболии*
- д). Разрыв контура ЭКМО*
- е). Оглушенный миокард

385. Предрасполагающими факторами в развитии гиперкапнии во время анестезии являются:

- а) закрытый дыхательный контур, *
- б) сопутствующие заболевания органов дыхания, *
- в) сопутствующие заболевания сосудов,
- г) частота дыхания более 20 в мин.,
- д) уменьшение содержания кислорода во вдыхаемой газонаркотической смеси до 25%,
- е) положение на операционном столе, *
- ж) ожирение. *

386. Аспирация содержимого желудка во время вводной анестезии может привести к возникновению:

- а) цианоза и расстройств дыхания, *
- б) одышке и асфиксии, *
- в) пневмоторакса,
- г) уменьшению МОК,
- д) бронхопневмонии. *

387. С какой целью применяют атропина сульфат перед операцией?

- а) для угнетения потоотделения,
- б) для блокады периферических М-х опиоидных рецепторов и фармакологической «денервации» блуждающего нерва, *
- в) для подавления секреции слюнных желез, *
- г) для профилактики гипотонии.

388. Какие изменения вызывает гипокапния, обусловленная гипервентиляцией во время операций на головном мозге:

- а) спазм сосудов кожи, *
- б) вазоконстрикцию и уменьшение объема мозга, *
- в) гипотензию, *
- г) расширение сосудов мозга,
- д) гипертензию.

389. Какие факторы способствуют повышению внутричерепного давления?

- а) гипотермия,
- б) возбуждение, *
- в) гипокапния,
- г) гиперкапния, *
- д) кашель, *
- е) положение Тренделенбурга, *
- ж) положение Фовлера.

390. Через несколько минут после интубации появилось сопротивление на вдохе, повысилась АД, участился пульс. Что необходимо предпринять:

- а) ввести ганглиолитики,
- б) провести аскультацию легких с двух сторон, *
- в) увеличить дыхательный объем,
- г) катетером удалить слизь из эндотрахеальной трубки, *
- д) проверить исправность аппаратуры. *

391. Как проявляется окуло-кардиальный рефлекс:

- а) брадикардией, *
- б) тахикардией,
- в) гипотензией, *
- г) гипертензией,
- д) асистолией. *

392. Укажите вероятные причины длительного апноэ после общей анестезии эндотрахеальным методом

- а) проведение ИВЛ в режиме гипервентиляции, *
- б) метаболические расстройства во время операции,
- в) атипичные формы псевдохолинэстеразы, *
- г) переохлаждение организма, *
- д) нарушение электролитного обмена (гипокалиемия), *
- е) введение в течение анестезии только кристаллоидных растворов

393. При длительной ИВЛ на растяжимость легких влияет:

- а) ателектазирование различных зон легких, *
- б) уменьшение сурфактанта, *
- в) интерстициальный отек легких, *

- г) снижение вентиляционно-перфузионных соотношений, *
- д) повышение альвеоло-артериального градиента по кислороду.

394. К нарушению дренажа мокроты при ИВЛ ведут следующие факторы:

- а) общая дегидратация, *
- б) нарушение работы реснитчатого эпителия, *
- в) повышение давления в малом круге кровообращения,
- г) увеличение среднего давления в легких,
- д) сужение бронхиол в результате лимфостаза и отека. *

395. К снижению альвеолярного шунта при ИВЛ могут привести:

- а) расправление ателектазированных зон, *
- б) снятие гипоксической вазоконстрикции, *
- в) увеличение МОД,
- г) увеличение МОК,
- д) увеличение концентрации O₂ во вдвухаемой смеси с 21 до 40%.*

396. Закись азота обладает:

- 1) хорошим анальгетическим действием
 - 2) не оказывает токсического влияния на миокард
 - 3) не вызывает токсического действия на костный мозг
 - 4) не опасна с кислородом в соотношении 4:1
- а) верно все
 - б) верно все, кроме 1
 - в) верно все, кроме 2
 - г) верно все, кроме 3
 - д) верно все, кроме 4

397. ГОМК:

- 1) является препаратом антигипоксического действия
 - 2) опасно применять при гиперкалиемии
 - 3) не обладает токсическим действием
 - 4) при выходе из наркоза исключает возбуждение
 - 5) при применении характерны тошнота и рвота
- а) правильно 1, 2
 - б) правильно 1, 3
 - в) правильно 2, 4
 - г) правильно 2, 5
 - д) правильно 4, 5

398. Псевдохолинэстеразой крови разрушаются

- а) ардуан
- б) D-тубокурарин
- в) сукцинилхолин
- г) павулон

д) парамион

399. Проведение декураризации при применении мышечных релаксантов целесообразно

- а) при неполном нарушении нервно-мышечной проводимости и появлении самостоятельного дыхания
- б) при полной блокаде нервно-мышечной проводимости
- в) через 20 минут при невосстановлении спонтанной вентиляции
- г) сразу же по окончании наркоза независимо от степени восстановления спонтанного дыхания

400. Антагонистами наркотических анальгетиков являются:

- 1) бемеград
 - 2) налорфин
 - 3) налоксон
 - 4) лексир
 - 5) кордиамин
- а) правильно 1, 2 и 3
 - б) правильно 2, 3 и 4
 - в) правильно 2, 4 и 5
 - г) правильно 3, 4 и 5
 - д) все ответы правильны

401. Седуксен вызывает:

- 1) улучшение микроциркуляции
 - 2) повышение ударного объема сердца
 - 3) уменьшение сердечного выброса
 - 4) снижение артериального давления
 - 5) ухудшение коронарного кровообращения
- а) правильно 1, 2
 - б) правильно 2, 3
 - в) правильно 3, 4
 - г) правильно 4, 5
 - д) все ответы правильны

402. Парез аккомодации и мидриаз вызывают:

- 1) атропин
 - 2) скополамин
 - 3) арфонад
 - 4) нитропруссид натрия
 - 5) имехин
- а) правильно 1, 2
 - б) правильно 1, 3
 - в) правильно 1, 4
 - г) правильно 3, 5
 - д) все ответы правильны

403. Скорость введения лидокаина внутривенно не должна превышать
- а) 20 мг/кг в час
 - б) 40 мг/кг в час
 - в) 80 мг/кг в час
 - г) 200 мг/кг в час
404. Осмодиуретическим действием обладает все перечисленное, кроме
- а) глицерина
 - б) гипертонической сухой плазмы
 - в) гипертонического раствора
 - г) глюкозы 20%, переливаемой со скоростью 0.5 г/кг в час
405. Наиболее сильно истощает гликогеновое депо в печени
- а) эфир
 - б) хлороформ
 - в) фторотан
 - г) этран
 - д) барбитураты
406. В 40-литровом баллоне 150 атм. кислорода. При газотоке 2 л/мин его хватит
- а) на 20 ч
 - б) на 50 ч
 - в) на 30 ч
 - г) на 100 ч
 - д) на 10 ч
407. Для профилактики накопления статического электричества в операционной необходимо
- а) антистатические свойства резиновых изделий
 - б) заземление наркозного аппарата и операционного стола
 - в) анестезиологическая одежда и обувь не должны быть из синтетических материалов
 - г) обязательно необходимо снимать статическое электричество с персонала путем соприкосновения с заземленными предметами
 - д) все ответы правильны
408. В ампуле емкостью 2 мл содержится 1% лидокаина, 5% эфедрина. В этом случае количество эфедрина, содержащегося в ампуле, составляет
- а) 300 мг
 - б) 120 мг
 - в) 100 мг
 - г) 500 мг
 - д) 600 мг
409. Эфир оказывает на нервно-мышечные функции следующие эффекты:
- 1) курареподобное действие

- 2) усиливает действие недеполяризующих мышечных релаксантов
- 3) вызывает криз злокачественной гипертермии у чувствительных лиц
- 4) вызывает сокращение миометрия матки
- а) все утверждения верны
- б) правильны 1, 2 и 3
- в) правильны 1, 2 и 4
- г) правильны 2, 3 и 4
- д) правильны 1, 3 и 4

410. Поглощение CO_2 в цилиндре с натронной известью достигает

- а) 30%
- б) 40%
- в) 50%
- г) 65%
- д) 90%

411. Фторотан можно использовать в современной клинической анестезиологии

в виде:

- 1) мононаркоза
- 2) компонента комбинированной анестезии
- 3) через маску в сочетании с закистью азота
- 4) в виде азеотропной смеси с эфиром
- а) правильно 1, 2
- б) правильно 2, 3
- в) правильно 3, 4
- г) правильно 1, 4
- д) все утверждения верны

412. Противопоказаниями к наркозу фторотаном являются:

- 1) предрасположенность к злокачественной гипертермии
- 2) исходные нарушения функции печени
- 3) артериальная гипотензия и шок
- 4) операция кесарева сечения
- а) правильны все ответы
- б) правильны 1, 2, 3
- в) правильны 2, 3, 4
- г) правильны 1, 2, 4
- д) правильны 1, 3, 4

413. Глубокий наркоз фторотаном достигается при ингаляции

- а) 0.4 об.%
- б) 0.8 об.%
- в) 1.0-1.2 об.%
- г) 1.5-2.0 об.%

414. Фентанил может вызвать все перечисленное, кроме

- а) депрессии дыхания
- б) брадикардии
- в) ригидности скелетной мускулатуры
- г) длительности анальгезии
- д) рвоты

415. Качественные изменения деятельности почек при разных уровнях эпидуральной анестезии

- а) однотипны
- б) разные
- в) зависят от гемодинамики

Ответы

1 – а	6 – в	11 – б	16 – д
2 – б	7 – г	12 – д	17 – б
3 – в	8 – в	13 – в	18 – г
4 – а	9 – г	14 – б	19 – г
5 – б	10 – а	15 – в	20 – а

Раздел 2. Частная анестезиология

Оцениваемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3, ПСК-4, ПСК-5, ПСК-6, ПСК-7

416. Тонус кардиального жома снижается от следующих препаратов, кроме

- а) барбитуратов, кетамина
- б) теофиллина, никотина
- в) изопротеренола
- г) эдрофония, прозерина

417. Наиболее опасными в плане развития инфарктоподобных состояний в послеоперационном периоде у больных механической желтухой и холециститом являются

- а) 1-е сутки
- б) 2-е сутки
- в) 3-и сутки
- г) 6-е сутки
- д) 8-е сутки

418. Антиспастическое действие на желчные и панкреатические протоки оказывает

- а) витамин А
- б) витамин С
- в) витамин В₁
- г) витамин В₂
- д) витамин В₆

419. Во второй фазе токсемии при панкреонекрозе наблюдается олигурия

- а) преренальная
- б) ренальная
- в) постренальная

420. Токсическая фаза перитонита при прободении язвы желудка характеризуется:

- 1) брадикардией
 - 2) увеличением МОС
 - 3) снижением ОПС
 - 4) снижением работы левого желудочка
 - 5) одышкой
- а) правильны 1, 2
 - б) правильны 2, 3
 - в) правильны 3, 5
 - г) правильны 2, 5
 - д) правильны 4, 5

421. Гиповолемия во второй фазе перитонита у больных с прободной язвой желудка развивается в результате:

- 1) рвоты
 - 2) пропотевания жидкой части крови в просвет кишечника
 - 3) пропотевания жидкой части крови в брюшную полость
 - 4) скопления жидкости в стенке тонкой кишки
 - 5) усиленного выделения гиперацидного желудочного сока
- а) верно все
 - б) верно все, кроме 1
 - в) верно все, кроме 2
 - г) верно все, кроме 4
 - д) верно все, кроме 5

422. Основным механизмом рвоты при кишечной непроходимости различной этиологии является:

- 1) раздражение блуждающего нерва
 - 2) раздражение интерорецепторов внутренних органов брюшной полости и забрюшинного пространства
 - 3) раздражение симпатической нервной системы
 - 4) повышение давления в петлях кишки
 - 5) интоксикация
- а) правильно 1, 2
 - б) правильно 1, 3
 - в) правильно 3, 4
 - г) правильно 2, 5
 - д) правильно 2, 4

423. Основными задачами анестезиолога при ведении больного с ущемленной грыжей, являются:

- 1) борьба с болевым шоком
 - 2) коррекция водно-электролитных нарушений
 - 3) дезинтоксикационная терапия
 - 4) профилактика аспирации
 - 5) профилактика острой дыхательной недостаточности
- а) верно все
 - б) верно все, кроме 1
 - в) верно все, кроме 3
 - г) верно все, кроме 4
 - д) верно все, кроме 5

424. Развитию острой недостаточности дыхания в послеоперационном периоде способствуют

- а) отсутствие периодических глубоких вдохов при ИВЛ
- б) рефлекторные влияния с операционного поля
- в) нефизиологические эффекты ИВЛ
- г) гипокалиемия
- д) неподвижное положение больного на операционном столе

425. Потеря воды организмом с избыточным выведением натрия наблюдается при всем перечисленном, кроме

- а) осмотического диуреза
- б) повышенной потливости
- в) недостаточного потребления воды
- г) повышенной секреции антидиуретического гормона

426. Зондирование сердца у взрослых больных предпочтительнее производить

- а) под местной анестезией
- б) введением калипсола
- в) введением реланиума
- г) введением барбитуратов
- д) общей комбинированной анестезией

427. Лечение сердечной недостаточности включает все перечисленное, кроме

- а) постельного режима
- б) применения сердечных гликозидов
- в) применения диуретиков
- г) ограничения потребления калия

428. При каком из следующих видов аритмий эффективно введение калия?

- а) при желудочковой тахикардии
- б) при узловой тахикардии
- в) при желудочковой экстрасистолии
- г) при суправентрикулярных нарушениях ритма

д) при всех перечисленных нарушениях ритма

429. При повороте пациента из положения на спине в боковое положение поглощение кислорода со стороны нижележащего легкого

- а) уменьшается на 15-30%
- б) увеличивается на 15-30%
- в) не изменяется
- г) слегка увеличивается
- д) слегка уменьшается

430. У пациента в состоянии астматического приступа угрожающими признаками являются

- а) обструкция бронхиол
- б) рН ниже 7.4
- в) цианоз
- г) повышение P_aCO_2
- д) все ответы правильны

431. При выраженном фиброзе легких наблюдается все перечисленное, кроме

- а) легочной гипертензии
- б) гипотонии
- в) тахикардии
- г) брадикардии

432. У больных с новообразованиями легких гипокалиемия плазмы обусловлена

- а) высокой кумуляцией калия опухолью
- б) наличием метаболического алкалоза
- в) наличием метаболического ацидоза
- г) большой потерей калия с мокротой
- д) правильно а) и б)

433. При бронхоскопии для анестезии слизистых дыхательных путей используют:

- 1) 10-15% раствор кокаина,
 - 2) 1-3% раствор докаина,
 - 3) 10% раствор новокаина,
 - 4) 1-3% раствор дикаина + 10% раствор новокаина,
 - 5) 10% раствор лидокаина
- а) все ответы правильны
 - б) правильны, кроме 1
 - в) правильны, кроме 1, 4
 - г) правильны, кроме 2, 3

434. Гипотермия обычно вызывает

- а) повышение растворимости газов в плазме
- б) увеличение сопротивления в сосудах мозга
- в) уменьшение сопротивления в сосудах мозга

- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

435. После операции на "открытом" сердце наиболее частыми осложнениями являются

- а) гемолиз
- б) нарушение ритма
- в) нарушения свертываемости крови
- г) развитие постперфузионного синдрома
- д) все ответы правильны

436. Водно-электролитные расстройства у больных с хирургической патологией головного мозга

вызываются всем перечисленным, кроме

- а) применения диуретиков
- б) применения дегидратантов
- в) компенсаторных реакций
- г) ограничения приема жидкостей
- д) гемодинамики

437. У нейрохирургических больных, находящихся в коматозном состоянии, для премедикации применяют все перечисленное, кроме

- а) атропина
- б) морфина
- в) димедрола
- г) преднизолона
- д) правильно в) и г)

438. Повышение внутричерепного давления наблюдается:

- 1) при повышении $p\text{CO}_2$ в артериальной крови
- 2) при применении фторотана
- 3) при увеличении вдыхаемой концентрации кислорода
- 4) при умеренном снижении $p\text{CO}_2$ в крови
- 5) при применении седуксена
- а) правильны все ответы
- б) правильно 1 и 5
- в) правильно 1 и 2
- г) правильно 3 и 4
- д) правильно 4 и 5

439. К осложнениям, возможным при блокаде плечевого сплетения надключичным доступом, относится все перечисленное, кроме

- а) пневмоторакса
- б) паралича диафрагмы на стороне блокады
- в) синдрома Горнера
- г) неврита плечевого сплетения

д) артериальной гипертензии

440. Армированная интубационная трубка, применяемая во время общей анестезии при операциях на черепе:

1) позволяет придавать голове различное положение без нарушения проходимости дыхательных путей

2) длинная трубка вызывает развитие гипоксии и гиперкапнии

3) во время сгибания головы трубка может проходить в правый главный бронх

4) вследствие недостаточной ригидности трубку не применяют при управляемом дыхании

а) правильно 1 и 2

б) правильно 1 и 3

в) правильно 2 и 3

г) правильно 3 и 4

д) все ответы правильны

441. Анестезиологическое пособие при плановых операциях на позвоночнике и спинном мозге включает все перечисленные опасности, кроме

а) вегетативной дистонии

б) смещения позвонков при интубации трахеи

в) асистолии после введения сукцинилхолина

г) артериальной гипертензии

д) постуральной гипотензии

442. Для купирования катоболического синдрома при диэнцефальной форме ушиба вещества головного мозга необходимо

а) инфузионная терапия кристаллоидами до 5 л в сутки

б) полное энергетическое покрытие катаболизма

в) нейровегетативная блокада

г) применить дегидратанты

д) хирургическая коррекция тенториального вклинения

443. При появлении в клинической картине больного с черепно-мозговой травмой сумеречного сознания, гипертермии,

гипервентиляции, артериальной гипертензии, тахикардии и полиурии следует думать

а) о бульбарном вклинении

б) о гиперосмолярной коме

в) об ухудшении кровообращения в диэнцефальной зоне

г) о накоплении гематомы в задней черепной ямке

д) о внечерепральном осложнении

444. Суточная калорийная потребность больного с черепно-мозговой травмой

а) повышена

б) снижена

в) не изменена

г) зависит от характера проводимой терапии и клинической формы черепно-мозговой травмы

445. У больных с черепно-мозговой травмой релаксанты могут вызвать

- а) почечную недостаточность
- б) угнетение и остановку дыхания
- в) печеночную недостаточность
- г) тяжелый коллапс
- д) угнетение секреторной функции желудочно-кишечного тракта

446. У больных, оперируемых по поводу хемодентом каротидного гломуса, опухолей верхней и нижней челюстей, ангиофибром носоглотки, методом выбора является

- а) местная анестезия
- б) ингаляционный масочный наркоз
- в) эндотрахеальный наркоз
- г) местная анестезия с НЛА
- д) местная анестезия с атаралгией

447. При выраженном стенозе гортани в премедикацию включают

- а) атропин
- б) промедол
- в) димедрол
- г) пипольфен
- д) фентанил

448. Показаниям к трахеостомии у больных с челюстно-лицевой патологией являются:

- 1) рубцовые изменения передней поверхности шеи
 - 2) полная невозможность открыть рот
 - 3) недоразвитие нижней челюсти
 - 4) невозможность обеспечения адекватной вентиляции в послеоперационном периоде
 - 5) флегмоны дна полости рта
- а) правильно 1 и 2
 - б) правильно 2 и 3
 - в) правильно 3 и 4
 - г) правильно 1 и 3
 - д) правильно 4 и 5

449. Для метода интубации сверхтонкими трубками сохраняется опасность

- а) максимального сопротивления к выдоху
- б) гиповентиляции
- в) гиперкапнии
- г) обструкции от перегиба трубки
- д) все ответы правильны

450. У больного раком гортани планируется выполнить ИВЛ. Это целесообразно сделать:

- 1) через заранее наложенную под местной анестезией трахеостому
 - 2) через трахеостому, наложенную под местной анестезией на операционном столе непосредственно перед операцией
 - 3) назотрахеальным методом
 - 4) назофарингеальным методом
 - 5) инъекционным методом
- а) правильно 1 и 2
 - б) правильно 1 и 3
 - в) правильно 2 и 4
 - г) правильно 3 и 5
 - д) правильно 4 и 5

451. В приемное отделение доставлен больной 20 лет с ранением передней поверхности шеи. Заторможен. Цианотичен.

Выраженные признаки кровопотери. Дефект трахеи в ране. Ему необходимо провести:

- 1) интубацию трахеи оротрахеальным путем
 - 2) интубацию трахеи через дефект трахеи
 - 3) интубировать больного в присутствии хирурга (возможно усиление кровотечения)
 - 4) провести противошоковые мероприятия
 - 5) санацию трахеи и бронхиального дерева
- а) все ответы правильны
 - б) правильно все, кроме 1
 - в) правильно все, кроме 2
 - г) правильно все, кроме 3
 - д) правильно все, кроме 5

452. В стоматологической поликлинике используют следующие основные методы общей анестезии:

- 1) масочный наркоз
 - 2) внутривенный наркоз
 - 3) назофарингеальный наркоз
 - 4) эндотрахеальный наркоз
- а) все ответы правильны
 - б) правильно все, кроме 1
 - в) правильно все, кроме 2
 - г) правильно все, кроме 3
 - д) правильно все, кроме 4

453. В условиях стоматологической поликлиники наиболее широко используются анестетики:

- 1) фторотан
- 2) пентран
- 3) кетамин
- 4) гексенал
- 5) сомбревин

- б) комбинация кетамина и сомбревина
- а) правильно 1, 2 и 3
- б) правильно 2, 3 и 4
- в) правильно 1, 2, 5 и 6
- г) правильно 3, 4, 5
- д) правильно 2, 4 и 5

454. Внутриглазное давление увеличивается:

- 1) при уменьшении кровоснабжения глаза
- 2) при гипертоническом кризе
- 3) при кашле
- 4) при гипоксии
- 5) при гипокапнии
- а) правильно 1, 2 и 3
- б) правильно 1, 3 и 4
- в) правильно 2, 4 и 5
- г) правильно 2, 3 и 5
- д) правильно 1, 3 и 5

455. Опасность окулокардиального рефлекса наиболее велика

- а) при операции по поводу косоглазия
- б) при операции по поводу глаукомы
- в) при дакриоцисториностомии
- г) при операции по поводу отслойки сетчатки
- д) при удалении катаракты

Ответы

21 – г	26 – а	31 – а	36 – г	41 – г	46 – г	51 – в	56 – б
22 – в	27 – б	32 – г	37 – д	42 – б	47 – в	52 – а	57 – д
23 – в	28 – а	33 – д	38 – в	43 – в	48 – в	53 – а	58 – в
24 – б	29 – а	34 – б	39 – г	44 – д	49 – г	54 – д	59 – г
25 – г	30 – г	35 – д	40 – д	45 – б	50 – б	55 – а	60 – а

Раздел 3. Общая реаниматология

Оцениваемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3, ПСК-4, ПСК-5, ПСК-6, ПСК-7

456. 5% раствор глюкозы является:

- а) гипоосмолярным
- б) изоосмолярным
- в) гиперосмолярным

457. Основными побочными эффектами декстранов являются:

- а) отек головного мозга

- б) отсроченные кровотечения
- в) иммуносупрессия

458. Основным показанием к назначению глюкозы в качестве базового раствора являются:

- а) изоосмолярная дегидратация
- б) гипоосмолярная дегидратация
- в) гиперосмолярная дегидратация

459. Наиболее частой причиной гипотонической дегидратации является:

- а) потери с рвотой
- б) диарея
- в) потери жидкости путем перспирации
- г) лихорадка
- д) тахипноэ

460. Одномолярным раствором является:

- а) 2% раствор хлорида калия
- б) 2,5% раствор хлорида калия
- в) 3% раствор хлорида калия
- г) 4% раствор хлорида калия
- д) 7,5% раствор хлорида калия

461. В 1 мл 0,9% раствора хлорида натрия содержится:

- а) 15,4 мэкв натрия
- б) 154 мэкв натрия
- в) 0,15 мэкв натрия
- г) 0,3 мэкв натрия
- д) 0,45 мэкв натрия

462. Основными побочными эффектами введения растворов глюкозы у пациентов в критическом состоянии являются:

- а) гипергликемия
- б) гипергидратация
- в) лактат-ацидоз
- г) осмотический диурез
- д) активация процессов ПОЛ

463. Расчетная осмолярность плазмы крови у пациента с концентрацией натрия в плазме крови 150 ммоль/л составляет:

- а) 150 мосмоль/л
- б) 225 мосмоль/л
- в) 300 мосмоль/л
- г) 450 мосмоль/л
- д) 600 мосмоль/л

464. Ребенок 4 лет доставлен в приемное отделение стационара с признаками гиповолемии на фоне многократной рвоты. Оптимальным стартовым раствором в данной ситуации является:

- а) Раствор Рингера-лактата
- б) 5% раствор глюкозы
- в) «Реамберин»
- г) 0,9% раствор хлорида натрия
- д) 10% раствор гидроксиэтилкрахмала

465. В 1 мл 10% раствора кальция глюконата содержится:

- а) 0,23 ммоль кальция
- б) 0,39 ммоль кальция
- в) 0,46 ммоль кальция

466. Выберите формулу для расчета необходимого объема 4,2% раствора натрия гидрокарбоната:

- а) $V \text{ NaHCO}_3 = \text{Масса тела} \times \text{ВЕ} \times 0,3$
- б) $V \text{ NaHCO}_3 = \text{Масса тела} \times \text{ВЕ} \times 0,6$
- в) $V \text{ NaHCO}_3 = \text{Масса тела} \times \text{ВЕ} \times 1,2$

467. Гипоосмолярным является раствор, который:

- а) полностью остается в сосудистом русле после окончания введения
- б) вызывает перемещение жидкости из интерстиция в сосудистое русло
- в) перемещается во внутриклеточное пространство

468. Противопоказанием к назначению гипертонических растворов хлорида натрия при тяжелой черепно-мозговой травме у детей является:

- а) Гиповолемия
- б) Гипернатриемия
- в) ВЧД > 20 мм рт. ст.
- г) Осмолярность плазмы крови более 280 мосмоль/л
- д) Осмолярность плазмы крови более 360 мосмоль/л

469. Основным веществом, определяющим осмолярность плазмы крови, является:

- а) глюкоза
- б) азот мочевины
- в) натрий
- г) белок
- д) калий

470. Осложнением массивной инфузии 0,9% раствора хлорида натрия со стороны кислотно-основного состояния является:

- а) метаболический алкалоз
- б) метаболический ацидоз
- в) острая почечная недостаточность

- г) гемодилюция
- д) гиперволемиа

471. Выберите гипоосмолярный раствор:

- а) «Трисоль»
- б) «Хлосоль»
- в) 0,9% раствор хлорида натрия
- г) 10% раствор хлорида натрия
- д) «Дисоль»

472. Среднемолекулярные коллоидные растворы характеризуются:

- а) Выраженным волемическим эффектом
- б) Выраженным дезинтоксикационным эффектом
- в) Выраженным реологическим эффектом
- г) Высоким риском развития острой почечной недостаточности
- д) Ничем из выше указанного

473. Максимальная толерантность к воде у взрослого человека составляет:

- а) 2200 мл
- б) 2400 мл
- в) 2700 мл
- г) 3000 мл
- д) 3500 мл

474. В 1 мл 10% раствора хлорида натрия содержится:

- а) 1,54 мэкв натрия
- б) 154 мэкв натрия
- в) 0,15 мэкв натрия
- г) 1,71 мэкв натрия
- д) 0,45 мэкв натрия

475. В организме человека катехоламины синтезируются из:

- а) белков
- б) жиров
- в) углеводов
- г) аминокислот
- д) жирных кислот

Ответы

61 - а	66 - в	71 - б	76 - д
62 - б	67 - в	72 - в	77 - в
63 - в	68 - в	73 - д	78 - в
64 - д	69 - г	74 - в	79 - г
65 - д	70 - а	75 - б	80 - г

Раздел 4. Частная реаниматология и интенсивная терапия

Оцениваемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3, ПСК-4, ПСК-5, ПСК-6, ПСК-7

476. К синтетическим катехоламинам относятся:

- а) ДОФА
- б) дофамин
- в) адреналин
- г) добутамин
- д) норадреналин

477. Наиболее выраженный аритмогенный эффект характерен для:

- а) ДОФА
- б) дофамин
- в) добутамин
- г) адреналин
- д) норадреналин

478. Противопоказанием к назначению амиодарона являются:

- а) Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия
- б) Атриовентрикулярная блокада
- в) Дисфункция желудочно-кишечного тракта
- г) Фибрилляция предсердий
- д) Пароксизмальная тахикардия с широкими комплексами QRS

479. Основным показанием для назначения аденозина при проведении сердечно-легочной реанимации является:

- а) пароксизмальная тахикардия с широкими комплексами QRS
- б) фибрилляция предсердий
- в) пароксизмальная тахикардия с узкими комплексами QRS
- г) фибрилляция желудочков
- д) шоковый ритм

480. Критерием эффективности инфузионной терапии при ОЦН является концентрация в плазме крови:

- а) белка
- б) калия
- в) кальция
- г) глюкозы
- д) натрия

481. У пациента с массивной кровопотерей и коагулопатией на фоне тяжелой сочетанной травмы раствором выбора для коррекции дефицита объема циркулирующей крови является:

- а) растворы глюкозы

- б) растворы желатины
- в) производные декстрана
- г) растворы гидроксиптилкрахмалов
- д) изотонический раствор хлорида натрия

482. Стартовый безопасный объем волемиической нагрузки при шоке любого генеза составляет:

- а) 5 мл/кг
- б) 10 мл/кг
- в) 15 мл/кг
- г) 20 мл/кг
- д) 25 мл/кг

483. Адреналин является:

- а) α_1 -адреномиметиком
- б) α_2 -адреномиметиком
- в) β_1 -адреномиметиком
- г) β_2 -адреномиметиком
- д) неселективный адреномиметик

484. Препаратом выбора для лечения анафилактического шока является:

- а) преднизолон
- б) дексаметазон
- в) адреналин
- г) норадреналин
- д) димедрол

485. При развитии анафилактического шока в качестве растворов для проведения инфузионной терапии используются:

- а) кристаллоидные растворы
- б) коллоидные растворы

486. При назначении 0,1% раствора адреналина гидрохлорида путем внутривенной микроструйной инфузии в дозе 0,02-0,08 мкг/кг/минуту увеличение сердечного выброса обусловлено воздействием на:

- а) α -рецепторы
- б) β -рецепторы

487. Укажите дозу 0,1% раствора адреналина гидрохлорида, при которой отмечается выраженный α -адреномиметический эффект:

- а) 0,05 мкг/кг/минуту
- б) 0,1 мкг/кг/минуту
- в) 1,0 мкг/кг/минуту
- г) 1,5 мкг/кг/минуту
- д) 2 и более мкг/кг/минуту

488. Выберите катехоламин, который оказывает минимальное влияние на сосудистое сопротивление в малом круге кровообращения:

- а) ДОФА
- б) дофамин
- в) добутамин
- г) адреналин
- д) норадреналин

489. Укажите стартовую дозу 0,1% раствора адреналина гидрохлорида для внутривенного микроструйного введения:

- а) 0,01 мкг/кг/минуту
- б) 0,03 мкг/кг/минуту
- в) 0,05 мкг/кг/минуту
- г) 0,1 мкг/кг/минуту
- д) 0,2 мкг/кг/минуту

490. В 1 мл 0,2% раствора норадреналина гидротартрата содержится:

- а) 0,2 мг действующего вещества
- б) 200 мкг действующего вещества
- в) 20 мкг действующего вещества
- г) 2000 мкг действующего вещества
- д) 2 г действующего вещества

491. При назначении 0,2% раствора норадреналина гидротартрата отмечается:

- а) увеличение ЧСС
- б) урежение ЧСС
- в) повышение ОПСС
- г) снижение ОПСС
- д) урежение ЧСС и повышение ОПСС

492. Препаратом выбора для вазопрессорной поддержки при декомпенсированном шоке, обусловленном ожогами тяжелой степени, является:

- а) ДОФА
- б) дофамин
- в) добутамин
- г) адреналин
- д) норадреналин

493. Фенилэфрин является:

- а) α -адреномиметиком
- б) α -адренолитиком
- в) β -адреномиметиком
- г) β -адренолитиком
- д) неселективным адреномиметиком

494. При назначении левосимендана отмечается:

- а) урежение ЧСС
- б) увеличение ЧСС
- в) повышение ОПСС
- г) снижение ОПСС
- д) снижение сердечного выброса

495. Гиперкалиемия тяжелой степени диагностируется, когда концентрация калия в плазме крови превышает:

- а) более 5,5 ммоль/л
- б) более 6,0 ммоль/л
- в) более 6,5 ммоль/л
- г) более 7 ммоль/л
- д) более 8 ммоль/л

496. В 40-литровом баллоне 150 атм. кислорода. При газотоке 2 л/мин его хватит

- а) на 20 ч
- б) на 50 ч
- в) на 30 ч
- г) на 100 ч
- д) на 10 ч

497. Для профилактики накопления статического электричества в операционной необходимо

- а) антистатические свойства резиновых изделий
- б) заземление наркозного аппарата и операционного стола
- в) анестезиологическая одежда и обувь не должны быть из синтетических материалов
- г) обязательно необходимо снимать статическое электричество с персонала путем соприкосновения с заземленными предметами
- д) все ответы правильны

498. В ампуле емкостью 2 мл содержится 1% лидокаина, 5% эфедрина. В этом случае количество эфедрина, содержащегося в ампуле, составляет

- а) 300 мг
- б) 120 мг
- в) 100 мг
- г) 500 мг
- д) 600 мг

499. Эфир оказывает на нервно-мышечные функции следующие эффекты:

- 1) курареподобное действие
- 2) усиливает действие недеполяризующих мышечных релаксантов
- 3) вызывает криз злокачественной гипертермии у чувствительных лиц
- 4) вызывает сокращение миометрия матки
- а) все утверждения верны

- б) правильны 1, 2 и 3
- в) правильны 1, 2 и 4
- г) правильны 2, 3 и 4
- д) правильны 1, 3 и 4

500. Поглощение CO_2 в цилиндре с натронной известью достигает

- а) 30%
- б) 40%
- в) 50%
- г) 65%
- д) 90%

501. Фторотан можно использовать в современной клинической анестезиологии в виде:

- 1) мононаркоза
 - 2) компонента комбинированной анестезии
 - 3) через маску в сочетании с закисью азота
 - 4) в виде азеотропной смеси с эфиром
- а) правильно 1, 2
 - б) правильно 2, 3
 - в) правильно 3, 4
 - г) правильно 1, 4
 - д) все утверждения верны

502. Противопоказаниями к наркозу фторотаном являются:

- 1) предрасположенность к злокачественной гипертермии
 - 2) исходные нарушения функции печени
 - 3) артериальная гипотензия и шок
 - 4) операция кесарева сечения
- а) правильны все ответы
 - б) правильны 1, 2, 3
 - в) правильны 2, 3, 4
 - г) правильны 1, 2, 4
 - д) правильны 1, 3, 4

503. Глубокий наркоз фторотаном достигается при ингаляции

- а) 0.4 об.%
- б) 0.8 об.%
- в) 1.0-1.2 об.%
- г) 1.5-2.0 об.%

504. Фентанил может вызвать все перечисленное, кроме

- а) депрессии дыхания
- б) брадикардии
- в) ригидности скелетной мускулатуры
- г) длительности аналгезии

д) рвоты

505. Качественные изменения деятельности почек при разных уровнях эпидуральной анестезии

- а) однотипны
- б) разные
- в) зависят от гемодинамики

506. Тонус кардиального жома снижается от следующих препаратов, кроме

- а) барбитуратов, кетамина
- б) теофиллина, никотина
- в) изопротеренола
- г) эдрофония, прозерина

507. Наиболее опасными в плане развития инфарктоподобных состояний в послеоперационном периоде у больных механической желтухой и холециститом являются

- а) 1-е сутки
- б) 2-е сутки
- в) 3-и сутки
- г) 6-е сутки
- д) 8-е сутки

508. Антиспастическое действие на желчные и панкреатические протоки оказывает

- а) витамин А
- б) витамин С
- в) витамин В₁
- г) витамин В₂
- д) витамин В₆

509. Во второй фазе токсемии при панкреонекрозе наблюдается олигурия

- а) преренальная
- б) ренальная
- в) постренальная

510. Токсическая фаза перитонита при прободении язвы желудка характеризуется:

- 1) брадикардией
 - 2) увеличением МОС
 - 3) снижением ОПС
 - 4) снижением работы левого желудочка
 - 5) одышкой
- а) правильны 1, 2
 - б) правильны 2, 3
 - в) правильны 3, 5
 - г) правильны 2, 5
 - д) правильны 4, 5

511. Гиповолемия во второй фазе перитонита у больных с прободной язвой желудка развивается в результате:

- 1) рвоты
 - 2) пропотевания жидкой части крови в просвет кишечника
 - 3) пропотевания жидкой части крови в брюшную полость
 - 4) скопления жидкости в стенке тонкой кишки
 - 5) усиленного выделения гиперацидного желудочного сока
- а) верно все
б) верно все, кроме 1
в) верно все, кроме 2
г) верно все, кроме 4
д) верно все, кроме 5

512. Основным механизмом рвоты при кишечной непроходимости различной этиологии является:

- 1) раздражение блуждающего нерва
 - 2) раздражение интерорецепторов внутренних органов брюшной полости и забрюшинного пространства
 - 3) раздражение симпатической нервной системы
 - 4) повышение давления в петлях кишки
 - 5) интоксикация
- а) правильно 1, 2
б) правильно 1, 3
в) правильно 3, 4
г) правильно 2, 5
д) правильно 2, 4

513. Основными задачами анестезиолога при ведении больного с ущемленной грыжей, являются:

- 1) борьба с болевым шоком
 - 2) коррекция водно-электролитных нарушений
 - 3) дезинтоксикационная терапия
 - 4) профилактика аспирации
 - 5) профилактика острой дыхательной недостаточности
- а) верно все
б) верно все, кроме 1
в) верно все, кроме 3
г) верно все, кроме 4
д) верно все, кроме 5

514. Развитию острой недостаточности дыхания в послеоперационном периоде способствуют

- а) отсутствие периодических глубоких вдохов при ИВЛ
- б) рефлекторные влияния с операционного поля
- в) нефизиологические эффекты ИВЛ
- г) гипокалиемия
- д) неподвижное положение больного на операционном столе

515. Потеря воды организмом с избыточным выведением натрия наблюдается при всем перечисленном, кроме

- а) осмотического диуреза
- б) повышенной потливости
- в) недостаточного потребления воды
- г) повышенной секреции антидиуретического гормона

Ответы на вопросы к разделу 6

005 – г 051 – а

015 – в 064 – б

024 – в 071 – а

036 – б 082 – а

047 – г 085 – г

516. Объем циркулирующей крови (ОЦК) с возрастом

- а) уменьшается
- б) увеличивается
- в) остается неизменным

517. Количество местного анестетика, используемого для блокады переломов костей на фоне травматического шока

по сравнению с обычной дозировкой должно быть

- а) уменьшено
- б) увеличено
- в) существенно не меняется

518. Раствор барбитуратов следует вводить пожилым пациентам медленно из-за:

- 1) сниженной лекарственной метаболизирующей функции печени
- 2) угнетения функции миокарда
- 3) замедленного кровотока
- 4) замедленного распределения анестетика

- а) верны все
- б) верны все, кроме 1
- в) верны все, кроме 2
- г) верны все, кроме 3

519. Гипотензивный эффект ганглиолитиков у пожилых пациентов

- а) более выражен
- б) менее выражен
- в) отсутствует

520. При выборе веществ для общего обезболивания при травматическом шоке учитывают в первую очередь влияние

- а) на дыхание
- б) на гемодинамику

- в) на эндокринную систему
- г) на центральную нервную систему
- д) на свертывающую систему

521. Достоинством новокаиновой блокады при тяжелых травмах является то, что она

- а) не вызывает снижения АД
- б) дает длительное обезболивание
- в) ликвидируя боль, не смазывает клинической картины

522. Ожоги верхних конечностей составляют от всей поверхности тела (по "правилу девяток")

- а) 30%
- б) 26%
- в) 18%
- г) 9%

523. При лечении ожогового шока приблизительное состояние коллоидов и кристаллоидов составляет

- а) 3:1
- б) 1:1
- в) 2:1
- г) 1:2

524. В первые часы ожогового шока переливать кровь

- а) не следует
- б) целесообразно в количестве до 500 мл свежесконсервированной крови
- в) целесообразно свежесцитратную кровь в количестве до 1000 мл
- г) целесообразно взвесить эритроцитов

525. Лечение олиго- или анурии включает все перечисленное, кроме

- а) проведения адекватной гидратации
- б) поддержания нормального водно-электролитного баланса
- в) внутривенного введения маннитола
- г) переливания крови

Ответы на вопросы к разделу 7

- 003 – б 036 – в
- 009 – а 038 – б
- 018 – а 042 – в
- 022 – а 043 – а
- 030 – б 044 – г

Раздел 8 **АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В УРОЛОГИИ И НЕФРОЛОГИИ**

526. Нормальная величина почечного кровотока у взрослого человека составляет в среднем

- а) 1600 мл/мин
- б) 1100 мл/мин
- в) 800 мл/мин
- г) 600 мл/мин
- д) 400 мл/мин

527. Упрощенный способ определения скорости клубочковой фильтрации сводится к определению концентрации

- а) креатинина в плазме
- б) мочевины
- в) остаточного азота в крови
- г) все ответы правильны
- д) правильно ответа нет

528. Для больных в терминальной стадии ХПН уровень гемоглобина обеспечивает достаточный транспорт кислорода в ткани, равный

- а) ниже 60 г/л
- б) 80 г/л
- в) 100 г/л
- г) 120 г/л
- д) 150 г/л

529. Для обеспечения транспорта кислорода к тканям концентрация гемоглобина в послеоперационный период должна составлять

- а) 60 г/л
- б) 80 г/л
- в) 100 г/л
- г) 120 г/л
- д) 140 г/л

530. При урологических заболеваниях чаще возникает форма острой почечной недостаточности

- а) постренальная
- б) ренальная
- в) преренальная

531. У больного с острой почечной недостаточностью в стадии анурии анестезиологическими проблемами являются:

- 1) нарушение водно- и азотовыделительной функции почек (аутоинтоксикация, гидратация, гипернатриемия)
- 2) расстройство нормотерапии (гипер- или гипотония)
- 3) нарушения электролитного обмена (гиперкалиемия, гипонатриемия, гипокальциемия, гипохлоремия)
- 4) нарушения КЩС (метаболический ацидоз)

- 5) нарушения эритропоэза (анемия)
- б) осмотическая гипотония
- 7) нарушения кровообращения (сердечная недостаточность, аритмия, гиперволемиа)
- 8) нарушения дыхания (отек легких, пневмонии, ателектазы, гиперпноэ)
- 9) снижение функции печени
- 10) расстройства углеводного, жирового, белкового обмена
- а) верно все
- б) верно все, кроме 1, 2
- в) верно все, кроме 4, 5
- г) верно лишь 6, 7
- д) верно лишь 9, 10

532. В тех случаях, когда трудно решить, сохранилась ли клубочковая фильтрация, вначале применяют небольшие дозы

- а) маннитола
- б) фуросемида
- в) эуфиллина

533. При операциях промежности, мочевом пузыре, предстательной железе, камнях нижней и средней трети мочеточников наиболее показаны

- а) эпидуральная и спинальная анестезия
- б) внутривенная анестезия со спонтанным дыханием
- в) местная анестезия

534. Антибиотики: аминогликозиды, гентомицин, цепадин, кефзол, цефалоридин

- а) могут вызвать токсическое поражение почек
- б) не ведут к нефротоксическому поражению
- в) могут вызвать умеренное токсическое действие на почки

535. Фуросемид в фазе повреждения почек при острой почечной недостаточности (ОПН) применяют

- а) при отрицательной пробе с маннитолом
- б) при гипергидратации
- в) при отеке легких
- г) при всем перечисленном

Ответы на вопросы к разделу 8

- 004 – б 027 – а
- 007 – а 048 – б
- 013 – б 061 – а
- 021 – б 067 – а
- 024 – а 080 – г

536. Зондирование сердца у взрослых больных предпочтительнее производить

- а) под местной анестезией
- б) введением калипсола
- в) введением реланиума

- г) введением барбитуратов
- д) общей комбинированной анестезией

537. Лечение сердечной недостаточности включает все перечисленное, кроме

- а) постельного режима
- б) применения сердечных гликозидов
- в) применения диуретиков
- г) ограничения потребления калия

538. При каком из следующих видов аритмий эффективно введение калия?

- а) при желудочковой тахикардии
- б) при узловой тахикардии
- в) при желудочковой экстрасистолии
- г) при суправентрикулярных нарушениях ритма
- д) при всех перечисленных нарушениях ритма

539. При повороте пациента из положения на спине в боковое положение поглощение кислорода со стороны нижележащего легкого

- а) уменьшается на 15-30%
- б) увеличивается на 15-30%
- в) не изменяется
- г) слегка увеличивается
- д) слегка уменьшается

540. У пациента в состоянии астматического приступа угрожающими признаками являются

- а) обструкция бронхов
- б) рН ниже 7.4
- в) цианоз
- г) повышение P_aCO_2
- д) все ответы правильны

541. При выраженном фиброзе легких наблюдается все перечисленное, кроме

- а) легочной гипертензии
- б) гипотонии
- в) тахикардии
- г) брадикардии

542. У больных с новообразованиями легких гипокалиемия плазмы обусловлена

- а) высокой кумуляцией калия опухолью
- б) наличием метаболического алкалоза
- в) наличием метаболического ацидоза
- г) большой потерей калия с мокротой
- д) правильно а) и б)

543. При бронхоскопии для анестезии слизистых дыхательных путей используют:

- 1) 10-15% раствор кокаина,
 - 2) 1-3% раствор докаина,
 - 3) 10% раствор новокаина,
 - 4) 1-3% раствор дикаина + 10% раствор новокаина,
 - 5) 10% раствор лидокаина
- а) все ответы правильны
 - б) правильны, кроме 1
 - в) правильны, кроме 1, 4
 - г) правильны, кроме 2, 3

544. Гипотермия обычно вызывает

- а) повышение растворимости газов в плазме
- б) увеличение сопротивления в сосудах мозга
- в) уменьшение сопротивления в сосудах мозга
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

545. После операции на "открытом" сердце наиболее частыми осложнениями являются

- а) гемолиз
- б) нарушение ритма
- в) нарушения свертываемости крови
- г) развитие постперфузионного синдрома
- д) все ответы правильны

546. При обследовании больных с флегмонами челюстно-лицевой области анестезиолога прежде всего интересует:

- 1) состояние водно-солевого обмена
 - 2) состояние сердечно-сосудистой системы
 - 3) кислотно-щелочное состояние
 - 4) степень раскрытия рта
 - 5) проходимость дыхательных путей и состояние дыхания
- а) все ответы правильны
 - б) все ответы правильны, кроме 1, 2
 - в) все ответы правильны, кроме 4, 5
 - г) все ответы правильны, кроме 1, 2, 3
 - д) все ответы правильны, кроме 2, 3, 4

547. При внутриротовой операции возможно проведение анестезии без интубации трахеи

- а) тиопенталом натрия
- б) кетаминном
- в) ГОМК
- г) НЛА + седуксеном
- д) гексеналом

548. У больных, оперируемых по поводу хемодентом каротидного гломуса, опухолей верхней и нижней челюстей, ангиофибром носоглотки, методом выбора является

- а) местная анестезия
- б) ингаляционный масочный наркоз
- в) эндотрахеальный наркоз
- г) местная анестезия с НЛА
- д) местная анестезия с атаралгией

549. При выраженном стенозе гортани в премедикацию включают

- а) атропин
- б) промедол
- в) димедрол
- г) пипольфен
- д) фентанил

550. Показаниями к трахеостомии у больных с челюстно-лицевой патологией являются:

- 1) рубцовые изменения передней поверхности шеи
 - 2) полная невозможность открыть рот
 - 3) недоразвитие нижней челюсти
 - 4) невозможность обеспечения адекватной вентиляции в послеоперационном периоде
 - 5) флегмоны дна полости рта
- а) правильно 1 и 2
 - б) правильно 2 и 3
 - в) правильно 3 и 4
 - г) правильно 1 и 3
 - д) правильно 4 и 5

551. Для метода интубации сверхтонкими трубками сохраняется опасность

- а) максимального сопротивления к выдоху
- б) гиповентиляции
- в) гиперкапнии
- г) обструкции от перегиба трубки
- д) все ответы правильны

552. У больного раком гортани планируется выполнить ИВЛ. Это целесообразно сделать:

- 1) через заранее наложенную под местной анестезией трахеостому
 - 2) через трахеостому, наложенную под местной анестезией на операционном столе непосредственно перед операцией
 - 3) назотрахеальным методом
 - 4) назофарингеальным методом
 - 5) инъекционным методом
- а) правильно 1 и 2
 - б) правильно 1 и 3
 - в) правильно 2 и 4
 - г) правильно 3 и 5
 - д) правильно 4 и 5

553. В приемное отделение доставлен больной 20 лет с ранением передней поверхности шеи. Заторможен. Цианотичен.

Выраженные признаки кровопотери. Дефект трахеи в ране. Ему необходимо провести:

- 1) интубацию трахеи оротрахеальным путем
 - 2) интубацию трахеи через дефект трахеи
 - 3) интубировать больного в присутствии хирурга (возможно усиление кровотечения)
 - 4) провести противошоковые мероприятия
 - 5) санацию трахеи и бронхиального дерева
- а) все ответы правильны
б) правильно все, кроме 1
в) правильно все, кроме 2
г) правильно все, кроме 3
д) правильно все, кроме 5

554. В стоматологической поликлинике используют следующие основные методы общей анестезии:

- 1) масочный наркоз
 - 2) внутривенный наркоз
 - 3) назофарингеальный наркоз
 - 4) эндотрахеальный наркоз
- а) все ответы правильны
б) правильно все, кроме 1
в) правильно все, кроме 2
г) правильно все, кроме 3
д) правильно все, кроме 4

555. В условиях стоматологической поликлиники наиболее широко используются анестетики:

- 1) фторотан
 - 2) пентран
 - 3) кетамин
 - 4) гексенал
 - 5) сомбревин
- б) комбинация кетамина и сомбревина
- а) правильно 1, 2 и 3
б) правильно 2, 3 и 4
в) правильно 1, 2, 5 и 6
г) правильно 3, 4, 5
д) правильно 2, 4 и 5

556. Внутриглазное давление увеличивается:

- 1) при уменьшении кровоснабжения глаза
- 2) при гипертоническом кризе
- 3) при кашле
- 4) при гипоксии

- 5) при гипокапнии
- а) правильно 1, 2 и 3
- б) правильно 1, 3 и 4
- в) правильно 2, 4 и 5
- г) правильно 2, 3 и 5
- д) правильно 1, 3 и 5

557. Окулогастральный рефлекс проявляется:

- 1) болями в эпигастрии
- 2) изжогой
- 3) икотой
- 4) рвотой
- 5) отрыжкой
- а) правильно 1 и 2
- б) правильно 2 и 3
- в) правильно 2 и 5
- г) правильно 3 и 4
- д) правильно 3 и 5

558. Опасность окулокардиального рефлекса наиболее велика

- а) при операции по поводу косоглазия
- б) при операции по поводу глаукомы
- в) при дакриоцистиностомии
- г) при операции по поводу отслойки сетчатки
- д) при удалении катаракты

559. Больному с травматическим повреждением глаза предстоит эндотрахеальный наркоз в экстренном порядке.

В премедикацию следует включить все перечисленное, кроме

- а) морфина
- б) тубокурарина
- в) промедола
- г) седуксена
- д) атропина

560. Ребенку 8 лет при операции по поводу косоглазия провести анестезию предпочтительнее с помощью

- а) кетамина + седуксена внутримышечно
- б) фторотана + N₂O + O₂ назофарингеально
- в) эндотрахеально N₂O + O₂ + фторотан
- г) местной анестезии
- д) различных вариантов атаралгезии

561. Больному 60 лет предстоит операция по поводу катаракты правого глаза. В премедикацию следует ввести:

- 1) морфин
- 2) атропин
- 3) дроперидол
- 4) анаприлин
- 5) глюкокортикоиды
- а) правильно 1, 2 и 4
- б) правильно 2 и 3
- в) правильно 3, 4 и 5
- г) правильно 4 и 5
- д) все ответы правильны

562. Деполяризующие миорелаксанты в период фибрилляции способны

- а) повысить внутриглазное давление
- б) понизить внутриглазное давление
- в) не изменять внутриглазное давление
- г) резко понижать внутриглазное давление

563. ГОМК может влиять на функцию глаза:

- 1) снижая внутриглазное давление
- 2) предупреждая развитие окулокардиального рефлекса
- 3) активируя окислительно-восстановительные процессы в сетчатке
- 4) улучшая зрительную функцию глаза
- 5) вызывая зрительные галлюцинации
- а) правильно 1 и 2
- б) правильно 1 и 3
- в) правильно 2 и 5
- г) правильно 3 и 4
- д) правильно 4 и 5

564. Снижения общего периферического сопротивления току крови можно добиться применением

- а) адреналина
- б) норадреналина
- в) мезатона
- г) эфедрина

565. Нейролептаналгезия представляет собой сочетание

- а) дроперидола и фентанила
- б) промедола и атропина
- в) пипольфена и промедола
- г) листенона и тубокурарина

Ответы на вопросы к разделу 11

002 – г 014 – б

005 – г 017 – а

007 – а 018 – г

010 – а 019 – а

012 – а 020 – а

566. Водно-электролитные расстройства у больных с хирургической патологией головного мозга

вызываются всем перечисленным, кроме

- а) применения диуретиков
- б) применения дегидратантов
- в) компенсаторных реакций
- г) ограничения приема жидкостей
- д) гемодинамики

567. У нейрохирургических больных, находящихся в коматозном состоянии, для премедикации применяют все перечисленное, кроме

- а) атропина
- б) морфина
- в) димедрола
- г) преднизолона
- д) правильно в) и г)

568. Повышение внутричерепного давления наблюдается:

- 1) при повышении $p\text{CO}_2$ в артериальной крови
 - 2) при применении фторотана
 - 3) при увеличении вдыхаемой концентрации кислорода
 - 4) при умеренном снижении $p\text{CO}_2$ в крови
 - 5) при применении седуксена
- а) правильны все ответы
 - б) правильно 1 и 5
 - в) правильно 1 и 2
 - г) правильно 3 и 4
 - д) правильно 4 и 5

569. К осложнениям, возможным при блокаде плечевого сплетения надключичным доступом, относится все перечисленное, кроме

- а) пневмоторакса
- б) паралича диафрагмы на стороне блокады
- в) синдрома Горнера
- г) неврита плечевого сплетения
- д) артериальной гипертензии

570. Армированная интубационная трубка, применяемая во время общей анестезии при операциях на черепе:

1) позволяет придавать голове различное положение без нарушения проходимости дыхательных путей

- 2) длинная трубка вызывает развитие гипоксии и гиперкапнии
- 3) во время сгибания головы трубка может проходить в правый главный бронх
- 4) вследствие недостаточной ригидности трубку не применяют при управляемом дыхании

- а) правильно 1 и 2
- б) правильно 1 и 3
- в) правильно 2 и 3
- г) правильно 3 и 4
- д) все ответы правильны

571. Анестезиологическое пособие при плановых операциях на позвоночнике и спинном мозге включает все перечисленные опасности, кроме

- а) вегетативной дистонии
- б) смещения позвонков при интубации трахеи
- в) асистолии после введения сукцинилхолина
- г) артериальной гипертензии
- д) постуральной гипотензии

572. Для купирования катоболического синдрома при диэнцефальной форме ушиба вещества головного мозга необходимо

- а) инфузионная терапия кристаллоидами до 5 л в сутки
- б) полное энергетическое покрытие катаболизма
- в) нейровегетативная блокада
- г) применить дегидратанты
- д) хирургическая коррекция тенториального вклинения

573. При появлении в клинической картине больного с черепно-мозговой травмой сумеречного сознания, гипертермии,

гипервентиляции, артериальной гипертензии, тахикардии и полиурии следует думать

- а) о бульбарном вклинении
- б) о гиперосмолярной коме
- в) об ухудшении кровообращения в диэнцефальной зоне
- г) о накоплении гематомы в задней черепной ямке
- д) о внечерепральном осложнении

574. Суточная калорийная потребность больного с черепно-мозговой травмой

- а) повышена
- б) снижена
- в) не изменена
- г) зависит от характера проводимой терапии и клинической формы черепно-мозговой травмы

575. У больных с черепно-мозговой травмой релаксанты могут вызвать

- а) почечную недостаточность
- б) угнетение и остановку дыхания

- в) печеночную недостаточность
- г) тяжелый коллапс
- д) угнетение секреторной функции желудочно-кишечного тракта

576.Альдостерон контролирует

- а) потери Na^+ и задержку K^+
- б) задержку Na^+ и потери K^+
- в) потери воды
- г) транспорт углекислого газа
- д) обмен кислорода

577.Диагноз миастении с достоверностью можно установить введением всего перечисленного, кроме

- а) неостигмина
- б) эдрофония
- в) тубокурарина
- г) атропина

578.Больному, страдающему сахарным диабетом с содержанием глюкозы в крови до операции 11.1 ммоль/л, проводят анестезию эфиром в течение 35 мин. К концу анестезии уровень глюкозы в крови может стать

- а) не изменяется
- б) 2.78 ммоль/л
- в) 5.6 ммоль/л
- г) 22.2 ммоль/л
- д) 38.3 ммоль/л

579.Применение какого из препаратов противопоказано у диабетиков при коррекции ацидоза?

- а) инсулина
- б) хлорида калия
- в) раствора лактата Рингера
- г) морфина 15 мг
- д) раствора гидрокарбоната натрия

580.Причиной гиперкалиемии может быть все перечисленное, кроме

- а) быстрого переливания консервированной крови
- б) недостаточности коры надпочечников
- в) травмы с большим разрушением тканей
- г) действия анаболических гормонов
- д) правильно б) и в)

581.Смерть при феохромоцитоме может возникнуть в результате всего перечисленного, кроме

- а) кровоизлияния в мозг
- б) левожелудочковой недостаточности

- в) почечной недостаточности
- г) отека легких

582. У больного с тяжелым тиреотоксикозом операцию целесообразнее проводить

- а) под местной анестезией в сочетании с НЛА
- б) под масочным наркозом фторотаном
- в) под внутривенным наркозом калипсолом
- г) правильно б) и в)

583. При миастеническом кризе в послеоперационном периоде применяют все перечисленное, кроме

- а) глюкокортикоидов
- б) ИВЛ
- в) антихолинэстеразных препаратов
- г) антидеполяризующих релаксантов
- д) плазмафереза

584. Наиболее вероятной причиной судорог, развивающихся через 8 ч после субтотальной струмэктомии, является

- а) резекция слишком большого участка железы
- б) ацидоз
- в) тетания
- г) гипергликемия
- д) гиперкапния

585. Наиболее важным признаком, указывающим на развитие недостаточности коры надпочечников во время и сразу после операции, является

- а) стойкая тахикардия
- б) стойкая брадикардия
- в) стойкая гипертензия
- г) стойкая гипотензия
- д) стойкая одышка

586. Во время митральной комиссуротомии может наступить

- а) гипертензия после введения в анестезию
- б) отек легких в ответ на переливание крови
- в) вазодилатация до индукции
- г) эмболия в мозг
- д) правильно б) и г)

587. Предоперационная подготовка у больных, которым предстоит операция гиповизэктомии, включает все перечисленное, кроме

- а) применения гормонов коры надпочечников
- б) тщательной коррекции водно-электролитного обмена
- в) коррекции объема циркулирующей крови

- г) применения гонадотропина
- д) применения седативных средств

588. При заболеваниях печени отмечается все перечисленное, кроме

- а) удлинения действия депполяризирующих релаксантов
- б) замедления разрушения тубарина
- в) уменьшения образования псевдохолинэстеразы
- г) увеличения выделения натрия с мочой
- д) замедления метаболизма других препаратов

589. Ранним признаком почечной недостаточности является

- а) наличие лейкоцитов в моче
- б) повышение в крови азота мочевины
- в) низкий удельный вес мочи
- г) наличие эритроцитов в моче
- д) уровень креатинина в крови

590. Причиной уменьшения расхода анестетиков при проведении анестезии у лиц пожилого и старческого возраста является:

- 1) изменение функциональных свойств клеток ЦНС
 - 2) увеличение потребления кислорода
 - 3) снижение мозгового кровотока
 - 4) снижение уровня калия в ЦНС
 - 5) снижение обмена
- а) правильно 1 и 2
 - б) правильно 1 и 4
 - в) правильно 1, 3 и 5
 - г) правильно 4 и 5
 - д) все ответы правильны

591. При порфирии противопоказаны

- а) опиаты
- б) барбитураты
- в) сульфаниламиды
- г) мышечные релаксанты
- д) симпатомиметики

592. У больных пожилого и старческого возраста отмечается инволюция почечных канальцев, которая выражается

- а) снижением концентрационной способности канальцев
- б) увеличением азота выделительной способности канальцев
- в) снижением реабсорбции глюкозы
- г) увеличением выделения креатинина

593. Основными причинами, ведущими к расстройству дыхания, являются:

- 1) повышение ригидности грудной клетки

2) уменьшение дыхательной экскурсии грудной клетки со снижением жизненной емкости легких

3) депрессия дыхания и снижение PO_2

4) уменьшение жизненной емкости легких, снижение резервного объема, дыхательного объема

5) нарушение дренажной функции бронхов

а) все ответы правильны

б) правильно все, кроме 1

в) правильно все, кроме 2

г) правильно все, кроме 3

д) правильно все, кроме 4

594. При старении наблюдается снижение ударного и минутного объема сердца, что можно рассматривать как реакцию:

1) на уменьшение потребности тканей в O_2

2) на замедление скорости кровотока

3) на смещение кривой диссоциации оксигемоглобина вправо

а) все ответы правильны

б) правильно все, кроме 1

в) правильно все, кроме 2

г) правильно все, кроме 3

595. Учитывая у больных пожилого и старческого возраста исходную гипоксемию, им в послеоперационном периоде

для профилактики легочных осложнений необходимо проводить

а) дыхательную гимнастику

б) ингаляцию увлажненного O_2

в) ультразвуковые и паровые ингаляции

г) мероприятия по профилактике тромбоэмболии легочной артерии

д) все ответы правильны

596. Частота сеансов трахеобронхиальной санации при ИВЛ у новорожденных составляет

а) через 1 ч

б) через 2 ч

в) через 4 ч

г) по показаниям

597. Для аналгезии и сохранения контакта с больным концентрация $N_2O : O_2$ составляет

а) 5%

б) 10%

в) 15%

г) 35%

д) 50%

598. Среднее значение от "карины" до края десен у новорожденного составляет

- а) 7 см
- б) 10 см
- в) 13 см
- г) 16 см
- д) 18 см

599. Деполяризация постсинаптической мембраны сопровождается:

- 1) проникновением Cl^- в клетку
 - 2) входением в клетку
 - 3) увеличением проницаемости постсинаптической мембраны
 - 4) входением K^+ в субневральное пространство
 - 5) уменьшением проницаемости постсинаптической мембраны
- а) правильно 1 и 2
 - б) правильно 2, 3 и 4
 - в) правильно 4 и 5
 - г) правильно 1 и 5
 - д) все ответы правильны

600. При выраженной гипоксии на ЭЭГ наблюдается

- а) отсутствие электрической активности
- б) учащение ритма и увеличение амплитуды
- в) не наблюдается отклонений
- г) замедление ритма до 1-3 колебаний в секунду
- д) чередование ритмов

601. 2-летний ребенок массой 9 кг имеет минутный объем дыхания (МОД), равный

- а) 600 мл
- б) 1000 мл
- в) 4000 мл
- г) 2000 мл
- д) 3000 мл

602. Остановка сердца при наркозе кетаминотом происходит при превышении дозы

- а) в 2 раза
- б) в 4 раза
- в) в 8 раз
- г) в 10 раз
- д) в 12 раз

603. Метаболизм (инактивация) кетамина происходит

- а) в результате щелочного гидролиза
- б) с помощью ферментов клеточных элементов
- в) в результате деметилирования и окисления в печени
- г) в кислой среде в тканях
- д) с помощью тканевых ферментов

604. К препаратам, продлевающим период послеоперационного пробуждения в сочетании с кетамином, относятся

- а) сомбревин
- б) раствор соды
- в) опиаты
- г) закись азота
- д) правильно а) и г)

605. Повышенная толерантность к сукцинилхолину сохраняется у детей

- а) до 1 года
- б) до 3 лет
- в) до 7 лет
- г) до 10 лет
- д) до 12-14 лет

606. Веществами, усиливающими электрическую и механическую активность матки, являются:

- 1) ионы кальция
 - 2) окситоцин
 - 3) ионы калия
 - 4) ионы магния
 - 5) простагландин G₂
- а) правильно 1, 2 и 3
 - б) правильно 3, 4 и 5
 - в) правильно 2, 3 и 4
 - г) правильно 1, 2 и 5
 - д) правильно 1, 4 и 5

607. Легко проникают через плацентарный барьер вещества с относительной молекулярной массой

- а) до 600
- б) до 1000
- в) до 2500
- г) более 3000
- д) более 250 000

608. Структура плацентарного барьера считается функционально зрелыми

- а) к 4-й неделе
- б) к 8-й неделе
- в) к 12-й неделе
- г) к 16-й неделе
- д) к 20-й неделе

609. Чтобы ребенок родился без признаков наркотической депрессии, необходимо прекратить ингаляцию триленом

- а) за 5-10 мин
- б) за 10-20 мин
- в) за 20-30 мин
- г) за 30-40 мин
- д) за 40-50 мин

610. Деполяризующие мышечные релаксанты относительно безопасны для новорожденных в дозе

- а) до 100 мг
- б) до 200 мг
- в) до 300 мг
- г) до 400 мг
- д) до 500 мг

611. Частота сердечных сокращений у новорожденного составляет

- а) 60-80 в минуту
- б) 80-100 в минуту
- в) 100-130 в минуту
- г) 130-140 в минуту
- д) 140-150 в минуту

612. У беременной, больной сахарным диабетом, потребность в инсулине после окончания третьего периода родов

- а) не изменяется
- б) увеличивается
- в) уменьшается
- г) изменения не закономерны

613. Показанием к применению ГОМК в акушерстве является

- а) гипертонус матки
- б) недоношенность плода
- в) эклампсия
- г) утомление в родах
- д) угнетение родовой деятельности

614. Доза кетамина, используемая для внутримышечного введения при обезболивании родов, составляет

- а) 2 мг/кг
- б) 3-6 мг/кг
- в) 10 мг/кг
- г) 12-16 мг/кг
- д) 17-20 мг/кг

615. К ситуациям, требующим проведения поясничной эпидуральной анестезии при кесаревом сечении у беременных, страдающих преэклампсией и эклампсией, относятся:

- 1) коагулопатии
 - 2) эклампсия с неконтролируемыми судорогами
 - 3) преэклампсия с высокими цифрами АД в легочной артерии
 - 4) эклампсия с сердечной недостаточностью
 - 5) олигурия
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 2, 3, 4
 - в) правильно 3, 4, 5
 - г) правильно 1, 3, 5
 - д) правильно 2, 4, 5

616. Гипердинамический тип нарушений кровообращения в послеоперационном периоде клинически проявляется:

- 1) тахикардией
 - 2) гипертензией
 - 3) увеличением сердечного выброса (СВ)
 - 4) увеличением общего периферического сопротивления (ОПС)
 - 5) увеличением ударного объема сердца (УОС)
 - 6) гипотензией
- а) верно все
 - б) верно все, кроме 6
 - в) верно 5 и 6
 - г) верно 1, 3, 5, 6
 - д) верно 4, 5, 6

617. Наиболее эффективными методами восстановления дыхания при реанимации являются:

- 1) введение дыхательных analeптиков
 - 2) дыхание по Сильвестру, Шефферу
 - 3) дыхание "рот в рот" и "рот в нос"
 - 4) интубация трахеи и ИВЛ
 - 5) бронхоскопия
- а) правильно 1 и 2
 - б) правильно 2 и 3
 - в) правильно 3 и 4
 - г) правильно 4 и 5
 - д) правильны все ответы

618. Наиболее простым и доступным критерием адекватности восстановления кровообращения после остановки сердца являются:

- 1) изменение цвета кожных покровов и слизистых
- 2) восстановление нормального газового состава крови
- 3) хорошая экскурсия грудной клетки на вдохе и выдохе
- 4) восстановление сердечной деятельности

- 5) сужение зрачков
- б) появление сознания
- 7) восстановление диуреза
- а) все ответы правильны
- б) правильно все, кроме 2, 4, 5
- в) правильно все, кроме 6, 7
- г) правильно 1, 3, 4, 5
- д) правильно только 6, 7

619. Показаниями к прямому массажу сердца являются

- а) остановка дыхания
- б) остановка сердца
- в) отсутствие сознания
- г) отсутствие пульса на сонных артериях при закрытом массаже сердца в течение 2 мин
- д) фибрилляция сердца

620. Правилами при проведении закрытого массажа сердца являются:

- 1) уложить пострадавшего на твердую поверхность
- 2) точка приложения силы должна быть в нижней трети грудины
- 3) сила сжатия грудной клетки до 30 кг
- 4) частота сжатия более 60 в минуту
- 5) соотношение частоты вдувания в легкие и компрессии грудной клетки должно быть

1:5 или 2:14

- б) ноги пострадавшего должны быть слегка приподняты
- 7) осуществлять постоянный контроль за эффективностью массажа
- а) все ответы правильны
- б) правильно все, кроме 5
- в) правильно все, кроме 6, 7
- г) правильно лишь 1, 2, 3
- д) правильно лишь 1, 3, 5, 6

621. Показанием к дефибрилляции сердца является

- а) отсутствие пульса на сонных артериях
- б) отсутствие признаков эффективности закрытого массажа сердца в течение 1 мин
- в) максимальное расширение зрачков
- г) регистрация фибрилляции сердца на ЭКГ
- д) отсутствие сознания и дыхания

622. Показанием к продленной ИВЛ является:

- 1) тахипноэ более 45 в минуту
- 2) снижение PaO_2 менее 60 мм рт. ст.
- 3) уменьшение DO_2 на 50%
- 4) возрастание МОД на 160-180%
- 5) артериальная гипертензия
- а) все ответы правильны

- б) правильно все, кроме 2
- в) правильно все, кроме 3
- г) правильно все, кроме 4
- д) правильно все, кроме 5

623. Суточная потребность в белках рассчитывается:

- 1) по количеству белка в плазме
 - 2) по экскреции азота с мочой
 - 3) по выделению белка с мочой
 - 4) по массе тела
 - 5) по потреблению O₂
- а) все ответы правильны
 - б) правильно 1, 2, 3
 - в) правильно 3, 4, 5
 - г) правильно 1, 2, 5
 - д) правильно 2, 3, 5

624. Отрицательными факторами ИВЛ по способу вдувания являются:

- 1) нарушение венозного притока из-за повышения внутригрудного давления
 - 2) сдавление сердца и крупных сосудов в фазе вдоха
 - 3) нарушение капиллярного кровотока в легких
 - 4) повышение сопротивления в системе легочной артерии и перегрузка правого сердца
 - 5) увеличение физиологического "мертвого пространства"
 - 6) необходимость закрытого герметичного контура
 - 7) необходимость интубации или трахеостомии
 - 8) трудности с обеспечением синхронизации больного с аппаратом,
 - 9) необходимость разгерметизации системы "аппарат-больной" при сеансах туалета дыхательных путей и вынужденного при этом периода гиповентиляции и гипоксемии
 - 10) наличие рефлекторных влияний с рецепторов дыхательных путей при интубации и трахеостомии
- а) все ответы правильны
 - б) правильно все, кроме 9, 10
 - в) правильно все, кроме 6, 7
 - г) правильно все, кроме 2, 3
 - д) правильно только 1, 2, 3

625. Увеличивают выживаемость после гипоксемии

- а) барбитураты
- б) эфир
- в) гипотермия
- г) гипертермия
- д) правильно а) и в)

626. При лечении нарушений гемодинамики гипердинамического типа в послеоперационном периоде решающее значение имеют:

- 1) блокада болевой импульсации
 - 2) снижение активности симпатoadрeналовой системы (САС)
 - 3) нормализация легочной вентиляции
 - 4) инфузионная терапия
- а) верно все
 - б) верно все, кроме 4
 - в) верно все, кроме 1 и 2
 - г) верно все, кроме 1 и 3
 - д) верно все, кроме 2 и 4

627. При гиповолемии отмечается:

- 1) уменьшение объема циркулирующей крови (ОЦК)
 - 2) снижение АД
 - 3) тахикардия
 - 4) низкий ударный объем и сердечный выброс (УО и СВ)
 - 5) высокое центральное венозное давление (ЦВД)
 - б) низкое давление наполнения левого желудочка
- а) верно все
 - б) верно все, кроме 5
 - в) верно 4, 5, 6
 - г) верно 1, 4, 5
 - д) верно только 6

628. Основными задачами интенсивной терапии при острой миокардиальной недостаточности являются:

- 1) улучшение сократительной способности миокарда
 - 2) нормализация венозного возврата крови
 - 3) снижение общего периферического сопротивления
 - 4) нормализация электрической стабильности
 - 5) синергичность сокращений сердца
- а) верно все
 - б) верно все, кроме 1
 - в) верно все, кроме 3
 - г) верно все, кроме 4
 - д) верно все, кроме 5

629. При наличии полной атриовентрикулярной блокады следует

- а) до операции наладить эндокардиальную стимуляцию
- б) плановая операция не отменяется
- в) использовать β -стимуляторы, вазопрессоры, глюкокортикоиды, холинолитики
- г) правильно а) и в)

630. Основными факторами, влияющими на ЦВД, являются:

- 1) объем циркулирующей крови (ОЦК)
- 2) венозный статус

- 3) сократительная способность миокарда
- 4) гематокрит и Hb
- 5) положение тела
- 6) ИВЛ
- 7) повышение внутригрудного давления
- а) верно все
- б) верно все, кроме 4, 5
- в) верно все, кроме 6, 7
- г) верно только 6, 7

631. Явная клиническая картина возникает при кровопотере, равной

- а) 250 мл
- б) 50 мл
- в) 1000 мл
- г) 1500 мл
- д) 2000 мл

632. Для гиповолемии характерно следующее значение центрального венозного давления (ЦВД):

- 1) отрицательное ЦВД
- 2) менее 6 см H₂O
- 3) от 6 до 12 см H₂O
- 4) от 12 до 18 см H₂O
- а) верно 1 и 3
- б) верно 1 и 4
- в) верно 2 и 3
- г) верно 1 и 2

633. Для лечения гиповолемии используют

- а) вазопрессоры
- б) препараты инотропного действия
- в) плазмозаменители
- г) эритромассу

634. Показаниями к переливанию донорских эритроцитов являются

- а) кровопотеря в 500 мл
- б) гематокрит ниже 30%
- в) гематокрит ниже 35%
- г) гипокоагуляция
- д) артериальная гипотензия

635. Компенсаторными реакциями на снижение объема циркулирующей крови являются:

- 1) сужение артериол
- 2) снижение центрального венозного давления

- 3) тахикардия
- 4) повышение сократимости миокарда
- 5) венозный спазм
- а) все верно
- б) верно все, кроме 1
- в) верно все, кроме 2
- г) верно все, кроме 3
- д) верно все, кроме 4

636. Для повышения онкотического давления крови при лечении отека легких применяют:

- 1) стимуляцию диуреза салуретиками
- 2) стимуляцию диуреза осмотическими диуретиками
- 3) инфузию альбумина
- 4) инфузию коллоидными растворами
- 5) альвезин
- а) правильно 1 и 2
- б) правильно 1 и 3
- в) правильно 2 и 4
- г) правильно 4 и 5
- д) все ответы правильны

637. Для снижения проницаемости сосудистой стенки при отеке легких применяют:

- 1) наркотические анальгетики
- 2) дроперидол
- 3) антигистаминные препараты
- 4) глюкокортикоиды
- 5) диуретики
- а) правильно 1 и 2
- б) правильно 2 и 3
- в) правильно 3 и 4
- г) правильно 4 и 5
- д) все ответы правильны

638. К причинам, которые могут привести к развитию бронхоспазма, относятся

- а) нейрогенные
- б) химические
- в) механические
- г) инфекционно-аллергические
- д) все ответы правильны

639. Интенсивная терапия астматического статуса направлена:

- 1) на лечение гиперволемии
- 2) на лечение гиповолемии
- 3) на восстановление проходимости трахеобронхиального дерева
- 4) на подавление изнуряющего кашля

- 5) на интенсивную терапию гипертензии малого круга кровообращения
- а) правильно 1 и 2
 - б) правильно 2 и 3
 - в) правильно 3 и 4
 - г) правильно 4 и 5
 - д) все ответы правильны

640. Пациент поступил с тяжелым приступом бронхиальной астмы в состоянии возбуждения. Какие из назначений, сделанных интерном, являются наиболее правильными?

- 1) адреналин 1:1000 - 0.5 мл под кожу
 - 2) эуфиллин 2.4% раствор - 10 мл внутривенно
 - 3) седуксен в таблетках - 5 мг
 - 4) седуксен 0.5% раствор - 2.0, внутривенно или внутримышечно
 - 5) раствор йодистого калия в молоке через каждые 4 ч
- а) все ответы правильны
 - б) правильно 1, 2 и 3
 - в) правильно 1, 2 и 4
 - г) правильно 2, 3 и 5
 - д) правильно 3, 4 и 5

641. При лечении бронхоспазма нецелесообразно применять

- а) новодрин
- б) эуфиллин
- в) атропин
- г) тубокурарин
- д) новокаин (0.25% раствор, внутривенно)

642. Особенности асфиксического утопления являются:

- 1) асфиксию вызывает попадание в дыхательные пути воды в количестве, равном объему анатомического мертвого пространства (150 мл)
 - 2) попадание небольшого количества воды в верхние дыхательные пути вызывает рефлекторное апноэ и ларингоспазм
 - 3) возможно заглатывание воды с последующей регургитацией или рвотой с аспирацией содержимого желудка на последних этапах утопления
 - 4) возможны "ложнореспираторные" вдохи
 - 5) развивается гемолиз крови
- а) правильно 1, 2 и 3
 - б) правильно 2, 3 и 4
 - в) правильно 3, 4 и 5
 - г) правильно 4 и 5
 - д) все ответы правильны

643. Опасность кислотно-аспирационного пневмонита возрастает при попадении желудочного содержимого в дыхательные пути соответственно следующим величинам его рН

- а) рН = 7.4
- б) рН больше 5
- в) рН меньше 2.5
- г) рН = 7.5 и более

644. Если у больного деформация грудной клетки, анестезиолог должен быть готов к следующим трудностям:

- 1) повышена опасность остановки сердца после введения деполяризованных релаксантов
 - 2) повышена опасность постуральных реакций
 - 3) затруднена интубация трахеи
 - 4) чаще возникает регургитация
 - 5) нередко длительное апноэ у больных со вторичным сколиозом
- а) правильно 1, 2 и 3
 - б) правильно 1, 3 и 4
 - в) правильно 2, 3 и 5
 - г) правильно 3, 4 и 5
 - д) все ответы правильны

645. Важными положительными сторонами трахеостомии при мозговой коме у больных с черепно-мозговой травмой является все перечисленное, кроме

- а) возможности проведения длительной ИВЛ
- б) профилактики синдрома Мендельсона
- в) полноценного дренирования дыхательных путей
- г) подсушивания слизистой оболочки дыхательных путей
- д) снижения анатомического мертвого пространства

646. Противоотечная терапия при черепно-мозговой травме у детей показана потому, что она предотвращает

- а) нарастание гематомы
- б) развитие отека мозга
- в) нарастание внутричерепного давления
- г) правильно а) и б)
- д) все ответы правильны

647. Астматический статус у детей необходимо лечить метилксантинами, потому что

- а) они наиболее эффективные бронходилататоры
- б) наступила полная блокада адренорецепторов к симпатомиметикам
- в) они обладают меньшим, чем симпатомиметики, кардиотоксическим эффектом
- г) правильно а) и б)

648. При крупе III степени длительность парокислородных ингаляций должна составить

- а) 15 мин
- б) 30 мин
- в) 1 ч
- г) 2 ч

д) до появления продуктивного кашля

649. Удвоение диаметра трахеи по сравнению с новорожденным происходит в возрасте

- а) 3 года
- б) 5-7 лет
- в) 8-10 лет
- г) 11-12 лет
- д) 15 лет

650. Наиболее типичным в клинике бронхиальной астмы у детей раннего возраста является

- а) множество влажных хрипов
- б) сухие хрипы в легких
- в) затрудненный вдох
- г) затрудненный выдох

651. Процент фетального гемоглобина у новорожденных составляет

- а) 30%
- б) 50%
- в) 75%
- г) 90%

652. Максимальная суточная доза эуфиллина, вводимая детям в астматическом статусе, составляет

- а) 6 мг/кг
- б) 9 мг/кг
- в) 24 мг/кг
- г) 30 мг/кг
- д) 40 мг/кг

653. Наиболее важными показаниями для перевода ребенка на ИВЛ считаются:

- 1) повторное оперативное вмешательство ребенку 1 года
 - 2) гипертермия в течение 8 ч
 - 3) частота дыхания у новорожденного 90 в минуту
 - 4) P_{aO_2} - 70 мм рт. ст.
 - 5) P_{CO_2} - 50 мм рт. ст.
- б) диафрагмальная грыжа, диагностированная в первые сутки жизни
- а) все ответы правильны
 - б) правильно все, кроме 2 и 5
 - в) правильно все, кроме 1 и 2
 - г) правильно все, кроме 3 и 5
 - д) правильно все, кроме 4 и 5

654. Доза натрия, которую следует назначить оперированному новорожденному в 1-3-и сутки после операции, выполненной в первые два дня жизни, составляет

- а) менее 1 ммоль/кг

- б) 2 ммоль/кг
- в) 3 ммоль/кг
- г) 4 ммоль/кг
- д) 5 ммоль/кг

655. К препаратам, снижающим температуру установочной точки терморегулирующего центра, относятся

- а) дроперидол
- б) гидрокортизон
- в) аминазин
- г) фенobarбитал

656. Противопоказанием к проведению форсированного диуреза является

- а) экзотоксический шок
- б) гемолиз
- в) коматозное состояние
- г) противопоказаний нет
- д) правильно б) и в)

657. Сопоставьте атропин с соответствующими ядами, при которых он применяется как антидот

- а) инсулин
- б) амитриптилин
- в) ФОС
- г) этиленгликоль, метиловый спирт
- д) тяжелые металлы
- е) анилин

658. Продолжительность фазы резорбции при отравлении неорганическими кислотами составляет

- а) 1-3 ч
- б) 3-6 ч
- в) 6-12 ч
- г) 12-24 ч

659. Острая почечная недостаточность при отравлении уксусной эссенцией диагностируется не ранее

- а) 6-12 ч
- б) 12-24 ч
- в) 24-48 ч
- г) 48-72 ч
- д) на 4-5-е сутки

660. При остром пероральном отравлении соединениями тяжелых металлов и мышьяком необходимо:

- 1) промыть желудок через зонд
 - 2) ввести унитиол внутривенно
 - 3) ввести тиосульфат натрия внутривенно
 - 4) с целью детоксикации проводить форсированный диурез
 - 5) провести гемодиализ
 - 6) провести гемосорбцию
 - 7) провести перитонеальный диализ
 - 8) провести противошоковую терапию
 - 9) провести "защитную" печеночную терапию
- а) верно все
 - б) верно все, кроме 6
 - в) верно все, кроме 7
 - г) верно все, кроме 7, 9
 - д) верно все, кроме 4, и 7

661. При алкогольной интоксикации необходимо:

- 1) восстановление адекватного дыхания
 - 2) промывание желудка через зонд
 - 3) внутривенное введение гидрокарбоната натрия
 - 4) внутривенное введение 10-15% раствора глюкозы
 - 5) подкожно кордиамин, кофеин
 - 6) форсированный диурез
 - 7) детоксикационная гемосорбция
 - 8) внутривенное введение бемегида
- а) верно все
 - б) верно все, кроме 7
 - в) верно все, кроме 2, 3
 - г) верно все, кроме 7, 8
 - д) верно все, кроме 8

662. При каком уровне карбосигемоглобина в крови у больного развивается коматозное состояние?

- а) при поступлении в стационар Hb CO 50% и выше
- б) при поступлении в стационар Hb CO 30%
- в) на месте происшествия Hb CO 50% и выше
- г) на месте происшествия Hb CO 30%

663. Типичными клиническими проявлениями отравления барбитуратами являются:

- 1) отсутствие сознания (кома)
- 2) двигательное возбуждение, галлюцинации
- 3) миоз
- 4) мидриаз
- 5) угнетение дыхания
- 6) трофические расстройства кожи
- 7) на ЭКГ - замедление внутрижелудочковой проводимости по типу блокады

- а) верно все, кроме 2, 4
- б) верно все, кроме 3, 6
- в) верно все, кроме 2, 4, 7
- г) верно все, кроме 4, 5

664. При отравлении белладонной и ее производными необходимо:

- 1) внутривенно или внутримышечно седуксен, тизерцин
 - 2) подкожно димедрол
 - 3) внутривенно или внутримышечно эзерин
 - 4) промыть желудок через зонд, ввести активированный уголь
 - 5) форсированный диурез
- б) гемодиализ
- а) верно все
 - б) верно все, кроме 3
 - в) верно все, кроме 2
 - г) верно все, кроме 2, 6

665. При укусе змеи необходимо:

- 1) наложить жгут (если возможно)
 - 2) выдавить или отсосать яд из раны
 - 3) произвести разрез кожи в месте укуса для удаления яда
 - 4) внутривенно ввести антигистаминные
 - 5) произвести футлярную новокаиновую блокаду с адрепалином
 - б) внутривенно или внутримышечно поливалентная или специфическая противозмеиная сыворотка в первые 6 ч
 - 7) внутривенно или внутримышечно поливалентная или специфическая противозмеиная сыворотка в первые 10 ч
 - 8) подкожно сердечные
- а) верно все, кроме 7
 - б) верно все, кроме 3, 7
 - в) верно все, кроме 1, 3, 6
 - г) верно все, кроме 3, 6

666. Основными звеньями патогенеза сепсиса являются:

- 1) гиповолемия
 - 2) снижение сердечного выброса
 - 3) коагулопатии
 - 4) полиорганная недостаточность
 - 5) иммунодефицит
- а) верно все, кроме 1
 - б) верно все, кроме 2
 - в) верно все, кроме 3
 - г) верно все, кроме 4
 - д) верно все, кроме 5

667. Инфекционно-токсический шок может развиваться:

- 1) при перитоните
 - 2) при пневмонии
 - 3) при эндометрите
 - 4) при менингите
 - 5) при инфекционном эндокардите
- а) верно все
 - б) верно все, кроме 1, 2
 - в) верно все, кроме 3 и 4
 - г) верно все, кроме 5
 - д) верно все, кроме 2 и 5

668. Интенсивная терапия при инфекционно-токсическом шоке включает:

- 1) плазмаферез
 - 2) искусственную вентиляцию легких
 - 3) дренирование лимфатического протока, лимфодренаж и лимфосорбцию
 - 4) искусственное кровообращение
 - 5) энтеральное питание
- а) верно все, кроме 1
 - б) верно все, кроме 2, 3
 - в) верно все, кроме 4
 - г) верно все, кроме 5
 - д) верно все

669. Показания к гемодиализу и ультрафильтрации при инфекционно-токсическом шоке возникают:

- 1) при печеночной недостаточности
 - 2) при интерстициальном отеке легких
 - 3) при гипербилирубинемии
 - 4) при олигурии
 - 5) при сладж-синдроме
- а) верно 1 и 2
 - б) верно 2 и 3
 - в) верно 1 и 5
 - г) верно 2 и 4
 - д) верно 4 и 5

670. Факторами клеточного иммунитета считаются:

- 1) фагоцитоз
 - 2) иммуноглобулины
 - 3) Т-лимфоциты
 - 4) лизоцим
 - 5) лимфоциты
 - 6) опсонизация
- а) верно 1 и 2

- б) верно 3 и 4
- в) верно 3 и 5
- г) верно 2 и 6
- д) верно 4 и 6

671. Бактерицидным свойством обладают:

- 1) тетрациклины
 - 2) олеандомицин
 - 3) олететрин
 - 4) цефалоспорины
 - 5) аминогликозиды
- а) все ответы верны
 - б) верно 1 и 2
 - в) верно 2 и 3
 - г) верно 3 и 4
 - д) верно 4 и 5

672. При интенсивной терапии наиболее эффективными антибиотиками являются:

- 1) пенициллин
 - 2) левомецетин
 - 3) гентамицин
 - 4) стрептомицин
 - 5) цефамизин
- а) верно все
 - б) верно все, кроме 1 и 2
 - в) верно все, кроме 2 и 3
 - г) верно все, кроме 1, 2 и 3
 - д) верно все, кроме 3 и 4

673. К группе аминогликозидов относятся:

- 1) азлоциллин
 - 2) ампиокс
 - 3) нетилмицин
 - 4) гентамицин
 - 5) тобрамицин
- а) верно 1 и 2
 - б) верно 2 и 3
 - в) верно 3, 4 и 5
 - г) верно 1 и 5

674. При анаэробной неклостридиальной инфекции следует назначать:

- 1) ампиокс
- 2) метранидазол
- 3) гентамицин
- 4) бисептол

- 5) клиндамицин
- а) верно 1 и 2
- б) верно 2 и 3
- в) верно 3 и 4
- г) верно 2 и 5
- д) верно все

675. Ошибками при антибиотикотерапии являются:

- 1) нарушение принципа сочетаемости антибиотиков
 - 2) поддержание низкого уровня концентрации антибиотика в крови и очаге повреждения
 - 3) продолжительное назначение данного антибиотика
 - 4) назначение антибиотика без учета принадлежности флоры и ее чувствительности
 - 5) профилактическое назначение антибиотиков
- а) все ответы верны
 - б) верно все, кроме 1
 - в) верно все, кроме 2
 - г) верно все, кроме 3
 - д) верно все, кроме 4

676. Для коррекции хронической постгеморрагической анемии следует использовать

- а) реоглюман
- б) свежезамороженную плазму
- в) эритроцитарную массу
- г) криопреципитат
- д) полифер

677. Выраженное увеличение печени отмечается

- а) при хроническом миелолейкозе
- б) при лимфолейкозе
- в) при апластической анемии
- г) при болезни Верльгофа

678. Агрегацию тромбоцитов снижают:

- 1) галотан
 - 2) эфир
 - 3) пентран
 - 4) ГОМК
- а) верны все ответы
 - б) верны все ответы, кроме 1
 - в) верны все ответы, кроме 2
 - г) верны все ответы, кроме 3
 - д) верны все ответы, кроме 4

679. Основные принципы интенсивного лечения гемолитической анемии:

- 1) экстракорпоральный диализ

- 2) переливание одногруппной крови
 - 3) кортикостероиды (300-1000 мг гидрокортизона)
 - 4) низкомолекулярные декстраны
 - 5) маннитол, гепарин (немедленно!)
- а) верны все ответы
 - б) верны все ответы, кроме 1
 - в) верны все ответы, кроме 2
 - г) верны все ответы, кроме 3
 - д) верны все ответы, кроме 4 и 5

680. Период полураспада введенного больному криопреципитата равен

- а) 2 ч
- б) 4 ч
- в) 8-24 ч
- г) 36 ч
- д) 48 ч

681. Гемофилия В связана с дефицитом

- а) фактора V
- б) фактора VI
- в) фактора VII
- г) фактора VIII
- д) фактора IX

682. Гемофилия А связана с дефицитом

- а) фактора V
- б) фактора VI
- в) фактора VII
- г) фактора VIII
- д) фактора IX

683. Применение отмытых эритроцитов вместо цельной крови:

- 1) приводит к уменьшению вводимого антигена
- 2) повышает содержание эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов
- 3) повышает безопасность трансфузии вследствие удаления вредных факторов ИЗО

агглютинации

4) выгодно вследствие удлинения на 50% срока хранения по сравнению с цельной кровью

- 5) увеличивает агрегацию лейкоцитов
- а) все ответы правильны
 - б) правильно 1 и 2
 - в) правильно 1 и 3
 - г) правильно 2 и 4
 - д) правильно 4 и 5

684. При острой кровопотере в пределах нескольких минут:

- 1) наступает гемоконцентрация с повышением гематокрита
 - 2) гематокрит не изменяется
 - 3) наступает гемодилуция с падением гематокрита
 - 4) для поддержания объема плазмы происходит перемещение жидкости из интерстициального русла
 - 5) наступает экстравазация жидкости
- а) все ответы правильны
 - б) правильно 1 и 2
 - в) правильно 2 и 3
 - г) правильно 3 и 4
 - д) правильно 4 и 5

685. На ранних этапах лечения внутрисосудистого тромбообразования следует вводить

- а) свежезамороженную плазму
- б) фактор IV (компонент плазменной тромбопластина)
- в) гепарин
- г) кровезаменители
- д) замороженные тромбоциты

686. Преимущества регионарной анестезии при операциях на периферических сосудах:

- 1) периферическая вазодилатация
- 2) послеоперационная аналгезия
- 3) уменьшение интраоперационной кровопотери
- 4) все ответы верные

687. Ветви наружной сонной артерии включают в себя:

- 1) поверхностную височную артерию
- 2) верхнечелюстную артерию
- 3) восходящую глоточную артерию
- 4) все ответы правильны

688. 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

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

689. ИЗВЕСТНЫЕ ПРИЧИНЫ ГИПОТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) увеличение венозной емкости
- 2) увеличение венозного возврата
- 3) прямое угнетение миокарда
- 4) верно все

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

690.ЛИНИЯ, ПРОВЕДЕННАЯ МЕЖДУ ВЕРХНИМИ КРАЯМИ ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ, СООТВЕТСТВУЕТ:

- 1) 2-му поясничному позвонку
- 2) 4-му поясничному позвонку
- 3) 5-му поясничному позвонку
- 4) межпозвоночной щели L3-4

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

691.ВЕРОЯТНЫЕ ПРИЧИНЫ ГИПОКСЕМИИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ГИПЕРКАРБИИ У БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТЕОСИНТЕЗ СТВОЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) жировую эмболию, легочную тромбоэмболию
- 2) обструктивное заболевание легких
- 3) болевой синдром
- 4) внутрисердечный шунт справа налево

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

692.ИННЕРВАЦИЯ КАРОТИДНОГО СИНУСА ВКЛЮЧАЕТ НЕРВЫ

- 1) блуждающий нерв
- 2) языкоглоточный
- 3) шейная петля (подъязычный)
- 4) добавочный

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

693.ЛУЧЕВАЯ АРТЕРИЯ

- 1) является главной артерией формирующей глубокую ладонную дугу
- 2) лежит медиальнее лучевого нерва на запястье
- 3) снабжает 1 и 2 пальцы
- 4) является концевой артерией

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

694.ОСТРАЯ КРОВОПОТЕРЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА УЖЕ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ

- 1) до 10%
- 2) 15-20%
- 3) 25-30%
- 4) более 30%

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

695.УЛУЧШЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ВНУТРИ-АОРТАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) уменьшение работы миокарда
- 2) увеличение коронарной перфузии
- 3) улучшение системной перфузии
- 4) все перечисленные эффекты

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

696.К АНТИКОАГУЛЯНТАМ ПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ:

- 1) гепарин
- 2) фраксипарин
- 3) клексан
- 4) варфарин

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

697.К ВАЗОДИЛЯТАТОРАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ

- 1) нитраты
- 2) нанипрусс
- 3) ингибиторы АПФ
- 4) сердечные гликозиды

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

698.АРТЕРИИ ЭТО:

- 1) сосуды-емкости
- 2) сосуды-буферы
- 3) сосуды распределения (сопротивления)
- 4) сосуды обмена

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

699.ВЕНЫ ЭТО:

- 1) сосуды-емкости
- 2) сосуды-буферы
- 3) сосуды распределения (сопротивления)
- 4) сосуды обмена

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

700.АРТЕРИОЛЫ И ВЕНУЛЫ ЭТО:

- 1) сосуды-емкости
- 2) сосуды-буферы
- 3) сосуды распределения (сопротивления)
- 4) сосуды обмена

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

701.ДЛЯ КАКОГО ШОКА ХАРАКТЕРНЫ НИЗКИЙ СЕРДЕЧНЫЙ ВЫБРОС, ВЫСОКОЕ ОБЩЕЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ СОСУДИСТОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ И ВЫСОКОЕ ДАВЛЕНИЕ ЗАКЛИНИВАНИЯ ЛЕГОЧНЫХ КАПИЛЛЯРОВ

- 1) кардиогенный шок
- 2) анафилактический шок
- 3) геморрагический шок
- 4) септический шок

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

702.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСНОВНЫМИ ЗВЕНЬЯМИ ПАТОГЕНЕЗА ИНФАРКТА МИОКАРДА СТАНОВЯТСЯ:

- 1) длительная коронародилатация
- 2) застой в легочных венах
- 3) тромбоз венечных сосудов
- 4) ничего из вышеперечисленного

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

703.НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА:

- 1) верхушка сердца и передняя стенка
- 2) основание сердца
- 3) правый желудочек
- 4) любой отдел сердца

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

704.ОСЛОЖНЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА,ТРЕБУЮЩЕЕ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ:

- 1) кардиогенный шок
- 2) коллапс
- 3) синусовая тахикардия
- 4) фибрилляция желудочков

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

705.КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ КАРДИОГЕННОГО ШОКА:

- 1) лихорадка, лимфаденопатия
- 2) лихорадка, кашель со «ржавой» мокротой
- 3) резкое снижение АД, частый нитевидный пульс
- 4) резкое повышение АД, напряженный пульс

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

706.НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА:

- 1) валидол, лазикс

- 2) корвалол, пентамин
- 3) морфин, гепарин
- 4) папаверин, атропин

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

707.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО КАРДИОГЕННЫЙ ШОК РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:

- 1) инфаркте миокарда
- 2) артериальной гипотензии
- 3) перикардите
- 4) миокардиопатии

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

708.ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ СОЧЕТАНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА:

- 1) обезболивание, оксигенотерапия, тромболитическая терапия
- 2) обезболивание, нитраты, бета-адреноблокаторы
- 3) обезболивание, прессорные препараты, коррекция ОЦК
- 4) ничего из вышеперечисленного

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

709.ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ СЧИТАЕТСЯ:

- 1) ритм правильный, зубец Р отрицательный в стандартных отведениях
- 2) волны Fc частотой менее 340 в мин, широкие, одинаковые по амплитуде и продолжительности, одинаковые интервалы R-R
- 3) полиморфные волны F различной амплитуды и ширины, с частотой от 350 до 700 в минуту, неодинаковые интервалыR-R
- 4) наличие зубцаQSв грудных отведениях

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

710.В КЛАССИФИКАЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ АРИТМИЙ:

- 1) пароксизмальную, персистирующую, постоянную
- 2) частую, редкую, постоянную
- 3) приступообразную, хроническую
- 4) стабильную, рецидивирующую

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

711.ТИПИЧНАЯ ФОРМА ИНФАРКТА МИОКАРДА:

- 1) абдоминальная
- 2) ангинозная
- 3) астматическая
- 4) безболевая

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

712.ПРЕПАРАТ ПОВЫШАЮЩИЙ СОКРАТИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ МИОКАРДА:

- 1) допамин
- 2) эфедрин
- 3) фентанил
- 4) атропин

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

713.ПРИ ВНЕЗАПНОМ ВОЗНИКНОВЕНИИ ВЫРАЖЕННЫХ БРАДИАРИТМИЙ РАЦИОНАЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВСЕ,КРОМЕ:

- 1) внутривенное введение атропина
- 2) инфузию изопроterenола (изадрина), алуpента, астмопента
- 3) внутривенное введение преднизолона и фуросемида
- 4) временную электрокардиостимуляцию

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

714.ПРИ ИСТИННОМ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ ЛЕТАЛЬНОСТЬ У БОЛЬНЫХ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 20-30%
- 2) 40-50%
- 3) 60-70%
- 4) 80-100%

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

715.СРЕДСТВОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) кордарон
- 2) лидокаин
- 3) новакоинамид
- 4) верапамил

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

716.ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ВЫРАЖЕННОМ СОСУДИСТОМ КОЛЛАПСЕ

- 1) остается неизменным
- 2) уменьшается, а затем увеличивается
- 3) переменнo
- 4) увеличивается

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

717.ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) зубец Р
- 2) зубец Q
- 3) зубец Т
- 4) зубец R

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

718.ПРИ ИМФАРКТЕ МИОКАРДА МАКСИМАЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ КРЕАТИНИНАЗЫ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1) 2-4 ч
- 2) 6-8 ч
- 3) 24-36 ч
- 4) 36-48 ч

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

719.ПОЛНАЯ БЛОКАДА СЕРДЦА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ВВЕДЕНИИ АТОРОПИНА В ДОЗЕ

- 1) 0.5 мг
- 2) 1.0мг
- 3) 1.5 мг
- 4) 2.0 мг

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

720. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ АДРЕНАЛИНА ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ

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

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

721.К ВАЗОДИЛЯТАТОРАМ. ДЕЙСТВУЮЩИМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА АРТЕРИОЛЫ И СНИЖАЮЩИМ ПРЕДНАГРУЗКУ ОТНОСЯТСЯ

- 1) ганглиоблокаторы
- 2) нитропруссид
- 3) морфин
- 4) салуретики

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

722.К СМЕШАННЫМ ВАЗОДИЛЯТАТОРАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) нитраты

- 2) ганглиоблокаторы
- 3) нитропруссид
- 4) гипотензивные

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

723.ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ПАРАКСИЗМАЛЬНОЙ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) дигоксин
- 2) лидокаин
- 3) изоптин
- 4) поляризирующая смесь

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

724.НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ИНОТРОПНЫЙ ЭФФЕКТ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ВВЕДЕНИИ

- 1) норадреналина
- 2) допамина
- 3) дигоксина
- 4) изадрина

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

725.ПОЛНАЯ ДОЗА ДИГОКСИНА ДЛЯ «БЫСТРОЙ ДИГИТАЛИЗАЦИИ» ОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 мг в течение 8 ч
- 2) 2 мг в течение 4 ч
- 3) 1.5 мг в течение 6 ч
- 4) 1.5 мг в течение 4 ч

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

726.ДОПАМИН УВЕЛИЧИВАЕТ СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА БЕЗ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ВАЗОКОНСТРИКЦИИ В ДОЗЕ

- 1) до 10 мг/кг/мин
- 2) до 20 мг/кг/мин
- 3) до 30 мг/кг/мин
- 4) до 40 мг/кг/мин

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

727.ЭНЕРГИЯ РАЗРЯДА ПРИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЯЦИИ У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 Дж/кг
- 2) 2 Дж/кг
- 3) 3 Дж/кг

4) 4 Дж/кг

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

728. РЕЦИДИВИРУЮЩУЮ ФИБРИЛЯЦИЮ ЖЕЛУДОЧКОВ У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА КУПИРУЮТ С ПОМОЩЬЮ

- 1) кардарона
- 2) лидокаина
- 3) орнида
- 4) электрокардиостимуляции

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

729. АДЕКВАТНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

- 1) введением кетамина
- 2) дачей нитроглицерина
- 3) введением анальгина
- 4) эпидуральным блоком

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

730. ПОЛНЫЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫЙ БЛОК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ:

- 1) отсутствием проведения импульсов из предсердий в желудочки
- 2) медленным идиовентрикулярным ритмом
- 3) удлинением интервала PR более 0.2 с
- 4) волной P, не связанной с комплексами QRS

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

731. ПРИ ФИБРИЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ НЕОБХОДИМО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- 1) непрямой массаж сердца
- 2) искусственное дыхание
- 3) электрокардиостимуляция
- 4) дефибрилляция

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

732. ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ТРЕПЕТАНИЯ И ФИБРИЛЯЦИИ ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- 1) лидокаин
- 2) дигоксин
- 3) периодическое электроимпульсное лечение
- 4) подавляющий электрокардиостимулятор

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

733. ПРИ ФОРМИРУЮЩЕЙСЯ ОСТРОЙ АНЕВРИЗМЕ СЕРДЦА РАЗВИВАЕТСЯ ФИБРИНОЗНЫЙ ПЕРЕКАРДИТ, ПРИ КОТОРМ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ

- 1) шум трения желудочков
- 2) акцент I тона
- 3) систолический шум
- 4) акцент II тона

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

734.ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА НАБЛЮДАЮТСЯ

- 1) при тромбоэмболии легочной артерии
- 2) при массивном ателектазе
- 3) при гидротораксе
- 4) верно все

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

735.ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО КАРДИОГЕННОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- 1) морфин
- 2) сердечные гликозиды
- 3) лазикс
- 4) нитроглицерин

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

736.ПОКАЗАНИЯМ К ИНТУБАЦИИ И ПЕРЕВОДУ НА ИВЛ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ КАРДИОГЕННЫМ ОТЕКОМ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- 1) гипоксическая кома,
- 2) нарастание дыхательных расстройств,
- 3) присоединение артериальной гипотензии и брадиаритмии,
- 4) тахикардия и гипертензия

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

737.ЭКГ-ПРИЗНАКАМИ СУБЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) повышение сегмента S-T выше изоэлектрической линии больше, чем на 1 мм
- 2) снижение сегмента S-T ниже изоэлектрической линии больше, чем на 1 мм
- 3) отсутствие зубца T
- 4) повышение амплитуды зубца T

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

738.ПОКАЗАНИЯММИР К ЛЕЧЕНИЮ ЛИДОКАИНОМ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРОСИСТОЛИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) единичные экстрасистолы
- 2) экстрасистолы более 6 в минуту
- 3) групповые экстрасистолы
- 4) ранние ("Р на Т")

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

739. НАЗНАЧЕНИЕ ВАЗОДИЛЯТАТОРОВ, ДЕЙСТВУЮЩИХ НА ВЕНОЗНУЮ СИСТЕМУ (НИТРОГЛИЦЕРИНА И ЕГО АНАЛОГОВ) У ПАЦИЕНТОВ С ГИПОВОЛЕМИЕЙ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

- 1) к стабилизации АД
- 2) к повышению АД
- 3) к уменьшению коронарного кровоснабжения
- 4) к увеличению коронарного кровотока

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

740. ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВЕДЕТ К СЛЕДУЮЩИМ ИЗМЕНЕНИЯМ СО СТОРОНЫ ЛЕГКИХ, КРОМЕ:

- 1) застойные явления в легких
- 2) циркуляторная гипоксия
- 3) метаболический ацидоз
- 4) дыхательный алкалоз

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

741. АРИТМИЯМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМ РАССТРОЙСТВО ГЕМОДИНАМИКИ, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) желудочковая экстрасистолия
- 2) атриовентрикулярная блокада II ст.
- 3) узловая тахикардия
- 4) синоаурикулярная блокада

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

742. К АРИТМИЯМ НЕ ВЫЗЫВАЮЩИМ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) синусовая аритмия
- 2) предсердные экстрасистолы
- 3) атриовентрикулярная блокада I ст.
- 4) желудочковая тахикардия

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

743.К АРИТМИЯМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) фибрилляция желудочков
- 2) полная атриовентрикулярная блокада
- 3) асистолия
- 4) высокочастотное трепетание и мерцание предсердий

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

744.ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕПОНИРОВАНИЕ КРОВИ ПРИ ШОКЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В:

- 1) костном мозге
- 2) сосудах органов брюшной полости
- 3) сосудах нижних конечностей
- 4) легких

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

745.ШОК – ЭТО:

- 1) кратковременная потеря сознания, связанная с недостаточным кровоснабжением головного мозга
- 2) внезапно наступившая сосудистая недостаточность с резким падение АД
- 3) нарушение всех функций организма, особенно ЦНС и системы кровообращения
- 4) внезапное повышение АД

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

746.К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) кровопотеря
- 2) ожог
- 3) инфаркт миокарда
- 4) ничего из вышеперечисленного

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

747.ШОКОВЫЙ ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА – ЭТО СООТНОШЕНИЕ:

- 1) ЧСС к САД
- 2) ЧСС к ДАД
- 3) пульс к САД
- 4) пульс к ДАД

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

748.ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕН ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИЙ ШОК:

- 1) острой травмой
- 2) стрессовым состоянием

- 3) острым дефицитом циркулирующей крови
- 4) гиперчувствительностью немедленного типа

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

749. К ПРОЯВЛЕНИЯМ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА ОТНОСИТСЯ:

- 1) геморрагическая сыпь
- 2) аллергическая сыпь
- 3) сухая на ощупь кожа
- 4) мраморность кожных покровов

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

750. ЧТО ОТНОСИТСЯ К КЛИНИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ:

- 1) повышение температуры тела
- 2) снижение систолического АД
- 3) повышение систолического АД
- 4) ничего из вышеперечисленного

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

751. НАИБОЛЕЕ ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ СИМПТОМ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА:

- 1) брадикардия
- 2) снижение ЦВД
- 3) повышение АД
- 4) ничего из вышеперечисленного

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

752. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) прием аспирина
- 2) тепловой удар
- 3) укус пчелы
- 4) употребление в пищу арахиса

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

753. К ПРОТИВОШОКОВЫМ ПРЕПАРАТАМ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) адреналин
- 2) допамин
- 3) стрептокиназа
- 4) Преднизолон

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

754.ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ:

- 1) парапроктит
- 2) делирий
- 3) миокардит
- 4) остеомиелит

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

1070.ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ВЫРАЖЕННОМ СОСУДИСТОМ КОЛЛАПСЕ

- 1) увеличивается
- 2) остается неизменным
- 3) уменьшается, а затем увеличивается
- 4) уменьшается

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

755.ЯВНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВОЗНИКАЕТ ПРИ КРОВОПОТЕРЕ, РАВНОЙ

- 1) 250 мл
- 2) 1000 мл
- 3) 1500 мл
- 4) 2000 мл

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

756.ИСТИННЫЙ ОБЪЕМ ИНТРООПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ВЕСУ МАРЛЕВЫХ САЛФЕТОК СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 47%
- 2) 57%
- 3) 67%
- 4) 77%

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

757.ВЛИВАНИЕ 1 ЛИТРА ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РАСТВОРА УВЕЛИЧИВАЕТ ОБЪЕМ ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ

- 1) на 1000 мл
- 2) на 250 мл
- 3) на 500 мл
- 4) на 750 мл

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

758. ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПАЦИЕНТА ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) дефицит гемоглобина
- 2) гиповолемия
- 3) гипопротеинемия
- 4) коагулопатия

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

759. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОВОЛЕМИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) свежезамороженную плазму
- 2) препараты инотропного действия
- 3) плазмозаменители
- 4) растворы электролитов

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

760. ЦЕЛЬ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) восстановление ОЦК
- 2) восстановление кислородной емкости легких
- 3) сохранение онкотического давления
- 4) сохранение нормальной концентрации натрия

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

761. ТЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ НАЧИНАЮТ ВСЕГДА С ПЕРЕЛИВАНИЯ

- 1) консервированной донорской крови
- 2) кристаллоидных растворов
- 3) альбумина
- 4) плазмы

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

762. КОМПЕНСАТОРНЫЕ РЕАКЦИИ НА СНИЖЕНИЕ ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ, КРОМЕ:

сужение артериол

- 1) снижение центрального венозного давления
- 2) тахикардия
- 3) повышение сократимости миокарда
- 4) венозный спазм

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

763. ЛЕЧЕНИЕ КРОВОПОТЕРИ ДО 1 Л (20% ОЦК) ПРОВОДИТСЯ

- 1) донорской кровью и эритро массой

- 2) раствором альбумина
- 3) кристаллоидами и коллоидами
- 4) прямой трансфузией

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

764. ПОКАЗАНИЯ К ГЕМОТРАНСФУЗИИ

- 1) кровопотеря 500 мл
- 2) гемоглобин ниже 80-90 г/л, гематокрит ниже 25%
- 3) отсутствие донорской плазмы
- 4) гемоглобин ниже 110 г/л, гематокрит ниже 35%

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

765. ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ КОЛЛОИДНЫХ ПЛАЗМОЗАМЕНИТЕЛЕЙ ЗАВИСИТ

- 1) от почечного порога
- 2) от молекулярной массы
- 3) от наличия ионов натрия
- 4) от энергетического потенциала

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

766. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ГИПЕРДИНАМИЧЕСКОГО ТИПА КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СЕПСИСОМ, ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ, ГИПОВОЛЕМИЕЙ, МОЖНО ОБЪЯСНИТ ВСЕМ, КРОМЕ

- 1) шунтированием кровотока
- 2) централизацией кровообращения
- 3) нарушением микроциркуляции
- 4) увеличением ударного объема

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

767. ИСХОД КАРДИОГЕННОГО ШОКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) тяжестью микроциркуляторных нарушений
- 2) тяжестью реологических нарушений
- 3) изменением гемостаза
- 4) все верно

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

768. СЕРДЕЧНЫЙ ВЫБРОС ЗАВИСИТ ОТ:

- 1) от частоты сердечных сокращений
- 2) от ударного объема сердца
- 3) верно все
- 4) от венозного возврата крови

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

769.ПРИ ОЖОГОВОМ ШОКЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) гемоконцентрации;
- 2) олиго- или анурии;
- 3) повышения относительной плотности мочи;
- 4) увеличения ОЦК.

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

770.ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) антигистаминные препараты, инфузионная терапия, адреналин, глюкокортикоиды, препараты кальция
- 2) адреналин, инфузионная терапия, антигистаминные препараты, глюкокортикоиды
- 3) адреналин, инфузионная терапия, глюкокортикоиды, препараты кальция.
- антигистаминные препараты
- 4) адреналин, инфузионная терапия, глюкокортикоиды, антигистаминные препараты

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

771.К ПРИЗНАКАМ ШОКА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) бледность кожных покровов;
- 2) адинамия, заторможенность;
- 3) снижение артериального давления;
- 4) гиперемия лица.

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

772.ДЛЯ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО

- 1) малый частый пульс;
- 2) снижение диуреза;
- 3) бледность и похолодание кожных покровов
- 4) Верно все.

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

773.ДЛЯ ПРЕРЕНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА РАННЕЙ СТАДИИ НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) Удельный вес мочи выше 1020
- 2) Концентрация натрия в моче меньше 15 мэкв/л
- 3) Повышение креатинина в плазме
- 4) рН мочи менее 4,0

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

774.НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЕ НАХОДКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- 1) Повышение гематокрита
- 2) Снижение калия сыворотки
- 3) Повышение аммиака в крови
- 4) Метаболический ацидоз

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

775.НАДЛЕЖАЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ КРОВОТЕЧЕНИИ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ

- 1) резекции простаты по поводу карциномы включает:
- 2) Фибриноген
- 3) Концентрат тромбоцитов
- 4) Цельную кровь

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

776.ГЕПАРИН

- 1) Весьма вероятные причины диффузных абдоминальных болей, сопровождающихся шоком во время трансуретральной резекции простаты под спинальной анестезией включают:
- 2) Внутрисосудистый гемолиз
- 3) Экстравазацию ирригационной жидкости
- 4) Диссеминированное внутрисосудистое свертывание

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

777. Следующее верно о хроническом пиелонефрите:

- 1) Пирексия часто
- 2) Учащенные мочеиспускания и дизурия самые частые симптомы
- 3) Имеется массивная протеинурия
- 4) Пирексия редка

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

778.ГЕМАТУРИЯ НЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:

- 1) Цистите
- 2) Гипернефроме
- 3) Опущении почки
- 4) Туберкулезе

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

779.ПРИ ПОЧЕЧНОЙ ИШЕМИИ:

- 1) Объем мочи повышается
- 2) Натрий мочи повышается
- 3) Креатинин мочи повышается
- 4) Добутамин улучшает выработку мочи опосредованно через гемодинамику

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

780.ДЛЯ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

- 1) Олигурия
- 2) Гипертензия
- 3) Периорбитальный отек
- 4) Раннее начало отеков

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

781. ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ ОЛИГУРИЯ БЫВАЕТ ИЗ-ЗА:

- 1) Освобождения АДГ
- 2) Стимуляции освобождения альдостерона
- 3) Гистаминового эффекта
- 4) Специфического эффекта анестезии на почечные каналы

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

782. ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРТРОФИИ ПРОСТАТЫ ИМЕЕТСЯ

- 1) затруднение с началом мочеиспускания
- 2) Повышение частоты мочеиспускания - поздний симптом
- 3) Хроническая задержка не нуждается в быстрой декомпрессии
- 4) Требуется срочная декомпрессия

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

783. МЕТОДЫ АНЕСТЕЗИИ, ПОДХОДЯЩИЕ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОПН, ВКЛЮЧАЮТ

- 1) Региональную анестезию (блокады)
- 2) Инфузию дипривана (пропофола)
- 3) спинальную анестезию
- 4) Все ответы верны

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

784. КАКОЙ ПРИЗНАК ДАЕТ ОСНОВАНИЕ ЗАПОДОЗРИТЬ РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ТУБУЛЯРНОГО НЕКРОЗА

- 1) Натрий в моче 10 ммоль/л
- 2) Удельный вес мочи 1024
- 3) Высокий лейкоцитоз
- 4) Калий в плазме 6,4 ммоль/л

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

785. 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

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

786.АУТОРЕГУЛЯЦИЯ ПОЧЕЧНОГО КРОВотоКА ПРЕКРАЩАЕТСЯ ПРИ СНИЖЕНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО 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.

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

787.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

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

788.УПРОЩЕННЫЙ СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ СВОДИТСЯ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ КОНЦЕНТРАЦИИ:

- 1) Креатинина в плазме
- 2) Мочевины
- 3) Остаточного азота в крови
- 4) Белка в моче

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

789.ОСМОТИЧЕСКИЕ ДИУРЕТИКИ (МАННИТОЛ, СОРБИТОЛ) ДЕЙСТВУЮТ НА УРОВНЕ:

- 1) Мозговой части восходящего колена почечной петли
- 2) Проксимального канальца и почечной петли
- 3) Дистального канальца
- 4) Чашки Шумлянського

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

790.САЛУРЕТИКИ (ФУРОСЕМИД, ЭТАКРИНОВАЯ КИСЛОТА, НОВУРИТ) ДЕЙСТВУЮТ НА УРОВНЕ:

- 1) Мозговой части восходящего колена почечной петли
- 2) Корковой части восходящего колена почечной петли
- 3) Проксимальной части канальцев
- 4) Дистальной части канальцев

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

791.ПРЕПАРАТЫ КАЛИЙСБЕРЕГАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ (ВЕРОШПИРОН, СПИРОНОЛАКГОН, ТРИАМТЕРЕН) ДЕЙСТВУЮТ НА УРОВНЕ:

- 1) Дистальной части канальцев
- 2) Проксимальной части канальцев и почечной петли
- 3) Петли Генле
- 4) Корковой части восходящего колена почечной петли

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

792.СИСТЕМНАЯ ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ГЛЮКОЗЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ВЕДЕТ К РАЗВИТИЮ

- 1) уремического псевдодиабета за счет:
- 2) Дефицита инсулина
- 3) Снижения утилизации глюкозы на фоне достаточного высокого содержания инсулина
- 4) Снижения чувствительности клеток к экзогенному и эндогенному инсулину

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

793.ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ ТРАНСАМИНАЗ СЛЕДУЕТ РАССМАТРИВАТЬ КАК ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК, ЕСЛИ УРОВЕНЬ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) Менее 50 МЕ
- 2) Менее 100 МЕ
- 3) Более 100 МЕ
- 4) Менее 70 МЕ

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

794. ОТ ГЕМОТРАНСФУЗИЙ У БОЛЬНЫХ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СЛЕДУЕТ ВОЗДЕРЖАТЬСЯ, ЕСЛИ СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА:

- 1) Не ниже 80 г/л
- 2) Не ниже 160 г/л
- 3) Не ниже 150 г/л
- 4) Не ниже 140 г/л

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

795.ТАКТИКА ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ ДО ВКЛЮЧЕНИЯ ПОЧКИ В КРОВОТОК

- 1) заключается в строгом ограничении объема инфузионных сред
- 2) варьирует в широких пределах
- 3) варьирует в зависимости функции трансплантата
- 4) инфузия до появления диуреза

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

796. ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТРАНСПОРТА КИСЛОРОДА К ТКАНЯМ КОНЦЕНТРАЦИЯ ГЕМОГЛОБИНА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ НИЖЕ:

- 1) 140 г/л
- 2) 80 г/л
- 3) 100 г/л
- 4) 120 г/л

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

797. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕДОСТАТОЧНОСТИ СЕРДЦА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ ЧАЩЕ ВСЕГО НОСИТ ХАРАКТЕР:

- 1) Гипокинетической формы
- 2) Гиповолемической формы
- 3) Гиперкинетической формы
- 4) Гиперволемической формы

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

798. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ СЧИТАЕТСЯ:

- 1) Кордарон
- 2) Коринфар
- 3) Дигитоксин
- 4) тиопентал

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

799. ЭНДОГЕННАЯ ВОДА, ОБРАЗУЮЩАЯСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОКИСЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ОРГАНИЗМЕ, СОСТАВЛЯЕТ В НОРМЕ:

- 1) 600 мл в сутки
- 2) 200 мл
- 3) 500 мл
- 4) 1000 мл

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

800. ДЛЯ РАСЧЕТА ДОПУСТИМОГО ОБЪЕМА ГИДРАТАЦИИ В ОЛИГОАНУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РУКОВОДСТВУЮТСЯ ФОРМУЛОЙ:

- 1) Суточный диурез + 400 мл жидкости
- 2) Суточный диурез + 600 мл жидкости
- 3) Суточный диурез + 800 мл жидкости
- 4) Суточный диурез + 1000 мл жидкости

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

801. У БОЛЬНОГО С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СТАДИИ АНУРИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОБЛЕМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

- 1) Нарушения водо- и азотовыделительной функции почек
- 2) Коматозное состояние (кома II)
- 3) Нарушения электролитного обмена
- 4) Нарушения КЩС

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

802. В ОЛИГО-АНУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ:

- 1) Метаболический ацидоз
- 2) Смешанный ацидоз
- 3) Смешанный алкалоз
- 4) Метаболический алкалоз

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

803. ОПТИМАЛЬНОЙ ДОЗОЙ БАРБИТУРАТОВ ДЛЯ ИНДУКЦИИ В НАРКОЗ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) 1-2 мг/кг
- 2) 4-6 мг/кг
- 3) 8-10 мг/кг
- 4) 12-13 мг/кг

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

804. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ НЕЙРОЛЕПТАНАЛГЕЗИИ У БОЛЬНЫХ В ОЛИГОАНУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВСЕМИ УКАЗАННЫМИ НИЖЕ ЭФФЕКТАМИ, КРОМЕ:

- 1) Депрессии ЦНС и замедленного выхода из наркоза
- 2) Относительной стабильности гемодинамики
- 3) Снижения тонуса периферических сосудов
- 4) Наведенной гипертермии, гиперметаболизма

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

805. В ОЛИГОАНУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ КАЛИЙНЫЕ СОЛИ АНТИБИОТИКОВ ГРУППЫ ПЕНИЦИЛЛИНА ВСЛЕДСТВИЕ:

- 1) противопоказаний нет
- 2) Их нефротоксичности
- 3) Высокой степени кумуляции
- 4) Высокого содержания калия в плазме больного

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

806. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ОДНОМОМЕНТНОЙ НЕОТЛОЖНОЙ АДЕНОЭКТОМИИ МОГУТ СЧИТАТЬСЯ:

- 1) Компенсированный сахарный диабет
- 2) Бронхиальная астма
- 3) Остаточные явления гемиплегии после кровоизлияния в мозг
- 4) Перенесенный 2 месяца назад инфаркт миокарда

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

807. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ МЕТОДОМ АНЕСТЕЗИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРИ ПЛАНОВОЙ АДЕНОЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) Эпидуральная анестезия
- 2) Спинномозговая анестезия
- 3) Масочная анестезия
- 4) Внутривенная многокомпонентная анестезия

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

808. ПРИ ЧРЕЗКОЖНЫХ ПУНКЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ПОЧКЕ (НЕФРОУРЕТЕРОЛИТОМИЯ) ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Местная анестезия
- 2) Эпидуральная анестезия
- 3) Местная анестезия + седативные + наркотические препараты
- 4) Кетамин внутривенно и внутримышечно

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

809. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СОСТОЯНИЯ КПУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ОПН В СТАДИИ ОЛИГУРИИ ПРОВОДЯТ ПРОБУ С МАННИТОЛОМ В 30-40% РАСТВОРЕ ГЛЮКОЗЫ ВНУТРИВЕННО ИЗ РАСЧЕТА 1-1,5 Г/КГ. ЕСЛИ ЧЕРЕЗ 1-1,5 ЧАСА ДИУРЕЗ СОСТАВИТ МЕНЕЕ 40 МЛ/ЧАС:

- 1) Дальнейшее введение маннитола не показано
- 2) Дозу увеличивают
- 3) Дозу повторяют
- 4) Дозу уменьшают

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

810. К АНТИБИОТИКАМ, КОТОРЫЕ ЭЛИМИНИРУЮТ НЕ ЧЕРЕЗ ПОЧКИ И МАЛОТОКСИЧНЫЕ ПРИ ПРЕВЫШЕНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ В КРОВИ, ОТНОСЯТСЯ:

- 1) Пенициллины
- 2) Аминогликозиды
- 3) Цефалоспорины
- 4) фторхинолоны

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

811. НОРМАЛИЗАЦИЯ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА ПРИ ПРЕРЕНАЛЬНОЙ (ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ) ОЛИГУРИИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- 1) Введением салуретиков
- 2) Введением осмодиуретиков
- 3) Нормализацией системы гемодинамики введением добутамина или допамина
- 4) Введением сердечных гликозидов

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

812. ВСЕ НАРКОТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА:

- 1) Угнетают мочевыделение
- 2) Не влияют на мочеотделение
- 3) Усиливают мочевыделение
- 4) Влияние минимальное

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

813. ПРИ БЛОКАДЕ ПАРАСИМПАТИЧЕСКИХ СТРУКТУР ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВО (БОЛЬНОЙ ПРИ ЭТОМ НЕ ЧУВСТВУЕТ ПЕРЕПОЛНЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ) НЕОБХОДИМО

- 1) Диатермия
- 2) Антихолинэстеразные средства
- 2) Симпатомиметики
- 4) Спазмолитики

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

814. ПРИ ПОВЫШЕНИИ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ (БОЛЬНЫЕ ОЩУЩАЮТ ПЕРЕПОЛНЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ) ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- 1) Тепло
- 2) Симпатолитики
- 3) Холод
- 4) Холинолитики

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

815. ДЕПОЛЯРИЗУЮЩИЕ МЫШЕЧНЫЕ РЕЛАКСАНТЫ ДОПУСТИМЫ У БОЛЬНЫХ С ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ КРАТКОВРЕМЕННЫХ ОПЕРАЦИЯХ, ВО ВРЕМЯ КОТОРЫХ ОБЩАЯ ДОЗА ИХ:

- 1) Не должна превышать 1000 мг
- 2) Не должна превышать 500 мг
- 3) не должна превышать 2000 мг
- 4) Суммарная доза не влияет на продолжительность нервномышечного блока

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

816. НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫЙ СПОСОБ ВЫВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИЗ НАРКОЗА ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ОСТАТОЧНОЙ КУРАРИЗАЦИИ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЮБОГО РЕЛАКСАНТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Декураризация
- 2) Введение центральных аналептиков
- 3) Продленная искусственная вентиляция легких
- 4) Введение ксантинов

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

817. ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ И МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ (ЭПИЦИСТОТОМИЯ, ЦИСТО-ЛИТОТОМИЯ) ПРИНЯТО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- 1) Внутривенный наркоз
- 2) Эндотрахеальный наркоз
- 3) Спинальную анестезию
- 4) эпидуральную анестезию

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

818. ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПРОМЕЖНОСТИ, МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ, ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ, КАМНЯХ НИЖНЕЙ И СРЕДНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКОВ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНЫ:

- 1) Эпидуральная и спинальная анестезия
- 2) Внутривенная анестезия со спонтанным дыханием
- 3) Местная анестезия
- 4) Внутривенная анестезия с ИВЛ

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

819. ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПОЧКАХ, НАДПОЧЕЧНИКАХ, ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКОВ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Эндотрахеальный наркоз
- 2) эпидуральная анестезия
- 3) Спинальная анестезия
- 4) Внутривенная анестезия со спонтанным дыханием

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

820. ПРИ ДЛИТЕЛЬНЫХ И ТРАВМАТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ (СОСУДИСТЫЕ ОПЕРАЦИИ, АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ, ПЛАСТИКА МОЧЕТОЧНИКОВ, ЭКСТИРПАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ) НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- 1) Комбинированный эндотрахеальный наркоз с эпидуральной анестезией
- 2) Спинальную анестезию
- 3) Эпидуральную анестезию
- 4) Эндотрахеальный наркоз

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

821. АНТИБИОТИКИ: ЛЕВОМИЦЕТИН, ОКСАЦИЛЛИН, ЭРИТРОМИЦИН:

- 1) Обладают кумулятивным и нефротоксическим действием
- 2) Не обладают кумулятивным действием
- 3) не оказывают нефротоксического действия

4) Не обладают ни кумулятивным, ни нефротоксическим действием

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

822. АНТИБИОТИКИ: БЕНЗИЛПЕНИЦИЛЛИН, АМПИЦИЛЛИН, КАРБЕНИЦИЛЛИН:

1) Обладают умеренным кумулятивным эффектом, но отсутствием нефротоксического эффекта

2) Не имеют кумулятивного и нефротоксического эффекта

3) Обладают выраженным кумулятивным и нефротоксическим эффектом

4) Не имеют кумулятивного, но есть нефротоксический эффект

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

823. АНТИБИОТИКИ: АМИНОГЛИКОЗИДЫ, ГЕНТОМИЦИН, ЦЕПАРИН, КЕФЗОЛ, ЦЕФАЛОРИДИН:

1) Могут вызвать токсическое поражение почек

2) Не ведут к нефротоксическому поражению

3) Могут вызвать умеренное токсическое действие на почки

4) Токсическое действие на почки минимальное

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

824. СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕ РЕДКО ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ НЕФРЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ БОЛЬШИХ ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕК НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ:

1) Нарушения венозного возврата из-за сдавления нижней полой вены

2) Массивной кровопотери

3) Пневмоторакса из-за повреждения диафрагмы при выделении опухоли

4) Гипертонического криза

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

825. ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ГЕМОДИАЛИЗА ПРИ СТОЙКОЙ АНУРИИ В УСЛОВИЯХ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

1) Гиперкалиемии

2) Выраженной гипергидратации

3) Некорригируемого метаболического ацидоза

4) Выраженной анемии

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

826. К НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБАМ УДАЛЕНИЯ ВОДЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СТАДИИ АНУРИИ ОТНОСЯТ

1) Стимуляцию потоотделения

2) Промывание желудка

3) Перитонеальный диализ

4) Ультрагемофильтрацию

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

827. РАННИМ ПРИЗНАКАМ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Наличие лейкоцитов в моче
- 2) Понижение в крови азота мочевины
- 3) Низкий удельный вес мочи
- 4) Наличие эритроцитов в моче

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

828.ПРИЧИНАМИ НЕФРОТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- 1) Отравления соединениями тяжелых металлов
- 2) Органических растворителей (этиленгликоль, четыреххлористый углерод)
- 3) Сульфаниламидов
- 4) Анафилактического шок

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

829. ПРИЧИНЫ ОПН ВКЛЮЧАЮТ:

1. заболевания почек
2. отравления нефротоксическими ядами
3. нарушения почечного кровотока
4. Верно всё

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

830. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЕ УТВЕРЖДЕНИЯ:

1. Преренальная недостаточность определяется как нарушения кровотока до поступления его в почки
2. Преренальная недостаточность определяется как нарушения внутрпочечного кровотока
3. Ренальная недостаточность обусловлена нарушением оттока мочи
4. Ренальная недостаточность обусловлена поражением нейронов

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

831. К ЧИСЛУ НЕФРОТОКСИЧНЫХ ВЕЩЕСТВ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) соли тяжелых металлов
- 2) этиленгликоль
- 3) фуросемид
- 4) все перечисленное

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

832.ОСНОВОЙ ЛЕЧЕНИЯ СФОРМИРОВАВШЕЙСЯ ОПН ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) стимуляция функции почек
- 2) предотвращение смертельных метаболических расстройств
- 3) сохранение нефронов

4) проведение гемотрансфузии

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

833.ПОКАЗАНИЯМИ К ГЕМОДИАЛИЗУ ПРИ ОПН ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Анурия
- 2) креатин сыворотки крови более 0,4 ммоль/л
- 3) калий сыворотки более 6 ммоль/л
- 4) все перечисленное

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

834.ВОЗМОЖНЫМИ ФАТАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОПН ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Гиперкалиемия
- 2) отёк лёгких
- 3) отёк мозга
- 4) все перечисленное

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

835.КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОГУТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ ОПН

- 1) Гиповолемия
- 2) Рабдомиолиз
- 3) инфицированный аборт
- 4) Верно всё

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

836.ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ДОПУСТИМО:

- 1) проводниковая анестезия
- 2) применение павулона
- 3) применение атракуриума
- 4) применение фторотана

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

837.ХРОМОТРОПНЫЙ ЭФФЕКТ КАКОГО ПРЕПАРАТА СПОСОБЕН НИВЕЛИРОВАТЬ СОСУДОСУЖИВАЮЩЕЕ АЛЬФАВОЗДЕЙСТВИЕ НА ПОЧКИ

- 1) Эфедрин
- 2) Кетамин
- 3) Диазепам
- 4) Диазолин

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

838.ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ФОРСИРОВАННОГО ДИУРЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) экзотоксический шок
- 2) гемолиз
- 3) коматозное состояние
- 4) диарея

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

839.ОПТИМАЛЬНЫМ РЕЛАКСАНТОМ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ПЕЧЕНОЧНО-ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) ардуан
- 2) павулон
- 3) эсерон
- 4) нимбекс

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

840.КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК В ПОСТРЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ:

- 1) креатинин
- 2) мочевины
- 3) почасовой диурез
- 4) ОЦК

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

841.РАННИМ ПРИЗНАКОМ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие лейкоцитов в моче
- 2) повышение в крови азота мочевины
- 3) низкий удельный вес мочи
- 4) уровень креатинина в крови

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

842.КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ГИПЕРКАЛИЕМИ ЯВЛЯЮТСЯ, ВСЕ КРОМЕ

- 1) рвота, понос
- 2) мерцание желудочков
- 3) остановка сердца в диастоле
- 4) брадикардия

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

843. ПРИ УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННОЙ ОПН НЕ ДОПУСКАЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ:

- 1) карбенициллина
- 2) тикарциллина
- 3) цефазолина
- 4) амикацина

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

844.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

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

845. АУТОРЕГУЛЯЦИЯ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА ПРЕКРАЩАЕТСЯ ПРИ СНИЖЕНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО 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.

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

846.НОРМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ

- 1) 1100 мл/мин
- 2) 800 мл/мин
- 3) 600 мл/мин
- 4) 400 мл/мин

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

847.НОРМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА ЭФФЕКТИВНОГО ПОЧЕЧНОГО ПЛАЗМОТОКА У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1300 мл/мин
- 2) 925 мл/мин
- 3) 625 мл/мин
- 4) 425 мл/мин

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

848.В НОРМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ

- 1) 60 мл/мин
- 2) 120 мл/мин
- 3) 180 мл/мин
- 4) 240 мл/мин

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

849.ОСНОВНЫМИ ОТЛИЧИЯМИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТ СОМАТИЧЕСКОЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) высокая возбудимость, высокая хронаксия, продолжительная рефрактерная фаза, низкая скорость проведения возбуждения

2) низкая возбудимость, высокая хронаксия, продолжительная рефрактерная фаза, низкая скорость проведения возбуждения

3) низкая возбудимость, высокая хронаксия, короткая рефрактерная фаза, низкая скорость проведения возбуждения

4) низкая возбудимость, низкая хронаксия, продолжительная рефрактерная фаза, высокая скорость проведения возбуждения

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

850. ГЛАВНЫМИ ОТЛИЧИЯМИ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТ СИМПАТИЧЕСКОЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) экстрамуральное расположение ганглиев, наличие медиаторов только холинергической природы, быстрое наступление эффекта после начала раздражения, длительный эффект действия

2) интрамуральное расположение ганглиев, наличие медиаторов только адренергической природы, быстрое наступление эффекта после начала раздражения, длительный эффект действия

3) интрамуральное расположение ганглиев, наличие медиаторов только холинергической природы, быстрое наступление эффекта после начала раздражения, кратковременный эффект действия

4) интрамуральное расположение ганглиев, наличие медиаторов только адренергической природы, медленное наступление эффекта после начала раздражения, кратковременный эффект действия

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

851. НИЗШИЕ ЦЕНТРЫ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ РАСПОЛОЖЕНЫ:

1) в среднем мозге, продолговатом мозге и в крестцовом отделе спинного мозга

2) в среднем мозге, в боковых рогах грудного и поясничного отделов спинного мозга

3) в боковых рогах грудного и поясничного отделов спинного мозга

4) в продолговатом мозге и в боковых рогах грудного отдела спинного мозга

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

852. ПРИ ВОЗБУЖДЕНИИ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТМЕЧАЕТСЯ:

1) расширение зрачка, учащение сердечных сокращений, повышение артериального давления, гипергликемия и ослабление моторики тонкого кишечника

2) сужение зрачка, замедление сердечных сокращений, сужение коронарных артерий, усиление моторики кишечника и расслабление сфинктера мочевого пузыря

3) расширение зрачка, учащение сердечных сокращений, повышение артериального давления, сужение коронарных артерий и ослабление моторики тонкого кишечника

4) сужение зрачка, замедление сердечных сокращений, понижение артериального давления, сужение коронарных артерий и ослабление моторики тонкого кишечника

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

853.ПРИ ВОЗБУЖДЕНИИ СИМПАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТМЕЧАЕТСЯ:

- 1) сужение зрачка, замедление сердечных сокращений, понижение артериального давления, гипогликемия и ослабление моторики тонкого кишечника
- 2) расширение зрачка, учащение сердечных сокращений, повышение артериального давления, гипогликемия, усиление моторики тонкого кишечника
- 3) сужение зрачка, замедление сердечных сокращений, понижение артериального давления, гипергликемия и ослабление моторики тонкого кишечника
- 4) расширение зрачка, учащение сердечных сокращений, повышение артериального давления, гипергликемия и ослабление моторики тонкого кишечника

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

854. ПРИ РАЗДРАЖЕНИИ КАКОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОТДЕЛОВ ПРОМЕЖУТОЧНОГО МОЗГА НАБЛЮДАЮТСЯ ЭФФЕКТЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ:

- 1) медиальных отделов таламуса
- 2) передних отделов гипоталамуса
- 3) задних отделов гипоталамуса
- 4) латеральных отделов таламуса

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

855. ПОВЫШЕНИЕ КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ И УЧАЩЕНИЕ СЕРДЦЕБИЕНИЙ ВОЗНИКАЮТ ПРИ РАЗДРАЖЕНИИ:

- 1) задней группы ядер гипоталамуса
- 2) области воронки гипоталамуса
- 3) средней группы ядер гипоталамуса
- 4) передней группы ядер гипоталамуса

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

856. ЗАМЕДЛЕНИЕ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ РАЗДРАЖЕНИИ:

- 1) задней группы ядер гипоталамуса
- 2) области воронки гипоталамуса
- 3) средней группы ядер гипоталамуса
- 4) передней группы ядер гипоталамуса

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

857. БЛУЖДАЮЩИЙ НЕРВ:

- 1) угнетает деятельность сердца

- 2) отдает волокна к мышце желудочков
- 3) стимуляция его вызывает тахикардию
- 4) снабжает волокнами синусовый и атриовентрикулярный узлы

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

858. ЗАКОН СТАРЛИНГА ОТРАЖАЕТ:

- 1) утилизацию O₂ по отношению к производимой работе
- 2) отношение объема правого предсердия и частоты ритма
- 3) отношение сердечного выброса и периферического сопротивления
- 4) способность сердца увеличивать силу сокращения при увеличении наполнения его камер

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

859. 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

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

860. КЛЕТКИ МОЗГА МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СВОИХ ПОТРЕБНОСТЕЙ:

- 1) фруктозу и сорбитол
- 2) глюкозу
- 3) только фруктозу
- 4) жировые эмульсии

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

861. ШКАЛА ГЛАЗГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ:

- 1) степени шока
- 2) тяжести комы
- 3) тяжести травмы
- 4) степени кровопотери

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

862. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ НЕ УЧИТЫВАЕТСЯ ПРИ ОЦЕНКЕ ГЛУБИНЫ КОМЫ ПО ШКАЛЕ ГЛАЗГО:

- 1) открывание глаз
- 2) двигательная реакция
- 3) реакция зрачков

4) речь

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

863. КАКАЯ ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ ГЛАЗГО УКАЗЫВАЕТ НА ТЯЖЕЛОЕ ПОРАЖЕНИЕ МОЗГА:

- 1) менее 8 баллов
- 2) более 8 баллов
- 3) более 10 баллов
- 4) более 15 баллов

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

864. В ДООПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ОПАСНЫМИ ЦИФРАМИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ТРЕБУЮЩИМИ КОРРЕКТИРОВКИ, ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) 25-50 мм вод. ст.
- 2) 50-100 мм вод. ст.
- 3) 100-200 мм вод. ст.
- 4) выше 250 мм вод. ст.

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

865. ПРИ РАЗДРАЖЕНИИ ЗАДНЕЙ ГРУППЫ ЯДЕР ГИПОТАЛАМУСА ВОЗНИКАЕТ:

- 1) повышение АД и учащение ЧСС
- 2) понижение АД и урежение ЧСС
- 3) повышение АД и урежение ЧСС
- 4) понижение АД и учащение ЧСС

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

866. ПОСТГАНГЛИОНАРНЫЕ ОКОНЧАНИЯ СИМПАТИЧЕСКИХ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН ВЫДЕЛЯЮТ

- 1) адреналин
- 2) ацетилхолин
- 3) норадреналин
- 4) симпатин E и I

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

867. ПРЕГАНГЛИОНАРНЫЕ ОКОНЧАНИЯ ПАРАСИМПАТИЧЕСКИХ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН ВЫДЕЛЯЮТ

- 1) адреналин
- 2) ацетилхолин
- 3) норадреналин

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

868. ПОСТГАНГЛИОНАРНЫЕ ОКОНЧАНИЯ ПАРАСИМПАТИЧЕСКИХ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН

- 1) адреналин
- 2) ацетилхолин
- 3) норадреналин

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

869. СОЗНАТЕЛЬНОЕ ОЩУЩЕНИЕ БОЛИ ВЫДЕЛЯЮТ

- 1) невозможно после удаления соматической чувствительности коры головного мозга
- 2) может произойти при электрическом раздражении коры головного мозга в эксперименте
- 3) полностью корковая деятельность
- 4) находится в подкорковых структурах

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

870. ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ:

- 1) наркотические анальгетики
- 2) седативные препараты
- 3) ингаляционные анестетики
- 4) миорелаксанты

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

871. ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ ПРИ ТРЕПАНАЦИИ ЧЕРЕПА, ВЫПОЛНЯЕМОЙ ЧЕРЕЗ ЛОБНЫЙ,ВИСОЧНЫЙ И ТЕМЕННО-ЗАТЫЛОЧНЫЙ ДОСТУП:

- 1) на спине,с приподнятым головным концом
- 2) на животе
- 3) на боку
- 4) в положении Тренделенбурга

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

872. ПОКАЗАНИЯМИ К ДЕГИДРАТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ СЛУЖИТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- 1) отек мозга
- 2) коматозное состояние
- 3) резкое ухудшение неврологического статуса неясного генеза
- 4) интраоперационная подготовка к вскрытию твердой мозговой оболочки

Компетенции: УК-1, УК-2,УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

873. ПРИМЕНЕНИЕ СПАЗМОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ НАПРАВЛЕНО:

- 1) на снижение АД
- 2) на улучшение органной перфузии
- 3) на уменьшение феномена "обкрадывания"
- 4) на стабилизацию гемато-энцефалического барьера

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

874. ОПТИМАЛЬНОЙ ГЛУБИНОЙ НАРКОЗА ПРИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) стадия аналгезии
- 2) первый уровень третьей стадии
- 3) вторая стадия
- 4) третий уровень третьей стадии

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

875. У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ РЕЛАКСАНТЫ МОГУТ ВЫЗВАТЬ:

- 1) почечную недостаточность
- 2) угнетение и остановку дыхания
- 3) печеночную недостаточность
- 4) тяжелый коллапс

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

876. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ СЛЕДУЕТ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ВОССТАНОВИТЬ:

- 1) газообмен и кровоток
- 2) самостоятельное дыхание
- 3) функцию печени
- 4) функцию почек

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

878. УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ:

- 1) головные боли и головокружение
- 2) потеря больным сознания в момент травмы
- 3) тошнота, рвота после травмы
- 4) вялость, сонливость

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

879. ДЛЯ ПРЕМЕДИКАЦИИ У НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ БЕЗ ВЫРАЖЕННЫХ НАРУШЕНИЙ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- 1) диуретиков
- 2) холинолитиков
- 3) антигистаминных препаратов

4) наркотических анальгетиков

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

880. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ БОЛЬНОГО С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ СУМЕРЕЧНОГО СОЗНАНИЯ, ГИПЕРТЕРМИИ, ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИИ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ТАХИКАРДИИ И ПОЛИУРИИ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ:

- 1) о бульбарном вклинении
- 2) о гиперосмолярной коме
- 3) об ухудшении кровообращения в диэнцефальной зоне
- 4) о накоплении гематомы в задней черепной ямке

Компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11

881. О ВНЕЗАПНОЙ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА У БОЛЬНОГО С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ УКАЗЫВАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- 1) цианоза кожи и слизистых оболочек
- 2) отсутствия пульса и АД
- 3) широкого зрачка без реакции на свет
- 4) бледно-серой окраски кожи и слизистых

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

882. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ МОГУТ ВЫЗВАТЬ УГНЕТЕНИЕ И ОСТАНОВКУ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ:

- 1) миорелаксанты
- 2) седативные средства
- 3) наркотические анальгетики
- 4) холинолитические средства

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9

883. ПОТЕРЯ БОЛЬНЫМ СОЗНАНИЯ В МОМЕНТ ТРАВМЫ ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК:

- 1) черепно-мозговой травмы
- 2) инсульта
- 3) субдуральной гематомы
- 4) ничего из вышеперечисленного

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

884. МАССАЖ СЕРДЦА ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ СРАЗУ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОГО УШИБА МОЗГА:

- 1) необходимо проводить
- 2) необходимость массажа зависит от сопутствующих повреждений
- 3) можно только в условиях стационара
- 4) начинать массаж после радиологического подтверждения отсутствия вдавленных переломов черепа

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6

885. ГИПОТЕРМИЯ У БОЛЬНЫХ С ДИЭНЦЕФАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ВЫЗЫВАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- 1) уменьшения продукции углекислоты в организме
- 2) снижения потребности мозга в кислороде
- 3) уменьшения катаболизма
- 4) уменьшения отека мозга

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

886. В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ОСТИСТЫЕ ОТРОСТКИ

- A. Длинные
- B. Имеют выраженное косо нисходящее направление
- C. Имеют выраженное косо восходящее направление
- D. Расположены практически горизонтально

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

887. Тело и дуга позвонка ограничивают

Большое затылочное отверстие

Позвоночное отверстие

Межпозвонковое отверстие

Крестцовый канал

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

888. ЖЕЛТАЯ СВЯЗКА

Соединяет верхушки остистых отростков

Располагается между остистыми отростками

Располагается дорсальнее надостистой и межкостистой связок

Соединяет дуги соседних позвонков

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

889. УСЛОВНО В СТРОЕНИИ СПИННОГО МОЗГА ВЫДЕЛЯЮТ

28-30 сегментов

31-32 сегментов

41-42 сегментов

45 сегментов

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

890. СКОЛЬКО НАБОРОВ ДЛЯ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ВХОДИТ В ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ДЛЯ ПРЕДНАРКОЗНОЙ ПАЛАТЫ

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

891. КАКОВА ДЛИНА ТРАХЕИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА

9-10 см.
11-13 см.
15-17 см.
17-20 см.

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

892. КАКОВА ДЛИНА ТРАХЕИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА:

9-10 см.
11-13 см.
15-17 см.
17-20 см.

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

893. ГОРТАНЬ РАСПОЛАГАЕТСЯ НА УРОВНЕ:

C1-C5
C4-C6
T1-T6
C6-T5
T2-T4

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

894. УРОВЕНЬ БИФУРКАЦИИ ТРАХЕИ У ВЗРОСЛОГО МУЖЧИНЫ РАСПОЛОЖЕН:

на T1-2
на T4-5
на T6-8
на T9
на T3-4

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

895. РАССТОЯНИЕ ОТ РЕЗЦОВ ДО ГОЛОСОВОЙ ЩЕЛИ У ВЗРОСЛОГО МУЖЧИНЫ СОСТАВЛЯЕТ:

13-14 см
18-20 см
24-26 см
30-32 см
16-19 см

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

896. ГОМК:

Является препаратом антигипоксического действия

Опасно применять при гиперкалиемии

Обладает токсическим действием

При выходе из наркоза исключает возбуждение

При применении характерны тошнота и рвота

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

898. ВОЛЮМОТРАВМА, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ

Локальное перерастяжение альвеол

Фактором риска является использование высокого дыхательного объема

Стратегия «защитной вентиляции легких» с использованием ДО 6-8 мл/кг не снижает риск развития воллюмотравмы

При ИВЛ положительное давление имеет тенденцию к распространению по пути наименьшего сопротивления нормальной или относительно нормальной альвеолы, что может привести к ее перерастяжению

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

899. БИОТРАВМА

Перерастяжение альвеол запускает воспалительный процесс, который усиливает дальнейшее повреждение легких, что вызывает дополнительное поражение ранее интактных альвеол (биотравма)

Местный воспалительный процесс может усиливать системный воспалительный процесс

Увеличение местного воспаления снижает шансы пациента с ОРДС на выздоровление

Верно все

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

900. ПРЕИМУЩЕСТВА CUIRASS VENTILATIO

Не оказывает влияния на гемодинамику

Снижает риск развития баротравмы

Снижает риск присоединения инфекции

Верно все

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

901. ПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ CUIRASS VENTILATIO

Ассоциированные с ВИЧ заболевания легких

Муковисцидоз

Нейромышечные заболевания (спинальная мышечная амиотрофия и др.)

Верно все

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

902. ЦЕЛИ ИВЛ

Восстановление нарушенного газообмена

Увеличение объема легких

Уменьшение работы дыхания

Верно все

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

903. КЛАССИФИКАЦИЯ РЕЖИМОВ ИВЛ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Контролируемая

Синхронизированная

Ассистирующая

Верно все

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

904. НЕДОСТАТОК ИВЛ С КОНТРОЛЕМ ПО ДАВЛЕНИЮ

Гиповентиляция при изменении комплайенса и сопротивляемости

Улучшенный газообмен и более гомогенная вентиляция благодаря убывающему потоку

Уменьшение пикового давления и риска баротравмы

Уменьшение пикового давления и риска баротравмы

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

905. УРОВЕНЬ ХЛОРИДОВ В КРОВИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

50 ммоль/л

100 ммоль/л

150 ммоль/л

200 ммоль/л

300 ммоль/л

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

906. УРОВЕНЬ КАЛИЯ В КРОВИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

2.25 ммоль/л

2.50 ммоль/л

3.0 ммоль/л

4.50 ммоль/л

9.55 ммоль/л

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

907. ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ ХЛОРИСТОГО КАЛЬЦИЯ ВОЗМОЖНЫ
ОСЛОЖНЕНИЯ

Судороги отдельных мышц

Остановка сердца в систоле

Остановка сердца в диастоле

Тетания

Повышение АД

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

908. КОНЦЕНТРАЦИЯ КАЛИЯ В СЫВОРОТКЕ

Увеличивается при алкалозе

Уменьшается при ацидозе

Увеличивается при ацидозе и уменьшается при алкалозе

Уменьшается при ацидозе и увеличивается при алкалозе

Не изменяется ни при ацидозе, ни при алкалозе

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

909. ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫХ СРЕДСТВ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ
ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

Специфическая профилактика

Дезинфекция

Объявление карантина

Экстренная профилактика

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

910. ЧТО ОТНОСИТСЯ К КЛИНИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ:

Повышение температуры тела
Снижение систолического ад
Повышение систолического ад
Ничего из вышеперечисленного

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

911. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ЛУЧЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

Содержанием радионуклидов на месте облучения
Количеством "горячих" частиц в легких
Количеством радионуклидов в организме
Степенью угнетения кроветворения

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

912. КАКОЙ АНТИДОТ СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ НЕИЗВЕСТНЫМ ЯДОМ

Атропин;
Унитиол;
Антидот не вводить
Атропин +унитиол +хромосмон

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

913. НАЗОВИТЕ АНТИДОТЫ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ФОС

Метиленовая синь;
Унитиол;
Прозерин;
Атропин, дипироксим.

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

914. В КАЧЕСТВЕ ВВОДНОГО НАРКОЗА У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ ВСЕ, КРОМЕ:

Кетамин
Барбитураты
Седуксен
Смесь шейна - ашмана

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

915. ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ И ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ ПРОИСХОДИТ ПОД ВЛИЯНИЕМ:

Трипсина
Каллидина
Гистамина
Брадикинина

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

916. ПРИ СОХРАНЕННОМ ДИУРЕЗЕ БОЛЬНОМУ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ ЗА СУТКИ В СРЕДНЕМ НАДО ПЕРЕЛИТЬ ЖИДКОСТИ

до 1 л

1-3 л

3-5 л

6-8 л

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

917. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ НАРУШЕНИЙ БОЛЬНЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ:

Препаратов К⁺

Препаратов Са⁺⁺

Препаратов Na⁺

Верно все

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

918. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВВОДНОГО НАРКОЗА У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ И ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

Кетамин

Седуксен

Гексенал

Верны все

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

919. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ ГОЛОДАНИЕ. В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ УЛУЧШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО МОЖНО ДОСТИЧЬ ЗА СЧЕТ:

Инфузии полиионных растворов

Растворов калия с глюкозой

Восполнением оцк коллоидными растворами

Введение белковых препаратов и каллорийных смесей

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

920. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА:

Валидол, лазикс

Корвалол, пентамин

Морфин, гепарин

Папаверин, атропин

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

921. ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕПОНИРОВАНИЕ КРОВИ ПРИ ШОКЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В:

Костном мозге

Сосудах органов брюшной полости

Сосудах нижних конечностей

Легких

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

922. ШОК – ЭТО:

Кратковременная потеря сознания, связанная с недостаточным кровоснабжением головного мозга

Внезапно наступившая сосудистая недостаточность с резким падение АД

Нарушение всех функций организма, особенно ЦНС и системы кровообращения

Внезапное повышение АД

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

923. К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА ОТНОСИТСЯ ВСЕ,КРОМЕ:

Кровопотеря

Ожог

Инфаркт миокарда

Ничего из вышеперечисленного

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

924. ШОКОВЫЙ ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА – ЭТО СООТНОШЕНИЕ:

ЧСС к САД

ЧСС к ДАД

Пульс к САД

Пульс к ДАД

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

925. ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕН ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИЙ ШОК:

Острой травмой

Стрессовым состоянием

Острым дефицитом циркулирующей крови

Гиперчувствительностью немедленного типа

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

926. ДЛЯ ПРЕРЕНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА РАННЕЙ СТАДИИ НЕ ХАРАКТЕРНО

Удельный вес мочи выше 1020

Концентрация натрия в моче меньше 15 мэкв/л

Повышение креатинина в плазме

рН мочи менее 4,0

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

927. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЕ НАХОДКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

Повышение гематокрита

Снижение калия сыворотки

Повышение аммиака в крови

Метаболический ацидоз

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

928. НАДЛЕЖАЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ КРОВОТЕЧЕНИИ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ ПО ПОВОДУ КАРЦИНОМЫ ВКЛЮЧАЕТ:

Гепарин
Фибриноген
Концентрат тромбоцитов
Цельную кровь

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

929. ВЕСЬМА ВЕРОЯТНЫЕ ПРИЧИНЫ ДИФFUЗНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ БОЛЕЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ШОКОМ ВО ВРЕМЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ ПОД СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ ВКЛЮЧАЮТ

Внутрисосудистый гемолиз
Экстравазацию ирригационной жидкости
Диссеминированное внутрисосудистое свертывание
Инфаркт миокарда

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

930. СЛЕДУЮЩЕЕ ВЕРНО О ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ:

Учащенные мочеиспускания и дизурия самые частые симптомы
Имеется массивная протеинурия
Пирексия редка
Интенсивные боли в пояснице частый симптом

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

931. АРТРОДЕЗ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА СОПРОВОЖДАЕТСЯ ОБЫЧНО КРОВОПОТЕРЕЙ, РАВНОЙ

До 200 мл
200-400 мл
500-1000 мл
1000-1500 мл

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

932. АУТОГЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ – ЭТО КОГДА ПРИ ЗАБОРЕ И ПЕРЕСАДКЕ ТКАНЕЙ ДОНОР И РЕЦИПИЕНТ:

Одно и то же лицо;
Однородные близнецы;
Родственники первой степени;
Представители одного биологического вида;
Принадлежат к разным биологическим видам.

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

933. АЛЛОГЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ – ЭТО КОГДА ПРИ ЗАБОРЕ И ПЕРЕСАДКЕ ТКАНЕЙ ДОНОР И РЕЦИПИЕНТ:

Одно и то же лицо;
Однородные близнецы;
Родственники первой степени;
Представители одного биологического вида;
Принадлежат к разным биологическим видам.

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

934. ИЗОГЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ – ЭТО КОГДА ПРИ ЗАБОРЕ И ПЕРЕСАДКЕ ТКАНЕЙ ДОНОР И РЕЦИПИЕНТ: одно и то же лицо;

Однородные близнецы;
Родственники первой степени;
Представители одного биологического вида;
Принадлежат к разным биологическим видам.

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

935. КСЕНОГЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ – ЭТО КОГДА ПРИ ЗАБОРЕ И ПЕРЕСАДКЕ ТКАНЕЙ ДОНОР И РЕЦИПИЕНТ:

Одно и то же лицо;
Однородные близнецы;
Родственники первой степени;
Представители одного биологического вида;
Принадлежат к разным биологическим видам.

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

936. СИНГЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ – ЭТО КОГДА ПРИ ЗАБОРЕ И ПЕРЕСАДКЕ ТКАНЕЙ ДОНОР И РЕЦИПИЕНТ:

Одно и то же лицо;
Однородные близнецы;
Родственники первой степени;
Представители одного биологического вида;
Принадлежат к разным биологическим видам.

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

937. ПОДХОДЯЩАЯ ТЕХНИКА АНЕСТЕЗИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ КОСОГЛАЗИЯ У 5-ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ, КРОМЕ:

Анестезию кетаминном;
Анестезию фторотаном;
Вентиляцию под перемежающимся положительным давлением;
Интубацию трахеи;
Премедикацию бензодиазепинами

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

938. ПЛАСТИКУ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИНАХ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРОВОДЯТ ПОД:

Местной анестезией

Масочной анестезией
Внутривенной анестезией на самостоятельном дыхании
Общей анестезией с ИВЛ

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

939.КОРРЕКЦИИ. НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРОВОДЯТ ПОД:

Местной анестезией
Масочной анестезией
Внутривенной анестезией на самостоятельном дыхании
Общей анестезией с ИВЛ

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

940. КАК НЕОБХОДИМО НАПРАВЛЯТЬ ИГЛУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНЕРОТОВОЙ ИФРАОРБИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ:

Вверх, вперед, кнутри;
Вниз, кзади, кнаружи;
Вверх, кзади, кнаружи;
Вниз, вперед, кнутри.

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

941. ЗОНА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ИНФРАОРБИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ:

Только резцы;
Резцы и клыки;
Резцы, клыки премоляры, альвеолярный отросток и его слизистая оболочка с вестибулярной стороны, мягкие ткани подглазничной области;
Резцы, клыки, премоляры, альвеолярный отросток и его слизистая оболочка с язычной и небной стороны, мягкие ткани подглазничной области.

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

942. ЭНДОГЕННУЮ ИНТОКСИКАЦИЮ ВЫЗЫВАЮТ:

Деструкция тканей
Повышенный белковый катаболизм
Нарушение функции почек
Нарушение функции печени
Все верно

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

943. ТОКСИЧЕСКИМИ СУБСТАНЦИЯМИ ЭНДОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ СЛУЖАТ:

Конечные и промежуточные продукты метаболизма
Продукты распада тканей из очагов деструкции
Продукты распада из желудочно-кишечного тракта при нарушении барьерной функции кишечной стенки
Микробные токсины
Все верно

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

944. ВЫВЕДЕНИЕ ТОКСИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ ИЗ ОРГАНИЗМА ОБЕСПЕЧИВАЮТ:

Почки
Легкие
Желудочно-кишечный тракт
Кожа
Все верно

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

945. ПРОЯВЛЕНИЕМ ИНТОКСИКАЦИИ СЛУЖИТ:

Головная боль
Тошнота
Бледность кожных покровов
Сухость слизистых оболочек
Все верно

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

946. ПОКАЗАТЕЛЕМ ИНТОКСИКАЦИИ СЛУЖИТ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ:

Молекул малой и средней массы
Креатинина
Мочевины
Все верно
Калия

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

947. ПРЕПАРАТ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЙСЯ ДЛЯ ОТМЕНЫ ЭФФЕКТОВ
БЕНЗОДИАЗЕПИНОВ:

Налоксон
Налтрексон
Флумазенил
Леводопа
Морфин

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

948. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ АНАЛЕПТИКАМИ В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЮТ:

Галантамина гибробромид
Морфин
Феназепам
Диазепам
Леводопа

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

949. В КАКОЙ ДОЗИРОВКЕ ВВОДИТСЯ 0,5 % Р-Р ГАЛАНТАМИНА ГИДРОБРОМИДА
ПРИ ОТРАВЛЕНИИ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ:

4-8 мл
2-3 мл
1-2 мл

3-5 мл
8-10 мл

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

950. В КАКОЙ ДОЗЕ ВВОДИТСЯ ФЛУМАЗЕНИЛ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ПРЕПАРАТАМИ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВОГО РЯДА:

0,1-0,2 мг
0,2-0,4 мг
0,3-0,5 мг
0,5-0,6 мг
0,6-0,8 мг

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

951. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФЛУМАЗЕНИЛА ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ПРЕПАРАТАМИ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВОГО РЯДА:

Эпилепсия
ХПН
Гепатит В
Глаукома
Сочетанное отравление: препараты бензодиазепинового ряда + этиловый спирт

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

952. КАКИЕ 2 ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ ГИПОКСИЙ ВЫДЕЛЯЮТ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПАТОФИЗИОЛОГИИ

Дыхательная и гемодинамическая
Тканевая и Гемическая
Экзогенная и Эндонгенная
Тканевая и Дыхательная
Правильного ответа нет

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

954. ДЛЯ ГЕСТОЗА БЕРЕМЕННЫХ ХАРАКТЕРНО

Повышение массы тела
Гипергликемия
Нарушение микроциркуляции в жизненно-важных органах
Гипотония

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

955. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ОПИОИДОМ ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

Морфин;
Фентанил;
Меперидин;
Ультива.

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

956. РАЗОВАЯ ДОЗА МЕПЕРИДИНА ДЛЯ В/В ВВЕДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ:

- 10-25мг;
- 25-50мг;
- 50-75 мг;
- 75-100мг.

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

957. К ОСЛОЖНЕНИЯМ БЛОКАДЫ ПОЛОВЫХ НЕРВОВ ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- Внутрисосудистая инъекция;
- Забрюшинная гематома;
- Абсцесс сзади от подвздошной мышцы;
- Абсцесс спереди от подвздошной мышцы.

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

958. ДОЗА МОРФИНА ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ АДЕКВАТНОЙ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ИНТРАТЕКАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ:

- 0,1-0,15мг;
- 0,15-0,25 мг;
- 0,25-0,5 мг;
- 0,5-0,75мг.

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

959. ПРИ ИНТРАТЕКАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ МОРФИНА АНАЛЬГЕЗИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ:

- 2-5 мин;
- 5-10 мин;
- 30-45 мин;
- 45-60 мин.

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

960. pH НОРМАЛЬНОЙ КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО 3 СУТОК ЖИЗНИ

- 6,92–7,10
- 7,10–7,58
- 7,34–7,56
- 7,35 –7,45

Нет верного ответа

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

961. НАПРЯЖЕНИЕ P CO₂ КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ В НОРМЕ ММ.РТ.СТ

- 45–65
- 10–20
- 92–110
- 35–45

Нет верного ответа

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

962. НОРМА HCO_3^- У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО

30–40

20–25

0–10

80–90

Нет верного ответа

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

963. НОРМА SpO_2 В ПЕРВЫЙ ЧАС ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ НА ПРАВОЙ РУКЕ ПО ДАННЫМ ПЛЯТИЗМОГРАФИИ

95–100

90–95

30–50

60–70

Нет верного ответа

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

964. ТЕМП ДИУРЕЗА У НЕОНАТАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ, СООТВЕТСТВЕННО КРИТЕРИЯМ ГОТОВНОСТИ К ОПЕРАЦИИ, ДОЛЖЕН БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (МГ/КГ/СУТ):

1

3

0,5

0.3

0.2

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

965. ПРИЧИНЫ РДС НОВОРОЖДЕННЫХ:

Миконеальная аспирация

Мембранозный ларинготрахеобронхит

Тонзиллярная обструкция

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

966. ПРЕДВЕСТНИКОМ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Тахикардия

Брадикардия

Нет изменения ЧСС

Фибрилляция предсердий

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

967. СКОЛЬКО СТЕПЕНЕЙ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАСЧИТЫВАЕТСЯ НА ДАННЫЙ МОМЕНТ

2

3

4

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

968. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСН ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОР:

- Рефлекторный
- Внешнее раздражение
- Травматический
- Инфекционно-токсический

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

969. ГЛАВНЫМ ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ АКТИВАЦИИ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Потеря сознания
- Гипоксия
- Гиперкапния
- Гиперметгемоглобинемия

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

970. ОСТРАЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧНАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВОЗНИКАЕТ В УСЛОВИЯХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВНЕЗАПНЫМ ОГРАНИЧЕНИЕМ КРОВОТОКА В:

- Нижних конечностях
- Головном мозге
- Почках
- малом круге кровообращения

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

971. ОРОФАРИНГЕАЛЬНЫЙ ВОЗДУХОВОД ПРИМЕНЯЕТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЯХ:

- Для поддержания проходимости дыхательных путей при отсутствии сознания.
- Для поддержания проходимости дыхательных путей при отсутствии глотательного рефлекса.
- Для поддержания проходимости дыхательных путей при отсутствии сознания при вентиляции мешком с маской
- Все ответы верны.

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

972. НАЗОВИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ СЛОЖЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОГО ВОЗДУХОВОДА У ДЕТЕЙ:

- Повреждение горта.
- Ларингоспазм.
- Брадикардия.
- Все вышеперечисленное верно

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

973. РАЗМЕР ЭНДОТРАХЕАЛЬНОЙ ТРУБКИ БЕЗ МАНЖЕТЫ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 2-Х ЛЕТ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

$D=(\text{возраст в годах})/4+4$

$D=(\text{масса в кг})/4+4$

По диаметру большого пальца.

Все ответы верны

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

974. ПРИЕМ СЕЛЛИКА СЛУЖИТ ДЛЯ:

Рефлекторного воздействия на дыхательный центр

Предупреждения регургитации.

Обеспечения проходимости дыхательных путей.

Ликвидации обструкции инородным телом.

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

975. В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ОСТИСТЫЕ ОТРОСТКИ

Длинные

Имеют выраженное косо нисходящее направление

Имеют выраженное косо восходящее направление

Расположены практически горизонтально

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

976. Тело и дуга позвонка ограничивают

Большое затылочное отверстие

Позвоночное отверстие

Межпозвонковое отверстие

Крестцовый канал

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

977. ЖЕЛТАЯ СВЯЗКА

Соединяет верхушки остистых отростков

Располагается между остистыми отростками

Располагается дорсальнее надостистой и межкостистой связок

Соединяет дуги соседних позвонков

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

978. УСЛОВНО В СТРОЕНИИ СПИННОГО МОЗГА ВЫДЕЛЯЮТ

28-30 сегментов

31-32 сегментов

41-42 сегментов

45 сегментов

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

979. СКОЛЬКО НАБОРОВ ДЛЯ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ВХОДИТ В ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ДЛЯ ПРЕДНАРКОЗНОЙ ПАЛАТЫ

1

2

3

4
5

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

980. КАКОВА ДЛИНА ТРАХЕИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА

9-10 см.
11-13 см.
15-17 см.
17-20 см.

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

981. КАКОВА ДЛИНА ТРАХЕИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА:

9-10 см.
11-13 см.
15-17 см.
17-20 см.

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

982. ГОРТАНЬ РАСПОЛАГАЕТСЯ НА УРОВНЕ:

C1-C5
C4-C6
T1-T6
C6-T5
T2-T4

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

983. УРОВЕНЬ БИФУРКАЦИИ ТРАХЕИ У ВЗРОСЛОГО МУЖЧИНЫ РАСПОЛОЖЕН:

на T1-2
на T4-5
на T6-8
на T9
на T3-4

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

984. РАССТОЯНИЕ ОТ РЕЗЦОВ ДО ГОЛОСОВОЙ ЩЕЛИ У ВЗРОСЛОГО МУЖЧИНЫ СОСТАВЛЯЕТ:

13-14 см
18-20 см
24-26 см
30-32 см
16-19 см

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

985. ГОМК:

Является препаратом антигипоксического действия
Опасно применять при гиперкалиемии

Обладает токсическим действием
При выходе из наркоза исключает возбуждение
При применении характерны тошнота и рвота

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

986. ВОЛЮМОТРАВМА, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ

Локальное перерастяжение альвеол
Фактором риска является использование высокого дыхательного объема
Стратегия «защитной вентиляции легких» с использованием ДО 6-8 мл/кг не снижает риск развития волюмотравмы
При ИВЛ положительное давление имеет тенденцию к распространению по пути наименьшего сопротивления нормальной или относительно нормальной альвеолы, что может привести к ее перерастяжению

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

987. БИОТРАВМА

Перерастяжение альвеол запускает воспалительный процесс, который усиливает дальнейшее повреждение легких, что вызывает дополнительное поражение ранее интактных альвеол (биотравма)
Местный воспалительный процесс может усиливать системный воспалительный процесс
Увеличение местного воспаления снижает шансы пациента с ОРДС на выздоровление
Верно все

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

988. ПРЕИМУЩЕСТВА CUIRASS VENTILATIO

Не оказывает влияния на гемодинамику
Снижает риск развития баротравмы
Снижает риск присоединения инфекции
Верно все

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

989. ПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ CUIRASS VENTILATIO

Ассоциированные с ВИЧ заболевания легких
Муковисцидоз
Нейромышечные заболевания (спинальная мышечная амиотрофия и др.)
Верно все

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

990. ЦЕЛИ ИВЛ

Восстановление нарушенного газообмена
Увеличение объема легких
Уменьшение работы дыхания
Верно все

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

991. КЛАССИФИКАЦИЯ РЕЖИМОВ ИВЛ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Контролируемая
Синхронизированная
Ассистирующая
Верно все

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

992. НЕДОСТАТОК ИВЛ С КОНТРОЛЕМ ПО ДАВЛЕНИЮ

Гиповентиляция при изменении комплайнса и сопротивляемости
Улучшенный газообмен и более гомогенная вентиляция благодаря убывающему потоку
Уменьшение пикового давления и риска баротравмы
Уменьшение пикового давления и риска баротравмы

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

993. УРОВЕНЬ ХЛОРИДОВ В КРОВИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

50 ммоль/л
100 ммоль/л
150 ммоль/л
200 ммоль/л
300 ммоль/л

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

994. УРОВЕНЬ КАЛИЯ В КРОВИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

2.25 ммоль/л
2.50 ммоль/л
3.0 ммоль/л
4.50 ммоль/л
9.55 ммоль/л

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

995. ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ ХЛОРИСТОГО КАЛЬЦИЯ ВОЗМОЖНЫ
ОСЛОЖНЕНИЯ

Судороги отдельных мышц
Остановка сердца в систоле
Остановка сердца в диастоле
Тетания
Повышение АД

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

996. КОНЦЕНТРАЦИЯ КАЛИЯ В СЫВОРОТКЕ

Увеличивается при алкалозе
Уменьшается при ацидозе
Увеличивается при ацидозе и уменьшается при алкалозе
Уменьшается при ацидозе и увеличивается при алкалозе
Не изменяется ни при ацидозе, ни при алкалозе

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

997. ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫХ СРЕДСТВ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

Специфическая профилактика
Дезинфекция
Объявление карантина
Экстренная профилактика

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

998. ЧТО ОТНОСИТСЯ К КЛИНИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ:

Повышение температуры тела
Снижение систолического ад
Повышение систолического ад
Ничего из вышеперечисленного

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

999. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ЛУЧЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

Содержанием радионуклидов на месте облучения
Количеством "горячих" частиц в легких
Количеством радионуклидов в организме
Степенью угнетения кроветворения

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

1000. КАКОЙ АНТИДОТ СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ НЕИЗВЕСТНЫМ ЯДОМ

Атропин;
Унитиол;
Антидот не вводить
Атропин +унитиол +хромосмон

Компетенции: УК-1, УК-2,, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11

Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

Задачи

Задача № 1

Мужчина 75 лет поступил в приемное отделение с жалобами на слабость, выраженную жажду, чувство нехватки воздуха, боли в животе, рвоту. Первые симптомы заболевания появились 3 дня назад. При осмотре: кожа бледная, сухая; дыхание свободное, ЧДД 26 – 28 в

мин, АД 160/70 мм.рт.ст., пульс 120 в мин; язык сухой, живот вздут, болезненный при пальпации, диурез снижен, на рентгенограмме - чаши Клойбера.

Вопросы по задаче:

- 1.Предоперационная подготовка.
2. Обследование.
3. Ход анестезии.
4. Возможные осложнения.

Ответ:

1. Предоперационная подготовка:
 - 1) Пункция и катетеризация п/к вены справа, катетеризация мочевого пузыря
 - 2) Инфузионная терапия под контролем центральной гемодинамики и диуреза (кристаллоиды, предпочтительнее р-р стерофундина или полиионные растворы; коллоиды)
 - 3) Лабораторное обследование: общий анализ крови, б/х (глюкоза, амилаза, мочевины, креатинин, билирубин, трансаминазы, электролиты, КЩС, коагулограмма), группа крови, Rh – фактор.
 - 4) ЭКГ, консультация терапевта или кардиолога
2. Выбор метода анестезии: многокомпонентная анестезия с интубацией и ИВЛ
3. Схема анестезиологического пособия: атаральгезия, миорелаксация,

Задача № 2

Женщина 38 лет поступила в приемное отделение с жалобами на слабость, сильные боли в животе. Задержка менструального цикла. Первые симптомы заболевания появились 2 дня назад. При осмотре: кожа бледная, дыхание свободное, ЧДД 26 – 28 в мин, АД 100/50 мм.рт.ст., пульс 120 в мин; живот болезненный при пальпации.

Лабораторные исследования: Hb – 98 г/л, Ht – 30/70, Эр – $2,3 \times 10^{12}$ /л

Вопросы по задаче:

- 1.Предоперационная подготовка.
2. Обследование.
3. Ход анестезии.
4. Возможные осложнения.

1. Предоперационная подготовка:
 - 1) Пункция и катетеризация п/к вены справа, катетеризация мочевого пузыря
 - 2) Инфузионная терапия под контролем центральной гемодинамики и диуреза (кристаллоиды, предпочтительнее р-р стерофундина или полиионные растворы; коллоиды, предпочтительнее гелофузин).
 - 3) Лабораторное обследование: общий анализ крови, б/х (глюкоза, амилаза, мочевины, креатинин, билирубин, трансаминазы, электролиты, КЩС, коагулограмма), группа крови, Rh – фактор.
 - 4) ЭКГ
2. Выбор метода анестезии: многокомпонентная анестезия с интубацией и ИВЛ
3. Схема анестезиологического пособия: гипнотики, кетамин, наркотические анальгетики, миорелаксация.

Задача №3

Женщина 44 лет поступила в приемное отделение с жалобами на слабость, тошноту, сильные боли в правом подреберье. При осмотре: повышенного питания, кожа обычного цвета, дыхание свободное, ЧДД 22 – 24 в мин, АД 130/70 мм.рт.ст., пульс 100 в мин; живот

болезненный при пальпации. Больная страдает в течении 5 лет гормонзависимой бронхиальной астмой. Лабораторные исследования: Hb – 124 г/л, Ht – 47, Эр – $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитоз – 11×10^{12} /л, с небольшим сдвигом влево.

Вопросы по задаче:

1. Предоперационная подготовка.

2. Обследование.

3. Ход анестезии.

4. Возможные осложнения.

1. Предоперационная подготовка:

1) Обеспечение венозного доступа, катетеризация мочевого пузыря

2) Лабораторное обследование: общий анализ крови, б/х (глюкоза, амилаза, мочевины, креатинин, билирубин, трансаминазы, электролиты, КЩС, коагулограмма), группа крови, Rh – фактор.

3) ЭКГ, консультация кардиолога

2. Выбор метода анестезии: многокомпонентная анестезия с интубацией и ИВЛ

3. Схема анестезиологического пособия: гипнотики за исключением тиопентала натрия, кетамин, наркотические анальгетики, миорелаксация.

4. Возможные осложнения: регургитация и аспирация, бронхоспазм

Задача № 4

Мужчина 25 лет поступил в приемное отделение с проникающим ранением грудной клетки справа. При осмотре: кожа бледная, акроцианоз, дыхание затрудненное, поверхностное, ЧДД 34– 36 в мин, АД 100/60 мм.рт.ст., пульс 120 в мин; при аускультации справа дыхание не выслушивается. На рентгенограмме: Справа легочный рисунок не просматривается, имеется уровень жидкости по VI межреберью, органы средостения смещены влево.

Лабораторные исследования: Hb – 88 г/л, Ht – 31/69, Эр – $2,0 \times 10^{12}$ /л

Вопросы по задаче:

1. Предоперационная подготовка.

2. Обследование.

3. Ход анестезии.

4. Возможные осложнения.

Ответ:

1. Предоперационная подготовка:

1) Пункция и катетеризация п/к вены справа, катетеризация мочевого пузыря

2) Инфузионная терапия под контролем центральной гемодинамики и диуреза (кристаллоиды, предпочтительнее р-р стерофундина или полиионные растворы; коллоиды)

3) Лабораторное обследование: общий анализ крови, б/х (глюкоза, амилаза, мочевины, креатинин, билирубин, трансаминазы, электролиты, КЩС, коагулограмма), группа крови, Rh – фактор.

ЭКГ

4) Перед вводным наркозом необходимо перевести напряженный пневмоторакс в открытый.

5) Возможные осложнения: регургитация и аспирация,

Задача № 5

Женщине 28 лет, предстоит операция – остеосинтез костей голени. Планируется проведение спинальной анестезии с использованием тяжелого маркаина. Рост женщины 158 см, вес 90 кг. Данные лабораторных исследований перед операцией без выраженной патологии.

Вопросы по задаче:

1. Предоперационная подготовка.
2. Ход анестезии.
3. Возможные осложнения.

Ответ:

1. Предоперационная подготовка:

- 1) Убедиться в наличии данных лабораторного обследования: общий анализ крови, б/х (глюкоза, амилаза, мочевины, креатинин, билирубин, трансаминазы, электролиты, КЩС, коагулограмма), группа крови, Rh – фактор.
- 2) ЭКГ
- 3) Обеспечение венозного доступа
- 4)

2. Схема анестезиологического пособия: перед проведением спинальной пункции проводится преинфузия (кристаллоидами), маркаин спинал вводится в дозе 12 мг, пациентка укладывается на спину с приподнятым головным, продолжается инфузионная терапия.

3. Возможные осложнения: мозаичная анестезия и высокий блок.

Задача № 6

Мужчина 68 лет на 2 день после резекции желудка, протекавшей с техническими трудностями, пожаловался на внезапно возникшую слабость, головокружение, шум в ушах. При осмотре: кожа бледная, дыхание свободное, ЧДД 34– 36 в мин, АД 70/40 мм.рт.ст., пульс 120 в мин. Живот не напряжен, небольшое притупление перкуторного звука по флангам.

Лабораторные исследования: Hb – 60 г/л, Ht – 31/69, Эр – $1,8 \times 10^{12}$ /л

Вопросы по задаче:

1. Диагноз
2. Предоперационная подготовка.
3. Обследование.
4. Ход анестезии.
5. Возможные осложнения.

Ответ:

1. Диагноз: подкапсульный разрыв селезенки. Геморрагический шок.

2. Предоперационная подготовка:

- 1) Пункция и катетеризация п/к вены справа, катетеризация мочевого пузыря
 - 2) Инфузионная терапия под контролем центральной гемодинамики и диуреза (кристаллоиды, предпочтительнее р-р стерофундина коллоиды, предпочтительнее гелофузин)
 - 3) Контроль наличия анализа группы крови, Rh – фактора.
 - 4) Заказ одноклассной Эр – массы и по показаниям свежзамороженной плазмы.
 - 5) При необходимости вазопрессорная поддержка
3. Выбор метода анестезии: многокомпонентная анестезия с интубацией и ИВЛ
4. Схема анестезиологического пособия: гипнотики, кетамин, наркотические анальгетики, миорелаксация.
5. Возможные осложнения: регургитация и аспирация, геморрагический шок, неуправляемая гипотония, остановка сердца

Задача № 7

Мужчине 78 лет проводится анестезиологическое пособие по поводу трансуретральной резекции аденомы предстательной железы.

Данные лабораторных исследований перед операцией без выраженной патологии.

1. Анестезиологическое пособие.

а) Во время общей анестезией отмечается снижение сатурации, повышение давления на вдохе. Снижение АД, аускультативно в легких влажные хрипы.

б) Во время спинальной анестезией отмечается ухудшение состояние. Жалобы на выраженную слабость, чувство «нехватки воздуха» снижение сатурации, повышение давления на вдохе. Снижение АД, аускультативно в легких влажные хрипы.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз
2. Ход анестезии.
3. Интенсивная терапия.

Ответ:

1. Предоперационная подготовка:

1) Убедиться в наличии данных лабораторного обследования: общий анализ крови, б/х (глюкоза, амилаза, мочевины, креатинин, билирубин, трансаминазы, электролиты, КЩС, коагулограмма), группа крови, Rh – фактор.

2) ЭКГ, консультация терапевта или кардиолога

3) Обеспечение венозного доступа

2. Выбором анестезии является спинальная анестезия. Схема анестезиологического пособия: перед проведением спинальной пункции проводится преинфузия (кристаллоидами), маркаин спинал вводится в дозе 12 мг, пациентка укладывается на спину с приподнятым головным, продолжается инфузионная терапия.

Возможные осложнения: мозаичная анестезия, высокий блок и ТУР – синдром.

Задача № 8

Мужчине 65 лет проводится анестезиологическое пособие по поводу резекции желудка.

Данные лабораторных исследований перед операцией без выраженной патологии. Больной перенес острый инфаркт миокарда год назад, на ЭКГ постинфарктный кардиосклероз.

Вопросы по задаче:

1. Предоперационная подготовка.
2. Ход анестезии.
3. Возможные осложнения.

Ответ:

1. Предоперационная подготовка:

6) Пункция и катетеризация п/к вены справа, катетеризация мочевого пузыря

7) Убедиться в наличии данных лабораторного обследования: общий анализ крови, б/х (глюкоза, амилаза, мочевины, креатинин, билирубин, трансаминазы, электролиты, КЩС, коагулограмма), группа крови, Rh – фактор.

8) ЭКГ, консультация терапевта или кардиолога

2. Выбор метода анестезии: многокомпонентная анестезия с интубацией и ИВЛ и эпидуральной анальгезией

3. Пункция и катетеризация эпидурального пространства, введение тест – дозы.

4. Схема анестезиологического пособия: атаральгезия, миорелаксация,

5. Возможные осложнения: регургитация и аспирация,

Задача № 9

Женщине 56 лет проводится анестезиологическое пособие по поводу пульмонэктомии. Данные лабораторных исследований перед операцией без выраженной патологии.

Вопросы по задаче:

1. Предоперационная подготовка.
2. Ход анестезии.
3. Возможные осложнения.

Ответ:

1. Предоперационная подготовка:
 - 1) Пункция и катетеризация п/к вены справа, катетеризация мочевого пузыря
 - 2) Убедиться в наличии данных лабораторного обследования: общий анализ крови, б/х (глюкоза, амилаза, мочевины, креатинин, билирубин, трансаминазы, электролиты, КЩС, коагулограмма), группа крови, Rh – фактор.
 - 3) ЭКГ, консультация терапевта или кардиолога
2. Выбор метода анестезии: многокомпонентная анестезия с интубацией и ИВЛ и эпидуральной анальгезией
3. Пункция и катетеризация эпидурального пространства, введение тест – дозы.
4. Схема анестезиологического пособия: атаральгезия, миорелаксация,
Возможные осложнения: регургитация и аспирация

Задача № 10

Женщине 38 лет предстоит операция – субтотальная резекция щитовидной железы. Больной в течение года проводилось консервативное лечение гипертиреоза. На момент операции достигнуто эутиреоидное состояние.

Вопросы по задаче:

1. Предоперационная подготовка.
2. Ход анестезии.
3. Возможные осложнения.

Ответ:

1. Предоперационная подготовка:
 - 1) Убедиться в наличии данных лабораторного обследования: общий анализ крови, б/х (глюкоза, амилаза, мочевины, креатинин, билирубин, трансаминазы, электролиты, КЩС, коагулограмма), группа крови, Rh – фактор.
 - 2) ЭКГ
 - 3) Обеспечение венозного доступа
2. Выбор метода анестезии: многокомпонентная анестезия с интубацией и ИВЛ
3. Схема анестезиологического пособия: атаральгезия, миорелаксация.
4. Возможное осложнение – тиреотоксический криз

Задача № 11

Женщина 74 лет поступила в приемное отделение после ДТП, с диагнозом открытый перелом костей обеих голени, кровотечение. При осмотре: кожа бледная, дыхание свободное, поверхностное, ЧДД 34– 36 вмин, при аускультации дыхание везикулярное. АД 100/60 мм.рт.ст., пульс 120 в мин;

Лабораторные исследования: Hb – 75 г/л, Ht – 41/69, Эр – $2,9 \times 10^{12}$ /л

Вопросы по задаче:

- 1.Предоперационная подготовка.
2. Ход анестезии.
3. Возможные осложнения.

Ответ:

1. Предоперационная подготовка:

- 1) Обезболивание наркотическими анальгетиками
 - 2) Пункция и катетеризация п/к вены справа, катетеризация мочевого пузыря
 - 3) Инфузионная терапия под контролем центральной гемодинамики и диуреза (кристаллоиды, предпочтительнее р-р стерофундина коллоиды, предпочтительнее гелофузин)
 - 4) Контроль наличия анализа группы крови, Rh – фактора.
 - 5) Заказ одноклассной Эр – массы и по показаниям свежзамороженной плазмы.
 - 6) При необходимости вазопрессорная поддержка
2. Выбор метода анестезии: многокомпонентная анестезия с интубацией и ИВЛ
3. Схема анестезиологического пособия: гипнотики, кетамин, наркотические анальгетики, миорелаксация.
4. Возможные осложнения: регургитация и аспирация,

Задача № 12

Экстренное кесарево сечение по поводу утяжеления гестоза. Доношенная беременность. Гестоз средней тяжести без эффекта от лечения. Стойкая артериальная гипертензия (АД 150/100), нарастание протеинурии. Время операции 12.00. Женщина принимала твердую пищу в 10.00. Вплоть до момента принятия решения об оперативном родоразрешении пила соки, воду.

Вопросы по задаче:

- 1.Предоперационная подготовка.
2. Ход анестезии.
3. Возможные осложнения.

Ответ:

1. Предоперационная подготовка:

- 1) Убедиться в наличии данных лабораторного обследования: общий анализ крови, б/х (глюкоза, амилаза, мочевины, креатинин, билирубин, трансаминазы, электролиты, КЩС, коагулограмма), группа крови, Rh – фактор.
- 2) ЭКГ
- 3) Обеспечение венозного доступа

2. Схема анестезиологического пособия: перед проведением спинальной пункции проводится преинфузия (кристаллоидами), маркаин - спинал вводится в дозе 12 мг, пациентка укладывается на спину с приподнятым головным, продолжается инфузионная терапия.

Возможные осложнения: мозаичная анестезия и высокий блок.

Проводится профилактики компрессии нижней полой вены.

Задача № 13

Женщина 23 лет поступила в ОИТ инфекционной больницы с диагнозом менингит. Состояние тяжелое, в сознании, заторможена. При осмотре: кожа бледная, дыхание свободное, аускультативно дыхание везикулярное с жестким оттенком, прослушивается по всем легочным полям, ЧДД 26 – 28 в мин, АД 100/50 мм.рт.ст., пульс 120 в мин; живот мягкий, безболезненный. Температура 39,9⁰С. Лабораторные исследования: Нв – 112 г/л, Нт – 30/70, Эр – 2,3× 10¹²г/л, лейкоцитоз – 12× 10¹²г/л, со сдвигом влево. На рентгенограмме легких большое количество инфильтративных теней. Рентгенологический диагноз – двухсторонняя пневмония. Из анамнеза известно, что за несколько дней до болезни провела выходные в деревне.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Ответ:

Учитывая клинику, анамнез, рентгенологическую картину предварительный диагноз – орнитоз.

Интенсивная терапия:

Нутритивная поддержка

Блокаторы протонной помпы (профилактика стресс - язв)

Антикоагулянтная терапия (профилактика тромбоэмболических осложнений)

Антибиотикотерапия (эритромицин)

Инфузионная терапия (коллоиды, кристаллоиды)

Жаропонижающие (перфолган)

К обследованию добавить анализ

Задача № 14

У больного, 39 лет, рост 182 см, вес 85 кг, после проведения РХПГ развился панкреонекроз. Больному проведена санационная лапаротомия, дренирование брюшной полости, сальниковой сумки. Вторые послеоперационные сутки. Лабораторные данные: ОАК: Нв – 100 г/л, Эр – 2,8× 10¹²г/л, лейкоцитоз – 12× 10¹²г/л, со сдвигом влево. Биохимический анализ крови: амилаза – 1600 ед, АСАТ – 140 нМ/ с×л, АЛАТ – 200 нМ/ с×л, глюкоза – 6,5 мм/л, общий белок – 56 г/л, остальные показатели в пределах нормы.

Вопросы по задаче:

1. Интенсивная терапия.
2. Рассчитать объем инфузионной терапии.
3. Рассчитать объем нутритивной поддержки.

Ответ:

Интенсивная терапия:

Голод

Блокаторы протонной помпы (профилактика стресс - язв)

Ингибиторы протеолиза

Антикоагулянтная терапия (профилактика тромбоэмболических осложнений)

Антибиотикотерапия (карбопены с гликопептидами)

Инфузионная терапия: полное парентеральное питание, коллоиды, кристаллоиды

Жаропонижающие (перфолган)

Мультимодальное обезболивание (НПВС, метамизол, продленная эпидуральная анальгезия)

Задача № 15

Мужчина, 52 лет поступил в приемное отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, понос, боли в животе. Первые симптомы заболевания появились 3 дня назад. Состояние тяжелое, в сознании, заторможен. Кожа бледная, сухая, дыхание свободное, ЧДД 22 в мин, АД 150/70 мм.рт.ст., пульс 100 в мин; язык сухой, живот болезненный при пальпации. Печень увеличена. Три дня назад употреблял в пищу грибы, возможно сыроежки. Лабораторные данные: ОАК: Hb – 150 г/л, Эр – $2,8 \times 10^{12}$ /л, Ht – 47, лейкоцитоз – 12×10^{12} /л, со сдвигом влево. Биохимический анализ крови: амилаза – 20 мг/с×л, АСАТ – 1100 нМ/ с×л, АЛАТ – 1200 нМ/ с×л, глюкоза – 3,4 мм/л, билирубин 30 мкМ/л, остальные показатели в пределах нормы.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Ответ:

Учитывая клинику, анамнез, диагноз – острое отравление грибами.

Интенсивная терапия:

Нутритивная поддержка

Блокаторы протонной помпы (профилактика стресс - язв)

Детоксикационная терапия (кристаллоиды, 5% раствор глюкозы)

Экстракорпоральная детоксикация (плазмаферез)

Задача № 16

Мужчина 47 лет поступил в приемное отделение с жалобами на слабость, головокружение, рвоту, боли в животе, «мелькание мушек» перед глазами. Первые симптомы заболевания появились 3 дня назад. Состояние тяжелое, в сознании, заторможен. Кожа и слизистые сухие, гиперемированные с цианотичным оттенком. Дыхание свободное, ЧДД 22 в мин, АД 100/70 мм.рт.ст., пульс 100 в мин. На кануне вечером употреблял с другом алкоголь купленный «с рук».

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Ответ:

Учитывая клинику, анамнез, предварительный диагноз – острое отравление суррогатами алкоголя (метиловым спиртом).

Интенсивная терапия:

Промывание желудка

Блокаторы протонной помпы (профилактика стресс - язв)

Детоксикационная терапия (кристаллоиды, 5% раствор глюкозы)

Форсированный диурез с ощелачиванием плазмы

Экстракорпоральная детоксикация (гемодиализ)

Задача № 17

Женщина 38 лет, поступила в приемное отделение с диагнозом не купируемый эпилептический припадок. Обнаружена дома. В комнате находился флакон с несколькими таблетками изониазида. Состояние тяжелое, сознание отсутствует, судороги эпилептиформного типа. Брадикардия, периодически возникает остановка дыхания. Из

анамнеза известно, что больная проходила курс лечения противотуберкулезными препаратами.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Ответ:

Учитывая клинику, анамнез, предварительный диагноз – острое отравление противотуберкулезными препаратами.

Интенсивная терапия:

Промывание желудка

Детоксикационная терапия (кристаллоиды, 5% раствор глюкозы)

Форсированный диурез

Антидотная терапия – витамин В6 – до 5 грамм

Экстракорпоральная детоксикация (гемодиализ)

Седативная терапия (атарактики, препараты барбитуровой кислоты)

ИВЛ

Задача № 18

Больная 19 лет, находилась на лечении в кардиологическом отделении по поводу бактериального эндокардита. Внезапно, состояние ухудшилось. Появилась выраженная слабость, поднялась температура до 40°C, АД снизилось до 60/30 мм.рт.ст., ЧСС 124 в мин.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Ответ:

Учитывая клинику, анамнез - у больной развился септический шок.

Инфузионная терапия: коллоиды, кристаллоиды

Кардиотоническая поддержка

Глюкокортикостероиды

Блокаторы протонной помпы (профилактика стресс - язв)

Антикоагулянтная терапия (профилактика тромбозов)

Антибиотикотерапия (карбапенемы с гликопептидами)

Жаропонижающие (перфолган)

Задача № 19

Женщина 30 лет с беременностью 34-35 недель поступает в приемное отделение роддома. При поступлении жалобы на головную боль, «мушки» перед глазами, познабливание. АД = 170/115. ЧСС = 96 в мин. Во время осмотра развивается генерализованный судорожный припадок.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Ответ:

Учитывая клинику, анамнез - у больной эклампсия.

Интенсивная терапия:

Седативная терапия (барбитураты, атарактики)

ИВЛ

Обеспечение венозного доступа

Катетеризация мочевого пузыря

Инфузионная терапия:

Магнезиальная терапия в периоперационном периоде

Кардиотоническая поддержка

Гипотензивная терапия

Экстренное родоразрешение в условиях МКА с ИВЛ.

Задача № 20

Больной 25 лет, находится на лечении отделении пульмонологии с диагнозом: Острая пневмония. После первого введения антибиотика АД снизилось до 60/30 мм. рт. ст., ЧСС 120 в мин., ЧДД 30 в мин., сознание отсутствует.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Ответ:

Учитывая клинику, анамнез - у больного развился анафилактический шок.

Вазопрессоры (адреналин)

Инфузионная терапия: коллоиды, кристаллоиды

Глюкокортикостероиды

Кардиотоническая поддержка

Антигистаминные средства

При необходимости интубация и ИВЛ

Задача № 21

Больной 72 лет, находится на лечении в отделении эндокринологии с диагнозом сахарный диабет, декомпенсация. Состояние ухудшилось, в сознании, заторможен, кожа и слизистые сухие АД 90/40 мм.рт.ст., ЧСС 120 в мин., дыхание шумное, редкое, запах ацетона изо рта.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Ответ:

Учитывая клинику, анамнез - у больной развилась декомпенсация сахарного диабета.

Определение уровня глюкозы крови.

Инфузионная терапия: кристаллоиды (полиионные растворы)

Постоянная инфузия инсулина со скоростью 1 ед/час

При снижении уровня глюкозы крови до 15 мм/л в инфузию добавить раствор глюкозы 5%

Блокаторы протонной помпы (профилактика стресс - язв)

Антикоагулянтная терапия (профилактика тромбоэмболических осложнений)

Задача №22

Больной 44 лет, доставлен в приемное отделение с диагнозом острый инфаркт миокарда. Жалобы на боли за грудиной с иррадиацией в левую руку. В сознании, заторможен, лицо бледное, кожные покровы с «мраморным» рисунком, холодный липкий пот, АД 80/40 мм. рт. ст., ЧСС 120 в мин., ЧДД 30 в мин.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Ответ:

Запись ЭКГ

Определение уровня КФК – МВ, ЛДГ

Провести тропониновый тест

УЗИ сердца

Обезболивание:

нитраты короткого действия;

наркотические анальгетики

Реваскуляризация:

тромболизис;

коронарное вмешательство (баллонная ангиопластика, стентирование, АКШ)

Дезагрегационная терапия

Ингибиторы АПФ

Задача № 23

Больная, 68 лет находится на лечении в офтальмологическом отделении с диагнозом глаукома. Внезапно потеряла сознание, кожа бледная, холодный липкий пот, АД снижено, пульс частый. Из анамнеза известно, что пациентка страдает сахарным диабетом.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Ответ:

Учитывая клинику, анамнез - у больной развилась гипогликемическая кома.

Раствор глюкозы 40% - 80 мл в/в струйно

Определение уровня глюкозы крови.

Задача № 24

Больная 53 лет, рост 162 см, вес 82 кг, доставлена в ОРИТ после проведения реанимационных мероприятий. Больная находилась на лечении в неврологическом отделении с диагнозом ОНМК по ишемическому типу.

Третьи сутки постреанимационного периода.

Вопросы по задаче:

1. Интенсивная терапия.
2. Рассчитать объем инфузионной терапии.
3. Рассчитать объем нутритивной поддержки.

Ответ:

Интенсивная терапия:

ИВЛ

Медикаментозное охранительное торможение

Энтеральное питание

Блокаторы протонной помпы

Антикоагулянтная терапия (профилактика тромбоэмболических осложнений)

Антибиотикотерапия

Инфузионная терапия: кардио – и вазопрессорная поддержка, коллоиды, полиионные растворы.

НП: Азотистый баланс = (потребленный белок (г) : 6,25) – (суточная мочевины мочи x 0,466 (г) +4), Оптимальная доставка глюкозы в организм соответствует 5 г/кг/мин. Превышение данной дозировки при излишнем увлечении глюкозной нагрузки приводит к возникновению проблем респираторного характера (опасность увеличенного синтеза углекислого газа и гиперкапнии), а также способствует развитию жировой инфильтрации печени. Суточное количество вводимых углеводов не должно превышать 5-6 г/кг/сутки, Жиры должны составлять не менее 30% от общего количества небелковых калорий. Рекомендуемая дозировка от 1 до 1,5 г/кг. В норме жиры составляют около 30-35 % в структуре небелковых калорий. Однако, доказано, что на фоне критического состояния и прогрессирования явлений гиперметаболизма-гиперкатаболизма доля жиров должна достигать 50-55 %.

Задача № 25

Ребенок 1 года 4 месяцев поступил в стационар на 3-й день болезни. Заболел остро: появилось недомогание, насморк, температура 37,4⁰С. К вечеру наблюдалась осиплость голоса, грубый «лающий» кашель, затруднение дыхания. В течение 3-х дней ребенка лечили дома. Приступы удушья в каждую последующую ночь становились все тяжелее и продолжительнее, аппетит плохой. При поступлении девочка бледная, вялая. Отмечается значительное втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании, одышка до 50 в мин. Осиплость голоса, временами полная афония, цианоз носогубного треугольника. Пульс ритмичный, тахикардия до 160 в мин. Газовый состав крови : рН 7,289; рСО₂ 67,6; рО₂ 40,0; НСО₃⁻ 31,4 ммоль/л; ВЕ +3,2.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Оценить газовый состав крови.
4. Методы респираторной терапии.

Ответ

Диагноз: острый ларинготрахеит
Дифференцируют с: инородные тела верхних дыхательных путей; корь, ветряная оспа, стенозы при скарлатине; дифтерийный круп (истинный круп) – дифтерийное поражение гортани; абсцедирующий заглоточный процесс; астматическое осложнение пневмонии, бронхиальная астма; папилломы на гортани.
Газовый состав крови: рН снижена в кислую сторону, рСО₂ больше на 20мм., НСО₃⁻ больше нормы на 5ммоль/4, ВЕ больше нормы на 1,2 Вывод – компенсированный дыхательный ацидоз

Показания к интубации:

- 1) гипоксемия — Парциальное давление ниже 50 мм рт. ст. при концентрации вдыхаемого кислорода выше 50 %;

- 2) гиперкапния и ацидоз — PаCO_2 выше 55 мм рт. ст. при рН меньше 7,35;
- 3) нарастающая гипоксия — цианоз, эйфория, нарушения сознания.

Методы респираторной поддержки: интубация трахеи трубкой малого диаметра без манжетки. Если нет возможности – Преднизолон 40мг в/в, масочная оксигенация. Если нет эффекта и интубация невозможна – трахеостомия.

Задача № 26

Ребенок в возрасте 2 лет на фоне переносимой вирусной инфекции с явлениями ринита и проводимой симптоматической терапии стал вялый, кожные покровы бледные, холодные, частота сердечных сокращений 70 в минуту, артериальное давление 70/40. Отмечается миоз со снижением реакции зрачков на свет.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Ответ.

1. Отравление сосудосуживающими препаратами (нафтизин или его гомологи) средней тяжести.
2. Интенсивная терапия.
 - А) Оральная дегидратация
 - Б) М холиноблокатор периферического действия: 0,1% р-р атропина сульфата в дозе 0,1 мл на год жизни подкожно.
 - В) преднизолон в дозе 1-2 мг/ кг в/м

Задача № 27

У ребенка 3 мес. жизни, находящегося на стационарном лечении по поводу правостороннего пневмонии, в течение 2-х суток прогрессивно ухудшилось состояние. Температура 39-40, сопровождается ознобом. Сознание спутанное, периодически отмечается судорожные подергивания мышц лица, конечностей. Кожные покровы бледные с мраморным рисунком, землистым оттенком, акроцианоз. Одышка увеличилась до 70 в мин с раздуванием крыльев носа, участием вспомогательной мускулатуры. Тахикардия до 200 уд.в мин, пульс слабого наполнения и напряжения. АД 60/30 мм рт.ст. Олигурия. Отмечается парез желудочно-кишечного тракта, неоднократная рвота. В анализе крови лейкоцитоз 28000 с выраженным нейтрофильным и палочкоядерным сдвигом, тромбоцитопения, токсическое изменение крови, анемия. Лейкоцитарным индекс интоксикации = 7. КОС: рН= 7,22, рCO_2 -33мм рт.ст., ВЕ - -18ммоль/л.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Ответ:

Нейротоксический синдром.

Острая респираторная вирусная инфекция (грипп).

Гипоксическая кома, острая надпочечниковая недостаточность.

Мероприятия:

- антипиретики, восполнение ОЦК, противосудорожная терапия.

Задача № 28

Ребенок 8 лет был сбит автомобилем. Доставлен в больницу через час после получения травмы. Состояние тяжелое. Без сознания. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь. В области лица ссадины, на теменной и височной областях гематомы. Скальпированная рана левой голени бедра в в/3. Дыхание поверхностное, частое. Левая половина грудной клетки отстает в дыхании. Там же имеются гематомы и крепитация в области 8-10 ребер. Пульс 130 уд. в мин. ритмичный, ослабленного наполнения. АД 60/20 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Индекс Анговерна равен 1,1. Живот напряжен, особенно в левой половине. Зрачки обычных размеров, одинаковые, реакция на свет вялая. Физиологические рефлексы вялые, патологических знаков нет.

При рентгенологическом исследовании травматических повреждений костей черепа нет. Перелом левого бедра со смещением обломков в в/3. Перелом 8-10 ребер слева.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Ответы:

Закрытая черепно-мозговая травма, скальпированная рана бедра и левой голени, перелом ребер слева, перелом левого бедра со смещением. Травматический шок III ст.. Подозрение на повреждение внутренних органов живота.

Лечение: динамический контроль за Нв, Нт, характером болей в животе для исключения внутрибрюшного кровотечения. Внутривенная инфузионная терапия с целью восполнения ОЦК и коррекции ацидоза. Имобилизация конечности и обезболивание (местные анестетики, наркотические анальгетики), решение вопроса о переводе на ИВЛ.

Задача № 29

Больная 7 лет поступила в больницу в тяжелом состоянии на 1-й день болезни. Жалуется на сильные головные боли, многократную рвоту, светобоязнь. Температура тела 39,5°C, отмечается гиперчувствительность, общая выраженная слабость, апатия, положительные менингеальные знаки.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Задача № 30

Ребенок 27 дней жизни поступил в приемное отделение детской больницы. Из анамнеза известно: масса ребенка при рождении 4200г, при поступлении 4000г. Ребенок в сознании, сосет жадно, но срыгивает фонтаном после каждого кормления. Живот не вздут, мягкий, положительный симптом «песочных часов». Стул желтый. Диурез снижен. ЧСС 180 вмин, АД 50/28. Видимые слизистые сухие, большой родничок запавший, тургор тканей снижен. В анализах крови: Нв 180 г/л, Нт 57%,о.белок 75 г/л, Na⁺ 130ммоль/л, K⁺ 1,8 ммоль/л, сахар 2,0 ммоль/л. Газовый состав крови : рН 7,55; рСО₂48 мм.рт.ст.; рО₂80 мм.рт.ст.; НСО₃⁻ 31 ммоль/л; ВЕ +10.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Степень и вид дегидратации.
3. Интенсивная терапия.

4. Рассчитать объем инфузионной терапии для предоперационной подготовки и ее состав.
5. Анестезия.

Ответ

Диагноз: Пилоростеноз - неправильное развитие пилорического отдела желудка новорожденных детей, при котором привратник очень резко сужен, что мешает проталкиванию содержимого желудка в 12 – перстную кишку. В связи с чем возникает сильная рвота. Пилоростеноз является врожденной патологией и может передаваться по наследству.

Симптомы: после кормления ребёнка появляются срыгивания и рвота. Затем появляется резкая рвота «фонтаном», высота которого может достигать 1 метра. Количество рвотных масс даже больше, чем скушал малыш. Рвотные массы представляют собой створоженное молоко с кислым запахом без примеси желчи. Данная патология проявляется в первые две – три недели жизни ребёнка. В дальнейшем малыш теряет в весе. Количество выделяемой мочи уменьшается, она становится более концентрированной по цвету и по запаху, вследствие обезвоживания появляются запоры. Кожа малыша теряет эластичность. Родничок западает. Ребёнок становится беспокойным. Пилоростеноз у детей ещё проявляет себя в виде симптома, называемого «песочные часы». Проявляется он, если ребёнку дать попить или погладить животик в области желудка, чья усиленная перильстатика обозначит себя вздутием в этом месте. Пальпаторное определение утолщенного привратника и установление при рентгенологическом исследовании удлинения и сужения пилорического канала говорят в пользу пилоростеноза.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз острой формы пилоростеноза следует проводить с пилороспазмом, непроходимостью желудка врожденной высокой кишечной непроходимостью, привычными рвотами.

При спазме заболевание начинается постепенно, – со срыгиваний которые носят непостоянный характер, не оказывая существенного влияния на общее состояние ребенка и его массу тела. При пилороспазме опорожнение желудка начинается через 10 мин после приема контрастного вещества и оканчивается через 3–6 ч.

Врожденную непроходимость желудка клинически и рентгенологически чрезвычайно трудно отличить от острой формы пилоростеноза. Обычно окончательный диагноз устанавливают во время оперативного вмешательства.

Врожденные аномалии двенадцатиперстной кишки отличается от пилоростеноза по окрашенным желчью рвотным массам и характерной рентгенологической картине. При врожденной кишечной непроходимости рвота обычно начинается с первого дня жизни, в то время как при пилоростенозе – значительно позднее. Иногда контрастное вещество (при пилоростенозе), оставшееся в желудке, может иметь на рентгенограмме вид двух депо, расположенных по обе стороны от позвоночника, что сходно с рентгенологической картиной при высокой непроходимости кишечника. В этих случаях диагностике помогает боковая рентгенография – расширенная двенадцатиперстная кишка обычно расположена кзади от желудка.

Привычная рвота и срыгивания довольно часто встречаются у детей первых месяцев жизни, но это нарушение функции желудка обычно не изменяет общего состояния ребенка, не вызывает падения массы тела.

Дегидратация гипотоническая 1 степени (Ht 57, в N 36; Na 130, в N 135-145; потеря массы тела до 5%), гипокалиемия(1,8 в N 3,8-5,2), гипогликемия(2,0). Частично компенсированный алкалоз.

1. Обеспечение физиологических потребностей (ФП). 140-160 мл/кг/сут

$160 * 4,0 = 640$ мл/кг/сут

2. Устранение дефицита воды и ионов. Наиболее простым и самым точным (при остро возникшей патологии) способом определения дефицита воды является вычисление разницы

массы тела ребенка до заболевания и на момент обследования (весовой метод). Разница масс в килограммах будет соответствовать дефициту жидкости в литрах.

$4,2 - 4,0 = 0,2$ литра

Дефицит Na^+ (ммоль) = $(140 - \text{Na}^+_{\text{б}}) * \text{М.Т.} * \text{К}$ где $\text{Na}^+_{\text{б}}$ — концентрация натрия в плазме больного; К — коэффициент внеклеточной жидкости, который равен 0,5 у новорожденных, 0,3 у детей и 0,2 у взрослых

$(140 - 130) * 4,0 * 0,3 = 12$ ммоль

Дефицит K^+ (ммоль) = $(5 - \text{K}^+_{\text{б}}) * \text{М.Т.} * \text{К}$, где $\text{K}^+_{\text{б}}$ — плазменная концентрация калия пациента, а К — коэффициент внеклеточной жидкости.

$(5 - 1,8) * 4,0 * 0,3 = 4$ ммоль Концентрация калия хлорида не должна превышать 0,3–0,5% (максимально 6 мл 7,5% KCl на 100 мл глюкозы). Чаще всего используется 7,5% раствор хлорида калия (1 мл 7,5% KCl содержит 1 ммоль K^+). 7,5% р-р KCl 4 мл + 10% р-р глюкозы 100 мл

3. Возмещение текущих патологических потерь.

Восполнение патологических потерь из ЖКТ производится инфузией полиионных кристаллоидов, реже — коллоидов.

Возмещение перспирационных патологических потерь обеспечивается введением изо- (5%) или гипотонических растворов сахаров в объеме, рассчитываемом следующим образом. В программу инфузионной терапии добавляют 10 мл/кг/сут на каждый градус при подъеме температуры тела свыше 37°C . При наличии постоянного тахипноэ на каждые 10 дыхательных циклов в минуту сверх физиологической нормы следует добавлять 7-8 мл/кг/сут.

4. Устранение нарушений КОС. Метаболический алкалоз. Основными причинами сдвига реакции внутренней среды в щелочную сторону являются передозировка бикарбоната натрия, массивные потери желудочного сока с рвотой и гипокалиемия. Терапия метаболического алкалоза трудна и длительна, поэтому его легче предупредить чем лечить. Профилактика развития подобного изменения КОС состоит в восполнении дефицита калия в организме, правильном и разумном применении инфузий буферных растворов, а также в нормализации функции ЖКТ.

Начальный этап ИТ, на который отводится от 40 минут до 2 часов. В этот период производят инфузию так называемого стартового раствора. Это может быть изотонический раствор глюкозы при наличии у пациента гипертонической дегидратации; полиионный кристаллоидный раствор при потерях из желудочно-кишечного тракта или коллоидный препарат, если у больного наблюдаются выраженные изменения гемодинамики (артериальная гипотензия в сочетании с выраженной тахикардией и анурией).

Учитывая важность ионов магния для организма ребенка, а также то, что потери магния идут параллельно с потерями калия на первом этапе регидратационной терапии показано введение 25% раствора магния в дозе 0,5–0,75 ммоль/кг (1 мл раствора – 1 ммоль магния). 25% р-р магния 3,0 мл + 0,9% р-р NaCl 100 мл

Регидратационная терапия проводится 10% раствором глюкозы в сочетании с 0,9% раствором хлорида натрия в соотношении (1:1).

Предоперационная подготовка:

$2,5 * \text{масса тела} + 10,0 = 2,5 * 4,0 + 10,0 = 20,0$ мл/час + 4 мл/кг/час = 36,0 мл/ час

10% р-р глюкозы 478 мл/сутки

0,9% р-р NaCl 478 мл/сутки

Задача № 31

В связи с острой внутриутробной гипоксией плода проведено экстренное кесарево сечение. При осмотре ребенка сразу после рождения отмечается разлитой цианоз, дыхательные движения судорожные, ЧД 10-15 в мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС 60 в мин. Пульс на периферических сосудах не определяется. Спонтанная двигательная активность отсутствует, рефлексы угнетены.

Вопросы по задаче:

1. Оценить состояние ребенка.
2. Определить основные синдромы, которые требуют немедленного лечения.
3. Описать последовательность действий врача-неонатолога.

Ответ

Основной синдром: Асфиксия новорожденных - клинический синдром проявляющийся в первые минуты жизни затруднением или отсутствием самостоятельного дыхания

Признаки подтверждающие диагноз перинатальной асфиксии:

✓ Смешанный или метаболический ацидоз в анализе артериальной крови сразу после рождения (рН менее 7)

✓ Оценка по шкале Апгар 0 – 3 балла в течении не менее 5 минут

✓ Неврологические проявления у новорожденного (нарушения сознания, судороги)

✓ Поражение нескольких органов

1. Переложить ребенка на подогреваемый столик (открытая реанимационная система)

2. Поддержание температуры тела. Источник лучистого тепла

3. Обсушить ребенка промокая пеленкой, Не вытирать. Влажная пеленка должна быть сброшена.

4. Начальный этап (Первые 30 секунд обеспечить проходимость дыхательных путей):

- Придание положения на спине. Уложить голову в срединное положение
- Использовать предварительно нагретое реанимационное место и теплую пеленку
- Обтереть (промакнуть) ребенка (удаление влажной пеленки)

5. Придание ребенку положения на спине со слегка запрокинутой головой

6. В течение 10 сек нет самостоятельного дыхания, то проводится санация

1. Баллончик или спец. катетер подключенный к аспиратору. Разряжение не более 100 мм рт. ст. (0,1 атм); Введение катетера на глубину не более 5 см;

2. Санация резиновой «грушей»

3. Санация в течение 5 секунд: рот, затем носовые ходы;

4. Глубокая санация: брадикардия, ларинго- и бронхоспазм.

7. Тактильная стимуляция в течение 10-15 секунд (Обсушивание ребенка – само по себе является тактильной стимуляцией, похлопывание или пощелкивание по подошвам, трение спины)

8. Искусственная вентиляция легких. Показания к проведению:

1. Отсутствие дыхания;

2. Нерегулярное дыхание (судорожное типа «gaspings»);

3. ЧСС < 100 уд/мин.

ИВЛ через лицевую маску (Начальный этап – 30 секунд): пиковое давление 20-25 см вод. ст. Вдох:выдох = 1:1 В последующем: пиковое давление 18-22 см вод. ст. (мах = 30 см вод. ст.) Вдох:выдох = 1:2

Критерии эффективности ИВЛ (Через 30 секунд – оценка ЧСС):

- 100 и более Продолжить ИВЛ до восстановления самостоятельного дыхания

- от 60 до 100 Плотность прилегания маски; Голову чуть больше разогнуть; Увеличить давление на вдохе; Санация ВДП - Интубация трахеи (**Метка у угла рта (см) = 6 см + масса тела больного в кг**) – ИВЛ ч/з эндотрахеальную трубку - Верификация положения эндотрахеальной трубки – **КАПНОГРАФИЯ!**

- 60 и менее Интубация трахеи - ИВЛ ч/з эндотрахеальную трубку - Непрямой массаж сердца + 100 % кислород эндотрахеальную трубку

9. Постановка желудочного зонда (После «нескольких» минут (3 – 5) принудительной вентиляции с положительным давлением (ППД), если есть значительное вздутие живота, мешающее вентиляции)

10. Непрямой массаж сердца показан при ЧСС менее 60 уд/мин на фоне адекватной ИВЛ, проводимой 30 секунд. Непрямой массаж сердца следует выполнять только на фоне адекватной ИВЛ. Установите ритм: (3:1) “Раз, и два, и три, и вдох, и...”

11. Лекарственная терапия:

Адреналин Концентрация вводимого раствора - 1:10000 (0,1 мг/мл) Рекомендуемая доза для внутривенного введения 0,1 - 0,3 мл/кг (0,01-0,03 мг/кг) приготовленного раствора. При эндотрахеальном введении адреналина рекомендуемая доза в 3 раза выше – 0,3-1 мл/кг (0,03-0,1 мг/кг).

Физиологический раствор Дозировка изотонического раствора натрия хлорида – 10 мл/кг. Способ введения - в вену пуповины, струйно, медленно. Рекомендуемую дозу физиологического раствора недоношенным детям следует вводить не быстрее, чем за 5 минут.

Гидрокарбонат натрия отсутствие эффекта от непрямого массажа сердца, введения адреналина и восполнения ОЦК на фоне адекватной ИВЛ (предполагаемый тяжелый метаболический ацидоз, угнетающий сердечную деятельность и дыхание). Дозировка вводимого раствора - 2 мэкв/кг или 4 мл/кг 4% раствора. Способ введения - в вену пуповины со скоростью 2 мл/кг/минуту (не быстрее, чем за 2 минуты).

12. В случае необходимости транспортировки ребенка на расстояние более 15-30 метров, транспортировка должна осуществляться в кувезе, при необходимости, на фоне продолжающейся ИВЛ и инфузии лекарственных препаратов.

Задача № 32

В отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, поступил больной 45 лет, с DS: Флотирующий тромб нижней полой вены. Массивная тромбоэмболия легочной артерии. Больному планируется выполнить ангиопульмонографию. Ранее больному не проводили рентгеноконтрастных исследований. После введения рентгеноконтраста состояние больного ухудшилось. Больной пожаловался на затруднение дыхания, потемнение в глазах. При осмотре: состояние тяжелое. Кожа гиперемирована, влажная. В легких аускультативно дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 120 в мин., АД – 80/60 мм.рт.ст.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Ответ

Диагноз: Анафилактическая реакция на рентгеноконтраст. Анафилактический шок.

Интенсивная терапия:

Остановить введение рентгеноконтраста. Кислородная поддержка.

Ввести адреналин 0,1% -0,01–0,5 мг.

Инфузионная терапия (коллоиды и кристаллоиды) 1-2 литра.

Глюкокортикоиды (дексаметазон-12 мг).

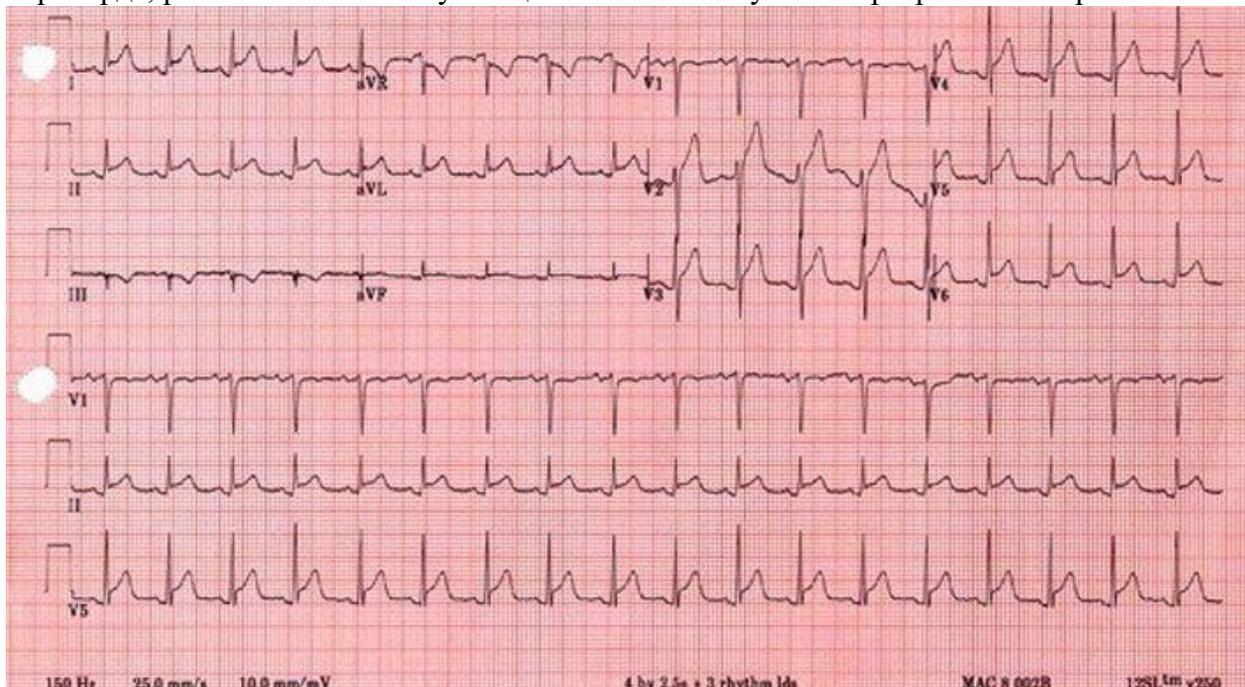
Антигистаминные препараты (супрастин 50-75 мг).

Эуфиллин 2,4%-10 мл.

Задача № 33

Пациент. 42 лет, поступил с жалобами на боль в прекардиальной области и за грудиной, распирающего характера, усиливающуюся при дыхании и движении. Появление боли отметил 3 дня назад. Вирусные инфекции, вакцинации в недавнем прошлом отрицает. В анамнезе отсутствуют указания на наличие артериальной гипертензии, ИБС,

предшествующие хирургические вмешательства на сердце и сахарный диабет. Больной не принимает никаких лекарственных препаратов. В сознании, очаговой неврологической симптоматики нет. Нормотермия. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы симметрично. ЧСС – 103 в мин, АД – 160/102 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Над аортой выслушивается ранний диастолический шум, шума трения перикарда, ритма галопа нет. Пульсация плечевых и лучевых артерий симметрична.



Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Ответ:

ОИМ

Запись ЭКГ

Определение уровня КФК – МВ, ЛДГ

Провести тропониновый тест

УЗИ сердца

Обезболивание:

нитраты короткого действия;

наркотические анальгетики

Реваскуляризация:

тромболизис;

коронарное вмешательство (баллонная ангиопластика, стентирование, АКШ)

Дезагрегационная терапия

Ингибиторы АПФ

Задача № 34

В приемное отделение родителями доставлен ребенок 2-х лет в очень тяжелом состоянии. Со слов родителей ребенок играл самостоятельно без их присмотра. Они обнаружили его за 1 час до поступления в клинику с выраженными изменениями общего состояния, которые выражались в нарушении и шаткости походки и координации, ребенок стал вялым,

адинамичным, отказывался от еды, стал сонливым. Затем ребенок заснул, разбудить его родители не смогли. При осмотре кожные покровы бледные, мышечный тонус снижен. Гипорефлексия. На осмотр реакции нет. На сильный болевой раздражитель появляется двигательная защитная реакция. Разбудить ребенка не удастся. Зрачки средней величины, симметричны с вялой реакцией на свет. Дыхание самостоятельное. Брадикардное с частотой до 10-12 в минуту. Пульс около 70, ритмичный, хорошего наполнения.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Ответ

Диагноз: Полимедикаментозное отравление. Кома неясной этиологии.

(Провести дифференциальный диагноз с ЧМТ. Необходимо собрать более тщательный анамнез, КТ головного мозга, анализ крови на токсикологические вещества).

Интенсивная терапия:

Промывание желудка через назогастральный зонд.

Перевод на ИВЛ (FiO₂ не менее 60%; положительное давление на вдохе 15-20 см вод ст;

Положительное давление на выдохе 3-5 см вод ст; дыхательный объем 4-7 мл/кг; частота

Дыхания 20-25 в мин; скорость потока газовой смеси, инспираторный поток газа 5-10 л/мин;

Время вдоха T_i 0,35-0,5с; время выдоха T_e 0,7-1,0с; соотношение фаз вдоха и выдоха T_i:T_e 1:1 или 1:2).

Инфузионная терапия (коллоиды, кристаллоиды) 1,5 л. Форсированный диурез,

Фуросемид (детям от периода новорожденности до 5 лет из расчета 0,025 мл 2 % раствора на 1 кг массы тела).

Задача № 35

Через час после кормления в отделении патологии новорожденных медсестра обнаружила ребенка 14 дней жизни с остановкой дыхания. Ребенок массой 2,5 кг, лечился в стационаре по поводу пневмонии. Вызванные врачи анестезиологи-реаниматологи, определили отсутствие сознания и дыхания, аускультативно выслушивались единичные сердечбиения. Кожные покровы с разлитым цианозом, зрачки расширены, реакция на свет была сомнительной.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Ответ:

1. Диагноз: Идиопатическое апноэ. Брадикардия. Разлитой цианоз.

2. Осмотр полости рта, аускультация легких и сердца, ЭКГ, сатурация, кЩС, мониторинг жизненных показателей

3. Приступить к неотложным мероприятиям и экстренному переводу ребенка в орнит. Просанитировать полость рта и ротоглотку, интубировать ребенка и приступить к слр в следующем порядке: вдох (мешок Амбу), затем три компрессии грудной клетки и так до подключения ребенка к аппарату ивл. На аппарате ивл необходимо выбрать режим SIMV (синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция) с частотой 60/мин, с начальным уровнем FiO₂ 30-35%, пиковое давление вдоха 16-20 см H₂O, давление на вдохе 4-5 см H₂O, время вдоха 0,4, поток 8л/мин (последующем при стабилизации состояния перевод в режим sipar и далее перевод на самостоятельное дыхание и экстубация). Далее

необходима интенсивная терапия в соответствии с полученными данными КЩС и ЭКГ: при декомпенсированном ацидозе необходимы бикарбонаты из расчета количество бикарбоната (ммоль) = (дефицит оснований) x масса (кг) x 0,3 в дозе 0,5 ммоль/кг, для профилактики брадикардии атропин 0,01 мг/кг, антибиотикотерапия в соответствии с основным заболеванием в/в капельно, зондовое питание грудным молоком или смесью для недоношенных (пре-нан).

Задача № 36

В приемное отделение поступил больной 30 лет, с жалобами на головную боль, некоторое учащение дыхания, головокружение, шум в ушах, слабость, тошноту. Отмечается рвота, судороги конечностей. Из анамнеза известно, что с суицидальной целью 2 часа назад выпил неизвестный порошок синего цвета. Состояние тяжелое, в сознании. Кожные покровы серовато-сиреневатой окраски; зрачки D=S, температура 36,3, дыхание учащенное поверхностное прерывистое, ЧДД=30 в мин, АД=40/0, ЧСС=95 уд.в мин. Живот мягкий, безболезненный.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: Кровь в пробирке шоколадного цвета. Анализ мочи: Относительная плотность-1,022, цвет шоколадно-бурый, белок- 0,56 мкг/л, глюкоза отсутствует, эритроциты-25 в поле зрения лейкоциты-3-4 в поле зрения, P02(арт)-50 мм.рт.ст., BE (-30), pH- 7,0, pCO₂- 60 мм.рт.ст.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Ответ:

Диагноз: Острое отравление метгемоглобинообразователями (медный купорос).

В плане обследования: общеклинический анализ крови и мочи, б/х анализ крови, КЩС, MetHb крови в динамике; , рентгенография гр. Клетки, ЭКГ.

Лечение: промыть желудок через зонд, ИВЛ, антидотная терапия (унитиол), инфузионная терапия методом форсированного диуреза, гемодиализ+ заменное переливание крови.

Задача № 37

В гастроэнтерологическом отделении на лечении находилась пациентка 76 лет с диагнозом обострение хронического панкреатита. К вечеру состояние ухудшилось. В сознании, заторможена. Жалобы на выраженную слабость, тошноту, боли в животе без четкой локализации. Из анамнеза известно: заболела накануне вечером. Остро, появились боли в верхней половине живота, тошнота, рвота. При осмотре: Кожа и видимые слизистые бледноваты. Умеренная пастозность голеней. Язык суховат. Аускультативно жесткое дыхание по всем легочным полям. Гемодинамика со склонностью к гипотонии, АД – 90/50 мм рт.ст., пульс 112 в мин., удовлетворительного наполнения. Живот не вздут, мягкий умеренно болезненный по всем отделам, перестальтика выслушивается. Мочи нет с момента поступления. Лабораторные данные: ОАК: НЬ – 110 г/л, Эр – $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитоз – 12×10^{12} /л, со сдвигом влево. Биохимический анализ крови: амилаза – 100 ед, , глюкоза – 6,5 мм/л, общий белок – 56 г/л, мочевины – 17 мм/л, креатинин – 0,15 мкм/л остальные показатели в пределах нормы.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Ответ

- 1 можно предположить двусторонний блок почек
- 2 УЗИ почек
- 3 нефростомия, коррекция ВЭБ, антибиотикотерапия

Задача № 38

В приемное отделение поступает пациент 17 лет с жалобами на выраженную слабость. Тошноту и рвоту при виде воды. Из анамнеза: Спортсмен, готовится к соревнованиям. Тренировался много, пытался сбросить вес. В сознании, заторможен. При осмотре: Кожа и видимые слизистые обычного цвета. Язык суховат. Аускультативно везикулярное дыхание по всем легочным полям. Гемодинамика стабильная, АД –110/60 мм рт. ст., пульс 68 в мин., удовлетворительного наполнения. Живот не вздут, безболезненный, перистальтика выслушивается. Мочи нет в течение дня. Лабораторные данные: ОАК: Нв – 150 г/л, Эр – $4,5 \times 10^{12}$ /л, Нт – 46, остальные показатели в пределах нормы.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Ответ

- 1 нарушение ВЭБ. Гипогидротация
- 2 УЗИ почек
- 3 Инфузионная терапия под контролем ЦВД, скорости диуреза

Задача № 39

В приемное отделение поступает пациент 30 лет. Уровень сознания кома. При осмотре: Кожа и видимые слизистые обычного цвета. Аускультативно везикулярное дыхание по всем легочным полям. Гемодинамика стабильная, АД –110/60 мм рт.ст., пульс 68 в мин., удовлетворительного наполнения. Живот не вздут, безболезненный, перистальтика выслушивается. Мочи нет с момента в течение дня. Из анамнеза известно найден в машине в состоянии алкогольного опьянения. Лабораторные данные: ОАК: Нв – 150 г/л, Эр – $4,5 \times 10^{12}$ /л, Нт – 46, остальные показатели в пределах нормы.

Биохимический анализ крови: амилаза – 100 ед, глюкоза – 6,5 мм/л, общий белок – 56 г/л, мочевины – 30 мм/л, креатинин – 0,4 мкм/л остальные показатели в пределах нормы. Алкоголь крови 1,0 ‰

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Ответ

- 1 токсическое действие алкоголя, кома, синдром позиционного сдавления
- 2 РКТ головного мозга, УЗИ почек
- 3 детоксикационная терапия методом форсированного диуреза под контролем ЦВД и скорости диуреза, коррекция ВЭБ и КОС, геиодиализ

Задача № 40

Больная, 62 лет, рост 162 см, вес 85 кг, находится в ОРИТ с диагнозом разлитой каловой перитонит несостоятельность межкишечного анастомоза, сепсис. Больной проведена санационная релапаротомия, дренирование брюшной полости. Вторые послеоперационные сутки. Кожа и видимые слизистые бледноваты. Аускультативно жесткое дыхание, ослабленное в базальных отделах. Гемодинамика стабильная, АД –110/60 мм рт.ст., пульс

112 в мин., удовлетворительного наполнения. Живот вздут, перистальтика вялая. ЦВД 40 мм.вод. ст. Лабораторные данные: ОАК: Нб – 88 г/л, Эр – $2,1 \times 10^{12}$ г/л, лейкоцитоз – 16×10^{12} г/л, со сдвигом влево. Биохимический анализ крови: амилаза – 450 ед, АСАТ – 140 нМ/с×л, АЛАТ – 200 нМ/с×л, глюкоза – 6,5 ммМ/л, общий белок – 40 г/л, мочевины – 30 ммМ/л, креатинин – 0,4 мкМ/л.

Вопросы по задаче:

1. Интенсивная терапия.
2. Рассчитать объем инфузионной терапии.
3. Рассчитать объем нутритивной поддержки.

Ответ:

Интенсивная терапия:

ИВЛ

Медикаментозное охранительное торможение

Энтеральное питание

Блокаторы протонной помпы

Антикоагулянтная терапия (профилактика тромбозов)

Антибиотикотерапия

Инфузионная терапия: кардио – и вазопрессорная поддержка, коллоиды, полиионные растворы.

НП: Азотистый баланс = (потребленный белок (г) : 6,25) – (суточная мочевины мочи × 0,466 (г) + 4), Оптимальная доставка глюкозы в организм соответствует 5 г/кг/мин. Превышение данной дозировки при излишнем увлечении глюкозной нагрузки приводит к возникновению проблем респираторного характера (опасность увеличенного синтеза углекислого газа и гиперкапнии), а также способствует развитию жировой инфильтрации печени. Суточное количество вводимых углеводов не должно превышать 5-6 г/кг/сутки, Жиры должны составлять не менее 30% от общего количества небелковых калорий. Рекомендуемая дозировка от 1 до 1,5 г/кг. В норме жиры составляют около 30-35 % в структуре небелковых калорий. Однако, доказано, что на фоне критического состояния и прогрессирования явлений гиперметаболизма-гиперкатаболизма доля жиров должна достигать 50-55 %.

Задача № 41

Больная, 62 лет, рост 162 см, вес 85 кг, доставлена в приемное отделение с диагнозом острый аппендицит, перитонит. Болеет 6 дней. Кожа и видимые слизистые бледноваты. Аускультативно жесткое дыхание, ослабленное в базальных отделах. Гемодинамика стабильная, АД – 110/60 мм рт.ст., пульс 112 в мин., удовлетворительного наполнения. Живот вздут, перистальтики нет. ЦВД отрицательное. Лабораторные данные: ОАК: Нб – 98 г/л, Эр – $2,1 \times 10^{12}$ г/л, лейкоцитоз – 16×10^{12} г/л, со сдвигом влево. Биохимический анализ крови: амилаза – 450 ед, АСАТ – 140 нМ/с×л, АЛАТ – 200 нМ/с×л, глюкоза – 6,5 ммМ/л, общий белок – 40 г/л, мочевины – 30 ммМ/л, креатинин – 0,4 мкМ/л.

Вопросы по задаче:

1. Предоперационная подготовка.
2. Обследование.
3. Ход анестезии.
4. Возможные осложнения.

Ответ

Предоперационная подготовка 2-3ч.

Катетеризация мочевого пузыря,

Назогастральный зонд,

Катетеризация центральной вены.

Анализы (КЩС, электролиты, гемоглобин, гематокрит)

ЭКГ

Рентген брюшной полости.

Инфузионная терапия:

На ранних стадиях перитонитах, когда гемодинамические расстройства нерезко выражены (обезвоживание не превышает 10% от массы тела), общий объем инфузии до операции составляет 20-35 мл/кг, или 1.5 - 2.0 л в течение 2ч. (поляризующая смесь, р-р Рингера, Стерофундин и т.д.)

Адекватное обезбоживание (наркотические, ненаркотические анальгетики): промедол П/к или в/м, по 1 мл; максимальные дозы для взрослых: разовая — 0,04 г, суточная — 0,16 г. Фентанил 5мкг/кг. Трамадол разовая доза — 50–100 мг, возможно повторное введение препарата через 4–6 ч. Максимальная суточная доза — 400 мг.

Анестезия.

Эндотрахеальный наркоз.

Индукция.

ГОМК 60-150 мг/кг, или Пропофол 2-2,5 мг/кг + Фентанил 5мкг/кг

Интубация трахеи.

Атракурий (трактриум). После начальной болюсной дозы 0,3-0,6 мг/кг для поддержания нервно - мышечного блока во время длительных хирургических операций атракуриум можно вводить путем непрерывной инфузии со скоростью 0,3-0,6 мг/кг/час (или 5-10 мкг/кг' мин)

Закись азота + кислород.

Мидазолам

Фентанил каждые 15-20 мин

Возможное осложнение регургитация, аспирация

Задача № 42

В приемное отделение поступает пациент 47 лет с жалобами на выраженную слабость, резкую боль в эпигастрии. Почувствовал кинжальную боль в эпигастрии около 30 мин назад, сразу обратился в больницу. Состояние тяжелое. В сознании, заторможен. При осмотре: Кожа и видимые слизистые обычного цвета. Язык суховат. Аускультативно везикулярное дыхание по всем легочным полям. Гемодинамика со склонностью к гипотонии, АД –90/40 мм рт. ст., пульс 120 в мин., слабого наполнения. Живот напряжен, болезненный, перистальтика вялая. Диурез сохранен. Лабораторные данные: ОАК: НЬ – 150 г/л, Эр –4,5× 10¹²/л, Нт – 46, , лейкоцитоз – 16× 10¹²/л, со сдвигом влево, остальные показатели в пределах нормы.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.
4. Ход анестезии.

Ответ

1 прободная язва желудка

2 рентгенография органов брюшной полости. Группа крови и резус – фактор, биохимический анализ крови, электролиты, КОС. общий анализ мочи. ЭКГ, консультация терапевта или кардиолога

3 Инфузионная терапия:

На ранних стадиях перитонитах, когда гемодинамические расстройства нерезко выражены (обезвоживание не превышает 10% от массы тела), общий объем инфузии до операции составляет 20-35 мл/кг, или 1.5 - 2.0 л в течение 2ч. (поляризующая смесь, р-р Рингера, Стерофундин и т.д.)

Адекватное обезболивание (наркотические, ненаркотические анальгетики): промедол П/к или в/м, по 1 мл; максимальные дозы для взрослых: разовая — 0,04 г, суточная — 0,16 г. Фентанил 5мкг/кг. Трамадол разовая доза — 50–100 мг, возможно повторное введение препарата через 4–6 ч. Максимальная суточная доза — 400 мг.

4 Анестезия.

Эндотрахеальный наркоз.

Индукция.

ГОМК 60-150 мг/кг, или Пропофол 2-2,5 мг/кг + Фентанил 5мкг/кг

Интубация трахеи.

Атракурий (трактриум). После начальной болюсной дозы 0,3-0,6 мг/кг для поддержания нервно - мышечного блока во время длительных хирургических операций атракуриум можно вводить путем непрерывной инфузии со скоростью 0,3-0,6 мг/кг/час (или 5-10 мкг/кг' мин)

Закись азота + кислород.

Мидазолам

Фентанил каждые 15-20 мин

Возможное осложнение регургитация, аспирация

Задача № 43

Пациент, 80 лет, рост 168 см, вес 72 кг, доставлена в приемное отделение с диагнозом ущемленная паховая грыжа, перитонит. Болеет 3 дня. Кожа и видимые слизистые бледноваты. Аускультативно жесткое дыхание, ослабленное в базальных отделах. Гемодинамика со склонностью к гипертензии, АД –180/100 мм рт.ст., пульс 112 в мин., удовлетворительного наполнения. Живот вздут, перистальтики нет. Лабораторные данные: ОАК: Нб – 130 г/л, Эр – $4,9 \times 10^{12}$ г/л, Нт – 45, лейкоцитоз – 16×10^{12} г/л, со сдвигом влево.

Биохимический анализ крови: амилаза – 450 ед, АСАТ – 140 нМ/ с×л, АЛАТ– 200 нМ/ с×л, глюкоза – 6,5 мм/л, общий белок – 62 г/л, мочевины – 17 мм/л, креатинин – 0,2 мкм/л.

Вопросы по задаче:

- 1.Предоперационная подготовка.
2. Обследование.
3. Ход анестезии.
4. Возможные осложнения.

Ответ:

4. Предоперационная подготовка:

- 1) Пункция и катетеризация п/к вены справа, катетеризация мочевого пузыря
- 2) Инфузионная терапия под контролем центральной гемодинамики и диуреза (кристаллоиды, предпочтительнее р-р стерофундина или полиионные растворы; коллоиды)
- 3) Лабораторное обследование: общий анализ крови, б/х (глюкоза, амилаза, мочевины, креатинин, билирубин, трансаминазы, электролиты, КЩС, коагулограмма), группа крови, Rh – фактор.
- 4) ЭКГ, консультация терапевта или кардиолога
5. Выбор метода анестезии: многокомпонентная анестезия с интубацией и ИВЛ
6. Схема анестезиологического пособия: атаральгезия, миорелаксация,

Задача № 44

Мужчине 48 лет проводится анестезиологическое пособие по поводу остеосинтеза костей голени. Данные лабораторных исследований перед операцией без выраженной патологии.

Во время спинальной анестезией отмечается ухудшение состояния. Жалобы на выраженную слабость, чувство «нехватки воздуха» снижение сатурации. Снижение АД.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз
2. Интенсивная терапия.

Ответ.

Диагноз: Спинальная анестезия. Развитие высокого спинномозгового блока.

Лечение.

1. Операция откладывается на время стабилизации больного.
2. Изменить положение больного. Приподнять головной конец опер. стола.
3. Контроль дыхания больного. Подача увлажненного кислорода через лицевую маску при необходимости интубация трахеи. Переход на МКА+ИВЛ.
4. Увеличение скорости и объема инфузионной терапии. в/в струйно Natrii chloridi 0,9% 1000ml Rheopolyglukini 800ml
5. При продолжающемся снижении АД назначение вазопрессоров. Мезатон 0,1-0,2 мг со скоростью 10 кап/мин с последующим снижением скорости до 2 кап/мин. (180 мкг/мин и снижать до 30 мкг/мин). Дофамин 10-15 мкг/мин.
6. При развитии брадикардии в/в введение Атропина 0,1 мг/кг.
7. ЭКГ контроль на предмет развития аритмий.

Задача № 45

Женщина 22 лет, поступила в приемное отделение с диагнозом судорожный синдром. Состояние тяжелое, сознание отсутствует, тонические судороги. Тахикардия до 108 в мин. Из анамнеза известно, что с целью коррекции веса принимала БАД, вызывала рвоту.

Вопросы по задаче:

1. Диагноз.
2. Обследование.
3. Интенсивная терапия.

Ответ

- 1 нарушение ВЭБ. Гипогидратация
- 2 УЗИ почек
- 3 Инфузионная терапия под контролем ЦВД, скорости диуреза

Задача №46

В родильный дом доставлена машиной скорой помощи беременная со сроком 36 недель с жалобами на слабость, головокружение, боли в животе, кровянистые выделения из влагалища. Болеет гипертонической болезнью. Беременность протекала на фоне преэклампсии, по поводу чего лечилась в стационаре. Общее состояние беременной средней степени тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледны, пульс 100 уд/мин., ритмичный; АД 150/100, 160/100. Матка в повышенном тоне, болезненная слева у дна. Положение плода продольное, предлежит головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода 100 уд/мин, аритмичное, глухое. Анализ мочи: протеинурия 2,5 г/л, цилиндрирующая. Анализ крови: Hb – 90 г/л; Ht – 42%, тромбоциты 182.000. УЗИ – гетероплацентарная гематома 3×4 слева у дна матки.

Вопросы:

Поставьте диагноз и обоснуйте его.

Назначьте план обследования.

Проведите дифференциальную диагностику.

Отметьте основные этапы ИТ или анестезиологического пособия.

Ответ: Преэклампсия тяжелой степени, сочетанная форма, преждевременная отслойка нормально прикрепленной плаценты. Острая внутриутробная гипоксия плода.

Срочное родоразрешение операцией кесарево сечение. Комплексная терапия позднего гестоза (лечебно-охранительный режим, гипотензивная и инфузионная терапия, диуретики, антигистаминные препараты; лечение полиорганной недостаточности, профилактика ДВС - синдрома).

Задача № 47

Родильница М., 23 года, переведена в наблюдательное отделение на 4 сутки после родов с жалобами на повышение температуры тела до 39-40°C, озноб, обильный пот, слабость, отсутствие аппетита, мышечные боли. Роды осложнились слабостью родовой деятельности, длительным безводным периодом, гипотоническим кровотечением, ручным обследованием полости матки. Объективно: состояние тяжелое, бледна, акроцианоз, кожа нижних конечностей имеет мраморный рисунок, адинамия. Пульс 110 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 90/60, 100/65. ЧДД – 25 в мин. Язык суховат. Живот мягкий, безболезненный. Пальпация печени и селезенки болезненная. Олигурия. Анализ крови: Hb 100 г/л, L – 23,5•10⁹/л. СОЭ 42 мм/час. Анализ мочи: белок 0,033 г/л; L – 3-4 в п/з,

Вопросы:

Поставьте диагноз и обоснуйте его.

Назначьте план обследования.

Проведите дифференциальную диагностику.

Отметьте основные этапы ИТ или анестезиологического пособия.

ОТВЕТ: Послеродовой период. Сепсис.

Предоперационная подготовка (инфузионная антибактериальная терапия). Экстирпация матки с трубами. Комплексная терапия сепсиса (антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая терапия, комплекс витаминов, иммунотерапия, лечение полиорганной недостаточности).

Задача № 47

Роженица С., 26 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью и началом родовой деятельности. В течение 1,5 часов развилась чрезмерно сильная родовая деятельность и через 6 часов родила живую доношенную девочку массой тела 3600 г, ростом 50 см. Последовый период протекал без осложнений. Через 30 минут после родов у родильницы возник озноб, гипертермия до 39,5°C, отдышка, акроцианоз. Пульс 115 уд/мин, ритмичный, АД снизилось до критических цифр (70/0, 75/20). К больной вызвана терминальная бригада. Анализ крови: Hb – 115 г/л; L – 12,6×10⁹/л; СОЭ – 34 мм/час. Анализ мочи: белок 0,033 г/л; L – 1-3 в п/з.

Вопросы:

Поставьте диагноз и обоснуйте его.

Назначьте план обследования.

Проведите дифференциальную диагностику.

Отметьте основные этапы ИТ или анестезиологического пособия.

Ответ: Роды I, срочные, быстрые. Чрезмерно сильная родовая деятельность. Эмболия околоплодными водами.

ИВЛ, борьба с кардио - пульмональным шоком – инфузионно – трансфузионная терапия (коллоиды, кристаллоиды, белковые препараты крови, эритроцитарная масса).

Глюкокортикоиды в повышенных дозах, седативные, сердечно – сосудистые средства, профилактика ДВС – синдрома

Задача № 49

Врач ИТ вызван на консультацию к ребенку в палату (возраст 4 года, вес 20 кг). У мальчика отмечается повышение температуры тела до 38,2 градусов, грубый лающий кашель, учащенное дыхание, чиханье, слизистые выделения из носа. Из анамнеза известно, что ребенок заболел около суток назад. Заболевание началось с чиханья, слизистых выделений из носа, покашливания. Затем повысилась температура тела, кашель усилился, приобрел грубый, лающий характер. Около часа назад на фоне сухого кашля появилось учащенное затрудненное дыхание. Объективно: общее состояние ребенка тяжелое, возбужден, капризен. Кожные покровы бледные, чистые. Видимые слизистые розовые, влажные. В зеве отмечается гиперемия задней стенки глотки, дужек, миндалин. Наблюдаются явления ринита. Аускультативно в легких жесткое дыхание, выслушиваются проводные хрипы. Дыхание шумное, с участием вспомогательной мускулатуры, вдох затруднен. Частота дыхания 40 в 1 минуту. Перкуторно определяется тимпанический звук. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=118 в 1 минуту. Пульс ритмичный, удовлетворительных качеств. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

Поставьте диагноз и обоснуйте его.

Назначьте план обследования.

Проведите дифференциальную диагностику.

Отметьте основные этапы ИТ или анестезиологического пособия.

Ответ:

Синдром острой дыхательной недостаточности.

Острая респираторная вирусная инфекция, острый ларинготрахеит, стеноз гортани II степени - асфиксия, гипоксическая кома.

Мероприятия:

-седативная терапия: внутримышечное введение седуксена или реланиума в разовой дозе 2,0 мл.

-противовоспалительная терапия: преднизолон (1 мг/кг массы тела) 20 мг.

-десенсибилизирующая терапия: димедрол или супрастин в разовой дозе 0,4 мл.

-спазмолитическая терапия: папаверин 2% раствор в разовой дозе 0,4 мл.

-оральная детоксикация: обильное питье в виде теплой минеральной воды типа "Боржоми", горячее молоко со сливочным маслом, теплый чай.

-ингаляционная терапия: паровые ингаляции.

-обязательная госпитализация в отделение интенсивной терапии детской больницы в сопровождении врача.

-забор мазка из зева на БД, общий анализ крови и мочи, консультация врача оториноларинголога.

-ингаляционная терапия: ингаляции с физиологическим раствором натрия хлорида по 10 минут через каждые 2 часа.

-противовоспалительная терапия: преднизолон из расчета 2 мг/кг массы тела ребенка в сутки, по 20 мг утром и вечером внутримышечно.

-десенсибилизирующая терапия: димедрол или супрастин по 0,4 мл в/м 2 раза в день.

-спазмолитическая терапия: папаверин 2% раствор по 0,4 мл 2 раза в день.

-парентеральная детоксикация: внутривенно струйно медленно вводится 10% раствор глюкозы 200,0 мл, аскорбиновая кислота 5% -1,0 мл, кокарбоксилаза 50 мг, 7,5% раствор калия хлорида 20,0 мл, реополиглюкин 200,0 мл, раствор Рингера 200,0 мл.

- контроль за диурезом.
- оральная детоксикация в виде обильного теплого питья в объеме до 1,5 литров в сутки.
- откашливающие средства: отвар травы термопсиса, отвар корня алтея, отвар травы "мать и мачеха", отвар травы подорожника.

Задача № 50

В палату ПИТ инфекционной больницы доставлен ребенок 10 месяцев (вес 10 кг), находящийся в тяжелом состоянии. При опросе матери удалось установить, что ребенок заболел 2 дня назад. Заболевание началось с повышения температуры тела до субфебрильных цифр, небольшого серозного выделения из носа, катарального конъюнктивита. Затем состояние ребенка ухудшилось, температура тела повысилась до 39,5 градусов, ребенок стал вялый, отказывался от еды, появилась рвота не связанная с приемом пищи и воды, однократно клонико-тонические судороги. Объективно: при осмотре общее состояние ребенка тяжелое. Вялый, плачет. Температура тела 39,2 градуса. Ребенок лежит на спине с вытянутыми вдоль туловища руками и согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Отмечается запрокидывание головы назад, выбухание большого родничка, временами возникают судорожные подергивания конечностей. Кожные покровы бледные, сухие. Видимые слизистые чистые, розовые. В зеве умеренная гиперемия задней стенки глотки. В легких выслушивается пуэрильное дыхание, хрипов нет. Перкуторно определяется легочный звук. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС=138 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Мочится мало, моча прозрачная, желтого цвета. Стул был один раз за последние два дня оформленный.

Вопросы:

- Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- Назначьте план обследования.
- Проведите дифференциальную диагностику.
- Отметьте основные этапы ИТ или анестезиологического пособия.

Ответ:

- Судорожный синдром.
- Менингит, менингоэнцефалит
- Инфекционно-токсический шок, острая надпочечниковая недостаточность.
- Мерориятия в ПИТе:
 - противосудорожная терапия: седуксен 0,5-0,7 мл внутримышечно, если через 10-15 минут судорожный синдром не купируется, то назначается дроперидол в разовой дозе 10 мг/кг массы тела (1,0 мл) внутримышечно.
 - дегидратационная терапия: лазикс (2 мг/кг массы тела) 20 мг в/м.
 - антипиретическая терапия: 50% раствор анальгина-0,2 мл, 2% раствор папаверина-0,2 мл в/м, физические методы охлаждения (холод на голову, холод на магистральные сосуды, обтирание тела ребенка полуспиртовым раствором, обдувание вентилятором).
 - антибактериальная терапия: ампициллин 500 Т ЕД в/м или антибиотики цефалоспоринового ряда.
 - срочная госпитализация в отделение интенсивной терапии детской больницы в сопровождении врача.
 - лечебно-диагностическая люмбальная пункция с последующим посевом ликвора на флору, чувствительность к антибиотикам, на биохимическое исследование. Общий анализ крови, мочи, анализ крови на КЩР, основные электролиты, глюкозу, общий белок, белковые фракции, остаточный азот, креатинин, билирубин.
 - консультация врача невропатолога, реаниматолога.
 - катетаризация центральной или периферической вены.

-дезинтоксикационная терапия: 20% раствор альбумина 100,0 мл, 10% раствор глюкозы 300,0 мл с 7,5% раствором калия хлорида 10,0 мл, реополиглюкин 200,0 мл, аскорбиновая кислота 5%-2,0 мл, кокарбоксилаза 50 мг внутривенно капельно в течение суток, под контролем диуреза.

-дегидратационная терапия: лазикс 20 мг в/м 2 раза в день.

-антибактериальная терапия: цефалоспориновые антибиотики, проникающие через гематоэнцефалический барьер по 500 Т ЕД 2 раза в день в/в.

Критерии оценивания задачи:

«**Отлично**» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«**Хорошо**»-правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«**Удовлетворительно**» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«**Неудовлетворительно**» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

Алгоритмы практических навыков

1. Алгоритм выполнения эндотрахеальной интубации.
2. Алгоритм выполнения коникопункции и коникотомии.
3. Алгоритм выполнения трахеостомии.
4. Алгоритм выполнения пункции и катетеризации подключичной вены.
5. Алгоритм выполнения пункции и катетеризации бедренной вены.
6. Алгоритм выполнения пункции и катетеризации лучевой артерии.
7. Алгоритм выполнения пункции и катетеризации бедренной артерии.
8. Алгоритм выполнения пункции и катетеризации яремной вены.
9. Алгоритм выполнения пункции и катетеризации периферической вены.
10. Алгоритм выполнения временной кардиостимуляции.
11. Алгоритм выполнения кардиоверсии и дефибрилляции.
12. Алгоритм выполнения плевральной пункции.
13. Алгоритм выполнения базовой сердечно – лёгочной реанимации.
14. Алгоритм выполнения расширенного комплекса сердечно – лёгочной реанимации
15. Алгоритм выполнения постановки желудочного зонда.
16. Алгоритм выполнения люмбальной пункции.
17. Алгоритм выполнения пункции и катетеризации эпидурального пространства.
18. Алгоритм выполнения катетеризации мочевого пузыря.
19. Алгоритм оказания помощи при нарушении проходимости дыхательных путей
20. Алгоритм оказания помощи при нарушении проходимости дыхательных путей у детей
21. Алгоритм интенсивной терапии при анафилактическом шоке
22. Алгоритм интенсивной терапии при астматическом статусе
23. Алгоритм подготовки к работе и использование небулайзера
24. Алгоритм интенсивной терапии при остром обструктивном ларингите у детей
25. Алгоритм выполнения базовой сердечно – лёгочной реанимации у детей.
26. Алгоритм выполнения расширенного комплекса сердечно – лёгочной реанимации у детей

Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«**Отлично**» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально

выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформулированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибка в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работа не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.