

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ижевская государственная медицинская академия»

ПРОГРАММА
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ»
СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ
ОБРАЗОВАНИЕМ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»
(ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ)

Ижевск 2016 год

Программа дополнительного профессионального образования «Избранные вопросы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе» специалистов с высшим профессиональным образованием по специальности «Скорая медицинская помощь» (повышение квалификации) разработана сотрудниками кафедры врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи (заведующий кафедрой – доктор медицинских наук, профессор Пименов Л.Т.) под руководством ректора ГБОУ ИГМА – доктора медицинских наук, профессора Н.С. Стрелкова.

Утверждена Ученым советом ГБОУ ВПО ИГМА в качестве программы дополнительного профессионального образования по специальности «Скорая медицинская помощь» (повышение квалификации)
«27» декабря 2016 года (протокол № _____)

СОДЕРЖАНИЕ

Состав рабочей группы и консультантов по разработке программы дополнительного профессионального образования «Избранные вопросы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе» специалистов с высшим профессиональным образованием по специальности «Скорая медицинская помощь»	4
Пояснительная записка	5
Требования к уровню подготовки врача-специалиста, успешно освоившего программу дополнительного профессионального образования «Избранные вопросы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе»	7
Перечень знаний, умений и владений врача-специалиста	9
Профессиональные компетенции врача-специалиста	15
Владения профессиональными практическими умениями	17
Требования к государственной (итоговой) аттестации	19
Содержание рабочей программы дисциплины (модуля) «Избранные вопросы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе» по специальности «Скорая медицинская помощь» (повышение квалификации)	20
1. Социальная генетика и организация скорой медицинской помощи	20
2. Обезболивание, реанимация и интенсивная терапия	20
3. Неотложная помощь при заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем	20
4. Острые хирургические заболевания и травмы органов груди и живота	20
5. Неотложная помощь при заболеваниях и травмах нервной системы	20
6. Неотложная помощь при акушерско-гинекологической патологии	20
7. Неотложная помощь при психических заболеваниях	21
8. Неотложная помощь при острых экзогенных отравлениях	21
9. Неотложная помощь при инфекционных заболеваниях	21
10. Неотложные состояния, интенсивная терапия и реанимация в педиатрии	21
Учебный план цикла (ПК) по программе дополнительного профессионального образования «Избранные вопросы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе» по специальности «Скорая медицинская помощь»	23
Учебно-тематический план цикла (ПК) по программе дополнительного профессионального образования «Избранные вопросы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе» по специальности «Скорая медицинская помощь»	25
Контрольные тестовые задания и ситуационные клинические задачи	28
Вопросы для собеседования в рамках итоговой аттестации	179
Внеаудиторная самостоятельная работа слушателей	195
Информационное обеспечение, литература	196

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ И КОНСУЛЬТАНТОВ

ПО РАЗРАБОТКЕ ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ» СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ОБРАЗОВАНИЕМ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ» (ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ)

№ пп.	Фамилия, имя, Отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Пименов Леонид Тимофеевич	Доктор медицин- ских наук, профес- сор	Заведующий кафедрой	ФГБОУ ВО ИГМА кафедра ВОП и ВБ с курсом СМП
2.	Иванов Леонид Алексеевич	Доктор медицин- ских наук, профес- сор	Профессор	ФГБОУ ВО ИГМА кафедра ВОП и ВБ с курсом СМП
По методическим вопросам				
1.	Дударев Михаил Валерьевич	Доктор медицин- ских наук, доцент	Декан ФПК и ПП	ФГБОУ ВО ИГМА, деканат ФПК и ПП
2.	Кудрина Елена Аркадьевна	Доктор медицин- ских наук, доцент	Председатель Методического совета ФПК и ПП	ФГБОУ ВО ИГМА, деканат ФПК и ПП

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Программа дополнительного профессионального образования «Избранные вопросы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе» специалистов с высшим профессиональным образованием по специальности «Скорая медицинская помощь» (повышение квалификации) является нормативно-методическим документом, регламентирующим содержание и организационно-методические формы обучения в дополнительном профессиональном образовании врачей.

Актуальность программы дополнительного профессионального образования «Избранные вопросы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе» по специальности «Скорая медицинская помощь» (повышение квалификации) обусловлена необходимостью совершенствования и углубления профессиональных знаний и умений врачей специалистов и получения новой компетенции в рамках имеющейся квалификации врачей скорой медицинской помощи.

Специалистам службы скорой медицинской помощи необходимо углублять и обновлять знания по основным профессиональным проблемам с учетом существующих современных представлений по данному разделу медицины, в связи с появлением новых видов исследований, производением новых открытий в медицине, применением новых технологий, новых методов диагностики и лечения, соответственно современным стандартам оказания квалифицированной медицинской помощи.

Настоящая дополнительная профессиональная программа предназначена для повышения квалификации врачей-специалистов скорой медицинской помощи, работающих в выездных линейных и специализированных бригадах, старших врачей смены, заведующих отделов и подстанций скорой медицинской помощи.

Цель дополнительного профессионального образования по по программе дополнительного профессионального образования «Избранные вопросы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе» (повышение квалификации) – совершенствование, углубление а, при необходимости, и обновление знаний и умений по актуальным вопросам оказания скорой медицинской помощи.

Задачи повышения квалификации по по программе дополнительного профессионального образования «Избранные вопросы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе» по специальности «Скорая медицинская помощь»:

1. Совершенствовать и углубить объем медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача скорой медицинской помощи.
2. Обновление медицинских знаний и профессиональных умений в соответствии с современными подходами к вопросам организации оказания скорой медицинской помощи.
3. Сформировать умения в самостоятельном освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.
4. Совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу скорой медицинской помощи свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии и др. смежных специальностях.

Программа дополнительного профессионального образования «Избранные вопросы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе» специалистов с высшим профессиональным образованием по специальности «Скорая медицинская помощь» (повышение квалификации) включает в себя содержание рабочей программы дисциплины (модуля), учебный план, учебно-тематический план, перечень заданий для самостоятельной внеаудиторной работы, контрольно-измерительные материалы для промежуточных зачетов и итоговой аттестации.

Для реализации программы повышения квалификации «Избранные вопросы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе» по специальности «Скорая медицинская помощь» кафедра располагает наличием:

1) учебно-методической документации и материалов по всем разделам дисциплины (модуля);

2) учебно-методической литературы для внеаудиторной работы обучающихся;

3) материально-технической базы, обеспечивающей организацию всех видов дисциплинарной подготовки:

– учебные аудитории и кабинеты, оснащенные материалами и оборудованием для проведения учебного процесса;

– клиническую базу в медицинской организации (БУЗ УР «ГКБ №9 МЗ УР»): отделения терапии, хирургии, приемные отделения терапии и неврологии, хирургии, гинекологии.

– клиническую базу в медицинской организации (БУЗ УР «ГКБ №6 МЗ УР»): отделение острых отравлений.

– клиническую базу в медицинской организации (БУЗ УР «ГКБ №6 МЗ УР»): кардиологическое отделение.

– Центр практических умений и навыков ИГМА.

В процессе цикла повышения квалификации обязательным является определение базисных знаний, умений и навыков обучающихся перед началом обучения (входной контроль). Текущий контроль знаний осуществляется в процессе изучения учебной темы. При этом используются различные формы контроля: решение ситуационных задач, тестовый контроль и итоговая аттестация.

Обучение слушателя складывается из аудиторной учебной работы (лекции, семинары, практические занятия) и самостоятельной подготовки. Общее рабочее время аудиторной работы обучающегося составляет 144 часов за весь цикл обучения, что по трудоемкости равно 8 зачетным единицам.

В процессе обучения слушатель обязан посещать лекции, семинары, практические занятия и совершенствовать свои знания путем изучения научных статей, руководств, монографий, нормативной и специальной литературы.

**ТРЕБОВАНИЯ К УРОВНЮ ПОДГОТОВКИ
ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА, УСПЕШНО ОСВОИВШЕГО ПРОГРАММУ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ» ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»
(ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ)**

В процессе освоения программы повышения квалификации «Избранные вопросы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе» по специальности «Скорая медицинская помощь» совершенствуются следующие компетенции:

1. Общекультурные:

- способность и готовность анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах своей профессиональной деятельности;
- способность и готовность к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики, редактированию текстов профессионального содержания по скорой медицинской помощи, осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности;
- способность и готовность использовать методы управления, организовывать работу исполнителей, находить и принимать ответственные управленческие решения в условиях различных мнений и в рамках своей профессиональной компетенции по скорой медицинской помощи;
- способность и готовность осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.

2. Профессиональные:

в диагностической деятельности:

- способностью и готовностью к максимально быстрой и точной постановке диагноза на основании диагностического исследования в области терапии, хирургии, гинекологии, анестезиологии - реаниматологии, травматологии, офтальмологии, кардиологии и др. смежных специальностей при экстренно развившихся состояниях, заболеваниях и их осложнениях;
- способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики угрожающих жизни заболеваний и патологических процессов;
- способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний широкого профиля, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом; анализировать закономерности функционирования органов и систем при заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни экстренно возникших состояний;

в лечебной деятельности:

- способностью и готовностью выполнять лечебные мероприятия при заболеваниях и состояниях, требующих экстренной медицинской помощи, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход; своевременно выявлять жизнеугрожающие состояния, использовать методики их немедленного устранения;
- способностью и готовностью осуществлять противошоковые мероприятия;
- способностью и готовностью осуществлять верный алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным широкого профиля при экстренно возникших состояниях;
- способностью и готовностью оказывать экстренную медицинскую помощь пациентам широкого профиля, больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, к приему родов;
- способностью и готовностью проводить полный объем реанимационных мероприятий при экстренно развившихся жизнеугрожающих состояниях;
- способностью и готовностью оказывать экстренную медицинскую помощь пациентам всех возрастных групп (взрослые, подростки, дети, пожилые люди);
- способностью и готовностью к выбору верного, наиболее подходящего, наиболее щадящего метода транспортировки пациента в стационар с учетом его состояния, возникшей патологии и условий данной конкретной ситуации;
- способностью и готовностью оказывать экстренную медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях; в очагах массового поражения; при возникновении природных и техногенных аварий и катастроф;

в реабилитационной деятельности:

- способностью и готовностью применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при экстренно возникших, жизнеугрожающих патологических состояниях;
- способностью и готовностью давать рекомендации по выбору оптимального режима в период реабилитации больных (двигательной активности в зависимости от морфофункционального статуса и др.);

в профилактической деятельности:

- способностью и готовностью применять современные методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения;
- способностью и готовностью использовать методы оценки природных и медико-социальных факторов в развитии различных болезней, проводить их коррекцию, осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим вопросам;

в организационно-управленческой деятельности:

- способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, международную систему единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций по широкому профилю экстренно развившихся заболеваний и состояний;
- способностью и готовностью использовать знания организационной структуры по профилю «Скорая медицинская помощь», управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи, анализировать показатели работы их структурных подразделений по профилю «Скорая медицинская помощь», проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинской помощи пациентам широкого профиля.

**ПЕРЕЧЕНЬ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И ВЛАДЕНИЙ
ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА ПО ЗАВЕРШЕНИЮ ОБУЧЕНИЯ
ПО ПРОГРАММЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ «ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМО-
ЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ» ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»
(ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ)**

По завершению цикла повышения квалификации врач-специалист должен:

Знать:

- основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность скорой медицинской помощи и других органов и учреждений здравоохранения;
- общие вопросы организации медицинской помощи в стране, работу лечебно-профилактических учреждений, организацию работы скорой и неотложной помощи взрослому и детскому населению;
- организацию работы станций и отделений скорой медицинской помощи при многопрофильных стационарах, преемственность в их работе с другими учреждениями;
- организацию и содержание работы врача скорой медицинской помощи;
- основные вопросы нормальной и патологической анатомии, нормальной и патологической физиологии, взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочного баланса; возможные типы их нарушений и принципы лечения;
- систему кроветворения и гемостаза, физиологию свертывающей системы крови, показатели гемостаза в норме и патологии;
- тактику ведения пациентов с ножевыми, огнестрельными и минно- взрывными ранениями;
- основы иммунологии и реактивности организма;
- клиническую симптоматику и патогенез заболеваний широкого профиля у взрослых, подростков и детей, требующих неотложного лечения на догоспитальном этапе, их профилактику, диагностику и лечение, клиническую симптоматику пограничных состояний;
- клиническую симптоматику и патогенез инфекционных заболеваний, представляющих наибольшую опасность и требующих неотложного лечения на догоспитальном этапе;
- виды и механизмы травм различного генеза и локализации, неотложную помощь при травмах, методы иммобилизации, методы транспортировки пациента;
- акушерско – гинекологическую патологию;
- ведение нормальных родов, ведение «домашних» родов, ведение различного вида осложненных родов;
- клиническую симптоматику и неотложную помощь при острых психических заболеваниях; законодательные и нормативно-правовые документы, регламентирующие медицинскую помощь пациентам с психическими заболеваниями;
- клиническую симптоматику и неотложную помощь при острых отравлениях;
- основы фармакотерапии в клинике болезней различного профиля, фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных средств; осложнения, вызванные применением препаратов, методы их коррекции;
- основы немедикаментозной терапии, физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля;
- основу рационального питания здоровых лиц, принципы диетотерапии;
- противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции;
- принципы организации службы «медицины катастроф».

Уметь: установить диагноз и оказать первичную экстренную помощь в полном объеме при следующих неотложных состояниях:

- острая дыхательная недостаточность, гипоксическая кома, тромбоэмболия легочной артерии;
- приступ бронхиальной астмы, астматический статус;
- пневмоторакс;
- травмы различных органов и систем, политравмы;
- острые заболевания ЛОР – органов, в т.ч. травмы;
- острые состояния в офтальмологии, в т.ч. травмы;
- острые хирургические заболевания и травмы органов грудной и брюшной полости;
- острые гинекологические заболевания;
- острые урологические заболевания;
- острые неврологические заболевания, эпилепсия, эпилептический статус, судороги различного генеза;
- шоки (токсический, травматический, геморрагический, анафилактический, кардиогенный и др.);
- острая сердечно-сосудистая недостаточность (обморок, сердечная астма, отек легких);
- нарушения ритма сердца;
- гипертоническая болезнь, гипертонический криз, симптоматические гипертензии;
- острое нарушение мозгового кровообращения;
- острые аллергические состояния;
- печеночная недостаточность;
- острая почечная недостаточность, острая токсическая почка, почечная колика;
- комы (диабетическая, печеночная, неясного генеза);
- нарушения проводимости сердца, в т.ч. синдром Морганьи-Эдемса-Стокса;
- ожоги, отморожения; поражения электрическим током, молнией; тепловой и солнечный удар;
- утопление, повешение, травмы при падении с высоты;
- ножевые ранения, огнестрельные ранения, минно-взрывные ранения;
- острые инфекционные заболевания;
- острые отравления;
- острые психические заболевания и состояния.

Врач-скорой медицинской помощи должен знать:

1. В области реаниматологии:

- клиническое и фармакологическое обоснование использования средств медиаторного действия (М- и Н-холиномеметики и холинолитики, α - и β -адреномеметики и адреноблокаторы), антиаритмических средств, наркотических анальгетиков, средств, применяемых для инфузионной терапии;
- показания и современные методы проведения сердечно-легочной реанимации, условия прекращения СЛР, особенности проведения реанимации у детей и новорожденных;
- причины развития острой дыхательной недостаточности, классификацию, принципы лечения, способы обеспечения проходимости дыхательных путей;
- методику проведения ИВЛ с расчетом определенных параметров;
- способы обеспечения венозного доступа;
- причины, патогенез, классификацию шока, тактику, принципы лечения при его разновидностях;
- причины развития, классификацию и лечение аллергических и коматозных состояний;
- особенности реанимации и интенсивной терапии при утоплении, повешении, электротравме;

- основные принципы и необходимый объем общей анестезии, применяемой на догоспитальном этапе, механизм действия и методику применения закиси азота, трилена, фторотана, барбитуратов, оксибутирата натрия, препаратов нейролептанальгезии, фармакодинамику и способ применения местных анестетиков, мышечных релаксантов;
- аппаратуру ингаляционного наркоза, ее характеристику, эксплуатацию;
- аппаратуру для проведения искусственной вентиляции легких, ее характеристику, эксплуатацию;
- аппаратуру для проведения кардиоверсии;
- аппаратуру для мониторингирования основных показателей жизнедеятельности.

2. В области неотложных состояний и клиники внутренних болезней:

- диагностику и неотложную помощь при ишемической болезни сердца, ее современную классификацию, диагностику стенокардии, инфаркта миокарда и его осложнений, принципы интенсивной терапии;
- диагностику и терапию неотложных состояний при воспалительных, дистрофических поражениях, пороках сердца и кардиомииопатии;
- диагностику и неотложную терапию при аритмиях и блокадах сердца;
- диагностику и неотложную терапию при артериальных гипертензиях;
- методы регистрации и расшифровки ЭКГ, ее особенности при инфаркте миокарда, нарушениях ритма и проводимости;
- диагностику и неотложную терапию при пневмониях, остром обструктивном ларинготрахеите, тромбоэмболии легочной артерии, бронхиальной астме, астматическом статусе;
- диагностику и неотложную помощь при спонтанном пневмотораксе и легочных кровотечениях;
- диагностику и неотложную помощь при язвенной болезни и ее осложнениях, заболеваниях пищевода (кровотечение из варикозно измененных вен);
- эпидемиологию гепатитов А и В, врачебную тактику при их диагностике, неотложную помощь при печеночной коме;
- диагностику и неотложную помощь при желчно-каменной болезни, остром панкреатите, показания к госпитализации;
- диагностику и неотложную помощь при остром пиелонефрите, мочекаменной болезни, уремической коме;
- диагностику и врачебную тактику при расслаивающей аневризме аорты;
- диагностику и неотложную помощь при сахарном диабете (гипогликемические состояния, диабетические ацидозы);
- диагностику и неотложную помощь при феохромоцитоме, недостаточности коры надпочечников;
- диагностику и неотложную помощь при гипотиреоидной коме и гипертиреозе;
- неотложные состояния при гемоцитобластозах и геморрагических диатезах.

3. В области неотложных состояний при острых заболеваниях и травмах органов брюшной и грудной полости:

- диагностику и тактику при остром аппендиците, особенности диагностики у беременных, в детском и старческом возрасте;
- диагностику и тактику при ущемленных грыжах, наиболее часто встречающиеся осложнения;
- диагностику и тактику при острой кишечной непроходимости, основные расстройства гомеостаза и методы их коррекции;
- диагностику и тактику при закрытой травме органов брюшной полости, клинику ранений паренхиматозных и полых органов, особенности диагностики при закрытых по-

- вреждениях органов брюшной полости;
 - диагностику и неотложную помощь при повреждениях груди, механизмы развития острой дыхательной недостаточности, принципы лечения различных видов пневмоторакса, тактику при гемотораксе, неотложную помощь на догоспитальном этапе, методику проведения и показания к ней на ДЭ пункции плевральной полости при клапанном пневмотораксе.
4. В области травматологии:
- структуру повреждений при травмах опорно-двигательного аппарата, значение обезболивания и борьбы с шоком;
 - диагностику и неотложную помощь при повреждениях мягких тканей, переломах и вывихах;
 - диагностику и особенности неотложной помощи при повреждениях костей таза и позвоночника;
 - классификацию открытых повреждений, классификацию ран, методы их обработки и пути профилактики инфекций;
 - особенности диагностики, принципы травматогенеза при сочетанных повреждениях, лечебные мероприятия на догоспитальном этапе;
 - особенности травмы опорно-двигательного аппарата у детей.
5. В области неотложных состояний при заболеваниях и травмах уха, горла и носа:
- принципы диагностики и лечения при ранениях и инородных телах;
 - диагностику и неотложную помощь при переломах костей носа, носовых кровотечениях, внутричерепных осложнениях заболеваний носа и придаточных пазух (лептоменингит, абсцесс мозга);
 - диагностику и неотложную помощь при травмах глотки, гортани и пищевода, нагноительных процессах и инородных телах;
 - особенности тактики и ведения при минно-взрывной травме;
 - особенности тактики и ведения при огнестрельных ранениях.
6. В области неотложных состояний при травмах и заболеваниях нервной системы:
- классификацию и диагностику черепно-мозговой травмы, клиническое течение различных типов комозионно-контузионного синдрома, общие принципы их лечения на догоспитальном этапе;
 - классификацию и диагностику травм спинного мозга, принципы лечения, особенности транспортировки;
 - классификацию, диагностику и лечение при судорожных состояниях, особенности развития у детей;
 - классификацию, диагностику и неотложную помощь при острых нарушениях мозгового кровообращения;
 - диагностику и неотложную помощь при острых воспалительных заболеваниях головного и спинного мозга и его оболочек.
7. В области неотложных состояний при заболеваниях и травмах глаза:
- клинические проявления и неотложную помощь при остром приступе глаукомы;
 - характеристику ранений, термических и химических ожогов глаза, принципы неотложной помощи, показания к госпитализации.

8. В области неотложных состояний в акушерско-гинекологической практике врач скорой помощи должен знать:

- этиологию, патогенез и клинику токсикозов беременных, неотложную помощь при эклампсии;
- диагностику и неотложную помощь при абортах и преждевременных родах, патогенез кровотечения при преждевременных родах;
- общие принципы ведения родов вне стационара;
- диагностику кровотечений при поздних сроках беременности, родах и послеродовом периоде;
- патогенез геморрагического шока в акушерстве, принципы интенсивной терапии;
- клинические проявления септических заболеваний (метрэндометрит, перитонит) и неотложную помощь при них;
- диагностику и неотложную помощь при внематочной беременности, апоплексии яичника и дисфункциональных маточных кровотечений;
- диагностику и тактику при острых воспалительных заболеваниях женских половых органов.

9. В области неотложных состояний психических заболеваний, врач скорой помощи должен знать:

- клиническую картину психопатологических синдромов, их классификацию, принципы неотложной помощи;
- клинические проявления шизофрении и неотложную помощь на догоспитальном этапе при ее обострениях;
- диагностику и неотложную помощь при алкогольном психозе, маниакально-депрессивном психозе и реактивных состояниях.

10. В области токсикологии врач скорой помощи должен знать:

- классификацию ядов, основные факторы, определяющие тяжесть отравления и методы детоксикации на ДГЭ;
- классификацию острых отравлений, патологические синдромы при острых отравлениях, современные принципы лечения, особенности проведения лечения экзотоксического шока;
- особенности токсикологии детского возраста, особенности клинического течения острых отравлений у лиц пожилого и старческого возраста;
- особенности оказания помощи при отравлении алкоголем и наркотическими средствами.

11. В области неотложной помощи при термических поражениях врач скорой помощи должен знать:

- общие сведения об ожогах, их классификацию, периоды ожоговой болезни, патогенез и клинику ожогового шока, методы интенсивной терапии;
- диагностику и неотложную помощь при солнечном и тепловом ударе, общем охлаждении и обморожениях.

12. В области неотложных состояний при инфекционных заболеваниях врач скорой помощи должен знать:

- этиологию и эпидемиологию, диагностику и неотложную помощь при тифопаратифозных заболеваниях, сальмонеллезе, пищевых токсикоинфекциях, ботулизме, гриппе и его осложнениях, дифтерии;

- диагностику и неотложную помощь при менингококковой инфекции, менингитах, энцефалитах, столбняке;
- врачебную тактику, меры самозащиты при особоопасных и карантинных инфекциях (холера, чума, сибирская язва, СПИД);
- особенности течения и неотложной помощи при инфекционных заболеваниях у новорожденных;
- диагностику и лечение эндотоксического шока у детей и взрослых.

13. В области неотложных состояний при острых заболеваниях и травмах в урологии врач скорой помощи должен знать:

- семиотику урологических заболеваний, неотложную помощь при острой задержке мочи;
- основы диагностики и неотложной помощи при воспалительных заболеваниях половых органов у мужчин;
- основы диагностики неотложной помощи при травмах мочеполювых органов.

Врач скорой помощи должен иметь представление о проведении лечебно-профилактические мероприятия при заболеваниях:

СИСТЕМЫ ОРГАНОВ КРОВЕТВОРЕНИЯ:

- острый лейкоз, хронический миелолейкоз, хронический лимфолейкоз;
- лимфогранулематоз, агранулоцитоз;
- геморрагические диатезы;

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ:

- кожи (аллергические заболевания, дерматозы, микозы, кандидозы);
- вызванные действием физических факторов (лучевая болезнь, воздействие шума, повышенного и пониженного давления, радиации, лазерного излучения и др.);
- вызванные перенапряжением отдельных органов и систем.

ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ:

- кишечная непроходимость, тромбоз мезентериальных сосудов, острая задержка мочи.

В ОБЛАСТИ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ:

- воспалительные заболевания матки и яичников;
- ведение родов и послеродового периода.

ЛОП-БОЛЕЗНЕЙ

- фарингит
- отит
- гайморит
- фронтит

ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

- катаракта
- глаукома
- конъюнктивит

Врач скорой медицинской помощи должен быть компетентен:

- способен и готов устанавливать отклонения в здоровье пациента с учетом законов течения патологии по системам, областям и организму в целом; используя знания фундаментальных и клинических дисциплин;
- способен и готов оказывать экстренную медицинскую помощь (первую врачебную) в полном объеме, в т.ч. с применением высокотехнологичных средств и методов (диагностического, лекарственного и инструментального обеспечения);
- способен и готов грамотно и профессионально действовать в условиях чрезвычайной ситуации, в очагах массовых поражений людей, в зонах природных и техногенных аварий и катастроф;
- способен и готов координировать работу среднего и младшего медицинского персонала скорой медицинской помощи в профессиональной деятельности;
- способен и готов верно оценить степень опасности возникшей в ходе профессиональной деятельности экстремальной ситуации, верно координировать действия подчиненного состава бригады;
- способен и готов проводить вторичную и третичную профилактику заболеваний в тех случаях, где это необходимо;
- способен и готов соблюдать требования врачебной этики и деонтологии при общении с пациентами разных категорий, а также их родственниками и близкими;
- способен и готов проводить квалифицированный диагностический поиск для выявления различных групп экстренных жизнеугрожающих состояний, используя клинические, лабораторные и инструментальные методы в адекватном объеме;
- способен и готов правильно формулировать установленный диагноз с учетом МКБ -10, провести дополнительное обследование и назначить адекватное лечение;
- способен и готов оценить необходимость выбора амбулаторного или стационарного режима лечения, а также наиболее щадящего метода транспортировки пациента в стационар в тех случаях, когда это необходимо;
- способен и готов оценивать возможности применения лекарственных средств для лечения и профилактики различных заболеваний и патологических состояний; анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств; возможные токсические эффекты лекарственных средств;
- способен и готов интерпретировать результаты современных диагностических технологий, понимать стратегию нового поколения лечебных и диагностических препаратов;
- способен и готов выполнить основные врачебные диагностические и лечебные мероприятия по оказанию первой врачебной помощи при неотложных, экстремальных ситуациях и в очагах массового поражения;
- способен и готов проводить противоэпидемические мероприятия, защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях;
- способен и готов к диагностике и ведению физиологической беременности, при необходимости приему родов;
- способен и готов после соответствующей его послевузовской профессиональной специализации, при необходимости выступить в качестве «специалиста» в случае привлечения врача к участию в первоначальных следственных действиях и судопроизводству;
- способен и готов осуществлять гигиеническое воспитание населения, пациентов и членов их семей с целью формирования у них здорового образа жизни;
- способен и готов к ведению учетно-отчетной медицинской документации;
- способен и готов к самостоятельной аналитической работе с различными источниками информации, готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок.

Врач скорой медицинской помощи должен владеть практическими умениями на различных уровнях освоения:

- 1. Иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению;**
- 2. Знать, оценить, принять участие;**
- 3. Выполнить самостоятельно.**

№№	Наименование.	Уровень освоения.
I. Клиническое обследование больного.		
1.	Полное клиническое обследование больного по всем органам и системам: анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация, включая исследования: центральной и периферической нервной системы (состояние сознания, двигательная и чувствительная сфера, оболочечные симптомы); органы чувств, полости рта, глотки; кожных покровов; периферического кровообращения; молочных желез; наружных половых органов.	3 3 3 3 3 3
2.	Сформулировать и обосновать предварительный диагноз.	3
3.	Составить план исследования больного.	3
4.	Составить план лечения с учетом предварительного диагноза.	3
5.	Сформулировать полный диагноз, провести необходимую дифференциальную диагностику.	3
6.	Определение признаков клинической и биологической смерти.	3
II. Лабораторные и инструментальные исследования.		
1.	Оценка клинических анализов крови, мочи, кала, мокроты, плевральной и асцитической жидкости, биохимических анализов крови, желудочного и дуоденального сока.	2
2.	Время свертываемости, АЧТВ, протромбиновый индекс.	2
3.	Оценка показателей электролитного и кислотно-щелочного баланса крови.	2
4.	Оценка результатов серологического исследования (РА, РСК, РНГА, РТГА), антигенов гепатита.	1
5.	Методика и оценка: - анализа мочи (проба Нечипоренко, проба Зимницкого); - пробы Реберга; - посева мочи и крови; - гликемического профиля;	1 1 1 3
6.	Запись, расшифровка и оценка ЭКГ.	3
7.	Методика подготовки и анализ рентгенограмм при основных заболеваниях бронхолегочной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, почек, желчных путей, суставов, позвоночника, черепа.	1
8.	Специальные исследования: - эндоскопия (ЭГДС, колоноскопия, ректороманоскопия); - бронхоскопия; - компьютерная томография; - ЭХО- и доплерокардиография; - УЗИ органов брюшной полости, почек; - пробы с физической нагрузкой; - суточное ЭКГ-мониторирование; - коронаро- и ангиография; - биопсия лимфатических узлов, печени, почек; - магнитно-резонансная томография; - радиоизотопное сканирование; - основные показатели гемодинамики (ОЦК, ЦВД, УО, МО, фракция выброса, ОПС).	1 1 1 2 1 2 1 1 1 1 1 2

	-оценка тропонинового экспресс – теста	3
	- оценка уровня d-димера (экспресс-тест)	3
	III.Лечебные и диагностические процедуры.	
1.	Подкожные и внутримышечные инъекции.	3
2.	Внутривенные вливания (струйные, капельные).	3
3.	Взятие крови из вены.	3
4.	Определение группы крови, резус-фактора.	2
5.	Переливание крови и её компонентов.	2
6.	Промывание желудка через зонд.	3
7.	Дуоденальное зондирование.	3
8.	Интубация трахеи	3
9.	Плевральная пункция.	3
10.	Абдоминальная пункция.	2
11.	Клизмы (очистительная, лечебная).	2
12.	Стернальная пункция.	2
13.	Закрытый массаж сердца, искусственная вентиляция легких «рот в рот».	3
14.	Электроимпульсная терапия.	3
15.	Передняя тампонада носа.	3
16.	Пальцевое исследование прямой кишки.	3
17.	Пальпаторное исследование внутриглазного давления.	3
18.	Туберкулиновые пробы.	1
19.	Методы экстракорпоральной детоксикации крови (гемодиализ, гемосорбция, плазмаферез).	2
	Первая врачебная помощь при неотложных состояниях:	
	- обморок.	3
	- гипертонический криз,	3
	- приступ стенокардии,	3
	- инфаркт миокарда,	3
	- отек легких,	3
	- тромбоэмболия легочной артерии,	3
	- приступ бронхиальной астмы, астматический статус,	3
	- острая дыхательная недостаточность,	3
	- шок (кардиогенный, анафилактический),	3
	- пароксизмальная тахикардия, тахиаритмии,	3
	- приступ Морганьи-Эдемса-Стокса,	3
	- желудочно-кишечное кровотечение,	3
	- легочное кровотечение,	3
	- травмы различного генеза,	3
	- политравмы, сочетанные травмы,	3
	- почечная колика,	3
	- кома гипергликемическая, гипогликемическая, анемическая, мозговая, неясной этиологии,	3
	- острые аллергические реакции,	3
	- ОНМК,	3
	- острые заболевания органов брюшной полости,	3
	- синдром дегидратации,	3
	- психомоторное возбуждение различного генеза.	3
	IV.Документация, организация врачебного дела.	
1.	Заполнение «карты вызова» скорой медицинской помощи. форма №110/у	3
2.	Оформление листка «отказа от госпитализации.»	3
3.	Оформление листка «отказа от осмотра и лечения.»	3
4.	Оформление «сопроводительного листа» при госпитализации пациента в стационар	3

ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Итоговая аттестация по программе дополнительного профессионального образования «Избранные вопросы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе» по специальности «Скорая медицинская помощь» осуществляется посредством проведения экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-специалиста в соответствии с содержанием рабочей программы дополнительного профессионального образования.
2. Слушатель допускается к итоговой аттестации после успешного освоения рабочей программы дисциплины (модулей) в объеме, предусмотренном учебным планом.
3. Лица, освоившие программу дополнительного профессионального образования «Избранные вопросы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ государственного образца.

**СОДЕРЖАНИЕ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ
(МОДУЛЯ) «ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ» ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»
(ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ)**

I. Темы занятий «Социальная гигиена и организация скорой медицинской помощи»

1. Основы трудового права в здравоохранении
2. Основы уголовного права РФ
3. Основы врачебной этики и медицинская деонтология
4. Организация медицинской помощи населению
5. Организация медицинской помощи при авариях, катастрофах и стихийных бедствиях

II. Темы занятий «Обезболивание, реанимация и интенсивная терапия»

1. Методы анестезиологического пособия, применяемые в условиях догоспитального этапа
2. Реанимация и интенсивная терапия в условиях догоспитального этапа
3. Неотложная помощь при шоковых состояниях
4. Неотложная помощь при коматозных состояниях
5. Неотложная помощь при некоторых экстремальных состояниях

III. Темы занятий «Неотложная помощь при заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем»

1. Электрокардиография
2. Неотложные состояния в кардиологии
3. Острая сосудистая патология
4. Острая дыхательная патология

IV. Темы занятий «Острые хирургические заболевания и травмы органов груди и живота»

1. Острые хирургические заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки
2. Острые хирургические заболевания желчевыводящих путей
3. Острые хирургические заболевания поджелудочной железы
4. Острые хирургические заболевания кишечника
5. Сочетанные и множественные травмы груди и живота
6. Перитонит

V. Темы занятий «Неотложная помощь при заболеваниях и травмах нервной системы»

1. Внутричерепная травма
2. Травма позвоночника
3. Острые нарушения мозгового кровообращения

VI. Темы занятий «Неотложная помощь при акушерско-гинекологической патологии»

1. Токсикозы беременных
2. Прерывание беременности и роды вне стационара
3. Кровотечения, шок и терминальные состояния
4. Неотложная помощь при острых гинекологических заболеваниях

VII. Темы занятий «Неотложная помощь при психических заболеваниях»

1. Неотложная помощь при острых психических заболеваниях

VIII. Темы занятий «Неотложная помощь при острых экзогенных отравлениях»

2. Общие вопросы клинической токсикологии Патологические синдромы при острых отравлениях
3. Современные методы лечения острых отравлений

IX. Темы занятий «Неотложная помощь при инфекционных заболеваниях»

1. Неотложная помощь при карантинных, особо опасных и раневых инфекциях

XI. Темы занятий «Неотложные состояния, интенсивная терапия и реанимация в педиатрии»

2. Возрастные особенности ребенка
3. Состояния и заболевания, требующие реанимации и интенсивной терапии у детей
4. Методы реанимации и интенсивной терапии в детском возрасте

XII. Темы занятий: «Элективы»

1. Нормальная электрокардиограмма
2. Определение правильного синусового ритма, частоты сердечных сокращений.
3. Положение электрической оси сердца.
4. ЭКГ диагностика блокад проводящей системы сердца.
5. ЭКГ диагностика нажелудочковых и желудочковых экстрасистол.
6. ЭКГ диагностика парасистолии.
7. ЭКГ диагностика наджелудочковых и желудочковых тахикардий.
8. ЭКГ диагностика фибрилляций предсердий.
9. Синдром W-P-W

Внеаудиторная самостоятельная работа слушателей

Виды работы:

1. Работа в библиотеке с рекомендованной учебной литературой, а также с периодическими изданиями по специальности (журналы «Врач скорой помощи», «Скорая медицинская помощь», «Кардиология» и др.).
2. Работа с пакетом заданий для экзамена по специальности «Скорая медицинская помощь», которыми слушатели обеспечиваются на кафедре: с заданиями в тестовой форме, клиническими ситуационными задачами вопросами для собеседования в рамках программы.
3. Разработка заданий в тестовой форме с вариантами ответов – 2 -3 за период обучения.
4. Составление клинической задачи и развернутого ответа к ней - 3-5 за период обучения.
5. Написание реферативного сообщения или обзора литературы за последние 5 лет по разделам специальности и программы обучения – 1 за период обучения.
6. Составление клинического примера из собственной практики с развернутым комментарием в плане обоснования диагноза, интерпретации результатов функциональных и лабораторных методов исследования, назначения адекватной терапии на догоспитальном этапе.

ХIII. Итоговая аттестация (тестирование, собеседование, практические умения).

УЧЕБНЫЙ ПЛАН
ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ «ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ» ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»
(ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ)

Цель: совершенствование теоретических знаний и практических навыков для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях: первичной медико-санитарной помощи; неотложной; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Категория обучающихся: врачи выездных бригад скорой медицинской помощи, старшие врачи смены, заведующие отделов и подстанций скорой помощи.

Срок обучения: 144 академических часов (1 месяц)

Трудоемкость: 4 ЗЕТ (в зачетных единицах)

Режим занятий: 6 академических часов в день

Форма обучения: **Очная**

Код	Наименование разделов, дисциплин и тем	Число учебных часов			
		всего	л	п/з	к
1	2	3	4	5	6
1.	Социальная гигиена и организация скорой медицинской помощи	4	4	-	зачет
2.	Обезболивание, реанимация и интенсивная терапия	26	12	14	зачет
3.	Неотложная помощь при заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем	48	18	30	зачет
4.	Острые хирургические заболевания и травмы органов груди и живота	16	10	6	зачет
5.	Неотложная помощь при заболеваниях и травмах нервной системы	11	4	7	зачет
6.	Неотложная помощь при акушерско-гинекологической патологии	6	2	4	зачет
7.	Неотложная помощь при	6	2	4	зачет

	психических заболеваниях				
8.	Неотложная помощь при острых экзогенных отравлениях	8	4	4	Зачет
9.	Неотложная помощь при инфекционных заболеваниях	2	2	-	Зачет
10.	Неотложные состояния, интенсивная терапия и реанимация в педиатрии	11	4	7	зачет
	Итоговая аттестация (тестирование, собеседование, практические умения).	6	-	6	
	Итого:	144	62	82	

**УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН
ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ «ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ» ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»
(ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ)**

Цель: совершенствование теоретических знаний и практических навыков для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях: первичной медико-санитарной помощи; неотложной; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Категория обучающихся: врачи выездных бригад скорой медицинской помощи, старшие врачи смены, заведующие отделов и подстанций скорой помощи.

Срок обучения: 144 академических часов (1 месяц)

Трудоемкость: 4 ЗЕТ (в зачетных единицах)

Режим занятий: 6 академических часов в день

Форма обучения: **Очная**

Код	Наименование разделов, дисциплин и тем	Число учебных часов			
		всего	л	п/з	к
1	2	3	4	5	6
1.	Социальная гигиена и организация скорой медицинской помощи	4	4	-	зачет
1.1	Основы трудового права в здравоохранении	0,5	0,5	-	
1.2	Основы уголовного права РФ	0,5	0,5	-	
1.3	Основы врачебной этики и медицинская деонтология	1	1	-	
1.4	Организация медицинской помощи населению	1	1	-	
1.5	Организация медицинской помощи при авариях, катастрофах и стихийных бедствиях	1	1	-	
2.	Обезболивание, реанимация и интенсивная терапия	26	12	14	зачет
2.1.	Методы анестезиологического пособия, применяемые в условиях догоспитального этапа	8	2	6	
2.2.	Реанимация и интенсивная терапия в условиях догоспитального этапа	10	4	6	

2.3.	Неотложная помощь при шоковых состояниях	2	2	-	
2.4.	Неотложная помощь при коматозных состояниях	4	2	2	
2.5.	Неотложная помощь при некоторых экстремальных состояниях	2	2	2	
3.	Неотложная помощь при заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем	48	18	30	зачет
3.1.	Электрокардиография	18	6	12	
3.2.	Неотложные состояния в кардиологии	20	6	14	
3.3.	Острая сосудистая патология	6	4	2	
3.4.	Острая дыхательная патология	4	2	2	
4.	Острые хирургические заболевания и травмы органов груди и живота	16	10	6	зачет
4.1.	Острые хирургические заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки	2	1	1	
4.2.	Острые хирургические заболевания желчевыводящих путей	2	1	1	
4.3.	Острые хирургические заболевания поджелудочной железы	2	1	1	
4.4.	Острые хирургические заболевания кишечника	3	2	1	
4.6.	Сочетанные и множественные травмы груди и живота	4	3	1	
4.7.	Перитонит	3	2	1	
5.	Неотложная помощь при заболеваниях и травмах нервной системы	11	4	7	зачет
5.1.	Внутричерепная травма	4	2	2	
5.2.	Травма позвоночника	2	-	2	
5.3.	Острые нарушения мозгового кровообращения	5	2	3	
6.	Неотложная помощь при акушерско-гинекологической патологии	6	2	4	зачет

6.1.	Токсикозы беременных	1,5	0,5	1	
6.2.	Прерывание беременности и роды вне стационара	1,5	0,5	1	
6.3.	Кровотечения, шок и терминальные состояния	2	1	1	
6.4.	Неотложная помощь при острых гинекологических заболеваниях	1	-	1	
7.	Неотложная помощь при психических заболеваниях	6	2	4	зачет
7.1.	Неотложная помощь при острых психических заболеваниях	6	2	4	
8.	Неотложная помощь при острых экзогенных отравлениях	8	4	4	Зачет
8.1.	Общие вопросы клинической токсикологии Патологические синдромы при острых отравлениях	1	1	-	
8.2.	Патологические синдромы при острых отравлениях	3	1	2	
8.3.	Современные методы лечения острых отравлений	4	2	2	
9.	Неотложная помощь при инфекционных заболеваниях	2	2	-	Зачет
9.1.	Неотложная помощь при карантинных, особо опасных и раневых инфекциях	2	2	-	
10.	Неотложные состояния, интенсивная терапия и реанимация в педиатрии	11	4	7	зачет
10.1.	Возрастные особенности ребенка	2	2	-	
10.2.	Состояния и заболевания, требующие реанимации и интенсивной терапии у детей	5	2	3	
10.3.	Методы реанимации и интенсивной терапии в детском возрасте	4	-	4	
	Итоговая аттестация (тестирование, собеседование, практические умения).	6	-	6	
	Итого:	144	62	82	

КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПО СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Часть 1. Множественные травмы, медицинская сортировка.

001. Врач «скорой помощи» первым прибыл к месту катастрофы с большим количеством пострадавших различной степени тяжести. В его задачи до прибытия служб медицины катастроф и других бригад «скорой помощи» входят следующие мероприятия, кроме

- а) сообщение диспетчерской службе о характере ЧС, количестве пострадавших и необходимом количестве медицинских сил
- б) непосредственного участия в оказании медицинской помощи после проведения медицинской сортировки
- в) начала проведения медицинской сортировки
- г) эвакуации пострадавших из зоны поражения при отсутствии сотрудников служб спасения
- д) немедленной транспортировки наиболее тяжело пострадавшего в близлежащий стационар

002. Целью медицинской сортировки является

- а) эвакуация пострадавших с травмой, не совместимой с жизнью
- б) эвакуация пострадавших для оказания им специализированной помощи по витальным показаниям
- в) обеспечение пострадавшим своевременной медпомощи в оптимальном объеме и проведение рациональной эвакуации
- г) распределение пострадавших по возрастному принципу
- д) все перечисленное верно

003. К основным сортировочным признакам не относятся

- а) опасность для окружающих
- б) лечебный признак
- в) эвакуационный признак
- г) возрастной признак
- д) социальный признак

004. При медсортировке пораженных на основании оценки общего состояния, характера патологии и осложнений выделяют

- а) одну сортировочную группу
- б) две сортировочных группы
- в) три сортировочных группы
- г) четыре сортировочные группы
- д) пять сортировочных групп

005. К первой сортировочной группе относятся пострадавшие

- а) с крайне тяжелыми, не совместимыми с жизнью повреждениями
- б) с тяжелыми повреждениями, характеризующимися нарастанием расстройств жизненно важных функций
- в) с повреждениями средней тяжести, сопровождающимися выраженными функциональными расстройствами, но не представляющими непосредственной угрозы для жизни
- г) с повреждениями легкой и средней тяжести без резко выраженных функциональных расстройств; в дальнейшем нуждаются в стационарном лечении

- д) с легкими повреждениями, требующими амбулаторно-поликлинического лечения (наблюдения)
006. Ко второй сортировочной группе относятся пострадавшие
- а) с крайне тяжелыми, не совместимыми с жизнью повреждениями
 - б) с тяжелыми повреждениями, характеризующимися нарастанием нарушений витальных функций
 - в) с повреждениями средней тяжести, сопровождающимися выраженными функциональными расстройствами, но без нарушения витальных функций; однако не исключается возможность развития жизненно-важных осложнений
 - г) с повреждениями легкой и средней тяжести без грубых функциональных расстройств; в дальнейшем нуждаются в стационарном лечении
 - д) с легкими повреждениями, требующими амбулаторно-поликлинического лечения (наблюдения)
007. К третьей сортировочной группе относятся пострадавшие
- а) с крайне тяжелыми, не совместимыми с жизнью повреждениями
 - б) с тяжелыми повреждениями и нарастанием расстройств витальных функций
 - в) с повреждениями средней тяжести, сопровождающимися выраженными функциональными расстройствами, но без нарушения витальных функций
 - г) с повреждениями легкой и средней тяжести без грубых функциональных расстройств; в дальнейшем нуждаются в стационарном лечении
 - д) с легкими повреждениями, требующими амбулаторно-поликлинического лечения (наблюдения)
008. К четвертой сортировочной группе относятся пострадавшие
- а) с крайне тяжелыми, не совместимыми с жизнью повреждениями
 - б) с тяжелыми повреждениями, характеризующимися нарастающим нарушением витальных функций
 - в) с повреждениями средней тяжести, сопровождающимися выраженными функциональными расстройствами, без жизненно опасных повреждений
 - г) с повреждениями легкой и средней тяжести без резко выраженных функциональных расстройств; в дальнейшем нуждаются в стационарном лечении
 - д) с легкими повреждениями, требующими амбулаторно-поликлинического лечения (наблюдения)
009. К пятой сортировочной группе относятся пострадавшие
- а) с крайне тяжелыми, не совместимыми с жизнью повреждениями
 - б) с тяжелыми повреждениями, характеризующимися нарастанием расстройств жизненно важных функций
 - в) с повреждениями средней тяжести, выраженными функциональными расстройствами, без жизненно опасных нарушений
 - г) с повреждениями легкой и средней тяжести без грубых функциональных расстройств; в дальнейшем нуждаются в стационарном лечении
 - д) с легкими повреждениями, требующими амбулаторно-поликлинического лечения (наблюдения)
010. Объем медицинской помощи в первой сортировочной группе
- а) симптоматическое лечение для облегчения страданий
 - б) устранение причин нарастающих нарушений витальных функций в первую очередь
 - в) наблюдение, медпомощь во вторую очередь или отсрочена
 - г) наблюдение, медицинская помощь отсрочена
 - д) медпомощь при необходимости оказывается на последующих этапах эвакуации
011. Объем медицинской помощи в второй сортировочной группе
- а) симптоматическое лечение для облегчения страданий

- б) устранение причин нарастающих нарушений витальных функций в первую очередь
 - в) наблюдение, медпомощь во вторую очередь или отсрочена
 - г) наблюдение, медицинская помощь отсрочена
 - д) медпомощь при необходимости оказывается на последующих этапах эвакуации
012. Объем медицинской помощи в третьей сортировочной группе
- а) симптоматическое лечение для облегчения страданий
 - б) устранение причин нарастающих нарушений витальных функций в первую очередь
 - в) наблюдение, медпомощь во вторую очередь или отсрочена
 - г) наблюдение, медицинская помощь отсрочена
 - д) медпомощь при необходимости оказывается на последующих этапах эвакуации
013. Объем медицинской помощи в четвертой сортировочной группе
- а) симптоматическое лечение для облегчения страданий
 - б) устранение причин нарастающих нарушений витальных функций в первую очередь
 - в) наблюдение, медпомощь во вторую очередь или отсрочена
 - г) наблюдение, медицинская помощь отсрочена
 - д) медпомощь при необходимости оказывается на последующих этапах эвакуации
014. Объем медицинской помощи в пятой сортировочной группе
- а) симптоматическое лечение для облегчения страданий
 - б) устранение причин нарастающих нарушений витальных функций в первую очередь
 - в) наблюдение, медпомощь во вторую очередь или отсрочена
 - г) наблюдение, медицинская помощь отсрочена
 - д) медпомощь при необходимости оказывается на последующих этапах эвакуации
015. Эвакуация пострадавших первой сортировочной группы
- а) не проводится
 - б) в первую очередь на санитарном транспорте с контролем и поддержанием витальных функций
 - в) во вторую очередь или отсрочена; на санитарном транспорте, но можно одновременно несколько пострадавших
 - г) во вторую очередь транспортом общего назначения
 - д) во вторую очередь транспортом общего назначения или самостоятельно
016. Эвакуация пострадавших второй сортировочной группы
- а) не проводится
 - б) в первую очередь на санитарном транспорте с контролем и поддержанием витальных функций
 - в) во вторую очередь или отсрочена; на санитарном транспорте, но можно одновременно несколько пострадавших
 - г) во вторую очередь транспортом общего назначения
 - д) во вторую очередь транспортом общего назначения или самостоятельно
017. Эвакуация пострадавших третьей сортировочной группы
- а) не проводится
 - б) в первую очередь на санитарном транспорте с контролем и поддержанием витальных функций
 - в) во вторую очередь или отсрочена; на санитарном транспорте, но можно одновременно несколько пострадавших
 - г) во вторую очередь транспортом общего назначения
 - д) во вторую очередь транспортом общего назначения или самостоятельно
018. Эвакуация пострадавших четвертой сортировочной группы
- а) не проводится
 - б) в первую очередь на санитарном транспорте с контролем и поддержанием витальных функций

- в) во вторую очередь или отсрочена; на санитарном транспорте, но можно одновременно несколько пострадавших
 - г) во вторую очередь транспортом общего назначения
 - д) во вторую очередь транспортом общего назначения или самостоятельно
- 019. Эвакуация пострадавших пятой сортировочной группы
 - а) не проводится
 - б) в первую очередь на санитарном транспорте с контролем и поддержанием витальных функций
 - в) во вторую очередь или отсрочена; на санитарном транспорте, но можно одновременно несколько пострадавших
 - г) во вторую очередь транспортом общего назначения
 - д) во вторую очередь транспортом общего назначения или самостоятельно
- 020. К первой сортировочной группе не относятся пострадавшие с
 - а) открытой ЧМТ с массивным повреждением вещества головного мозга
 - б) повреждением магистральных сосудов шеи с обеих сторон с продолжающимся массивным кровотечением
 - в) открытым ранением грудной клетки с обширным повреждением внутренних органов
 - г) травматической ампутацией нижней половины тела
 - д) травматической ампутацией обеих нижних конечностей с продолжающимся кровотечением
- 021. Ко второй сортировочной группе не относятся пострадавшие с
 - а) коматозным состоянием
 - б) травматической ампутацией обеих нижних конечностей с продолжающимся кровотечением
 - в) напряженным пнемотораксом
 - г) травматическим шоком II степени
 - д) термическим ожогом I-II степени 10% поверхности тела
- 022. К третьей сортировочной группе не относятся пострадавшие с
 - а) закрытым переломом голени
 - б) термическим ожогом I-II степени 10% поверхности тела
 - в) отравлением угарным газом без нарушения витальных функций
 - г) травматическим шоком I степени
 - д) колото-резанной раной предплечья без признаков активного кровотечения
- 023. К четвертой сортировочной группе не относятся пострадавшие с
 - а) переломом лучевой кости в типичном месте
 - б) ожогом II степени обеих кистей
 - в) колото-резанной раной предплечья без признаков активного кровотечения
 - г) тупой травмой живота без явных признаков нарушения гемодинамики
 - д) гипертоническим кризом (обострение гипертонической болезни)
- 024. К пятой сортировочной группе не относятся пострадавшие с
 - а) с садненной раной бедра, беременностью 15 недель
 - б) с термическим ожогом стопы I степени у ребенка 8 лет
 - в) с травматической экстракцией верхних резцов без признаков продолжающегося кровотечения
 - г) с ушибом бедра
 - д) с закрытым переломом VI-VIII ребер слева
- 025. При краш-синдроме на наблюдается
 - а) выраженная дегидратация
 - б) снижение глобулярного объема
 - в) тканевая (резорбционная) интоксикация

- г) декомпенсированный метаболический ацидоз и гиперкалиемия
 - д) плазмопотеря в зону сдавления и снижение концентрации альбумина в плазме
026. При краш-синдроме перераспределение плазмы и метаболические нарушения начинают развиваться
- а) в компрессионном периоде
 - б) в момент декомпрессии
 - в) через 2 часа
 - г) через 12 часов
 - д) после развития олигурии
027. К первой помощи при краш-синдроме не относится
- а) обезболивание
 - б) обеспечение обильного питья
 - в) освобождение пораженного
 - г) наложение жгута для дальнейшей транспортировки
 - д) тугое бинтование пораженной конечности эластичным бинтом
028. При краш-синдроме на догоспитальном этапе артериальный жгут применим
- а) во всех случаях
 - б) при сочетании с олигурией
 - в) при сочетании с закрытым переломом костей
 - г) при наличии признаков обменной интоксикации
 - д) при наличии четкой зоны нежизнеспособности тканей
029. Применение артериального жгута при краш-синдроме на догоспитальном этапе показано
- а) во всех случаях
 - б) при сдавлении 8 часов
 - в) при сдавлении 12 часов
 - г) при сдавлении 24 часа
 - д) при артериальном кровотечении
030. При краш-синдроме тугое бинтование пораженной конечности эластическим бинтом способствует всему, кроме
- а) замедления скорости плазмопотери
 - б) нивелирования погрешностей инфузионной терапии
 - в) увеличения объема потери альбумина из кровяного русла
 - г) профилактики развития острой почечной недостаточности
 - д) уменьшения объема потери жидкости из интерстициального пространства
031. В связи с освобождением тканевого тромбопластина при краш-синдроме на догоспитальном этапе показано
- а) аспирин
 - б) викасол
 - в) фенилин
 - г) аминокaproновая кислота
 - д) низкомолекулярного гепарина
032. При краш-синдроме на догоспитальном этапе не оправдано раннее применение следующей группы препаратов
- а) седативные
 - б) антиагреганты
 - в) антиоксиданты
 - г) сердечные гликозиды
 - д) антикоагулянты прямого действия
033. При краш-синдроме проведение инфузионной терапии на догоспитальном этапе
- а) обязательно

- б) противопоказано
 - в) показано при олигурии
 - г) противопоказано при анурии
 - д) показано только при наличии мочи более 30 мл/в час
034. Начальную инфузионную терапию при краш-синдроме (2000-2500 мл) целесообразно проводить раствором
- а) трисоли
 - б) инфукола или реополиглюкина
 - в) 5-процентной или 10-процентной глюкозы
 - г) 0,9-процентного хлорида натрия
 - д) 4-процентного гидрокарбоната натрия
035. Применение следующего корректирующего раствора при краш-синдроме на догоспитальном этапе предпочтительно
- а) дисоль
 - б) ацесоль
 - в) трисоль
 - г) хлосоль
 - д) лактасоль
036. Инфузионная терапия при краш-синдроме противопоказана при
- а) анурии
 - б) олигурии
 - в) гиповолемии
 - г) нормоволемии
 - д) гипергидратация
037. В приемно-сортировочном отделении пораженному с краш-синдромом показано все, кроме
- а) санитарной обработки
 - б) экскреторной урографии
 - в) рентгенографии органов грудной клетки, ЭКГ
 - г) УЗИ-мониторинга почек и органов брюшной полости
 - д) консультации хирурга, травматолога, гинеколога, нейрохирурга
038. Наиболее эффективно для профилактики острой почечной недостаточности
- а) использование анальгетиков
 - б) введение альбумина и/или реополиглюкина
 - в) применение петлевых и осмотических диуретиков
 - г) введение теofilлина и допамина в «почечных дозах»
 - д) восстановление оптимального объема интерстициальной жидкости
039. У пораженных с краш-синдромом, осложненным острой почечной недостаточностью, лапарасные разрезы способствуют всему, кроме
- а) плазмопотери
 - б) формирования рубцовых контрактур
 - в) развития гнойных и септических осложнений
 - г) abortивного течения острой почечной недостаточности
 - д) повторных кровотечений на фоне уремии и лечения гемодиализом
040. При краш-синдроме обезболивание на догоспитальном этапе показано
- а) всегда
 - б) противопоказано при олигурии
 - в) при сочетании с переломом костей
 - г) прогностического значения не имеет
 - д) противопоказано при наличии признаков обменной интоксикации

041. Какие препараты при внутривенном введении не оказывают немедленное анальгетическое воздействие и селективно ухудшают объем почечного кровотока
- а) калипсол (кетамин)
 - б) опиаты (морфин, омнопон, промедол, фентанил)
 - в) нестероидные противовоспалительные препараты (кеторолак, ксефокам, ибупрофен)
 - г) опиоиды группы агонист-антагонистов (стадол, нубаин, трамал)
 - д) все перечисленные препараты
042. Применение региональной анестезии современными анестетиками (лидокаин, ультракаин...) при краш-синдроме на догоспитальном этапе ограничивается
- а) степенью эффективности
 - б) длительностью воздействия
 - в) степенью воздействия на дыхание и гемодинамику
 - г) степенью безопасности при гиповолемии и токсемии
 - д) потенциальной угрозой инфицирования анаэробной флорой

Часть 2. Организация скорой медицинской помощи

001. Служба скорой медицинской помощи предназначена для
- а) оказания экстренной и неотложной медицинской помощи всем больным и пострадавшим вне зависимости от места их нахождения (включая находящихся на лечении в стационаре)
 - б) оказания экстренной и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим в стационарах скорой медицинской помощи
 - в) проведение лечебно-эвакуационных мероприятий в очаге поражения при чрезвычайных ситуациях и массовых катастрофах
 - г) оказания экстренной и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим вне лечебных учреждений при осуществлении межбольничной транспортировки больных
 - д) осуществление внутрибольничной транспортировки при отсутствии в структуре стационара реанимационного отделения
002. Нормой транспортной доступности для подстанции скорой помощи считается
- а) 5 минут
 - б) 10 минут
 - в) 15 минут
 - г) 30 минут
 - д) 45 минут
003. В перечень документации, оформляемой выездным персоналом СМП, не входит
- а) карта вызова
 - б) сопроводительный лист
 - в) рецептурный бланк расхода медикаментов
 - г) бланк констатации смерти
 - д) должны заполняться все перечисленные документы
004. Вызов специализированной бригады врачом линейной бригады обоснован
- а) оказанием консультативной помощи в дифференциальной диагностике и проведении интенсивной терапии или реанимации
 - б) обследованием больного по направлению участкового врача
 - в) просьбой больного
 - г) требованием родственников больного

- д) во всех перечисленных случаях
005. Диспетчер оперативного отдела станции скорой медицинской помощи имеет право
- а) направлять бригады к месту происшествия с ближайшей подстанции
 - б) без консультации со старшим врачом отменять вызовы
 - в) проводить консультации больных по телефону или по другим средствам связи
 - г) выезжать на консультации больных по вызову бригады скорой помощи
 - д) все перечисленное верно
006. Диспетчер по госпитализации обязан
- а) дать место на госпитализацию в профильное отделение по запросу бригады скорой помощи
 - б) следить за порядком в бригадах и в случае обнаружения нарушения дисциплины снимать бригады с вызова
 - в) обеспечивать бесперебойную работу средств связи всей диспетчерской службы
 - г) следить за исправностью медицинского оборудования на машинах скорой помощи
 - д) докладывать старшему врачу о количестве работающих бригад
007. При несчастном случае проезжающая мимо бригада скорой помощи обязана остановиться
- а) только если она следует на вызов
 - б) только если она следует с вызова без больного
 - в) только реанимационная бригада
 - г) только при наличии на месте происшествия сотрудников милиции
 - д) всегда
008. При прибытии на место дежурства бригада скорой помощи должна расположить автомобиль таким образом, чтобы
- а) его было видно издалека
 - б) из окна автомобиля был виден объект дежурства
 - в) за происходящим на объекте дежурства можно было наблюдать через стекла задних дверей
 - г) за происходящим на объекте дежурства можно было наблюдать через правое боковое стекло
 - д) можно было выехать сразу без дополнительных маневров
009. Наиболее верной тактикой ответственного по бригаде скорой помощи по прибытии на место дежурства является
- а) доложить ответственному за проведение дежурства, согласовать место стоянки, доложить диспетчеру о прибытии и точном месте расположения автомобиля
 - б) расположить автомобиль в подходящем месте, доложить диспетчеру о прибытии, найти ответственного за проведение дежурства и сообщить о прибытии
 - в) доложить диспетчеру о прибытии на место, согласовать с ним место стоянки автомобиля
 - г) доложить диспетчеру о прибытии на место, найти ответственного за проведение дежурства и сообщить о прибытии, согласовать с ним место стоянки, повторно связаться с диспетчером и сообщить точное место расположения автомобиля
 - д) найти ответственного за проведение дежурства, сообщить ему о прибытии и согласовать с ним место стоянки
010. Наиболее вероятно тактикой ответственного по бригаде скорой помощи во время дежурства является
- а) менять место расположения бригады только с разрешения диспетчера
 - б) менять место расположения бригады в соответствии с распоряжением ответственного за проведение дежурства
 - г) менять место расположения бригады в соответствии с распоряжением ответственного за проведение дежурства или самостоятельно при возникновении реальной угрозы без-

опасности, сообщая диспетчеру и ответственному за проведение дежурства о точном месте нахождения

д) менять место расположения бригады в соответствии с распоряжением ответственного за проведение дежурства или самостоятельно при возникновении реальной угрозы безопасности, сообщая диспетчеру о точном месте нахождения

011. При обращении больных и пострадавших бригада скорой помощи, находящаяся на дежурстве

а) запрашивает наряд у диспетчера на обратившегося, а после оказания помощи сообщает об этом диспетчеру и, при необходимости госпитализации поступает в соответствии с его решением: либо госпитализирует сама, дождавшись смены на дежурстве, либо передает другой бригаде на госпитализацию

б) оказывает медицинскую помощь и оформляет карту вызова с тем же нарядом, с которым приезжает бригада для вывоза пациента

в) оказывает медицинскую помощь и оформляет карту вызова лишь в том случае, если обращение требует госпитализации

г) запрашивает наряд у диспетчера на обратившегося и сама госпитализирует пострадавшего (при условии 15-минутной доступности больницы)

д) запрашивает наряд у диспетчера на обратившегося и сама госпитализирует пострадавшего (если у бригады заканчивается смена)

012. Происшествие считается массовым, если

а) пострадавших больше 10 человек

б) пострадавших больше 100 человек

в) пострадавших больше одного

г) пострадавших больше 2-х человек

д) пострадавших больше 3-х человек

013. Катастрофой происшествие считается, если

а) погибло больше 10 человек

б) пострадавших больше 100 человек

в) погиб 1 человек

г) погибших больше 2-х человек

д) погибших больше 3-х человек

014. К первоочередным задачам ответственного за оказание медицинской помощи относятся все перечисленные, кроме

а) определения места сбора пострадавших

б) сообщения в оперативный отдел о происшествии и о предположительном количестве пострадавших

в) участия в организации штаба спасательных работ

г) проведения сортировки пострадавших по тяжести и характеру повреждений и очередности оказания медицинской помощи

д) сообщения в оперативный отдел уточненных данных о количестве и тяжести пострадавших, а также наиболее удобных и безопасных путях подъезда бригад к площадке сбора пострадавших

015. Во вторую очередь ответственный за оказание медицинской помощи должен выполнить следующие действия, за исключением

а) обеспечения оцепления сотрудниками милиции площадки сбора пострадавших

б) определения наиболее безопасных и свободных путей выноса пострадавших

в) обеспечения встречи прибывающих бригад

г) определения места стоянки санитарного транспорта

д) выяснения у прибывающих бригад наличия упаковок с наркотическими лекарственными средствами

016. В третью очередь ответственный за оказание медицинской помощи должен выполнить следующие действия, за исключением

- а) регистрации номерных знаков прибывающих автомобилей "скорой помощи"
- б) оказания и обеспечения оказания первой медицинской помощи пострадавшим
- в) регистрации паспортных данных пострадавших с отметкой о бригаде, оказавшей помощь, и месте госпитализации
- г) организации постоянной устойчивой связи с оперативным отделом
- д) принятия участия в организации штаба спасательных работ

017. Если бригада скорой помощи оказалась на месте происшествия первой, то ответственный по бригаде (выберите неправильный ответ)

- а) становится ответственным за оказание медицинской помощи в любом случае
- б) становится ответственным за оказание медицинской помощи только, если бригада врачебная
- в) информирует оперативный отдел о случившемся
- г) сообщает в оперативный отдел о том, что принял на себя обязанности ответственного за оказание медицинской помощи
- д) сообщает, выполнила ли бригада вызов или не доехала до него

018. Если бригада скорой помощи следовала на место происшествия, то по прибытии (выберите неправильный ответ)

- а) ответственный по бригаде должен доложить ответственному за оказание медицинской помощи
- б) бригада полностью поступает в распоряжение ответственного за оказание медицинской помощи
- в) бригада направляется в очаг происшествия для оказания помощи и осуществления выноса пострадавших
- г) автомобиль бригады направляется к площадке стоянки санитарного транспорта
- д) бригада направляется на площадку сбора пострадавших

019. В случае констатации смерти правильными являются все перечисленные действия врача скорой помощи, кроме

- а) при скоропостижной смерти женщин до 55 лет и мужчин до 60 лет, а также при смерти одиноких граждан вызывается милиция
- б) при смерти детей от 0 до 14 лет вызывается милиция
- в) после констатации смерти ответственный по бригаде связывается с отделом перевозки трупов и регистрирует смерть
- г) решение о вывозе трупа принимается диспетчером отдела перевозки трупов в соответствии с действующими нормативными документами
- д) в конфликтных случаях окончательное решение принимает заведующий подстанцией

020. В случае констатации смерти правильными являются все перечисленные действия врача скорой помощи, кроме

- а) при обнаружении трупа на улице или в общественном месте ответственный по бригаде вызывает государственные правоохранительные органы и дальнейшие свои действия согласовывает с ними и с отделом перевозки трупов
- б) если бригада вызывалась еще к живому, в карте вызова записывается диагноз: "Смерть до 03"
- в) если бригада вызывалась уже к мертвому, в карте вызова записывается диагноз: "Констатация смерти"
- г) если смерть наступила при бригаде, то в конце полного установленного диагноза записывается: "Смерть при 03"

д) если первично констатация смерти была проведена работниками медицинского пункта, то бригада скорой помощи констатирует смерть повторно и в карте вызова записывается диагноз: "Повторная констатация смерти"

021. Вызовом на "криминал" является все перечисленное, кроме

- а) убийства, самоубийства, насилия
- б) причинения телесных повреждений, отравления
- в) незаконного аборта
- г) трупа ребенка от 0 до 14 лет
- д) трупа взрослого, умершего внезапно, в возрасте старше 60 лет

022. Если бригада скорой помощи прибыла на криминальный вызов к живому пациенту, то ответственный по бригаде

- а) сначала должен собрать и расспросить всех свидетелей о происшедших событиях
- б) должен дожидаться сотрудников милиции, вызванных незамедлительно через диспетчера, и после их прибытия приступить к осмотру пациента и оказанию помощи
- в) должен связаться с заведующим подстанцией или, в его отсутствие, с ответственным старшим врачом оперативного отдела и только после их разрешения приступить к осмотру пациента и оказанию помощи
- г) должен немедленно приступить к осмотру и оказанию помощи, приняв меры к вызову государственных правоохранительных органов
- д) в случае прибытия в общественное место, где есть своя служба безопасности, должен вызвать начальника этой службы и сообщить ему о случившемся

023. Если бригада скорой помощи прибыла на криминальный вызов уже к мертвому пациенту, то

- а) сначала ответственный по бригаде должен собрать всех свидетелей в одном месте, запереть дверь и дожидаться сотрудников милиции
- б) надо дожидаться сотрудников милиции, вызвав их незамедлительно через диспетчера, и только затем приступить к осмотру тела
- в) ответственный по бригаде должен связаться с заведующим подстанцией или, в его отсутствие, с ответственным старшим врачом оперативного отдела и только после их разрешения приступить к осмотру тела
- г) ответственный по бригаде должен убедиться в биологической смерти пациента, для чего он имеет право применить все необходимые методы, вплоть до изменения положения тела, затем, приняв меры к вызову государственных правоохранительных органов, необходимо попросить свидетелей задержаться до их прибытия или предложить им сообщить свои паспортные данные для передачи сотрудникам милиции
- д) в случае прибытия в общественное место, где есть своя служба безопасности, ответственный по бригаде вызывает начальника этой службы и сообщает ему о случившемся

024. При оказании помощи лицам в алкогольном опьянении на улице или в общественном месте при их отказе от осмотра бригада скорой помощи

- а) уезжает с места вызова, если нет нужды в оказании медицинской помощи
- б) вызывает наряд милиции
- в) вызывает родственников данного лица
- г) вызывает администрацию ближайшего государственного учреждения
- д) осуществляет транспортировку в медвытрезитель

025. Больной нуждается в стационарном лечении, но отказывается от госпитализации, находясь в состоянии алкогольного опьянения. Определите неправильные действия бригады скорой помощи

- а) фельдшерская бригада вызывает врачебную бригаду в случае острой хирургической патологии или черепно-мозговой травмы
- б) врач линейной бригады вызывает психиатрическую бригаду
- в) врач линейной бригады по показаниям вызывает специализированную бригаду

- г) врачебная бригада оставляет больного на месте и "актив" в поликлинику при наличии у него соматической патологии (пневмония, гипертонический криз ...)
- д) врач линейной бригады оставляет "актив" себе

026. При оказании экстренной медицинской помощи лицам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения, тактика врача скорой помощи состоит в соблюдении всего перечисленного, кроме

- а) тщательного осмотра головы для исключения открытой черепно-мозговой травмы
- б) проверки доступных неврологических симптомов для исключения закрытой черепно-мозговой травмы
- в) подробного описания в карте вызова признаков алкогольного опьянения, имеющихся у больного
- г) определения степени алкогольного опьянения и оформления протокола
- д) проведения клинической дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, имеющими сходные с алкогольным опьянением симптомы

027. При отказе от госпитализации больных с острой хирургической патологией следующие действия бригады скорой помощи являются неверными

- а) фельдшерская бригада вызывает "на себя" врачебную бригаду или оставляет на нее "актив" через 3 часа
- б) фельдшерская бригада может оставить "актив" на себя при отсутствии на подстанции в работающей смене врачебных бригад
- в) врач линейной бригады оставляет "актив на себя" через 3 часа
- г) врач линейной бригады может, если речь идет о ребенке до 15 лет, оставить "актив" на неотложную помощь
- д) врач специализированной бригады оставляет «актив на себя» или передает в поликлинику

028. При отказе от госпитализации больных с инфарктом миокарда неверными являются следующие действия бригады скорой помощи

- а) при выставлении диагноза "инфаркт миокарда" фельдшерская бригада вызывает "на себя" врачебную линейную или специализированную бригаду
- б) медицинские работники, прибывшие на вызов, обязаны подробно объяснить больному и его родственникам возможные последствия отказа от госпитализации
- в) врач линейной бригады вызывает "на себя" кардиологическую бригаду
- г) врач линейной бригады имеет право, если гемодинамика больного стабильная, вызвать наряд милиции для принудительной госпитализации
- д) врач кардиологической бригады оставляет "актив на себя" или передает в поликлинику

029. При оказании помощи на дому и необходимости госпитализации одиноких лиц с нарушенным сознанием неверными являются следующие действия

- а) вызов милиции для опечатывания квартиры (через диспетчера направления)
- б) вызов милиции, если с одиноким лицом проживают непрописанные граждане
- в) квартира оставляется близким родственникам (мать, отец, дочь, сын, жена, муж, родные брат и сестра) при наличии документов даже при отсутствии прописки
- г) квартира не опечатывается и милиция не вызывается, если у больного есть ключи от квартиры и ее можно легко закрыть
- д) если состояние больного тяжелое, а милиция задерживается, допускается транспортировка пациента в больницу с возвращением для опечатывания квартиры

030. При явных психических расстройствах пациента правильными являются все перечисленные действия бригады скорой помощи, кроме следующих

- а) обеспечение экстренной консультации психиатра для решения вопроса о госпитализации в психиатрическую больницу

б) обязательная госпитализация в специализированные стационары лиц, покушавшихся на самоубийство, независимо от состояния их здоровья и согласия родственников, с привлечением, в случае необходимости, психиатрической бригады (если соматической патологии нет) или милиции (если есть соматическая патология)

в) при сочетании психических расстройств с соматическим заболеванием, требующим госпитализации, выставляется двойной диагноз — соматический и психопатологический синдром

г) при явной картине психоза и отказе от госпитализации привлекаются сотрудники психиатрической бригады милиции для оказания помощи в госпитализации в соматопсихиатрическое отделение или удержание пациента до прибытия

д) оставление таких больных на месте при наличии расписки родственников первой степени родства об отказе от госпитализации

031. При оказании помощи на улице или в общественных местах лицам с нарушенным сознанием неверными являются следующие действия бригады скорой помощи

а) опись документов, денег и ценностей составляется в приемных отделениях больниц с привлечением медсестры или инкассатора

б) фамилия принявшего ценности записывается в карту вызова и берется расписка под списком ценностей в карте вызова

в) сопроводительный лист с описью ценностей и подписью ответственного по бригаде сдается вместе с больным

г) в отделениях спецтравмы и в спецмедвытрезвителях достаточно записать номер акта, Если больной госпитализируется из общественного места с протоколом личного обыска, составленным сотрудниками милиции, в карте вызова указывается, что ценности сданы по протоколу и берется подпись о приеме протокола, а также фиксируется наименование органа милиции и фамилия сотрудника, составившего протокол

д) опись документов, денег и ценностей не составляется, если госпитализируются военнослужащие и сотрудники правоохранительных органов

Часть 3. Неотложная терапия

001. Боль в нижней трети грудины, облегчающаяся при переходе из горизонтального положения в вертикальное, указывает на

а) тромбоз легочной артерии

б) базальный плеврит

в) грыжу пищеводного отверстия диафрагмы

г) пролапс митрального клапана

д) острый инфаркт миокарда

002. Острый перикардит с выраженным болевым синдромом у лиц моложе 40 лет, скорее всего, связан с

а) туберкулезом

б) микседемой

в) острой вирусной инфекцией

г) системной красной волчанкой

д) периодической болезнью

003. Иппалидия боли в спину наиболее характерна для

а) острого перикардита

б) разрыва пищевода

в) расслаивающей аневризмы аорты

г) тромбоза легочной артерии

д) спонтанного пневмоторакса

004. Сочетание болей в грудной клетке с гипотензией наименее характерно для
- а) тромбоэмболии легочной артерии
 - б) острого инфаркта миокарда
 - в) напряженного пневмоторакса
 - г) гемотампонады сердца
 - д) острого сухого перикардита
005. Сочетание болей в грудной клетке с набуханием шейных вен характерно для всего перечисленного, кроме
- а) тромбоэмболии легочной артерии
 - б) разрыва межжелудочковой перегородки
 - в) гемотампонады сердца
 - г) инфаркта правого желудочка
 - д) расслаивающей аневризмы аорты
006. Зависимость болей в грудной клетке от положения больного наиболее характерна для одного из следующих заболеваний
- а) пролапс митрального клапана
 - б) тромбоэмболия легочной артерии
 - в) острый перикардит
 - г) расслаивающая аневризма аорты
 - д) инфаркт миокарда
007. Пульсирующий характер интенсивных болей в грудной клетке с наибольшей вероятностью указывает на
- а) расслаивающую аневризму аорты
 - б) тромбоэмболию легочной артерии
 - в) инфаркт миокарда
 - г) кардиоспазм
 - д) синдром Титце
008. Возникновение болей за грудиной после еды при принятии горизонтального положения наиболее характерно для
- а) кардиоспазма
 - б) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
 - в) язвенной болезни желудка
 - г) вариантной стенокардии
 - д) обострения хронического холецистита
009. Эффективность нитроглицерина в купировании приступа загрудинных болей помимо стенокардии отмечается также при
- а) кардиоспазме
 - б) нейроциркуляторной дистонии
 - в) пролапсе митрального клапана
 - г) остром перикардите
 - д) грыже пищеводного отверстия диафрагмы
010. Сочетание интенсивных разлитых болей в верхних отделах живота с иррадиацией в спину и элевацией сегмента ST на ЭКГ кроме гастралгической формы инфаркта миокарда требует исключить в первую очередь
- а) обострение язвенной болезни желудка
 - б) расслаивающую аневризму аорты
 - в) острый панкреатит
 - г) острый гастродуоденит
 - д) синдром Хилаидити
011. Из заболеваний, сопровождающихся болями в груди, пальпация грудной клетки наиболее информативна при
- а) синдроме Титце
 - б) пролапсе митрального клапана
 - в) остром перикардите
 - г) синдроме Хилаидити
 - д) спонтанном пневмотораксе
012. Появление колющих односторонних болей в грудной клетке во время кашля характерно для
- а) рефлюкс-эзофагита
 - б) спонтанного пневмоторакса

- в) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
 - г) синдрома Хилаидити
 - д) пролапса митрального клапана
013. Элевация сегмента ST на ЭКГ при интенсивных загрудинных болях помимо острой коронарной недостаточности типична также для
- а) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
 - б) острого перикардита
 - в) спонтанного пневмоторакса
 - г) кардиоспазма
 - д) нейроциркуляторной дистонии
014. Подъем сегмента ST у больных без ИБС на ЭКГ может встречаться при
- а) гипотермии
 - б) нарушении внутрижелудочкового проведения в отведениях V1-2 с глубокими зубцами S
 - в) тромбоэмболии легочной артерии
 - г) синдроме ранней реполяризации
 - д) во всех перечисленных случаях
015. Для синдрома ранней реполяризации желудочков характерна регистрация на ЭКГ
- а) отрицательных зубцов T
 - б) депрессии сегмента ST
 - в) подъема сегмента ST
 - г) высокоамплитудных зубцов R
 - д) глубоких остrokонечных зубцов S
016. Подъем сегмента ST в большинстве отведений характерен для
- а) тромбоэмболии легочной артерии
 - б) гипокалиемии
 - в) гиперкалиемии
 - г) острого перикардита
 - д) всего перечисленного
017. Причиной появления отрицательных зубцов T на ЭКГ может быть все перечисленное, за исключением
- а) гипервентиляции
 - б) гиперкалиемии
 - в) дисгормональных нарушений
 - г) нарушения мозгового кровообращения
 - д) мелкоочагового инфаркта миокарда
018. Причиной появления очень высоких зубцов T может быть
- а) гиперкалиемия
 - б) ваготония
 - в) сверхострая фаза инфаркта миокарда
 - г) нарушение мозгового кровообращения
 - д) все перечисленное
019. Развитие очаговой неврологической симптоматики на фоне приступа интенсивных загрудинных болей с наибольшей вероятностью указывает на
- а) тромбоэмболию легочной артерии
 - б) острый панкреатит
 - в) острый перикардит
 - г) вариантную стенокардию
 - д) расслаивающую аневризму аорты
020. Боли в грудной клетке, развившиеся на фоне внезапно появившейся одышки, наиболее характерны для
- а) острого перикардита
 - б) расслаивающей аневризмы аорты
 - в) разрыва пищевода
 - г) тромбоэмболии легочной артерии
 - д) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
021. Остро возникшая у пациента в астматическом статусе односторонняя боль в грудной клетке, связанная с актом дыхания, требует исключить, в первую очередь
- а) спонтанный пневмоторакс

- б) острый плеврит
 - в) межреберную невралгию
 - г) тромбоэмболию легочной артерии
 - д) синдром Цириакса
022. Наиболее характерным изменением ЭКГ во время приступа стенокардии является
- а) инверсия зубца Т
 - б) горизонтальная депрессия ST > 1 мм
 - в) подъем сегмента ST > 1 мм
 - г) снижение амплитуды зубца R
 - д) все перечисленное неверно
023. Приступы стенокардии в сочетании с обмороками характерны для
- а) недостаточности клапанов аорты
 - б) митрального стеноза
 - в) недостаточности митрального клапана
 - г) стеноза устья аорты
 - д) вариантной стенокардии
024. Для прогрессирующей стенокардии верны следующие утверждения, кроме
- а) характерно учащение приступов
 - б) характерны боли в покое
 - в) характерно возникновение болей по мере нарастания нагрузки
 - г) характерно горизонтальное смещение сегмента ST
 - д) необходима срочная госпитализация
025. Для стенокардии напряжения характерно все, кроме
- а) внезапного появления болей
 - б) болей до 10 мин
 - в) эффективного действия нитратов
 - г) проявления чаще ночью
 - д) связи с нагрузкой
026. Для приступа вариантной стенокардии нехарактерно
- а) развитие нередко в предутренние часы во время сна
 - б) появление болей преимущественно при физической нагрузке
 - в) провоцирующая роль холода, злоупотребления табаком
 - г) сравнительно большая продолжительность
 - д) меньший эффект нитратов в сравнении со стенокардией напряжения
027. К эффектам нитроглицерина относятся все, кроме
- а) уменьшения конечного диастолического давления в левом желудочке
 - б) уменьшения преднагрузки на сердце
 - в) устранения спазма венечных артерий
 - г) уменьшения потребления кислорода миокардом
 - д) увеличения насыщения крови кислородом
028. Прием нитропрепаратов может сопровождаться
- а) бронхоспазмом
 - б) брадикардией
 - в) диареей
 - г) артериальной гипотонией
 - д) брадипноэ
029. При нестабильной стенокардии с недостаточным эффектом от приема нитратов целесообразно
- а) срочно госпитализировать больного
 - б) увеличить дозу нитратов
 - в) ввести наркотические анальгетики
 - г) проведение оксигенотерапии
 - д) все перечисленные мероприятия
030. У верапамила, в отличие от нифедипина, присутствует следующий эффект
- а) эффективность в предотвращении приступов вариантной стенокардии
 - б) гипотензивное действие
 - в) урежение приступов при болезни Рейно
 - г) определенный бронхолитический эффект
 - д) урежение ЧСС в терапевтических дозах
031. Бета-блокаторам присущи все эффекты, кроме

- а) артериальной гипотензии
 - б) брадикардии
 - в)провоцирования бронхоспазма
 - г) депрессивных состояний у пожилых
 - д) гипергликемии у больных сахарным диабетом
- 032.Больному сахарным диабетом со склонностью к гипогликемии из антиангинальных препаратов противопоказан
- а) нитроглицерин
 - б)пропранолол
 - в) нифедипин
 - г)нитросорбид
 - д) верапамил
- 033.Нежелательно сочетание р-блокаторов со всеми препаратами, кроме
- а) верапамила (изоптина)
 - б) дилтиазема (кардила)
 - в) кордарона
 - г) дигоксина
 - д) нитратов
- 034.Препаратом выбора для купирования приступа стенокардии у больного бронхиальной астмой является
- а) пропранолол (обзидан)
 - б) кордарон
 - в)верапамил (изоптин)
 - г) нифедипин
 - д) клофелин
- 035.Относительными противопоказаниями к введению нитроглицерина являются
- а) повышение внутричерепного давления
 - б) гипотензия
 - в) гиповолемия
 - г) тяжелый аортальный стеноз
 - д) все перечисленное
- 036.При стенокардии напряжения и ЧСС 58 в минуту нельзя назначать препараты, кроме
- а) пропранолола(обзидана)
 - б) верапамила (изоптина)
 - в) изокета
 - г) дилтиазема (кардила)
 - д) кордарона
- 037.Монофазная кривая при остром инфаркте миокарда обычно удерживается
- а) до 24 ч
 - б) до 1 нед
 - в) до 1 мес
 - г) до 3 мес
 - д) возможны все варианты
- 038.Подъем сегмента ST, отрицательный зубец Т в I, aVL, V3-V6, а также уменьшение амплитуды зубца R в этих отведениях характерны для
- а) мелкоочагового переднего инфаркта
 - б) интрамурального переднебокового инфаркта
 - в) крупноочагового бокового инфаркта
 - г) мелкоочагового бокового инфаркта
 - д) интрамурального заднебокового инфаркта
- 039.Появление комплексов QS в V1-V3 наиболее характерно для инфаркта миокарда
- а) переднеперегородочной локализации
 - б) нижней локализации
 - в) боковой локализации
 - г) задней стенки
 - д) правого желудочка
- 040.Регистрация подъема сегмента ST в отведении VI у больных с острым инфарктом миокарда нижней локализации является признаком
- а)сопутствующего инфаркта миокарда задней стенки

- б) сопутствующего инфаркта миокарда правого желудочка
 - в) сопутствующего передне-перегородочного инфаркта миокарда
 - г) всего перечисленного
 - д) ничего из перечисленного
041. У больных с блокадой левой ножки пучка Гиса появление зубцов S в отведениях I, aVL, V5-6 является признаком инфаркта миокарда
- а) передне-перегородочной локализации
 - б) нижней локализации
 - в) боковой локализации
 - г) задней стенки
 - д) все перечисленное не верно
042. У больных с блокадой левой ножки пучка Гиса признаком крупноочаговых изменений нижней локализации является
- а) регистрация комплексов QS во II отведении
 - б) регистрация зубцов Q во II отведении
 - в) зубец R во II отведении меньше, чем зубцы R в отведениях III и aVF
 - г) зубец R во II отведении <1,5 мм
 - д) возможно все перечисленное
043. При изолированных изменениях ЭКГ в aVL для уточнения зоны инфаркта надо регистрировать
- а) V3-V4 справа
 - б) V2 по II межреберью
 - в) отведение Dorsalis по Небу
 - г) отведение Anterior по Небу
 - д) отведение Inferior по Небу
044. Для субэндокардиального инфаркта миокарда характерно
- а) благоприятный прогноз
 - б) более редкие, чем при трансмуральном инфаркте миокарда, осложнения
 - в) частые рецидивы
 - г) неосложненное течение
 - д) возникновение чаще у молодых больных
045. Первые часы острого инфаркта миокарда часто осложняются
- а) тромбоэмболическими осложнениями б) фибрилляцией желудочков
 - в) перикардитом
 - г) плевритом
 - д) аневризмой
046. Летальность от острого инфаркта миокарда наиболее высока
- а) в первые часы
 - б) на вторые сутки
 - в) одинакова на всех стадиях болезни
 - г) нарастает постепенно
 - д) возможны все перечисленные варианты
047. Наиболее частой причиной смерти больных с острым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе является
- а) кардиогенный шок
 - б) отек легких
 - в) фибрилляция желудочков
 - г) гемотампонада сердца
 - д) полная атриовентрикулярная блокада
048. В первые три дня острого инфаркта миокарда возможны все осложнения, кроме
- а) кардиогенного шока
 - б) нарушения ритма
 - в) синдрома Дресслера
 - г) отека легких
 - д) разрывов миокарда
049. Внезапная потеря сознания и пульса при сохранении ЭКГ-сигналов характерна для
- а) фибрилляции желудочков
 - б) разрыва сердца
 - в) тромбоэмболии легочной артерии
 - г) полной поперечной блокады

- д) синдрома Фредерика
050. Для рубцовой стадии инфаркта миокарда характерно
- а) сегмент ST на изолинии
 - б) исчезновение патологического зубца Q
 - в) положительный (всегда) зубец T
 - г) сужение зубца Q до 0,02 с
 - д) возможны все варианты
051. При остром инфаркте миокарда задней стенки, PQ — 0,32 с, ЧСС — 62 в мин, АД — 120/80 мм рт. ст. на догоспитальном этапе надо
- а) проводить антиаритмическую терапию
 - б) ввести препараты калия
 - в) ввести гормоны
 - г) ввести атропин
 - д) ничего предпринимать не надо
052. При остром инфаркте миокарда морфин относительно противопоказан
- а) при гипотензии
 - б) при брадикардии
 - в) при желудочковой экстрасистолии
 - г) при застое в легких
 - д) во всех перечисленных случаях
053. К побочным эффектам внутривенного введения морфина относится все перечисленное, кроме
- а) угнетения дыхательного центра
 - б) тошноты, рвоты
 - в) брадикардии
 - г) периферической вазоконстрикции
 - д) угнетения моторики кишечника
054. Рефлекторный (болевого) коллапс при остром инфаркте миокарда купируют
- а) мезатоном
 - б) строфантином
 - в) нейролептаналгезией
 - г) баралгином
 - д) анальгином
055. При остром инфаркте миокарда с болевым синдромом повторное внутривенное введение фентанила возможно
- а) через 10 мин
 - б) через 30 мин
 - в) через 1 ч
 - г) через 4 ч
 - д) повторное введение не проводится
056. Наиболее подходящим препаратом для купирования отека легких при остром инфаркте миокарда с нормальным АД является
- а) строфантин
 - б) нитроглицерин
 - в) маннитол
 - г) преднизолон
 - д) пентамин
057. К препаратам выбора при отеке легких на фоне артериальной гипотензии у больных острым инфарктом миокарда относятся
- а) норадреналин
 - б) сердечные гликозиды
 - в) допамин + нитроглицерин
 - г) кортикостероиды + лазикс
 - д) все перечисленные препараты
058. Препаратом выбора при истинном кардио-генном шоке является
- а) кортикостероиды
 - б) мезатон
 - в) сердечные гликозиды
 - г) допамин
 - д) все перечисленное

059. При остром инфаркте миокарда, осложненном кардиогенным шоком, используют
- а) фентанил + дроперидол (в/в капельно), гепарин (в/в), реополиглюкин (в/в капельно)
 - б) фентанил + дроперидол (в/в струйно), мезатон (в/в струйно)
 - в) преднизолон (в/в), нитроглицерин (в/в)
 - г) полиглюкин (в/в струйно), мезатон (в/в)
 - д) допустимы все перечисленные варианты
060. При остром инфаркте миокарда повышение порога фибрилляции желудочков наиболее характерно для
- а) новокаинамида
 - б) верапамила (изоптина)
 - в) кордарона
 - г) лидокаина
 - д) пропранолола
061. Синусовая тахикардия не встречается при
- а) анемии
 - б) синдроме Фредерика
 - в) лихорадке
 - г) тиреотоксикозе
 - д) всех перечисленных состояниях
062. ЭКГ-картина при пароксизме суправентрикулярной тахикардии следующая
- а) форма QRS не изменена, зубец Р отсутствует, ЧСС более 160 в мин
 - б) форма QRS деформирована, зубец Р отсутствует, ЧСС менее 160 в мин
 - в) форма QRS деформирована, зубец Р отсутствует, ЧСС более 220 в мин
 - г) все перечисленное неверно
 - д) возможны все перечисленные варианты
063. При суправентрикулярной тахикардии с абберантными желудочковыми комплексами отмечается
- а) отсутствие зубца Р
 - б) отрицательный зубец Р
 - в) уширение комплекса QRS
 - г) удлинение интервала QT
 - д) укорочение интервала PQ
064. При трепетании предсердий частота их сокращений достигает
- а) 120-180 в мин
 - б) 200-350 в мин
 - в) 360-400 в мин
 - г) 450-500 в мин
 - д) 600-700 в мин
065. Трепетание предсердий наиболее сложно дифференцировать с
- а) трепетанием желудочков
 - б) пароксизмальной антидромной тахикардией при синдроме WPW
 - в) узловой пароксизмальной тахикардией
 - г) предсердной тахикардией с атриовентрикулярной блокадой II степени
 - д) всем перечисленным
066. Волны F при трепетании предсердий лучше всего регистрируются на ЭКГ в отведениях
- а) II, III, aVF
 - б) I, V1-2
 - в) V3-V4
 - г) V5-V6
 - д) все перечисленное неверно
067. ЭКГ-признаками синдрома WPW являются
- а) комплекс QRS не изменен, удлинение интервала PQ
 - б) комплекс QRS не изменен, интервал PQ обычный
 - в) укорочение интервала PQ, неправильная форма восходящего колена зубца R
 - г) укорочение интервала PQ, неправильная форма нисходящего колена зубца R
 - д) миграция водителя ритма
068. Признаком парасистолии является
- а) обычно меняющийся интервал сцепления между нормальным и эктопическим импульсом

- б) периодическое появление сливных комплексов QRS
 - в) наличие кратных отношений интерэктопических интервалов
 - г) все перечисленное верно
 - д) все перечисленное неверно
069. Массаж каротидного синуса для купирования пароксизма показан только при
- а) трепетании предсердий
 - б) фибрилляции предсердий
 - в) наджелудочковой тахикардии
 - г) желудочковой тахикардии
 - д) трепетании желудочков
070. При пароксизме мерцания предсердий с острой левожелудочковой недостаточностью вводят
- а) верапамил (изоптин)
 - б) коргликон, дигоксин
 - в) панангин
 - г) новокаиномид
 - д) лидокаин
071. Для гликозидной интоксикации характерно
- а) инверсия зубца Т
 - б) аллоритмия
 - в) горизонтальное снижение сегмента ST
 - г) подъем сегмента ST
 - д) ЭКГ не меняется
072. К побочным эффектам дигоксина не относится
- а) анорексия
 - б) тошнота и рвота
 - в) боль в грудной клетке
 - г) экстрасистолия
 - д) поперечная блокада сердца
073. Из перечисленных препаратов не усиливает аритмогенный эффект дигоксина
- а) гипотиазид
 - б) фуросемид
 - в) верошпирон
 - г) норадреналин
 - д) эуфиллин
074. Сердечные гликозиды могут быть опасными при всех состояниях, исключая
- а) легочное сердце
 - б) пароксизм мерцания предсердий при атеросклеротическом кардиосклерозе
 - в) констриктивный перикардит
 - г) тиреотоксикоз
 - д) острый инфаркт миокарда
075. При пароксизме мерцания предсердий (средняя ЧСС — 250 в мин) с WPW, АД — 80/40 мм рт. ст. целесообразно
- а) внутривенное введение новокаиномид
 - б) внутривенное введение пропранолола
 - в) внутривенное введение изоптина
 - г) электроимпульсная терапия
 - д) все перечисленное
076. Трепетание предсердий, рефрактерное к дигоксину, купируют
- а) панангином
 - б) пропранололом (обзиданом)
 - в) верапамилом
 - г) электроимпульсной терапией
 - д) лидокаином
077. Препаратом выбора при суправентрикулярной тахикардии является
- а) панангин
 - б) верапамил
 - в) кордарон
 - г) новокаиномид
 - д) лидокаин

078. Повторное болюсное введение 5-10 мг изоптина при некупированном пароксизме суправентрикулярной тахикардии возможно
- а) через 5 мин
 - б) через 30-40 мин
 - в) через 2 ч
 - г) через 4 ч
 - д) повторное введение недопустимо
079. При реципрокных наджелудочковых тахикардиях наиболее эффективен
- а) верапамил (изоптин)
 - б) новокаиномид
 - в) пропранолол (обзидан)
 - г) лидокаин
 - д) дигоксин
080. Для верапамила (изоптина) характерно все перечисленное, кроме способности
- а) замедлять проведение по дополнительным путям
 - б) замедлять атриовентрикулярную проводимость
 - в) угнетать сократимость миокарда
 - г) вызывать гипотензию
 - д) вызывать брадикардию
081. Противопоказаниями к введению верапамила являются
- а) атриовентрикулярная блокада
 - б) миграция водителя ритма
 - в) синдром слабости синусового узла
 - г) гипотензия
 - д) все перечисленное
082. Атриовентрикулярную проводимость замедляют
- а) 3-блокаторы
 - б) верапамил (изоптин)
 - в) дилтиазем (кардил)
 - г) амлодипин (норваск)
 - д) все перечисленные препараты
083. При развитии асистолии после введения верапамила показан а) адреналин
- б) хлорид кальция
 - в) изадрин
 - г) атропин
 - д) мезатон
084. Быстрое введение в вену АТФ может купировать
- а) мерцательную аритмию
 - б) пароксизмальную узловую тахикардию
 - в) желудочковую тахикардию
 - г) фибрилляцию желудочков
 - д) все перечисленные аритмии
085. Трепетание предсердий 1:1 на фоне синдрома WPW купируют
- а) изоптином
 - б) кардиоверсией
 - в) дигоксином
 - г) обзиданом
 - д) лидокаином
086. Абсолютные показания к экстренной электроимпульсной терапии
- а) желудочковая тахикардия типа "пируэт"
 - б) фибрилляция и трепетание желудочков
 - в) трепетание предсердий 1 : 1
 - г) мерцание предсердий на фоне отека легких
 - д) все перечисленное
087. При синдроме WPW с пароксизмами суправентрикулярной тахикардии с ЧСС 180 в мин показано
- а) большие дозы верапамила
 - б) хирургическое лечение
 - в) насыщающая доза дигоксина

- г) обзидан внутривенно
 - д) допустимо все перечисленное
088. Уменьшение рефрактерности дополнительных проводящих путей при синдроме WPW с повышением возбудимости желудочков вплоть до их фибрилляции, характерно для
- а) пропранолола (обзидана)
 - б) дигоксина
 - в) дилтиазема
 - г) верапамила (изоптина)
 - д) всех перечисленных препаратов
089. Укорочение рефрактерного периода сердечной ткани характерно для
- а) дигоксина
 - б) верапамила (изоптина)
 - в) кордарона
 - г) лидокаина
 - д) пропранолола (обзидана)
090. Препарат выбора для купирования приступа желудочковой тахикардии
- а) верапамил
 - б) лидокаин
 - в) дигоксин
 - г) новокаинамид
 - д) пропранолол
091. Лидокаин при в/в введении в терапевтических дозах обладает всеми свойствами, кроме
- а) подавления желудочковой экстрасистолы
 - б) купирования узловых тахикардий
 - в) отсутствия влияния на автоматизм синусового узла
 - г) быстро метаболизируется печенью
 - д) отсутствия угнетения внутрижелудочковой проводимости
092. С внутривенным введением новокаинамида может быть связано
- а) уширение комплекса QRS
 - б) удлинение интервала QT
 - в) удлинение интервала PQ
 - г) появление тахикардии типа "пируэт"
 - д) все перечисленное
093. С внутривенным введением новокаинамида может быть связано
- а) уширение комплекса QRS
 - б) удлинение интервала QT
 - в) удлинение интервала PQ
 - г) появление тахикардии типа "пируэт"
 - д) все перечисленное

Эталоны ответов часть 1.											
1	гд	8	г	15	а	22	гд	29	д	36	д
2	в	9	д	16	б	23	гд	30	в	37	б
3	гд	10	а	17	в	24	вг	31	д	38	д
4	д	11	б	18	г	25	б	32	г	39	г
5	а	12	в	19	д	26	а	33	а	40	а
6	б	13	г	20	д	27	г	34	г	41	в
7	в	14	д	21	д	28	д	35	а	42	д

Эталоны ответов часть 2.									
1	г	8	д	15	д	22	г	29	г
2	в	9	а	16	д	23	г	30	д
3	г	10	г	17	б	24	б	31	д
4	а	11	а	18	в	25	б		
5	а	12	г	19	д	26	г		
6	а	13	в	20	д	27	б		
7	д	14	в	21	д	28	г		

Эталоны ответов часть 3.				
1-в	20-г	39-а	58-г	77-б
2-в	21-а	40-а	59-а	78-б
3-в	22-б	41-в	60-г	79-а
4-д	23-г	42-д	61-б	80-а
5-д	24-в	43-д	62-а	81-д
6-в	25-г	44-в	63-в	82-д
7-а	26-б	45-б	64-б	83-б
8-б	27-д	46-а	65-г	84-б
9-а	28-г	47-в	66-а	85-б
10-в	29-д	48-в	67-в	86-д
11-а	30-д	49-б	68-г	87-б
12-б	31-д	50-а	69-в	88-д
13-б	32-б	51-д	70-б	89-г
14-д	33-д	52-б	71-б	90-б
15-в	34-г	53-г	72-в	91-б
16-г	35-д	54-в	73-в	92-д
17-б	36-в	55-б	74-б	93-б
18-д	37-б	56-б	75-г	
19-д	38-б	57-в	76-г	

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

Для заданий №№ 1-5 :

в каждом случае комы подберите наиболее вероятный диагноз:

- а) диабетическая кетонемическая, гипергликемическая кома;
- б) гиперосмолярная кома;
- в) диабетическая гипогликемическая кома;
- г) геморрагический инсульт;

- д) ишемический инсульт;
- е) гипотиреоз;
- ж) алкогольная интоксикация;
- з) гипоксия;
- и) отравление барбитуратами;
- к) уремия;
- л) фебрильная кататония;
- м) печеночная недостаточность;
- н) постэпилептическая кома.

1. Больная 72 года - в коматозном состоянии. Внезапно днем потеряла сознание. В анамнезе: гипертоническая болезнь, гипергликемия, варикозное расширение вен нижних конечностей, Объективно: кожные покровы лица гиперемированы, дыхание клочущее, АД 180/170-100/90 мм рт. ст., частота пульса- 68 уд. в мин.; носогубная складка справа сглажена, правосторонний гемипарез, положительный симптом Бабинского; уровень сахара, определяемый с помощью "диагностических полосок", 8-10 ммоль/л.

2. Больной 18 лет - в коматозном состоянии.

В анамнезе: сахарный диабет.

Объективно: кожные покровы сухие, холодные, тургор тканей снижен; дыхание редкое, шумное, запах ацетона в выдыхаемом воздухе; уровень АД снижен, пульс частый, слабый; глазные яблоки мягкие; содержание сахара в крови, определяемое с помощью "диагностических полосок", 20 ммоль/л.

3. Больной 23 лет - в коматозном состоянии.

В анамнезе: сахарный диабет

Объективно: кожные покровы влажные, тургор тканей нормальный, выраженная потливость; уровень АД нормальный или несколько повышен; судороги клонического характера; содержание сахара в крови, определяемое с помощью "диагностических полосок", 2,5 ммоль/л.

4. Больной 20 лет - в коматозном состоянии.

В анамнезе: перенесенная черепно-мозговая травма.

Объективно: кожные покровы влажные, цианотичные; голова и глазные яблоки повернуты влево; следы прикуса языка, пена у рта; пульс 62 уд. в мин; АД 180/100 мм рт. ст.; симптом Бабинского с обеих сторон; зрачки расширены, равномерные, на свет не реагируют.

5. Больной 56 лет - в коматозном состоянии.

В анамнезе: перенесенные острый хронический гепатит и хронический гломерулонефрит.

Объективно: кожные покровы сухие, шелушащиеся, сероватого цвета с желтушным оттенком, отеки нижних конечностей, асцит, полисерозит; гиперрефлексия; пульс 52 уд. в мин, напряжен, АД 190/90 мм рт.ст.; на ЭКГ в грудных отведениях высокий и остроконечный зубец Т, уширение интервалов между комплексами; диурез - 40 мл в сутки.

6. Женщина 30 лет находится в бессознательном состоянии.

Со слов родственников был приступ судорог. АД 180/100 мм рт.ст., пульс 100 уд. в мин, число дыхательных движений 30 в 1 мин, выраженные отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. Беременность 32 недели. В анамнезе: хронический гломерулонефрит, гипертоническая болезнь; до прибытия бригады скорой помощи принимала гипотензивные средства и транквилизаторы. Наиболее вероятный диагноз:

- а) острая почечная недостаточность;

- б) нарушение мозгового кровообращения;
- в) токсикоз второй половины беременности;
- г) острый инфаркт миокарда;
- д) гипертонический криз.

7. Женщина 32 лет с гестозом. Сознание заторможенное.

Со слов родственников был приступ судорог. АД 140/80 мм рт. ст., пульс 110 уд. в мин, число дыхательных движений 24 в 1 мин. Отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки и лица. Беременность 34 недели В анамнезе: хронический гломерулонефрит. На первом этапе оказания помощи следует использовать:

- а) ингаляция закиси азота с кислородом;
- б) лазикс;
- в) сернокислая магнезия;
- г) клофелин;
- д) ганглиолитики.

8. Мужчина 52 лет накануне выписан домой на 4-й день после лапароскопической холецистэктомии. Через несколько часов — подъем температуры до 39°C, озноб, затрудненное дыхание, слабость. При осмотре: кожный покров бледный, мраморной окраски, АД 90/30 мм рт. ст.

В анамнезе: ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз; гипертоническая болезнь 2-й степени; в послеоперационном периоде получал антибиотики (цефалоспорины, аминогликозиды), гипотензивные средства Наиболее вероятный диагноз:

- а) внутри полостное кровотечение;
- б) кардиогенный шок;
- в) передозировка гипотензивных средств;
- г) септический шок;
- д) аллергическая реакция на антибиотики.

9. При оказании первой помощи больному с астматическим статусом препаратом выбора является:

- а) адреналин
- б) новокаин
- в) эруфиллин
- г) атропин
- д) орципреналин

10. Низкомолекулярные декстраны оказывают следующее действие на систему гемостаза:

- 1) понижают свертываемость крови;
- 2) повышают свертываемость крови;
- 3) блокируют процесс превращения фибриногена на фибрин;
- 4) обладают антитромбиновой активностью;
- 5) понижают фибринолитическую активность.

Варианты ответа:

- а) 2,3,5; б) 1, 3, 4; в) 1,3,5; г) 2,5

11. Установите правильную последовательность действий при оказании первой помощи пострадавшему с травматическим шоком при множественных переломах ребер и бедра:

- 1) возмещение ОЦК;
- 2) обезболивание;

- 3) транспортная иммобилизация;
- 4) вспомогательная ИВЛ;
- 5) катетеризация центральной вены.

Варианты ответа:

а) 5,2,1,4,3; б) 1,2,3,4,5; в) 2,3,4,5,1; г) 3,4,5,1,2; д) 4,5,1,3,2

12. Восполнение дефицита внутрисосудистой жидкости при травматическом шоке следует начинать с введения:

- а) реополиглюкина;
- б) полиглюкина;
- в) изотонического раствора натрия хлорида;
- г) гемодеза;
- д) полиионных растворов.

13. Причиной остановки кровообращения при поражении электрическим током является:

- а) асистолия;
- б) остановка дыхания;
- в) электромеханическая диссоциация;
- г) фибрилляция желудочков сердца;
- д) гипосистолия

14. Установите соответствие:

- 1) адреналин - α , β -адреностимулятор
- 2) алупент - α , β -адреностимулятор
- 3) клофелин - α_2 -адреностимулятор
- 4) обзидан - β -адреноблокатор
- 5) атропин - М-холинолитик
- 6) сальбутамол - β -адреностимулятор

Варианты ответа:

- а) все ответы правильные
- б) все ответы не правильные
- в) все ответы правильные, кроме 2,3
- г) правильный ответ только 5
- д) все ответы правильные, кроме 1,6

15. Причиной смерти при острой почечной недостаточности в стадии анурии является:

- а) гиперкалиемия г) гипернатриемия
- б) гипокалиемия д) гипонатриемия
- в) гипермагниемия

Для заданий №№ 16-19:

для каждого случая острой дыхательной недостаточности подберите наиболее вероятный диагноз:

- а) острая пневмония;
- б) бронхоастматический статус;
- в) ларингоспазм;
- г) респираторный дистресс-синдром взрослых;
- д) инородное тело трахеи и бронхов.

16. Больной 30 лет - в тяжелом состоянии.

В анамнезе: какое-то хроническое заболевание легких и сердца, периодически сопровождающееся приступами удушья.

Объективно: приступ удушья с затрудненным выдохом, частота дыхания до 36 в 1 мин; отеки нижних конечностей, акроцианоз, повышенная потливость; при аускультации - масса рассеянных сухих хрипов над всей поверхностью легких; пульс 120 уд. в 1 мин; АД 170/90 мм рт.ст.; температура тела 37,2°C.

17. Больной 32 лет - в крайне тяжелом состоянии.

В анамнезе: заболел остро, с высокой температурой, с болями в левой половине грудной клетки, усиливающимися при глубоком вдохе. Сильные головные боли.

Объективно: кожные покровы цианотичные, влажные; частота дыхания 40 в 1 мин; в легких по средней аксиллярной линии крепитирующие и мелкопузырчатые хрипы; тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке; пульс 118 уд. в 1 мин, аритмичен, АД 90/60 мм рт.ст.; температура тела 39,2°C.

18. Больной 16 лет - в крайне тяжелом состоянии. Извлечен из воды после утопления.

В анамнезе: (у окружающих) хроническое заболевание легких. Объективно: без сознания; кожные покровы резко цианотичны, подкожные вены шеи набухшие; безуспешные попытки произвести вдох, экскурсии грудной клетки отсутствуют; аускультативно - дыхание не прослушивается; тоны сердца очень глухие; пульс 136 уд., аритмичен; АД 60/20 мм рт.ст.

19. Больной 62 лет в крайне тяжелом состоянии, сознание спутанное.

В анамнезе: отравление ядовитыми грибами.

Объективно: кожные покровы желтушной окраски; пульс 52 уд. в 1 мин, АД 90/60 мм рт.ст.; печень и селезенка увеличены; число дыхательных движений 46 в 1 мин; при аускультации - масса влажных хрипов над всей поверхностью легких; температура тела 37,4°C

20. Больной 76 лет накануне был выписан домой из неврологического отделения, где находился по поводу острого нарушения мозгового кровообращения.

Продолжали беспокоить сильные головные боли. В отделении получал антибиотики (полусинтетические пенициллины), гипотензивные средства, анальгетики (баралгин). Через 10-15 минут после очередного приема баралгина состояние резко ухудшилось, сознание спутанное, дыхание затрудненное. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 120 уд. в 1 мин, АД 40/0 мм рт.ст. Тоны сердца глухие, температура тела 36,7°C.

В анамнезе: ишемическая болезнь сердца; гипертоническая болезнь 2-й степени; атеросклероз сосудов головного мозга; почечно-каменная болезнь. Наиболее вероятный диагноз:

- а) повторное нарушение мозгового кровообращения
- б) острый инфаркт миокарда;
- в) передозировка гипотензивных средств;
- г) анафилактический шок;
- д) септический шок.

21. Наиболее частой причиной клинической смерти при поражении электрическим током является:

- а) ларингоспазм и ОДН;
- б) фибрилляция желудочков сердца;
- в) асистолия;
- г) тромбоэмболия легочной артерии;
- д) гипосистолия.

22. При острой кровопотере в фазе централизации кровообращения наступает:
- а) гемоконцентрация
 - б) гемодилюция
 - в) снижение коронарного кровотока
 - г) увеличение ударного объема
 - д) увеличение минутного объема кровообращения
23. При острой кровопотере в фазе децентрализации кровообращения наступает:
- а) гемоконцентрация;
 - б) гемодилюция;
 - в) снижение гематокрита;
 - г) распространенный периферический сосудистый спазм;
 - д) гипокоагуляция.
24. При кровопотере 20-30% ОЦК шоковый индекс составляет:
- а) 0,5
 - б) 0,75
 - в) 1,0
 - г) 1,5
 - д) 2,0-2,5
25. Установите начальную скорость инфузии плазмозамещающих растворов при неопределяемом уровне АД при острой кровопотере:
- а) 60-80 капель в 1 мин;
 - б) струйно 100-200 мл в 1 мин;
 - в) струйно 200-250 мл в 1 мин;
 - г) струйно 250-500 мл в 1 мин;
 - д) струйно 500-1000 мл в 1 мин.
26. Укажите через сколько минут после инфузии плазмозамещающих растворов при острой кровопотере должно определяться артериальное давление?
- а) 5 мин
 - б) 10 мин
 - в) 15 мин
 - г) 20 мин
 - д) 25-30 мин
27. При дефиците ОЦК до 10% при острой кровопотере:
- а) показатели уровня АД не изменяются;
 - б) снижается уровень систолического давления;
 - в) снижается уровень диастолического давления;
 - г) повышается уровень систолического давления;
 - д) повышается уровень диастолического давления
28. При дефиците ОЦК 10-15% при острой кровопотере:
- а) показатели уровня АД не изменяются;
 - б) Повышается уровень систолического АД;
 - в) повышается уровень диастолического АД;
 - г) снижается уровень систолического и диастолического АД;
 - д) увеличивается пульсовое АД.
29. При острой почечной недостаточности в стадии анурии возникает:
- 1) гиперволемия
 - 2) гиперкалиемия
 - 3) метаболический ацидоз
 - 4) метаболический алкалоз
 - 5)

3) гиповолемию

Варианты ответа:

а) 2,3,4; б) 1,2,4; в) 1,2,5

30. Препаратом выбора для обезболивания при тяжелом травматическом шоке является:

- а) тиопентал натрия г) закись азота
- б) фторотан д) кетамин
- в) эфир

31. При острой кровопотере и неопределяемом уровне АД в фазе децентрализации кровообращения препаратом выбора является:

- а) норадреналин г) мезатон
- б) адреналин д) добутамин
- в) допамин

32. Кетамин при его использовании:

- а) снижает уровень АД;
- б) вызывает брадикардию;
- в) оказывает анальгетический эффект;
- г) вызывает апноэ;
- д) раздражает ткани при внутримышечном введении.

33. Установите соответствие:

- 1) артериальная гипертензия - острая почечная недостаточность, гестоз
- 2) артериальная гипотония - гиповолемию, крупозная пневмония, отравление барбитуратами
- 3) высокий уровень ЦВД - острая почечная недостаточность, гестоз
- 4) низкий уровень ЦВД - гиповолемию, крупозная пневмония, отравление барбитуратами
- 5) олигоанурия - все перечисленные

Варианты ответа:

- а) все ответы правильные
- б) все ответы неправильные
- в) 1,2,5
- г) 3,4,5
- д) 2,3,5

34. Церебральной кровотоком в большей степени повышается при:

- а) гипоксии г) введении адреналина
- б) гиперкапнии д) в результате повышения системного АД
- в) введении эуфиллина

35. Для повышения почечного кровотока препаратом выбора является:

- а) адреналин с) допамин
- б) норадреналин д) пентамин
- в) эуфиллин

36. Использование парасимпатомиметиков приводит к:

- а) повышению сократимости гладкой мускулатуры органов желудочно-кишечного тракта;
- б) увеличению продукции норадреналина и допамина;
- в) сужению периферических сосудов;
- г) повышению сократимости миокарда;

д) расширению бронхов.

37. Использование симпатомиметиков приводит к:

- а) повышению секреции поджелудочной железы;
- б) повышению сократимости миокарда;
- в) повышению сократимости гладкой мускулатуры органов желудочно-кишечного тракта;
- г) расширению периферических сосудов;
- д) повышению нервно-мышечной проводимости.

38. Использование дофамина приводит к:

- а) сужению сосудов малого круга кровообращения;
- б) расширению почечных сосудов;
- в) периферической вазодилатации;
- г) уменьшению сердечного выброса;
- д) бронхоспазму.

39. Самым сильным анальгетиком из перечисленных является:

- а) анальгин г) трамал
- б) омнопон д) фентанил
- в) морфин

40. Использование кетамина противопоказано при:

- а) травматическом шоке;
- б) низком ОЦК;
- в) высоком уровне артериального давления;
- г) бронхоспазме;
- д) сахарном диабете.

41. Препаратом выбора при глюкокортикоидной терапии спинальной травмы является:

- а) преднизолон г) триамциналон
- б) метилпреднизолон д) гидрокортизон
- в) дексазон

42. Наиболее частой причиной ранней смерти при травме позвоночника и спинного мозга является острая недостаточность:

- а) сердечная г) надпочечниковая
- б) сосудистая д) почечная
- в) дыхательная

43. Укажите основные симптомы позднего токсикоза беременных:

- 1) артериальная гипотензия;
- 2) артериальная гипертензия;
- 3) интерстициальные отеки;
- 4) высокий уровень белка в моче;
- 5) нормальный или сниженный уровень белка в моче.

Варианты ответа:

- а) 1,3,5; б) 2,3,4; в) 2,4; г) 2,5

44. В начальных фазах развития астматического статуса формируется:

- а) метаболический ацидоз г) алкалоз

- б) метаболический алкалоз д) все перечисленные изменения
- в) газовый ацидоз

45. Выберите один наиболее рациональный метод инфузионной терапии при сочетанной спинальной травме с перелом костей таза и забрюшинной гематомой:

- а) введение пониглюкина;
- б) введение реополиглюкина;
- в) введение полиглюкина с метилпреднизолоном;
- г) введение полиионных растворов;
- д) введение полиглюкина, метилпреднизолона и вазопрессоров.

46. Интенсивную терапию позднего токсикоза беременных следует начинать с внутривенного введения:

- а) хлорида кальция г) глюкокортикоидных гормонов
- б) эуфиллина д) диуретиков
- в) сернокислой магнезии

47. Свободную проходимость дыхательных путей при травме позвоночника и спинного мозга в шейном отделе следует восстановить с помощью:

- а) выполнения тройного приема Сафара;
- б) эндотрахеальной интубации;
- в) введения воздуховода в ротовую полость,
- г) трахеостомии;
- д) коникотомии.

48. При астматическом статусе I стадии отмечается:

- а) бледный цианоз
- б) холодный пот
- в) небольшое количество влажных хрипов над нижними отделами легких
- г) дыхание Куссмауля
- д) выдох долгий, шумный, затрудненный

49. Мезэнцефало-бульбарный синдром у больных с ЧМТ характеризуется:

- а) повышением артериального давления;
- б) повышением температуры тела;
- в) режой выраженностью менингеального синдрома;
- г) арефлексией;
- д) психомоторным возбуждением.

50. При вклинении продолговатого мозга в большое затылочное отверстие происходит:

- 1) нарушение дыхания;
- 2) повышение уровня АД;
- 3) снижение уровня АД;
- 4) сужение зрачков с сохранением реакции на свет;
- 5) повышение тонуса скелетной мускулатуры.

Варианты ответа:

- а) 1,3,4; б) 1,2; в) 2,3,5; г) 3,4,5

51. У больных с повышенным внутричерепным давлением гипервентиляции с использованием интубации трахеи приводит к:

- а) увеличению мозгового кровотока вследствие увеличения PaCO_2 в артериальной крови;
- б) увеличению мозгового кровотока вследствие увеличения PaO_2 в артериальной крови;
- в) уменьшению мозгового кровотока вследствие уменьшения PaCO_2 в артериальной крови;
- г) уменьшению мозгового кровотока вследствие уменьшения PaO_2 в артериальной крови;
- д) увеличению мозгового кровотока вследствие уменьшения PaCO_2 в венозной крови.

52. В начале действия осмотических диуретиков происходит:

- а) снижение объема циркулирующей крови;
- б) увеличение объема циркулирующей крови;
- в) тошнота, рвота;
- г) аллергические реакции;
- д) снижение артериального давления.

53. При анафилактической реакции с развитием асфиксии, сопровождающейся артериальной гипотонией - первейшая задача:

- а) ввести адреналин;
- б) обеспечить проходимость дыхательных путей;
- в) восполнить ОЦК солевыми или коллоидными растворами;
- г) ввести глюкокортикоиды;
- д) ввести антигистаминные препараты.

54. Анафилактический шок чаще вызывается введением:

- а) пенициллина
- б) адреналина
- в) эуфиллина
- г) антигистаминных препаратов
- д) глюкокортикоидных гормонов

55. При астматическом статусе 2 стадии не следует вводить:

- 1) сердечные гликозиды;
- 2) солевые растворы;
- 3) гепарин;
- 4) ингибиторы протеолитических ферментов;
- 5) седативные препараты и транквилизаторы.

Варианты ответа:

- а) 1; б) 2, 5; в) 2, 4, 5; г) 2, 3, 5

56. Компонентами развития астматического статуса являются:

- 1) спазм, отек и закупорка бронхов мокротой;
- 2) дилатация, отек и закупорка бронхов мокротой;
- 3) спазм, атония стенки бронхов и закупорка просвета мокротой;
- 4) стимуляция β -адренорецепторов
- 5) блокада α -адренорецепторов.

Варианты ответа:

- а) 3, 4, 5; б) 1, 5; в) 2, 4, 5; г) 1, 4

57. Эуфиллин

- а) расслабляет мускулатуру бронхов, понижает давление в системе легочной артерии, повышает потребность миокарда в кислороде;

- б) расслабляет мускулатуру бронхов, сужает венозные сосуды сердца, увеличивает почечный кровоток
- в) расслабляет мускулатуру бронхов, уменьшает выброс и минутный объем сердца
- г) расслабляет мускулатуру бронхов, понижает потребность миокарда в кислороде, оказывает легкое диуретическое действие;
- д) расслабляет мускулатуру бронхов, вызывает увеличение выведения с мочой электролитов и воды, повышает давление в системе легочной артерии.

58. Основа терапии первой стадии астматического статуса:

- а) симпатомиметики, глюкокортикоиды, эуфиллин, инфузионная терапия;
- б) глюкокортикоиды, эуфиллин, инфузионная терапия;
- в) симпатомиметики, эуфиллин инфузионная терапия;
- г) симпатомиметики, эуфиллин;
- д) эуфиллин, глюкокортикоиды.

59. Травма позвоночника и спинного мозга в шейном и верхне-грудном отделах является противопоказанием к использованию:

- а) наркотических анальгетиков г) трихлорэтилена
- б) кеталара д) натрия оксибутирата
- в) закиси азота с кислородом

60. Диагноз астматического статуса 1 стадии правомочен при:

- а) резистентности к симпатомиметикам;
- б) наличии участков "немого" легкого;
- в) гипоксической и гиперкапнической кома;
- г) затруднении вдоха;
- д) наличии влажных хрипов над легочными полями.

61. К группе препаратов, являющихся избирательными стимуляторами β_2 -адренорецепторов относятся:

- а) алупент, сальбутамол, беротек;
- б) изадрин, новодрин, алупент, беротек;
- в) беротек, сальбутамол, тербуталин;
- г) алупент, изадрин, беротек;
- д) адреналин, беротек, алупент.

62. При острой дыхательной недостаточности критической степени лечебные мероприятия следует начинать с:

- а) эндотрахеальной интубации;
- б) тройного приема Сафара;
- в) искусственной вентиляции легких;
- г) трахеостомии;
- д) коникотомии.

63. У больных с черепно-мозговой травмой наличие "светлого промежутка" характерно для:

- а) сотрясения головного мозга;
- б) ушиба головного мозга;
- в) сдавления головного мозга;
- г) нарастающей внутричерепной гематомы;

д) всех форм

64. При диэнцефальных нарушениях возникает дыхание:

- а) одышка до 60 в 1 мин, полипноэ;
- б) волнообразное дыхание ("машинное") при равной продолжительности вдоха и выдоха;
- в) поверхностное, редкое, неравномерное дыхание
- г) дыхание типа Чейна-Стокса;
- д) все вышеперечисленные нарушения дыхания.

65. У больных с черепно-мозговой травмой возникает брадикардия при повреждении:

- а) лобных структур)
- б) мозжечка
- б) затылочных долей
- д) продолговатого мозга
- в) подкорковых узлов

66. При медикаментозной аллергии высыпания чаще всего имеют характер:

- а) пятнистые макула, скарлатиноподобные;
- б) папулезные;
- в) кореподобные;
- г) папуло-везикулярные;
- д) узелковые.

67. Основной фармакологический эффект гистамина:

- а) активация сосудистотромбоцитарного гемостаза;
- б) вазодилатация, проницаемость капилляров, сужение бронхов;
- в) агрегация тромбоцитов;
- г) высвобождение из эозинофилов вазоактивных ферментов – ингибиторов протеаз;
- д) сужение бронхов, отек тканей дыхательных путей, вазоконстрикция.

68. Среди перечисленных препаратом выбора при анафилаксии является:

- а) норадреналин
- г) мезатон
- б) допмин
- д) изадрин
- в) адреналин

69. Центральные анальгетики используются при:

- а) анафилактическом шоке;
- б) остром эпидермальном некролизе;
- в) крапивнице;
- г) бронхоспазме;
- д) всех вышеперечисленных случаях.

70. При лечении анафилактического шока в условиях гипоксии и ацидоза адреналин способен, в первую очередь, провоцировать:

- а) судороги
- г) отек легких
- б) нарушения ритма сердца
- д) мышечную ригидность
- в) отек головного мозга

71. При остро развивающемся бронхоспазме на фоне аллергической реакции Вы начинаете терапию с:

- а) адреналина
- г) антигистаминных препаратов
- б) эуфиллина
- д) кальция хлорида

в) глюкокортикоидных гормонов

72. При стартовой инфузионной терапии в лечении анафилактического шока предпочтительны растворы:

- а) кристаллоидные г) белковые
- б) коллоидные д) не имеет значения
- в) щелочные

73. Перечислите очередность мероприятий при анафилактическом шоке:

- а) введение глюкокортикоидных гормонов;
- б) введение адреналина;
- в) опустить головной конец;
- г) введение плазмозамещающих растворов;
- д) ингаляция кислорода.

Варианты ответа:

- а) 2,3,5,1,4; б) 5,4,3,2,1; в) 1,2,3,4,5; г) 5,4,3,1,2; д) 1,3,5,4,2

74. Введение антигистаминных препаратов показано при:

- а) анафилактическом шоке
- б) синдроме Лайелла
- в) крапивнице и ангионевротическом отеке
- г) синдроме Стивенса-Джонсона
- д) во всех перечисленных случаях

75. Терапию геморрагического инсульта следует начинать с внутривенного введения:

- а) эуфиллина г) гепарина
- б) реополиглюкина д) дицинона
- в) кальция хлорида

76. При диэнцефало-катаболическом синдроме возникает:

- а) утрата сознания по типу сопора;
- б) периферический сосудистый спазм;
- в) учащение пульса;
- г) повышение температуры тела;
- д) все перечисленные симптомы.

77. При мезэнцефало-бульбарном синдроме возникает:

- а) гиперкатабсизм
- б) утрата сознания по типу оглушения
- в) усиление брюшных рефлексов и реакций на болевые раздражители
- г) депрессия дыхания
- д) все перечисленные симптомы

78. Элементами нейровегетативной блокады являются следующие препараты:

- а) преднизолон г) анальгин
- б) шпикед) все перечисленные препараты
- в) клофелин

79. Для больных, с диэнцифальным синдромом - на самостоятельном дыхании - после ЧМТ, наиболее характерным является:

- а) метаболический ацидоз;
- б) респираторный алкалоз;
- в) смешанный метаболический и респираторный ацидоз;
- г) респираторный ацидоз;
- д) метаболический алкалоз.

80. Наименьшей минералкортикоидной активностью обладает:

- а) преднизолон
- б) гидрокортизон
- в) дексаметазон
- г) кортизон
- д) триаминоцинолон

81. У больных с черепно-мозговой травмой отсутствуют реакции на любые внешние раздражения при состоянии сознания:

- а) оглушение
- б) сопор
- в) кома I
- г) кома II
- д) кома III

82. У больных с черепно-мозговой травмой применение осмотических диуретиков на догоспитальном этапе опасно из-за:

- а) резкого снижения АД;
- б) развития гипокалиемии;
- в) возможности развития вторичного повышения внутричерепного давления;
- г) трудности подбора дозы;
- д) всех перечисленных причин.

83. У больных с черепно-мозговой травмой дизэнцефально-катаболический синдром развивается при повреждении:

- а) эпиталамуса;
- б) таламуса;
- в) гипоталамуса;
- г) при затеке крови в III желудочек мозга;
- д) при всех перечисленных повреждениях.

84. У больных с черепно-мозговой травмой мезэнцефало-бульбарный синдром развивается при повреждении:

- а) среднего мозга;
- б) ромбовидного мозга;
- в) при затеке крови в сильвиев водопровод;
- г) при затеке крови в 4 желудочек мозга;
- д) при всех перечисленных повреждениях.

85. В патогенезе травматического шока ведущим фактором является:

- а) болевой фактор;
- б) снижение объема циркулирующей крови;
- в) эндогенная интоксикация;
- г) жировая эмболия;
- д) психоэмоциональный стресс.

86. Диагноз "травматический шок" правомочен только:

- а) если систолическое АД ниже 90 мм рт. ст.

- г) начать струйное введение кристаллоидных растворов и ввести внутривенно 1,0 мл мезатона;
- д) начать струйное введение плазмозаменителей и капельное введение раствора дофамина.

93. Вы оказываете помощь пациенту с тупой травмой живота. Пациент находится в машине скорой помощи. Сознание спутанное, пульс на лучевой артерии не определяется. Систолическое АД 60 мм рт. ст. Время проезда до стационара около 15 мин. Ваши действия:

- а) не теряя время на установку инфузионной системы, начать движение в стационар; в пути использовать кислород, возвышенное положение нижних конечностей;
- б) начать введение плазмозаменителей, добиться стабилизации состояния пациента, после чего начать транспортировку в стационар;
- в) начав струйную инфузию плазмозаменителей, немедленно начать движение в стационар; уменьшить скорость вливания при повышении АД до 100 мм рт. ст.;
- г) вызвать специализированную бригаду, до прибытия которой оказывать доступную помощь;
- д) начав струйную инфузию плазмозаменителей, немедленно начать движение в стационар; уменьшить скорость вливания при появлении пульса на лучевой артерии.

94. При оказании помощи пациентам, находящимся в терминальном состоянии, обусловленном травматическим шоком и острой кровопотерей:

- а) использование симпатомиметиков недопустимо;
- б) рекомендуется использование дофамина одновременно с началом вливания плазмозаменителей;
- в) симпатомиметики используются только как «средство отчаяния»;
- г) симпатомиметики рекомендуются для использования в малых дозах у пациентов старше 60 лет;
- д) симпатомиметики рекомендуются для использования в малых дозах у пациентов моложе 60 лет.

95. Вы оказываете помощь больному, с множественным двухсторонним переломом ребер, правосторонним напряженным пневмотораксом и ОДН критической степени. Начало Ваших действий:

- а) эндотрахеальная интубация ИВЛ;
- б) вспомогательная вентиляция легких через маску наркозного аппарата;
- в) введение плевральных дренажей с двух сторон;
- г) введение плеврального дренажа справа;
- д) ингаляция кислорода через маску наркозного аппарата.

96. При проведении ИВЛ нормальный минутный объем легочной вентиляции (л/мин) рассчитывается по формуле (МТ - масса тела, кг):

- а) $MT/10+1$
- б) $MT/8+1$
- в) $MT/10-1$
- г) $MT \times 0,1$
- д) $MT \times 0,1+2$

97. Наиболее эффективно снижает повышенное внутричерепное давление при черепно-мозговой травме:

- а) введение маннитола;
- б) введение лазикса;

- в) введение глюкокортикоидных гормонов;
- г) введение 40% раствора глюкозы;
- д) проведение ИВЛ в режиме гипервентиляции.

98. Наиболее частыми причинами нарушения кровообращения при анафилактическом шоке является:

- а) острая сердечная недостаточность;
- б) острая сосудистая недостаточность;
- в) периферический сосудистый спазм;
- г) острая надпочечниковая недостаточность;
- д) гиповолемия в результате перехода жидкости из сосудистого русла в межклеточное пространство.

99. "Препаратом № 1" при лечении молниеносных форм анафилактической реакции является:

- а) адреналин
- б) эуфиллин
- в) преднизолон
- г) димедрол
- д) кальция хлорид (глюконат)

100. Через 30 секунд после повторного внутримышечного введения анальгина больной потерял сознание, появились судороги, асфиксическое дыхание. Срочно проведена эндотрахеальная интубация, начата ИВЛ. Оптимальным способом введения лекарственных средств в этих условиях является:

- а) внутримышечный;
- б) в вену локтевого сгиба;
- в) под язык;
- г) интрахеальный;
- д) пункция и катетеризация подключичной вены последующим введением в нее препаратов.

101. Наиболее частой причиной смерти на догоспитальном этапе у больных в состоянии алкольной комы является:

- а) сердечная недостаточность;
- б) токсическая энцефалопатия;
- в) асфиксия;
- г) сосудистый коллапс;
- д) острая почечная недостаточность.

102. Восстановить проходимость верхних дыхательных путей при западении корня языка лучше всего:

- а) поворотом головы влево;
- б) приданием устойчивого бокового положения;
- в) выполнением тройного приема Сафара;
- г) использованием возвышенного положения верхней половины туловища;
- д) максимально возможным приведением подбородка к груди;

103. Для восстановления проходимости дыхательных путей при их обтурации инородным телом нельзя использовать:

- а) прием Геймлиха;
- б) извлечение корнцангом под контролем прямой ларингоскопии;
- в) извлечение пальцами;
- г) использование дренажного положения в сочетании с ударом между лопаток;
- д) проталкивание интубационной трубкой в нижележащие отделы.

104. Для профилактики регургитации во время транспортировки больного, находящегося в состоянии комы необходимо:

- а) уложить больного горизонтально;
- б) ввести ротоглоточный воздуховод;
- в) приподнять головной конец носилок;
- г) выполнить прием Сафара;
- д) ввести атропин.

105. Из приведенных препаратов наркотическим анальгетиком наиболее короткого действия является:

- а) морфин
- б) трамалд) дипидолор
- в) калипсол
- г) фентанил

106. α -адреноблокатором является:

- а) цнаприлин
- б) налоксон
- в) дроперидол
- г) изадрин
- д) сальбутамол

107. Действие дроперидола при внутривенном введении проявляется:

- а) "на кончике иглы";
- б) спустя 1-2 часа после введения;
- в) гипотонией у больных с дефицитом ОЦК;
- г) кратковременным возбуждением после внутривенного введения;
- д) анальгетическим эффектом.

108. Поражающее действие электротока более всего зависит от:

- 1) силы тока, проходящего через тело пострадавшего;
- 2) от напряжения источника тока;
- 3) от вида тока (переменный, постоянный);
- 4) от типа электроносителя;
- 5) от массы тела пострадавшего.

Варианты ответа:

- а) 1,2,4; б) 1,3; в) 2,4,5; г) все правильно

109. Наиболее частыми причинами смерти при поражении электротоком являются:

- а) асистолия, фибрилляция, поражение дыхательного центра;
- б) фибрилляция, спазм дыхательной мускулатуры, поражение дыхательного центра;
- в) асистолия, спазм дыхательной мускулатуры, поражение дыхательного центра;
- г) асистолия, фибрилляция, спазм дыхательной мускулатуры;
- д) фибрилляция, разрыв миокарда, поражение дыхательного центра.

110. Предельно допустимой концентрацией закиси азота в сочетании с кислородом является:

- а) 50% (1:1)
- б) 66% (2:1)
- в) 75% (3:1)
- г) 80% (4:1)
- д) 85% (5:1)

111. В аппарате АН-8 используется дыхательный контур:

- а) открытый
- г) закрытый

- б) полуоткрытый
в) полужакрытый
- д) полуоткрытый и полужакрытый

112. У пациента выявлена тупая травма живота и закрытый перелом бедренной кости. ЧСС 100 уд. в 1 мин, АД 70/40. Наиболее рациональным вариантом обезболивания при проведении транспортной иммобилизации является:

- а) анальгин 50%-4,0 мл + реланиум 10 мг;
б) фентанил 0.05%- 2,0 + дроперидол 5 мг,
в) калипорл 1мг/кг + реланиум 10мг;
г) трамал 100 мг + реланиум 20 мг;
д) промедол 20 мг + дроперидол 5мг + реланиум 5 мг

113. Калипсол противопоказан:

- а) детям с тяжелой травмой
б) взрослым пострадавшим с травматическим шоком и острой кровопотерей
в) больным с обширными ожогами
г) при уровне АД выше 180/100 мм рт.ст.;
д) больным с комбинированной ЧМТ и переломом бедра.

114. Гипервентиляция при черепно-мозговой травме:

- а) противопоказана из-за снижения мозгового кровотока;
б) показана, так как приводит к снижению внутричерепного давления;
в) показана, так как нормализует уровень кислорода в крови;
г) не оказывает существенного влияния в остром периоде;
д) противопоказана из-за увеличения мозгового кровотока.

115. При ранении сердца с выраженной артериальной гипотезией:

- а) оказать какую-либо помощь на догоспитальном этапе невозможно;
б) показана инфузия коллоидных плазмозаменителей с максимально возможной скоростью;
в) показана инфузия кристаллоидных растворов с максимально возможной скоростью;
г) показано введение сердечных гликозидов;
д) показано использование β-адреномиметиков.

116. Препаратом, способным увеличить почечный кровоток и стимулировать диурез является:

- а) норадреналин
б) фуросемид
в) мезэтон
- г) допамин
д) добутамин

117. Сразу же после дренирования плевральной полости при напряженном пневмотораксе возможны:

- а) остановка дыхания;
б) тромбоэмболия ветвей легочной артерии;
в) сердечно-сосудистая недостаточность;
г) тонические и клонические судороги;
д) снижение венозного возврата к "правому" сердцу.

118. Если после интубации трахеи дыхательные шумы выслушиваются только над правым легким, следует:

- а) провести интубацию повторно;
- б) продвинуть трубку на 2-3 см вперед;
- в) подтянуть трубку назад до появления дыхательных шумов над левым легким;
- г) никаких действий не предпринимать;
- д) ротировать трубку, не смещая ее вперед или назад.

119. При проведении СЛР двумя реаниматорами, что из ниже перечисленного правильно?

- а) после 5 минут первичной вентиляции, два реаниматора поочередно проводят 2 вдувания, затем 15 компрессий;
- б) продолжительность компрессии должна составлять 2/3 сердечного цикла;
- в) продолжительность компрессии должна занимать 60% цикла;
- г) массаж сердца и ИВЛ проводятся в сочетании 5:1;
- д) при проведении закрытого массажа сердца точка компрессии находится на верхней трети грудины.

120. Какое из ниже приведённых высказываний о СЛР правильно?

- а) доступ к центральной вене - первоочередная задача;
- б) все медикаменты при СЛР могут быть введены внутривенно или внутрисердечно с одинаковой частотой осложнений;
- в) эндотрахеальное введение лекарств менее эффективно, чем внутривенное;
- г) из внутривенных путей введения медикаментов местом выбора являются вены локтевого сгиба;
- д) вена дорзальной поверхности стопы особенно хороша для внутривенного введения препаратов при СЛР, т.к. перфузия нижних конечностей остаётся нормальной.

121. Назовите полный комплекс лекарств, применяемых при СЛР?

- а) атропин, адреналин;
- б) лидокаин, эуфиллин;
- в) преднизолон, мезатон;
- г) атропин, адреналин, лидокаин, эуфиллин;
- д) атропин, адреналин, преднизолон, мезатон.

122. Какое из лекарств можно вводить эндотрахеально при СЛР?

- а) адреналин
- б) атропин
- в) лидокаин
- г) атропин, адреналин
- д) все выше перечисленные

123. Что из ниже перечисленного правильно при введении лекарств эндотрахеально?

- а) их никогда не разводят;
- б) их доза в 10 раз больше, чем при внутривенном введении.
- в) вентиляцию следует прекратить на 90-120 сек после введения препарата;
- г) всасывание их начинается в трахее и крупных бронхах;
- д) всё неправильно.

124. Какие из нижеперечисленных осложнений (последствий) могут возникнуть при внутривенном введении натрия гидрокарбоната при СЛР?

- а) может развиваться метаболический алкалоз;
- б) повышение PaCO_2

- в) в результате сдвига диссоциации оксигемоглобина влево происходит снижение высвобождения кислорода в тканях;
 - г) может произойти развитие гиперосмолярности плазмы;
 - д) все вышеперечисленные осложнения могут возникнуть.
125. Что из ниже сказанного в отношении лидокаина правильно при СЛР?
- а) лидокаин в дозе 2,5 мг/кг вводят внутривенно каждые 4-5 мин при резистентной фибрилляции желудочков;
 - б) первоочередным методом при лечении больных с желудочковой тахикардией "без пульса" является лидокаин;
 - в) при резистентной фибрилляции желудочков 2 мл 10% раствора лидокаина вводят внутривенно;
 - г) лидокаин применяется при резистентной фибрилляции желудочков 1,5 мг/кг внутривенно дважды;
 - д) при фибрилляции желудочков лидокаин вводят под язык.
126. Наиболее часто на ЭКГ при внезапной смерти регистрируется
- а) электромеханическая диссоциация (редкие и широкие идиовентрикулярные комплексы);
 - б) фибрилляция желудочков;
 - в) асистолия;
 - г) полная АВ блокада с редким желудочковым ритмом;
 - д) резко выраженная синусовая брадикардия с ЧСС менее 10 в мин.
127. Через 60 сек после начала базовой СЛР у взрослого больного на мониторе была выявлена фибрилляция желудочков; время когда наступила остановка сердца неизвестно. Какую из ниже перечисленных процедур нужно провести незамедлительно?
- а) провести два прекардиальных удара;
 - б) немедленная дефибрилляция – 200 Дж;
 - в) поскольку время остановки сердца неизвестно, дефибрилляция максимальной энергией в 360 Дж должна быть проведена немедленно;
 - г) до проведения дефибрилляции ввести внутривенно лидокаин.
 - д) поскольку продолжительность остановки сердца не установлена, для устранения метаболического ацидоза до дефибрилляции необходимо ввести внутривенно натрия гидрокарбонат.
128. При проведении дефибрилляции через мышцу сердца (из-за трансторакального сопротивления) может проходить разряд значительно меньшей энергии. Что из ниже перечисленного приводит к понижению трансторакального сопротивления?
- а) достаточное количество пасты или геля на электродах;
 - б) придавливание электродов к груди пациента с достаточной силой;
 - в) правильное расположение электродов (один по правой парастернальной линии, под ключицей - другой на проекции верхушки сердца);
 - г) дефибрилляцию проводят во время выдоха;
 - д) все вышеперечисленное.
129. Проведение электрической дефибрилляции у больного с фибрилляцией желудочков и имплантированным кардиостимулятором
- а) практически невозможно
 - б) возможно при наложении одного электрода над кардиостимулятором, а другого на проекции верхушки сердца;

130. Какую энергию надо использовать при проведении дефибрилляции у ребенка весом 25 кг?
- а) 10 ж г) 100 Дж
б) 25 Дж д) 150 Дж
в) 50 Дж

а) анамнез;
б) функцию дыхания и кровообращения;
в) температуру тела;
г) наличие парезов и параличей;
д) выяснять сведения о принимаемых медикаментах.

- а) измерять АД;
- б) вводить противосудорожное средство;
- в) восстанавливать проходимость верхних дыхательных путей, вентилировать легкие и проводить закрытый массаж сердца;
- г) вызывать в помощь специализированную бригаду;
- д) укладывать пациента в устойчивое боковое положение.

- а) на спине с твердой основой и приподнятыми ногами;
- б) на спине с приподнятым головным концом;
- в) устойчивое боковое;
- г) по Трендсленбургу;
- д) полусидя с валиком под лопатками.

а) 0,9% раствор натрия хлорида
б) гемодез
в) желатиноль
г) полиглюкин
д) реополиглюкин

- 1) закрытый массаж сердца, режим - одно дыхательное движение + пять компрессий на грудную клетку;
- 2) закрытый массаж сердца, режим - два дыхательных движения пятнадцать компрессий на грудную клетку;
- 3) обеспечение проходимости верхних дыхательных путей;
- 4) проведение ИВЛ;
- 5) внутрисердечное введение адреналина;

б) внутривенно 1 мг адреналина;

Варианты ответа:

а) 3-1-4-5; б) 3-4-2; в) 4-3-2-6; г) 3-4-2-5

136. Тройной приём Сафара включает:

1) поворот головы набок;

2) запрокидывание головы назад;

3) положение больного на животе с головой, повернутой на сторону;

4) выдвижение вперед нижней челюсти;

5) открывание рта.

Варианты ответа:

а) 1,4,5; б) 2,4,5; в) 3,4,5; г) 1,3,5

137. При неэффективной вентиляции легких "ото рта ко рту" следует

а) запрокинуть голову пострадавшего, вывести вперед нижнюю челюсть и продолжить реанимационные мероприятия;

б) опустить головной конец;

в) приподнять головной конец;

г) вызвать другого реаниматолога;

д) наложить трахеостому

138. Основными признаками наступления клинической смерти являются:

1) отсутствие пульса на сонной артерии;

2) отсутствие самостоятельного дыхания;

3) узкие зрачки;

4) широкие зрачки;

5) отсутствие сознания

Варианты ответа: а) 1,2,3; б) 1,2,5; в) 1,2,4; г) все правильно

139. При выполнении СЛР одним реаниматором надо придерживаться соотношения:

а) 2 вдоха + 15 компрессий;

б) 3 вдоха + 18 компрессий;

в) 5 вдохов + 20 компрессий;

г) 1 вдох + 5 компрессий;

д) 1 вдох + 4 компрессии.

140. Врач скорой помощи прибыл на вызов к больному, которому родственники до прибытия врача начали проводить СЛР. Свои действия врач начинает:

а) с выяснения анамнеза;

б) с записи ЭКГ;

в) с проведения дефибрилляции;

г) с внутрисердечного введения адреналина;

д) с оценки эффективности реанимации и ее продолжения.

141. Во время СЛР Вы вводите атропин эндотрахеально в дозе:

а) 0,5 мг

г) 2 мг

б) 1 мг

д) 5 мг

в) 3,5 мг

142. При проведении СЛР препаратом первой линии является:

- а) лидокаин
- б) кальция хлорид
- в) атропин
- г) адреналин
- д) новокаиномид

143. При проведении дефибрилляции у взрослого используются величины энергии в пределах:

- а) 50-75 Дж
- б) 75-100 Дж
- в) 100-200 Дж
- г) 200-400 Дж
- д) 400-500 Дж

144. Наиболее частой причиной смерти при поражении электрическим током силой более является:

- а) асистолия;
- б) электромеханическая диссоциация;
- в) фибрилляция желудочков;
- г) желудочковая тахикардия;
- д) АВ блокада.

145. После остановки сердца максимальное расширение зрачков регистрируется:

- а) в первые секунды
- б) не позднее первых 25 с
- в) через 30-60 с
- г) через 80-120 с
- д) через 60-80 с

146. Достоверными признаками биологической смерти являются

- 1) отсутствие сознания;
- 2) отсутствие глазных и прочих рефлексов;
- 3) трупные пятна;
- 4) прямая линия на ЭКГ;
- 5) трупное окоченение.

Варианты ответа:

- а) 3,4,5; б) 3,5; в) 2,3,5; г) все правильно

147. Укажите последовательность проведения этапов реанимации:

- 1) закрытый массаж сердца;
- 2) коррекция нарушений метаболизма
- 3) искусственная вентиляция легких;
- 4) восстановление проходимости верхних дыхательных путей
- 5) введение адреналина

Варианты ответа:

- а) 4,3,1,5,2 б) 2,1,3,4,5 г) 1,2,3,4,5

148. Основанием для прекращения сердечно-легочной реанимации является:

- а) максимальное расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет;
- б) явления гипостаза в отлогах частях тела;
- в) отсутствие признаков эффективности СЛР в течение 30 мин;
- г) мнение врача о неизлечимости хронического заболевания больного;
- д) просьба родственников.

149. При СЛР введение лекарств возможно:

- | | |
|----------------|-------------------|
| 1) внутривенно | 4) внутримышечно |
| 2) под язык | 5) внутрисердечно |
| 3) в трахею | |

Варианты ответа:

- а) 1,5; б) 1,2,3; в) 1,3,5; г) все правильно

150. Длительность периода клинической смерти лимитируется устойчивостью к гипоксии клеток коры головного мозга. В условиях нормотермии этот временной интервал не превышает:

- | | |
|-----------|----------|
| а) 10 мин | г) 3 мин |
| б) 8 мин | д) 7 мин |
| в) 5 мин | |

151. Объём вдуваемого воздуха при проведении СЛР взрослому должен быть около

- | | |
|----------|-----------|
| а) 0,5 л | г) 2 л |
| б) 1 л | д) 0,25 л |
| в) 1,5 л | |

152. Оптимальной считается частота компрессий при проведении закрытого массажа сердца взрослому?

- | | |
|------------------|------------------|
| а) 60 - 80 в мин | г) 60 - 90 в мин |
| б) 80- 100 в мин | д) 90-130 в мин |
| в) 80- 120 в мин | |

153. Магния сульфат при рефрактерной фибрилляции желудочков вводится внутривенно в дозе:

- | | |
|----------------|--------|
| а) 2,5 - 3,0 г | г) 4 г |
| б) 1-2 г | д) 5 г |
| в) 0,5 г | |

154. Препараты кальция при сердечно-лёгочной реанимации вводят внутривенно:

- 1) всегда;
- 2) при гиперкалиемии;
- 3) только при затяжной СЛР;
- 4) при гипокальциемии;
- 5) при передозировке антагонистов кальция.

Варианты ответа:

- а) 1; б) 2,4,5; в) 3; г) 2,3

155. Типичный алкогольный абстинентный синдром средней степени тяжести сопровождается развитием:

- | | |
|----------------|-----------------|
| а) анурии | г) миоза |
| б) гипертензии | д) кровотечения |
| и) брадикардии | |

156. При проведении какой методики детоксикации наблюдается наиболее высокая скорость снижения концентрации ФОС в крови?

- а) зондовое промывание желудка - назначение атропина - проведение гемосорбции;
- б) зондовое промывание желудка - проведение энтеросорбции - назначение атропина - проведение гемосорбции;

- в) назначение атропина - зондовое промывание желудка - проведение гемосорбции;
- г) проведение гемосорбции - зондовое промывание желудка – назначение атропина
- д) форсированный диурез.

157. В приемном отделении у больного зарегистрированы следующие симптомы: тахикардия, гипертензия, влажность кожного покрова. Для какого препарата наркотического действия эти симптомы являются наиболее характерными?

- а) марихуана
- б) кокаин
- в) LSD
- г) героин
- д) псилоцибин

158. Какая жалоба является наиболее частой при передозировке кокаина?

- а) затруднение глотания и пеперхивание;
- б) боли за грудиной;
- в) боли в животе;
- г) головная боль;
- д) боли в пояснице.

159. Определите симитомокомплекс, который является наиболее характерным для отравления трнциклимескими антидепрессантами, сын после приема яда прошло более суток:

- А) кома 1 + гипертензия + влажность кожного покрова + миоз + увеличение комплекса QRS до 0,1 с;
- б) делирий + гипертензия + сухость кожного покрова + мидриаз + значение комплекса QRS составляет 0.13 с;
- в) Делирий + гипотензия + влажность кожного покрова + мидриаз + значение комплекса QRS составляет 0,1 с;
- г) делирий + гипертензия + влажность кожного покрова + мидриаз + увеличение комплекса QRS;
- д) ничто из вышеперечисленного не является характерным для отравления трициклическими антидепрессантами.

160. Какие из перечисленных препаратов имеют короткий период выведения?

- а) диазепам
- б) оксазепам
- в) фенозепам
- г) рогипнол
- д) фенобарбитал

161. Дозы какого из препаратов необходимо снижать при сочетании введении с циметидином?

- а) диазепам
- б) оксазепам
- в) фенозепам
- г) диазепам, оксазепам, фенозепам
- д) никакого

162. Толерантность и зависимость в наибольшей степени развиваются при применении:

- а) героина
- б) фенобарбитала
- в) марихуаны
- г) мескалина
- д) кокаина

163. Эффективность какого из представленных препаратов снижается у больных хронически потребляющих алкоголь?

- а) фенобарбитала
- г) пропранолола

171. Какой из препаратов может спровоцировать развитие тахикардии?

- а) хинидин
б) дилтиазем
в) дигоксин
г) дифенин
д) аспирин

172. Пропранолол является прямым конкурентным антагонистом положительного инотропного эффекта у:

- а) эуфиллина г) у всех
б) амринона д) ни у кого
в) атропина

173. При отмене какого из перечисленных препаратов может возникать синдром отмены с развитием гипертензии?

- а) каптоприл г) гуанетидин
б) пропранолол д) никакого
в) клонидин

174. Щелочной форсированный диурез показан при отравлении:

- а) верапамилом
б) барбитуратами
в) дигоксином
г) алкалоидами вератрина
д) не показан при отравлении перечисленными средствами

175. Кислотный форсированный диурез показан при отравлении:

- а) уксусной кислотой г) эритромицином
б) клофелином д) салицилатами
в) фенозепамом

176. Тетурам, назначаемый при хроническом алкоголизме, блокирует активность одного из перечисленных ферментов, и тем самым вызывает накопление одного из перечисленных продуктов обмена этанола, что сопровождается развитием алкоголь-тетурамовой реакции:

- а) ацетилхолинэстеразы, за счет чего накапливается ацетилхолина;
- б) альдегиддегидрогеназы, за счет чего накапливается ацетальдегид;
- в) моноаминоксидазы за счет чего накапливается норадреналин;
- г) алкогольдегидрогеназы, за счет чего накапливается ацетальдегид.

177. Ацетилцистеин показан при отравлении:

- а) аспирином г) напроксином
б) бруфеном д) анальгином
в) парацетамолом

178. Какой антидот необходимо назначить при отравлении препаратами железа?

- а) пенициламин г) атропин
б) дефероксамин д) унитиол
в) димеркаптол

179. Симптомы антихолинергического синдрома включают:

- а) миоз, брадикардию, саливацию, усилением перистальтики кишечника;
- б) мидриаз, тахикардию, сухость кожного покрова, ослаблением перистальтики кишечника;
- в) миоз, тахикардию, влажность кожи и слизистых оболочек, ослаблением перистальтики кишечника;
- г) мидриаз, брадикардию, сухость кожи и слизистых оболочек, усиление перистальтики кишечника;
- д) ничто из перечисленного не характерно для антихолинергического синдрома.

180. Симптомы холинергического синдрома включают:

- а) мидриаз, гипертензию, тахикардию;
- б) мидриаз, гипотензию, тахикардию;
- в) миоз, гипертензию, тахикардию;
- г) миоз, гипотензию, брадикардию;
- д) ничто из перечисленного не является характерным для холинергического синдрома.

181. Симптомы адренергического синдрома включают:

- а) миоз, гипертензию, брадикардию
- б) мидриаз, гипотензию, тахикардию
- в) миоз, гипотензию тахикардию
- г) мидриаз, гипертензию, тахикардию
- д) ничто из перечисленного не является характерным для адренергического синдрома.

182. Отравление клофелином характеризуется тенденцией к:

- а) брадикардии, гипотензии, гипогликемии, миозу;
- б) брадикардии, гипотензии, гипергликемии, мидриазу;
- в) тахикардии, гипертензии, гипогликемии, мидриазу;
- г) брадикардии, гипертензии, гипергликемии, миозу;
- д) тахикардии, гипотензии, гипогликемии, миозу;
- е) брадикардии, гипотензии, гипергликемии, миозу.

183. Отравление амитриптилином характеризуется:

- а) делирием, мидриазом, усилением перистальтики кишечника, увеличением интервала Q-T;
- б) седацией, миозом, усилением перистальтики кишечника, развитием А-В блокады;
- в) делирием, мидриазом, ослаблением перистальтики кишечника, синусовой аритмией;
- г) седацией, мидриазом, ослаблением перистальтики кишечника, расширением комплекса QRS;
- д) делирием, миозом, ослаблением перистальтики кишечника, расширением комплекса QRS

184. Отравление обзиданом характеризуется:

- а) брадикардией, гипогликемией, гипертензией;
- б) брадикардией, гипергликемией, гипотензией;
- в) брадикардией, гипогликемией, гипотензией;
- г) брадикардией, гипергликемией, гипертензией;
- д) ничто из перечисленного не является характерным для отравления обзиданом.

185. При отравлении каким веществом следует ограничивать проведение большеобъемного форсированного диуреза:

- а) нейролептиками
- б) β -блокаторами
- в) уксусной кислотой
- г) салицилатами
- д) солями железа

186. Какие из перечисленных симптомов отравления amitriptилином являются показанием к мониторинговому наблюдению за больными:

- а) тахикардия
- б) мидриаз
- в) депрессия ЦНС
- г) тремор
- д) расширение комплекса QRS более 0,1с

187. Через 1 час после приема 10 неизвестных таблеток кремового цвета у больного развились тонико-клонические судороги. Введение реланиума (по 20 мг внутривенно, в два приема, с интервалом 5 минут) - без эффекта.

Какой из перечисленных ниже препаратов является диагностическим фармакологическим тестом, который позволяет установить природу судорожного яда и купировать судорожный синдром?

- а) аминистигмин
- б) тиамин
- в) пиридоксин
- г) налоксон
- д) ни один из перечисленных

188. Вольной страдает хроническим алкоголизмом. В течение 6 последних дней пил самогон. Со слов родственников на 7-е сутки стал «заговариваться». Тактикой выбора врача бригады скорой помощи является назначение:

- а) реланиума в дозе 20 мг;
- б) раствора глюкозы 40% 20,0 + реланиума 20 мг внутривенно;
- в) тиамина в дозе 100 мг внутривенно, + раствор глюкозы 40% 20,0 внутривенно;
- г) налоксона и дозе 2 мг + раствора глюкозы 40% 20,0 внутривенно;
- д) аминазина.

189. При какой патологии больные, принимающие пероральные гипогликемизирующие средства в наименьшей степени подвержены риску развития гипогликемии?

- а) при нарушении функции печени;
- б) при нарушении функции почек;
- в) при нарушении питания;
- г) при хронической алкоголизации;
- д) при приеме лекарств для лечения паркинсонизма

190. В условиях антихолинергического синдрома противопоказанием к назначению аминистигмина является:

- 1) сопор;
- 2) гипертензия;
- 3) расширение комплекса QRS более 0,12 м/сек;
- 4) укорочение интервала Q-T;
- 5) синусовая тахикардия.

Варианты ответа:

- а) 1,2,3; б) 3,4; в) 4,5; г) 3,4,5

191. Для отравления метанолом характерны:

- а) угнетение сознания, гипотензия, декомпенсированный метаболический алкалоз, нарушение функции почек, нарушение остроты зрения;
- б) угнетение сознания, гипотензия, декомпенсированный метаболический ацидоз, нарушение функции почек, нарушение остроты зрения;
- в) возбуждение, гипертензия, газовый алкалоз, дизурические расстройства, паралич аккомодации;
- г) возбуждение, гипотензия, газовый ацидоз, олигурия, спазм аккомодации;
- д) ничто из перечисленного не характерно для отравления метанолом.

192. Активированный уголь эффективно поглощает все, кроме:

- а) парацетамола
- б) эуфиллина
- в) пропранолола
- г) железа сульфата
- д) верапамила

193. Назначение налоксона показано в следующих случаях:

- а) при гипертензии после приема кокаина;
- б) при алкогольном абстинентном синдроме;
- в) при бензодиазепиновой коме;
- г) при депрессии дыхания неизвестной природы;
- д) при всех вышеперечисленных состояниях.

194. Какие из перечисленных препаратов могут находиться в желудке спустя 4-6 часов после их приема внутрь в терапевтических дозах?

- а) клофелин;
- б) парацетамол;
- в) дифенингидрамин (входит в состав средств для лечения «простуды»);
- г) этанол;
- д) лития карбонат.

195. Назначение активированного угля наиболее эффективна при отравлении:

- а) амитриптилином
- б) этанолом
- в) препаратами железа
- г) препаратами лития
- д) всеми перечисленными препаратами

196. Лаваж кишечника наиболее эффективен при отравлении:

- а) эуфиллином
- б) изониазидом
- в) варфарином
- г) препаратами железа
- д) солями лития

197. Функциональное значение АВ узла заключается в:

- а) генерации импульсов;
- б) замедлении проведения импульсов;
- в) ускорении проведения импульсов;
- г) замедлении проведения и генерации импульсов;
- д) ускорении проведения и генерации импульсов;

198. Парадоксальный пульс наблюдается при

- а) эксудативном перикардите
- б) сухом перикардите
- в) миокардите

- г) поражении аортального клапана
- д) поражении митрального клапана

199. Двусторонние отеки голеней, не захватывающие стопы, наблюдаются при:

- а) сердечной недостаточности,
- б) тромбофлебите;
- в) поражении лимфатических сосудов;
- г) ожирении;
- д) экссудативном перикардите.

200. Асимметричные отеки голеней наблюдаются при:

- а) сердечной недостаточности;
- б) тромбофлебите;
- в) поражении лимфатических сосудов;
- г) экссудативном перикардите;
- д) правильно б) и в)

201. Систолическая пульсация печени может наблюдаться при:

- а) митральном стенозе;
- б) митральной недостаточности;
- в) аортальной недостаточности;
- г) аортальном стенозе;
- д) трикуспидальной недостаточности.

202. Кровохаркание может быть симптомом:

- а) ТЭЛА;
- б) митрального стеноза;
- в) злокачественной опухоли легких;
- г) правильно а) и в);
- д) все ответы правильные.

203. Штон сердца связан с:

- а) увеличением диастолического давления в левом желудочке;
- б) увеличением систолического артериального давления.
- в) повышением постнагрузки (общего периферического сопротивления);
- г) повышением сердечного выброса;
- д) атеросклерозом аорты.

204. "Пушечный" тон сердца наблюдается при:

- а) выраженной синусовой брадикардии;
- б) выраженной наджелудочковой тахикардии;
- в) АВ-блокаде;
- г) мерцании предсердий;
- д) тахикардии при синдроме WPW.

205. Центральное венозное давление повышается при:

- 1) полной АВ-блокаде;
- 2) хронических неспецифических заболеваниях легких;
- 3) ТЭЛА;

- 4) инфаркте правого желудочка;
- 5) гиперволемии.

Варианты ответа:

- а) 3, 4, 5; б) 1,3, 4; в) все ответы правильные; г) 1,3, 4, 5; д) 4, 5

206. Одышка зависит от положения тела при:

- 1) левожелудочковой недостаточности
- 2) ТЭЛА
- 3) миксоте левого предсердия
- 4) шаровидном тромбе левого предсердия
- 5) экссудативном перикардите

Варианты ответа:

- а) 1,2,5; б) 1,3,4; в) 1,2,3,4; г) 1,3,4,5 д) во всех случаях

207. Абсолютный рефрактерный период желудочков определяют по ЭКГ :

- а) от конца зубца Т до начала зубца Р; (о) от начала зубца Q до начала зубца Т;
- в) от начала зубца Q до конца зубца Т;
- г) от начала зубца Т до конца зубца Г;
- д) от начала зубца Q до конца зубца S.

208. При раздражении каротидного синуса:

- 1) артериальное давление снижается
- 2) артериальное давление повышается
- 3) артериальное давление не изменяется
- 4) частота сердечных сокращений повышается
- 5) частота сердечных сокращений снижается

Варианты ответа:

- а) 1,4; б) 1, 5; в) 2, 5; г) 3, 4; д) 3, 5

209. Относительный рефрактерный период желудочков определяют по ЭКГ:

- а) от конца зубца Т до начала зубца Р;
- б) от начала зубца Q до начала зубца Т;
- в) от начала зубца Q до конца зубца Т;
- г) от начала зубца Т до конца зубца Т;
- д) от начала зубца Q до конца зубца S.

210. Нормальная ЭКГ предполагает :

- а) продолжительность зубца Р до 0,1 с;
- б) комплекс QRS до 0,1 с;
- в) продолжительность интервала PQ - 0,12-0,21 с;
- г) $RV_j < RV_- < RV_3 < RV_4 > RV_5 > RV_{Fi}$
- д) все указанные признаки

225. Причиной "синдрома кардиостимулятора" наиболее часто является:

- а) нарушение координации в сокращениях предсердий и желудочков;
- б) неадекватно редкий ритм кардиостимулятора;
- в) отсутствие контакта электрода с миокардом;
- г) нарушение питания кардиостимулятора;

д) нарушение проведения импульса от батареи к контактному электроду ("обрыв" электрода).

226. Факторами риска развития полиморфной "веретенообразной" желудочковой тахикардии является:

- а) удлинение интервала QT;
- б) выраженная брадикардия;
- в) паузы в деятельности основного ритма;
- г) прием антиаритмических средств 1а класса;
- д) все перечисленные.

227. При лечении желудочковой полиморфной тахикардии типа "пируэт" ("веретенообразной"), возникающей на фоне удлиненного интервала QT, препаратом первой линии является:

- а) сульфат магния
- б) новокаиномид
- в) лидокаин
- г) ритмилен
- д) кордарон

228. Наиболее опасным побочным эффектом кордарона является:

- а) проаритмогенный эффект;
- б) развитие фотосенсибилизации;
- в) отложение препарата в роговицу глаза;
- г) нарушение функции щитовидной железы;
- д) нарушение функции печени.

229. Частота возникновения проаритмогенного эффекта при применении антиаритмических средств 1А класса составляет:

- а) 5-10%
- б) 20-30%
- в) 30-40%
- г) 40-50%
- д) правильного ответа нет

230. Клиническое значение желудочковых экстрасистол и парасистол:

- а) примерно одинаково;
- б) экстрасистолия свидетельствует о более тяжелом поражении сердца;
- в) парасистолия свидетельствует о более тяжелом поражении сердца;
- г) желудочковая экстрасистолия чаще является фактором риска внезапной смерти;
- д) парасистолия чаще является фактором риска внезапной смерти.

231. Посттахикардальный синдром (инверсия волны Т на ЭКГ) обычно:

- а) исчезает в течение 3-х суток после пароксизма тахикардии;
- б) исчезает в течение недели
- в) исчезает в течение 2-х недель
- г) исчезает в течение 3-х недель
- д) правильного ответа нет

232. Причинами синусовой тахикардии в покое могут быть:

- а) недостаточность кровообращения;
- б) анемия;
- в) беременность;

- г) тиреотоксикоз;
- д) все перечисленное.

233. "Хаотическая" предсердная тахикардия:

- а) чаще возникает на фоне легочно-сердечной недостаточности;
- б) является прогностически неблагоприятным признаком;
- в) нередко предшествует развитию фибрилляции предсердий;
- г) ничего из перечисленного;
- д) все перечисленное.

234. Фактором риска внезапной смерти у больных с дополнительными проводящими путями во время пароксизмов фибрилляции предсердий является:

- а) наличие интервалов $R-R < 0,25$ сек.;
- б) изменение ширины комплекса QRS;
- в) изменение длительности электрической систолы;
- г) выраженный "дефицит пульса";
- д) ничего из перечисленного.

235. Уменьшение степени блокады или восстановление проведения после инъекции атропина может наблюдаться:

- а) при АВ блокаде III степени (полной) на уровне ножек пучка Гиса;
- б) АВ блокаде II степени I типа;
- в) АВ блокаде II степени II типа;
- г) правильного ответа нет;
- д) все ответы правильные.

236. Синдром Морганьи-Эдам-Стокса может наблюдаться:

- а) при блокаде пучка Бахмана;
- б) при двухпучковой внутрижелудочковой блокаде;
- в) при СА блокаде I степени;
- г) все ответы правильные;
- д) правильного ответа нет.

237. Тахикардическая форма синдрома Морганьи-Эдам-Стокса может наблюдаться при:

- а) тахикардической фибрилляции предсердий;
- б) трепетании предсердий с АВ-проведением 1:1;
- в) желудочковой тахикардии;
- г) все ответы правильные;
- д) правильного ответа нет.

238. Новокаиномид при внутривенном введении наиболее часто вызывает:

- 1) артериальную гипотензию
- 2) внутрижелудочковые блокады
- 3) желудочковые аритмии
- 4) АВ-блокады

Варианты ответа:

- а) 1,2,4; г) 1,2; б) 1,2,3; д) 3,4; в) 1,3,4

239. Противопоказанием к применению новокаиномида являются:

- 1) гипотензия
- 2) внутрижелудочковые блокады
- 3) синдром слабости синусового узла
- 4) синдром WPW

Варианты ответа:

- 1) 1,3; б) 1,2,4; в) 1,2,3 г) 1,2; д) все перечисленные

240. Для купирования пароксизма фибрилляции предсердий новокаиномид вводится внутривенно. Что будет являться поводом для прекращения введения препарата?

- 1) расширение комплекса QRS на 30% от исходной величины;
- 2) развитие гипотензии;
- 3) замедление частоты сокращений желудочков;
- 4) переход фибрилляции предсердий в трепетание

Варианты ответа:

- а) 1,2,3; б) 1,2; в) 1,2,4; г) 2,3,4; д) все перечисленные

241. После введения новокаинамида у больного развилась внутривенная блокада. Что будет способствовать ее исчезновению?

- а) введение 1 мл 0,1% атропина;
- б) введение 10 мл 10% раствора хлористого кальция;
- в) оксигенотерапия;
- г) введение 80-100 мл 4% раствора гидрокарбоната натрия;
- д) введение 1 мг адреналина.

242. Наиболее эффективными препаратами для лечения реципрокных суправентрикулярных тахикардий являются:

- 1) β -блокаторы
- 2) лидокаин
- 3) сердечные гликозиды
- 4) верапамил
- 5) АТФ

Варианты ответа:

- 1) 1,3,5; 2) 3,4,5; в) 2,4,5; г) 4,5; д) 1,3,4

243. Верапамил вызывает:

- 1) угнетение автоматизма синусового узла;
- 2) замедление А-В проведения;
- 3) замедление проведения по дополнительным путям;
- 4) угнетение сократимости миокарда.

Варианты ответа:

- а) 1,2,3; б) 1,2,4; в) 2,3; г) 3,4; д) все перечисленные

244. Наиболее частые осложнения после внутривенного введения верапамила:

- 1) развитие асистолии
- 2) развитие АВ-блокады
- 3) артериальная гипотензия
- 4) желудочковая экстрасистолия

Варианты ответа:

- а) 1,3; б) 2,3; в) 1,2,3; г) 1,2; д) все правильны

145. Противопоказанием к применению верапамила является:

- 1) Синдром слабости синусового узла
- 2) выраженная гипотензия
- 3) внутривенная блокада

4) АВ блокада

Варианты ответа:

а) 1,2,3; б) 2,3,4; в) 1,2,4; г) 2,3; д) все правильны

246. Из перечисленных ниже препаратов сократимость миокарда значительно угнетает:

- | | |
|-----------------|-------------|
| 1) лидокаин | 3) этмозин |
| 2) новокаинамид | 4) ригмилен |

Варианты ответа:

а) 1,2,3; б) 2,3,4; в) 2,4; г) все; д) ничего из перечисленного

247. Какие из перечисленных препаратов противопоказаны при пароксизмах фибрилляции и трепетания предсердий у больных с синдромом WPW?

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1) ритмилен | 4) верапамил |
| 2) новокаинамид | 5) дигоксин |
| 3) аймалин | |

Варианты ответа:

а) 1,3; б) 2,4; в) 3,5; г) 4,5; д) 3,4

248. У больного с синдромом WPW и пароксизмом фибрилляции предсердий с ЧСЖ 250 в 1 мин, АД 80/50 мм рт. ст. Ваши действия?

- а) вагусные пробы;
- б) внутривенное введение новокаинамида со скоростью 50 мг в мин;
- в) введение 50 мг аймалина;
- г) введение 10 мг изоптина;
- д) электроимпульсная терапия.

249. Препаратом выбора при лечении реципрокной АВ тахикардии является:

- | | |
|-------------|-----------------|
| а) дигоксин | г) новокаинамид |
| б) обзидан | д) ритмилен |
| в) АТФ | |

250. Желудочковая тахикардия возникает наиболее часто как следствие:

- 1) острого инфаркта миокарда;
- 2) пролапса митрального клапана;
- 3) аневризмы левого желудочка;
- 4) синдрома WPW;
- 5) ваготонии.

Варианты ответа:

а) 1Д б) 2,3; в) 1,3; г) 3,4; д) 4,5

251. Показанием к экстренной ЭИТ при пароксизме желудочковой тахикардии является:

- 1) артериальная гипотензия;
- 2) частота желудочковых сокращений > 180 в 1 мин.;
- 3) развитие отека легких
- 4) нарушение регионального (коронарного, мозгового) кровообращения
- 5) продолжительность комплекса QRS $> 0,14$

Варианты ответа:

а) 1,2; б) 2,3; в) 3,4,5; г) 1,3,4; д) все

252. Препаратом выбора при купировании желудочковой тахикардии является:

- а) этmozин в) кордарон
- б) ритмилен д) верапамил
- г) лидокаин

253. Препаратом выбора для купирования АВ-тахикардии при синдроме WPW с широким комплексом QRS ("антидромной") является:

- а) дигоксин
- б) изоптин
- в) озидан
- г) аймалин
- д) этализин

254. Наиболее достоверными ЭКГ-признаками желудочковой тахикардии являются:

- 1) ширина комплекса QRS более 0,12;
- 2) наличие АВ-диссоциации;
- 3) ЭКГ-картина блокады одной из ножек пучка Гиса;
- 4) частота сердечных сокращений более 180 в 1 мин;
- 5) ретроградное проведение импульса к предсердиям.

Варианты ответа:

- а) 1,2; б) 1,3; в) 1,3,4; г) 3,4; д) все перечисленное

255. Признаками дигиталисной интоксикации являются:

- 1) желудочковая экстрасистолия;
- 2) предсердная тахикардия с АВ-блокадой 2 степени;
- 3) анорексия, тошнота;
- 4) нарушение цветовосприятия.

Варианты ответа:

- а) 1,2; б) 1,3; в) 1,3,4; г) 2,3,4; д) все перечисленное

256. У мужчины 60 лет с ангинозным приступом регистрируется синусовая брадикардия с ЧСС 42 в 1 мин., желудочковая экстрасистолия, АД 70/50 мм рт. ст. Какой из перечисленных препаратов показан в первую очередь?

- а) лидокаин
- б) атропин
- в) морфин
- г) дофамин
- д) изадрин

257. Факторами, способствующими развитию гликозидной интоксикации, являются:

- 1) старческий возраст;
- 2) гипокалиемия;
- 3) воспалительный процесс в миокарде;
- 4) прием диуретиков;
- 5) терапия стероидными гормонами

Варианты ответа:

- а) 1,2; б) 1,3; в) 3,4,5; г) 1,2,5; д) все перечисленное

258. У больного после внутривенного введения 5 мг верапамила развилась асистолия. Какой из препаратов на фоне сердечно-легочной реанимации показан в первую очередь?

- а) внутривенное введение 0,5 мг атропина;
- б) 10 мл 10% раствора хлористого кальция;
- в) изадрин 5-10 мкг/мин;
- г) 1 мг адреналина;
- д) допамин в дозе 10 мкг/мин/кг.

259. АВ блокада 2 степени типа Мобитц-1 чаще возникает на уровне:

- а) СА проведения
- б) межпредсердного проведения
- в) АВ узла
- г) ствола пучка Гиса
- д) ножек пучка Гиса

260. АВ блокада 2 степени типа Мобитц-2 чаще возникает на уровне :

- а) СА проведения
- б) межпредсердного проведения
- в) АВ узла
- г) ствола пучка Гиса
- д) ножек пучка Гиса

261. Синдром слабости синусового узла проявляется:

- 1) синусовой брадикардией;
- 2) СА блокадой различной степени;
- 3) остановкой синусового узла;
- 4) пароксизмами суправентрикулярных тахикардий;
- 5) АВ блокадой 1 степени.

Варианты ответа:

- а) 1,2,3; б) 1,3,4; в) 2,3,4; г) 1,2,3,4; д) все перечисленное

262. Внутривенное введение хлорида калия:

- а) безопасно;
- б) может вызвать остановку сердца;
- в) может вызвать гипотензию;
- г) может вызвать внутрижелудочковую блокаду;
- д) может вызвать повышение АД.

263. Внутривенное введение АТФ наиболее часто вызывает:

- 1) асистолию
- 2) А-В блокаду
- 3) боли в грудной клетке
- 4) блокаду ножек пучка Гисса
- 5) угнетение сократимости сердечной мышцы

Варианты ответа:

- а) 1,2,3; б) 1,4,5; в) 2,3,4; г) 2,4,5; д) 1,3,4

264. АВ блокада 1 степени проявляется на ЭКГ:

- а) удлинением интервала PQ

- в) выпадением волн Р
- б) уширением комплекса QRS
- г) выпадением комплексов QRS
- д) отсутствием связи Р и QRS

265. АВ блокада 2 степени типа Мобитц-1 проявляется:

- а) прогрессирующим удлинением интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS;
- б) постоянным удлинением интервала PQ;
- в) выпадением волн Р;
- г) отсутствием связи Р и QRS;
- д) уширением комплекса QRS > 0,12 сек.

266. АВ блокада 2 степени типа Мобитц-2 проявляется:

- а) постоянным удлинением интервала PQ;
- б) прогрессирующим удлинением интервала PQ с последующим выпадением, комплекса QRS;
- в) выпадением комплекса QRS без прогрессирующего удлинения PQ;
- г) выпадением волн Р;
- д) отсутствием связи волн Р и комплекса QRS.

267. АВ блокада 3 степени (полная) проявляется

- а) прогрессирующим удлинением интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS;
- б) постоянным удлинением интервала PQ;
- в) выпадением комплекса QRS без прогрессирующего удлинения PQ
- г) выпадением волн Р
- д) отсутствием связи волн Р и комплекса QRS,

268. В основе приступа Морганьи-Адам-Стокса лежит:

- А) нарушение перфузии головного мозга при аритмии
- Б) высокое АД
- В) снижение ОЦК
- Г) спазм сосудов головного мозга
- Д) гипоксия

269. Фокусные ("автоматические") предсердные тахикардии:

- 1) строго ритмичны
 - 2) не ритмичны в начале и конце приступа
 - 3) чувствительны к вагусным пробам
 - 4) высокочувствительны к АТФ и верпамилу
 - 5) редко купируются АТФ и верпамилом;
- Варианты ответа: а) 1,4; б) 1,3,5; в) 2,4; г) 2,5; д) 2,3,5

270. Реципрокные («ре-энтери») предсердные тахикардии:

- 1) строго ритмичны;
- 2) не ритмичны в начале и конце приступа
- 3) чувствительны к вагусным пробам
- 4) высокочувствительны к АТФ и верпамилу
- 5) редко купируются АТФ и верпамилом;

б) легко купируются ЭКС и ЭИТ

Варианты ответа: а) 1, 3, 4; б) 2,3,4; в) 1,4,6; г) 2,5,6; д) 1,3,4,6

271. Синдром Фредерика - это:

А) полная АВ блокада с редким желудочковым ритмом;

Б) сочетание полной поперечной блокады с фибрилляцией (трепетанием) предсердий;

В) краткий пароксизм фибрилляции желудочков,

Г) удлинение интервала QT;

Д) синдром бради-тахикардии.

272. У больного 70 лет с жалобами на головокружение, одышку - на ЭКГ

регистрируются: АВ-блокада 2 степени с периодикой Самойлова-Венкенбаха, пульс 52 в 1 мин., АД- 120/80 мм рт. Ст. Какой из перечисленных препаратов показан в первую очередь?

А) атропин

Б) изадрин

В) адреналин

Г) допамин

Д) дигоксин

273. Потребность миокарда в кислороде увеличивается при повышении:

1) систолического артериального давления;

2) диастолического артериального давления;

3) сократимости миокарда;

4) частоты сердечных сокращений;

5) всех указанных факторов.

Варианты ответа: а) 1, 2, 3; б) 5, в) 1, 2, 4; г) 2, 3, 4; д) 1, 3, 4

274. Факторами, способствующими ухудшению течения стенокардии являются:

1) Анемия

2) Гиперкалиемия

3) Гипокалиемия

4) тиреотоксикоз

5) артериальная гипертензия

Варианты ответа:

А) 1,2,3; б) 3,4,5; в) 2,3,4; г) 1,4,5; д) все

275. Приступы стенокардии при физической нагрузке в сочетании с обморочными состояниями характерны для:

А) при недостаточности клапанов аорты;

Б) при митральном стенозе;

В) при стенозе устья аорты;

Г) при недостаточности митрального клапана;

Д) при вариантной стенокардии.

276. К нестабильной стенокардии относят:

А) прогрессирующую стенокардию напряжения;

Б) впервые возникшую стенокардию напряжения;

В) раннюю постинфарктную стенокардию;

Г) впервые возникшую спонтанную стенокардию;

д) все перечисленные формы.

277. При тяжелом длительном приступе стенокардии напряжения в первую очередь следует использовать следующие препараты:

- 1) нитроглицерин
- 2) пропранолол
- 3) наркотические анальгетики
- 4) лидокаин
- 5) гепарин

Варианты ответа: а) 1, 2; б) 1, 3, 5; в) 2, 4, 5; г) 1, 2, 3 д) 1, 4, 5

278. При тяжелом приступе спонтанной стенокардии в первую очередь показаны

- 1) нитроглицерин
- 2) пропранолол
- 3) нифедипин
- 4) наркотические анальгетики
- 5) лидокаин
- 6) гепарин

Варианты ответа:

А) 1,2,6; б) 1,3,5; в) 2,4,5; г) 1, 3, 4; д) 1,5,6

279. Терапевтический эффект антиангинальных средств в основном связан с:

Дилатацией коронарных артерий;

Перераспределением коронарного кровотока;

Уменьшением чувствительности миокарда к гипоксии;

Снижением потребности миокарда в кислороде;

Варианты ответа:

А) 1,3; б) 1,4; в) 2,3; г) 2, 4; д) 1,2

280. Антагонисты кальция группы нифедипина показаны при:

Стенокардии напряжения 4) артериальной гипертензии

Спонтанной стенокардии 5) наджелудочковой тахикардии

Острым инфаркте миокарда

Варианты ответа:

А) 1,2; б) 1,3; в) 2,4; г) 4,5; д) во всех случаях

281. Об ишемии миокарда на ЭКГ свидетельствуют:

- | | |
|--------------------------|------------------------------------|
| а) изменения зубца Т | г) изменения комплекса QRS |
| б) депрессия сегмента ST | д) изменения зубца Т и сегмента ST |
| в) элевация сегмента ST | |

282. О повреждении миокарда на ЭКГ свидетельствуют:

- а) изменения зубца Т;
- б) изменения сегмента ST;
- в) изменения комплекса QRS;
- г) изменения зубца Т и сегмента ST;
- д) изменения зубца Т, сегмента ST и комплекса QRS.

283. Для стенокардии напряжения типично:

- 1) боль колющая
- 2) локализация боли за грудиной

- 3) боль развивается после нагрузки
 - 4) длительность боли до 10 минут
 - 5) эффективен нитроглицерин
- Варианты ответа:
- а) 1,2,4,5; б) 1,3,4,5; в) 2,4,5; г) 2,3,4,5; д) все признаки

284. Для спонтанной стенокардии типично:
- 1) боль колющая
 - 2) толерантность к нагрузке низкая
 - 3) боль развивается в покое
 - 4) длительность боли более 10 минут
 - 5) относительно низкая эффективность нитроглицерина
- Варианты ответа:
- а) 1,3,4; б) 2,4,5; в) 1,3,4,5; г) 3,4,5; д) все признаки

285. Нитроглицерин относительно противопоказан при:
- 1) артериальной гипотензии
 - 2) тахикардии
 - 3) дисфункции папиллярных мышц
 - 4) инфаркте правого желудочка
 - 5) гиповолемии
- Варианты ответа:
- а) 1,2,3; б) 1,3,4; в) 1,3,5; г) 1,2,4; д) 1, 4, 5

286. Ночью у грузчика 39 лет возникли приступообразные (по 15-20 мин) боли за грудиной. Аналогичные приступы были около недели назад. Объективные данные, включая ЭКГ без отклонений от нормы. Наиболее вероятная причина приступов:
- а) стенокардия напряжения, впервые возникшая;
 - б) спонтанная стенокардия;
 - в) развивающийся инфаркт миокарда;
 - г) рецидивирующая ТЭЛА;
 - д) нейроциркуляторная дистония.

287. У больного 40 лет при возвращении с работы впервые возникли боли за грудиной, иррадиирующие в левую лопатку. Боли проходили, когда он останавливался, усиливались при подъеме по лестнице и полностью прошли дома. АД 140/80 мм рт. ст. Пульс 90 в 1 мин; ритмичный. Другие объективные данные, включая ЭКГ, в пределах нормы. Необходимо:
- а) ввести обезболивающие средства
 - б) передать активный вызов врачу поликлиники
 - в) рекомендовать прием нитратов и β -адреноблокаторов
 - г) рекомендовать плановую госпитализацию
 - д) провести экстренную госпитализацию

288. Относительными противопоказаниями к внутривенному введению нитроглицерина являются:
- а) инфаркт правого желудочка
 - б) артериальная гипотензия
 - в) гиповолемия
 - г) тяжелый аортальный стеноз
 - д) все указанные факторы

289. При остром инфаркте миокарда раньше повышается:

- а) МВ фракция КФК
- б) тропонин Т
- в) миоглобин
- г) изофермент 1 ЛДГ
- д) АСТ

290. Для субэндокардиального инфаркта миокарда характерно:

- 1) благоприятный прогноз;
- 2) ранняя постинфарктная стенокардия;
- 3) неосложненное течение;
- 4) возникновение в молодом возрасте;
- 5) рецидивирующее течение.

Варианты ответа:

- а) 1,4; б) 4,5; в) 2,4; г) 2,5; д) 1,3

291. К признакам передозировки нитроглицерина относят:

- а) систолическое давление ниже 90 мм рт. ст.;
- б) диастолическое давление ниже 60 мм рт. ст.;
- в) увеличение ЧСС более 120 в 1 мин;
- г) урежение ЧСС ниже 50 в 1 мин;
- д) все перечисленные.

292. Больным острым инфарктом миокарда при синдроме малого выброса показаны:

- 1) инфузионная терапия
- 2) дофамин
- 3) кортикостероидные гормоны
- 4) нитроглицерин
- 5) сердечные гликозиды

Варианты ответа:

- а) 1,2; б) 1,3; в) 1,4; г) 2,4; д) 1,5

293. Тромболитическая терапия показана:

- а) в первые 6 ч мелкоочагового инфаркта миокарда;
- б) в первые 6 ч крупноочагового инфаркта миокарда;
- в) в первые сутки любого инфаркта миокарда;
- г) при нестабильной стенокардии;
- д) во всех перечисленных случаях.

294. Крупноочаговый инфаркт миокарда чаще развивается вследствие:

- а) стенозирующего атеросклероза коронарных артерий;
- б) спазма коронарных артерий;
- в) длительного и значительного увеличения потребности миокарда в кислороде;
- г) тромбоза коронарных артерий;
- д) вероятность причин примерно одинакова

295. При ангинозном статусе у больных ОИМ в первую очередь показаны:

- 1) нитроглицерин
- 2) наркотические анальгетики
- 3) лидокаин
- 4) нифедипин
- 5) гепарин

Варианты ответа:

- а) 1, 2 б) 2, 3 в) 2,4; г) 2,5; д) 1,3;

297. При инфаркте миокарда морфин противопоказан при:

- 1) артериальной гипертензии
- 2) застое в легких
- 3) нарушении А-В проводимости
- 4) нарушении внутрижелудочковой проводимости

Варианты ответа:

А) 1, 2 б) 2,3; в) 1,3 г) 1,4; д) во всех указанных случаях

298. О реперфузии свидетельствуют:

- а) прекращение ангинозной боли
- б) уменьшение элевации сегмента ST
- в) аритмии
- г) повышение активности ферментов
- д) все указанные признаки

299. Для тромболитической терапии при ОИМ следует применять:

- а) ацетилсалициловую кислоту внутрь и гепарин внутривенно струйно;
- б) стрептодеказу внутривенно струйно;
- в) гепарина и стрептодеказу внутривенно капельно;
- г) стрептокиназу внутривенно струйно;
- д) стрептокиназу внутривенно капельно.

300. Для тромболитической терапии стрептокиназу следует вводить после назначения:

- 1) гепарина;
- 2) ацетилсалициловой кислоты;
- 3) лидокаина
- 4) глюкокортикоидных гормонов

Варианты ответа:

а) 1,3; б) 2,3; в) 3,4; г) 2,4; д) 1,2

301. О некрозе миокарда на ЭКГ могут свидетельствовать:

- а) зубец $Q > 0,04$ с
- б) зубец $Q > 50\%$ зубца R
- в) снижение амплитуды зубца R
- г) появление (увеличение) зубца S
- д) все указанные признаки

302. В острой стадии крупноочагового инфаркта миокарда на ЭКГ обязательно наблюдается:

- 1) патологический зубец Q;
- 2) уменьшение (по сравнению с исходной) амплитуды зубца R;
- 3) подъем сегмента ST;
- 4) отрицательный зубец T;

Варианты ответа:

а) 3,4; б) 1,2,3; в) 1,2,4; г) 2,3,4; д) все признаки

303. При рубцовой стадии инфаркта миокарда на ЭКГ:

- 1) сегмент ST выше изоэлектрической линии;

- 2) сегмент ST на изоэлектрической линии;
- 3) зубец Т отрицательный;
- 4) зубец Т положительный;
- 5) зубец Т положительный, изоэлектрический или отрицательный.

Варианты ответа:

- а) 1,3; б) 1,4; в) 2,3; г) 2,4; д) 2,5

304. Инфаркт миокарда правого желудочка чаще встречается:

- а) при локализации некроза на нижней стенке;
- б) при локализации некроза на боковой стенке;
- в) при локализации некроза на передней стенке;
- г) при поражении задне-базальных отделов;
- д) изолированно.

305. Для инфаркта миокарда правого желудочка характерны:

- 1) снижение АД 3) одышка
- 2) набухание шейных вен 4) влажные хрипы в легких

Варианты ответа:

- а) 1,2; б) 1,2,3; в) 3,4; г) 1,3,4; д) все признаки

306. Для субэндокардиального инфаркта миокарда характерны:

- а) обширное поражение миокарда;
- б) рецидивирующее течение;
- в) высокая частота осложнений;
- г) неблагоприятный отдаленный прогноз;
- д) все указанные особенности.

307. Для аневризмы сердца характерны:

- а) патологическая прекардиальная пульсация;
- б) желудочковые аритмии;
- в) ЭКГ признаки острой стадии инфаркта миокарда;
- г) застойная сердечная недостаточность;
- д) все указанные признаки.

308. Для острой сердечной недостаточности (Killip-2) характерны:

- а) систолическое давление ниже 90 мм рт. ст.;
- б) влажные хрипы в легких;
- в) нарушение периферического кровообращения;
- г) олигурия;
- д) все признаки.

309. Для острой сердечной недостаточности (Killip -4) характерны:

- а) систолическое давление ниже 90 мм рт.ст.;
- б) влажные хрипы в легких;
- в) нарушение периферического кровообращения;
- г) олигурия;
- д) все признаки.

310. В момент разрыва миокарда, тампонады сердца на ЭКГ обычно отмечается:

- а) асистолия

- б) фибрилляция желудочков
- в) выраженная тахикардия
- г) выраженная брадикардия
- д) ритм сердца значительно не изменяется

311. При нижнем инфаркте миокарде АВ блокада:

- 1) возникает постепенно;
- 2) прогностически относительно благоприятна;
- 3) комплекс QRS обычно широкий;
- 4) замещающий ритм относительно стабилен;
- 5) ЭКС не всегда обязательна.

Вариант ответа:

- а) 1,2,3; б) 1,2,4,5; в) 1,2,3,4; г) 1,3,5; д) 2,3,4

312. При переднем инфаркте миокарда предсердно-желудочная блокада:

- 1) возникает внезапно;
- 2) прогностически относительно благоприятна;
- 3) комплекс QRS обычно широкий;
- 4) замещающий ритм стабилен;
- 5) ЭХКС обязательна.

Вариант ответа:

- а) 1,2,4; б) 1,3,4; в) 1,3,5; г) 2,3,4; д) 1,2,3,4

313. При инфаркте миокарда лидокаин для профилактики фибрилляции желудочков показан:

- 1) всем больным в первые трое суток заболевания;
- 2) всем в первые 6 ч заболевания;
- 3) при желудочковых экстрасистолах 3-5 градаций;
- 4) после фибрилляции желудочков;
- 5) при тяжелой сердечной недостаточности.

Варианты ответа:

- а) 1,3,4; б) 1,3,4,5; в) 3,4; г) 2,3,4,5; д) 3,4,5

332. При гипертензивном кризе 1-го типа препаратом выбора является:

- а) пропранолол (обзидан)
- б) нифедипин (коринфар)
- в) пентамин
- г) лазикс
- д) клонидин (клофелин)

333. При кризе II типа препаратом выбора является:

- а) пропранолол (обзидан)
- б) нифедипин (коринфар)
- в) пентамин
- г) нитроглицерин
- д) клонидин

334. Из перечисленных, препаратом выбора при гипертоническом кризе осложненном отеком легких является:

- а) нитроглицерин —
- б) нифедипин (коринфар)
- в) пропранолол (обзидан)
- г) клонидин
- д) пентамин

335. При эклампсии возможно назначение:

- 1) диазепама
- 4) лазикса

- 5) каптоприла

3)апрессина

Варианты ответа:

А) 1,2,3; б) 2,3,4; в) 2,3,5; г) 2,4,5; д) всех указанных препаратов

336. Нитропруссид натрия наиболее показан при гипертензивном кризе:

- д) у больных с аортальным стенозом.

337. Гипертензивный криз при феохромоцитоме начинают лечить с назначения:

- д) ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента.

338. Для экстренного снижения АД при остром инфаркте миокарда препаратом выбора является:

- в) диазоксид

339. При ишемическом инсульте для снижения АД показан:

- в) диазоксид

340. При эклампсии для экстренного снижения АД показан:

- д) натрия нитропруссид

341. При эклампсии с тяжёлым судорожным синдромом первую очередь применяют:

- 3) лазикс

Варианты ответа:

а) 1,3,5; б) 2,3,5; в) 3,4,5; г) 4,5; д) 1,3

342. У больного 50 лет внезапно появилась пульсирующая головная боль, диплопия, рвота.

Около 10 лет повышается АД, бывают боли в сердце. Лечился клофелином и тренталом. Лечение прекратил 2 дня назад, т.к. состояние и АД стабилизировались (150/90 мм рт.ст.) В первую очередь показано внутривенное введение:

- в) пропанолаола (обзидана)

343. Непосредственная угроза для жизни возникает при:

- 1) гипертензивных кризах 1-го типа
- 2) гипертензивных кризах 2-го типа
- 3) судорожной форме гипертензивного криза
- 4) острым повышении АД на фоне острого инфаркта миокарда, геморрагического инсульта, отёка лёгких, расслаивающей аневризмы аорты, внутреннего кровотечения.

Варианты ответа:

- а) 1,2,3; б) 3,4; в) во всех случаях г) 2,3,4; д) 4

344. Для тампонады сердца при экссудативном перикардите характерно:

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| 1) влажные хрипы в лёгких | 4) периферические отёки |
| 2) артериальная гипотензия | 5) парадоксальный пульс |
| 3) набухшие шейные вены | |

Варианты ответа:

- а) 1,4; б) 1,2,3; в) 2,3,5; г) 3,4,5; д) все указанные признаки

345. При сухом перикардите отмечают:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| 1) конкордантный подъём сегмента ST | 4) шум трения перикарда |
| 2) колющие боли в области сердца | 5) застой в лёгких |
| 3) увеличение размеров сердца | |

Варианты ответа:

- а) 1,2,4; б) 2,3,4; в) 1,3,5; г) 2,4,5; д) все перечисленные признаки

346. Для стеноза устья аорты характерны:

- | | |
|--------------------------|-------------------------------|
| а) боли в области сердца | г) сердечная недостаточность |
| б) систолический шум | д) все перечисленные признаки |
| в) обмороки | |

347. Для недостаточности аортальных клапанов характерны:

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| а) боли в области сердца | г) сердечная недостаточность |
| б) систолический шум | д) все перечисленные признаки |
| в) увеличение пульсового давления | |

348. Для митрального стеноза характерны:

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1) одышка | 4) диастолический шум |
| 2) застой в лёгких | 5) мерцание предсердий |
| 3) усиление 1-го тона сердца | |

Варианты ответа:

- а) 1,2,3 б) 2,3,4; в) 3,4,5; г) 1,3,4; д) все перечисленные признаки

349. Для острого миокардита характерны:

- а) боль
- б) нарушение сердечного ритма и проводимости
- в) 3-ий тон сердца
- г) сердечная недостаточность
- д) все перечисленные признаки

350. Для тампонады сердца при экссудативном перикардите характерны:

- | | |
|----------------------------------|-------------------------|
| 1) парадоксальный пульс | 4) отёчность лица |
| 2) набухание шейных вен на вдохе | 5) периферические отёки |
| 3) застой в лёгких | |

Варианты ответа:

а) 1,2,3; б) 1.2.4; в) 3.4,5; г) 2,3,4; д) все перечисленные признаки

351. Больная 35 лет. Жалобы на одышку, длительные тупые и кратковременные острые боли в области сердца. В прошлом частые простудные заболевания. Ухудшение состояния связывает с большой физической нагрузкой на работе. Выслушивается систолический шум и систолический щелчок. Другие объективные данные, включая ЭКГ, в пределах нормы. Предположительный диагноз:

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| а) впервые возникшая стенокардия | г) митральный стеноз |
| б) миокардит | д) пролапс митрального клапана |
| в) эндокардит | |

352. Какие из перечисленных признаков характерны для тяжёлого миокардита:

- 1) глухость сердечных тонов
- 2) синусовая тахикардия
- 3) протодиастолический ритм галопа
- 4) расширение перкуторных границ сердца
- 5) развитие внутрижелудочковых блокад на ЭКГ

Варианты ответа:

а) 1.2; б) 1,3; в) 2,3,4; г) 1.2,3,5; д) все

353. Какой из перечисленных препаратов противопоказан при тяжёлом аортальном стенозе:

- | | |
|---------------|------------------|
| а) дигоксин | г) лидокаин |
| б) верошпирон | д) нитроглицерин |
| в) панангин | |

354. Усиленная пульсация сонных артерий характерна для:

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| а) митральной недостаточности | г) аортального стеноза |
| б) митрального стеноза | д) трикуспидальной недостаточности |
| в) аортальной недостаточности | |

355. Выраженная асимметрия АД на руках характерна для:

- а) дефекта межжелудочковой перегородки
- б) аортальной недостаточности
- в) митральной недостаточности
- г) трикуспидальной недостаточности
- д) неспецифического аортоартериита

356. При хроническом легочном сердце наблюдается:

- | | |
|------------------------------|-------------------------|
| 1) разлитой цианоз | 4) периферические отёки |
| 2) одышка с застоем в лёгких | 5) увеличение печени |
| 3) холодные кисти и стопы | |

Варианты ответа:

а) 1,2; б) 2,3; в) 2,4; г) 4,5; д) 1,5

357. При митральном стенозе наблюдается:

- | | |
|------------------------------|-------------------------|
| 1) разлитой цианоз | 4) периферические отёки |
| 2) одышка с застоем в лёгких | 5) увеличение печени |
| 3) холодные кисти и стопы | |

Варианты ответа:

а) 1,2; б) 2,3; в) 2,4; г) 3,5; д) 1,5

358. При экссудативном перикардите наблюдается:

- 1) асцит
- 2) одышка с застоем в лёгких
- 3) отёчность лица и верхней половины туловища
- 4) периферические отёки
- 5) уменьшение наполнения пульса на вдохе

Варианты ответа:

- а) 1,2,3; б) 2,3,5; в) 2,3,4; г) 1,3,5; д) 3,4,5

359. Вероятность возникновения инфекционного эндокардита повышается при:

- 1) пороке сердца
- 2) бактериемии
- 3) наличии искусственных клапанов
- 4) проведении инвазионных исследований
- 5) наркомании

Варианты ответа:

- а) 1,2,3; б) 2,3; в) 1,2,3,5; г) 1,2,3,4; д) во всех случаях

360. К диагностическим признакам инфекционного эндокардита следует относить:

- а) лихорадку
- б) артралгию
- в) петехии на коже и слизистых
- г) появление или изменение шумов в сердце
- д) все перечисленные признаки

361. Неотложные состояния при инфекционном эндокардите чаще связаны с:

- 1) левожелудочковой недостаточностью
- 2) правожелудочковой недостаточностью
- 3) аритмиями
- 4) эмболиями
- 5) бактериально-токсическим шоком

Варианты ответа:

- а) 1,5; б) 2,4; в) 3,4; г) 4,5; д) 2,3

262. Неотложные состояния при миокардите чаще связаны с:

- | | |
|---------------------------------------|--------------|
| 1) левожелудочковой недостаточностью | 3) аритмиями |
| 2) правожелудочковой недостаточностью | 4) эмболиями |
| 5) блокадами | |

Варианты ответа:

- а) 1,3,5; б) 2, 3,4; в) 3,4,5; г) 2,4,5; д) 4,5

363. Неотложные состояния при экссудативном перикардите чаще связаны с:

- | | |
|---------------------------------------|--------------|
| а) левожелудочковой недостаточностью | в) аритмиями |
| б) правожелудочковой недостаточностью | г) эмболиями |
| д) блокадами | |

364. Для дебюта расслаивающей аневризмы аорты характерны:

- 1) постепенно нарастающая боль
- 2) асимметрия пульса

- 3) артериальная гипертензия
- 4) резкая бледность кожи и слизистых
- 5) систолический шум над аортой

Варианты ответа:

- а) 1,2,3; б) 1,2,5; в) 2,3,5; г) 2,4,5; д) все признаки

365. У больной 50 лет впервые возникли очень сильные боли в груди, которые длятся около суток, временами ослабевают. Страдает гипертонической болезнью около 15 лет. Периодически бывают боли в сердце. Состояние удовлетворительное. АД 200/100 мм рс. ст. Пульс 100 в 1 мин, ритмичный. Акцент 2 тона над аортой. Границы сердца и сосудистого пучка значительно расширены. На ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка. Предварительный диагноз?

- а) спонтанная стенокардия
- б) инфаркт миокарда
- в) ТЭЛА
- г) расслаивающая аневризма аорты
- д) спонтанный пневмоторакс

366. ЭКГ – признаки острого легочного сердца являются:

- а) зубец S в отведении I
- б) зубец Q в отведении III
- в) сдвиг переходной зоны к левым грудным отведениям
- г) высокие заостренные зубцы R в отведениях III, aVF
- д) все указанные признаки

367. Факторами риска тромбоэмболии легочной артерии являются:

- а) длительный постельный режим
- б) тромбоз глубоких вен подвздошно-бедренного сегмента
- в) злокачественные новообразования
- г) сердечная недостаточность
- д) всё перечисленное

368. Для тромбоэмболии легочной артерии характерны:

- а) артериальная гипотензия
- б) одышка
- в) повышение ЦВД
- г) тахикардия
- д) всё перечисленное

369. Ранними признаками тромбоэмболии легочной артерии являются:

- 1) одышка
- 2) кровохарканье
- 3) болевой синдром
- 4) артериальная гипотензия

Варианты ответа:

- А) 1,3; б) 1,2,3; в) 1,3,4; г) 1,2; д) все

370. Наиболее эффективным методом лечения массивной ТЭЛА следует считать применение:

- а) антикоагулянтов
- б) ИВЛ
- в) тромболитических средств
- г) кортикостероидных гормонов
- д) вазопрессорных средств

371. При дифференциальной диагностике нижнего инфаркта миокарда с ТЭЛА, в пользу ТЭЛА на ЭКГ свидетельствует:

- 1) синусовая тахикардия
- 2) зубец Q и подъём сегмента ST во II-ом отведении
- 3) отклонение электрической оси сердца вправо

- 4) АВ-блокада
- 5) блокада правой ножки пучка Гиса

Варианты ответа:

- а) 1,2,5; б) 1,2,3; в) 1,3,4; г) 2,3,4; д) 1,3,5

372. Наиболее часто ТЭЛА возникает при:

- 1) хронической сердечной недостаточности
- 2) аортальном стенозе
- 3) митральном стенозе
- 4) тромбозе глубоких вен
- 5) хирургическом вмешательстве на органах малого таза

Варианты ответа:

- а) 4,5; б) 1,3; в) 2,3; г) 1,2; д) 2,5

373. Для ТЭЛА характерен:

- 1) застой крови в малом круге
- 2) повышение конечно-диастолического давления в левом желудочке
- 3) повышение центрального венозного давления
- 4) повышение давления в легочной артерии
- 5) снижение сердечного выброса

Варианты ответа:

- а) 1,3,4; б) 2,3,4; в) 3,4,5; г) 1,3,5; д) все

374. Больная 68 лет. Жалобы на удушье и слабость. В анамнезе – гипертоническая болезнь, стенокардия, инфаркт миокарда, тромбофлебит НК II ст. Состояние средней тяжести. АД 90/60 мм рт. ст. ЧСС – 110 в 1 мин; ЧДД 32 в 1 мин, единичные влажные хрипы. Отеки и трофические изменения кожи голени. Зарегистрировать ЭКГ возможности нет. Причина внезапного ухудшения состояния:

- а) повторный инфаркт миокарда
- б) сердечная астма
- в) ТЭЛА
- г) нестабильная стенокардия
- д) пароксизмальная тахикардия

375. На ЭКГ у больной 60 лет: синусовая тахикардия 112 в 1 мин, угол $\alpha + 110$, переходная зона между отведениями V5 и V6, патологический зубец Q в отведении III, подъем сегмента ST на 2 мм и отрицательный зубец T в отведениях III, V1, V2. Изменения на ЭКГ связаны с:

- а) острым передним инфарктом миокарда
- б) острым нижне-перегородочным инфарктом миокарда
- в) пароксизмальной тахикардией и рубцовыми изменениями на нижней стенке
- г) острым легочным сердцем
- д) рубцовыми изменениями на нижней стенке и гипертрофией правого желудочка

376. Кардиогенные (аритмические) обмороки:

- а) возникают в вертикальном положении
- б) провоцируются кашлем, натуживанием, мочеиспусканием
- в) сопровождаются выраженными вегетативными реакциями
- г) все ответы правильные
- д) правильного ответа нет

377. Ортостатические обмороки:

- а) развиваются после предобморочного состояния (слабости, головокружения, тошноты и пр.)

- б) протекают относительно продолжительное время
- в) сопровождаются выраженными вегетативными реакциями
- г) все ответы правильные
- д) правильного ответа нет

378. Обмороки при физической нагрузке чаще всего связаны с:

- а) митральным стенозом
- б) аортальным стенозом
- в) коронарной недостаточностью
- г) сердечной недостаточностью
- д) аритмией

379. После оказания неотложной помощи противопоказанием к госпитализации являются:

- 1) отёк лёгких
- 2) кардиогенный шок
- 3) наджелудочковые аритмии
- 4) желудочковые аритмии
- 5) артериальная гипертензия

Варианты ответа:

- а) 1,2; б) 3,4; в) 4,5; г) все д) ни одно из перечисленных состояний

380. Больному с диабетической кетонемической комой на догоспитальном этапе необходимы следующие мероприятия:

- 1) регидратация 0,85% раствором хлорида натрия
- 2) регидратация 5% раствором глюкозы
- 3) внутривенное введение раствора гидрокарбоната натрия
- 4) внутривенное и внутримышечное введение инсулина короткого действия
- 5) госпитализация в реанимационное отделение

Варианты ответа:

- а) 2,3; б) 2,3,4; в) 3,5; г) 1,5; д) 1,4,5

381. Состояние гипогликемии может быть обусловлено:

- 1) инсулинотерапией
- 2) приёмом таблетированных сахароснижающих препаратов сульфонил мочевины
- 3) приёмом препаратов бигуанидов
- 4) наличием у больного инсулиномы
- 5) приёмом этанола

Варианты ответа:

- а) 1,3,5; б) 2,3; в) 2,3,4,5; г) 3,4; д) 1,2,5

382. При тяжёлом диабетическом кетоацидозе наблюдается:

- 1) возбуждение больного
- 2) судорожный синдром
- 3) заторможенность или утрата сознания
- 4) потливость
- 5) сухость покровов слизистых оболочек

Варианты ответа:

- а) 3,5; б) 2,4; в) 2,3,4; г) 1,3,5; д) 3,4,5

383. При гипогликемии у больного наблюдается:

- 1) острые расстройства сознания
- 2) судорожный синдром
- 3) снижение мышечного тонуса
- 4) дыхание Куссмауля
- 5) потливость

Варианты ответа:

а) 1,2,5; б) 4; в) 2,3; г) 3,4; д) 2,3

384. Диагностическими признаками диабетической кетонемической комы являются:

- 1) отсутствие сознания
- 2) дегидратация
- 3) запах ацетона в выдыхаемом воздухе
- 4) гипергликемия
- 5) кетон- и глюкозурия

Варианты ответа:

а) 1,2; б) 1,2,3; в) 1,2,4; г) 1,4; д) все перечисленные

385. Развитие тяжелого кетоацидоза при сахарном диабете обычно обусловлено:

- 1) неконтролируемой декомпенсацией сахарного диабета
- 2) наличием нераспознанного сахарного диабета
- 3) лихорадочными заболеваниями
- 4) оперативными вмешательствами
- 5) 1 типом сахарного диабета

Варианты ответа:

а) 1,3; б) 2; в) 3,5; г) 4,5; д) все перечисленные

386. Центральными проявлениями тяжёлого диабетического кетоацидоза являются:

- 1) судороги
- 2) возбуждение
- 3) отсутствие сознания
- 4) спутанное сознание
- 5) неукротимые тошнота и рвота

Варианты ответа:

а) все перечисленные; б) 3,4; в) 1,2,4; г) 4,5; д) 3,4,5

387. Развитие диабетической гиперосмолярной комы может быть обусловлено:

- 1) неконтролируемой декомпенсацией сахарного диабета 2 типа
- 2) стрессовыми воздействиями
- 3) неконтролируемым приёмом глюкокортикоидов
- 4) избыточным введением глюкозы
- 5) декомпенсацией сахарного диабета 1 типа

Варианты ответа:

а) 2,3; б) 3,4; в) 1,2,3,4; г) 3,5; д) 2,4

388. Для диабетической гиперосмолярной комы характерны следующие неврологические расстройства:

- 1) судороги
- 2) возбуждение, эпилептиформные припадки, нистагм
- 3) отсутствие сознания
- 4) спутанное сознание
- 5) отсутствие перечисленных в п. 2 расстройств

Варианты ответа: а) 1,2,3,4; б) 3,4,5; в) 3,4; г) 4; д) 3

389. Гиперосмолярная диабетическая кома развивается:

- 1) у больных 1-ым типом сахарного диабета
- 2) у больных 2-ым типом сахарного диабета

- 3) характерно наличие кетоацидоза и кетонурии
- 4) характерна выраженная дегидратация
- 5) характерна выраженная гипергликемия (>500 мг%)

Варианты ответа:

- а) 1,3; б) 3,4,5; в) 2,3,4,5; г) 2,4,5; д) 1

390. Неотложная терапия диабетической кетонемической комы на догоспитальном этапе включает:

- 1) регидратацию изотоническим раствором натрия хлорида
- 2) внутривенное и внутримышечное введение инсулина короткой продолжительности действия
- 3) введение инсулина продолжительного действия
- 4) симптоматическую терапию
- 5) госпитализацию

Варианты ответа:

- а) 1,2,4,5; б) 1,3,4; в) 2,4; г) 4,5; д) 3,5

391. У больных сахарным диабетом на фоне инсулинотерапии или приёма сульфонамидов развитие гипогликемических состояний может быть обусловлено:

- 1) нарушениями режима питания, передозировкой сахаропонижающих препаратов
- 2) приёмом алкоголя
- 3) приёмом β -адреноблокаторов
- 4) приёмом аспирина
- 5) прогрессирующей почечной недостаточностью

Варианты ответов:

- а) 1,2; б) 1,3,4; в) 1,5; г) все перечисленные д) 1,4

392. Для купирования состояния гипогликемии у больного с нарушением сознания предпочтительно:

- 1) внутривенное введение 40-50 мл 40% раствора глюкозы
- 2) внутривенное или внутримышечное введение 1 мг глюкагона
- 3) подкожное введение 1 мг адреналина
- 4) накормить больного углеводистыми продуктами
- 5) внутривенное введение 5% раствора глюкозы

Варианты ответа:

- а) 1; б) 2,5; в) 3; г) 2,3; д) 1,4

393. При пароксизме тахифибрилляции предсердий у больного тиреотоксикозом следует:

- 1) купировать пароксизм с помощью медикаментозной или электрической дефибрилляции
- 2) уменьшить частоту желудочковых ответов приёмом пропранола
- 3) госпитализировать больного
- 4) ввести дигоксин
- 5) ввести верапамил

Варианты ответа:

- а) 1; б) 2; в) 2,3; г) 4,5; д) 1,3

394. Для тиреотоксической дистрофии миокарда характерны следующие нарушения ритма:

- 1) пароксизмальные наджелудочковые тахикардии
- 2) желудочковые тахикардии
- 3) предсердная экстрасистолия
- 4) пароксизмы тахифибрилляции предсердий

5) постоянная тахифибрилляция предсердий

Варианты ответа:

а) 1; б) 2; в) 3; г) 4,5,6; д) 1,3

395. Неотложная терапия диабетической гиперосмолярной комы на догоспитальном этапе включает:

- 1) регидратацию внутривенным введением гипотонического раствора (0,40-0,45%) NaCl
- 2) внутривенное или внутримышечное введение инсулина короткой продолжительности действия
- 3) введение инсулина продолжительного действия
- 4) внутривенное введение 5% раствора глюкозы
- 5) госпитализацию больного

Варианты ответа:

а) 1,2,5; б) 3,4,5; в) 2,4,5; г) 2,5; д) 1,3

396. Вызов врача скорой помощи на улицу. Обнаружен молодой мужчина, лежащий на тротуаре.

Сознание отсутствует. Дыхание 20 в 1 мин, пульс 100 в 1 мин. удовлетворительного наполнения. Покровы лица нормальной окраски, влажные. Эпизодические судорожные подёргивания конечностей. Пассивные движения конечностями затруднены. Челюсти сомкнуты. Следов рвоты, мочеотделения нет. На коже боковых поверхностей живота следы старых и свежих инъекций. Со слов очевидцев, потере сознания предшествовали неадекватность поведения, судороги.

- а) эпилептический припадок
- б) инсульт
- в) диабетическая кома
- г) обморок аритмического происхождения
- д) гипогликемия

397. Вызов врача скорой помощи на дом. Больная 72 лет.

Со слов соседей – не выходит из комнаты 2-е суток. Без сознания, лежит в постели. Следов рвоты нет. Кожные покровы лица, туловища, конечностей утолщены (плотные отёки) бледно-желтушной окраски, холодные на ощупь. Дыхание 8-10 в 1 мин, пульс 40 в 1 мин, плохо прощупывается. АД 70/40 мм рт. ст. Тоны сердца едва выслушиваются. Определяются гидроторакс, возможно гидроперикард, асцит. Температура тела 35,6° С. Анамнез не известен.

Выберете наиболее верный диагноз:

- а) хроническая застойная сердечная недостаточность
- б) хроническая почечная недостаточность
- в) гипотиреоидная кома
- г) отравление снотворными
- д) инсульт

398. Вызов врача скорой помощи на дом к больной 30 лет.

Заметно возбуждена, Жалобы на головную боль, потливость, сердцебиение. В течение последних 3 мес. Внезапные подъёмы АД до уровня 220/120 мм рт. ст. с указанными явлениями без рвоты. Между кризами АД в пределах 160/90-100 мм рт. ст. В течение 3 недель – кризы до 2-3 раз в неделю. Продолжительность криза до 1 часа. Применение гипотензивных средств (β-дреноблокаторы, кальциевые антагонисты, гипотиазид) неэффективно.

Кожа бледная, влажная. Пульс 120 в 1 мин, ритмичный. АД 220/120 мм рт. ст. Сахар крови 11 ммоль/л. После внутривенного введения 20 мг реджитина (тропафена): АД 165/75 мм рт. ст. Пульс 85 в 1 мин. Самочувствие стабилизировано. *Выберете наиболее вероятный диагноз:*

- а) гипертонический криз
- б) криз при диэнцефальном синдроме
- в) феохромоцитомы, криз
- г) отравление неизвестным ядом
- д) состояние гипогликемии

399. Кризу при феохромоцитоме специфичны:

- 1) триада: тахикардия, потливость, головная боль
- 2) высокая артериальная гипертензия
- 3) возбуждение
- 4) диффузные боль в животе
- 5) циркуляторный шок

Варианты ответа:

- а) все перечисленные б) 2,3; в) 3,5; г) 4,5; д) 1,2

400. Для купирования криза при феохромоцитоме наиболее рационально внутривенное введение:

- 1) клофелина
- 2) наркотического анальгетика
- 3) реджитина (фентоламина)
- 4) лабеталоло (альбетоло, трандата)
- 5) нитропруссид натрия

Варианты ответа:

- а) 1; б) 1,2; в) один из 3,4,5; г) 2,4; д) 2,5

401. Вызов врача скорой помощи к больной 47 лет.

В течение 4-5 дней у больной нарастающая слабость, тошнота, рвота, жидкий стул – 2-3 раза в день, тупые боли в животе, быстрая потеря в весе. Нарушение сознания в течение 2-3 часов. 12 лет тому назад – левосторонняя нефрэктомия по поводу туберкулёза почки. Слабость, плохой аппетит, потеря в весе в течение последних 6 мес. Лечилась амбулаторно по поводу «хронического панкреатита, хронического энтероколита» (сведения получены со слов родственников). Состояние тяжёлое, сознание спутано, периодически возбуждена. Питание резко снижено. Кожа сухая, Дыхание 24 в 2 мин. Пульс нитевидный, частый. АД 75/40 мм рт. ст. Диффузная серо-коричневая пигментация покровов, сгущение пигментации в местах трения одеждой, в области околососковых ореол, послеоперационного рубца. Сомнительные признаки менингизма. Грубой патологии внутренних органов не определяется. ЭКГ – косвенные признаки гиперкалиемии.

Выберите наиболее вероятный диагноз:

- а) диссеминированный туберкулёз
- б) хронический панкреатит – обострение
- в) хронический энтероколит – обострение
- г) хроническая недостаточность коры надпочечников туберкулёзной природы (болезнь Аддисона), криз надпочечниковой недостаточности
- д) сепсис

402. Развитие криза острой недостаточности коры надпочечников наиболее вероятно у больных:

- 1) хронической недостаточностью коры надпочечников
- 2) длительно леченных препаратами глюкокортикоидов после их отмены при острых стрессовых воздействиях

- 3) у больных после двусторонней адреналэктомии
- 4) при острых инфекциях (менингококковой, дифтерии, гриппе)
- 5) при гипогликемии

Варианты ответа:

- а) 1,2; б) 2,3; в) 4; г) 1,2,3,4; д) 2,5

403. Неотложная помощь больному на догоспитальном этапе при кризе острой надпочечниковой недостаточности включает:

- 1) струйное внутривенное введение 300 мг гидрокортизона-гемисукцината (менее предпочтительно 60 мг преднизолона).
- 2) затем медленное капельное введение в вену 150 мг гидрокортизона-гемисукцината
- 3) регидратацию внутривенным введением смеси 250 мл 5% раствора глюкозы и 250 мл изотонического раствора натрия хлорида
- 4) внутримышечное введение 5-10 мг (1-2 мл 0,5% масляного раствора) ДОКСА
- 5) внутривенное введение раствора норадреналина по показаниям.

Варианты ответа:

- а) все перечисленные; б) 2,4; в) 4; г) 2; д) 1

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ

404. Какие клинические симптомы наиболее характерны для абсцедирования аппендикулярного инфильтрата?

- а) усиление болей в животе, повышение температуры и нарастание интоксикации, положительные симптомы раздражения брюшины
- б) увеличение инфильтрата, снижение температуры, многократная рвота, усиление локальной болезненности
- в) повышение температуры, снижение болей в животе, рвота, отсутствие симптомов раздражения брюшины
- г) сохранение размеров инфильтрата, субфебрильная температура, анемия, диарея
- д) локальная болезненность в животе, субфебрильная температура, уменьшение инфильтрата, отсутствие симптомов раздражения брюшины.

405. У больного 23 лет – 6 часов назад появились умеренные боли в верхних отделах живота, которые через несколько часов сместились в правую подвздошную область, температура субфебрильная, при пальпации определяется локальная болезненность, напряжение мышц и кожная гиперестезия в правой подвздошной области. О каком заболевании следует думать?

- а) острый панкреатит
- б) перфоративная язва
- в) острый аппендицит
- г) правосторонняя почечная колика
- д) острый холецистит

406. Острый аппендицит чаще всего встречается:

- а) у беременных
- б) в возрасте 20-50 лет
- в) у стариков
- г) у детей и подростков
- д) у полных женщин 20-40 лет

407. Боли при аппендиците наиболее часто возникают:

- а) в области пупка и перемещаются в подвздошную область
- б) в правой подвздошной области
- в) в правой подвздошной области с иррадиацией в пах, правое плечо
- г) в правом подреберье и перемещаются в правую подвздошную область

д) в правой подвздошной области, иррадиируют в поясницу

408. При остром аппендиците боли иррадиируют:

- а) в правое подреберье и правую лопатку
- б) в поясничную область
- в) в правую подключичную область
- г) иррадиации нет
- д) в правое бедро

409. Для острого аппендицита характерны симптомы:

- а) Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Щёткина-Блюмберга.
- б) Ровзинга, Воскресенского, Мерфи
- в) Керте, Ситковского, Мерфи, Ровзинга
- г) Ситковского, Воскресенского, Керте, Щёткина-Блюмберга
- д) Курвуазье, Бартомье-Михельсона, Мюсси-Георгиевского, Ровзинга

410. К осложнениям острого аппендицита относятся:

- а) гангренозный аппендицит
- б) каловый свищ
- в) аппендикулярный инфильтрат
- г) кишечная непроходимость
- д) эмпиема червеобразного отростка

411. Для аппендикулярного инфильтрата характерно:

- а) возникновение периодически нарастающих болей в правой подвздошной области
- б) плотное, безболезненное подвижное образование
- в) появление резких схваткообразных болей
- г) мягкое, с чёткими контурами, безболезненное образование
- д) плотное, малоболезненное, малоподвижное опухолевидное образование

412. Тактика врача скорой помощи при диагностике острого аппендицита:

- а) холод на живот, обезболивающие, наблюдение
- б) срочная госпитализация
- в) введение спазмолитиков, холод на живот
- г) госпитализация после введения спазмолитиков и обезболивающих
- д) госпитализация при нарастании признаков перитонита

413. Тактика врача скорой помощи при аппендикулярном инфильтрате:

- а) госпитализация при ухудшении состояния
- б) госпитализация по согласованию с больным
- в) холод на живот, введение антибиотиков, наблюдение
- г) госпитализация в срочном порядке
- д) инфузионная антибактериальная терапия, при неэффективности – госпитализация

414. Что предпринять при наличии рубца в правой подвздошной области и положительных симптомах острого аппендицита?

- а) срочная госпитализация
- б) госпитализация после введения обезболивающих и наблюдения
- в) госпитализация не обязательна
- г) госпитализация не требуется, если в анамнезе выполнена аппендэктомия
- д) вызов хирурга из поликлиники

415. Положение больного при остром аппендиците:

- а) проявляется симптомом «Ваньки-встаньки»

- б) спокойно лежит на спине или на правом боку, подтянув правое бедро к животу
- в) усиление болей при повороте на правый бок
- г) любое положение не приносит усиления болей
- д) вынужденное сидячее положение

416. Особенности клиники острого аппендицита при ретроцекальном расположении червеобразного отростка проявляются:

- а) высокой температурой, ознобом, гипотензией, болями в поясничной области
- б) типичными симптомами для острого аппендицита
- в) иррадиацией болей в поясничную область, интоксикацией, симптомом Бартомье-Михельсона
- г) иррадиацией болей в правую подвздошную область при отсутствии типичных симптомов, симптомом Образцова, возможен симптом Щёткина-Блюмберга в поясничной области, дизурия
- д) болями в правой подвздошной области с иррадиацией в область поясницы, дизурией, симптомом Ровзинга.

417. При остром аппендиците во 2-й половине беременности характерны следующие симптомы:

- а) Ситковского
- б) Бартомье-Михельсона
- в) Образцова
- г) Брендо
- д) Склярова

418. О чём говорит поздняя рвота при остром аппендиците?

- а) об интоксикации
- б) о спастической кишечной непроходимости
- в) о пилефлебите
- г) об аппендикулярном инфильтрате
- д) о дискинезии кишечника

419. Возникновение забрюшинной флегмоны возможно при расположении червеобразного отростка:

- а) в малом тазу
- б) в подпечёночном пространстве
- в) в правом боковом канале
- г) при типичном расположении отростка
- д) ретроперитонеально

420. Для пилефлебита характерны:

- а) повышенная температура, озноб, сохранение болей после операции
- б) гнойная интоксикация, высокая лихорадка, желтуха, развитие полиорганной недостаточности
- в) перитонеальная симптоматика, субфебрильная температура, дизурия
- г) симптом Курвуазье, желтуха, анемия
- д) прогрессивное похудание, асцит, иктеричность склер, тупые боли в правом подреберье, симптом Ортнера

421. Какие из перечисленных симптомов соответствуют клинике пищевой токсикоинфекции?

- а) боли в правой подвздошной области, рефлекторная рвота, однократный стул
- б) вздутие живота, многократная рвота, неотхождение газов
- в) боли без чёткой локализации, многократная рвота, частый жидкий стул
- г) боли в правой половине живота, рвота, наличие симптомов раздражённой брюшины
- д) боли через 1,5-2 часа после приёма пищи, изжога, рвота, приносящая облегчение

422. Особенности острого аппендицита у детей:

- а) высокая температура, многократная рвота, раннее появление симптомов раздражения брюшины, жидкий стул
- б) схваткообразные боли, субфебрильная температура, кровянистые выделения из прямой кишки
- в) высокая температура, интоксикация, одышка, активное напряжение мышц
- г) дизурия, озноб, боли в поясничной области, жидкий стул
- д) тахикардия, высокая температура, гиперемия зева

423. Какая группа симптомов наиболее характерна для острого аппендицита?

- а) схваткообразные боли в правой подвздошной области, усиленная перистальтика, симптом Щёткина-Блюмберга
- б) внезапное появление болей в правой половине живота, положительный симптом Орнтера, вздутие живота в первые часы заболевания
- в) сочетание локализованной боли и локализованной болезненности при пальпации в правой подвздошной области, напряжение мышц в правой подвздошной области, здесь же симптом Щёткина-Блюмберга
- г) внезапное появление болей в животе, сопровождающееся головокружением, общей слабостью, локализованные боли в области пупка, положительный симптом Керте
- д) внезапные боли по всему животу, наличие мышечной ригидности, во всех отделах живота, положительный симптом Воскресенского

424. Вы обследуете мужчину 26 лет, у которого за 3 часа до вашего визита появились нарастающие боли по всему животу, сопровождающиеся тошнотой, быстро прекратившейся рвотой. Приблизительно через 2 часа после начала боли локализовались справа, на уровне пупка, никуда не иррадиировали, мочился нормально, до начала болей был нормальный стул. При вашем осмотре больной спокойно лежит на спине, пульс 80 уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Кожные покровы сухие, нормальной окраски, язык влажный, слегка обложен. При глубоком дыхании больной отмечает усиление болей в правой половине живота. При пальпации живот во всех отделах мягкий, кроме правой подвздошной области, где определяется незначительная мышечная ригидность. Симптом Щёткина-Блюмберга не убедителен, симптомы Ровзинга и Ситковского положительные, симптом Воскресенского слабо положительный. *Выберите наиболее подходящий диагноз:*

- а) правосторонняя почечная колика
- б) острый аппендицит
- в) острая кишечная непроходимость
- г) острый панкреатит
- д) обострение язвенной болезни 12-ти перстной кишки

425. Вы приехали на вызов к женщине 35 лет, которая за 2 часа до осмотра одновременно с умеренными болями в животе справа в нижних отделах, почувствовала лихорадку, при измерении температура 38,3° С.

Боли стали отдавать в поясницу, правое бедро, крестец. При ходьбе почти сразу же боли отдавали в промежность, прямую кишку, был однократный жидкий стул без слизи и крови. При осмотре: кожные покровы сухие, нормальной окраски. Пульс 100 уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Язык влажный, обложен. Живот правильной формы, не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации во всех отделах мягкий, болезненный справа в нижних отделах, больше над лоном, здесь же положительный симптом Щёткина-Блюмберга. Симптомы Ситковского, Ровзинга – отрицательные, положительный симптом Промптова, слабо положительный симптом Пастернацкого.

Какая из предполагаемых комбинаций диагнозов наиболее предпочтительна?

- а) внематочная беременность, колит
- б) правосторонняя почечная колика, гломерулонефрит
- в) острый аппендицит, правостороннее воспаление придатков матки
- г) внематочная беременность, пиелостаз
- д) острый аппендицит, правосторонняя почечная колика

426. Какие клинические симптомы характерны для благоприятного течения аппендикулярного инфильтрата?

- а) уменьшение болей, снижение температуры, уменьшение размеров инфильтрата
- б) снижение температуры, увеличение инфильтрата, рвота
- в) появление симптомов раздражения брюшины, повышение температуры
- г) увеличение инфильтрата, снижение болей в животе и температуры
- д) усиление болей в животе, уменьшение инфильтрата, лихорадка

427. Какие клинические симптомы характерны для неблагоприятного течения аппендикулярного инфильтрата?

- а) усиление болей, снижение температуры, уменьшение размеров инфильтрата
- б) понижение температуры, увеличение инфильтрата, рвота
- в) появление симптомов раздражения брюшины, повышение температуры
- г) увеличение инфильтрата, снижение болей в животе и температуры
- д) уменьшение болей в животе, уменьшение инфильтрата, лихорадка

428. Какие из перечисленных симптомов соответствуют развитию острого аппендицита?

- а) чувство дискомфорта в эпигастральной области
- б) болезненность и напряжение в правой подвздошной области
- в) живот мягкий, при пальпации определяется урчание кишечных петель и спастическое сокращение сигмовидной кишки
- г) значительно выражены признаки интоксикации
- д) однократная рвота и кашицеобразный стул

429. Тактика врача скорой помощи при вправлении грыжи больным до прибытия врача:

- а) вызов участкового врача
- б) госпитализация
- в) введение спазмолитиков и наблюдение
- г) при отсутствии перитонеальных симптомов – наблюдение
- д) направление для плановой операции

430. Перечислите редко встречающиеся локализации ущемлённых грыж:

- а) запиральные, промежностные, седалищные
- б) паховые, подключичные, седалищные
- в) запиральные, промежностные, пупочные
- г) промежностные, грыжи белой линии, седалищные
- д) пупочные, надключичные, запиральные

431. Какие основные виды ущемления вы знаете?

- а) ретроградное, эластическое
- б) спастическое, паралитическое
- в) динамическое, механическое
- г) эластическое, каловое
- д) ретроградное, пристеночное

432. Место выхода бедренных грыж:

- а) ниже пупартовой связки, в бедренном треугольнике
- б) паховая область, в бедренном треугольнике
- в) над пупартовой связкой в паховой области
- г) в области пахового треугольника
- д) на внутренней поверхности бедра

433. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз у больных с ущемлённой пахово-мошоночной грыжей?

- а) паховый лимфаденит, бедренная грыжа, варикоцеле
- б) бедренная грыжа, водянка яичка, крипторхизм
- в) паховый лимфаденит, варикоцеле, водянка яичка, липома
- г) натёчный абсцесс, варикоцеле, липома, аппендикулярный инфильтрат
- д) паховый лимфаденит, аппендикулярный инфильтрат, натёчный абсцесс, липома

434. Тактика врача скорой помощи при ущемлённой грыже:

- а) попытка вправить грыжу, введение спазмолитиков, обезболивание
- б) госпитализация, не вводить спазмолитики, не обезболивать
- в) ввести спазмолитики, холод на живот, наблюдение участкового терапевта
- г) не вводить спазмолитики, не обезболивать, консультация хирурга поликлиники
- д) госпитализация при нарастании болей в животе

435. Наиболее частые осложнения ущемлённой грыжи:

- а) острая кишечная непроходимость, перитонит, флегмона грыжевого мешка
- б) перитонит, острая кишечная непроходимость, тромбофлебит глубоких вен конечностей
- в) острая кишечная непроходимость, флегмона грыжевого мешка, кишечное кровотечение
- г) острая кишечная непроходимость, некроз участка кишки, асцит
- д) перитонит, интоксикация, анемия

436. Основные признаки ущемлённой грыжи:

- а) болезненность и напряжение грыжевого выпячивания, клиника кишечной непроходимости, асцит
- б) мягко-эластичное, вправимое, слабоболезненное образование, дискинезия кишечника
- в) резкая болезненность и напряжение грыжевого выпячивания, невправимость, отсутствие передачи грыжевого толчка
- г) плотное, умеренно болезненное выпячивание, наличие передачи кашлевого толчка
- д) невправимое, умеренно болезненное образование, высокая температура, рвота

437. Больная 65 лет отметила постепенное увеличение и напряжение грыжевого выпячивания в области пупка, задержку стула и газов и появление сильных болей в области грыжи. Ваш диагноз?

- а) острая кишечная непроходимость
- б) ущемлённая пупочная грыжа
- в) метастатическое повреждение пупка
- г) невправимая пупочная грыжа
- д) ущемлённая грыжа Литтре

438. Наиболее частая локализация ущемлённых грыж:

- а) пупочная грыжа
- б) бедренная грыжа

- в) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- г) грыжа белой линии
- д) паховая грыжа

439. Грыжа Литтре является следствием:

- а) ущемлением червеобразного отростка
- б) ущемления мочевого пузыря
- в) ущемления дивертикула Меккеля
- г) ретроградного ущемления
- д) ущемления пряди большого сальника

440. Для ущемлённой грыжи не характерно:

- а) боль в области выпячивания
- б) отсутствие симптома кашлевого толчка
- в) напряжение грыжевого выпячивания
- г) невосправляемость грыжевого выпячивания
- д) наличие симптома кашлевого толчка

441. При ущемлении грыжи наиболее страдает:

- а) приводящая петля кишки
- б) большой сальник
- в) ретроградно ущемлённая петля кишки
- г) отводящая петля кишки
- д) приводящая и отводящая петли одновременно

442. Типичные местные признаки ущемлённой грыжи:

- а) боль в животе и напряжение в области выпячивания
- б) рвота, увеличение грыжевого выпячивания, тахикардия
- в) припухлость в области грыжи, лихорадка, местное повышение температуры
- г) невосправляемость выпячивания, появление боли в области выпячивания, увеличение его напряжения
- д) появление боли в области выпячивания, рвота, тахикардия

443. Патогномоничным признаком для ущемлённой грыжи является:

- а) боль, имеющая место при ущемлении
- б) появление выпячивания, которое не вправляется
- в) нарастание болевых ощущений, увеличение грыжевого выпячивания
- г) нарастание напряжения и появление гиперемии в области выпячивания
- д) отсутствие передачи кашлевого толчка на грыжевое выпячивание

444. Какие из симптомов являются наиболее характерными для ущемлённых грыж:

- а) наличие грыжевого выпячивания, боль в животе, положительный кашлевой толчок
- б) невосправляемость грыжи, локальная боль, отсутствие кашлевого толчка
- в) наличие грыжевого выпячивания, тахикардия, локальная боль
- г) положительный кашлевой толчок, боль, брадикардия
- д) острая боль в животе, невосправляемость грыжевого выпячивания, лихорадка

445. Что такое грыжа Брока?

- а) эластическое ущемление
- б) пристеночное ущемление

- в) внезапное проникновение асцитической жидкости в грыжевой мешок
- г) каловое ущемление
- д) ущемление сальника и тонкого кишечника

446. Чем объясняется псевдоущемление грыжи Брока?

- а) нарастание внутрибрюшного давления за счёт асцита
- б) ущемлением толстой кишки, асцитом
- в) острой кишечной непроходимостью, ущемлением тонкой кишки
- г) острой патологией со стороны органов брюшной полости, ущемлением сальника
- д) ущемлением тонкой кишки, асцитом

447. Какое место занимает острый холецистит среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости?

- а) первое
- б) третье
- в) пятое
- г) второе
- д) четвёртое

448. Какие две основные формы острого холецистита Вы знаете?

- а) калькулёзный и бескаменный
- б) обтурационный и сосудистый
- в) калькулёзный и обтурационно-перфоративный
- г) обтурационный и ферментативный
- д) флегмонозный и гангренозный

449. Перечислите основные симптомы, характерные для острого холецистита:

- а) Ортнера, Курвуазье, Кера, Щёткина-Блюмберга
- б) Кера, Ровзинга, Мэрфи, Воскресенского
- в) Ортнера, Мэрфи, Кера, Мюсси
- г) Мерфи, Керте, Ортнера, Мейо-Робсона
- д) Щёткина-Блюмберга, Ортнера, Кера, Ровзинга

450. Какой морфологической стадии соответствует эмпиема желчного пузыря?

- а) катаральная
- б) флегмонозная
- в) гангренозная
- г) гангренозно-перфоративная
- д) некротическая

451. К осложнениям острого холецистита относятся все ниже перечисленные, кроме:

- а) инфильтрат
- б) холангит
- в) механическая желтуха
- г) разлитой перитонит
- д) симптом Курвуазье

452. Перечислите основные признаки острого холецистита:

- а) боль в правом подреберье, повышение температуры, тошнота, рвота, увеличенный болезненный желчный пузырь
- б) боль в верхних отделах живота, рвота, парез кишечника, интоксикация
- в) боль в правом подреберье, нормальная температура, рвота, асцит
- г) боль в правом подреберье с иррадиацией в поясничную область, повышение температуры, озноб, дизурия
- д) боль в правом подреберье, желтуха, жидкий стул, увеличенный безболезненный желчный пузырь

453. Тактика врача при остром холецистите:

- а) холод на живот, спазмолитики, вызов хирурга поликлиники
- б) госпитализация в стационар
- в) при наличии перитонеальной симптоматики – срочная госпитализация
- г) холод на живот, обезболивание, инфузионная терапия
- д) повторный осмотр через 3-4 часа

454. Чем характеризуется симптом Ортнера?

- а) напряжением мышц в правом подреберье
- б) болезненностью при пальпации в проекции правой почки
- в) наличием холангита
- г) болезненностью при поколачивании по правой рёберной дуге
- д) желчным перитонитом

455. Острый холецистит у лиц пожилого возраста:

- а) протекает с сильным болевым синдромом
- б) характеризуется яркой клинической картиной
- в) имеет стёртое течение
- г) сопровождается многократной рвотой
- д) начинается с болей по всему животу

456. Для гнойного холангита не характерно:

- а) увеличение печени
- б) интоксикация
- в) желтуха
- г) высокая температура с ознобом
- д) интенсивные боли в правом подреберье

457. Причиной механической желтухи чаще всего является:

- а) отравление гемолитическими ядами
- б) цирроз печени
- в) калькулёзный панкреатит
- г) гиперспленизм
- д) холедохолетиаз

458. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать острый холецистит?

- а) желчная колика, острый аппендицит, острый панкреатит
- б) обострение язвенной болезни, энтероколит, рак поджелудочной железы
- в) острый гепатит, острый аппендицит, инфаркт миокарда
- г) почечная колика, обострение язвенной болезни, острый панкреатит
- д) пиелонефрит, цирроз печени, рак желудка

459. Как определяется симптом Курвуазье?

- а) увеличенного безболезненного желчного пузыря
- б) пальпацией мышечного напряжения в проекции поджелудочной железы
- в) поколачиванием в правой поясничной области
- г) пальпацией резко болезненного желчного пузыря
- д) наличием опухолевидного образования, в правой мезогастральной области

460. Какой из перечисленных факторов не характерен для механической желтухи?

- а) наличие обесцвеченного кала
- б) кожный зуд
- в) указание в анамнезе на обострение желчно-каменной болезни

- г) пальпация увеличенной селезёнки
- д) клинические признаки интоксикации

461. С какими основными видами желтух необходимо дифференцировать механическую желтуху?

- а) псевдожелтуха, гемолитическая
- б) паренхиматозная, приобретённые гепатозы
- в) гемолитическая, паренхиматозная
- г) паренхиматозная, псевдожелтуха
- д) гемолитическая, гепатозы

462. Острый обтурационный холангит наступает:

- а) при вклинении камня, болевой приступ, нарастающая желтуха, лихорадка
- б) болевой приступ, тахикардия, падение АД, камень в протоках
- в) повышение температуры, боль, потеря сознания
- г) нарастающая желтуха, обесцвечивание стула, тремор
- д) болевой приступ, лихорадка, зуд

463. Какое место по частоте в группе острых хирургических заболеваний занимает острый панкреатит?

- а) первое
- б) второе
- в) третье
- г) четвертое
- д) пятое

464. К деструктивному острому панкреатиту относятся:

- а) отёк поджелудочной железы
- б) нагноение кисты поджелудочной железы
- в) геморрагический панкреонекроз
- г) калькулёзный панкреатит
- д) хронический панкреатит

465. Все нижеперечисленные факторы могут привести к острому панкреатиту, кроме:

- а) желчнокаменная болезнь
- б) алкоголь
- в) энтероколит
- г) опухоль БДС
- д) алиментарные нарушения

466. Для острого панкреатита наиболее характерна следующая клиника:

- а) интенсивные боли в верхних отделах живота, распирающие боли в пояснице, многократная рвота, парез кишечника
- б) сильные боли в эпигастральной области без иррадиации, напряжение мышц живота, отсутствие печёночной тупости, изжога
- в) боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, горечь во рту, рвота, повышение температуры
- г) интенсивные боли по всему животу, нормальная температура, парез кишечника, кровь в кале
- д) опоясывающие боли в верхних отделах после приёма пищи, болезненность в проекции поджелудочной железы, нормальная температура, тошнота

467. Перечислите основные симптомы острого панкреатита:

- а) Мэрфи, Воскресенского, Ровзинга
- б) Ортнера, Керте, Мейо-Робсона

- в) Кера, Щёткина-Блюмберга, Кувуазье
- г) Керте, Мейо-Робсона, Воскресенского
- д) Ортнера, Керте, Щёткина-Блюмберга

468. Острый панкреатит необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями:

- а) острый холецистит, инфаркт миокарда, пиелонефрит
- б) перфоративная язва, острый холецистит, тромбоз мезентериальных сосудов
- в) язвенная болезнь, острый аппендицит, острый гепатит
- г) непроходимость кишечника, цирроз печени, болезнь Крона
- д) перфоративная язва, острый гепатит, рак толстой кишки

469. Тактика врача скорой помощи при остром панкреатите:

- а) спазмолитики, холод на живот
- б) вызов хирурга поликлиники
- в) госпитализация
- г) при наличии перитонеальной симптоматики – госпитализация
- д) динамическое наблюдение

470. Что характерно для симптома Керте?

- а) опоясывающий характер болей
- б) напряжение и болезненность брюшной стенки в проекции поджелудочной железы
- в) усиление болей на вдохе в эпигастральной области
- г) напряжение мышц в правом подреберье
- д) пальпируемый инфильтрат в верхних отделах живота

471. Что характерно для симптома Мейо-Робсона?

- а) локальная болезненность в правой надключичной зоне
- б) напряжение мышц по всему животу
- в) болезненность при поколачивании по правой рёберной дуге
- г) увеличенный безболезненный желчный пузырь
- д) болезненность в области левого рёберно-подвздошного угла

472. Одним из ранних основных признаков деструктивного панкреатита является:

- а) ранний парез кишечника при выраженной интоксикации
- б) многократная рвота с кровью
- в) боли в верхних отделах живота, брадикардия
- г) симптом «плеска»
- д) болезненность при поколачивании по левой рёберной дуге

473. Какая из перечисленных форм деструктивного панкреатита имеет наиболее благоприятное течение?

- а) жировой панкреонекроз
- б) гнойно-некротический панкреатит
- в) смешанный панкреонекроз
- г) геморрагический панкреонекроз
- д) тотальный панкреонекроз

474. Перечислите наиболее частые клинические признаки гнойно-некротического панкреатита:

- а) многократная рвота, умеренные боли в околопупочной зоне, жидкий стул
- б) высокая температура, перитонеальная симптоматика, желтуха

- в) тяжёлый эндотоксикоз, развитие полиорганной недостаточности, местные симптомы в проекции поджелудочной железы
- г) гектическая температура, рвота, боль в верхних отделах живота
- д) лихорадка, опоясывающая боль, озноб, желтуха

475. Какое из грозных осложнений гнойно-некротического панкреатита может привести к быстрому летальному исходу:

- а) разлитой гнойный перитонит
- б) парапанкреатит
- в) механическая желтуха
- г) почечная недостаточность
- д) аррозивное кровотечение

476. Острый панкреатит чаще встречается в возрасте:

- а) 20-30 лет
- б) 30-50 лет
- в) 50-70 лет
- г) 60 лет и старше
- д) 20-45 лет

477. Какой из перечисленных признаков не характерен для деструктивного панкреатита:

- а) снижение диуреза
- б) «мраморность» кожных покровов
- в) частое болезненное мочеиспускание
- г) снижение АД
- д) перитонеальная симптоматика

478. У больного В. 37 лет, в анамнезе: тупая травма живота. На момент осмотра – сильные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, многократная рвота, снижение диуреза, определяется положительный симптом Керте. О какой патологии можно думать?

- а) деструктивный холецистит
- б) перфорация полого органа
- в) посттравматический панкреатит
- г) острая почечная недостаточность
- д) деструктивный аппендицит

479. С чем связано, по Вашему мнению, развитие делириозного состояния у больных с деструктивным панкреатитом?

- а) энцефалопатия
- б) перерыв в приёме алкоголя
- в) почечная недостаточность
- г) интоксикация продуктами метаболизма
- д) сильный болевой синдром

480. Какие из перечисленных симптомов являются патогномоничными для острого травматического панкреатита?

- а) резкая боль в верхнем отделе живота, многократная рвота
- б) рвота однократная, приносящая облегчение, тахикардия
- в) высокая лихорадка, гипотензия
- г) тупая боль по всему животу, дизурия
- д) брадикардия, острая боль в животе

481. Частота повреждений живота среди других травм составляет:

- а) 60-80%
- б) 20-30%
- в) 50-60%
- г) 4-5%
- д) 15-25%

482. Перечислите две основные группы, на которые делятся повреждения живота:

- а) проникающие, без повреждения внутренних органов
- б) сочетанные и изолированные
- в) закрытые и открытые
- г) с повреждениями внутренних органов и непроникающие
- д) с повреждением полых и паренхиматозных органов

483. Укажите, какое положение больного бывает при повреждении живота?

- а) беспокойны, не могут найти себе места
- б) принимают любое положение
- в) лежат на правом боку с поджатыми в коленях ногами
- г) лежат неподвижно, стараясь не менять принятое положение
- д) занимают положение сидя

484. Основным признаком повреждения паренхиматозного органа брюшной полости является:

- а) боль в месте повреждения
- б) внутрибрюшное кровотечение
- в) вздутие живота
- г) пассивное повреждение мышц передней брюшной стенки
- д) головокружение

485. Основным отдалённым признаком повреждения полого органа брюшной полости является:

- а) многократная рвота
- б) отсутствие границ печёночной тупости
- в) боль локализованная в правом подреберье
- г) брадикардия
- д) перитонит

486. Симптом «Ваньки-встаньки» появляется при повреждении:

- а) селезёнки
- б) мочевого пузыря
- в) забрюшинного отдела 12-перстной кишки
- г) поперечно-ободочной кишки
- д) желудка

487. Симптом Куленкампа встречается при выявлении клиники:

- а) перитонита
- б) повреждения стенки желудка
- в) забрюшинной гематомы
- г) повреждения паренхиматозного органа брюшной полости
- д) разрыва полого органа

488. Отсутствие печёночной тупости при тупой травме живота характерно для:

- а) разрыва печени
- б) травмы поджелудочной железы
- в) повреждения желудка или 12-перстной кишки
- г) гемоперитонеума
- д) 2-х моментного разрыва селезёнки

489. Назовите нехарактерный признак гемоперитонеума:

- а) притупление в отлогих местах живота
- б) высокая температура
- в) мягкий живот при наличии перитонеальной симптоматики
- г) ослабленная перистальтика
- д) тахикардия

490. При осмотре больного Т. 36 лет, (в анамнезе указание на тупую травму живота 24 часа назад) определяется подкожная эмфизема в правой поясничной области, в паховой области и мошонке – зеленоватая окраска кожи, был однократный, типа мелены, стул. О какой патологии следует думать?

- а) язвенное кровотечение
- б) ущемлённая пахово-мошоночная грыжа
- в) гематома передней брюшной стенки
- г) разрыв забрюшинного отдела 12-перстной кишки
- д) разрыв правой почки

491. Все перечисленные ниже факторы, характерны для внутрибрюшного разрыва мочевого пузыря, кроме:

- а) отсутствие мочи
- б) напряжение мышц в нижних отделах живота
- в) болезненность и нависание передней стенки прямой кишки
- г) брадикардия
- д) перитонеальная симптоматика

492. Чаще всего внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря встречается:

- а) в пожилом возрасте
- б) при сочетанной травме живота и таза
- в) у мужчин с аденомой предстательной железы
- г) при тупой травме живота
- д) у лиц в алкогольном опьянении

493. Для уточнения диагноза повреждения забрюшинного отдела 12- перстной кишки необходимо определить:

- а) боль в правой подвздошной области
- б) пульсацию брюшной аорты
- в) повреждение мышц в правой мезогастральной области
- г) отсутствие кишечных шумов в животе

494. Перечислите наиболее характерные признаки проникающей раны живота:

- а) кровотечение из раны живота
- б) парез кишечника
- в) эвентрация, истечение из раны кишечного содержимого
- г) интенсивные боли в области раны
- д) отсутствие участия в дыхании передней брюшной стенки

495. Больной Л. 42 лет, жалуется на умеренные боли в животе. При осмотре обнаружена резаная рана на передней брюшной стенке, имеются симптомы раздражения брюшины. Обстоятельства травмы не известны. Ваш диагноз и дальнейшие действия?

- а) колото-резаная рана передней брюшной стенки – направление к хирургу поликлиники
- б) проникающая колото-резаная рана живота – госпитализация в стационар

- в) непроникающая рана живота – обработка раны
- г) проникающая рана живота без повреждения внутренних органов – динамическое наблюдение
- д) рана передней брюшной стенки – госпитализация в стационар

496. Проникающее ранение живота выше пупочного кольца на 2 см может привести к повреждению следующих анатомических образований:

- а) поджелудочной железы
- б) забрюшинного пространства
- в) почки и мочеточника
- г) ободочной кишки
- д) печени

497. У больной М. 21 года, 4 часа назад внезапно появились боли в животе, головокружение, гипотония, тошнота, сильные боли в надключичных областях, сознание не теряла. Неделю назад перенесла сильный удар в живот. О какой патологии может идти речь?

- а) острый аппендицит
- б) 2-х моментный разрыв селезёнки
- в) внематочная беременность
- г) перфоративная язва
- д) разрыв кисты яичника

498. Для какой патологии характерно появление локализованной подкожной эмфиземы в правой поясничной области?

- а) разрыв мочевого пузыря
- б) ранение диафрагмы
- в) прободная язва желудка передней стенки
- г) прободная язва или повреждение забрюшинной части 12-перстной кишки
- д) напряжённый пневмоторакс

499. При какой патологии прижатие брюшного отдела аорты может способствовать стабилизации гемодинамики?

- а) тяжёлый эндотоксикоз при деструктивном панкреатите
- б) внематочная беременность
- в) кардиогенный шок
- г) инфаркт миокарда
- д) электротравма

500. Что относится к понятию множественная травма?

- а) одно повреждение в нескольких анатомических областях
- б) сочетание открытых и закрытых повреждений в 2-х анатомических областях
- в) несколько закрытых или открытых повреждений в одной анатомической области
- г) множественность факторов воздействия на человеческий организм: травма, ожоги, отморожения, радиация
- д) односторонние множественные переломы рёбер

501. Под сочетанной травмой подразумевается:

- а) несколько повреждений в пределах одной анатомической области
- б) сочетание открытых и закрытых повреждений в пределах одной анатомической области
- в) сочетание травматического, электрического или температурного воздействия на голову

- г) повреждение одного или нескольких органов в нескольких анатомических областях (минимум – в 2-х)
- д) сочетание нескольких открытых и закрытых повреждений в пределах одной анатомической области

502. Выберите наиболее часто встречающийся травмогенез при сочетанной травме:

- а) автодорожная травма
- б) кататравма (падение с высоты)
- в) спортивная травма
- г) бытовая травма
- д) производственная травма

503. Травма какой анатомической области наиболее часто встречается при тяжёлой сочетанной травме:

- а) травма груди
- б) травма живота
- в) травма таза
- г) черепно-мозговая травма
- д) травма шеи

504. Выберите первоочередные критерии оценки тяжести состояния пострадавшего при тяжёлой сочетанной травме:

- а) травмогенез, сознание, оценка индекса Альговера
- б) объём выделенной мочи, положение больного, оценка характера повреждения
- в) измерение диуреза, ректальное исследование, опрос окружающих
- г) оценка пульса, аускультация груди, оценка частоты дыхания
- д) оценка глубины дыхания, оценка положения больного, пульса

505. Выберите наиболее подходящий стандарт оказания медицинской помощи пострадавшим с тяжёлой сочетанной травмой:

- а) переводение больного на ИВЛ, катетеризация центральной вены, введение гормонов, спазмолитиков
- б) обезболивание, инфузионная терапия с введением гормонов, обеспечение адекватного дыхания, правильный выбор метода иммобилизации
- в) иммобилизация конечностей, возвышенное положение верхней половины туловища, инфузионная терапия
- г) ИВЛ, иммобилизация травмированных конечностей, введение вазопрессоров, положение Тренделенбурга
- д) немедленный перевод пострадавшего на ИВЛ, длительное внутривенное введение (не менее 15 мин) крупномолекулярных кровозамещающих растворов до начала транспортировки, иммобилизация повреждённых сегментов конечностей

506. Какие переломы называют осложнёнными?

- а) переломы, сопровождающиеся разрывом мышц и связок
- б) переломы с выраженной костной деформацией
- в) переломы, сопровождающиеся повреждением магистральных сосудов и нервов, повреждением органов, открытые
- г) переломы нескольких костей
- д) оскольчатые переломы

507. Перечислите основные признаки переломов костей конечностей:

- а) деформация, ощущение местного жара, отсутствие функции конечности

- б) костная деформация, патологическая подвижность, костная крепитация, укорочение конечности
- в) наличие гематомы невозможность функции конечности, патологическая подвижность
- г) локализованная боль и болезненность, припухлость, симптом «прилипшей пятки»
- д) отсутствие пульсации магистральных артерий нижних конечностей ниже области предполагаемого перелома

508. Что наиболее характерно для вколоченного перелома?

- а) костная крепитация
- б) патологическая подвижность
- в) обширная гематома
- г) боль в месте предполагаемого перелома при нагрузке по оси
- д) деформация конечности

509. Выберите правильный порядок мероприятий при оказании медицинской помощи пострадавшему с открытым переломом бедра:

- а) оценка травматогенеза со слов пострадавшего, иммобилизация, транспортировка
- б) обезболивание, наложение асептической повязки, иммобилизация, транспортировка
- в) ликвидация выраженной угловой деформации, иммобилизация, обезболивание
- г) контроль артериального давления, остановка кровотечения, введение плазмозамещающих растворов, иммобилизация
- д) наложение давящей повязки, обезболивание, транспортировка

510. Выберите наиболее правильную последовательность мероприятий по оказанию медицинской помощи при закрытых переломах конечностей, не сопровождающихся шоком:

- а) проведение инфузионной терапии, иммобилизация, транспортировка в стационар
- б) иммобилизация, транспортировка в травмпункт
- в) лёд на область гематомы, иммобилизация
- г) обезболивание, иммобилизация, транспортировка в травматологическое отделение стационара
- д) немедленная транспортировка в стационар

511. Какой способ иммобилизации предпочтителен при закрытом переломе бедра в верхней трети при наличии полного комплекта шин?

- а) применение шины Крамера
- б) применение 2-х шин Крамера
- в) с помощью шины Дитерихса
- г) с помощью прибинтовывания больной конечности к здоровой
- д) на щите

512. Укажите признаки, гарантирующие наиболее точную диагностику закрытого перелома обеих костей голени в нижней трети:

- а) наличие гематомы, невозможность сгибания и разгибания пальцев стопы, локальная болезненность
- б) оценка травматогенеза, локализованная боль и локализованная болезненность, наличие костной деформации, усиление боли в области предполагаемого перелома при нагрузке по оси конечности
- в) симптом «прилипшей пятки», боль, припухлость
- г) положение конечности с резко выраженной наружной ротацией стопы
- д) наличие ссадины, локализованной боли и болезненности в области гематомы

513. Какие переломы костей конечностей наиболее часто встречаются у пострадавших старше 70 лет?

- а) вколоченные
- б) оскольчатые
- в) открытые
- г) переломы хирургической шейки бедра и плеча
- д) переломы по типу «зелёной ветки»

514. Выберите признаки, наиболее характерные для вывиха плеча:

- а) локализованная боль, невозможность движений в суставе, деформация сустава
- б) боль в области сустава, наличие «сглаженности» его контуров, костная крепитация
- в) локализованная боль и локализованная болезненность в области сустава, наличие пружинистого сопротивления при попытке приведения плеча, «утолщение» дельтовидной мышцы, невозможность свободных движений в плечевом суставе
- г) сочетание локализованной боли, болезненности и припухлости в области сустава при затруднении функции
- д) наличие боли, припухлости, деформации сустава, явления местного жара

515. К внешним клиническим признакам закрытой травмы груди относятся:

- а) деформация груди, аритмии, гипотензия
- б) явления застоя в лёгких, гипертензия, эмфизема
- в) деформация груди, характер и частота дыхания, цианоз
- г) явления застоя в лёгких, тахипноэ, одышка
- д) одышка, тахикардия, деформация груди

516. Дренирование плевральной полости на догоспитальном этапе показано:

- а) при простом пневмотораксе
- б) при открытом пневмотораксе
- в) при напряжённом пневмотораксе
- г) при подкожной эмфиземе

517. Больно 30 лет жалуется на боли в правой половине грудной клетки, одышку. 3 дня назад после физической нагрузки сразу появились сильные боли в правой половине грудной клетки иррадиацией в надплечье. При обследовании состояние больного удовлетворительное, пульс 94 уд. 1 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Над правым лёгким дыхание резко ослаблено, хрипов нет. Предположительный диагноз?

- а) спонтанный пневмоторакс
- б) пневмония
- в) миозит
- г) межрёберная невралгия
- д) клапанный пневмоторакс

518. Для разрыва грудного отдела пищевода характерны следующие клинические признаки:

- а) острая боль в грудной клетке
- б) наличие крепитации на шее
- в) гнусавость голоса
- г) тяжёлое состояние больного
- д) всё перечисленное

519. О ранении сердца свидетельствуют:

- а) рана, локализованная в проекции сердца
- б) повышенное венозное давление
- в) резкое снижение артериального давления
- г) тахикардия
- д) всё перечисленное

520. При тампонаде сердца наблюдается:

- а) снижение артериального давления
- б) глухость тонов
- г) цианоз лица
- д) всё перечисленное

в) расширение границ сердца

521. При травме груди неотложные мероприятия прежде всего необходимы:

- а) при множественных переломах рёбер
- б) при простом пневмотораксе
- в) при напряжённом пневмотораксе
- г) при переломе грудины
- д) при переломе плечевой кости и лопатки

522. Для неосложнённых переломов рёбер характерно:

- а) пневмоторакс
- б) кровохарканье
- в) подкожная эмфизема
- г) гемоторакс
- д) совпадение локализованной боли с болезненностью рёбер при пальпации

523. Характерными симптомами разрыва лёгкого при закрытой травме груди является:

- а) акроцианоз, кровохарканье
- б) одышка, цианоз
- в) отсутствие дыхания на стороне повреждения, гипотензия
- г) пневмоторакс, подкожная эмфизема
- д) острая лёгочно-сердечная недостаточность

524. Признаком легочного кровотечения туберкулёзной этиологии не является:

- а) кашель с предшествующим кровохарканьем
- б) туберкулёз в анамнезе
- в) потливость, кровохарканье, субфебрилитет
- г) боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании, подкожная эмфизема
- д) снижение аппетита, контакт с туберкулёзными больными

525. Для легочного кровохарканья не характерно:

- а) часть крови пенистая
- б) продолжительность
- в) выкашливаемая кровь алого цвета
- г) тёмно-красный цвет крови
- д) алая, малыми порциями

526. Наиболее опасными ранениями груди следует считать:

- а) ранения лопаточной линии
- б) ранения в нижних отделах грудной клетки
- в) ранения области сердца
- г) ранения правой половины грудной клетки
- д) левой средне-аксиллярной линии

527. При закрытой торако-абдоминальной травме часто не диагностируются:

- а) забрюшинная гематома
- б) разрыв диафрагмы
- в) разрыв желудка
- г) травма поджелудочной железы
- д) ушиб сердца

528. При огнестрельном проникающем ранении груди может развиваться:

- а) повреждение пищевода
- б) геморрагический шок
- г) тампонада сердца
- д) всё перечисленное

в) напряжённый пневмоторакс

529. Наиболее характерными симптомами травматической асфиксии при сдавлении груди, являются:

- а) боль, брадикардия, гипотония
- б) бледность, эмфизема средостения, тахикардия
- в) боль, множественные петехии, учащённое дыхание, синюшность кожных покровов, появление странгуляционной борозды
- г) кровотечение, гипертония, синюшность кожных покровов
- д) крепитация рёбер, брадикардия, боль

530. Для напряжённого пневмоторакса не характерно:

- а) одышка
- б) тахикардия
- в) признаки смещения средостения
- г) брадикардия
- д) цианоз

531. Нарушение дыхания при травмах груди может быть обусловлено:

- а) пневмотораксом
- б) гемотораксом
- в) нарушением рёберного каркаса
- г) ушибом лёгкого
- д) всем перечисленным

532. Что наиболее характерно для травматической асфиксии?

- а) напряжённый пневмоторакс, деформация грудной клетки, кровохарканье
- б) парадоксальное дыхание, подкожная эмфизема, костная крепитация
- в) сдавление грудной клетки свалившимся грузом на высоте вдоха, отсутствие дыхания или поверхностное дыхание при выраженной ОДН, симптом «псевдострангуляционной борозды»
- г) гемо-пневмоторакс, образование костно-мышечного «клапана»
- д) синдром раздавленной груди, двусторонний напряжённый пневмоторакс

533. Перечислите наиболее характерные признаки закрытого простого пневмоторакса (ненапряжённого):

- а) наличие воздуха в плевральной полости, выраженная ОДН, флотация средостения
- б) наличие воздуха в плевральной полости, вздутие яремных вен, смещение средостения
- в) наличие воздуха в плевральной полости, отсутствие признаков ОДН, отсутствие вздутия яремных вен, отсутствие смещения средостения
- г) нарастающая эмфизема средостения, деформация грудной клетки, тахикардия
- д) притупление перкуторного тона, отсутствие дыхания на стороне поражения

534. Перечислите наиболее характерные признаки «клапанного» пневмоторакса:

- а) вздутие яремных вен, отсутствие дыхания на стороне ранения, тяжёлое состояние с нарастанием ОДН, нарастающая подкожная эмфизема
- б) множественные переломы рёбер, присутствие перкуторного тона на стороне поражения
- в) повышение АД, притупление перкуторного тона, усиление «голосового дрожания»
- г) быстро нарастающая эмфизема, тахикардия, ясный легочной звук
- д) оглушение голоса, отсутствие тахикардии, отсутствие подкожной эмфиземы

535. Усиление «голосового дрожания» характерно для:

- а) переломов рёбер
- б) напряжённого пневмоторакса
- в) ушиба лёгкого и пневмонии
- г) эмфиземы средостения
- д) гемоторакса

536. Ослабление «голосового дрожания» характерно для:

- а) пневмоторакса
- б) ушиба лёгкого и пневмонии
- в) эмфиземы средостения
- г) множественных переломов рёбер
- д) травматической асфиксии

537. Основным признаком двойных переломов рёбер является:

- а) подкожная эмфизема
- б) парадоксальные дыхательные движения грудной клетки в области травмы
- в) костная крепитация
- г) нарастающая гематома
- д) флотация средостения

538. Выберите основные причины появления ОДН при клапанном пневмотораксе:

- а) болевой синдром, высокое стояние диафрагмы
- б) болевой синдром, коллабирование лёгкого, смещение средостения, флотация средостения
- в) появление подкожной эмфиземы, переломы рёбер, разрыв плевры
- г) гемоторакс, высокое стояние диафрагмы, подкожная эмфизема
- д) высокое артериальное давление, кровоизлияние в плевру, боль

539. По каким признакам можно диагностировать множественные переломы рёбер при бессознательном состоянии пострадавшего?

- а) симптом оборванного вдоха
- б) подкожная эмфизема
- в) деформация грудной клетки, костная крепитация
- г) локализованная боль и локальная болезненность
- д) учащение дыхания, мраморность кожи, боль

540. Что наиболее характерно для клинической картины обширного ушиба лёгкого?

- а) подкожная эмфизема, отсутствие дыхательных шумов, вздутие яремных вен
- б) везикулярное дыхание, симптом «оборванного» вдоха, рвота кровью
- в) кровохарканье при выслушиваемых дыхательных шумах, притупление перкуторного тона в определённой зоне, усиление голосового дрожания
- г) смещение средостения, высокое стояние диафрагмы, вздутие яремных вен
- д) быстро нарастающая подкожная эмфизема, перкуторно – звук с коробочным оттенком, осиплость голоса

541. Вследствие чего развивается эмфизема средостения?

- а) множественные переломы рёбер
- б) повреждение костальной плевры
- в) повреждение медиастинальной плевры при напряжённом пневмотораксе
- г) вследствие отрицательного давления в обеих плевральных полостях
- д) вследствие выраженного болевого синдрома и коллабированного лёгкого

542. Для ушиба сердца характерно:

- а) повышение АД, тахикардия, акцент 1 тона на аорте
- б) появление аритмий, расширение сердечной тупости, изменения на ЭКГ
- в) чёткость тонов. Гемоторакс

- г) деформация груди
- д) иррадиация болей в поясничную область

543. Для простого открытого пневмоторакса характерно:

- а) наличие раны, свистящее втягивания воздуха при вдохе, наличие пузырьков воздуха (пенящаяся кровь) при выдохе
- б) наличие раны, притупление перкуторного тона, усиление голосового дрожания
- в) глухость сердечных тонов, кровохарканье
- г) симптомы раздражения брюшины
- д) высокое стояние диафрагмы

544. Что наиболее характерно для клиники тампонады сердца?

- а) наличие раны груди, боли в области сердца с иррадиацией в левую лопатку, вздутие яремных вен, падение АД
- б) тахикардия, нарастающая одышка, подкожная эмфизема
- в) появление грубого систолического шума
- г) усиление верхушечного толчка, боли в области сердца
- д) бледность кожных покровов, кровотечение из раны

545. Выберите наиболее рациональную последовательность при оказании помощи пострадавшему с клиникой тампонады сердца:

- а) обезболивание, закрытый массаж сердца, ИВЛ
- б) придание пострадавшему полусидячего положения, обезболивание, вспомогательное дыхание
- в) одновременно массаж сердца и пункция перикарда
- д) пункция перикарда при одновременном ИВЛ и обезболивании
- д) проведение сердечно-легочной реанимации с последующей пункцией перикарда, напряженного пневмоторакса и гемоторокса

546. Укажите основную причину тяжелого состояния пострадавших при переломах костей таза с нарушением целостности тазового кольца:

- а) деформация костей таза
- б) массивная забрюшинная гематома
- в) боль в области таза
- г) дыхательная недостаточность
- д) вздутие живота

547. Для переломов костей таза не характерно:

- а) симптом положения «лягушки»
- б) симптом «прилипшей пятки»
- в) отсутствие жалоб на боли при движении нижними конечностями
- г) симптом Ларрея – боли при разведении крыльев таза
- д) боли при сдавливании крыльев таза

548. Что чаще всего повреждается при переломах костей таза:

- а) уретра, мочевого пузырь
- б) мочевого пузырь, повреждение маточных труб
- в) яичники и матка
- г) простата и сигмовидная кишка
- д) прямая кишка и диафрагма таза

549. Методом транспортной иммобилизации при переломах костей таза являются:

- а) фиксация на щите во всех отделах туловища и конечностей
- б) транспортировка в полусидячем положении
- в) транспортировка на щите в позе «лягушки»
- г) транспортная иммобилизация не требуется
- д) применение шин Крамера

550. К переломам без нарушения тазового кольца относятся:

- а) переломы лонных и седалищных костей
- б) разрывы симфиза
- в) краевые переломы крыльев подвздошных костей
- г) переломы крестца и копчика
- д) правильно в), г)

551. О возможных костных повреждениях в области таза свидетельствуют:

- а) выявление локальной болезненности
- б) наличие внутритканевых гематом в области тазового кольца
- в) отраженная боль при нагрузке на тазовое кольцо
- г) нарушение подвижности нижних конечностей
- д) всё перечисленное

552. Какую иммобилизацию Вы примените при переломах тазовых костей?

- а) положение «лягушки» на щите
- б) шина Дитерихса
- в) шина Крамера
- г) в положении на животе
- д) пневмокостюм

553. Убедительные данные, отвергающие странгуляционную тонкокишечную непроходимость включают:

- а) отсутствие лихорадки и гипертермии
- б) доскообразный живот
- в) отсутствие признаков перитонита
- г) всё перечисленное
- д) ничего из вышеперечисленного

554. 70-летняя женщина жалуется, что имеются следы алой крови в нормальном коричневом стуле. Наиболее вероятная причина это:

- а) полипоз кишечника
- б) рак ободочной кишки
- в) дивертикулёз
- г) тромбоз мезентериальных сосудов
- д) геморрой

555. Одним из ранних диагностических симптомов острой кишечной непроходимости является симптом Валя, для которого характерны:

- а) «шум плеска»
- б) дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через брюшную стенку
- в) наличие раздутых кишечных петель
- г) «пустая» илеоцекальная область
- д) отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота

556. Потери жидкости при острой кишечной непроходимости происходят:

- а) с рвотными массами
- б) с выдыхаемым воздухом в виде водяных паров
- в) в виде пота
- г) с мочой
- д) всеми перечисленными путями

557. К факторам, приводящим к развитию острой кишечной непроходимости относится всё перечисленное, кроме:

- а) перегрузки пищеварительного тракта обильной грубой пищей
- б) изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма
- в) изменение моторной функции кишечника с преобладанием пареза
- г) внезапное повышение внутрибрюшинного давления
- д) дивертикулёз

558. Что наиболее характерно для первой фазы острой кишечной непроходимости?

- а) «каловая» рвота, резкое вздутие живота, отсутствие перистальтики
- б) схваткообразные боли живота, рвота съеденной пищей, задержка стула и газов, усиленная перистальтика кишечника
- в) неукротимая рвота, сухой язык, тахикардия
- г) шум плеска, отсутствие перистальтики, притупление в отлогих частях живота
- д) брадикардия, аускультативно – «шум падающей капли», синдром Обуховской больницы

559. Какая патология живота сопровождается выраженным токсикозом, начинается со схваткообразных болей в животе, задержкой отхождения газов и стула?

- а) острый панкреатит
- б) острый холецистит
- в) острая кишечная непроходимость
- г) внематочная беременность
- д) холера

560. Перерастяжению кишечной стенки при острой кишечной непроходимости способствуют

- а) пищеварительные соки
- б) транссудат
- в) газы
- г) пищевые массы
- д) всё вышеперечисленное

561. Боль при острой кишечной непроходимости характеризуется всем вышеперечисленным, кроме:

- а) часто носит приступообразный характер
- б) возникает внезапно, без предвестников
- в) отсутствует четкая локализация в каком-либо отделе брюшной полости
- г) носит нарастающий характер в течение всего периода заболевания
- д) постоянной в начале заболевания

562. Для симптома Склярова при острой кишечной непроходимости характерными являются:

- а) «пустая» илеоцекальная область
- б) ассиметричный живот

- в) «шум плеска», определяемый на ограниченном участке или по всему животу
- г) наличие воздушных кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном или вагинальном обследовании
- д) четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота

563. Укажите наиболее действенный метод остановки кровотечения при ранении подключичной артерии:

- а) давящая повязка
- б) наложение жгута
- в) резкое отведение плечей назад
- г) внутривенное введение дицинона
- д) повязка Дезо

564. Чем в первую очередь опасно ранение крупных вен шеи?

- а) быстрой потерей жидкости в кровеносном русле
- б) развитием воздушной эмболии мозговых сосудов или сосудов сердца
- в) сепсисом
- г) летальным исходом
- д) анемией

565. Чем, прежде всего, опасно внутреннее кровотечение?

- а) повышением артериального давления
- б) стойкой гипотермией
- в) сдавлением жизненно важных органов, что нарушает его функцию и создает прямую угрозу для жизни больного
- г) тахикардией
- д) развитием гноеродной инфекции

566. К временной остановке кровотечения относится:

- а) давящая повязка
- б) пальцевое прижатие
- в) наложение жгута
- г) приподнятое положение конечности
- д) всё перечисленное

567. К окончательной остановке кровотечения относится:

- а) перевязка сосуда в ране
- б) наложение зажима на кровоточащий сосуд в ране
- в) перевязка сосуда на протяжении
- г) верно а), б)
- д) верное а), в)

568. Аускультация сосудов важна при:

- а) болезни Рейно
- б) артериальном стенозе
- в) варикозном расширении вен
- г) посттромбофлебитическом синдроме
- д) акроцианозе

569. Для острой артериальной непроходимости сосудов конечностей характерно:

- а) боль в ноге, цианоз кожи, отек
- б) появление болей при ходьбе, ощущение жара в стопе
- в) внезапная острая боль в конечности, ощущение онемения стопы, мраморность кожи
- г) появление болей в конечности, регионарный лимфаденит, лимфангоит
- д) отек стопы, синдром перемежающейся хромоты, ощущение напряжения икроножных мышц

570. Что категорически противопоказано при острой артериальной непроходимости сосудов нижних конечностей?

- а) введение обезболивающих, спазмолитиков
- б) внутриартериальное введение лекарственных веществ
- в) энергичный массаж, растирание конечности
- г) периапериартериальная новокаиновая блокада
- д) внутривенное введение лекарственных веществ

571. К ранним симптомам тромбоза мезентериальных сосудов относятся:

- а) жидкий стул с примесью крови
- б) рвота
- в) внезапная сильная боль в животе, иррадиирующая в спину
- г) дряблость передней брюшной стенки
- д) всё перечисленное

572. Стул и газы при остром нарушении мезентериального кровообращения:

- а) стул и газы задержаны
- б) непроизвольный акт дефекации
- в) вначале может быть «ишемическое» опорожнение кишечника, затем жидкий стул с кровью
- г) стула нет, газы отходят
- д) жидкий стул со слизью и гноем

573. Острое нарушение мезентериального кровообращения диагностируется чаще, если в анамнезе имеется:

- а) гипертоническая болезнь
- б) пороки сердца, инфаркт миокарда
- в) тромбоз
- г) ревмокардит
- д) всё перечисленное

574. Постоянным симптомом внепеченочной портальной гипертензии является:

- а) спленомегалия
- б) общая слабость
- в) маточные кровотечения
- г) лихорадка
- д) тахикардия

575. Пилефлебит – это тромбоз:

- а) нижней брыжеечной артерии
- б) воротной вены
- в) селезеночной вены
- г) печеночной вены
- д) бедренной вены

576. Для острого тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей характерны:

- а) некроз пальцев стоп
- б) похолодание конечностей
- в) симптом перемежающейся хромоты
- г) резкий отек нижней конечности
- д) гиперемия по ходу пораженных вен

577. К основным предрасполагающим к тромбозу факторам относятся:

- а) нарушение целостности внутреннего слоя стенки вен
- б) замедление тока крови в венах
- в) варикозное расширение вен
- г) повышение фибринолитической активности крови
- д) всё перечисленное

578. Наиболее частыми симптомами тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей являются:

- а) повышение температуры тела
- б) отеки нижних конечностей
- в) гиперемия кожи и отек по ходу вен
- г) резкая болезненность при пальпации по ходу вен
- д) всё перечисленное

579. Маршевая проба проводится с целью выявления:

- а) проходимости глубоких вен
- б) хронического тромбофлебита
- в) несостоятельности коммуникативных вен
- г) тромбоза подколенной вены
- д) ничего из вышеперечисленного

580. Для острого тромбоза глубоких вен конечностей характерно:

- а) повышение температуры тела
- б) отек конечности
- в) резкие боли распирающего характера
- г) цианоз конечности
- д) всё перечисленное

581. Причиной прободной язвы желудка и 12-перстной кишки является:

- а) травма
- б) озноб
- в) обострение язвенной болезни
- г) желудочное кровотечение
- д) эндогенная интоксикация

582. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки встречается чаще:

- а) у детей
- б) пожилых людей старше 50 лет
- в) у женщин
- г) у мужчин 20-50 лет
- д) у беременных

583. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки среди хирургических осложнений язвенной болезни соответствует:

- а) 10%
- б) 40%
- в) 70%
- г) 15%
- д) 80%

584. Среди причин возникновения прободной язвы желудка и 12-перстной кишки не характерно:

- а) присутствие в анамнезе хронической язвы
- б) лечение кортикостероидами
- в) стрессовые ситуации
- г) лечение противовоспалительными анальгетиками
- д) лечение антибиотиками

585. В течение прободной язвы желудка и 12-перстной кишки можно выделить следующие периоды:

- а) колики, шока, перитонита
- б) шока, мнимого благополучия, перитонита
- в) мнимого благополучия, шока, интоксикации
- г) резорбтивной лихорадки, перитонита, эндотоксикоза
- д) перитонита, интоксикации

586. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки чаще всего встречается:

- а) летом
- б) осенью
- в) зимой
- г) весной
- д) осенью и весной

587. Боль при прободной язве желудка и 12-ти перстной кишки имеет характер:

- а) усиливающийся
- б) схваткообразный
- в) ноющий
- г) кинжальный
- д) иррадиирующий

588. Сразу после прободения язвы желудка характерна:

- а) тахикардия
- б) брадикардия
- в) озноб
- г) озноб и тахикардия
- д) брадикардия и озноб

589. Для прободной язвы желудка характерны симптомы:

- а) Ситковского
- б) Коупа
- в) Щеткина-Блюмберга
- г) Образцова

д) Мейо-Робсона

590. Для периода шока при прободной язве желудка не характерно:

- а) брадикардия
- б) снижение АД
- в) мягкий, безболезненный живот
- г) доскообразное напряжение живота
- д) острая боль в эпигастральной области

591. В стадии перитонита при прободной язве желудка и 12-ти перстной кишки имеют значения симптомы:

- а) Менделя
- б) Щеткина-Блюмберга
- в) Крымова
- г) Образцова
- д) Ортнера

592. При прободной язве желудка следует учитывать в диагностике триаду Мондора, к которой относят:

- а) исчезновение печеночной тупости при перкуссии, боль, тахикардия
- б) брадикардию, лихорадку, симптом Курвуазье
- в) язвенный анамнез, кинжальные боли в животе, доскообразный живот
- г) кинжальные боли в животе, язвенный анамнез, рвота
- д) доскообразный живот при пальпации, лихорадку, боль

593. Для язвы, расположенной на задней стенке желудка не типичны:

- а) мягкий живот
- б) повторяющаяся рвота
- в) перитониальные симптомы
- г) иррадиация болей в спину
- д) нарастающие симптомы интоксикации

594. Диагностические трудности в период мнимого благополучия у больных прободной язвой желудка и 12-ти перстной кишки связаны с:

- а) уменьшением болей, уменьшением мышечного напряжения
- б) уменьшением мышечного напряжения, нарастанием лихорадки
- в) снижением пальпаторной болезненности, рвотой, повышением АД
- г) исчезновение печеночной тупости
- д) усилением симптомов интоксикации

595. Укажите, какие симптомы характерны для обострения язвенной болезни:

- а) язык обложен, но влажный, боль в эпигастральной области
- б) наличие кинжальной боли, многократные рвоты
- в) брадикардия, наличие перитониальных симптомов
- г) живот мягкий, безболезненный, озноб
- д) рвота, тупость в отложившихся местах живота

596. Укажите, какие симптомы характерны для прободной язвы желудка или 12-ти перстной кишки:

- а) постепенное появление болей в животе, рвота, напряжение мышц передней брюшной стенки

- б) внезапное появление болей, напряжение мышц передней брюшной стенки, язвенный анамнез
- в) язвенный анамнез, лихорадка, появление умеренных болей
- г) многократная рвота, боль, брадикардия
- д) тошнота, снижение артериального давления, боль в животе

597. Больному с подозрением на прободение язвы желудка или 12-ти перстной кишки и отказом от госпитализации:

- а) вводятся наркотики
- б) теплая грелка в эпигастральную область
- в) активная аспирация желудка, теплые ванны
- г) введение антибиотиков, наркотических анальгетиков
- д) настоять на госпитализации

598. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка необходимо:

- а) определит индекс Альговера
- б) измерить артериальное давление
- в) пропальпировать живот
- г) осмотр rectum
- д) измерить пульс

599. При язвенной болезни, осложненной кровотечением рвота содержимым желудка цвета «кофейной гущи» может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы, кроме:

- а) малой кривизны желудка
- б) кардиального отдела желудка
- в) нижнего отдела пищевода
- г) антрального отдела желудка
- д) постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки

600. Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость – вплоть до обморока – после приема сладкой и молочной пищи являются признаками:

- а) демпинг-синдрома
- б) инсулемы поджелудочной железы
- в) синдрома малого желудка
- г) синдрома приводящей петли
- д) пептической язвы анастомоза

601. К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся всё перечисленное, кроме:

- а) рвоты
- б) отрыжки
- в) похудания
- г) кровавой рвоты
- д) шума плеска

602. Язвенную болезнь необходимо дифференцировать со всеми следующими заболеваниями, кроме:

- а) хронического холецистита
- б) хронического колита
- в) аппендицита
- г) хронического панкреатита
- д) мезоаденита

603. Какие наиболее информативные из диагностических симптомов на госпитальном этапе при распознавании острой хирургической патологии:

- а) жалобы на постоянные и нарастающие боли в животе
- б) сухой и обложенный язык
- в) напряжение мышц передней брюшной стенки
- г) наличие симптомов раздражения брюшины
- д) всё перечисленное

735. Для анафилактического шока у детей характерно все нижеперечисленное, кроме:

- а) почечной колики г) бронхообструктивного синдрома
- б) кишечной колики д) артериальной гипотензии
- в) стеноза гортани

736. Основным механизмом развития анафилактического шока является:

- а) сердечная недостаточность г) почечная недостаточность
- б) циркуляторная недостаточность д) печеночная недостаточность
- в) отек головного мозга

737. При развитии анафилактического шока обкалывание адреналином места внедрения аллергена производится во всех случаях, кроме:

- а) внутримышечных инъекций пенициллина
- б) внутримышечных инъекций цефалоспоринов
- в) любых внутримышечных инъекций
- г) любых подкожных инъекций
- д) введении сыворотки антипорзы

738. Какой препарат вводится в первую очередь при системной анафилаксии у детей?

- а) преднизолон г) эуфиллин
- б) адреналин д) все вышеперечисленное
- в) тавегил

739. Определение пиковой скорости выдоха пикфлоуметром необходимо при оказании неотложной помощи при приступе бронхиальной астмы для:

- а) определения дыхательного объема
- б) определения частоты дыхания
- в) определения минутного объема вентиляции
- г) оценки эффективности бронхолитической терапии
- д) выбора медикаментозной терапии

740. Для приступа бронхиальной астмы у детей характерны все симптомы, кроме:

- а) экспираторной одышки г) свистящих хрипов
- б) кашля д) тахикардии
- в) подъема АД

741. Для терапии приступа бронхиальной астмы экспертами ВОЗ не рекомендуется использовать у детей:

- а) седативные средства
- б) антигистаминные препараты
- в) ингаляционные муколитические средства

- г) все вышеперечисленные
- д) эуфиллин

742. В каком случае терапия приступа бронхиальной астмы у детей начинается с эуфиллина?

- а) гормонозависимые формы
- б) длительность приступа более 6 часов
- в) наличие участков "немого" легкого
- г) передозировка адреномиметиков
- д) использование адреномиметиков в ближайшие 2 часа

743. Оптимальной дозой эуфиллина у детей при тяжелом приступе бронхиальной астмы в мг/кг является:

- а) 1-2 г) 7-8
- б) 3-4 д) 9-10
- в) 4-5

744. Особенностью современного течения бронхиальной астмы у детей являются:

- а) увеличение числа больных детей
- б) более раннее начало заболевания
- в) увеличение тяжелых случаев астматического статуса
- г) все перечисленные выше
- д) уменьшение числа тяжелых случаев бронхиальной астмы

745. Все перечисленные симптомы характерны для передозировки адреномиметиков при лечении приступа бронхиальной астмы, кроме:

- а) сердцебиения г) гиперемии кожи
- б) тремора рук д) боли в области сердца
- в) тахикардии

746. Транспортировка детей с приступом бронхиальной астмы производится в положении

- а) лежа с приподнятой верхней половиной тела
- б) лежа горизонтально
- в) лежа на левом боку
- г) сидя
- д) лежа на животе

747. Показания к госпитализации при приступе бронхиальной астмы:

- а) некупирующийся приступ
- б) приступ на фоне постоянной гормональной терапии
- в) наличие симптомов угрозы остановки дыхания
- г) все перечисленное выше
- д) приступ длительностью 2 ч

748. Показанием к началу ИВЛ у детей на догоспитальном этапе при бронхиальной астме является:

- а) наличие признаков гипоксии мозга г) вынужденное положение
- б) появление участков "немых" легких д) все вышеперечисленные
- в) акроцианоз

749. Чаще всего инфекционно-токсический шок возникает у детей при:

- а) сальмонеллезе г) стафилококковой инфекции
- б) менингококкемии д) вирусных инфекциях
- в) малярии

750. Прогностически неблагоприятным фактором при менингококкемии у детей является:

- а) длительная высокая лихорадка
- б) рвота
- в) присоединение пневмонии
- г) появление геморрагической сыпи в течение первых 2 суток после начала заболевания
- д) в течение первых часов нарастание геморрагической сыпи с тенденцией к слиянию.

751. Какой из перечисленных симптомов не характерен для инфекционно-токсического шока II степени?
- а) стойкая высокая лихорадка
 - б) тахикардия выше 150% от нормы
 - в) снижение АД
 - г) бледность кожи
 - д) олигурия
752. Первоочередным препаратом неотложной помощи при менингококкцемии на догоспитальном этапе являются:
- а) глюкокортикоидные гормоны
 - б) дофамин
 - в) тавегил
 - г) пенициллин
 - д) канамицин
753. Наиболее частой причиной стеноза гортани у детей является:
- а) аллергия
 - б) острая вирусная инфекция
 - в) острая бактериальная инфекция
 - г) травма
 - д) гипокальциемия
754. Оптимальным препаратом лечения отека гортани при стенозе 1-2 степени у детей на догоспитальном этапе является:
- а) преднизолон
 - б) нафтизин
 - в) адреналин
 - г) лазикс
 - д) тавегил
755. К механизмам развития стеноза гортани при остром ларинготрахеите у детей относятся:
- а) отек
 - б) клеточная инфильтрация подскладкового пространства
 - в) нарушение мукоцилиарного клиренса
 - г) все вышеперечисленное
 - д) образование абсцессов подвязочного пространства
756. Показаниями для госпитализации при стенозе гортани являются:
- а) стеноз I степени
 - б) стеноз III степени
 - в) грубый, "лающий" кашель
 - г) высокая лихорадка
 - д) дисфония
757. Какой из перечисленных симптомов не характерен для стеноза гортани:
- а) рассеянные сухие хрипы
 - б) инспираторная одышка
 - в) осиплость голоса
 - г) ослабление дыхательных шумов
 - д) грубый "лающий" кашель
758. Показанием для введения глюкокортикоидов при стенозе гортани является:
- а) отечно-инфильтративная форма
 - б) обструктивная форма
 - в) стеноз I ст.
 - г) применение гормонов при предшествующих эпизодах стеноза гортани
 - д) стеноз III ст.
759. Для инородных тел дыхательных путей характерны все симптомы, кроме:
- а) внезапной асфиксии
 - б) свистящего дыхания

- в) влажного кашля
- г) экспираторной одышки
- д) ослабления дыхательных шумов ниже места фиксации инородного тела

760. При подозрении у ребенка на инородное тело гортани его надо попытаться извлечь на догоспитальном этапе:

- а) всегда г) при про1рессирующей ДН
- б) при ДН I ст. д) никогда
- в) при наличии афонии

761. Прием Геймлиха осуществляют у детей старше одного года:

- а) стоя г) лежа на жиноте
- б) сидя д) стоя, нагнувшись вперед
- в) лежа на спине

762. Высокая лихорадка у детей раннего возраста опасна из-за возможности возникнове-
ния:

- а) рвоты, аспирации г) сосудистой недостаточности
- б) отека головного мозга д) сердечной недостаточности
- в) судорожного синдрома

763. Выше какой аксиллярной температуры тела необходимо всегда начинать терапию у детей раннего возраста?

- а) 37,5°C г) 39,5°C
- б) 38,0°C д) 40°C
- в) 38,5°C

764. При лихорадке не сопровождающейся нарушением периферического кровообраще-
ния, оптимально назначать ребенку:

- а) анальгин г) мефенамовую кислоту
- б) аминазин д) парацетамол
- в) амидопирин

765. Ребенку с высокой лихорадкой, сопровождающейся судорогами на фоне выраженного
гипертензионно-гидроцефального синдрома, необходимо ввести следующее:

- а) внутримышечно жаропонижающие средства
- б) внутримышечно транквилизаторы (реланиум, седуксен)
- в) лазикс
- г) все вышеперечисленное
- д) перорально ввести парацетамол

766. Физические методы охлаждения ребенка при лихорадке оказывают эффект в течение:

- а) 30 мин г) 3 ч
- б) 1,5 ч д) более 4 ч
- в) 2 ч

767. Введение какого из жаропонижающих препаратов следует считать более рациональ-
ным при субфебрильной лихорадке?

- а) аспирин г) мефенамовой кислоты
- б) анальгина д) свечей с цефеконом
- в) парацетамола

768. Какой из перечисленных ниже препаратов гепатотоксичен у детей?
- а) аспирин г) мефенамовая кислота
 - б) анальгин д) никотиновая кислота
 - в) парацетамол
769. Какой из ниже перечисленных препаратов может вызвать у ребенка агранулоцитоз при длительном применении?
- а) аспирин
 - б) анальгин
 - в) парацетамол
770. Какой из ниже перечисленных препаратов при длительном применении может вызвать кровотечение у ребенка?
- а) аспирин г) мефекамовая кислота
 - б) анальгин д) цефекон
 - в) парацетамол
771. Какие из препаратов значительно усиливают жаропонижающий эффект антипиретиков?
- а) тавегил г) папаверин
 - б) димедрол д) седуксен
 - в) дроперидол
772. Продолжительность антипиретического эффекта парацетамола и аспирина составляет:
- а) 2-4 ч г) 12 ч
 - б) 4-6 ч д) значительно зависит от возраста больного
 - в) 6-8 ч
773. Показаниями к госпитализации при лихорадке у детей раннего возраста являются следующие, кроме:
- а) возраста до 1 года
 - б) неэффективности двух вариантов терапии
 - в) фебрильных судорог
 - г) нарушений сознания
 - д) стойких нарушений периферического кровообращения
774. Разовая доза парацетамола для лечения лихорадки у детей раннего возраста составляет в мг/кг:
- а) 2-4 г) 5-10
 - б) 3 д) 10-15
 - в) 4-5
775. На догоспитальном этапе инфузионная терапия у детей начинается при:
- а) площади ожога более 60% поверхности тела
 - б) шоке II степени
 - в) площади ожога более 50% поверхности тела
 - г) шоке III степени
 - д) во всех перечисленных случаях

776. Первичная обработка при термических ожогах может включать следующие мероприятия, кроме:
- а) снятие одежды, соприкасающейся с ожоговой поверхностью
 - б) прокалывание ожоговых пузырей
 - в) промывание проточной водой
 - г) закрытие сухим стерильным материалом
 - д) закрытие ран стерильными салфетками с новокаином
777. Обработка химических ожогов кожи включает все перечисленные, кроме:
- а) очистки кожи от химического вещества
 - б) орошения ран слабым раствором кислоты
 - в) промывания ран проточной водой в течение 20-30 мин
 - г) сухой стерильной повязки
 - д) снятия одежды с поврежденных участков кожи
778. Для кишечной инвагинации у детей 1 года жизни характерны следующие симптомы, кроме:
- а) схваткообразных болей в животе
 - б) пальпации инвагината
 - в) выделения крови из заднего прохода
 - г) задержки стула и газов
 - д) видимой перистальтики кишечника
779. В периоде прорезывания зубов у ребенка могут появиться ниже перечисленные симптомы, кроме:
- а) снижения аппетита
 - б) раздражительности
 - в) нарушения сна
 - г) неустойчивости стула
 - д) повышения температуры тела до 39°C
780. Эффективным началом лечения детей с ожогами кипящей водой на догоспитальном этапе является:
- а) обработка раны теплой водой
 - б) промывание раны холодной водой
 - в) смазывание раны сливочным маслом
 - г) наложение повязки на рану
 - д) давление на область ожога
781. Срочная оценка функционального состояния сердца, легких и головного мозга включает следующее, кроме оценки:
- а) ЭКГ
 - б) числа дыханий в 1 мин
 - в) пульса на крупных сосудах
 - г) уровня сознания
 - д) проходимости дыхательных путей
782. Какой вариант экзантемы характерен для кори?
- а) пятнисто-папулезная сыпь с этапностью распространения "сверху вниз"
 - б) везикулезная сыпь на волосистой части головы и тела ребенка
 - в) пятнистая полиморфная сыпь в сочетании с увеличением шейных и затылочных лимфоузлов
 - г) мелкоточечная сыпь на внутренних поверхностях конечностей на гиперемизированном фоне с чистым носогубным треугольником

д)геморрагическая, быстросpreadяющаяся, склонная к слиянию и некротическими изменениями в центре элементов на фоне высокой лихорадки

783. Какой вариант экзантемы характерен для скарлатины?

- а) пятнисто-папулезная сыпь
- б) везикулезная сыпь
- в) пятнистая, без характерной этапности высыпания
- г) мелкоточечная сыпь на внутренних поверхностях конечностей, животе с чистым носогубным треугольником
- д)макулопапулезная, быстро сливающаяся сыпь, преимущественно на лице в виде "крыльев бабочки" и на разгибательных поверхностях конечностей на фоне неизмененного общего состояния больного

784. Какая из генерализованных форм менингококковой инфекции наиболее часто встречается у детей:

- а) менингококкемия г) менингоэнцефалит
- б менингит д) полиартрит
- в смешанная

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ

785. Для делирия верно все, кроме:

- а)обычно длится не более 1 мес
- б)характерна изменчивость симптомов в течение суток
- в)психомоторные расстройства
- г)наиболее часто в зрелом возрасте

786Органический психический синдром лучше всего отличает от шизофрении:

- а)спутанность сознания г) слуховые галлюцинации
- б)зрительные галлюцинации д) замедленное мышление
- в)постепенное начало

787. Наиболее частые галлюцинации при шизофрении:

- а)тактильные г) слуховые
- б)зрительные д) вкусовые
- в)обонятельные

788. Слосок симптомов, выделенный для диагностики депрессии включает:

- а)гипоактивность г) верно а), б)
- б)замедленное мышление ~ч
- д) верно а), б), в)
- в)расстройство сна

789. Симптомы мании все, кроме:

- а)гиперактивность
- б)уменьшение потребности в сне
- в)низкая самооценка
- г)невозможность сосредоточиться

790. Риск суицида наиболее низкий среди:

- а) одиноких лиц в)разведенных

б) женатых

791. У совершающих суицид наблюдаются заболевания чаще всего:

а) шизофрения в) депрессия

б) алкоголизм г) истерия

792. С высокой опасностью суицида связано все, кроме:

а) прежние суицидальные попытки г) суициды в семье

б) молодой возраст д) выход из депрессии

в) старческий возраст

793. Депрессия может развиваться вторично при приеме:

а) преднизолона г) верно а), б)

б) клофеллина д) верно а), б), в)

в) резерпина

794. Экстрапирамидные расстройства, связанные с приемом нейролептиков включают все, кроме:

а) сухости во рту в) мышечной ригидности

б) тремора кистей г) гримасничанья

795. Лечение при передозировке трициклических антидепрессантов:

а) промывание желудка

б) внутривенное введение натрия гидрокарбоната

в) введение налоксона

г) верно а), б)

796. Для терапии злокачественного нейролептического синдрома наиболее эффективно:

а) отмена нейролептиков в) введение холинолитиков

б) дантролен г) физическое охлаждение

797. Паническое расстройство характеризуется всем, кроме:

а) приступообразный эпизодический характер

б) напоминает сердечное заболевание

в) ассоциировано с пролапсом митрального клапана

г) провоцируется тяжелым стрессом

798. Для истерии не характерно:

а) прикусывание языка в) нарушение зрения

б) парезы , г) тремор рук

799. Психические заболевания, при которых пациент может быть агрессивен:

а) шизофрения г) верно а), в)

б) паранойя д) верно а), б), в)

в) эпилепсия

800. Пациент в остром психотическом состоянии агрессивен. В качестве лечебных действий подходит все, кроме:

а) введения нейролептиков

б) введения транквилизаторов

в) фиксации больного для наблюдения

г) ведения психотерапии один на один с больным

801. При беседе с больным Вы предполагаете у него наличие суицидальных мыслей. Наиболее правильным будет:

- а) не затягивать тему, чтобы не способствовать суициду
- б) немедленно госпитализировать
- в) договориться о повторной явке больного
- г) спросить в понятной сочувственной форме, есть ли у него суицидальные мысли

802. Какие лечебные мероприятия из перечисленных ниже следует назначить на догоспитальном этапе при развитии этанол-тетурамовой реакции:

- а) ввести в вену аскорбиновую кислоту 5% 10 мл
- б) назначить любые лекарственные формы препаратов железа
- в) ввести в вену димедрол, или любые другие антигистаминные средства
- г) провести регидратацию и симптоматическую терапию
- д) назначить все вышеперечисленное

803. Для энцефалопатии Вернике характерно все, кроме того, что она:

- а) является результатом алкоголизма
- б) связана с дефицитом тиамина (витамина В₁) в головном мозге
- в) имеет хроническое начало заболевания
- г) сопровождается глазодвигательными нарушениями, спутанностью сознания и мозжечковой атаксией

804. Выберите оптимальное лекарство для лечения "белой горячки":

- а) алкоголь в) димедрол
- в) аминазин д) диазепам

805. Подобрать соответствия:

алкогольный делирий - диазепам
синдром Вернике - витамин В₁
интоксикация опиатами - налоксон
интоксикация психостимуляторами - аминостигмин
Варианты ответа:

- а) все ответы правильные; б) правильного ответа нет; в) 2,3,4; г) 1,2,3

806. При передозировке опиатов наибольшую опасность представляет:

- а) брадикардия в) угнетение дыхания
- б) снижение АД г) обезвоживание

807. Кокаиновая наркомания приводит ко всему, кроме:

- а) судорог в) смерти от нарушения ритма сердца
- б) психоза г) развития физической зависимости

808. Вызывает синдром отмены все, кроме:

- а) опиатов в) никотина
- б) кокаина г) барбитуратов
- д) марихуаны

809. С каким из перечисленных состояний наиболее сходны клинические и лабораторные признаки алкогольного кетоацидоза при интоксикации этанолом:
- а) с кетоацидозом при алкогольном абстинентном синдроме
 - б) с кетоацидозом при уремии
 - в) с кетоацидозом при голодании
 - г) с кетоацидозом при отравлении этиленгликолем
 - д) с диабетическим кетоацидозом
810. Через какой срок обычно после прекращения длительного употребления больших количеств алкоголя развивается "белая горячка"?
- а) 1-2 дня г) 9-12 дней
 - б) 3-5 дней д) 14-21 день
 - в) 6-8 дней
811. Для гашишной наркомании типично:
- а) сниженное настроение в) рвота
 - б) угнетение аппетита г) расстройство памяти
812. Какой эффект не характерен для опиатов?
- а) повышение АД г) брадикардия
 - б) сужение зрачков д) запор
 - в) тошнота
813. Прямыми антагонистами элениума являются:
- а) кальция хлорид в) налоксон
 - б) бемеград г) флумазенил
814. Для лечения синдрома "лекарственного паркинсонизма", развившегося после приема галоперидола, следует назначить:
- а) циклодол г) кальция хлорид
 - б) преднизолон д) все вышеперечисленное
 - в) магния сульфат
815. Назначение нейролептиков фенотиазинового ряда при алкогольном абстинентном синдроме следует избегать потому, что они вызывают:
- увеличение АД
 - повышают гидрофильность тканей мозга
 - провоцируют судороги за счет дистонических реакций
 - увеличивают Р-Р интервал на ЭКГ
- Варианты ответа:
- а) 1,2; б) 2,3; в) 3,4; г) все правильно
816. Эффекты психостимуляторов включают все, кроме:
- а) тахикардии в) отсутствия чувства голода
 - б) депрессии г) бессонницы
817. Лечение алкогольного абстинентного синдрома не требует:
- а) введения витамина В₁
 - б) введения бензодиазепинов
 - в) приема кофеина
 - г) внутривенного вливания растворов

д использования нейролептиков

818. Наиболее характерные изменения ЭКГ при применении марихуаны включают:

- а синусовую брадикардию г) расширение комплекса QRS
- б синусовую тахикардию л) все вышеперечисленное
- в АВ блокады первой степени

819. Для патологического опьянения характерны:

- а) полная независимость от дозы принятого алкоголя
- б) отсутствие признаков, присущих обычному опьянению
- в) амнезия после эпизода опьянения
- г) верно а), б)
- д) верно а), б), в)

820. Наиболее выраженные проявления синдрома отмены наблюдаются при злоупотреблении:

- а) морфием в) диазепамом
- б) гашишем г) ЛСД

821. Наиболее объективным показателем алкогольной интоксикации человека является:

- а уровень сознания в) нарушение поведения
- б концентрация этанола в крови г) координация

822. Для абстинентного синдрома верно следующее:

- а возникает вслед за прекращением приема наркотика или введения антагониста
- б купирование абстинентного синдрома приводит к излечению наркомана
- в наблюдается при всех видах наркоманий
- г) во всех случаях возникает угрожающее жизни состояние

823. Для острой интоксикации, связанной с вдыханием дурманящих ингаляционных веществ, верно все, кроме:

- а) нарушения походки в) спутанности сознания
- б) зрительных галлюцинаций г) брадикардии

824. У злоупотребляющих веществами с холинолитическим действием отмечается все, кроме:

- а) иллюзий и галлюцинаций в) миоза
- б) неотчетливого зрения г) тахикардии

825. Осложнения наркоманий включают:

- а) отравления примесями веществ используемых для приготовления наркотика
- б) падение иммунной системы
- в) развитие бактериальных эндокардитов
- г) все перечисленное
- д) ничего из вышеперечисленного

826. К опасностям и осложнениям, связанным со злоупотреблением одурманивающими веществами, относится все, кроме:

- а) раздражения бронхов и носа

- б)поражения печени и почек
- в)сердечных аритмий
- г)рака легкого

827.К опасностям и осложнениям,связанным со злоупотреблением марихуаной относится все кроме:

- а)изменения памяти и способности к обучению
- б)снижение времени реакции и ухудшение координации
- в)нарушение легочной функции
- г)гипертензии

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

828. Источник носового кровотечения обычно находится в:

- а) дне полости носа
- в) средней носовой перегородке носа
- б)перегородке носа
- г) в носовых полипах

829. Эстренная медицинская помощь при носовом кровотечении включает в себя:

- 1)контроль АД
- 2)холод на переносицу
- 3)тампонада носа

Варианты ответа:

- а) 1,2; б) 2,3; в) 1,2,3; г) ничего из перечисленного

830. Тромбоз кавернозного синуса вероятен при:

- 1)фурункуле носа
- 2)мастоидите
- 3)переломе стенок придаточных пазух

Варианты ответа:

- а) 1,3; б) 1,2; в)1,2,3; г) ничего из перечисленного

831.Причиной носового кровотечения может быть:

- 1)сепсис
- 2)гемофилия
- 3)артериальная гипертензия

Варианты ответа:

- а) 1,2; б) 2,3; в)1,2,3; г) ничего из перечисленного

832.Носовое кровоизлияние необходимо дифференцировать с:

- а) кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода
- б)легочным кровотечением
- в) кровотечением при переломах основания черепа
- г) верно1 а), б)
- д)верно*), б), в)

833.Экстренным мероприятием при абсцессах глотки будет:

- а) поддержание проходимости дыхательных путей
- б)антибиотикотерапия
- в) идентификация возбудителя инфекции
- г) вскрытие и дренирование абсцесса

834.Абсцессы глотки осложняются:

- а) обструкции дыхательных путей
- б) обструкцией дыхательных путей, поражением нервов
- в) обструкцией дыхательных путей, поражением нервов и сонной артерии
- г) ничем из перечисленного

835. Все перечисленные утверждения относительно злокачественного наружного отита верны, кроме того, что:

- а) наблюдается главным образом у диабетиков
- б) возбудитель — синегнойная палочка
- в) часто необходимо хирургическое лечение
- г) для лечения предпочтительны антибиотики местно

836. Самый частый вид абсцесов глотки у взрослых лиц:

- а) ретрофарингеальный
- б) паратонзиллярный
- в) парафарингеальный
- г) сублингвальный

837. Для мастоидита характерно все, кроме:

- а) боль в ухе после появления отореи
- б) как правило, по отношению к инфекции среднего уха
- в) типично "нависание" задней стенки слухового прохода
- г) этиотропная антибиотикотерапия первостепенна

838. Стенозирующий ларинготрахеобронхит отличается от острого эпиглотита всем, кроме того, что он имеет:

- а) более скрытое начало
- б) причина — всегда вирус
- в) инфекционный агент, как правило бактериальный
- г) интубация трахеи требуется реже

839. Симптом острого среднего отита:

- а) боль в ухе
- б) боли в ухе, потеря слуха
- в) боли в ухе, потеря слуха, гнойные выделения
- г) ничто из перечисленного

840. Диагноз среднего отита наиболее точно подтверждают:

- а) взятие мазка и бактериальный посев
- б) отоскопия и тимпанометрия
- в) оторея и потеря слуха
- г) оторея и боль в ухе

841. Для лечения острого среднего отита подходит все, кроме:

- а) антибиотиков
- б) тимпаноцентеза
- в) дренирования среднего уха
- г) деконгестантов и антигистаминных

842. Первые симптомы острого синусита у детей младше 5 лет:

- а) головная и лицевая боль
- б) снижение обоняния
- в) изменение голоса
- г) густые гнойные выделения из носа

843. Больной потерял сознание во время еды, поперхнувшись пищей при разговоре. Наиболее подходящим первоочередным мероприятием будет:

- а) пункционная трахеостомия
- в) прямая ларингоскопия

б коникотомия г) прием Геймлиха

844. Экстренная трахеотомия показана в первую очередь при:

- а) аспирации инородного тела
- б) декомпенсированным стенозом гортани
- в) параличе голосовых связок
- г) параличе межреберной мускулатуры

845. Неотложная помощь при баротравме барабанной перепонки на догоспитальном этапе:

- а) асептическая повязка на ухо
- б) асептическая повязка на ухо, туалет слухового прохода
- в) асептическая повязка на ухо, туалет слухового прохода, введение тампонов в слуховой проход
- г) ничто из перечисленного

846. Холод при носовом кровотечении накладывается на:

- а) 2 мин в) 30 мин
- б) 10 мин г) 2 ч

847. Внезапная потеря слуха может быть связана со всем перечисленным, кроме:

- а) перелома основания черепа в) нарушения мозгового кровообращения
- б) лечения цефалоспоридами г) эпидемического паротита

848. Для болезни Меньера верно все, кроме:

- а) снижения слуха
- б) постоянного нарушения равновесия
- в) головокружения, несвязанного с изменениями положения тела
- г) положительных температурных рефлексов

849. Все утверждения относительно системного головокружения верны, кроме того, что:

- а) происходит "вращение" больного или окружающих его предметов в пространстве
- б) часто возникает при нарушениях мозгового кровообращения
- в) обычно не связано с положением тела
- г) при нем эффективны седативные средства

850. При попадании круглого инородного предмета в слуховой проход наиболее подходящее мероприятие:

- а) удалить инородное тело тонким зажимом
- б) наклонить голову вниз и выполнить продувание слуховых труб
- в) удалить инородное тело струей воды
- г) проконсультировать больного у специалиста.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЬНЫМ

851. Что из перечисленного верно для дизентерии?

- а) жидкий обильный стул, без примесей
- б) инкубационный период - несколько часов
- в) болезненность по ходу толстого кишечника слева
- г) первоначально адекватная антимикробная терапия

852. Какой из указанных пунктов не относится к сальмонеллезу?

- а) гастроэнтерит в) боли в эпигастрии
- б) колит г) тифоподобное состояние

853. Крупом осложняется все: кроме:

- а) дифтерии в) кори
- б) коклюша г) краснухи

854. При лечении синдрома крупа необходимы в первую очередь:

- а) антибиотики в) коникотомия
- б) кортикостероиды г) парокислородная терапия

855. Подберите для каждого описания пациента соответствующий диагноз:

корь - у 6-летней девочки наблюдается конъюнктивит и пятнисто-пупулезная сыпь, возникшая в голове и распространяющаяся вниз
ветряная оспа - у 4-летнего мальчика отмечается везикулярная сыпь, которая напоминает капли росы

Варианты ответа:

- а) все правильно
- б) правильного ответа нет
- в) правильный ответ 1
- г) правильный ответ 2

856. При ВИЧ-инфекции в периферической крови:

- а) гранулоцитоз в) увеличение Т-хелперов
- б) лимфонения г) моноцитоз

857. Какое из перечисленных утверждений не относится к ВИЧ-инфекции?

- а) передается кроваво-контактным путем
- б) заражение ребенка ВИЧ-инфицированной матерью чаще происходит внутриутробно
- в) острая фаза заболевания сходна с инфекционным мононуклеозом
- г) наиболее часто поражается селезенка

858. Жидкий стул характерен для всех перечисленных заболеваний, кроме:

- а) холера в) ботулизм
- б) сальмонеллез г) дизентерия

859. Генерализованную микроаденопатию редко встречаются при:

- а) СПИДе в) малярии
- б) инфекционном мононуклеозе г) сифилисе

860. Лихорадка типична для всех перечисленных заболеваний, кроме:

- а) дифтерии в) столбняка
- б) чумы г) брюшного тифа

861. Сыпь отмечается при:

- а) холера в) кори
- б) дизентерии г) бруцеллезе

862. Все суждения, касающиеся брюшного тифа, верны, кроме:

- а) передается через воду
- б) осложняется желудочно-кишечным кровотечением
- в) преимущественно поражается толстый кишечник
- г) отмечается задержка стула и метеоризм

863. Что из перечисленного верно в отношении бешенства?

- а) может передаваться от человека к человеку
- б) происходит заражение от животных
- в) в числе симптомов постоянно гиперэздражительность
- г) подтверждение диагноза основано на обнаружении телец Ней-ри в нервных клетках

864. Основная причина дыхательной недостаточности при ботулизме:

- а) угнетение дыхательного центра
- б) токсический отек легких
- в) паралич дыхательной мускулатуры
- г) аспирация рвотных масс

865. При менингококкцемии менее всего вероятно:

- а) септический шок
- б) абсцесс печени
- в) кровоизлияние в надпочечник
- г) острый миокардит

866. Для холеры верно все, кроме:

- а) обильный водянистый стул
- б) нормальная температура
- в) схваткообразные боли в эпигастрии
- г) алгид

Для заданий 867-871 : подберите соответствия

Варианты ответа:

- а) все ответы правильные
- б) правильного ответа нет
- в) все правильно, кроме 1
- г) все правильно, кроме 2
- д) все правильно, кроме 3

867. Этапность появления сыпи:

корь - шея-туловище-лицо-конечности

скарлатина - этапности нет

ветряная оспа - лицо-шея-туловище-конечности

868. Пути передачи инфекции:

гепатит А - фекально-оральный

гепатит В - парентеральный

холера - фекально-оральный

869. Длительность продромального периода:

менингококкемия - менее 3 суток

ветряная оспа - менее 3 дней

брюшной тиф - менее 3 дней

870. Патологическим процессом преимущественно характеризуется:
брюшной тиф - желудочно-кишечный тракт
коклюш - легочная ткань
ветряная оспа - кожа

871. Характерные кожные поражения:
туляремия - резко болезненный карбункул
чума - безболезненные язвы
сибирская язва — безболезненный с четкими контурами бубон

872. Что из перечисленного менее всего соответствует клинической картине чумы?
а) болезненные без четких границ бубоны
б)инфекционно-токсический шок
в)геморрагическая плевропневмония
г) психомоторная заторможенность

873. Какое из нижеследующих утверждений не относится к чуме?
а) контактных лиц изолируют в течение 6 дней и назначают аминогликозиды
б)для лабораторной диагностики можно использовать пунктаты из бубона
в)сепсис всегда продолжение кожно-бубонной и легочной чумы
г) заражение обычно через укус блохи

874.Какое из нижеследующих утверждений не относится к инфекционно-токсическому шоку?
а) возникает в результате бактериальных, вирусных и паразитарных инфекций
б)осложняется ДВС-синдромом
в) характерны бледные и холодные кожные покровы
г) необходима срочная этиотропная антибиотикотерапия

875.Все суждения, касающиеся эксикоза, верны, кроме:
а) внутривенное введение растворов - лучший способ регидратации
б)при тяжелых эксикозах необходим контроль ЦВД
в) наиболее важный показатель эффективности терапии - изменение массы тела
г) характерны гипотония, тахикардия и олигоурия

876. Клещевой энцефалит:
а)инкубационный период несколько часов
б)характерна сыпь на коже живота
в)у некоторых людей имеется естественная иммунизация
г) заражение происходит парентеральным путем

877. Столбняк:
а) путь передачи фекально-оральный
б)характерен жидкий стул и гипотермия
в)поражаются печень и селезенка
г) ясное сознание при судорожном приступе

878.Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом:
а) заражение происходит при контакте с больным человеком
б) в качестве этиотропной терапии используются антибиотики
в) олигоурия - манифестирующий признак

г) возможно развитие инфекционно-токсического шока

879. Для инфекционного мононуклеоза верно:

- а) гепатоспленомегалия и лимфоаденопатия - начальные симптомы
- б) гематологическая картина включает лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом
- в) наблюдается характерная сыпь, появляющаяся этапно
- г) бактериологические методы диагностики имеют наибольшее значение

880. Краснуха:

- а) у взрослых протекает легче, чем у детей
- б) начальные симптомы - острое воспаление дыхательных путей
- в) может вызвать пороки развития в ранний срок беременности
- г) необходимо дифференцировать с ветряной оспой

881. Все суждения, касающиеся дифтерии верны, кроме:

- а) необходимо дифференцировать со скарлатиной
- б) в тяжелых случаях отмечается асфиксия
- в) возможно развитие миокардита
- г) отмечается язвенно-некротическая ангина

882. Токсическая форма дифтерии зева, характеризуется следующими признаками, кроме:

- а) боли в горле
- б) налет на миндалинах
- в) бледность кожи
- г) психомоторное возбуждение

883. Что из перечисленного не верно для гриппа?

- а) в начале заболевания отмечается: головная боль, кашель, миалгии
- б) при инфекции, вызванной вирусом гриппа А эффективен ремантадин
- в) высокая контагиозность
- г) часто развивается альвеолит

884. Девочка - 1 год больна в течение 8 часов. Внезапно повысилась температура, появилась резкая слабость. При осмотре: заторможена, частота дыхания 36 в 1 мин, АД 60/30 мм рт.ст., температура 41,5°C, петехиальная сыпь на ягодицах, бедрах, выбухание родничка.

Наиболее правильным будет:

- а) введение кортикостероидов
- б) взятие крови на посев, внутривенное введение растворов и антибиотиков
- в) спинномозговая пункция и взятие крови на бактериальный посев
- г) окраска по Граму содержимого высыпаний

885. Антибиотикотерапия при инфекционных заболеваниях применяется:

- а) на основании клинической картины
- б) при выявлении конкретного микроорганизма в окрашенном мазке
- в) с профилактической целью
- г) во всех перечисленных случаях

886. Активная иммунизация против гепатита В показана:

- а) гомосексуалистам
- б) гомосексуалистам, больным гемофилией

- в) гомосексуалистам, больным гемофилией, некоторым категориям медицинских работников
- г) ни одной из перечисленных категорий лиц

887. Иммуноterapia — надежный способ лечения:

- а) сибирской язвы
- б) сибирской язвы, дифтерии

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

892. Все из перечисленного правильно характеризует изменения сердечно-сосудистой системы во время беременности, кроме:

- а) сердце смещается вверх и влево
- б) увеличение частоты сердечных сокращений в покое на 10-15 ударов в мин
- в) повышение артериального давления и сосудистого сопротивления
- г) на ЭКГ определяется смещение электрической оси сердца влево
- д) сердечный выброс увеличивается

893. Снижение артериального давления у женщины в третьем триместре беременности во время транспортировки на спине обусловлено:

- а) сдавление аорты и нижней полой вены
- б) маточно-вазомоторный рефлекс
- в) замедленная реакция сосудодвигательного центра на перераспределение крови
- г) вагусная реакция на увеличение притока крови к сердцу

894. Эффективность родовой деятельности оценивается в первую очередь по:

- а) частоте сердечных сокращений плода
- б) темпу сглаживания и раскрытия шейки матки
- в) длительности родов
- г) частоте и продолжительности схваток

895. Показателем начала второго периода родов является:

- а) потуги
- б) рождение головки
- в) опускание предлежащей части в малый таз
- г) полное раскрытие шейки матки

896. Для партусистена верно все, кроме:

- а) а-адреномиметик в) вводится внутривенно
- б) токолитическое действие г) вызывает брадикардию у матери

897. Показаниями для госпитализации в акушерское отделение родильного дома является все, кроме:

- а) начинающиеся роды при сроках гестации с 22 недель беременности до 28 недель
- б) угроза прерывания беременности при сроках гестации более 28 недель
- в) женщины, родившие вне родильного дома
- г) беременные при сроках гестации более 28 недель с признаками инфекции

898. Преждевременными считаются роды, наступившие на сроке беременности:

- а) до 37 недель в) до 39 недель

- б до 38 недель г) до 40 недель
899. Для тазового предлежания не характерно:
- баллотирующая часть на дне матки
 - баллотирующая часть над входом в малый таз
 - высокое расположение дна матки
 - сердцебиение плода прослушивается выше пупка
900. Первичная слабость родовой деятельности вернее всего характеризуется:
- болезненные схватки
 - запоздалое излитие околоплодных вод
 - медленное продвижение предлежащей части
 - замедленное развитие шейки матки
901. Оценка состояния новорожденного включает все, кроме:
- частоты сердечных сокращений
 - частоты дыхательных движений
 - гемолитической болезни плода
 - цвета кожи
902. Меконий в околоплодных водах свидетельствует о:
- хронической гипоксии плода
 - антенатальной гибели плода
 - гемолитической болезни плода
 - острой гипоксии плода
903. Кровянистые выделения во второй половине беременности свидетельствуют о:
- дородовом излитии вод
 - инфекции родовых путей
 - абсолютной короткости пуповины
 - предлежании плаценты
904. При начавшемся кровотечении в послеродовом периоде необходимо:
- осмотреть родовые пути
 - ввести метилэргометрин
 - определить признаки отделения плаценты
 - произвести ручное отделение плаценты
905. При кровотечении в 3-м периоде родов и наличии признаков отделения плаценты необходимо:
- ввести метилэргометрин
 - положить холод на низ живота
 - выделить плаценту наружными приемами
 - прижать аорту
906. При кровотечении в 3-м периоде родов и наличии признаков отделения плаценты необходимо:
- ввести сокращающие матку средства
 - применить прием Креде
 - осуществить ручное отделение и выделение последа
 - положить холод на низ живота
907. Для профилактики кровотечения в родах при пререзывании головки используется: '
- метилэргометрин
 - промедол
 - викасол
 - маммофизин
908. Наиболее частая причина кровотечения в раннем послеродовом периоде:

- а) остатки плацентарной ткани в) разрыв шейки матки
б) повышение температуры в родах г) гипотония матки
909. Гипотония матки возможна при:
а) многоплодии г) верно а), в)
б) крупном плоде д) а), б), в)
в) первичной слабости родовой деятельности
910. Длительно текущий токсикоз беременных вызывает:
а) дородовое излитие вод
б) эмболию легочной артерии
в) отслойку плаценты г) разрыв матки
911. Появление у беременной ОПГ с гестозом болей в эпигастральной области свидетельствует о:
а) преэклампсии в) гестационном пиелонефрите
б) резус-конflikте г) предлежании плаценты
912. Симптом эклампсии:
а) гипертензия в) протеинурия
б) отеки г) судороги
913. Осложнения эклампсии все, кроме:
а) сепсис в) отек легких
б) почечная недостаточность г) кровоизлияние в мозг
914. Для экстренной помощи беременной женщине с эклампсией используется все, кроме:
а) диазепам в) дроперидол
б) сульфат магния г) лазикс
915. Эклампсию дифференцируют с:
а) эпилепсией г) верно а, б
б) менингитом д) верно а, б, в
в) гипертоническим кризом
916. Отслойка плаценты осложняется:
а) острой почечной недостаточностью
б) острой дыхательной недостаточностью
в) синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания
г) острой сердечно-сосудистой недостаточностью
917. Клинические признаки разрыва трубной беременности включают:
а) задержки менструаций г) верно а), б), в)
б) внезапную резкую боль в тазу и животе д) верно б), в)
в) шок
918. Перекручивание кисты яичника характеризуется всем, кроме:
а) внезапного начала на фоне гипертермии
б) резких болей внизу живота
в) наличия при УЗИ опухолевидного образования придатков
г) выраженного похудения в анамнезе

919. При прерывании внематочной беременности по типу трубного аборта отмечаются:
- а) приходящие, схваткообразные боли внизу живота
 - б) скудные кровянистые выделения из половых путей
 - в) задержки менструаций
 - г) верно а), в)
 - д) верно а), б), в)
920. Для апоплексии яичника характерно все, кроме:
- а) болей внизу живота
 - б) отрицательных тестов на беременность
 - в) лейкоцитоза
 - г) перитонеальных симптомов
921. Инфекция женских половых органов обычно манифестирует от сальпингита до пельвиоперитонита. Клиническая картина при этом включает все, кроме:
- а) болей в животе, иррадиирующих в таз
 - б) перитонеальных симптомов
 - в) лихорадки, лейкоцитоза в анализах крови
 - г) повышения активности амилазы
922. Тромбоз легочной артерии часто встречается при акушерско-гинекологических вмешательствах. Установлено, что при этом:
- а) подъем ЦВД и увеличение давления в правом предсердии
 - б) выраженность симптомов зависит от локализации, размеров, количества эмболов
 - в) имеется классическая триада: кровохарканье, одышка, боль в грудной клетке
 - г) верно а), б), в)
 - д) верно а), б)
923. У женщин, принимающих пероральные контрацептивы, в лабораторных анализах не характерно:
- а) повышение протромбинового теста
 - б) повышение содержания фибриногена
 - в) нарушение толерантности к глюкозе
 - г) замедление времени свертывания крови
924. У больной с маточным кровотечением длительностью более трех недель важно выявить в анамнезе:
- а) страдает ли она или члены семьи с обильными менструациями
 - б) наличие беременности
 - в) применялись ли пероральные противозачаточные средства
 - г) верно а), б)
 - д) верно а), б), в)
925. Осложнением внутриматочной спирали является:
- а) привычный выкидыш
 - б) острая инфекция половых органов
 - в) тромбоз вен таза
 - г) внематочная беременность
926. Неперфорированная девственная плева вызывает все, кроме:
- а) гематокольпоза
 - б) гематометра

б дизурии г) анемии

927. Ранние находки при раке груди у женщин все, кроме:

- а) наличия пальпируемого образования
- б) выделения из сосков
- в) втяжения соска
- г) гирсутизма

928. Больная 17 лет внезапно почувствовала резкие боли внизу живота, была кратковременная потеря сознания.

Из анамнеза: менструации с 12 лет, регулярные, через 28 дней, по 3-4 дня, с болями. Последняя менструация - 2 недели назад. Половую жизнь отрицает. При осмотре: бледна, АД 80/40 мм рт. ст., ЧСС 11 О/мин, живот напряжен в нижних отделах, умеренно болезненный, слабо выраженные симптомы раздражения брюшины. Мочеиспускание свободное, стул был. Наиболее вероятный диагноз:

- а) перекручивание кисты яичника
- б) острый аднексит
- в) апоплексия яичника
- г) тромбоз вен таза

929. Больная 27 лет отмечает резкие боли внизу живота, больше справа с иррадиацией в прямую кишку, слабость, головокружение, тошноту.

Из анамнеза: менструации с 13 лет, через 28 дней, регулярные, 3-4 дня, без боли. Родов - 1, последняя менструация 2,5 месяца назад. Обследовалась для проведения искусственного аборта. Внематочная беременность год назад. Справа - тубэктомия. Объективно: бледна, АД 80/50 мм рт.ст., ЧСС 100/мин, температура 36,7°C. Живот умеренно вздут напряжен, болезненный в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины. Выделения из половых путей светлые.

Наиболее вероятный диагноз:

- а) апоплексия яичника
- б) прервавшаяся внематочная беременность
- в) перекрут кисты яичника
- г) острый аднексит

930. Первобеременная, 25 лет.

Состоит на учете по беременности. Срок беременности 34-35 недель. Жалобы на головную боль, тошноту. Объективно: АД 150/100 мм рт.ст.; ЧСС 100/мин., температура 36,8° С. Матка плотная, в тонусе. Шевеление плода не ощущает. Кровянистые выделения из половых путей. Наиболее вероятный диагноз:

- а) преждевременные роды
- б) отслойка плаценты
- в) предлежание плаценты
- г) пузырный занос

- в) сибирской язвы, дифтерии, сепсического шока
 - г) ни в одном из перечисленных случаев
 - 888. Наименее вероятный фактор риска возникновения инфекции:
 - а) диабет
 - б) алкоголизм
 - в) гранулоцитопения
 - г) депрессия
 - 889. Наименее подходящим для дифференциального диагноза аллергии от инфекции будет:
 - а) уртикарная сыпь и лихорадка
 - б) сыпь и лихорадка, возникшие после введения лекарства
 - в) сыпь, лихорадка и эозинофилия, возникшие после курса лечения
 - г) одновременно возникшие сыпь, ангионевротический отек, гипотония
 - 890. Иммуноterapia - надежный способ лечения во всех случаях, кроме:
 - а) сибирская язва
 - б) ботулизм
 - в) дифтерия
 - г) септический шок
 - 891. Наиболее частая причина летального исхода:
 - а) сибирская язва - инфекционно-токсический шок
 - б) ботулизм - остановка дыхания
 - в) холера - эксикоз
 - г) дифтерия - остановка сердца
- Варианты ответа:
- а) все ответы правильные
 - б) правильного ответа нет
 - в) все правильно, кроме 1
 - г) все правильно, кроме 2

ПОМОЩЬ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

-
- 931. Аллергический отек век характеризуется всем, кроме:
 - а) внезапного появления и исчезновения
 - б) чаще односторонний
 - в) обычно на верхнем веке
 - г) выраженных субъективных ощущений
 - 932. Лечение аллергического конъюнктивита включает:
 - а) кортикостероиды
 - б) кромолин натрия
 - в) антигистаминные
 - г) верно а), в)
 - д) верно а), б), в)
 - 933. Все верно для травматического отека век, кроме:
 - а) синюше-багрового цвета
 - б) подкожных кровоизлияний
 - в) травмы в анамнезе
 - г) необходимы местно кортикостероиды
 - 934. Для абсцесса века не характерно:
 - а) отечность века
 - б) гиперемия
 - в) острое начало
 - г) пальпация безболезненная
 - 935. Подобрать соответствия:
 - аллергический конъюнктивит - кортикостероиды
 - иридоциклит - атропина сульфат
 - глаукома - пилокарпин
 - абсцесс века - антибиотики
- Варианты ответа:

- а) все ответы правильные
- б) правильного ответа нет
- в) все правильно, кроме 1
- г) все правильно, кроме 2
- д) все правильно, кроме 3

936. Больной жалуется на упорное слезотечение.

При осмотре: гнойное отделяемое из слезных точек, боль при пальпации области слезного мешка, кожа в этом месте гиперемирована, отечна. Наиболее вероятный диагноз:

- а) конъюнктивит
- б) ячмень
- в) иридоциклит
- д) дакриоцистит

937. Больной в течение 1,5 лет отмечал постоянное слезотечение справа.

Последние сутки после попадания в правый глаз соринки отмечает боль в правом глазу, ощущение инородного тела за веками, ухудшение зрения. При осмотре: покраснение правого глаза, вблизи центра роговицы - округлый инфильтрат желтовато-зеленоватого цвета. Пальпация глаза резко болезненная, из нижней слезной точки появляется гнойное отделяемое. Предполагаемый диагноз:

- а) дакриоцистит
- б) бактериальный конъюнктивит
- в) гнойная язва роговицы на фоне хронического дакриоцистита
- г) кератит

938. Атропина сульфат - средство неотложной помощи, когда развивается:

- а) острый приступ глаукомы
- в) острый дакриоцистит

б) острый блефарит г) острый иридоциклит

939. Для иридоциклита не типично:

- а) расширение зрачка
- б) изменение цвета радужки
- в) внутриглазное давление нормальное или сниженное
- г) резкая болезненность при пальпации

940. Ранний и наиболее частый симптом детской глаукомы:

- а) слезотечение в) страбизм
- б) фотофобия г) гипертрофия роговицы

941. При первичной глаукоме избегать назначения:

- а) димедрола в) клофеллина
- б) морфия г) анаприлина

942. Лечение острого приступа глаукомы включает:

- а) горячие ножные ванны г) верно а), б)
- б) ингибиторы карбоангидразы д) верно а), б), в)
- в) инсталляции холиномиметиков

943. Для приступа глаукомы не характерно:

- а) затуманивание зрения
- б) боль в глазу
- в) узкий зрачок, не реагирующий на свет
- г) больной глаз более плотен при пальпации

944. При остром приступе глаукомы отмечаются все жалобы, кроме:

- а) боли в глазу
- б) снижения зрения
- в) нарушения подвижности глазного яблока
- г) светобоязни

945. Тетрациклины предпочтительны при:

- а) остром аденовирусном конъюнктивите в) ячмене
- б) остром бактериальном конъюнктивите г) трахоме

946. Больной после тупой травмы глаза жалуется на резкое снижение зрения. Дифференциальный диагноз будет включать:

- а) гипертоническую болезнь
- б) опухоль сосудистой оболочки
- в) сахарный диабет
- г) ничего из перечисленного

947. Молодой человек, страдающий близорукостью, после прыжка с высоты отметил кратковременное появление перед глазами искрящихся точек, "завесу" перед левым глазом и искажение окружающих предметов.

Предполагаемый диагноз:

- а) спазм центральной артерии сетчатки г) отслойка сетчатки
- б) гемофтальм д) истерическая амблиопия
- в) подвывих хрусталика

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ УРОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

961. Наиболее частая причина острой задержки мочи у мужчин старше 60 лет:
а) острый пиелонефрит в) острый уретрит
б) почечная колика г) аденома простаты
962. Анурия отмечается при интоксикации:
а) уксусной кислотой г) верно а), б)
б) этиленгликолем д) верно а), б), в)
в) сулемой
963. О какой причине макрогематурии прежде всего можно предположить при отсутствии почечной колики?
а) камень лоханки в) камень мочеточника
б) опухоль почки г) вазоренальная гипертрофия
964. Для острого пиелонефрита типично все, кроме:
а) затрудненного мочеиспускания в) болей в поясничной области
б) лихорадки с ознобом г) пиурии
965. Какой признак наиболее характерен для внутрибрюшного разрыва мочевого пузыря?
а) повышение температуры тела
б) отсутствие печеночной тупости
в) притупление в отлогих частях живота
г) пострадавший не может самостоятельно помочиться
966. Почечная колика лечится:
а) анальгетиками г) верно а), в)
б) теплом д) верно а), б), в)
в) спазмолитиками
967. Неотложная помощь при приапизме включает все, кроме:
а) холодных сидячих ванн
б) интракавернозного введения папаверина
в) интракавернозного введения адреналина
г) обезболивания
968. Разрыв мочевого пузыря вызывает:
а) отсутствие печеночной тупости
б) симптом Ровзинга
в) симптом "малинового желе"
г) частичные позывы на мочеиспускание с выделением небольшого количества
969. Наиболее характерно для разрыва уретры:
а) приступообразные боли в поясничной области
б) выделение крови из уретры
в) боли в промежности
г) симптомы перитонита
970. Все из нижеперечисленного может быть причиной анурии, кроме:
а) краш-синдрома в) тромбоза почечных артерий

б) артериальной гипотензии г) аденомы простаты

971. У пострадавшего с множественными комбинированными травматическими поражениями отмечена прогрессивно нарастающая олигурия, снижение массы тела. Боли в поясничной области отсутствуют.

Какая наиболее вероятная причина олигурии?

- а) обтурация одного из мочеточников камнем
- б) обтурация обоих мочеточников камнями
- в) общая дегидратация
- г) острая почечная недостаточность

972. Как изменится почечный кровоток у человека при снижении артериального давления с 200 мм рт.ст. до 70 мм рт.ст

- а) практически не изменится
- б) уменьшится примерно в 2 раза
- в) уменьшится более, чем в 2 раза
- г) прекратится полностью

973. Пострадавшего при землетрясении со сдавленной обеих нижних конечностей удалось освободить через 4 часа. Развитие какого патологического процесса наиболее вероятно у него.

- а) фибринолиз
- б) острая почечная недостаточность
- в) гиперкоагуляция с тромбозом сосудов
- г) метаболический ацидоз

974. У молодого больного - травма поясничной области вследствие удара. Состояние удовлетворительное. АД 120/70, ЧСС 85 в мин, температура 37°C. Мочеиспускание свободное. Гематурия. Давность травмы - 24 ч.

Наиболее вероятный диагноз:

- а) забрюшинная гематома
- б) внутрибрюшной разрыв мочевого пузыря
- в) внебрюшинный разрыв мочевого пузыря
- г) субкапсулярная гематома

975. Все перечисленные препараты могут способствовать усилению имеющейся гиперкалиемии, кроме:

- а) каптоприла в) изониазида
- б) верошпирона г) триамтерена

976. Женщина 22 лет жалуется на частое и болезненное мочеиспускание, повышение температуры до 37,5 °С. Подобные жалобы беспокоят в течение суток и ранее ничего подобного она не отмечала. Недавно вышла замуж. До этого половой жизнью не жила. Гинекологический анамнез не отягощен.

Наиболее вероятный диагноз:

- а) инфекция мочевыводящих путей в) острый цистит
- б) острый пиелонефрит г) аднексит

977. Мужчина 76 лет доставлен в больницу в связи с двухдневным отсутствием выделения мочи. В приемном покое больной самостоятельно помочился, выделив большое количество мочи обычного цвета. АД 170/90.

Наиболее вероятный диагноз:

- а) обтурация мочевыводящих путей, обусловленная патологией простаты
- б) почечная недостаточность
- в) травма мочевого пузыря
- г) травма мочеиспускательного канала

978. Мужчина 28 лет жалуется на выделение мочи цвета чая и отеки ног. Примерно 3 недели назад у него "болело горло" и он лечился аспирином и пенициллином. При обследовании: АД 150/110 мм рт. ст., ЧСС - 90 в мин, температур» тела 37,4°C, Периферические отеки чуть выше лодыжек. Общий анализ мочи: белок, глюкозы - нет; лейкоцитов - 20-30 в поле зрения, эритроциты свежие. Наиболее вероятный диагноз:

- а) острый постстрептококковый гломерулонефрит
- б) острый пиелонефрит
- в) острый цистит
- г) почечннщ колика

979. Какой из перечисленных признаков наиболее типичен для инфицирования верхних мочевыводящих путей в сравнении с инфицированием нижних отделов?

- а) повышение температуры до 38,5°C в) пиурия
- б) бактериурия г) дизурия

980. Острый гломерулонефрит может имитировать все перечисленное, кроме:

- а) узелковый периартрит в) пиелонефрит
- б) подострый бактериальный эндокардит г) красная волчанка

981. Что из указанного наиболее типично для анализов мочи при остром гломерулонефрите?

- а) протеинурия в) эритроцитарные цилиндры
- б) микрогематурия г) гиалиновые цилиндры

982. Что из нижеуказанного позволяет максимально быстро снизить уровень калия при гиперкалиемии вследствие краш-синдрома?

- а) внутривенное введение глюконата кальция
- б)внутриненное введение сернокислой магнезии
- в)внутривенное введение глюкозо-инсулиновой смеси
- г) пероральное назначение ионообменных смол

983. Острая почечная недостаточность, связанная с рабдомиолизом, может развиваться при:

- а) длительных тяжелых физических нагрузках г) верно а), б)
- б интоксикации опиатами д) верно а), б), в)
- в) обезвоживании

984.Дозу какого препарата необходимо наиболее тщательно подбирать при почечной недостаточности?

- а) тетрациклина в) левомицетина
- б эритромицина г) ампицилина

985 Выберите клинические признаки,наиболее характерные для почечной колики:

- а)высокая температура,боли по всему животу,болезненное мочеиспускание
- б)чувство жажды,боли над лобком
- в) боли в поясничной области приступообразного характера, иррадиирующие в бедро; частое болезненное мочеиспускание; положительный симптом Голдфлама

г) боли в спине без иррадиации, резко усиливающиеся при попытках встать; задержка мочи

986. Для вазоренальной гипертонии характерно все, кроме:

- а) заболевание часто встречается у лиц в возрасте до 30 лет или после 50 лет
- б) каптоприл наиболее подходящий препарат для снижения артериальной гипертензии

в) имеется тенденция к гиперкалиемии

- г) лечение каптоприлом может привести к острой почечной недостаточности

987. Для перекрута яичка не характерно:

- а) молодой возраст пациента
- б) внезапная боль в паховой области
- в) яички увеличены, напряжены
- г) гематурия

988. Для острого пиелонефрита беременных не типично:

- а) развивается у ранее здоровых женщин
- б) чаще с правой стороны, если односторонний
- в) сопровождается анорексией, тошнотой, рвотой
- г) вызывается главным образом мочекаменной болезнью

989. Острая задержка мочи у женщин может быть вызвана всем, кроме:

- а) скопления мочи в малом тазу
- б) миомы матки
- в) гематокольпоса
- г) беременной матки
- д) оральных контрацептивов

990. При острой почечной недостаточности в крови в норме:

- а) креатинин
- б) натрий
- в) калий
- г) мочеви́на

991. Полиурия не сочетается с:

- а) гиперкальциемией
- б) глюкозурией
- в) гипокалиемией
- г) гиперкалиемией

992. Инфицирование мочевыводящих путей у женщин менее всего связано с:

- а) анемией
- б) началом половой жизни
- в) беременностью
- г) сахарным диабетом

993. Острой задержке мочи способствует все, кроме:

- а) атропина
- б) сальбутамола
- в) морфия
- г) каптоприла

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

994. Какова продолжительность неотложного состояния неврологического профиля?

- а) 8 часов
- б) 10 мин
- в) до суток
- г) до 1 час
- д) не может характеризоваться какими-либо конкретными сроками

995. Особенности неотложных состояний неврологического профиля:

- а) быстро наступающее изменение сознания

- б) рано развивающиеся нарушения витальных функций
- в) наличие очаговой неврологической симптоматики
- г) одновременно наступающие изменения гуморального гомеостаза
- д) быстро и часто одновременно возникающее развитие функций организма и очаговой неврологической симптоматики

996. На какие группы принято разделять нарушения сознания?

- А) угнетение сознания и изменение сознания
- б) оглушение, сопор, кома
- в) делирий, оглушение, сумеречное состояние сознания
- г) оглушение, сопор, прекома, кома
- д) онейроидный синдром, аменция, делирий

997. Какие формы нарушения сознания могут представлять опасность для жизни?

- А) сопор, сумеречные расстройства сознания
- б) сопор, кома, алкогольный делирий
- в) оглушение, онейроидный синдром, аменция
- г) делирий, онейроидный синдром
- д) аменция, амнезия, делирий

998. Больной 42 лет, обратился через 2 суток от начала заболевания с жалобами на сильную головную боль, возникшую внезапно, тошноту, повторную рвоту, светобоязнь. В прошлом здоров. АД 130/80, пульс 68 в 1 мин., температура 37,8°C, ЧД 18 в 1 мин.

Ваш предварительный диагноз:

- а) менингит
- б) пневмония
- в) субарахноидальное кровоизлияние
- г) острая гипертоническая энцефалопатия
- д) приступ мигрени

999. Быстрое угнетение сознания и появление неврологических симптомов характерно для:

- а) ишемического инсульта
- б) наиболее тяжелых форм кровоизлияния в мозг и ЧМТ
- в) тяжелых форм нейроинфекции
- г) соматогенных ком
- д) эпилептического статуса

1000. Постепенное угнетение сознания при рано проявляющихся отчетливых симптомах очагового поражения головного мозга или оболочечных симптомах характерно для:

- а) тяжелой электротравмы нервной системы
- б) эпилептического статуса
- в) обширных инфарктов мозга
- г) острой гипертонической энцефалопатии
- д) тяжелой ЧМТ

1001. Характерные признаки перелома основания черепа:

- а) периорбитальные гематомы, заушные гематомы, крово- и лимфотечение из уха
- б) гематомы волосистой части головы
- в) носовое кровотечение
- г) множественные гематомы и ссадины головы
- д) кровотечение из ушной раковины

1002. Антипиретики у неврологических больных неэффективны при:

- а) пневмонии
- б) эпилептическом статусе, частых судорожных припадках
- в) инфекционных процессах
- г) резкой дисфункцией центральных терморегулирующих структур
- д) пролежнях

1003 Менингеальный синдром включает в себя (дайте наиболее полный ответ):

- а) ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и Брудзинского
 - б) головокружение, тошноту, рвоту
 - в) головную боль, рвоту, светобоязнь
 - г) болевые симптомы, гиперестезию, мышечные тонические симптомы
- "3} горметонию, гиперестезию

1004. Больная 64 лет обнаружена в комнате на полу без сознания в рвотных массах. Выявлено АД 240/120, пульс 82, напряженный, шумное, аритмичное дыхание 26 в мин. Парезы левых конечностей.

Наиболее вероятный диагноз:

- а) субарахноидальное кровоизлияние
- б) кровоизлияние в мозг
- в) ишемический инсульт
- г) эпилептический статус
- д) кома неясной этиологии

1005. Больной 53 лет жалуется на сильную головную боль в височной области, затрудненную речь, слабость в правых конечностях, преобладающую в руке, тошноту, АД 230/120.

Какие лекарства Вы будете применять в первую очередь?

- а) клофелин
- б) реополиглюкин, реомакродекс
- в) лазикс
- г) но-шпа, папаверин
- д) дибазол

1006. Больная 72 лет после дневного сна отметила онемение, неловкость, слабость в правых конечностях, затрудненную речь. АД 160/80, пульс 84, единичные экстрасистолы.

Какие лекарства предпочтительно ввести этой больной?

- а) эуфиллин, лазикс
- б) лазикс, пирацетам
- в) дибазол, но-шпа
- г) но-шпа, эуфиллин
- д) нифедипин, пирацетам

1007. Больной 35 лет диагноз субарахноидальное кровоизлияние. Госпитализируется в стационар. Транспортировка осуществляется:

- а) пешком
- б) на стуле, на руках
- в) на носилках с поднятым на 30° ножным концом
- г) на носилках с поднятым на 30° головным концом
- д) на носилках строго горизонтально

1008 У больного эпилептический статус. Вы проведете следующую терапию:

- а) магния сульфат в/м, глюкозу 40% в/в
- б) реланиум, глюкозу
- в) реланиум, анагсин, глюкозу
- г) лазикс, реланиум, глюкозу
- д) лазикс, сульфат магния, аналгин

1009 Длительность "терапевтического окна" при ишемическом инсульте:

- а) до 2ч б) 6 ч
- в) 8ч
- г) первые 2 часа от момента заболевания
- д) первые сутки от момента заболевания

1010. Клинические симптомы, наиболее характерные для кровоизлияния в головной мозг:

- а) резкая головная боль, быстро наступающее угнетение сознания, повторная рвота
- б) судорожные припадки
- в) тошнота, рвота, высокое АД
- г) головная боль, грубая очаговая симптоматика, высокое АД
- д) сильная головная боль, тошнота, рвота, менингеальный симптомокомплекс

1011. Наиболее частые жалобы у больных с субарахноидальным кровоизлиянием:

- а) тошнота, рвота, головокружение
- б) внезапная головная боль, тошнота, светобоязнь
- в) нарастающая головная боль, тошнота, рвота, высокая температура
- г) нарастающая головная боль, тошнота, светобоязнь, "мушки", цветные "стрелы" перед глазами
- д) тошнота, рвота, головокружение, двоение в глазах, шаткость походки

1012. Больная 74 лет, страдающая гипертонической болезнью, состоящая на учете в ПНД, обнаружена утром в своей постели без сознания, обмочилась, АД 150/90, ЧСС 80 в мин, температура 35,6°C, ЧД 22 в мин, "парусит" правая щека, выявляется парез взора вправо, симптом Бабинского справа.

Ваш предположительный диагноз:

- а) ишемический инсульт
- б) отравление таблетками
- в) кома неясной этиологии
- г) субарахноидальное кровоизлияние
- д) состояние после судорожного припадка

1013. Больной 54 лет обнаружен в одежде на диване в своей комнате без сознания, обмочился, АД 140/90, пульс 92 в мин, температура 37,8°C, ЧД 24 в минуту., двусторонний симптом Бабинского, лицо без убедительной ассиметрии, поднятые конечности не удерживает. Во время осмотра развился общий тоническо-клонический припадок с пеной у рта. Ваш предположительный диагноз:

- а) кровоизлияние в мозг г) субарахноидальное кровоизлияние
- б) ишемический инсульт д) отравление неизвестным ядом
- в) эпилептический статус

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ

1014. К каким видам шока относится ожоговый шок?

- а) бактериальный в) травматический
- б) гиповолемический г) анафилактический

1015. При какой площади поражения развивается картина ожогового шока?

- а) 10% поверхности тела в) 20 % поверхности тела
- б) 15 % поверхности тела г) более 20% поверхности тела

1016. При какой площади глубоких ожогов у людей среднего возраста можно говорить об ожоговом шоке?
- а) 5% поверхности тела в) 15% поверхности тела
б) 10% поверхности тела г) более 15% поверхности тела
1017. За счет каких компенсаторно-приспособительных механизмов поддерживается АД в первые часы ожогового шока?
- а) увеличения общего периферического сопротивления
б) депонирования крови
в) тахикардии и стабилизации МОС
г) централизации кровообращения
1018. Какие из перечисленных показателей наиболее информативны в периоде ожогового шока?
- а) АД; в) ОЦК;
б) ЦВД; г) ЧСС
1019. Какие факторы вызывают подозрение в отношении ожога дыхательных путей?
- а) локализация ожога в) обстоятельства травмы
б) обширность ожогов г) осиплость голоса
1020. К какой площади глубоких ожогов приравнивается ожог дыхательных путей?
- а) 5% поверхности тела в) 15% поверхности тела
б) 10% поверхности тела г) более 15% поверхности тела
1021. Какое количество от рассчитанного на первые сутки объема жидкости нужно перелить в первые 8 часов ожогового шока?
- а) 1/3; в) 2/3;
б) 1/2; г) 1/4
1022. Укажите препараты для коррекции ацидоза в шоке:
- а) раствор Рингера в) 5% раствор гидрокарбоната натрия
б) маннитол г) раствор глюкозы
1023. При появлении симптомов отека легких показано внутривенное введение:
- а) альбумина в) диуретиков
б) гемодеза г) плазмы
1024. Укажите препараты для лечения нарушений микроциркуляции при шоке:
- а) 5% раствор гидрокарбоната натрия г) гемодез
д) реополиглюкин
б) полиглюкин
в) гепарин
1025. Для купирования бронхоспазма и улучшения легочного кровообращения больному с ожогом дыхательных путей целесообразно назначить:
- а) большие дозы глюкокортикоидов в) ингибиторы протеолиза
б) гепарин г) бронхолитики
1026. С какого раствора Вы начнете инфузионную терапию больному только что пострадавшему от ожогов?
- а) раствор глюкозы г) 0,125% раствор новокаина

- б) полиглюкин д) раствор Рингера
- в) гемодез

1027. Какая клиническая картина со стороны желудочно-кишечного тракта характерна для тяжелого ожогового шока?

- а) сильная повторная рвота
- б) выраженный метеоризм и острое вздутие живота
- в) боли в животе
- г) профузная диарея

1028. Динамическая кишечная непроходимость в периоде ожогового шока наблюдается у большинства пострадавших при:

- а) поверхностных ожогах более 30% поверхности тела
- б) при глубоких ожогах до 30% поверхности тела
- в) при глубоких ожогах более 30% поверхности тела
- г) не наблюдается

1029. Причины гипопроотеинемии при ожоговом шоке:

- а) плазмопотеря в) нарушение синтеза белка в печени
- б) протеолиз г) потеря белка с мочой

1030. После ликвидации шока, что является первым признаком острой ожоговой токсемии?

- а) анемия в) повышение температуры
- б) сниженный диурез г) диспротеинемия

1031. Основные симптомы острой ожоговой токсемии:

- а) гемоконцентрация б) анемия
- в) гипопроотеинемия г) интоксикация

1032. При какой степени отморожения возникают пузыри, наполненные экссудатом?

- а) 1-й; в) 3-й;
- б) 2-й; г) 4-й

1033. При какой температуре охлаждения тела успехи реанимационных мероприятий сомнительны?

- а) 35-33°C в) 30-25°C
- б) 33-30°C г) 25-22°C

1034. У пострадавшего с ожогом паром груди и живота на фоне гиперемии и отека кожи этих областей имеются множественные пузыри, дно которых представлено ярко-красными болезненными эрозиями. Какая степень ожога имеется у пострадавшего?

- а) 1 степень в) 3 степень
- б) 2 степень г) 4 степень

1035. Выберите наиболее распространенные на догоспитальном этапе правила определения площади ожоговых поверхностей:

- а) измерение сантиметровой лентой;
- б) обведение контуров ожоговой поверхности через кальку с последующим вычислением площади;
- в) применение правила "девяток" и правила "ладони".

1036. Выберите правильный комплекс мероприятий при ожоге 2-й степени пламенем более 10%, не сопровождающемся шоком, у пострадавшего 50 лет:

- а) наложение асептической повязки, транспортировка в стационар;
- б) удаление пузырей, наложение маевой повязки, введение анальгетика, транспортировка в стационар;
- в) охлаждение ожоговых ран, наложение сухой асептической повязки (или простыни), подача кислорода с маски, внутривенная инфузия жидкостей с введением ненаркотических анальгетиков.

Эталоны ответов к тесту сертификационного экзамена по специальности «Скорая помощь»

1-Г	61-В	121-Г	181-Г	241-Г	301-Д	361-Г	421-В	481-Г	541-В
2-а	62-б	122-д	182-е	242-Г	302-б	362-а	422-а	482-в	542-б
3-В	63-Г	123-д	183-Г	243-б	303-д	363-б	423-в	483-Г	543-а
4-Н	64-а	124-д	184-в	244-в	304-а	364-в	424-б	484-б	544-а
5-К	65-д	125-Г	185-Г	245-в	305-б	365-Г	425-в	485-д	545-Г
6-В	66-а	126-б	186-д	246-б	306-д	366-д	426-а	486-а	546-б
7-В	67-б	127-б	187-в	247-Г	307-д	367-д	427-в	487-Г	547-в
8-Г	68-в	128-д	188-в	248-д	308-б	368-д	428-б	488-в	548-а
9-В	69-Г	129-д	189-Г	249-в	309-д	369-в	429-б	489-б	549-в
10-б	70-б	130-в	190-б	250-в	310-д	370-в	430-а	490-Г	550-д
11-а	71-а	131-в	191-б	251-Г	311-б	371-д	431-Г	491-Г	551-д
12-б	72-б	132-в	192-Г	252-Г	312-в	372-а	432-а	492-б	552-а
13-Г	73-а	133-а	193-Г	253-Г	313-в	373-в	433-б	493-д	553-д
14-а	74-д	134-а	194-в	254-а	314-б	374-в	434-б	494-в	554-д
15-а	75-д	135-б	195-а	255-д	315-в	375-Г	435-а	495-б	555-д
16-б	76-д	136-б	196-Г	256-б	316-в	376-д	436-в	496-а	556-д
17-а	77-Г	137-а	197-Г	257-д	317-а	377-д	437-б	497-б	557-д
18-Н	78-Г	138-б	198-а	258-б	318-б	378-б	438-д	498-Г	558-б
19-Г	79-б	139-а	199-Г	259-в	319-д	379-д	439-в	499-б	559-в
20-Г	80-в	140-д	200-д	260-д	320-Г	380-д	440-д	500-в	560-д
21-б	81-д	141-Г	201-д	261-Г	321-а	381-д	441-а	501-Г	561-Г
22-б	82-в	142-Г	202-д	262-б	322-Г	382-а	442-Г	502-а	562-в
23-а	83-д	143-Г	203-а	263-а	323-Г	383-а	443-д	503-Г	563-в
24-в	84-д	144-в	204-в	264-а	324-в	384-д	444-б	504-а	564-б
25-Г	85-б	145-в	205-в	265-а	325-д	385-д	445-в	505-б	565-в
26-б	86-в	146-б	206-Г	266-в	326-а	386-д	446-а	506-в	566-д
27-а	87-б	147-а	207-б	267-д	327-д	387-в	447-Г	507-б	567-д
28-в	88-Г	148-в	208-б	268-а	328-Г	388-а	448-а	508-Г	568-б
29-б	89-д	149-б	209-Г	269-Г	329-д	389-Г	449-в	509-б	569-в
30-д	90-б	150-в	210-д	270-а	330-в	390-а	450-б	510-Г	570-в
31-а	91-в	151-б	211-б	271-б	331-в	391-Г	451-д	511-в	571-д
32-в	92-б	152-б	212-Г	272-а	332-д	392-а	452-а	512-б	572-в
33-а	93-д	153-б	213-а	273-д	333-б	393-в	453-б	513-Г	573-д
34-б	94-в	154-б	214-д	274-Г	334-а	394-Г	454-Г	514-в	574-а
35-Г	95-Г	155-б	215-б	275-в	335-а	395-а	455-в	515-в	575-б
36-а	96-а	156-б	216-д	276-д	336-а	396-д	456-а	516-в	576-Г
37-б	97-д	157-б	217-д	277-Г	337-а	397-в	457-д	517-а	577-д
38-б	98-б	158-б	218-д	278-Г	338-д	398-в	458-Г	518-д	578-д
39-д	99-а	159-б	219-д	279-Г	339-Г	399-а	459-а	519-д	579-а
40-в	100-Г	160-б	220-д	280-в	340-а	400-в	460-Г	520-д	580-д
41-б	101-Г	161-в	221-д	281-а	341-Г	401-Г	461-в	521-в	581-в
42-в	102-в	162-а	222-б	282-б	342-Г	402-Г	462-а	522-д	582-Г
43-б	103-д	163-а	223-д	283-в	343-б	403-а	463-в	523-Г	583-в
44-в	104-в	164-б	224-Г	284-Г	344-в	404-а	464-в	524-Г	584-д
45-д	105-Г	165-а	225-а	285-д	345-а	405-в	465-в	525-Г	585-б
46-в	106-в	166-Г	226-д	286-б	346-д	406-б	466-а	526-в	586-д
47-д	107-а	167-б	227-а	287-д	347-д	407-б	467-Г	527-б	587-Г
48-д	108-б	168-в	228-а	288-д	348-д	408-Г	468-б	528-д	588-б
49-Г	109-б	169-б	229-а	289-б	349-д	409-а	469-в	529-в	589-в
50-б	110-б	170-б	230-а	290-Г	350-б	410-в	470-б	530-Г	590-в
51-в	111-б	171-а	231-а	291-д	351-д	411-д	471-д	531-д	591-б
52-б	112-в	172-д	232-д	292-а	352-д	412-б	472-а	532-в	592-в

53-б	113-Г	173-В	233-Д	293-б	353-Д	413-Г	473-а	533-В	593-В
54-а	114-б	174-б	234-а	294-Г	354-В	414-а	474-В	534-а	594-а
55-б	115-б	175-б	235-б	295-а	355-Д	415-б	475-Д	535-В	595-а
56-б	116-Г	176-б	236-Д	296-В	356-Д	416-Г	476-б	536-а	596-б
57-а	117-В	177-В	237-Г	297-В	357-Г	417-Г	477-В	537-б	597-Д
58-б	118-В	178-б	238-Г	298-Д	358-Г	418-а	478-В	538-б	598-Г
59-а	119-Г	179-б	239-В	299-Д	359-Д	419-Д	479-Г	539-В	599-Д
60-а	120-Г	180-Г	240-б	300-Г	360-Д	420-б	480-а	540-В	600-а
601-Г	661-Г	721-В	781-а	841-Г	901-В	961-Г	1021-б		
602-Д	662-Г	722-Г	782-а	842-Г	902-а	962-Д	1022-Д		
603-Д	663-Д	723-б	783-Г	843-Г	903-Г	963-б	1023-В		
604-В	664-В	724-Г	784-В	844-В	904-б	964-а	1024-Д		
605-б	665-б	725-В	785-Г	845-а	905-В	965-Г	1025-а		
606-В	666-В	726-а	786-б	846-В	906-В	966-Д	1026-Д		
607-б	667-а	727-Г	787-Г	847-б	907-а	967-б	1027-а		
608-Д	668-а	728-б	788-Д	848-б	908-Г	968-Г	1028-В		
609-Г	669-б	729-а	789-В	849-б	909-Д	969-б	1029-а		
610-Д	670-Д	730-а	790-б	850-Г	910-В	970-а	1030-В		
611-Д	671-В	731-а	791-В	851-В	911-а	971-б	1031-Г		
612-а	672-а	732-В	792-б	852-б	912-Г	972-а	1032-б		
613-В	673-Д	733-Г	793-Д	853-Г	913-а	973-б	1033-Г		
614-б	674-Д	734-Д	794-а	854-Г	914-Г	974-а	1034-б		
615-Д	675-Д	735-а	795-Г	855-а	915-Д	975-б	1035-В		
616-б	676-Г	736-б	796-б	856-б	916-б	976-а	1036-В		
617-Г	677-б	737-В	797-Г	857-Г	917-Г	977-а			
618-Г	678-б	738-б	798-а	858-В	918-а	978-а			
619-а	679-б	739-Г	799-Д	859-В	919-Д	979-а			
620-В	680-Д	740-В	800-Г	860-В	920-В	980-б			
621-б	681-Д	741-Г	801-Г	861-В	921-Г	981-б			
622-б	682-В	742-Г	802-Г	862-В	922-Д	982-б			
623-Г	683-б	743-В	803-В	863-Г	923-Г	983-Д			
624-б	684-Д	744-Г	804-Г	864-В	924-Д	984-а			
625-В	685-а	745-Г	805-а	865-В	925-б	985-В			
626-а	686-а	746-Г	806-В	866-В	926-Г	986-б			
627-В	687-б	747-Г	807-Г	867-а	927-Г	987-Г			
628-б	688-В	748-а	808-Д	868-а	928-В	988-Г			
629-б	689-Д	749-б	809-В	869-а	929-б	989-Д			
630-Г	690-Г	750-Д	810-б	870-а	930-б	990-б			
631-В	691-Д	751-б	811-Г	871-а	931-Г	991-Г			
632-В	692-Г	752-а	812-а	872-Г	932-Д	992-а			
633-а	693-В	753-б	813-Г	873-В	933-Г	993-Г			
634-а	694-Г	754-б	814-а	874-В	934-Г	994-Д			
635-б	695-Д	755-Г	815-б	875-а	935-а	995-Д			
636-б	696-б	756-б	816-б	876-В	936-Г	996-а			
637-а	697-Д	757-а	817-В	877-Г	937-В	997-б			
638-а	698-Г	758-Д	818-б	878-Г	938-Г	998-В			
639-а	699-б	759-В	819-а	879-а	939-а	999-б			
640-а	700-а	760-Г	820-Г	880-В	940-а	1000-В			
641-В	701-а	761-б	821-б	881-Г	941-а	1001-а			
642-б	702-а	762-В	822-а	882-Г	942-Д	1002-Г			
643-б	703-Д	763-В	823-Г	883-Г	943-В	1003-Г			
644-а	704-В	764-Д	824-В	884-б	944-В	1004-б			

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ "СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ"

1. Реаниматология с общей анестезиологией

Методы анестезиологического пособия, применяемые в условиях до госпитального этапа.

Анестезиология как наука об обезболивании и возможности управления жизненно важными организма. Основы общей анестезии, используемые варианты общего обезбоживания, применение ненаркотических, наркотических анальгетиков, гипнотиков, ингаляционных и не ингаляционных анестетиков. Варианты оценки премедикации, Болевой синдром и патофизиологические изменения функций органов и систем. Методы обезбоживания. Общие компоненты обезбоживания. Специальные компоненты обезбоживания. Классификация плазмозаменяющих сред.

Плазмозаменители, кровозаменители, дезинтоксикационные средства, фармакодинамические свойства, показания к применению, клинические эффекты.

Применение в клинической практике кровозаменителей, плазмозаменителей и дезинтоксикационных средств, показания, клинические эффекты по восполнению объема циркулирующей крови. Классификация инфузионных, трансфузионных средств. Коллоидные растворы: декстраны, желатины, крахмал; их фармакодинамические и фармакокинетические свойства гемодинамического эффекта, осмолярность, водосвязывающая способность. Полиионные растворы: 0.9% раствор хлористого натрия, Рингера, дисоль, трисоль - их фармакодинамические свойства. Дезинтоксикационные средства: неогемодез, полидез. Многофункциональные растворы: реамберин, муфасол. Переносчики кислорода: перфторан. Показания к применению, дозировки, скорость внутривенного введения.

Реанимация и интенсивная терапия в условиях догоспитального этапа (первичный реанимационный комплекс)

Реаниматология, как наука об оживлении организма. Этапы умирания, клиника. Экстра- и интракардиальные причины остановки кровообращения. Методика первичной сердечно-легочной реанимации на догоспитальном этапе. Оценка эффективности и адекватности реанимационных мероприятий. Клинический и кардиографический контроль адекватности проводимых реанимационных мероприятий. Виды остановки сердца (асистолия, фибрилляция желудочков, электромеханическая диссоциация, желудочковая тахикардия без пульса). Электрокардиографическая диагностика видов остановки сердца. Применение

лекарственных средств при врачебных реанимационных мероприятиях. Применение электроимпульсной терапии в процессе реанимационных мероприятий, дефибрилляция и электрокардиостимуляция. Напряжение на электродах. Методы выполнения. Правила безопасности.

Неотложная помощь при шоковых состояниях

Понятие – шоковое состояние. Патофизиологические основы в возникновении шока. Классификация шоковых состояний. Кардиогенный шок, этиологические моменты, формы клинического течения. Интенсивная терапия больных с кардиогенным шоком. Коррекция нарушений функции микроциркуляторного русла при шоковых состояниях. Особенности интенсивной терапии больных в шоковых состояниях в условиях догоспитального этапа.

Неотложная терапия ожогового и эндотоксического шока

Оценка функционального состояния центральной нервной системы, системной гемодинамики и нарушения функции микроциркуляторного сосудистого русла. Особенности в развитии ожогового шока. Зависимость клиники ожогового шока от степени ожогового шока. Формулы Evans, Moore, Plaillips. Эндотоксический шок. Ожоговый шок, этиология и патогенез. Клиническая картина по степеням выраженности шока. Зависимость клиники от величины площади поражения и глубины ожога. Основные направления неотложной терапии на догоспитальном этапе. Этиологические моменты эндотоксического шока: небактериальные и бактериальные варианты шока. Клиническая картина эндотоксического шока.

Неотложная помощь больным с анафилактическим и травматическим шоком

Этиопатогенез анафилактического шока. Разновидности клинической картины по симптомокомплексу. Неотложная терапия больных с анафилактическим шоком в зависимости от клинических форм. Травматический шок, этиопатогенез. Фазы травматического шока. Степени выраженности травматического шока. Септический, эндотоксический шок: начальная фаза, фаза прогрессирования, фаза "холодной гипотензии". Инфузионно-трансфузионная терапия, объем инфузионных сред, соотношение объема применяемых коллоидов, кристаллоидов. Скорости внутривенного введения инфузионных сред.

Неотложная медицинская помощь при коматозных состояниях.

Классификация коматозных состояний. Неотложная помощь больным в состоянии комы метаболического характера. Оказание неотложной помощи больным в коматозном состоянии при черепно-мозговой травме. Гипоксические комы, патогенез, дифференциальный диагноз (анамнез, клиника), оказание неотложной помощи. Комы в результате эндо- и экзогенной интоксикации, оказание неотложной помощи симптоматического и патогенетического характера. Неотложная помощь больным апopleксической комой: обеспечение функции внешнего дыхания и системного кровообращения.

Неотложная помощь при некоторых экстремальных состояниях (утопление, асфиксия, электротравма).

Виды утопления. Патофизиологические механизмы нарушения функций газообмена и гемодинамики в зависимости от вида утопления. Неотложная помощь при утоплении. Этиологические моменты асфиксии. Варианты поражения электрическим током (постоянным, переменным, бытовым, промышленным). Характерные изменения функциональных систем организма (нервной системы, дыхания, кровообращения) при прохождении электрического тока в зависимости от параметров тока (сила, напряжение и т. д.). Неотложная помощь при продолжающемся действии на организм (меры предосторожности) и после действия тока на организм. Неотложные меры по устранению асфиксических состояний, лекарственные препараты применяемые в ходе оказания неотложной помощи.

2. Интенсивная терапия и реанимация в педиатрии

СЛР у детей, особенности

Терминальные состояния. «Азбука» П.Сафара. Особенности СЛР у детей. Пути введения препаратов при СЛР. Способы дефибрилляции. Контроль эффективности СЛР. Постреспираторная болезнь. Особенности СЛР новорожденных в родовом зале.

Шоковые состояния у детей

Обморок, коллапс, шок – определения и отличия. Определение шока и причины развития шоковых состояний. Патогенез шока. Клиника шока. Диагностика шока. Принципы интенсивной терапии шока. Гиповолемический шок. Кардиогенный шок. Анафилактический шок. Септический шок. Особенности шока у детей.

Острая дыхательная недостаточность

Определение и классификация ОДН. Этиология и патогенез ОДН. Клиника и диагностика ОДН. Принципы интенсивной терапии ОДН. Способы кислородотерапии. Принципы ухода за больными с ОДН. Показания к ИВЛ. Острый стенозирующий ларинготрахеит. Астматический статус. Респираторный дистресс-синдром (шоковое легкое). Бактериальная деструкция легких. ОДН у новорожденных.

Коматозные состояния у детей

Классификация нарушений сознания. Причины нарушений сознания. Клиника и диагностика комы. Шкала оценки тяжести комы Глазго. Принципы интенсивной терапии комы. Кетоацидотическая кома. Гиперосмолярная кома. Первично-церебральная кома. Гиперлактацидемическая кома. Гипогликемическая кома. Печеночная кома. Дислокационный синдром.

3. Неотложные состояния при заболеваниях сердечно – сосудистой системы.

Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия. Тактика врача СМП. Показания к госпитализации.

Патогенез атеросклероза. Факторы риска ИБС. Понятие стенокардии и кардиологии. Проведение дифференциального диагноза болевого синдрома в грудной клетке. Классификация ИБС. Первичная профилактика ИБС. Тактика медикаментозного лечения ИБС на догоспитальном этапе. Сочетанное применение отдельных групп препаратов. Рациональный подбор препаратов. Показания к немедикаментозным методам лечения. Показания к госпитализации больных ИБС.

Инфаркт миокарда. Неосложненное течение. Дифференциальный диагноз, тактика ведения на догоспитальном этапе.

Клиническая картина типичного варианта неосложненного ИМ. Дифференциальный диагноз с синдромно - сходными заболеваниями. Понятие острого коронарного синдрома (ОКС), его формы. ИМ с зубцом Q и без него - принципы диагностики. ОИМ без стойкого подъема интервала S-T. Тактика ведения. Тактика ведения на догоспитальном этапе. Лечение болевого синдрома. Принципы антикоагулянтной терапии и антиагрегантной. Принципы тромболитической терапии, показания, противопоказания. Тактика врача СМП.

Острая дыхательная недостаточность

Определение и классификация ОДН. Этиология и патогенез ОДН. Клиника и диагностика ОДН. Принципы интенсивной терапии ОДН. Способы кислородотерапии. Принципы ухода за больными с ОДН. Показания к ИВЛ. Острый стенозирующий ларинготрахеит. Астматический статус. Респираторный дистресс-синдром (шоковое легкое). Бактериальная деструкция легких.

4. Травматология

Травматический шок, противошоковые мероприятия.

Определение понятия травматического шока. Частота шока. Теории патогенеза шока. Гемодинамические изменения при шоке. Клиническая картина. Фазы развития. Классификация. Особенности течения. Комплексная терапия шока. Противошоковые мероприятия. Медицинская помощь на этапах эвакуации.

Синдром длительного и позиционного сдавления (СДР).

Патогенез СДР. Периоды клинического течения СДР. Клиническая картина. Медицинская помощь на догоспитальном этапе. Частота и тяжесть СДР и синдрома позиционного сдавления при катастрофах. Патогенетические факторы СДР, клиническую картину и фазы развития. Этиологию, клинику СДР, оказание медпомощи и лечение.

Множественные, сочетанные и комбинированные повреждения опорно-двигательного аппарата.

Частота, классификация, клинические проявления, диагностика повреждений черепа и конечностей. Медицинская помощь. Частота и классификация ранений и закрытых повреждений груди. Клинические проявления и диагностика различных видов ранений и повреждений груди. Частота и классификация ранений и повреждений живота. Симптомы проникающих ранений живота. Объем медицинской помощи на этапах эвакуации повреждений живота. Повреждения тазовых органов, диагностика.

Переломы костей верхней конечности. Неотложная помощь.

Переломы плечевой кости. Симптомы. Лечение. Переломы диафиза плечевой кости. Переломы дистального конца плечевой кости. Переломы предплечья. Классификация. Перелом локтевого отростка. Диафизарные переломы обеих костей предплечья по механизму травмы. Лечение. Переломы лучевой кости. Переломы костей кисти.

Раны мягких тканей и их осложнения.

Классификация ран, патогенез и фазы раневого процесса. Особенности современных огнестрельных ранений. Медицинская помощь при ранениях на догоспитальном этапе. Понятие и виды раневой инфекции. Профилактика и лечение раневой инфекции. Столбняк. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.

Травма позвоночника.

Понятие о травмах позвоночника. Особенности травм позвоночника. Оказание мед. помощь на догоспитальном этапе. Оказание мед. помощь на госпитальном этапе.

Термические повреждения.

Частота ожогов в современных условиях. Классификация ожогов. Способы определения площади и глубины при термическом поражении. Ожоги от зажигательных веществ. Контурные ожоги. Контактные ожоги. Особенности течения комбинированных термических с травматическими повреждениями. Клиника, диагностика, классификация периодов ожоговой болезни. Ожоговый шок. Острая ожоговая токсемия. Синдром ожогового истощения. Принципы лечения обожженных. Медицинская помощь на этапах медицинской эвакуации.

5. Неврология и нейрохирургия.

Классификация расстройств сознания. Определение тяжести черепно-мозговой травмы. Классификация повреждений черепа. Классификация повреждений мозга. Диагностика шока. Принципы интенсивной терапии черепно-мозговой травмы. Отек мозга. Сдавление головного мозга травматическими гематомами.

Коматозные состояния

Классификация нарушений сознания. Причины нарушений сознания. Клиника и диагностика комы. Шкала оценки тяжести комы Глазго. Принципы интенсивной терапии комы. Кетоацидотическая кома. Гиперосмолярная кома. Первично-церебральная кома. Гиперлактацидемическая кома. Гипогликемическая кома. Печеночная кома. Дислокационный синдром.

Диэнцефальный и судорожный синдром

Проявления диэнцефального синдрома. Причины лихорадочных состояний у нейрореанимационных больных. Гипертермический синдром. Принципы интенсивной терапии при

диэнцефальном синдроме. Терапия антипиретиками. Определение и предпосылки судорожных состояний. Причины судорог у неврологических и нейрохирургических больных. Клинические формы судорог. Принципы интенсивной терапии судорожного синдрома. Противосудорожная терапия. Эпилептический статус.

Врожденные заболевания и повреждения позвоночника и спинного мозга.

Функциональная анатомия позвоночника. Симптомы повреждения спинного мозга и конского хвоста. Способы транспортной иммобилизации при переломах позвоночника. Классификация переломов и вывихов позвоночника. Клиника повреждения периферических нервов. Остановка кровотечения при ранениях периферических нервов. Современные принципы трансфузионной терапии. Компоненты и препараты крови. Правила трансфузии крови и ее компонентов.

6. Неотложные состояния в акушерско-гинекологической практике

Акушерские кровотечения.

Предлежание плаценты: классификация, этиология и патогенез. Диагностика: клиническая картина, осложнения. Помощь на догоспитальном этапе. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: классификация, этиология и патогенез; диагностика: клиническая картина, осложнения; дифференциальная диагностика. Помощь на догоспитальном этапе.

Шок, терминальное состояние, ДВС – синдром.

Причины массивных акушерских кровотечений. Фазы геморрагического шока. Стадии геморрагического шока: компенсированный, декомпенсированный, необратимый. Осложнения. Помощь на догоспитальном этапе. Программа инфузионно-трансфузионной терапии.

Токсикозы беременных

Токсикозы беременных – патологические состояния, возникающие во время и в связи с беременностью. Для большинства форм раннего гестоза характерны расстройства функции пищеварительной системы. Рвота беременных, степени тяжести. Для лечения применяются препараты воздействующие на ЦНС, нормализующие эндокринные и обменные нарушения. Инфузионная терапия с целью борьбы с обезвоживанием. Лечение гипопротеинемии. Седативные препараты, группы витаминов (В1, В6, В12, С). Другие формы раннего токсикоза: слюнотечение, тетания беременных, острая желтая атрофия беременных, бронхиальная астма беременных. Тактика ведения. Лечение.

Гестоз, эклампсия.

Гестоз является осложнением II половины беременности и характеризуется триадой основных симптомов: отеки, протеинурия, гипертензия. Этиология и патогенез. Клинические проявления гестоза могут иметь различную степень выраженности. Присоединение таких симптомов как: головная боль, ухудшение зрения, рвота, боль в правом подреберье, сонливость, тахипноэ, двигательного возбуждения и других характеризует преэклампсию и нередко предшествует эклампсии. Осложнения эклампсии: острая почечная недостаточность, дыхательная недостаточность; отслойка сетчатки, отслойка нормально расположенной плаценты, HELLP-синдром, острый жировой гепатоз; кровоизлияние в мозг, мозговая кома.

HELLP-синдром: H – гемолиз, EL – повышение ферментов печени, LP – низкое число тромбоцитов. Возникает на 33-39 неделе беременности, имеет агрессивное течение.

Диагностика и дифференциальная диагностика тяжелых форм гестоза. Помощь на догоспитальном этапе.

Травматизм в акушерстве.

Во время родов травмируются ткани вульвы, влагалища, промежности, шейки матки. В общей сложности травмы возникают у 20% рожениц. Травмы могут быть самопроизвольными и насильственными (при операциях) Тяжелые акушерские травмы: разрыв матки, выворот матки. Клиника, лечение и профилактика. Беременность и роды при рубце на матке. Диагностика. Течение и ведение родов. Профилактика при рубце на матке.

Острые гинекологические заболевания, сопровождающиеся внутрибрюшным кровотечением.

Внутрибрюшные кровотечения у женщин могут быть обусловлены: прервавшейся внематочной беременностью, апоплексией яичника и перфорацией матки. Внематочная беременность – беременность при которой оплодотворенное плодное яйцо имплантируется вне полости матки. Классификация. Этиология и патогенез. Диагностика: задержка менструации, боли различного характера и интенсивности, кровянистые выделения из половых путей. По клиническому течению выделяют: прогрессирующую трубную беременность, разрыв маточной трубы, трубный аборт, абдоминальная беременность, яичниковая беременность. Редкие формы внематочной беременности: шеечная, в рудиментарном роге, интралигаментарная, сочетание маточной и внематочной, многоплодная и другие. Лечение.

7. Неотложные состояния в психиатрии

Неотложная помощь при пограничных состояниях.

Понятие «невроз», его отличие от «невротической реакции». Понятие «внутриличностный конфликт», его основные виды. Варианты течения посттравматического стрессового расстройства. Основные формы реактивных психозов. Тактика купирования реактивных психозов и других психогенных расстройств.

Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства.

Шизофрения – определение и классификации. Тесная взаимосвязь между интеллектуальной, эмоциональной и поведенческой деятельностью на примере здоровой психики. Понятие «схизиса» (расщепления психики при шизофрении). Эмоционально-волевое снижение (астенический, психопатоподобный, апатико-абулический варианты). Ранние симптомы шизофрении (нарастающий аутизм, снижение психической активности, побуждений, тонкие нарушения в течении ассоциаций, суждений и эмоциональной деятельности). Клиническое проявление развернутых форм болезни. Типы течения шизофрении. Соматические симптомы шизофрении. Дифференциальная диагностика шизофрении с шизофреноподобными синдромами, наблюдаемыми при некоторых психических заболеваниях. Лечение, исход шизофрении. Патогенез. Патологическая анатомия. Вопросы организации стационарной и диспансерной психиатрической помощи больными шизофренией. Трудовая, военная и судебно-психиатрическая экспертиза при шизофрении.

Шизотипическое расстройство (латентная и вялотекущая шизофрения). Диагностические критерии. Расщепление психики и эмоционально-волевое снижение при шизотипическом расстройстве. Разновидности (неврозоподобная, психопатоподобная, простая). Проблема паранойи. Динамика малопрогредиентных форм шизофрении. Терапия. Вопросы экспертизы.

Бредовые расстройства нешизофренического круга. Пример инволюционного параноида, паранойяльного развития личности. Тактика при бредовых расстройствах.

8. Неотложные состояния при инфекционных заболеваниях

Неотложная помощь при кишечных инфекциях.

Характеристика эпидемической ситуации по брюшному тифу в России и Удмуртии. Этиология: Возбудитель, его основные свойства, антигенная структура. L-формы возбудителя. Устойчивость возбудителя во внешней среде. Эпидемиология: Источники инфекции. Значение хронических бактерионосителей в распространении брюшного тифа. Механизм заражения. Пути и факторы передачи инфекции. Спорадические случаи заболевания. Пище-

вые и водные вспышки. Сезонность. Восприимчивость населения. Иммуитет. Патогенез: Внедрение возбудителя, размножение в лимфатических образованиях кишечника, лимфатических узлах, внутриклеточное паразитирование, бактериемия, токсемия. Очаговые поражения. Аллергические реакции. Патогенез рецидивов. Формирование хронического бактерионосительства. Цикличность патологических изменений лимфоидного аппарата тонкой кишки. Изменения со стороны других органов и систем. Клиника: Инкубационный период. Клинические формы. Цикличность течения брюшного тифа. Симптомы начального периода заболевания. Клиническая характеристика пенириода разгара. Типы температурных кривых. Сроки появления характерной сыпи. Нарушения деятельности ЦНС и сердечно-сосудистой системы. Признаки поражения желудочно-кишечного тракта. Критерии тяжести брюшного тифа. Динамика гематологических изменений. Особенности современного клинического течения брюшного тифа. Обострения и рецидивы. Течение болезни у привитых. Осложнения. Прогноз. Диагностика: Роль эпидемиологических и клинических данных. Бактериологическая диагностика (сроки получения гемо-, копро-, урино-, били-, розеола- и миелокультур). Серологическая диагностика (реакция агглютинации Видаля и РНГА с эритроцитарными диагностикумами О, Н и Vi). Экспресс-диагностика: определение антигенов возбудителя в крови методами иммунофлюоресценции, иммуноферментного анализа, реакцией агрегатмагглютинации. Лечение: Значение режима, ухода за больными и диетотерапии. Принципы и средства антибиотикотерапии. Средства патогенетической терапии и показания к их применению. Неотложная терапия при осложнениях брюшного тифа. Профилактика: Раннее выявление и санация источников инфекции, пресечение путей передачи и повышение невосприимчивости организма. Специфическая профилактика. Принципы диспансеризации реконвалесцентов.

Неотложная помощь при ВИЧ-инфекции и ВИЧ-ассоциированных заболеваниях.

Этиология: Возбудитель. Его основные свойства. Классификация. Генетическая и антигенная изменчивость. Особенность биологического действия. Устойчивость во внешней среде.

Эпидемиология: Источники инфекции. Механизм и пути передачи инфекции. Группы риска. Возможность инфицирования в медицинском учреждении. Трансплацентарная передача инфекции. Иммуитет. Прогнозирование развития эпидемического процесса.

Патогенез: Внедрение вируса. Этапы взаимодействия с иммунными клетками. Механизмы формирования иммунологических нарушений. Активизация возбудителей оппортунистических инфекций и инвазий. Механизмы развития вторичных инфекционных процессов

(протозойные инвазии, микозы, бактериальные и вирусные инфекции)). Возникновение опухолей.

Клиника: Стадии течения ВИЧ-инфекции. Инкубационный период. Первичное инфицирование. Синдром генерализованной лимфаденопатии. Клинический “комплекс, ассоциированный со СПИДом”. Клиника собственно СПИД. Критерии ВОЗ. Характеристика основных СПИД-ассоциируемых болезней. Характеристика системных поражений и варианты течения.

Диагностика: Значение комплекса эпидемиологических, клинических и лабораторных данных для ранней диагностики ВИЧ-инфекции. Лабораторные методы исследования: серологические, вирусологические, исследование иммунного статуса.

Лечение: Направления и препараты противовирусной терапии. Иммуномодулирующая и иммунозаместительная терапия. Лечение СПИД-ассоциируемых болезней.

Профилактика: Меры личной профилактики. Общественная профилактика. Программа ВОЗ. Глобальная стратегия борьбы с ВИЧ-инфекцией. Юридические и деонтологические проблемы СПИД.

9. Общественное здоровье и здравоохранение

Социально – гигиенические проблемы общественного здоровья.

Определение понятий – рекреация, здоровье, общественное здоровье, общественное здравоохранение, общественное здоровье и здравоохранение как самостоятельная общественная наука; обуславливающие здоровье факторы риска, профилактика, виды профилактики; уровни изучения здоровья; критерии изучения общественного здоровья; критерии, рекомендуемые ВОЗ, применяемые при оценке общественного здоровья.

Методические подходы к организации скорой медицинской помощи

Определение понятий – скорая медицинская помощь, станция скорой медицинской помощи, основная функциональная единица станции скорой медицинской помощи; структурное подразделение станции скорой медицинской помощи; варианты организации службы скорой медицинской помощи; структуру станций скорой медицинской помощи; профиль основных функциональных единиц (бригад) станций скорой медицинской помощи; основные требования, предъявляемые к работе выездных бригад; организацию работы подразделений станций скорой медицинской помощи; организацию контроля над деятельностью выездных бригад: подотчетность, контроль над выполнением основных функций; организационно-методическую работу в службе скорой медицинской помощи: основные направления; основные показатели деятельности службы скорой медицинской помощи.

Нормативно – правовое регулирование организации скорой медицинской помощи.

Содержание основных статей Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, регламентирующих действие службы скорой медицинской помощи на территории РФ; основные положения Приказа МЗ и СР РФ от 01.11.2004. № 179, регламентирующего Порядок оказания скорой медицинской помощи в РФ; примерное оснащение санитарного автотранспорта (Приказ МЗ и СР от 01.12.2005. № 752); порядок предоставления в 2006 году субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи (Постановление Правительства РФ от 09.06.2006. № 356); стандарты оказания скорой медицинской помощи.

10. Неотложные состояния при заболеваниях и травмах уха, горла и носа

Повреждения ушной раковины, слухового прохода и барабанной перепонки: ушибы без нарушения целостности покровов, резаные и рваные раны, огнестрельные повреждения, отгематома. Рассматриваются возможность и причины последующий нагноительных процессов, механизм их развития и профилактика. Ожоги и отморожения ушных раковин, современные методы их лечения, возможные осложнения. Симптомы повреждения слуховых косточек, при каких травмах они наблюдаются, симптомы, принципы диагностики и лечения. Причины возникновения повреждений внутреннего уха, их диагностику и принципы лечения. Типы переломов основания черепа, височной кости, которые приводят к повреждениям внутреннего уха, симптомы повреждения, диагностику их, принципы лечения. Рассматривается баротравма внутреннего уха, аэроотит, причины их возникновения, диагностика, лечение. Причины кровотечения из уха, диагностика патологии наружного, среднего и внутреннего уха, приводящей к кровотечениям из уха. Травмы наружного носа, полости носа, придаточных пазух носа в зависимости от особенностей травмирующего воздействия на них. Особенности оказания помощи при закрытых и открытых повреждениях наружного носа, полости носа, придаточных пазух носа, мероприятия по профилактике и предупреждению посттравматических осложнений. Ранения горла. Принципы оказания первой врачебной помощи. Тактика врача СМП на догоспитальном этапе.

Инородные тела уха, горла и носа. Принципы диагностики и лечения.

Инородное тело наружного слухового прохода. Диагностика, неотложная помощь. Инородные тела полости носа и придаточных пазух носа. Ринолиты. Диагностика, лечение.

Инородные тела глотки. Диагностика, лечение, осложнения. Инородные тела гортани, трахеи, бронхов. Клиника, диагностика. Симптом «баллотирования» инородных тел гортани и трахеи. Неотложная помощь (прием Геймлиха). Тактика врача СМП. Показания к госпитализации.

Переломы костей носа. Диагностика и неотложная помощь.

Клиническая анатомия, физиология носа. Клиническая картина. Ушиб наружного носа. Диагностика на догоспитальном этапе. Первая помощь при переломах носовых костей. Особенности обработки ран наружного носа. Закрытый перелом костей носа без смещения и со смещением. Открытый перелом костей носа со смещением и без смещения. Диагностика. Осложнения. Тактика врача СМП.

Носовые кровотечения. Диагностика и неотложная помощь.

Причины носовых кровотечений. Особенности носовых кровотечений у детей. Носовые кровотечения при артериальной гипертонии. Источники кровотечения. Диагностика. Способы остановки кровотечения. Профилактика рецидивов кровотечения. Массивные кровотечения. Первая врачебная помощь на догоспитальном этапе. Показания к госпитализации. Рекомендации больным оставленным дома.

Внутричерепные осложнения заболеваний носа и придаточных пазух (лептоменингит, абсцесс мозга). Диагностика и неотложная помощь.

Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика. Пути проникновения инфекции в полость черепа и этапы ее распространения. Абсцесс мозга. Абсцесс мозжечка. Стадии течения. Показания к госпитализации. Лечение на догоспитальном этапе. Показания к хирургическому лечению.

Нагноительные процессы и инородные тела глотки, гортани и пищевода. Диагностика и неотложная помощь.

Острые и хронические тонзиллиты. Этиология. Классификация. Клиническое течение. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Заглоточный абсцесс. Неотложная помощь при данной патологии раннего детского возраста. Острые и хронические стенозы гортани. Этиология. Диагностика. Клиника. Стадии. Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей при острых респираторных вирусных заболеваниях. Клиническое течение ларинготрахеита, клиническая классификация, дифференциальная диагностика инспираторной

одышки при ларинготрахеите от экспираторной одышки при бронхиальной астме. Эпиглотит. Диагностика. Неотложная помощь. Методы медикаментозного лечения ларинготрахеита и этапы интенсивной терапии. Оказание экстренной помощи с учетом стадии стеноза и этиологического фактора. Показания к интубации, трахеостомии и крикоконикотомии, осложнения при этих вмешательствах.

Травмы глотки, гортани и пищевода. Диагностика и неотложная помощь.

Классификация травм гортани; сотрясения, ушибы, вывихи и переломы хрящей, отрывы гортани. Симптомы повреждения хрящей гортани, иметь правильное представление об объеме и тяжести полученных повреждений и методиках остановки кровотечений, восстановления легочной вентиляции и ликвидации шока. Приемы восстановления дыхания при ранениях гортани и трахеи. Изучить послеоперационные мероприятия и дальнейшее медикаментозное лечение. Степень опасности инородных тел гортани и нижних дыхательных путей для жизни больных в связи с опасностью развития асфиксии. Клиника инородных тел гортани и диагностика их. Симптом «баллотирования» инородных тел гортани и трахеи. Особенности инородных тел бифуркации трахеи, диагностика и лечение. Симптоматика, диагностика и принципы удаления инородных тел пищевода.

11. Неотложные состояния и травмы в урологии

Семиотика урологических заболеваний.

- 1.Диагностическое значение терминальной гематурии, при каких заболеваниях она встречается?
- 2.Возможен ли нормальный анализ мочи при почечной колике? Если возможен то когда?
- 3.Дифференциальная диагностика острой задержки мочи от анурии.
- 4.Определения парадоксальной ишурии и механизма ее возникновения?
- 5.Виды макрогематури. Их диагностическое значение?
- 6.Протеинурия, ее виды. Диагностическое значение протеинурии?
- 7.Причины лейкоцитурии? Значение трехпорционного исследования мочи для выявления источника лейкоцитурии у мужчин?
- 8.Методы выявления лейкоцитурии.
- 9.Функциональные методы диагностики при урологических заболеваниях, диагностическое значение.
- 10.Показание и противопоказание к ретроградной пиелографии.

Гнойно-воспалительные заболевания мочеполовых органов.

В чем особенности клиники первичного и вторичного острого пиелонефрита? Какова тактика лечения острого пиелонефрита, развившегося на фоне обструкции мочевых путей? Неотложная догоспитальная врачебная помощь. Дифференциальная диагностика острого пиелонефрита и острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Какие клинические признаки указывают на развитие гнойных форм острого пиелонефрита? Патогенез развития гнойно-воспалительных осложнений при беременности, в послеродовом периоде после урологических инструментальных исследований. Диагностика острого гестационного пиелонефрита. Клиника, диагностика, лечение острого эпидидимита и орхоэпидидимита. Врачебная помощь на догоспитальном этапе, показания к госпитализации? Диагностика и дифференциальная диагностика острого простатита. Особенности клиники и лечения абсцесса предстательной железы. Показания к госпитализации. Бактериотоксический шок, уросепсис при остром воспалительном заболевании, в урологии. Неотложная помощь врача ССМП?

Ургентная урология

Дифференциальная диагностика почечной колики и острых заболеваний органов брюшной полости (острого аппендицита, острого холецистита, панкреатита, кишечной непроходимости, прободной язвы желудка и 12-й перстной кишки) и органов малого таза у женщин. Тактика хирурга при тотальной безболевого гематурии с тампонадой мочевого пузыря? Виды гематурии? Диагностика и лечение анурии, развившейся после хирургических и акушерско-гинекологических операций? Диф. диагностика острой задержки мочи и анурии необходимая (неотложная) помощь при этих состояниях на догоспитальном этапе. Методы диагностики и лечения закрытых и открытых повреждений почки, мочеточника и почечных сосудов? Особенности клиники, диагностики и лечения внутри и внебрюшинных разрывов мочевого пузыря? Неотложная помощь на догоспитальном этапе транспортировки больных. Тактика хирурга при разрыве уретры.

12. Неотложные состояния в офтальмологии

Острый приступ глаукомы.

Пути оттока внутриглазной жидкости. Глаукома (определение, классификация, формы). Способы определения внутриглазного давления. Клиника острого приступа глаукомы. Купирование острого приступа глаукомы. Дифференциальная диагностика. Принципы консервативного и оперативного лечения первичной глаукомы.

Вторичная глаукома.

Причины возникновения вторичной глаукомы. Заболевания, способствующие развитию вторичной глаукомы. Принципы лечения вторичной глаукомы. Ранняя диагностика вто-

ричной глаукомы и ее значения для сохранения функций органа зрения. Основы медикаментозной терапии вторичной глаукомы. Меры профилактики вторичной глаукомы.

Травмы защитного и придаточного аппарата глаза.

Раны век (сквозные и несквозные, с дефектами, без дефектов тканей). Ранение конъюнктивы. Ранение слезных органов. Симптомы перелома стенок орбиты (неотложная помощь). Последствия ранений. Принципы первичной хирургической обработки ран век, слезных органов. Особенности производственных, боевых, сельскохозяйственных травм

Проникающие ранения глазного яблока.

Проникающие и непроникающие ранения глазного яблока. Абсолютные признаки проникающего ранения глазного яблока. Относительные признаки проникающего ранения глазного яблока. Принципы оказания первой врачебной помощи при проникающих и непроникающих ранениях. Рентгенография орбиты по методу Комберга – Балтина. Осложнения в ближайшие и отдаленные сроки проникающих ранений глазного яблока. Диагностика и удаления из глаза магнитных инородных тел.

Контузии глазного яблока.

Классификация контузий глаз по механизму воздействия (прямые, не прямые). Классификация контузий глаз по тяжести (легкая, средней тяжести, тяжелая). Классификация контузий глаз по локализации. Клиника, неотложная помощь, лечение (консервативное, оперативное) при контузиях. Осложнения контузий.

Ожоги (классификация, клиника). Неотложная помощь при термических и химических ожогах.

Виды ожогов (термические, химические, термохимические, лучевые). Клинические проявления ожогов глаз (классификация Б.Л.Поляка). Стадия ожогов глаз (ожоговая болезнь глаз по А.Б.Кацнельсону). Патологические факторы ожогов глаз по П.С.Каплуновичу. Оказание первой врачебной помощи. Основные задачи лечения. Схема патогенетического лечения ожогов глаз. Последствие ожогов. Основные принципы профилактики ожогов.

Сочетанные повреждения органа зрения.

Изменение со стороны органа зрения при травмах черепа и мозга. Изменение со стороны век и глазница. Изменение со стороны двигательного аппарата. Изменение со стороны глазного дна. Термические ожоги век и лица, сочетающиеся с ожогами глазного яблока.

Химический и термохимические ожоги глазного яблока, сочетающиеся с поражением кожи век и лица.

ВНЕАУДИТОРНАЯ САМОСТОЯТЕЛЬНА РАБОТА СЛУШАТЕЛЕЙ

Виды работы:

1. Работа в библиотеке с рекомендованной учебной литературой, а также с периодическими изданиями по специальности (журналы «Скорая помощь», «Врач скорой помощи», «Терапевтический архив», «Клиническая медицина», «Кардиология» и др.).
2. Работа с пакетом заданий для экзамена по специальности «Скорая медицинская помощь», которыми курсанты обеспечиваются на кафедре: с заданиями в тестовой форме, клиническими ситуационными задачами вопросами для собеседования в рамках программы.
3. Разработка заданий в тестовой форме с вариантами ответов – 5 - 10 за цикл.
4. Составление клинической задачи и развернутого ответа к ней - 3-5 за цикл.
5. Написание реферативного сообщения или обзора литературы за последние 5 лет по разделам специальности и программы обучения – 1 за цикл.
6. Составление клинического примера из собственной практики с развернутым комментарием в плане обоснования диагноза, интерпретации результатов функциональных и лабораторных методов исследования, назначения адекватной терапии, профилактических мероприятий, реабилитации и медико-социальной экспертизы.

ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Основная литература

	Название	Кол-во
1.	Руководство по скорой медицинской помощи: учебник / С. Ф. Багненко, А. Л. Верткин, А. Г. Мирошниченко, М. Ш. Хубутия ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 816 с.	5
2.	Интенсивная терапия. Национальное руководство : В 2-х т. / Под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. – Т. 1. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 960 с.	5
3.	Интенсивная терапия. Национальное руководство + CD : В 2-х т. / Под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. – Т. 2. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 784 с.	5
4.	Кардиология: клинические рекомендации / под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. – 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 912 с.	10
5.	Клиническая хирургия. Национальное руководство: в 3-х т. / Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. Т. 3. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 1008 с.	5
6.	Лихтерман Л. Б. Черепно-мозговая травма. Диагностика и лечение : руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2014. – 488 с.	3
7.	Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии : пер. с нем. / В. Дистлер, А. Рин; Под ред. В. Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 416 с.	5
8.	Травматология. Национальное руководство / Под ред. Г. П. Котельникова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1104 с.	5

Дополнительная литература

	Название	Кол-во
1.	Анестезиология. Национальное руководство / Под ред. А. А. Бунятяна, В. М. Мизикова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1104 с.	5
2.	Астахов Ю. С. Офтальмофармакология: Руководство для врачей/Е. А. Егоров, Ю. С. Астахов, Т. В. Ставицкая. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 592 с.	3
3.	Атлас инфекционных болезней / Под ред В. И. Лучшева, С. Н. Жарова, В. В. Никифорова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 224 с.	5
4.	Гинекология : учебник / Под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000 с.	10
5.	Дедов И. И. Эндокринология: учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 432 с.	5
6.	Кишкун А. А. Руководство по лабораторным методам диагностики. – 2-е изд, перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2014. – 760 с.	1
7.	Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной и врачебной практике: мастер-класс: учебник / В. И. Петров. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 880 с.	3
8.	Клиническая фармакология. национальное руководство / Под ред. В. Г. Кукуеса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 224 с.: ил	3
9.	Неврология. Национальное руководство под ред Гусева Е. И. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1040 с.	3
10.	Пальчун В. Т. Оториноларингология : национальное руководство/ В. Т. Пальчун. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 656 с. (Краткое издание)	5
11.	Педиатрия: Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 768 с.	10
12.	Психиатрия. Национальное руководство / Под ред. Т. Б. Дмитриевой и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000 с.	3
13.	Пульмонология. Национальное руководство / Под ред. А. Г. Чучалина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 960 с.	2
14.	Фтизиатрия: национальное руководство / под ред. М. И. Перельмана. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.	5
15.	Хронический панкреатит, стеатоз поджелудочной железы и стеатопанкреатит. / Ивашкин	5

	В.Т., Шифрин О.С., Соколова И.А. - М. :Литтерра, 2014. - 240 с.	
16.	Цыганков Б. Д. Психиатрия: Руководство для врачей / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 496 с.	5
17.	Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.- 2-е изд. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 544 с.	5
18.	Руководство по амбулаторной хирургической помощи / Под ред. П. Н. Олейникова. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 904 с.	5

Программное обеспечение: Microsoft Office Word 2007, Microsoft Office Power Point 2007, Microsoft Office Excel 2007, Windows Media.

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы

1. Электронная библиотека ИГМА: «www.weblib.igma.ru»;
2. Электронно-библиотечная система «КнигаФонд»: «www.knigafund.ru»;
3. Электронная библиотека 1-го МГМУ им. И. М. Сеченова: «www.scsml.rssi.ru»;
4. Научная электронная библиотека: www.elibrary.ru;